

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

“Factores relacionados con las prácticas sexuales de riesgo en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA mayores de 18 años de edad en tratamiento con terapia antirretroviral que acuden a consulta externa de 2 Hospitales públicos en Quito-Ecuador en el periodo de noviembre del 2021 hasta marzo del 2022”

AUTORES:

María Siloé Guerra Zavala
Dominique Nicole Paredes Aguirre

DIRECTOR DE DISERTACIÓN:

Dr. Edgar Vinicio León Segovia
Médico Familiar

DEDICATORIA

Agradezco primero a Dios por permitirme culminar este camino con salud y vida. A mi Padre, por ser mi mayor inspiración de vida y de profesional, gracias a él me forme como el ser humano que soy y estoy eternamente agradecida por haberme llenado de tantas virtudes que sólo pueden provenir de un ser tan maravilloso como él. A mi Madre por siempre apoyarme a lo largo de la carrera, siempre estar presente en los momentos difíciles y por ser ese aliento que necesite cada vez que el camino no era claro. Mis Padres siempre han sido el soporte más grande en todos estos años.

A mi hermana Celeste por ser la luz de mi vida, mi ángel, mi guía en todos los momentos de dificultad y la pieza clave para salir adelante y ser feliz.

A mi esposo que durante todos estos años ha sido mi soporte y mi ayuda, se quedó conmigo noches enteras cuando el estudio era arduo, me acompañó y no dudó en tener paciencia y compartir su tiempo con el de la medicina, todo mi amor para el que es parte de este camino.

A la Facultad de Medicina por ser el lugar que me formó como Médico y gran profesional, a todos mis profesores que siempre fueron mi ejemplo de superación y admiración.

A mi mejor amiga Nicole Paredes que siempre estuvo conmigo desde el primer día del inicio de esta trayectoria, por ser siempre incondicional y estar en todos los momentos de alegría y dificultad.

A mis amigos que han hecho de este viaje un camino lleno de aventuras y buenos recuerdos, especialmente agradecida con mis colegas Karla Meneses y Daniela Zambrano.

María Siloé Guerra Zavala

A Dios quien siempre me dio fuerza para continuar y no desmayar ante las dificultades que se me presentaban.

A mi Padre, por ser mi ejemplo de perseverancia y trabajo. A mi Madre, por darme la vida, por todo su amor, apoyo y comprensión. A mis padres por haberme forjado como la persona que soy.

A mi hermana Poulette y a mis primos Camila y Mateo, mis compañeros de vida, mi orgullo y fuente de alegría y diversión.

A mis tías Nelly y Ximena por todos los días estar a mi lado dándome su apoyo para poder cumplir mi sueño.

A mi Abuelito por haber sido mi compañía en las mañanas frías para ir a la universidad.

A mis Abuelitas porque les extraño mucho y sé que desde el cielo me iluminan para continuar en cada paso de mi vida.

A mi compañera de tesis y mejor amiga Siloé Guerra, ya que sin ella nada de esto sería posible, gracias por ser mi soporte y apoyo incondicional durante todos estos años.

Dominique Nicole Paredes Aguirre

AGRACEDIMIENTOS

Agradecemos a Dios por siempre guiarnos en cada paso de esta maravillosa carrera. A nuestras familias que siempre han sido el soporte más importante en este trayecto y a las cuales les debemos este triunfo.

Agradecemos a nuestra prestigiosa institución y a todos los colaboradores que formaron parte de este proyecto de titulación quienes siempre estuvieron al pendiente, nos brindaron su ayuda y conocimiento para culminar con éxito esta etapa. Al Hospital de Especialidades Eugenio Espejo y al Hospital IESS Quito Sur por habernos abierto las puertas y permitirnos interactuar con sus pacientes y conocer una realidad diferente de la vida.

Agradecemos a nuestro director de tesis, Doctor Edgar Vinicio León Segovia por su paciencia y comprensión en cada parte de este proyecto. Tenemos una profunda admiración por su desempeño como profesional y es un modelo a seguir para nosotras.

Un especial agradecimiento a nuestro soporte y apoyo, Doctora Ana María Troya por su entrega y entera disposición, que nos ha llevado a culminar este proyecto.

Al docente que nos impulsó y nos motivó a investigar sobre este tema, Doctor Ixsoon Alberto Castillo por ser una fuente infinita de conocimientos, por su amabilidad, profesionalismo, apertura y ganas de colaborar en este proyecto de investigación.

María Siloé Guerra Zavala

Dominique Nicole Paredes Aguirre

INDICE

RESUMEN	9
ABSTRACT	11
CAPITULO I.....	13
INTRODUCCIÓN	13
CAPITULO II	16
MARCO TEORICO	16
INFECCION POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA	16
Epidemiología	16
Etiología.	17
Morfología del VIH.	18
Replicación del VIH.	18
Transmisión del VIH.	19
Fisiopatología. 5	21
Tabla 1. Estratificación del VIH.....	24
Diagnóstico del VIH.....	25
Tabla 2. Métodos diagnósticos de VIH (tamizaje)	25
Tabla 3. Métodos diagnósticos de VIH (confirmatorio)	26
Gráfico 1. Algoritmo diagnóstico de VIH.....	27
Terapia antirretroviral.	28
Tabla 4. Tipos de medicamentos antirretrovirales.....	28
Tabla 5. Esquema de tratamiento antirretroviral	29
SEXUALIDAD	30
Fisiología del sexo	30
IDENTIDAD Y PREFERENCIA SEXUAL.....	32
PROBLEMÁTICA SEXUAL DEL PACIENTE CON VIH	33
PERCEPCIÓN DE RIESGO	35
TARMA Y CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO.....	36
PROMISCUIDAD EN PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON VIH/SIDA.....	37
USO DEL PRESERVATIVO COMO PREVENCIÓN DE TRANSMISIÓN DEL VIH/SIDA Y OTRAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	38
ALCOHOL Y DROGAS COMO POTENCIADORES DE CONDUCTAS DE RIESGO	39
CAPITULO III	40

METODOLOGÍA	40
TIPO DE ESTUDIO.....	40
PERIODO Y LUGAR DONDE SE LLEVO A CABO LA INVESTIGACION	40
UNIVERSO Y MUESTRA	40
Tabla 6. Datos estadísticos de cada hospital.....	40
Criterios de Inclusión para la realización de la encuesta	41
Criterios de Exclusión para la realización de la encuesta	41
METODOS DE RECOLECCION DE DATOS	42
METODOS DE ANALISIS ESTADISTICO	42
Variables y operacionalización de variables	42
HIPOTESIS Y OBJETIVOS.....	42
Pregunta de investigación	42
Hipótesis	42
Objetivos.....	42
JUSTIFICACION.....	43
ASPECTOS BIOETICOS.....	44
CAPITULO IV	45
RESULTADOS.....	45
Gráfico 2. Sexo biológico.....	45
Tabla 8. Edad	45
Tabla 9. Género	46
Tabla 10. Etnia	46
Gráfico 3. Estado civil.....	47
Tabla 11. Nacionalidad	47
Tabla 13. Nivel de estudio.....	48
Gráfico 4. Orientación sexual	49
Gráfico 5. Pareja sexual	49
Gráfico 6. Prácticas sexuales	50
Gráfico 7. Actividad sexual desde el inicio de la terapia antirretroviral	50
Gráfico 8. Comunicación del diagnóstico de VIH/SIDA	51
Gráfico 9. Motivo por el que no comunica diagnóstico de VIH/SIDA	51
Gráfico 10. Uso del preservativo (Condón)	52

Tabla 14. Información por el personal médico acerca de la necesidad de uso de preservativo cuando pareja es VIH (+)	52
Gráfico 11. Motivo para uso de preservativo	53
Gráfico 12. Motivo para uso no consistente de preservativo	53
Gráfico 13. Contagio de otras enfermedades de transmisión sexual	54
Gráfico 14. Actividad sexual post diagnóstico de carga viral indetectable	54
Gráfico 15. Opinión sobre la necesidad de uso de preservativo teniendo carga viral indetectable con una pareja que no tenga diagnóstico o relación ocasional.	55
Gráfico 16. Consumo de bebidas alcohólicas post inicio de terapia antirretroviral.	55
Gráfico 17. Consumo de drogas ilegales (marihuana, éxtasis, cocaína, heroína) post inicio de terapia antirretroviral.	56
Gráfico 18. Relaciones sexuales sin protección bajo efectos de alcohol u otra droga.	56
Gráfico 19. Inicio de terapia antirretroviral y necesidad de comunicación del estado serológico.	57
Gráfico 20. Educación al paciente sobre prácticas sexuales seguras	57
Gráfico 21. Bienestar físico, emocional y/o social	58
CRUCE DE VARIABLES	59
Gráfico 22. Orientación sexual vs Sexo biológico	59
Gráfico 23. Orientación sexual vs Uso del preservativo	60
Gráfico 24. Orientación sexual vs Motivo para uso de preservativo	61
Gráfico 25. Orientación sexual vs Motivo para el que no comunica diagnóstico de VIH/SIDA	62
Gráfico 26. Orientación sexual vs Inicio de terapia antirretroviral y necesidad de comunicación del estado serológico	63
Gráfico 27. Orientación sexual vs Actividad sexual post diagnóstico de carga viral indetectable	64
Gráfico 28. Orientación sexual vs Contagio de otras enfermedades de transmisión sexual	65
Gráfico 29. Pareja sexual vs Sexo biológico	66
Gráfico 30. Pareja sexual vs Uso del preservativo	67
Gráfico 31. Pareja sexual vs Motivo para uso de preservativo	68
Gráfico 32. Pareja sexual vs Motivo para uso no consistente de preservativo	69
Gráfico 33. Pareja sexual vs Actividad sexual post diagnóstico de carga viral indetectable	70
Gráfico 34. Pareja sexual vs Contagio de otras enfermedades de transmisión sexual	71

Gráfico 35. Actividad sexual desde el inicio de la terapia antirretroviral vs Uso del preservativo	72
Gráfico 36. Actividad sexual desde el inicio de la terapia antirretroviral vs Bienestar físico, emocional y/o social	73
Gráfico 37. Comunicación del diagnóstico de VIH/SIDA vs Uso del preservativo	74
Gráfico 38. Comunicación del diagnóstico de VIH/SIDA vs Motivo por el que no comunica diagnóstico de VIH/DIA.....	75
Gráfico 39. Relaciones sexuales sin protección bajo efectos del alcohol u otra droga vs Sexo biológico	76
Gráfico 40. Relaciones sexuales sin protección bajo efectos del alcohol u otra droga vs Edad	77
Gráfico 41. Relaciones sexuales sin protección bajo efectos del alcohol u otra droga vs Genero	78
Gráfico 42. Relaciones sexuales sin protección bajo efectos del alcohol u otra droga vs Contagio de otras enfermedades de transmisión sexual	79
CAPITULO V	80
DISCUSION	80
CAPITULO VI.....	87
CONCLUSIONES	87
RECOMENDACIONES	89
LIMITACIONES.....	90
BIBLIOGRAFÍA	91
ANEXOS	94
ANEXO 1: ENCUESTA.....	94
ANEXO 2 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	99

RESUMEN

Objetivo: El objetivo de este estudio es analizar los factores de riesgo modificables y no modificables que están relacionados con las prácticas sexuales de riesgo en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA mayores de 18 años de edad en tratamiento con antirretroviral que acuden a consulta externa de los establecimientos de salud Hospital de Especialidades Eugenio Espejo y Hospital IESS del Sur de la ciudad de Quito/ Ecuador durante el periodo de noviembre del 2021 hasta marzo del 2022.

Métodos: Se realizó un estudio transversal descriptivo, mediante la aplicación de una encuesta en físico de 25 preguntas.

Plan de análisis de datos: Se realizó un análisis de los factores de riesgo modificables y no modificables que están relacionados con las prácticas sexuales de riesgo en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA. Este estudio se llevó a cabo en 2 Hospitales públicos en la ciudad de Quito – Ecuador. La población estuvo conformada por un total de 1460 pacientes que acuden a su control en consulta externa en el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo y Hospital IESS Quito Sur. En base a la población del estudio se tomó una muestra de 305 pacientes. La información se obtuvo mediante la administración de una encuesta física que consta de 25 preguntas, la cual fue realizada de forma confidencial. Los participantes pudieron elegir realizar la encuesta antes o después de la consulta teniendo en cuenta que esto no afectó la calidad de la atención recibida o que va a recibir. Una vez recolectados los datos, estos se analizaron con el programa SPSS versión 28 y se ejecutó un cruce de variables para determinar cuáles son los factores de riesgo identificados en los que se puede intervenir en la consulta médica de control.

Resultados: Participaron un total de 305 personas, de estos 83.9% eran hombres y 16.1% mujeres. Con respecto a la edad, el 54.8% tenían de 18 a 35 años, el 43.9% de 30 a 60 años y el 1.3% más de 60 años. El 56.4% de la población fue homosexual, 22.3% heterosexual, 11.1% bisexual. Al realizar el cruce de variables, se encontró que existe una relación estadísticamente significativa entre las variables: orientación sexual versus sexo biológico, uso del preservativo, inicio de la terapia antirretroviral, comunicación del estado serológico y contagio de otras enfermedades de transmisión sexual; pareja sexual versus sexo biológico, estado civil, uso del preservativo, actividad sexual post diagnóstico de carga viral indetectable y contagio de otras enfermedades de transmisión sexual; actividad sexual desde el inicio de la terapia antirretroviral versus uso del preservativo, bienestar físico, emocional y/o social; comunicación del diagnóstico de VIH/SIDA versus uso del preservativo y motivos por el que no comunican estado serológico;

relaciones sexuales sin protección bajo efectos del alcohol u otras drogas versus contagio de otras enfermedades de transmisión sexual dado que el valor de p de la prueba Chi Cuadrado fue menor a 0.05.

Conclusiones: La literatura menciona que el VIH es más frecuente en personas jóvenes, solteras, de sexo biológico masculino con orientación homosexual. En el estudio estas características también fueron las más predominantes en los participantes, sin embargo, al relacionar estas con las prácticas sexuales de riesgo, se encontró que no existe una relación estadísticamente significativa, debido a que gran parte de la muestra no tiene prácticas sexuales de riesgo. A pesar de esto, aún hay población que no utiliza preservativo en todas las relaciones sexuales y muchas veces tienen varias parejas, no comunican su estado serológico y practican coito bajo efecto del alcohol u otras drogas.

Recomendaciones: Recomendamos realizar una exposición de los datos obtenidos a los médicos que tienen a su cargo a pacientes diagnosticados con VIH/SIDA para que se pueda poner énfasis en mejorar la calidad de atención en consulta. Entendiendo que la calidad de atención no solo se mide por la cantidad de pacientes con carga viral indetectable, sino en que estos tengan un bienestar físico, emocional y/o social a pesar de su diagnóstico. La relación médico paciente es un pilar fundamental en esta población.

Palabras clave: Práctica sexual de riesgo, conocimiento en educación sexual en VIH, terapia antirretroviral, métodos anticonceptivos de barrera, VIH/SIDA, personal de salud.

ABSTRACT

Objective: The objective of this study is to analyze the modifiable and non-modifiable risk factors that are related to sexual risk practices in patients diagnosed with HIV/AIDS over 18 years of age on antiretroviral treatment who attend to Eugenio Espejo Speciality Hospital and Hospital IESS Sur of the city of Quito / Ecuador during the period of November 2021 until March 2022.

Methods: A descriptive cross-sectional study was conducted by applying a 25-question physical survey.

Data analysis plan: An analysis of modifiable and non-modifiable risk factors that are related to risky sexual practices in patients diagnosed with HIV/AIDS was performed. This study was made in 2 public hospitals in the city of Quito – Ecuador. The population was made up of a total of 1460 patients who come to their control at the Eugenio Espejo Specialty Hospital and IESS Quito Sur Hospital. Based on the study population, a sample of 305 patients was obtained. The information was obtained by administering a physical survey consisting of 25 questions. Participants were able to choose to make the survey before or after the medical appointment. Once the data was collected, they were analyzed with the SPSS version 28 program and a crossing of variables was executed to determine which are the identified risk factors in which it is possible to intervene in the control medical consultation.

Results: A total of 305 people participated, of these 83.9% were men and 16.1% women. Regarding age, 54.8% were 18 to 35 years old, 43.9% were 30 to 60 years old and 1.3% were over 60 years old. 56.4% of the population was homosexual, 22.3% heterosexual, 11.1% bisexual. When crossing variables, it was found that there was a statistically significant relationship between the variables with a value of the Chi Square test was less than 0.05. This variables were sexual orientation versus biological sex, condom use, initiation of antiretroviral therapy and communication of serological status and contagion of other sexually transmitted diseases; sexual partner versus biological sex, marital status, condom use, post-diagnosis sexual activity of undetectable viral load and contagion of other sexually transmitted diseases; sexual activity from the start of antiretroviral therapy versus condom use, physical, emotional and/or social well-being; communication of HIV/AIDS diagnosis versus condom use and reasons why they do not report HIV status; unprotected sex under the influence of alcohol or other drugs and contagion of other sexually transmitted diseases.

Conclusions: The literature mentions that HIV is more common in young, single, biological male people with a homosexual orientation. In our study these characteristics were also the most predominant in the participants, however, when relating these to risky sexual practices it was found that there was no statistically significant relationship because the vast majority of our sample does not have risky sexual practices. Despite this, there is still population that does not use condom in all sexual relations and often have several partners, do not communicate their serological status and have sex under the influence of alcohol or other drugs.

Recommendations: We recommend an exhibition of the data obtained to the doctors who are in charge of diagnosed HIV/AIDS to improve the quality of medical attention. Understanding that the quality of care is not only measured by the number of patients with undetectable viral load, but in people who have a physical, emotional and / or social well-being despite their diagnosis. The doctor-patient relationship is a fundamental pillar in this population.

Keywords: Risk sexual practice, knowledge in sex education in HIV, antiretroviral therapy, barrier contraceptive methods, HIV/AIDS, health personnel.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

El virus de la inmunodeficiencia humana VIH/SIDA continúa siendo un tema de gran importancia y preocupación desde el punto de vista sanitario, político, económico y social. Los estudios revelan que un tercio de las personas diagnosticadas con VIH mantienen prácticas sexuales sin protección, esto se consideró un riesgo de transmisión del virus para las parejas serodiscordantes, al igual que a otras infecciones de transmisión sexual. Además, las personas seropositivas también tienen riesgo de reinfección con nuevas cepas de VIH. (Ncube, Ansong, Daniels, Campbell-Stennett, & Jolly, 2017)

Según ONU SIDA se calcula que en el año 2020 37.6 millones de personas vivían con VIH. En este mismo año 690.000 personas murieron a causa de enfermedades relacionadas con el SIDA. De las personas infectadas en 2020 se conoce que el 84% conocían su diagnóstico y aproximadamente 6.0 millones no sabían que tenían VIH. El acceso a la terapia antirretroviral en personas que viven con VIH fue del 73% que son aproximadamente 27.14 millones de personas. En el año 2020 se documentaron 1.5 millones de nuevas infecciones por el VIH. A pesar del número de contagios, la mortalidad ha disminuido un 42% desde el 2012 y de todas las personas que tenían acceso al tratamiento el 90% lograron la supresión viral. (ONUSIDA, 2020)

En América Latina, los casos de infecciones por VIH siguen aumentando, se calcula un aumento de un 21% desde el año 2010 al 2019 según datos proporcionados por la Organización Panamericana de la Salud. El número de muertes por enfermedades relacionadas con el SIDA disminuyeron en 8% en los últimos 10 años en América Latina. Sin embargo, las estadísticas aún son alarmantes y la infección por el VIH continúa siendo un grave problema de salud pública. (Organización Panamericana de la Salud, 2021)

En Ecuador para el año 2018 se registraron 43.887 casos acumulados de VIH/Sida y se reportaron 4.077 casos nuevos de los cuales 2.880 (70.64%) corresponden a hombres y 1.197 (29.36%) a mujeres (MSP,2018). Según el Informe GAM 2017, el 92.4% de las personas conocen su estado serológico, el 54.20% de adultos y niños cuentan con acceso a la terapia antirretroviral y el 78% de estos tienen carga viral suprimida. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017)

En el año 2014 en el Foro Latinoamericano y del Caribe se habló sobre la continua atención del VIH que fue organizado por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida

(ONUSIDA) y la OMS/POS. Aquí se acordaron las metas 90-90-90 (90% de personas que conocen su diagnóstico, 90% bajo tratamiento antirretroviral y el 90% bajo tratamiento con supresión viral). (Organización Panamericana de la Salud, 2020). Basándose en las metas propuestas el MSP y la Estrategia Nacional de VIH/SIDA establecieron nuevas estrategias que incluyen un manejo integral y multisectorial a través de diversas acciones. Entre estas se encuentran el acceso gratuito a la medicación, promoción de la movilización social y comunitaria, actualización periódica de las guías nacionales, entre otras.

El aumento del acceso al tratamiento ha tenido un impacto positivo en la reducción de morbilidad y mortalidad en los pacientes con diagnóstico de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y ha hecho que cada vez más personas consigan la reducción de la replicación viral. Este hecho ha ido transformando la epidemiología del VIH por cambiar favorablemente su historia natural al retrasar la evolución de la enfermedad y permitir que las personas que viven con VIH tengan un estilo de vida parecido al de una persona no infectada. Aunque esto suene favorable, hay estudios que afirman que la administración de terapia antirretroviral y los comportamientos sexuales de riesgo están asociados de cierta forma ya que, al mejorar la calidad de vida, tener mayor bienestar emocional y al sentirse mejor físicamente se puede producir un incremento de los comportamientos sexuales de riesgo. (Juarez & Pozo, 2010)

La transmisión del VIH y de otras infecciones de transmisión sexual (ITS) se facilita cuando se practican conductas sexuales de riesgo, en especial cuando no se usa preservativo en todas las relaciones sexuales. Diversos estudios realizados en Europa y América del Norte en hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) mencionan que estar en terapia antirretroviral puede propiciar comportamientos sexuales de riesgo debido al bienestar que le otorga el tratamiento al paciente. (Juarez & Pozo, 2010)

En el 2018 ONUSIDA llevó a cabo una campaña llamada “Indetectable = intransmisible” y concluyó que cuando existe carga viral indetectable el riesgo de contagio es nulo. Esta es una gran noticia para las personas que viven con VIH, sin embargo, hay que tomar en cuenta que los controles deben ser oportunos y rigurosos para alcanzar la meta esperada. (ONUSIDA, 2018)

En Perú en 2010, se realizó un estudio cualitativo basado en entrevistas a población clave con diagnóstico de VIH/SIDA en tratamiento con terapia antirretroviral que mostró que después del tratamiento los pacientes continúan teniendo prácticas sexuales de riesgo cuando aumentan su seguridad. (Juarez & Pozo, 2010)

En conclusión, el ser indetectable no solo favorece en el ámbito físico, sino que promueve la salud mental y emocional en personas que viven con VIH. Saber que ya no se puede transmitir el virus permite elegir entre tener relaciones sexuales con o sin preservativo. Esto puede ser positivo para los pacientes y sus parejas, sin embargo, proporciona una falsa sensación de seguridad ya que el uso de preservativo no solo previene el VIH, sino otras enfermedades de transmisión sexual, así como la prevención de embarazos no deseados. (ONUSIDA, 2018)

CAPITULO II

MARCO TEORICO

INFECCION POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

Epidemiologia

El VIH continúa siendo uno de los mayores problemas de salud pública a nivel mundial, este ha cobrado alrededor de 36.3 millones de vidas. En el año 2020 aproximadamente 37.7 millones de personas vivían con VIH, de estos 36 millones son adultos, 1.7 millones niños hasta los 14 años y el 53% de todas estas personas son mujeres y niñas. En este mismo año el 84% de todas las personas que vivían con VIH conocían su estado serológico mientras que 6.1 millones no conocían el mismo. (OMS, 2021)

Se estima que, en el año 2021, 28.2 millones de personas tuvieron acceso a la terapia antirretroviral en comparación a los 7.8 millones del año 2010. Por otra parte, en el año 2020 un 85% de las mujeres embarazadas que vivían con VIH tuvieron acceso al tratamiento para evitar la transmisión del VIH a sus hijos. (ONUSIDA, 2021)

Con respecto a nuevas infecciones por el VIH se ha reducido un 52% con respecto al pico alcanzado en el año de 1997. En 2020 se produjeron 1.5 millones de nuevas infecciones en comparación con los 3 millones de 1997. Hay que tener en cuenta que desde el año 2010 las nuevas infecciones por VIH en los niños descendieron un 53%. (ONUSIDA, 2021)

El 65% de las nuevas infecciones por VIH a nivel mundial está representado por los grupos de población clave (trabajadores/as sexuales y sus clientes, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas que se inyectan drogas). El riesgo de contraer VIH es 35 veces mayor entre personas que se inyectan drogas, 34 veces mayor para mujeres transgénero, 26 veces más para trabajadores/as sexuales y 25 veces más en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. (ONUSIDA, 2021)

En cuanto a las muertes relacionadas con el sida, desde el pico del año 2004 el número de muertes se ha reducido en más de un 47%. Para el año 2020 alrededor de 680.000 personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el sida a nivel mundial. La mortalidad ha

disminuido un 53% en mujeres y niñas; un 74% en hombres y niños desde el año 2010. (ONUSIDA, 2021)

Ante la llegada del nuevo virus COVID-19 se encontró que las personas que viven con el VIH sufrían cuadros más graves y tenían mayores comorbilidades. Se produjo una disminución del diagnóstico y tratamiento contra el VIH debido al confinamiento y las restricciones que se aplicaron, así las pruebas del VIH disminuyeron en un 41%, las remisiones para diagnóstico y tratamiento se redujeron un 37%. (ONUSIDA, 2021)

En América Latina, los casos de infecciones por VIH siguen aumentando en un 21%, según datos proporcionados por la Organización Panamericana de la Salud entre el 2010 al 2019. En cambio, el número de muertes por enfermedades relacionadas con el sida disminuyeron en 8% en los últimos 10 años en América Latina. (Organización Panamericana de la Salud, 2021) Aproximadamente el 23% de las personas que viven con VIH en América Latina y el Caribe desconocen su infección y de estos un tercio se diagnostican de manera tardía. (Organización Panamericana de la Salud, 2021) En América Latina existen cerca de 2.100.000 de personas que viven con VIH. Entre estas el 53% ha podido controlar la carga viral gracias al tratamiento antirretroviral. (MSP, 2020)

En Ecuador, los casos de VIH han ido aumentando desde 1984, año en el cual se detectaron los primeros afectados. En años posteriores, los diagnósticos se han facilitado por la realización de un mayor número de pruebas de tamizaje para VIH. En el 2020, se notificaron 3.823 casos nuevos de VIH, hubo menor número de tamizajes, dificultad en la adquisición de pruebas y menor acceso a los servicios de salud debido a la pandemia del COVID 19. (MSP, 2020)

Los nuevos casos de VIH/SIDA para el año 2020 se concentran en 9 provincias del país. La provincia del Guayas representa el mayor número de casos nuevos con el 31.8% le sigue Pichincha con 16.51%. Según datos del INEC en 2020 la tasa de incidencia del VIH es de 0.22 por cada 1.000 habitantes. De los 3.823 casos notificados el 72% corresponde a hombre y 28% mujeres. (MSP, 2020)

VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

Etiología.

El virus del VIH pertenece a la familia retroviridae, subfamilia lentivirus, tiene un genoma de Ácido Ribonucleico (ARN). Existen 4 retrovirus humanos y estos pertenecen a dos grupos: los virus con

tropismo para linfocitos T humanos I y II y los virus de la inmunodeficiencia humana VIH1 y VIH2. El VIH1 es el causante de la pandemia mundial del SIDA mientras que el VIH2 puede producir SIDA, pero es menos patógeno y transmisible. (Harrison, 2019)

Las cepas del VIH1 se clasifican en tres grandes grupos: grupo M, grupo O y grupo N. A su vez el grupo M se divide en 9 subtipos A, B, C, D, F, G, H, J, K y en cepas recombinantes denominados CRF. La pandemia de SIDA se debe sobre todo a los virus VIH1 grupo M. (Harrison, 2019)

Morfología del VIH.

El VIH1 tiene una forma esférica con un diámetro de 100-120 nm. Su envoltura consiste en una bicapa lipídica en donde se encuentra diferentes proteínas de membrana del huésped, además de glicoproteínas virales como la Env. La glicoproteína de superficie gp120 está unida de manera no covalente a la glicoproteína transmembrana gp41; estos son fundamentales para la actividad biológica del virión. (Harrison, 2019)

En el genoma del virus encontramos tres regiones codificantes gag, pol y env. Estos codifican: proteínas de la cápside (gag), enzimas necesarias para la replicación (pol) y la glicoproteína externa (Env) responsable de la infectividad de la partícula viral. Las enzimas que codifica pol son la transcriptasa inversa, integrasa y proteasa. (Harrison, 2019)

Existen otras proteínas adicionales que son parte de la partícula viral (vif, vpr, vpx), regulan la expresión génica viral (tat, rev) o facilitan la propagación del virus (vpu, nef). (Delgado, 2011) (Harrison, 2019)

Replicación del VIH.

El ciclo de replicación del VIH inicia con la unión de la proteína gp120 de la cubierta viral a su receptor la molécula CD4. Esta molécula la encontramos de manera predominante en linfocitos T, así como también en monocitos/macrófagos y células dendríticas. Existen dos correceptores principales para el VIH el CCR5 y CXCR4, la unión a estos se ve facilitada ya que al fijarse la gp120, modifica su configuración y de esta manera ingresa a la célula hospedadora. (Harrison, 2019)

Gracias a los cambios en la configuración, se produce una fusión con la membrana de la célula hospedadora por medio de la molécula gp41, la cual penetra en la célula afectada y se enrolla sobre sí misma para permitir la fusión. (Harrison, 2019)

Una vez realizada la fusión inicia la transcripción inversa que conduce a la formación del complejo de preintegración el cual avanza por el citoplasma hasta llegar al núcleo en donde la transcriptasa inversa cataliza la transcripción inversa de RNA genómico a DNA-VIH proviral de doble cadena. Al activarse la célula el DNA viral viaja al núcleo para integrarse a los cromosomas de la célula huésped gracias a la acción de la enzima integrasa, aquí el provirus puede permanecer inactivo (latente) o estar a diferentes niveles de expresión genética. (Harrison, 2019)

Para completar su ciclo de replicación es necesario la activación celular ya que la secuencia genética integrada es relativamente lábil en una célula en reposo.

Transmisión del VIH.

El VIH se transmite de manera efectiva por tres formas: sexual, parenteral y vertical.

- a. Transmisión sexual.** Es el principal modo de transmisión en todo el mundo. A pesar de que el mayor porcentaje de nuevos casos de VIH se registran en hombres que tienen sexo con hombres, el contagio por medio de relaciones heterosexuales sigue siendo superior en todo el mundo. (ONUSIDA, 2021)

Después de varios estudios se ha demostrado que en los hombres existe mayor concentración del virus en el líquido seminal mientras que en la mujer se encontró el virus en frotis del cuello uterino y líquido vaginal. (Harrison, 2019)

Existe un mayor riesgo de transmisión durante el coito anal, es probable que esto se deba: 1) traumatismos generados en la mucosa rectal que permiten la inoculación directa del virus en la sangre. 2) infección de las células de Langerhans de la mucosa aun sin haber traumatismo. (Harrison, 2019)

La transmisión de VIH es superior de hombres a mujeres, esto se debe al mayor tiempo de exposición al líquido seminal infectado con la vagina en comparación el pene y el orificio de la uretra que tienen menor exposición a secreciones vaginales infectadas. Además, se ha encontrado factores que ayudan a una mayor transmisión sexual del VIH como por ejemplo la presencia de otras infecciones de transmisión sexual ulcerativas o no, anticonceptivos orales, ectopia cuello uterino, consumo de alcohol y drogas ilegales. (Harrison, 2019)

- b. Transmisión parenteral.** El VIH se transmite por uso de drogas inyectadas, transfusiones de sangre y sus hemoderivados, trasplante de tejidos contaminados por el virus.

La transmisión del VIH se da cuando los individuos comparten el instrumental que se encuentra contaminado ya sea agujas, jeringas o algodón. Se ha considerado de manera errónea que para una transmisión eficaz del virus es necesario que exista una punción intravenosa (IV) lo cual no es cierto ya que inyecciones subcutáneas (SC) o intramusculares (IM) son igual de riesgosas. El riesgo de transmisión por esta forma es de un 0.6%. (Harrison, 2019)

En el año 1982 se conocieron los primeros casos de sida en pacientes que recibieron transfusiones de sangre, hemoderivados u otros trasplantes. Actualmente el riesgo de transmisión del VIH por medio de sangre o hemoderivados es muy bajo, ya que se realiza una selección cuidadosa de los donantes, así como pruebas serológicas para infecciones concomitantes del VIH como hepatitis B y C. (Harrison, 2019)

La transmisión ocupacional de VIH entre los profesionales de salud y laboratorio a pesar de ser mínima es una vía importante de infección. El riesgo de infección del VIH luego de un pinchazo en la piel con una aguja u objeto cortopunzante contaminado es de 0.3% y el riesgo por exposición de las mucosas es de 0.09%. Actualmente las heridas por punción o exposición a mucosas con sangre infectada reciben tratamiento antirretroviral combinado lo que ha reducido la incidencia de transmisiones por esta vía. El riesgo de infección puede ser incrementado por la cantidad de sangre infectada a la que se expone el personal, así como la carga viral elevada de la misma. Así también, al tiempo de contacto y una vía de entrada potencial. (Harrison, 2019)

- c. Transmisión vertical.** La transmisión de madre a hijo se puede dar durante el embarazo, parto y lactancia. El VIH puede transmitirse desde el primer y segundo trimestre alcanzando su máximo en el periodo perinatal.

La literatura indica que el factor de riesgo más importante es la carga viral ya que a mayor carga viral de la gestante mayor es el riesgo de transmisión. Por este motivo un

diagnóstico temprano, así como la administración de antirretrovirales oportunamente disminuyen este riesgo. (Harrison, 2019)

En el Ecuador para el año 2020 se notificaron 13 casos de VIH en hijos de madres VIH positivo, la tasa de transmisión para el mismo año fue de 2.8. La prevalencia de VIH en embarazadas en el Ecuador es de 0.25%. (MSP, 2020)

La lactancia es una vía importante de transmisión de la infección por el VIH. La transmisión se ve facilitada por las concentraciones del VIH en la leche materna, presencia de mastitis, recuento bajo de linfocitos T CD4 maternos. (Harrison, 2019)

Fisiopatología. 5

El VIH produce un déficit progresivo, cuantitativo y cualitativo de los linfocitos T colaboradores esto lleva a una importante inmunodeficiencia.

- a. Infección primaria.** El VIH cruza la barrera transportada en las células de Langerhans o a través de rasgaduras microscópicas en la mucosa. A continuación, el virus alcanza a los linfocitos T CD4+, estos ya sea que estén en reposo o activados sirven como amplificadores iniciales de la infección. (Harrison, 2019)

Una vez establecida la infección, el virus se replica en las células linfoides de la mucosa y submucosa. Existe la fase de eclipse de la infección, en donde no es posible detectar el virus en plasma, esto puede durar varios días. En las semanas siguientes el virus se disemina a los ganglios linfáticos regionales, luego a compartimentos linfoides, el tejido linfoide relacionado con el intestino GALT, es un objetivo principal del VIH ya que tiene acceso a grandes cantidades de linfocitos TCD4 generándose un brote intenso de viremia la cual ya se puede detectar fácilmente. De esta manera la infección está bien establecida y el proceso es irreversible. (Harrison, 2019)

Características clínicas. Entre el 10 – 60% de los individuos con infección temprana por VIH no presentan síntomas. Después de 2 a 4 semanas desde la exposición al virus los pacientes pueden desarrollar síntomas, sin embargo, se ha observado que puede existir un periodo de incubación incluso de hasta 10 meses. (Paul, 2022)

Existe una constelación de síntomas y signos denominada Síndrome Retroviral Agudo, los más comunes son fiebre, linfadenopatía, erupción cutánea, mialgas o artralgias, diarrea, pérdida de peso y dolor de cabeza. Se debe tener en cuenta que ninguno de estos signos o síntomas es específico para la infección por VIH, sin embargo, la duración prolongada y aumento de la gravedad de los mismos, sugieren el diagnóstico e incluso llegan a ser factores de mal pronóstico. (Paul, 2022)

La fiebre, fatiga y mialgias son los síntomas más comunes en los pacientes con VIH, la fiebre llega a tener un rango de 38 a 40°C. La linfadenopatía no dolorosa afecta a los ganglios axilares, cervicales y occipitales, esta aparece durante la segunda semana de enfermedad. Otra manifestación común es una erupción generalizada que ocurre dentro de 48 a 72 horas después del inicio de la fiebre y puede durar de 5 a 8 días, esta erupción afecta principalmente a la cara, cuello y parte superior del tórax incluidas palmas de las manos y plantas de los pies. Durante la infección aguda los principales síntomas gastrointestinales son náuseas, diarrea, anorexia y pérdida de peso en un promedio de 5kg. A nivel respiratorio puede existir tos, disnea e hipoxia. A nivel neurológico lo más común es el dolor de cabeza, meningitis aséptica, fotofobia. (Paul, 2022)

Las infecciones oportunistas se asocian con la enfermedad en etapa avanzada sin embargo pueden ocurrir en la infección temprana ya que existe una linfopenia transitoria de linfocitos CD4+. Entre las más importantes tenemos la candidiasis oral y esofágica, citomegalovirus, neumonía por *Pneumocystis jirovecii* y criptosporidiosis. (Paul, 2022)

A nivel de laboratorio en estas primeras etapas encontramos una rápida replicación viral, el recuento suele ser muy alto > 100.000 copias/mL mientras que las células CD4 disminuyen. El recuento de leucocitos y linfocitos varía durante la enfermedad aguda, en un inicio hay una caída total de glóbulos blancos, los CD4 descienden con relación al aumento de la carga viral y aumentan las células CD8. Luego del pico de viremia, los CD4 se recuperan y los CD8 disminuyen, además se ha encontrado elevaciones de enzimas hepáticas, anemia leve y trombocitopenia. (Paul, 2022)

- b. Infección crónica y persistente.** A pesar de las respuestas inmunitarias que se desencadenan en la infección primaria, el virus no es eliminado por completo, por el

contrario, se desarrolla una infección crónica que continua su replicación durante aproximadamente 10 años.

Durante este periodo de tiempo, en donde la replicación y muerte viral se encontraba parcialmente controlada, se produce un aumento de las concentraciones de VIH, este vence los sistemas de control llegando a producir una nueva viremia que determina el estado clínico de SIDA. (Harrison, 2019)

Existen diversos mecanismos por los cuales el VIH logra evadirse y de esta manera mantener una infección crónica. El primer mecanismo es la capacidad del virus de generar mutaciones y recombinaciones lo que le permite escapar del control de los linfocitos T CD8+ los mismos que son consumidos por la elevada replicación viral provocando aún más una respuesta inmunitaria deficiente. (Harrison, 2019)

Otro mecanismo por el cual el VIH escapa del sistema inmune es la eliminación del antígeno leucocitario humano (HLA) de las células infectadas, esto provoca que los linfocitos T CD8+ no reconozcan estas células y así no pueden ser eliminadas. (Harrison, 2019)

La literatura nos habla de otros mecanismos como la disminución de los linfocitos T CD4+ al ser las células objetivo del VIH, así como la capacidad del VIH de secuestrar las células infectadas en sitios donde el sistema inmune tiene sus funciones parcialmente restringidas como el sistema nervioso central. (Harrison, 2019)

El VIH no solo tiene una reserva a nivel linfático, existe también una reserva en las células CD4 que se encuentran en un periodo de latencia, esta reserva se desarrolla durante la etapa de infección aguda. De esta manera al recibir una señal de activación se formarán nuevos provirus y posteriormente virus con alta capacidad replicativa. (Harrison, 2019)

- c. **Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.** Es la etapa final de la infección por VIH, en donde se ha agotado las células CD4+ llegando a un recuento <200 células/mL o se desarrollan ciertas enfermedades oportunistas. (MSP, 2019)

La CDC estratifica la infección del VIH en las siguientes categorías:

Tabla 1. Estratificación del VIH

CELULAS CD4+	CATEGORIA A	CATEGORIA B	CATEGORIA C
> 500	A1	B1	C1
200 – 199	A2	B2	C2
<200	A3	B3	C3

Autores: Paredes D, Guerra M. Fuente: (Harrison, 2019)

Categoría A. Encontramos a pacientes asintomáticos con linfadenopatía generalizada. (Abdulghani, Gonzalez, Manzardo, Casanova, & Pericás, 2020)

Categoría B. Se encuentran pacientes que presentan enfermedades a causa del VIH, pero estas no están incluidas en la categoría C. (Abdulghani, Gonzalez, Manzardo, Casanova, & Pericás, 2020)

- Fiebre de 38°C o mayor y diarrea de más de un mes de duración.
- Candidiasis vulvovaginal o candidiasis oral resistente al tratamiento.
- Displasia de cérvix uterino o carcinoma de cérvix no invasivo
- Enfermedad inflamatoria pélvica,
- Herpes zoster, más de un episodio.
- Leucoplasia oral vellosa.
- Neuropatía periférica,
- Púrpura trombocitopénica idiopática.

Categoría C. A esta categoría pertenecen pacientes que desarrollan enfermedades definitorias de SIDA. (Abdulghani, Gonzalez, Manzardo, Casanova, & Pericás, 2020)

- Septicemia recurrente por Salmonella.
- Infección por Mycobacterium avium.
- Infección por citomegalovirus, virus de herpes simple tipos 1 y 2.
- Aspergilosis.
- Candidiasis diseminada a esófago, tráquea o pulmones.
- Coccidioidomicosis extrapulmonar o diseminada.
- Criptococosis extrapulmonar.

- Neumonía por *Pneumocystis jirovecii*.
- Toxoplasmosis neurológica.
- Bronquitis y neumonía.
- Encefalopatía por VIH.
- Sarcoma de Kaposi.
- Linfoma de Burkitt.

Diagnóstico del VIH.

El diagnóstico de VIH se basa en métodos indirectos y directos. La guía de práctica clínica del MSP nos habla de los siguientes métodos: (MSP, 2019)

a. Métodos indirectos serológicos

- a. Tamizaje.
 - i. Pruebas rápidas.
 - ii. ELISA

Tabla 2. Métodos diagnósticos de VIH (tamizaje)

TIPO DE PRUEBA	DETECCION
Primera generación	IgG virus del VIH1 Detecta a las 12 semanas.
Segunda generación	IgG virus VIH A partir de los 30 días.
Tercera generación	IgG e IgM de VIH1 y 2 Detecta hasta los 20 días. Especificidad 100%
Cuarta generación (prueba rápida)	IgG e IgM de VIH 1 y 2 Detecta p24 a los 10 a 12 días. Sensibilidad: 99.8% Especificidad 99.6%

Autores: Paredes D, Guerra M. Fuente: (MSP, 2019)

b. Confirmatorio

Tabla 3. Métodos diagnósticos de VIH (confirmatorio)

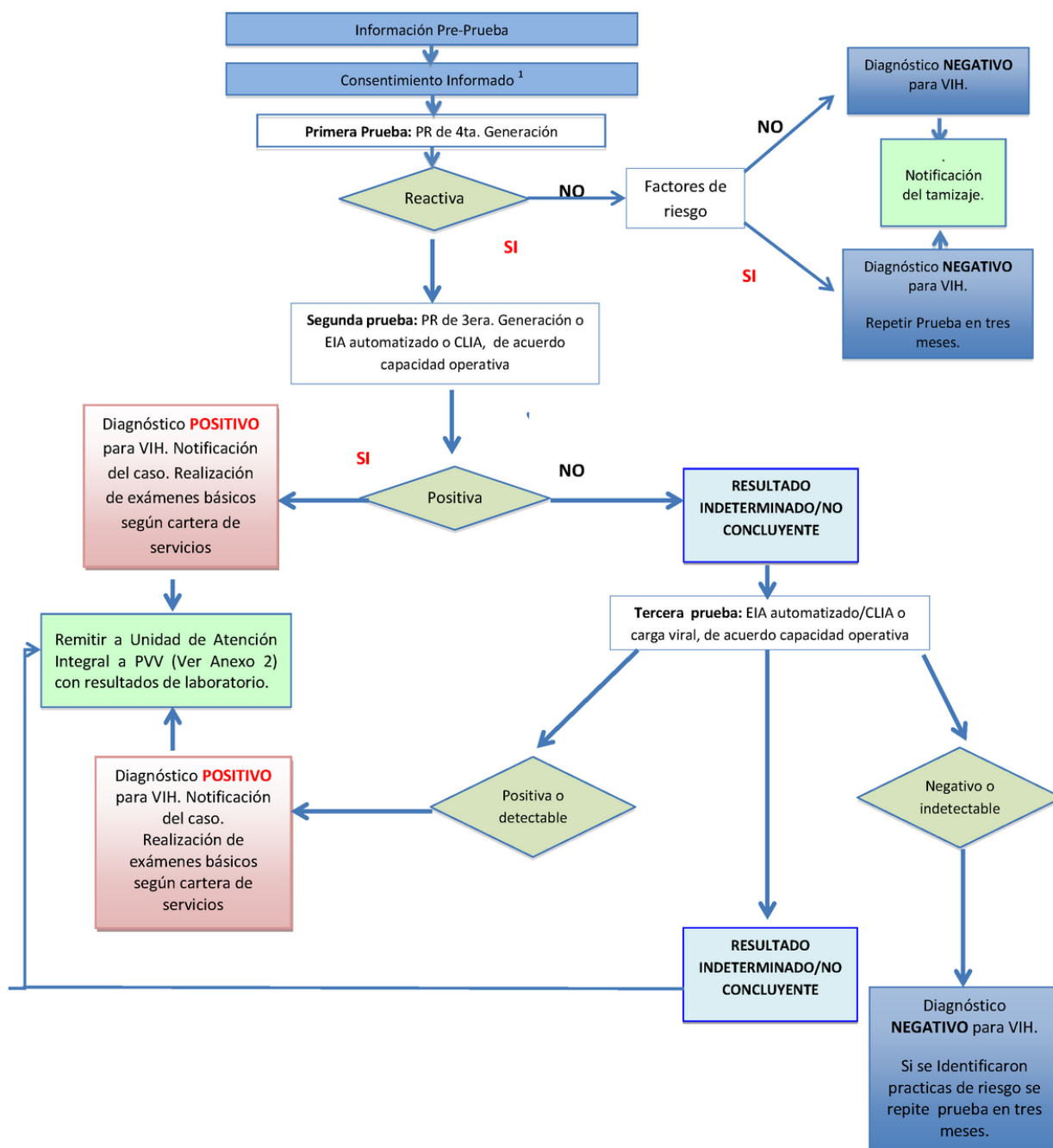
TIPO DE PRUEBA	DETECCION
Quimioluminiscencia	IgM e IgG de VIH, p24
Inmunofluorescencia	Confirmación de sueros positivos.

Autores: Paredes D, Guerra M. Fuente: (MSP, 2019)

b. Métodos directos virológicos.

- a.** Pruebas de amplificación de los ácidos nucleicos (PCR).
- b.** Cualitativas: PCR.
- c.** Cuantitativas: PCR en tiempo real, amplificación nuclear, detección de antigenemia p24, ultrasensible.
 - i.** Carga viral: 50 copias/1ml a los 10 a 15 días.
 - ii.** Ultrasensible: 5 copias/1ml a los 5 días.

Gráfico 1. Algoritmo diagnóstico de VIH



Fuente: (MSP, 2019) Prevención diagnóstico y tratamiento de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en embarazadas, niños, adolescentes y adultos.

Terapia antirretroviral.

La terapia antirretroviral ha disminuido las cifras de morbilidad y mortalidad en los pacientes que padecen VIH/SIDA alrededor de todo el mundo. Actualmente existen cuatro familias de medicamentos antirretrovirales. (MSP, 2019) Estas son:

Tabla 4. Tipos de medicamentos antirretrovirales

FAMILIA	MECANISMO DE ACCION	FARMACOS
Inhibidores de la transcriptasa inversa (ITI). a. Inhibidores de transcriptasa inversa análogos nucleósidos (ITIAN). b. Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos no nucleósidos (ITIANN).	Su acción es intracelular, utiliza cinasas de las propias células del huésped. Impide que se forme la cadena de ADN. Contraindicación: No en lesión renal y osteopenia.	Tenofovir (TDF) Tenofovir disoproxil fumarato y tenofovir alafenamide (TAF) Abacavir (ABC) Lamivudina (3TC) Zidovudina (AZT) Emtricitabina (FTC)
Inhibidores de la proteasa (IP).	Su acción es inhibir a la enzima proteasa del VIH1. Impide la maduración del virus. Indicación: siempre administrar con ritonavir (RTV) o cobicistat (Cobi).	Darunavir (DRV) Atazanavir (ATV) Ritonavir (RTV)
Inhibidores de la entrada. a. Inhibidores de la fusión (IF). b. Inhibidores de correceptores	Su acción es inhibir el CCR5.	Inhibidor de la fusión: Enfuvirtida

(antagonistas de CCR5).		
Inhibidores de la integrasa (INI).	<p>Su acción es bloquear la integración del VIH.</p> <p>Son fármacos de primera línea.</p> <p>Beneficios: tienen bajo riesgo cardiovascular, se administran una vez al día y no tienen interacciones farmacológicas.</p>	<p>Dolutegravir (DTG) debe evitarse en mujeres embarazadas o que estén buscando un embarazo. Este fármaco puede generar defectos del tubo neural.</p> <p>Raltegravir (RAL)</p> <p>Bictegravir</p>

Autores: Paredes D, Guerra M. Fuente: (MSP, 2019)

Los principales objetivos de la terapia antirretroviral son (MSP, 2019):

- Alcanzar una carga viral indetectable, así como la recuperación de la función inmunológica.
- Prevenir la transmisión del VIH.
- Evitar la evolución de la enfermedad y que esta pueda conducir a la aparición de infecciones oportunistas.
- Retrasar el estado inflamatorio provocado por este virus y así evitar las consecuencias de este.

Tabla 5. Esquema de tratamiento antirretroviral

A	B	C
TDF/TAF	3TC/FTC	Integrasas: DTG RAL Bictegravir
ABC	3TC/FTC	EFV ETR DOR

AZT	3TC/FTC	Proteasas: DRV/RTV ATV/r LPV/r
-----	---------	---

Autores: Paredes D, Guerra M. Fuente: (MSP, 2019)

SEXUALIDAD

El sexo se refiere al sexo biológico del individuo. Según la OMS, el "sexo" se relaciona con las características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres. (Instituto Nacional de Estadística, 2022)

Género. Se refiere a los roles, conductas, actividades y atributos construidos socialmente que una cultura determinada considera apropiados para hombres y mujeres. Se utiliza la denominación "masculino" y "femenino". (OMS, 2017)

Sexo genético. Se refiere a la constitución cromosómica del individuo. Es determinado durante la fertilización por la presencia o ausencia del cromosoma Y. Los hombres son 46, XY y las mujeres 46, XX. (Pizzi, y otros, 2016)

Sexo fenotípico. Se refiere a los caracteres sexuales del individuo, generalmente son femeninos o masculinos, pero a veces pueden ser ambiguas o estados intersexuales. (Pizzi, y otros, 2016)

Sexo gonadal. Se corresponde con el tipo de gónada que posee la persona, pueden ser testículos u ovarios pero que en raras ocasiones pueden estar ambas gónadas presentes en un mismo individuo. (Pizzi, y otros, 2016)

Desarrollo gonadal. A partir de la quinta semana de vida embrionaria ocurre la diferenciación gonadal. En un principio las gónadas masculinas y femeninas son muy similares y se conoce este periodo como indiferenciado.

Fisiología del sexo

Estímulo sexual efectivo. Es un suceso que estimula al individuo y le permite responder a una experiencia erótica. Estos estímulos pueden ser psíquicos y reflexogénicos; los psíquicos son percibidos a través de los sentidos y los reflexogénicos pueden ser exteroceptivos (ejemplo: estimulación directa de los órganos sexuales); o también, interoceptivos (como lo sería la estimulación provocada a vejiga llena). Todo estímulo se procesa primero a nivel cerebral y desencadena muchos sucesos fisiológicos.

En el hombre, la parte física más importante de los impulsos sensitivos para la respuesta sexual humana es el glándulo peneano. Este consta de un sistema de órganos terminales altamente organizado, que transmite hacia el sistema nervioso central sensaciones sexuales. Estas sensaciones también pueden producirse en estructuras internas, como áreas irritadas de la uretra, la vejiga, la próstata, las vesículas seminales, los testículos y el conducto deferente. Las sensaciones pasan por el nervio pudendo, y desde allí, a través del plexo sacro, hacia la porción sacra de la médula espinal y finalmente hacia arriba por la médula hasta áreas del cerebro no definidas. El acto sexual masculino es el resultado de mecanismos reflejos propios integrados en la médula espinal sacra y lumbar, y estos mecanismos pueden ser iniciados por estimulación psíquica como por estimulación sexual táctil.

En la mujer para provocar una respuesta sexual se necesitan tanto de factores psicológicos como físicos adecuados en los órganos sexuales.

Respuesta sexual. Está determinada por cuatro etapas: (Franco, 2017)

- a. **Fase de excitación.** Cuando existe un estímulo sexual efectivo, empieza esta fase, puede durar desde unos minutos hasta horas, dependiendo de diversos factores relacionados al estímulo como su eficacia, intensidad, entre otras. Estos pueden favorecer la excitación, pero también existen estímulos contrarios que pueden disminuirla o interrumpirla. En el hombre existe erección del pene por vasocongestión, el escroto se tensa y hay elevación de los testículos hacia el perineo. La erección es el primer efecto de la estimulación sexual masculina. La erección sucede por impulsos que se dirigen desde la porción sacra de la médula espinal a través de los nervios erectores hacia el pene y estos dilatan sus arterias. Los impulsos parasimpáticos, también provocan la secreción de moco por las glándulas uretrales y las glándulas bulbouretrales para favorecer a la lubricación durante el coito. Los centros que actúan en la eyaculación parece que se localizan en la médula cervical y lumbar, y son de naturaleza simpática.

En la mujer hay vasodilatación de genitales, lubricación, alargamiento de los 2/3 internos de la vagina y coloración violácea, erección de los pezones, aumento de tamaño de los senos por vasocongestión, engrosamiento y exposición de los labios mayores, apertura de los labios menores para exponer el orificio vaginal y aumento del diámetro del clítoris. Las sensaciones ante estímulos táctiles se transmiten a los segmentos sacros de la médula espinal a través del nervio pudendo y del plexo sacro, penetran en la médula espinal y son transmitidas al cerebro. (Franco, 2017)

- b. **Fase de meseta.** En esta fase se presenta una excitación intensa y de corta duración. En los hombres hay rubor sexual por vasocongestión superficial de la piel, aumento del diámetro del pene, se elevan aún más los testículos y aumentan de tamaño por vasocongestión profunda. En la mujer comienza la verticalización del útero, aumento del tamaño y coloración de los labios menores, se retrae el clítoris, se retrae más el útero y se alarga más la vagina.
- c. **Fase orgásmica.** Existe un placer intenso y subjetivo, que puede durar desde 3 hasta 15 segundos. En esta fase hay liberación de tensión sexual. En el hombre, las sensaciones se concentran en el pene, próstata y vesículas seminales y hay eyaculación. En la mujer, las sensaciones son percibidas en la pelvis y se concentran en el clítoris, vagina y útero y se presentan contracciones vaginales.
- d. **Fase de resolución.** El organismo del individuo y sus órganos sexuales pélvicos regresan a su estado inicial. En el hombre hay pérdida de erección, descenso de los testículos y la apariencia de congestión del escroto desaparece. En la mujer, el clítoris vuelve a su posición original, los labios mayores, menores, vagina y útero, regresan a su estado original y se pierde su apariencia de congestión. Esta reversión en los dos sexos puede durar de 10 a 15 minutos. La mujer, a diferencia del hombre, puede volver de cualquier fase de la respuesta sexual humano y retornar a la fase de orgasmo. Para el hombre no es posible volver a conseguir un nuevo orgasmo inmediatamente.(Franco, 2017)

IDENTIDAD Y PREFERENCIA SEXUAL

Identidad de género. Según la OMS es la vivencia interna e individual del género tal y como cada persona la experimenta, puede ser independiente del sexo al nacer. Este concepto tiene relación con cómo se autoidentifican y se sienten los individuos con el cuerpo y otras experiencias de género como el habla, la vestimenta, modales y cómo se desenvuelve la persona en el ámbito público.

Orientación o preferencia sexual. Se refiere a la preferencia que tiene un individuo por un género con carga erótica, puede ser heterosexual, homosexual o bisexual. Esta tendencia incluye deseo sexual y sentimientos de afectividad. Existen dos teorías sobre la orientación sexual, la

primera es que con esta se nace y no se modifica a lo largo de la vida, la otra es que esta depende de las experiencias que vive el individuo a lo largo de su vida. (Zambrano, Hernández, & Guerrero, 2019)

Conductas sexuales de riesgo. Son todas aquellas prácticas que ponen en riesgo a un individuo a contraer una infección de transmisión sexual o un embarazo no deseado. Entre ellas se encuentran las prácticas sexuales vaginales, anales y orales sin protección, relaciones sexuales con parejas casuales o desconocidas, el uso de drogas intravenosas en las relaciones, la promiscuidad, la edad temprana de inicio de vida sexual, entre otros. (Badillo, Mendoza, Barreto, & Díaz, 2020)

PROBLEMÁTICA SEXUAL DEL PACIENTE CON VIH

Grupos de riesgo. Existen grupos de población clave que, por sus comportamientos específicos de alto riesgo, tienen una especial susceptibilidad a contraer el VIH, independientemente del tipo de epidemia y del contexto local. Es importante conocer a esta población para entender la dinámica de la transmisión del VIH.

En América Latina, los grupos de población clave más afectados son los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y las mujeres transgénero, mientras que, en el Caribe, más de un tercio de las nuevas infecciones ocurren entre trabajadoras sexuales y HSH. En Europa se suman a este grupo las personas que se inyectan drogas (PID) y los inmigrantes, especialmente en situación irregular. (OPS, 2017)

Factores sociales, culturales, políticos o económicos pueden influir para que un individuo sea más vulnerable al VIH. Los factores de riesgo y la vulnerabilidad social pueden potenciarse mutuamente e incrementar el riesgo de infección. Por tanto, a pesar de que cualquier persona puede infectarse, la OMS indica que la probabilidad de adquirir el VIH es 14 veces mayor en sexo servidas que en otras mujeres; 19 veces mayor en los HSH que en la población general y 50 veces mayor en las mujeres transexuales y en personas que utilizan drogas intravenosas. Los HSH al momento del diagnóstico, tienen menor edad que las personas heterosexuales y las que utilizan drogas intravenosas. Seis de cada 10 nuevas infecciones se producen por relaciones sexuales de riesgo entre hombres. En Europa, los HSH son el único grupo donde no se ha disminuido la incidencia de VIH desde el 2004.

La población reclusa también se encuentra en riesgo debido al aumento de hombres que tienen sexo con hombres al igual que el uso de drogas intravenosas. Los inmigrantes también se consideran como una población especialmente vulnerable debido a su contexto sociocultural,

lingüístico, económico, laboral, administrativo y legal. La mayoría de las personas que adquieren los virus procedentes de Europa Occidental y Latinoamérica son HSH. En los subsaharianos las estadísticas cambian siendo el 83,9% de personas que adquirió la infección por vía heterosexual.

Los trabajadores sexuales y las personas transexuales son grupos especialmente vulnerables al estigma y discriminación, además que pueden tener mayor probabilidad de tener prácticas sexuales de riesgo y consumo de sustancias.

En las personas transexuales existen riesgos adicionales como el uso de la terapia hormonal que puede interaccionar con los fármacos antirretrovirales, discriminación, la pobreza, violencia, las limitantes para acceder a la atención, problemas de salud mental, entre otros.

La transmisión heterosexual continúa siendo más baja que en otros grupos, pero de igual forma tiene un peso importante representando una de cada cuatro nuevas infecciones. Los mayores de 50 años son el único grupo etario donde predomina la transmisión heterosexual. Las personas de mayor edad no tienen tanta conciencia de su riesgo.

Las mujeres tienen 2 veces más riesgo que los hombres heterosexuales de contraer el VIH en una relación sexual sin preservativo, especialmente cuando son adolescentes o en la menopausia. Otro grupo importante son las amas de casa, principalmente por la falta de uso de preservativo se encuentran en mayor riesgo, muchas veces existe falta de acceso a la atención sanitaria sumada a dependencia económica que impide un control adecuado de la salud sexual.

Otro grupo de riesgo incluyen los pacientes con enfermedades mentales crónicas ya que, por su condición, el uso de medicamentos, la falta de conocimiento sobre el VIH, el contagio de otras infecciones de transmisión sexual y las prácticas sexuales de riesgo, aumentan la probabilidad de estar expuestos al virus.

Las personas que poseen depresión, ansiedad, trastornos de la personalidad, antecedentes de abuso sexual con estrés postraumático y baja autoestima, también son consideradas vulnerables ya que tienen más conductas sexuales de riesgo. (Morán, Rivero, Fernández, Poveda, & Caylá, 2018)

Nivel de conocimiento y prácticas sexuales de riesgo. Diversos estudios demuestran que la educación sexual tiene muchos beneficios para la salud. En Europa los programas de educación sexual a largo plazo lograron una reducción masiva de los embarazos adolescentes, el aborto, disminución de las tasas de enfermedades de transmisión sexual y el VIH, incrementaron la autoconfianza y brindaron herramientas a los jóvenes para enfrentar diversas situaciones que los

ponían en riesgo. La educación sexual tiene un impacto positivo en la actitud de los individuos puede ayudar a prevenir el abuso y brinda mayor conocimiento y normalización de temas sexuales y reproductivos.

La prevención del VIH se incorporó a la educación sexual a nivel internacional en la década de 1980. A nivel mundial, los adolescentes son más vulnerables a ser infectados que los adultos. El riesgo es mayor entre los jóvenes por a su participación en sexo ilícito, sexo sin preservativo, sexo con múltiples parejas y violencia sexual. (Olufadewa, Adesina, & Abudu, 2021)

En personas que viven con VIH, la educación sexual es fundamental ya que con conocimiento sobre el virus y formas de transmisión se puede disminuir la incidencia de la enfermedad. A pesar de esta herramienta tan útil, no se garantiza que los individuos con VIH teniendo toda la información tengan las precauciones adecuadas.

PERCEPCIÓN DE RIESGO

Es importante conocer que, en grupos de población joven, así exista una buena educación sexual, se siguen teniendo prácticas sexuales de riesgo y no se toman las precauciones necesarias para evitar adquirir una ITS o prevenir embarazos no deseados. Existe mayor probabilidad de mantener prácticas sexuales de riesgo bajo los efectos del alcohol u otras drogas donde en muchos casos no se usa preservativo. Muchos de los individuos son conscientes de que el preservativo es efectivo, de uso fácil y eficaz en la prevención de ITS y embarazos no deseados, aun así, no lo utilizan incluso cuando saben que se atienen a la posibilidad de adquirir una infección de transmisión sexual. Posiblemente esta conducta de riesgo sea por la percepción que tienen los individuos sobre el preservativo como la disminución de la sensibilidad e interrupción de la relación sexual. (Martinez, 2020)

Existen diversas creencias en salud que pueden ser factores para tener una conducta sexual de riesgo. En la actualidad hay evidencias que muestran que el estilo de vida, las conductas y los estados psicológicos tienen influencia en la salud y enfermedad de las personas. Las conductas de salud (práctica de deporte, alimentación balanceada, evitar consumo de sustancias tóxicas, entre otras) están influenciadas por un sin número de factores personales afectivos, cognitivos, creencias, actitudes, relaciones interpersonales, sociales o situacionales.

El Modelo de Creencias de Salud de Becker usado en Psicología de la Salud nos dice que existe la teoría valor-expectativa cuyo postulado básico es que la conducta de las personas depende principalmente de dos variables, 1) el valor que la persona adjudica a un determinado objetivo o meta y 2) la estimación que el individuo realiza sobre la probabilidad de que al llevar a cabo una

acción determinada se alcance ese objetivo. En el ámbito de la salud, el valor correspondería con el deseo de evitar la enfermedad o de recuperar la salud.

Existen cuatro bases del comportamiento según Rosenstock (1974): (Guadalver, 2017)

1. Se refiere a la percepción subjetiva sobre la propia vulnerabilidad a enfermar o sobre el riesgo que conlleva enfermar.
2. La severidad percibida sobre la gravedad de contraer una determinada enfermedad, que incluye un análisis de las consecuencias sociales/clínicas y sobre la salud.
3. Beneficios percibidos de la eficacia de una acción que promueva la salud
4. Barreras percibidas para conseguir dicho comportamiento.

Los primeros dos tienen relación con la percepción de riesgo frente a la amenaza a enfermar que motiva a tomar una determinada acción, mientras que los dos últimos se relacionan con los beneficios de las conductas que promueven salud. De estos depende lo que el individuo perciba como más importante, puede tener una disposición a actuar de forma riesgosa o de preservar la salud. Hay estímulos que pueden favorecer a practicar conductas sexuales de riesgo como son la edad, el sexo, nivel cultural, factores sociales (opiniones de amigos, familia), conocimientos, entre otros. Con respecto al VIH se ha determinado que existe un gran temor de adquirir la infección, sin embargo, no se percibe una creencia de vulnerabilidad acorde a este temor que impida seguir teniendo comportamientos de riesgo.

Esto se puede dar por la subestimación de las personas a atravesar por momentos de dolor. Por el contrario, los individuos que ya han sido diagnosticados con una enfermedad como el VIH/SIDA, al estar sometidos a un estrés constante y presión social, pueden tener poco interés en practicar conductas preventivas por la disminución de la percepción de su vulnerabilidad.

TARMA Y CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO

Es conocido que la transmisión del VIH y de otras infecciones de transmisión sexual (ITS) es favorecida por conductas sexuales de riesgo tales como coito sin protección, actividad con trabajadoras sexuales y tener varias parejas sexuales. Diversos estudios realizados en Europa y América del Norte en hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) reportan que los pacientes al comenzar la terapia antirretroviral y presentar carga viral a niveles indetectables tienden a retornar a sus comportamientos sexuales riesgosos aumentando la transmisión de ITS. Estos estudios explican que esto ocurre por dos factores: en primer lugar, debido a los cambios positivos en los ámbitos físicos, sociales y emocionales; y en segundo lugar al optimismo que los

pacientes desarrollan al creer que las consecuencias no son tan graves como lo eran antes de iniciar la terapia antirretroviral. (Juarez & Pozo, 2010)

En el 2018 ONUSIDA llevo a cabo una campaña llamada “Indetectable = intransmisible” basándose en estudios realizados entre el año 2007 al 2016 los cuales evaluaron a miles de parejas serodiscordantes y se determinó que cuando existe carga viral indetectable el riesgo de contagio es nulo. No obstante, se debe tener en cuenta que para ser intransmisible es necesaria una buena adherencia al tratamiento, acudir a los controles médicos y realizarse exámenes de laboratorio que son los que proporcionan los valores exactos de carga viral y ayudan en el manejo del paciente.(ONUSIDA, 2018)

Un estudio sudafricano reportó que la mitad de las personas que viven con VIH tuvieron relaciones sexuales vaginales o anales después de dar positivo para VIH, y el 30% de estos pacientes no se protegieron. De igual manera en Perú en 2010, se realizó un estudio cualitativo mediante entrevistas a pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA en tratamiento con terapia antirretroviral que reportó que los participantes conservan o aumentan la práctica de comportamientos sexuales de riesgo al aumentar su seguridad. (Juarez & Pozo, 2010)

En conclusión, el ser indetectable en la actualidad ha liberado el estigma que se tenía sobre la enfermedad hace 30 años e inclusive los pacientes pueden tener comportamientos sexuales similares a individuos que no tienen la infección. Para las personas que viven con VIH es una gran noticia saber que al lograr la supresión vírica pueden ser intrasmisibles, lo cual les permite elegir entre tener relaciones sexuales con o sin preservativo. Si bien es cierto que esto tiene muchos beneficios, podría tener un efecto contraproducente por una falsa sensación de seguridad ya que el uso de preservativo no solo previene el VIH, sino otras enfermedades de transmisión sexual, así como la prevención de embarazos no deseados.

PROMISCUIDAD EN PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON VIH/SIDA

Según la Organización Mundial de la Salud, la promiscuidad se produce cuando una persona mantiene relaciones sexuales con más de dos personas en un periodo inferior a 6 meses.

Los comportamientos sexuales de riesgo de las personas que viven con VIH pueden provocar varios problemas de salud. En un estudio realizado en Guangxi, China se demostró que personas ≥ 50 años tenían más probabilidad de tener múltiples parejas sexuales, usar condones de manera inconsistente e inclusive menos que antes del diagnóstico de VIH. Estos hallazgos exigen que las intervenciones de prevención del virus se adapten a todos los grupos de edad y no solo a población joven.

Promiscuidad en el contexto de VIH//SIDA

Es importante destacar que los hombres que tienen sexo con hombres tienen más riesgo de transmisión de VIH/SIDA. En un estudio realizado en Medellín, se concluyó que esto se debía a que las relaciones sentimentales en este grupo eran muy intensas y efímeras. También se menciona que este comportamiento se relaciona con el contexto y la historia social de la homosexualidad que impulsa vivir rápidamente y aprovechar cualquier oportunidad de relación con uno de sus pares. Así como se forman parejas muy rápidamente, también se producen rupturas e inicio de nuevas relaciones por lo que tienen varias parejas en un solo año. Esto se considera una conducta sexual de riesgo ya que predispone a contraer VIH o alguna ITS. Uno de los datos más relevantes es que en este grupo existen ciertos compromisos que incluyen promesas y demostraciones de fidelidad, como no utilizar preservativo. Es decir, el riesgo aumenta por la vinculación con el amor y por las prácticas que se imaginan que tienen relación con tener una pareja formal. El buscar varias parejas sexuales y sentimentales también se relaciona con una necesidad infinita, y no resuelta, de estar acompañados. (Posada & Agudelo, 2019)

USO DEL PRESERVATIVO COMO PREVENCIÓN DE TRANSMISIÓN DEL VIH/SIDA Y OTRAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

El uso adecuado del preservativo puede prevenir el contagio de infecciones de transmisión sexual. Para lograr una protección completa es importante que se utilice con todas las parejas sexuales. La manera más efectiva de evitar el contagio de VIH/SIDA es practicar la abstinencia o mantener una relación monógama con una pareja que no tenga el virus. Existen estudios que demuestran que los condones de látex tienen una barrera impermeable a las partículas del tamaño de las del VIH. (CDC, 2017)

La protección es alta para infecciones de transmisión sexual que se transmiten por secreciones, incluyendo el VIH, y en menor medida, las que provocan úlceras genitales. El uso de preservativo puede disminuir el riesgo de infección por el virus del papiloma humano genital que produce verrugas genitales y cáncer de cuello uterino.

Hay dos maneras importantes de transmisión de las ITS. La primera se produce por medio de contacto de secreciones infectadas de la vagina o la uretra con superficies mucosas. La segunda por contacto con piel o superficies mucosas infectadas e incluyen infecciones que causan úlceras genitales y VPH. (CDC, 2017)

ALCOHOL Y DROGAS COMO POTENCIADORES DE CONDUCTAS DE RIESGO

El excesivo consumo de sustancias como el alcohol y las drogas causan muchos problemas a las personas que viven con VIH, este predispone a tener conductas sexuales de riesgo y facilitar la transmisión de ITS. El consumo de drogas inyectables puede representar una forma de adquirir el virus de forma directa por compartir las agujas, las jeringas u otros materiales de inyección que estén contaminados con el VIH. Sin embargo, beber alcohol e ingerir, fumar o inhalar drogas está también asociado con un mayor riesgo de infección por el VIH. Las drogas alteran el juicio, y es menos probable que se utilice preservativo. En las personas que tienen el VIH, el consumo de sustancias puede acelerar la evolución de la enfermedad, influir en la adherencia de la terapia antirretroviral y empeorar las consecuencias del VIH en general.

CAPITULO III

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio descriptivo exploratorio de corte transversal. Se analizó los factores de riesgo modificables y no modificables que están relacionados con las prácticas sexuales de riesgo en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA mayores de 18 años de edad en tratamiento con antirretrovirales que acuden a consulta externa de 2 Hospitales públicos en Quito-Ecuador, mediante la aplicación de una encuesta física conformada por 25 preguntas. ANEXO 1

PERIODO Y LUGAR DONDE SE LLEVO A CABO LA INVESTIGACION

Este estudio se realizó en los años 2021 y 2022, en los meses de noviembre a mayo, teniendo como áreas de investigación la consulta externa del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo y del Hospital General IESS Quito Sur en la ciudad de Quito, hospitales de tercer y segundo nivel respectivamente.

UNIVERSO Y MUESTRA

El estudio se realizó a pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en tratamiento con terapia antirretroviral que asisten el servicio de consulta externa de medicina interna e infectología, en el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo y Hospital IESS Quito Sur.

La población objetivo estuvo conformada por 1460 pacientes que acuden mensualmente a consulta externa de control en los 2 hospitales mencionados. Estos datos fueron proporcionados por la unidad de estadística de cada hospital.

Tabla 6. Datos estadísticos de cada hospital.

NUMERO DE PACIENTES QUE ACUDEN AL MES A CONSULTA EXTERNA DE CONTROL	
HOSPITAL	NUMERO DE PACIENTES
Hospital de Especialidades Eugenio Espejo	1300 al mes.
Hospital General del IESS Quito Sur	160 al mes.
Total	1460 al mes.

Nuestra muestra estuvo conformada por 305 pacientes. Este número fue calculado en base a la fórmula para una población finita.

$$n = \frac{N * Z\alpha^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z\alpha^2 * p * q}$$

n = Tamaño de muestra buscado.

N = Tamaño de la población (1460)

Z α = Parámetro estadístico dependiendo del nivel de confianza (1.96) con nivel de confianza del 95%

p = Probabilidad de que ocurra el evento (0.50) 50%

q = Probabilidad que no ocurra el evento (1-p)

d = Error de estimación máximo aceptado 5%

Se tomó el 50% de probabilidad ya que no se encontró en la revisión bibliográfica un estudio actualizado ni realizado en Ecuador sobre la prevalencia de prácticas sexuales de riesgo en la población diagnosticada con VIH/SIDA.

El cálculo de la muestra con un universo de 1460 con un intervalo de confianza del 95% y un margen de error del 5% nos dio un total de 305 pacientes entre los 2 hospitales. De esta cantidad, el 88,9% pertenece al Hospital Eugenio Espejo (271 personas) y el 11,1% al Hospital IESS Quito-Sur (34 personas).

Criterios de Inclusión para la realización de la encuesta

1. Pacientes que asisten de manera regular a control de consulta externa de VIH/SIDA en las instituciones: Hospital de Especialidades Eugenio Espejo y Hospital General IESS Quito Sur.
2. Ser mayores de 18 años.
3. Recibir terapia antirretroviral.

Criterios de Exclusión para la realización de la encuesta

1. Ser menores de 18 años.
2. Pacientes que no se adhieren a la terapia antirretroviral.
3. Pacientes con complicaciones graves.

METODOS DE RECOLECCION DE DATOS

Procedimiento de recolección de información. Los datos fueron recolectados a través de una encuesta en físico, la cual constaba de 25 preguntas, la misma fue administrada a los pacientes que asistieron al control en consulta externa y que accedieron de manera voluntaria a llenarla. La encuesta fue elaborada por las autoras de la investigación.

METODOS DE ANALISIS ESTADISTICO

Los datos obtenidos fueron tabulados en el programa Excel, posteriormente se utilizó el programa SPSS versión 28 para el análisis univariado y bivariado.

Se realizó un análisis univariado de las variables cualitativas mediante tablas de frecuencia y porcentajes, se usó gráficos de sector para una mejor visualización de la información.

Para realizar el análisis bivariado se usó las pruebas estadísticas de cálculo Chi cuadrado (X²) con lo que se cruzó dos variables cualitativas.

Variables y operacionalización de variables

Anexo 2

HIPOTESIS Y OBJETIVOS

Pregunta de investigación

¿Qué factores de riesgo modificables y no modificables están relacionados con las prácticas sexuales de riesgo en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA mayores de 18 años de edad en tratamiento con terapia antirretroviral?

Hipótesis

Los pacientes con VIH/SIDA en terapia antirretroviral tienen prácticas sexuales de riesgo por una falsa sensación de seguridad y de bienestar físico, emocional y social que les proporciona el tratamiento.

Objetivos

Objetivo general:

Analizar los factores de riesgo modificables y no modificables que están relacionados con las prácticas sexuales de riesgo en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA mayores de 18 años de edad en tratamiento con antirretroviral que acuden a consulta externa de 2 Hospitales públicos en Quito-Ecuador en el periodo de noviembre del 2021 hasta marzo del 2022.

Objetivos específicos:

- Identificar las características sociodemográficas de los pacientes en estudio.
- Describir sus prácticas sexuales de riesgo asociados al uso o no de preservativo y la comunicación del estado serológico a la pareja.
- Establecer si el tratamiento con antirretrovirales mejoró el bienestar físico, emocional y social.
- Describir la percepción de riesgo o sensación de seguridad que tienen los pacientes en estudio.
- Relacionar la percepción de riesgo o sensación de seguridad que tienen los pacientes en estudio con las prácticas sexuales de riesgo.
- Determinar si los pacientes reciben educación sobre su enfermedad y asesoría sobre prácticas sexuales seguras en las consultas médicas.
- Establecer si existe relación entre la percepción de riesgo o sensación de seguridad y el contagio de otras enfermedades de transmisión sexual.

JUSTIFICACION

Es de vital importancia identificar e intervenir en los factores que están relacionados con la práctica sexual de riesgo en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en tratamiento con antirretrovirales para disminuir la transmisión y la incidencia del VIH y otras infecciones de transmisión sexual en pacientes con carga viral detectable, así como indetectable. El personal de la salud debe continuar en constante investigación, manteniendo el interés en el tema y sobre todo con motivación para estar siempre actualizados sobre nuevas estrategias para proporcionar a la comunidad información integral y establecer un plan para una adecuada prevención.

La mayoría de las investigaciones que se han realizado acerca de este tema son en países desarrollados, los que poseen un mayor nivel socioeconómico, mayor nivel educativo y sistemas de salud más fuertes que los países en vías de desarrollo. En Latinoamérica existe poca evidencia y menos aún en Ecuador. Es por esta razón que los datos obtenidos de estos estudios no se pueden extrapolar a nuestro país y no reflejan nuestra realidad. (Campillay & Monardez, 2019) Si es que no se obtienen los datos reales de la población, se dificulta la planificación de estrategias de salud a nivel nacional que permitan la posibilidad de tener una sexualidad saludable y que reduzcan la transmisión del VIH/SIDA y otras ITS mediante el control de los factores de riesgo.

A nivel mundial existen estrategias de “relaciones saludables” que consisten en establecer programas basados en la teoría social cognitiva que ayudan a las personas que viven con VIH a

practicar sexo seguro, la comunicación del estado serológico y la disminución del este estigma social. (CDC, 2020) Se ha demostrado que la implementación de planes basados en la prevención secundaria del VIH/SIDA a través de la educación y el empoderamiento de los pacientes alcanzan una reducción importante en la transmisión de la enfermedad y otras ITS al reemplazar las prácticas sexuales de riesgo por prácticas sexuales más seguras. En conclusión, es evidente que es necesario evaluar los factores asociados con conductas sexuales de riesgo entre personas que viven con VIH y diseñar intervenciones culturalmente relevantes para disminuir la transmisión del virus.

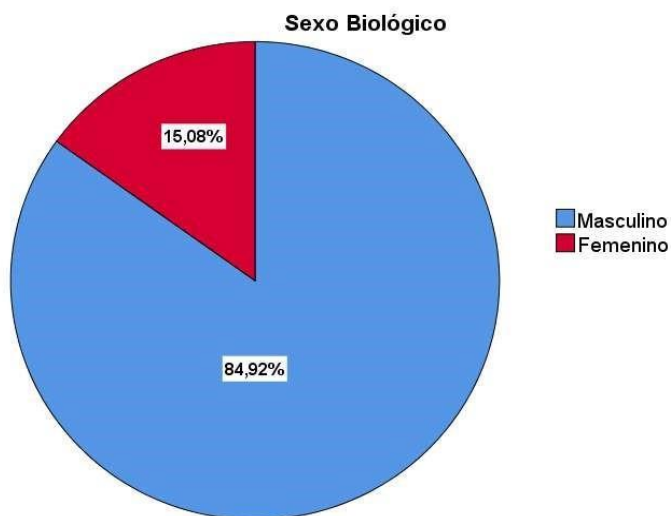
ASPECTOS BIOETICOS

Los pacientes participaron de forma libre y voluntaria. La información se manejó de forma confidencial y anónima, con el único fin de investigación, las únicas personas que tuvieron acceso a los datos fueron las investigadoras e incluso ellas no conocieron los datos personales del encuestado. Los pacientes leyeron y firmaron el consentimiento informado administrado previo a la encuesta, también tuvieron la opción de retiro voluntario en cualquier momento.

CAPITULO IV

RESULTADOS

Gráfico 2. Sexo biológico



Autores: Paredes D, Guerra M.

De las personas encuestadas el 84.92% corresponden al sexo masculino y el 15.08% al sexo femenino.

Tabla 8. Edad

	Frecuencia	Porcentaje
18-35 años	167	54,8%
36-60 años	134	43,9%
Más de 60 años	4	1,3%
Total	305	100,0%

Autores: Paredes D, Guerra M.

Tabla 9. Género

	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	255	83,9%
Mujer	49	16,1%
Total	304	100,0%

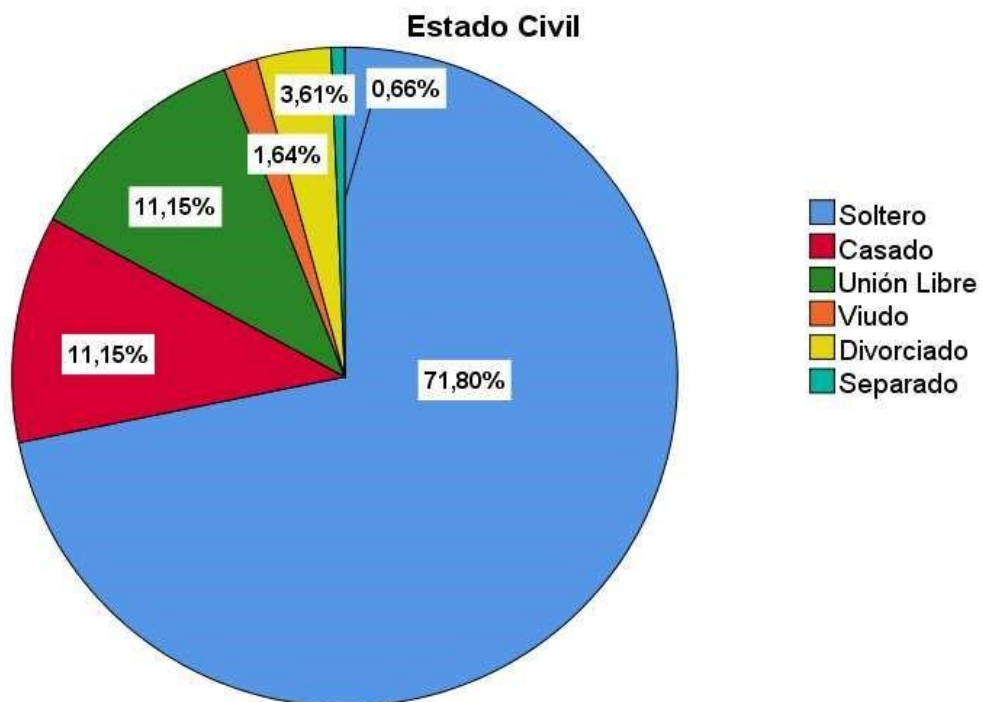
Autores: Paredes D, Guerra M.

Tabla 10. Etnia

	Frecuencia	Porcentaje
Blanco	27	8,85%
Mestizo	246	80,7%
Indígena	7	2,3%
Afroamericano	12	3,9%
Montubio	9	2.95%
Otro	4	1,3%
Total	305	100,0

Autores: Paredes D, Guerra M.

Gráfico 3. Estado civil



Autores: Paredes D, Guerra M.

Tabla 11. Nacionalidad

	Frecuencia	Porcentaje
Ecuatoriano	239	78,4%
Venezolano	53	17,4%
Colombiano	8	2,6%
Otro	5	1,6%
Total	305	100,0%

Autores: Paredes D, Guerra M.

Tabla 12. Región

	Frecuencia	Porcentaje
Sierra	263	86,5%
Costa	36	11,8%
Oriente	3	1,0%
Región Insular	2	0,7%
Total	304	100,0%

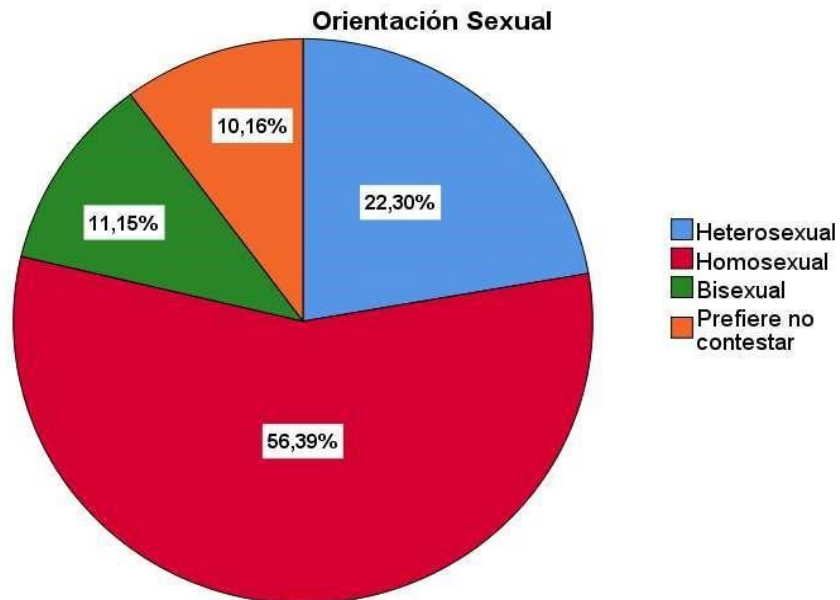
Autores: Paredes D, Guerra M.

Tabla 13. Nivel de estudio

	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	21	6,9%
Secundaria	136	44,6%
Superior	148	48,5%
Total	305	100,0%

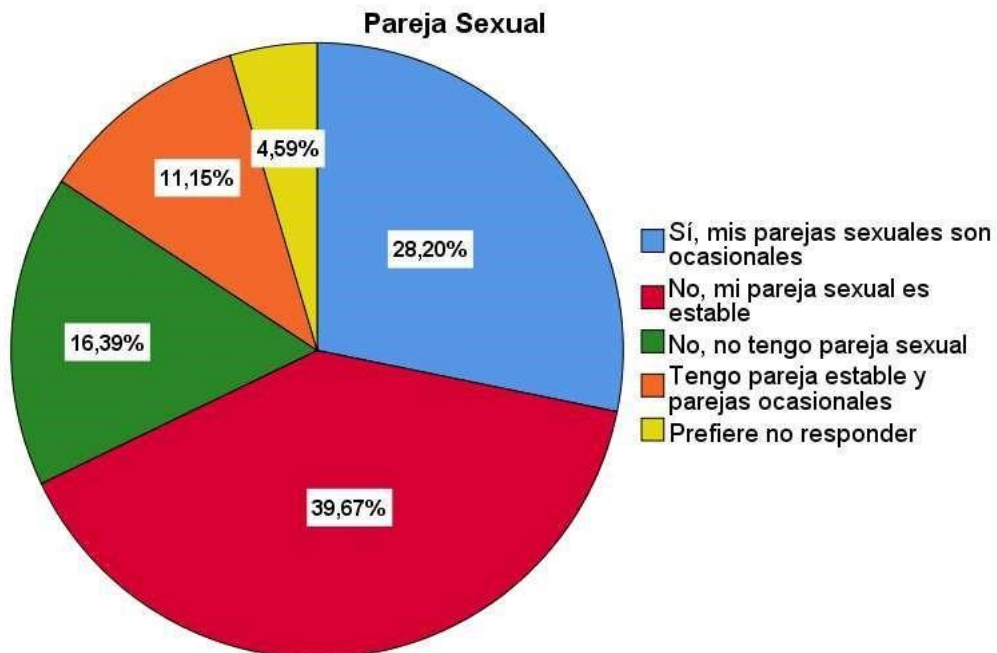
Autores: Paredes D, Guerra M.

Gráfico 4. Orientación sexual



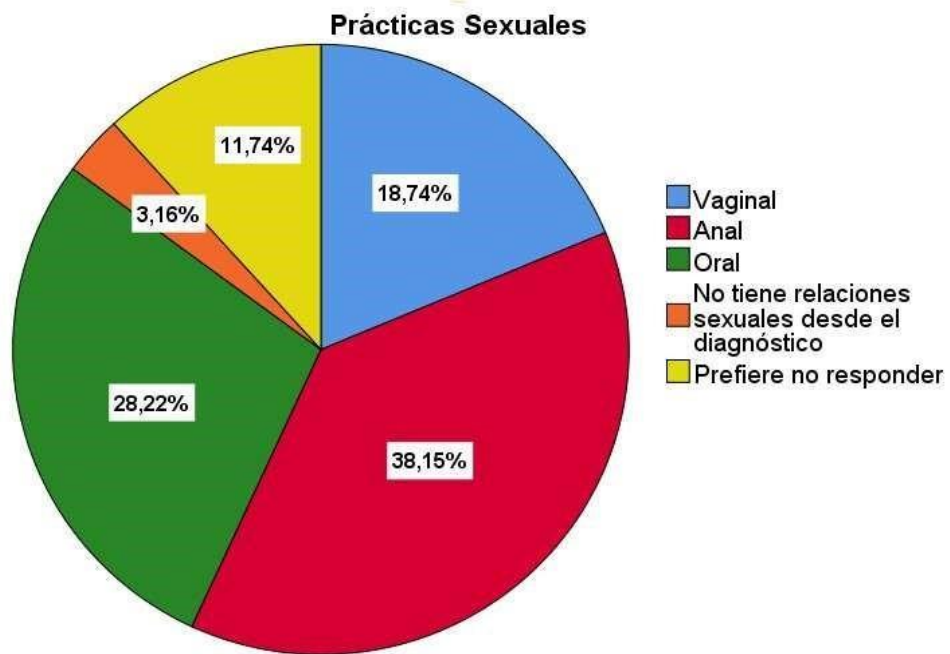
Autores: Paredes D, Guerra M.

Gráfico 5. Pareja sexual



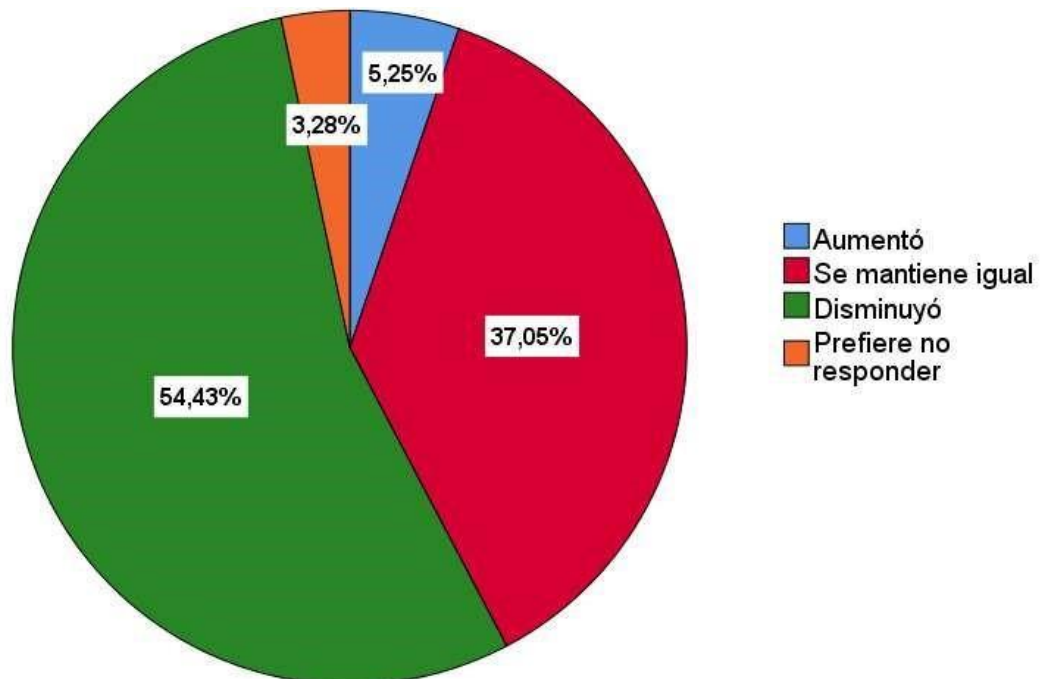
Autores: Paredes D, Guerra M.

Gráfico 6. Prácticas sexuales



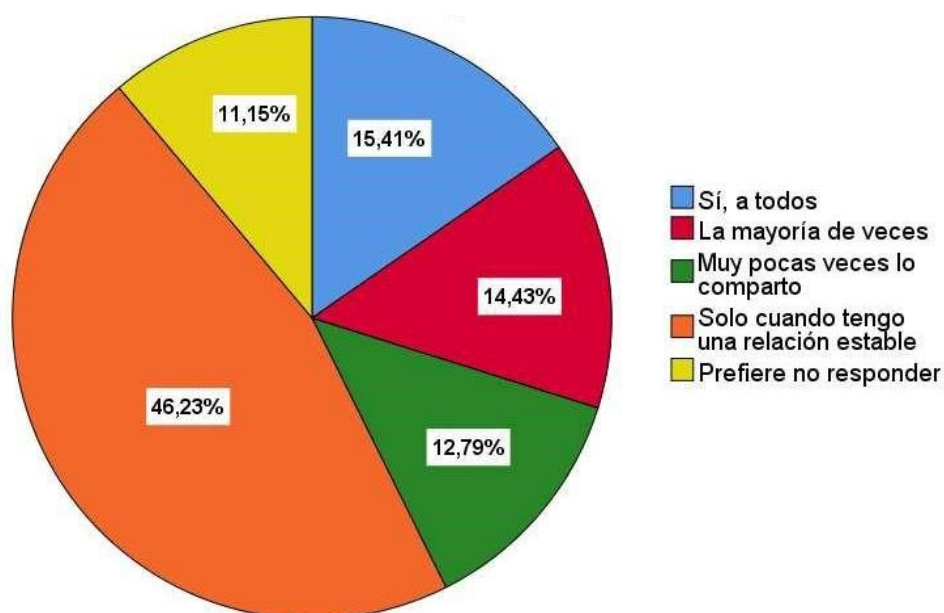
Autores: Paredes D, Guerra M.

Gráfico 7. Actividad sexual desde el inicio de la terapia antirretroviral



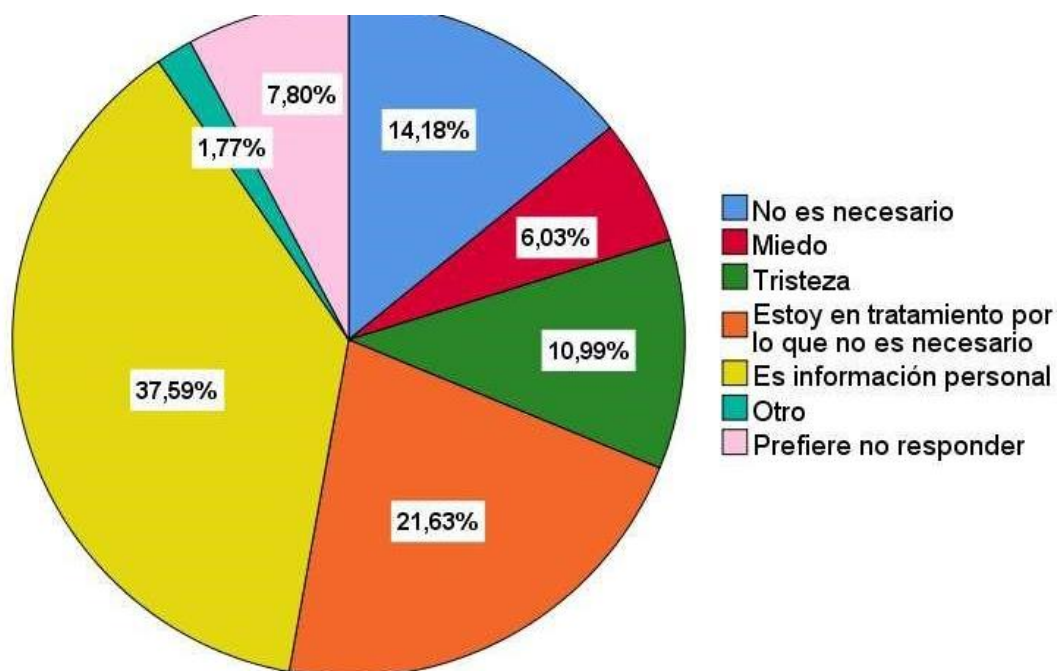
Autores: Paredes D, Guerra M.

Gráfico 8. Comunicación del diagnóstico de VIH/SIDA



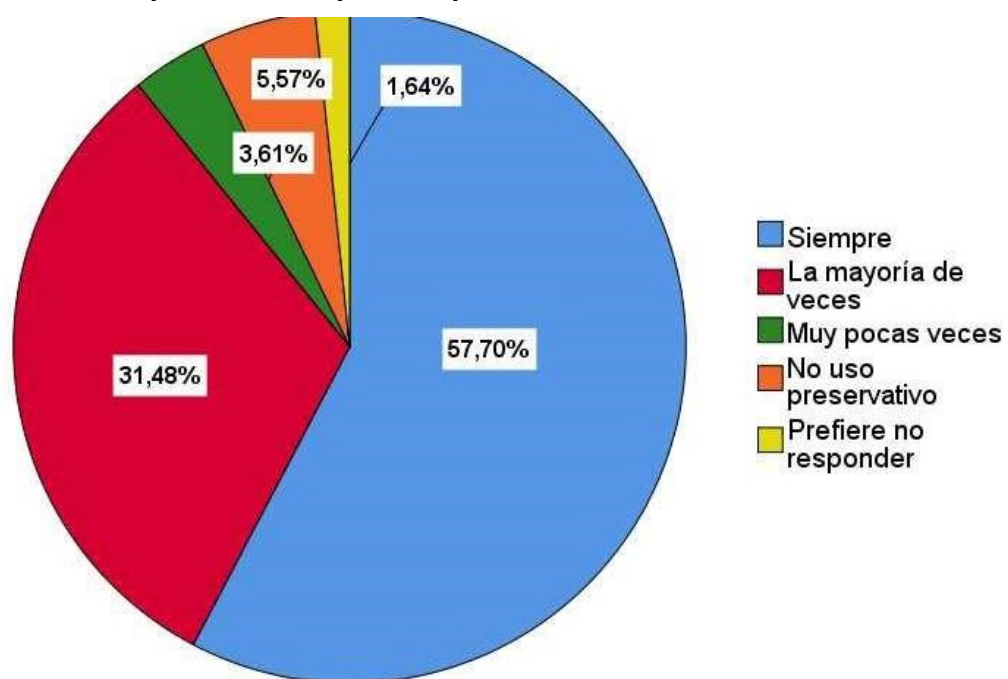
Autores: Paredes D, Guerra M.

Gráfico 9. Motivo por el que no comunica diagnóstico de VIH/SIDA



Autores: Paredes D, Guerra M.

Gráfico 10. Uso del preservativo (Condón)



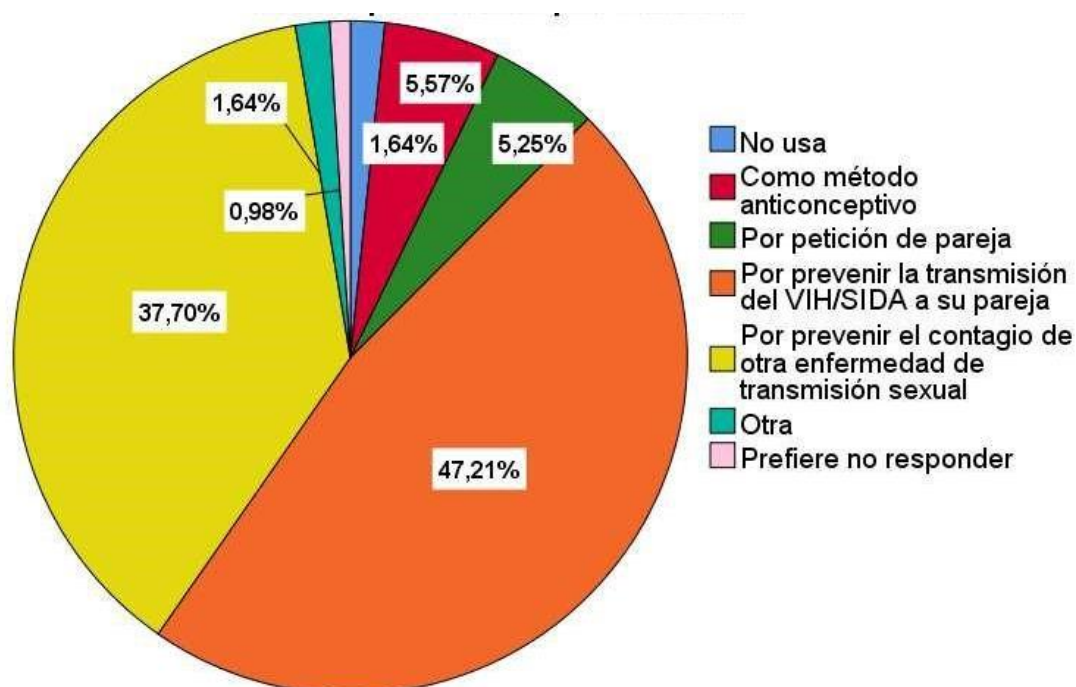
Autores: Paredes D, Guerra M.

Tabla 14. Información por el personal médico acerca de la necesidad de uso de preservativo cuando pareja es VIH (+)

	Frecuencia	Porcentaje
Es necesario	256	83,9%
No es necesario	37	12,1%
Prefiere no responder	12	3,9%
Total	305	100,0%

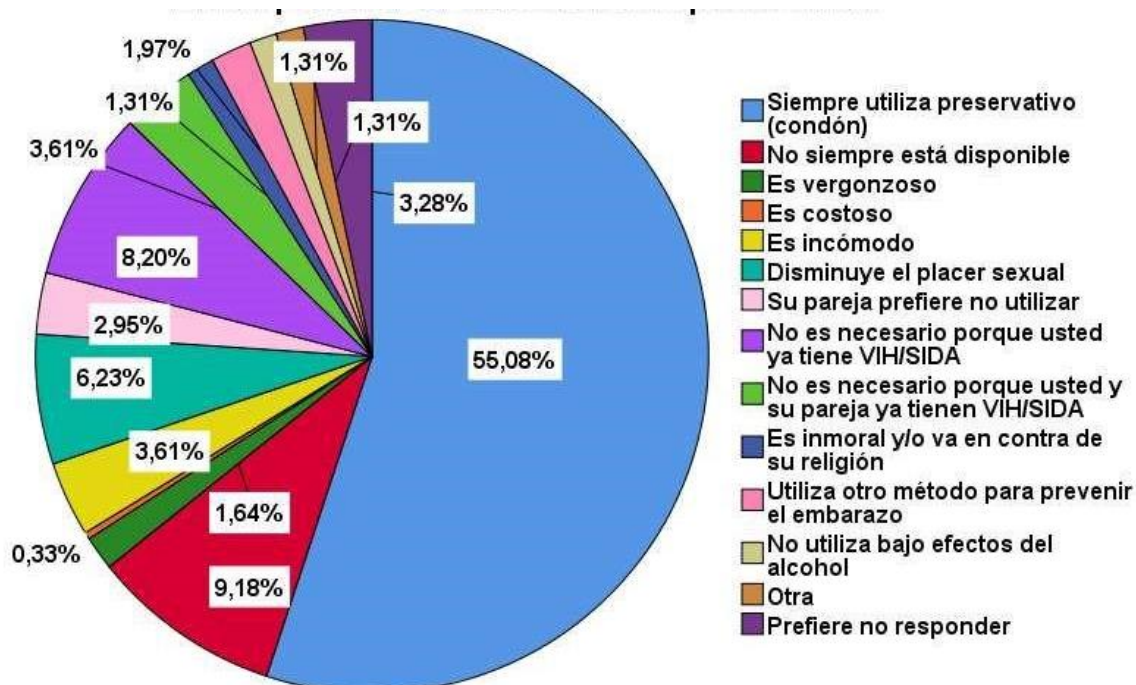
Autores: Paredes D, Guerra M.

Gráfico 11. Motivo para uso de preservativo



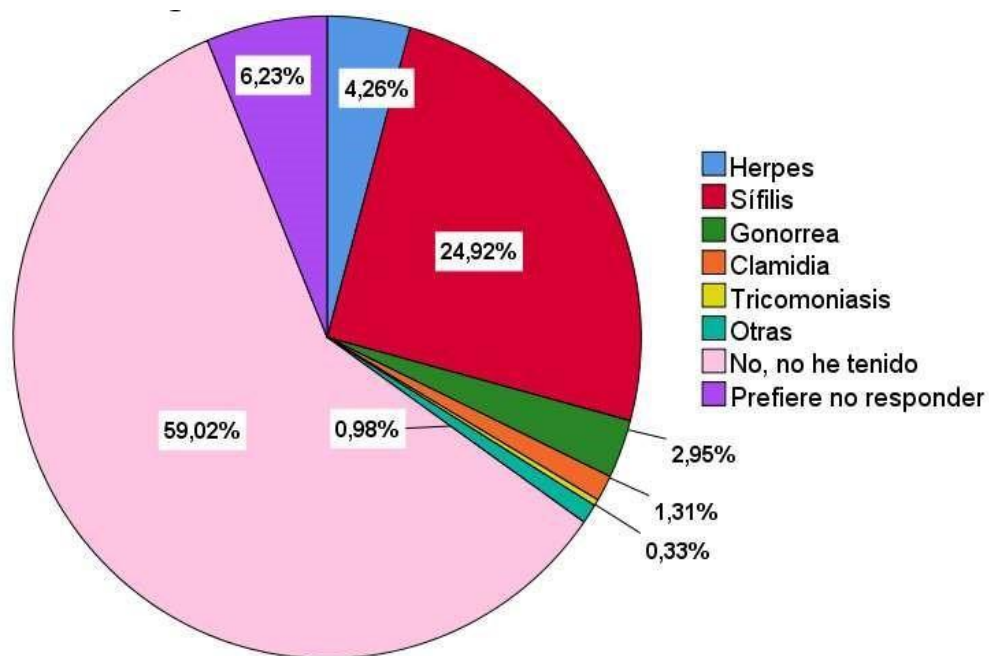
Autores: Paredes D, Guerra M.

Gráfico 12. Motivo para uso no consistente de preservativo



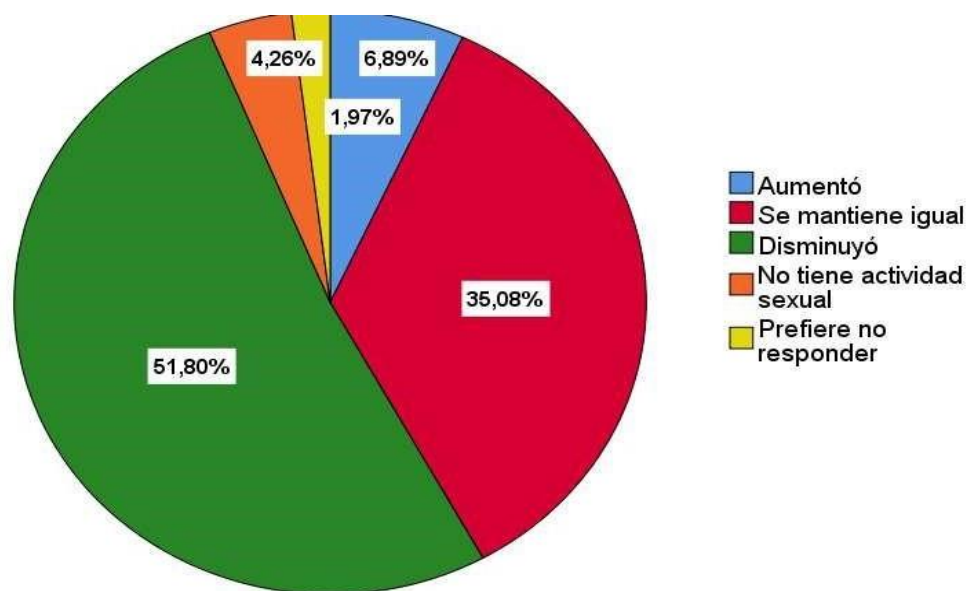
Autores: Paredes D, Guerra M.

Gráfico 13. Contagio de otras enfermedades de transmisión sexual



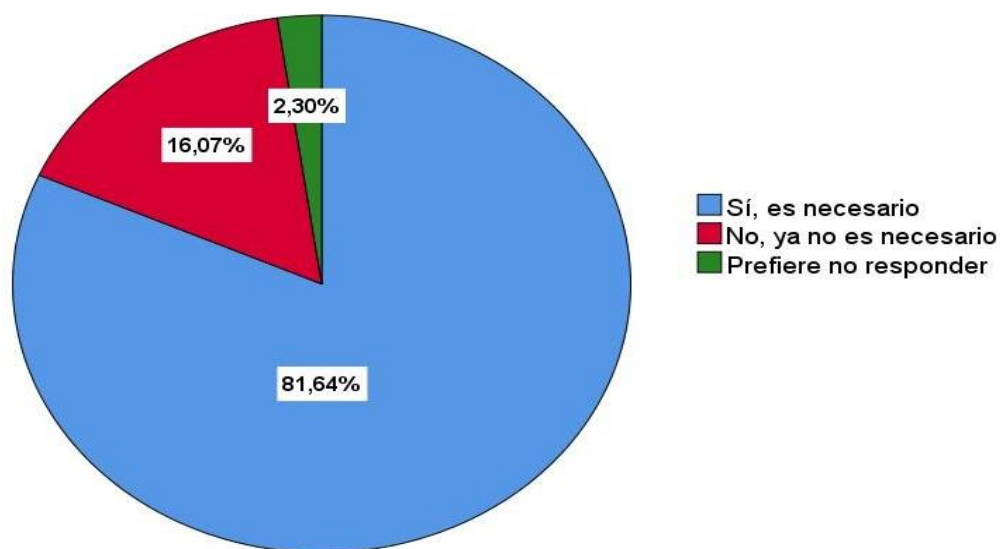
Autores: Paredes D, Guerra M.

Gráfico 14. Actividad sexual post diagnóstico de carga viral indetectable



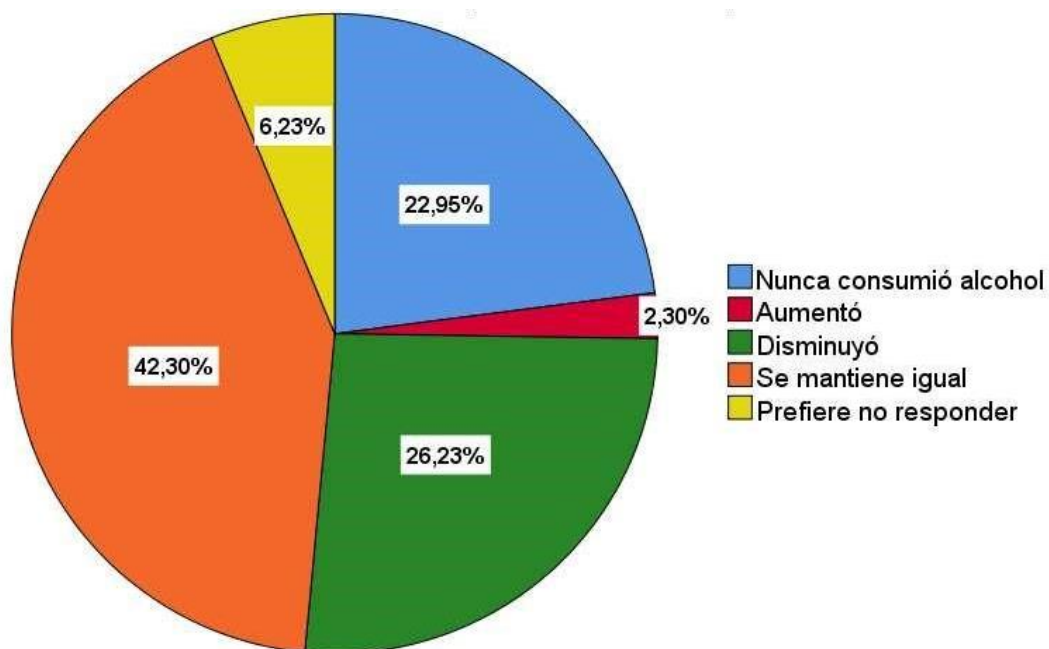
Autores: Paredes D, Guerra M.

Gráfico 15. Opinión sobre la necesidad de uso de preservativo teniendo carga viral indetectable con una pareja que no tenga diagnóstico o relación ocasional.



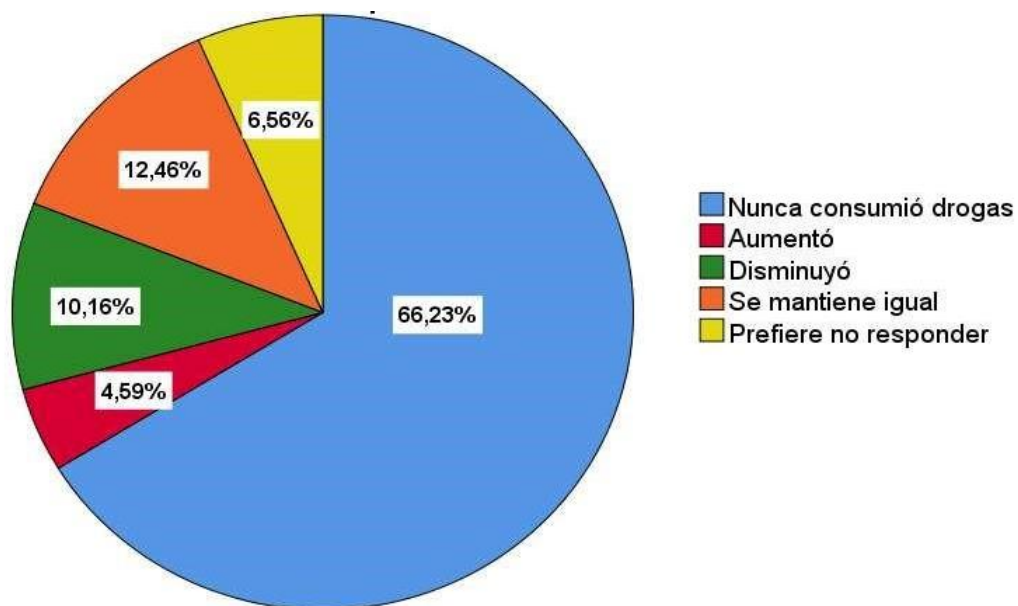
Autores: Paredes D, Guerra M.

Gráfico 16. Consumo de bebidas alcohólicas post inicio de terapia antirretroviral.



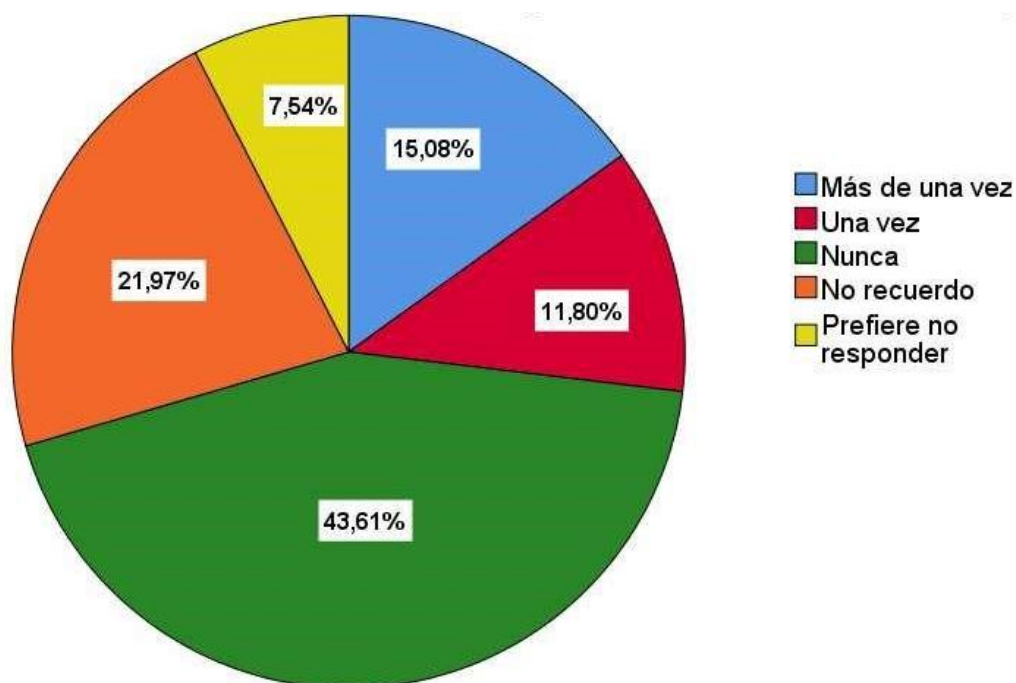
Autores: Paredes D, Guerra M.

Gráfico 17. Consumo de drogas ilegales (marihuana, éxtasis, cocaína, heroína) post inicio de terapia antirretroviral.



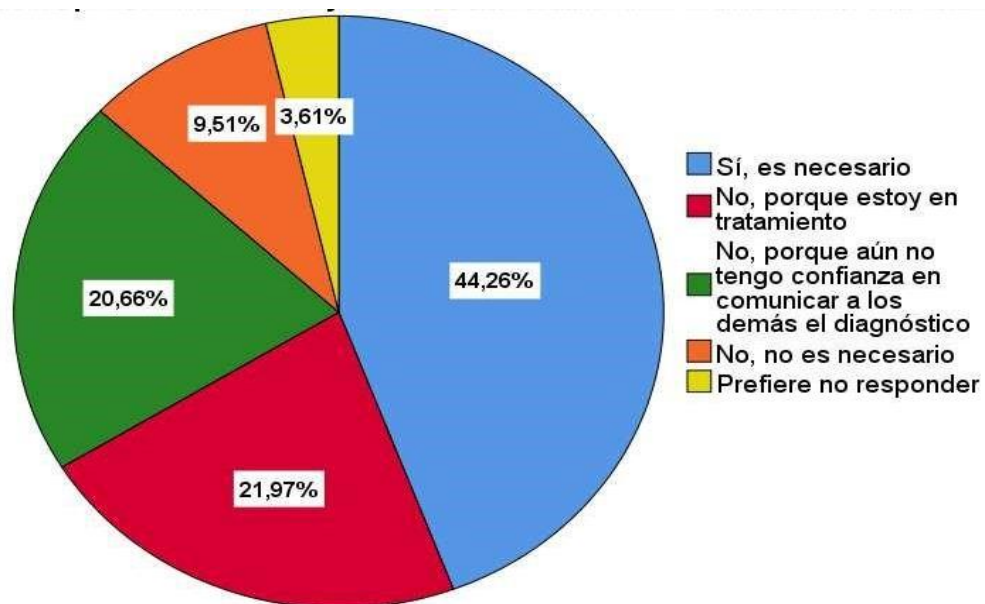
Autores: Paredes D, Guerra M.

Gráfico 18. Relaciones sexuales sin protección bajo efectos de alcohol u otra droga.



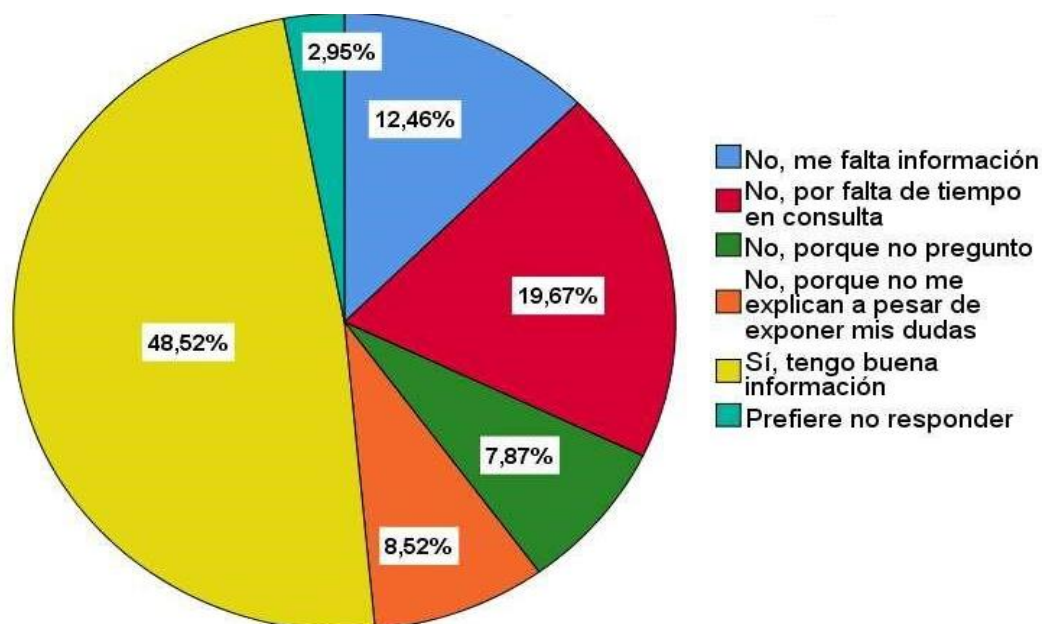
Autores: Paredes D, Guerra M.

Gráfico 19. Inicio de terapia antirretroviral y necesidad de comunicación del estado serológico.



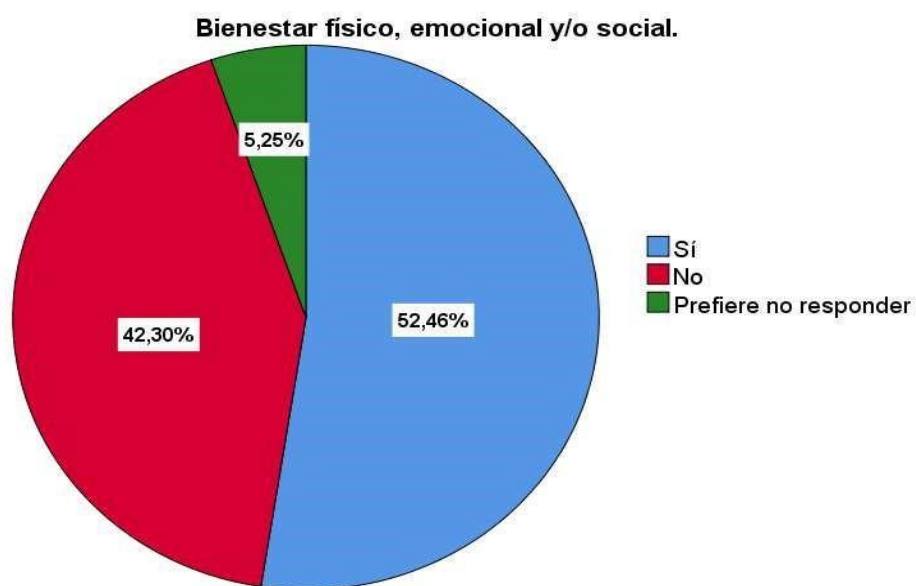
Autores: Paredes D, Guerra M.

Gráfico 20. Educación al paciente sobre prácticas sexuales seguras



Autores: Paredes D, Guerra M.

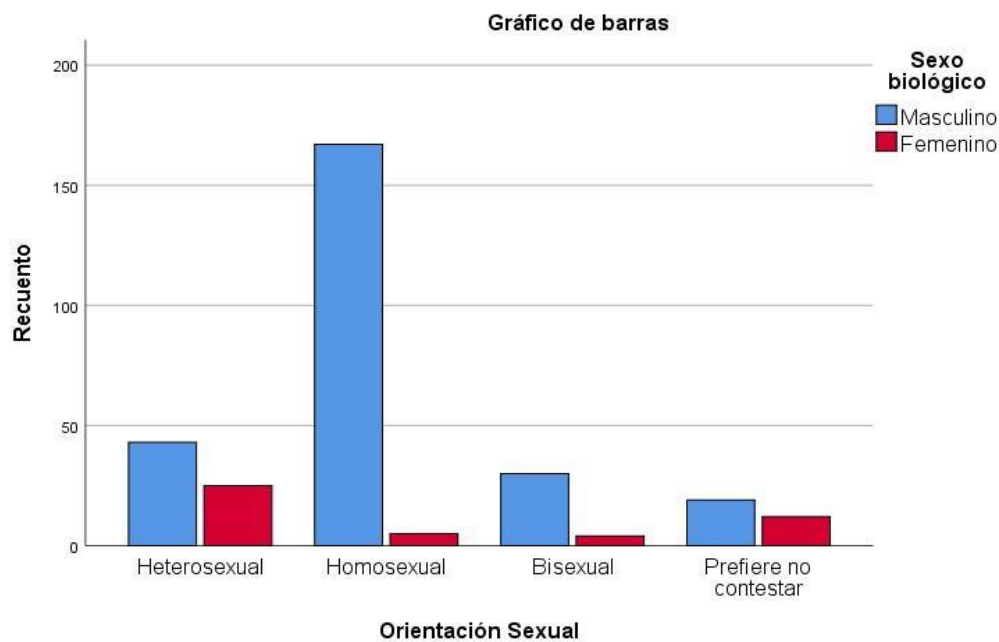
Gráfico 21. Bienestar físico, emocional y/o social



Autores: Paredes D, Guerra M.

CRUCE DE VARIABLES

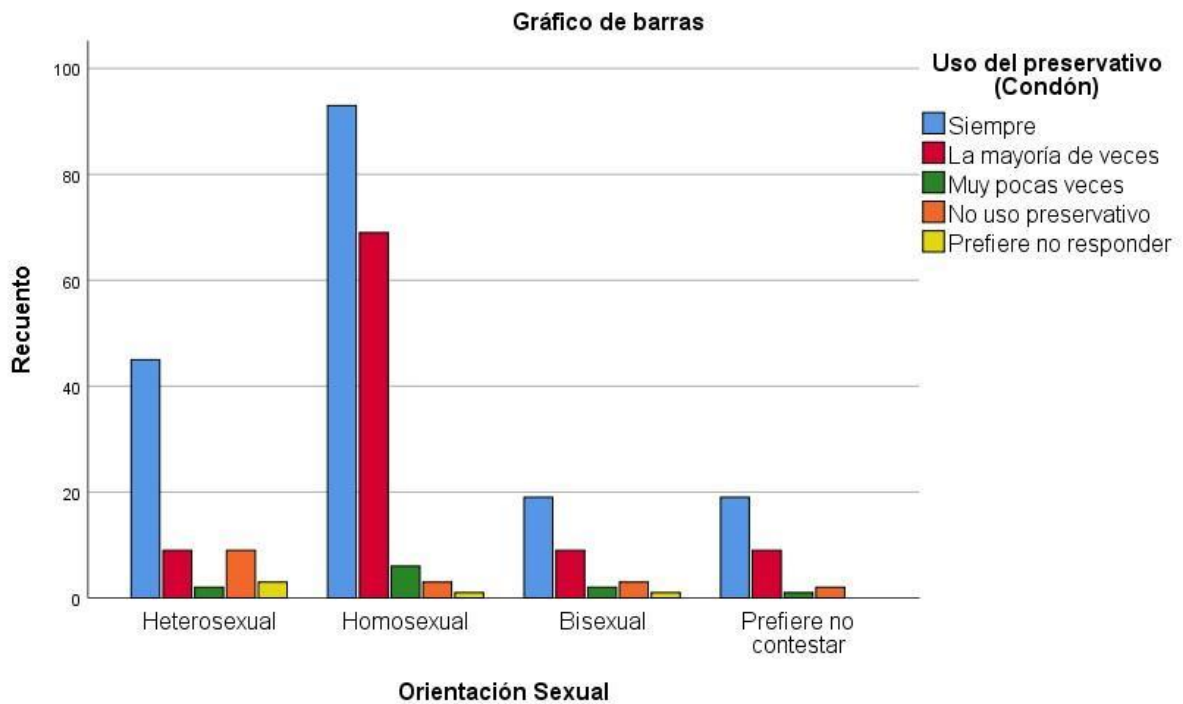
Gráfico 22. Orientación sexual vs Sexo biológico



Autores: Paredes D, Guerra M.

Dado que el valor p de la prueba Chi Cuadrado es menor a 0.05 se concluye que si existe una relación significativa entre el sexo biológico y la orientación sexual.

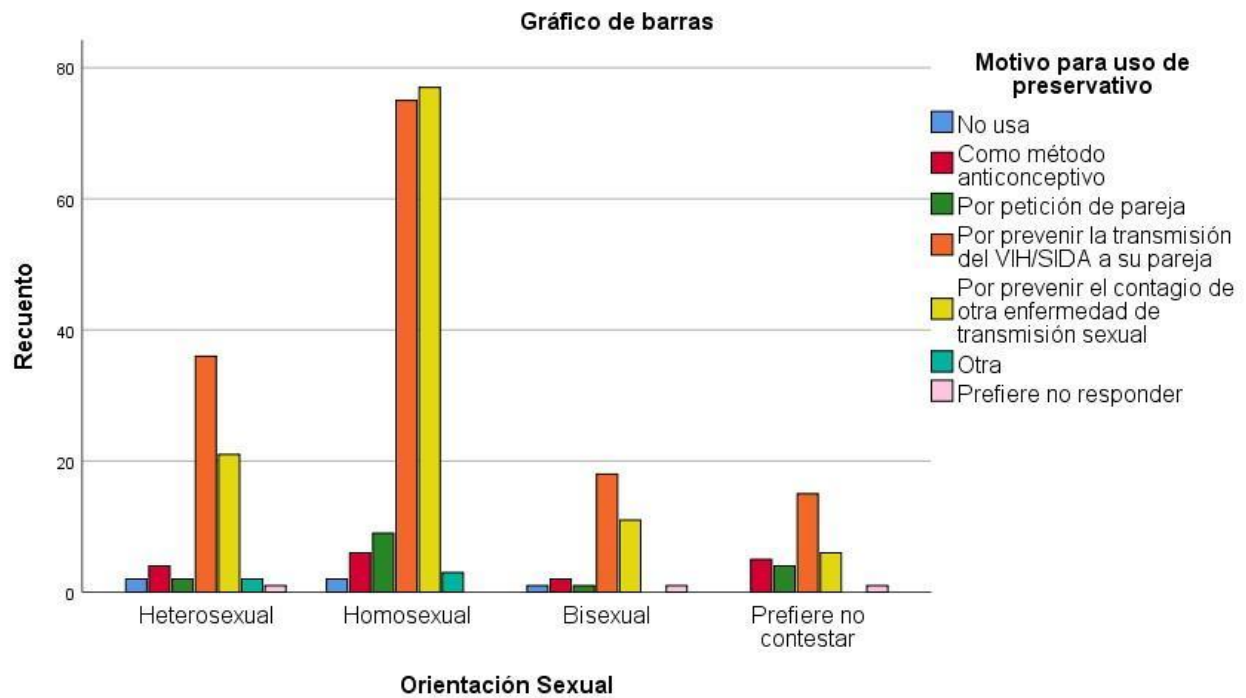
Gráfico 23. Orientación sexual vs Uso del preservativo



Autores: Paredes D, Guerra M.

Dado que el valor p de la prueba Chi Cuadrado es menor a 0.05 se concluye que si existe una relación significativa entre el uso del preservativo (condón) y la orientación sexual.

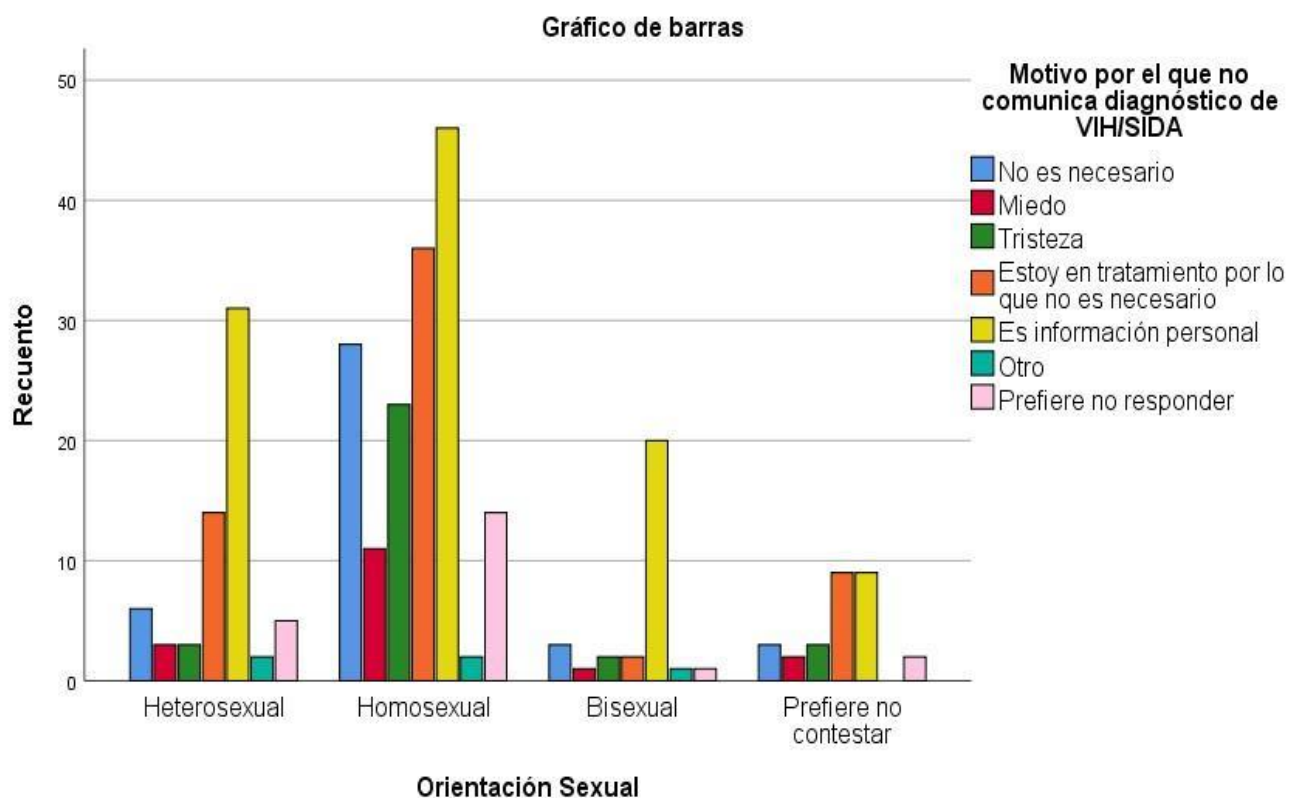
Gráfico 24. Orientación sexual vs Motivo para uso de preservativo



Autores: Paredes D, Guerra M.

Dado que el valor p de la prueba Chi Cuadrado es mayor a 0.05 se concluye que no existe una relación significativa entre la orientación sexual y el motivo para uso de preservativo (Condón).

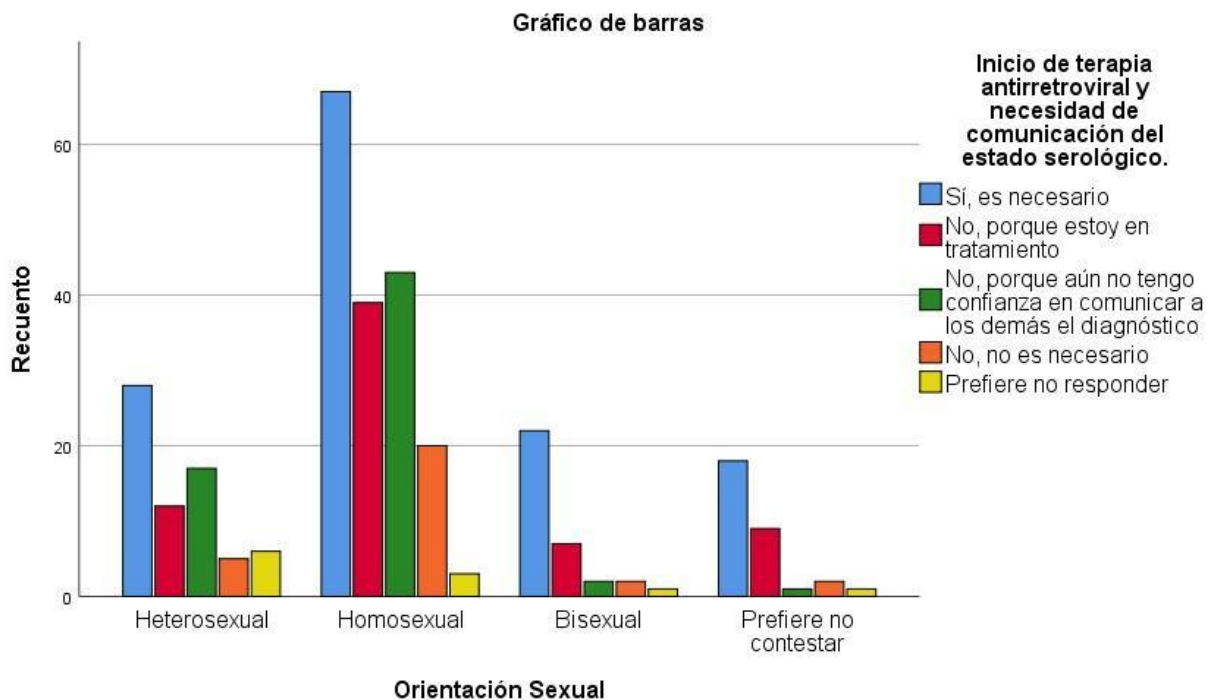
Gráfico 25. Orientación sexual vs Motivo para el que no comunica diagnóstico de VIH/SIDA



Autores: Paredes D, Guerra M.

Dado que el valor p de la prueba Chi Cuadrado es mayor a 0.05 se concluye que no existe una relación significativa entre la orientación sexual y el motivo por el que no comunica el diagnóstico de VIH/SIDA.

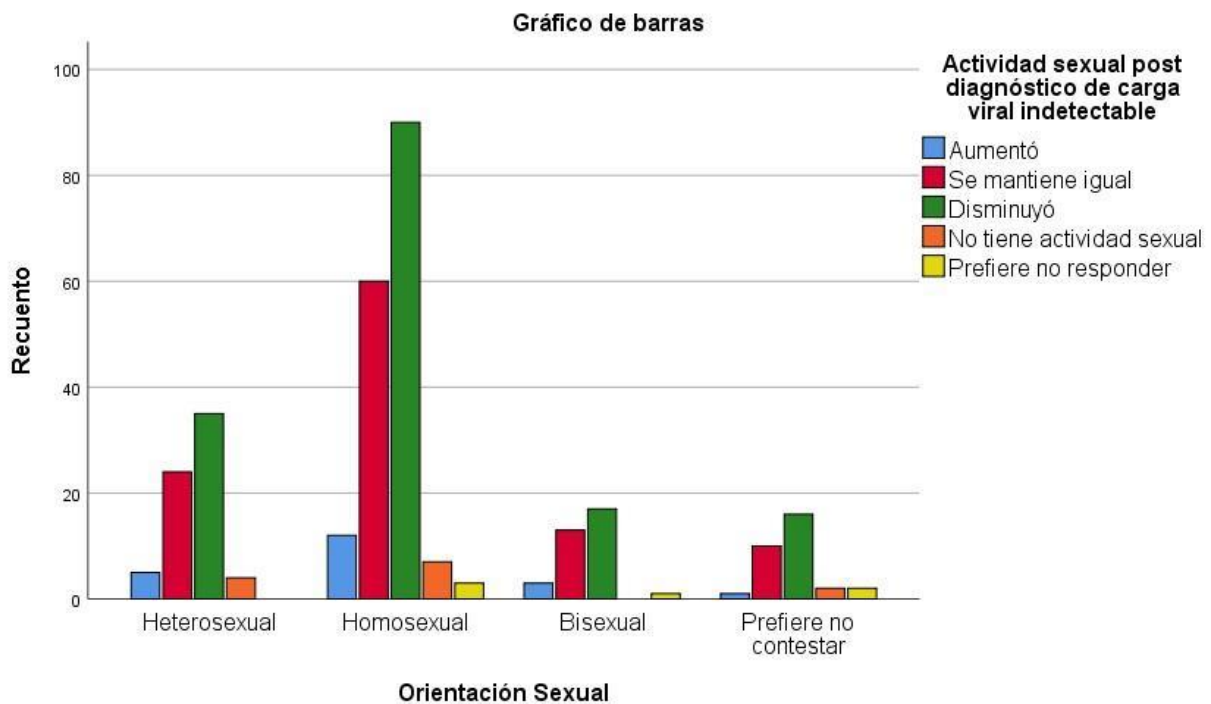
Gráfico 26. Orientación sexual vs Inicio de terapia antirretroviral y necesidad de comunicación del estado serológico



Autores: Paredes D, Guerra M.

Dado que el valor p de la prueba Chi Cuadrado es menor a 0.05 se concluye que, si existe una relación significativa entre la orientación sexual y el inicio de terapia antirretroviral, así como la necesidad de comunicación del estado serológico.

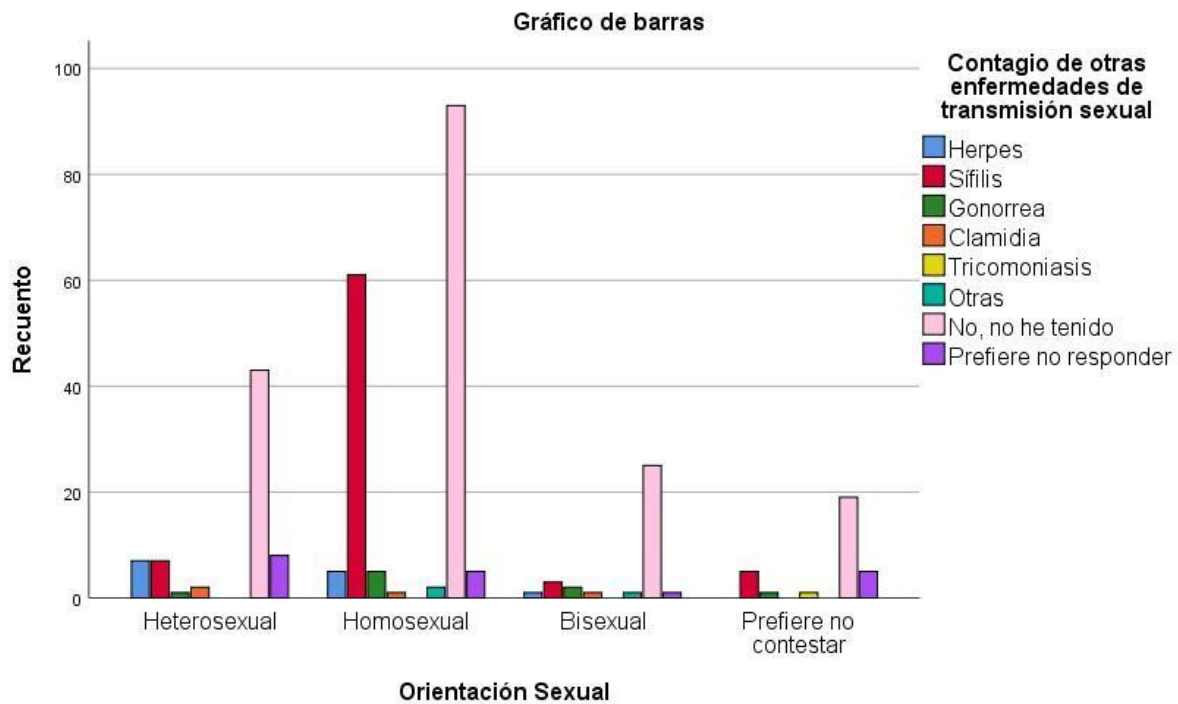
Gráfico 27. Orientación sexual vs Actividad sexual post diagnóstico de carga viral indetectable



Autores: Paredes D, Guerra M.

Dado que el valor p de la prueba Chi Cuadrado es mayor a 0.05 se concluye que no existe una relación significativa entre la orientación sexual y la actividad sexual post diagnóstico de carga viral indetectable.

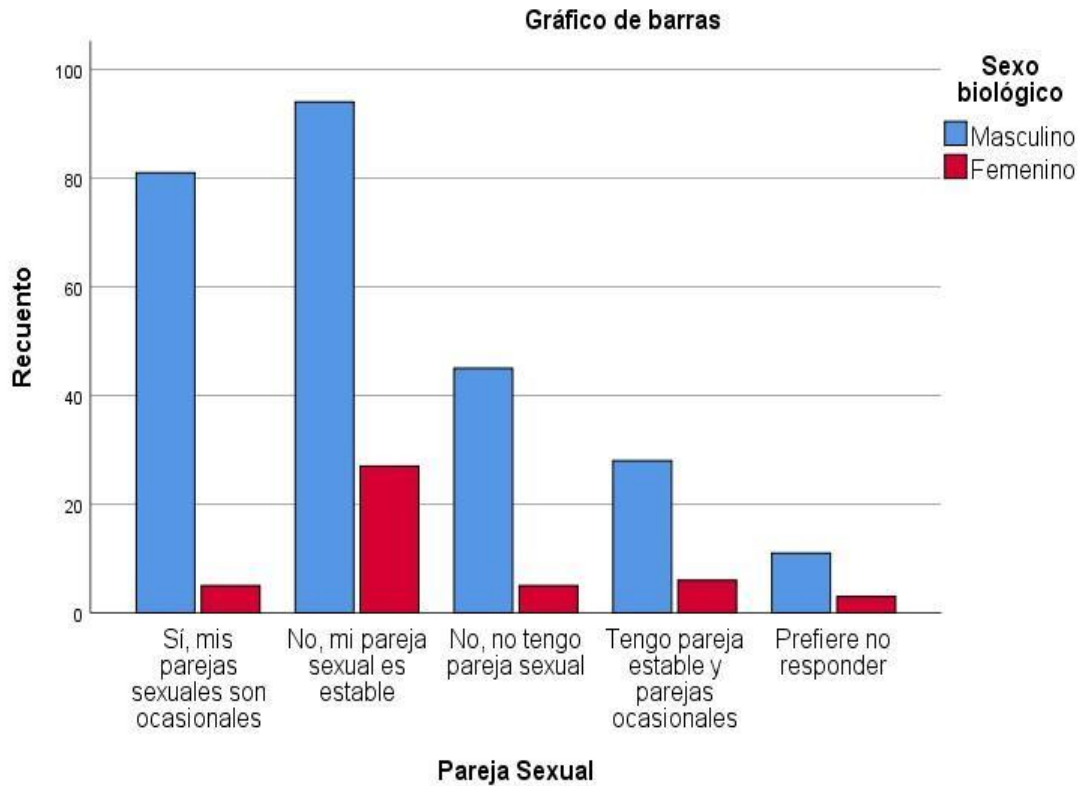
Gráfico 28. Orientación sexual vs Contagio de otras enfermedades de transmisión sexual



Autores: Paredes D, Guerra M.

Dado que el valor p de la prueba Chi Cuadrado es menor a 0.05 se concluye que si existe una relación significativa entre la orientación sexual y el contagio de otras enfermedades de transmisión sexual.

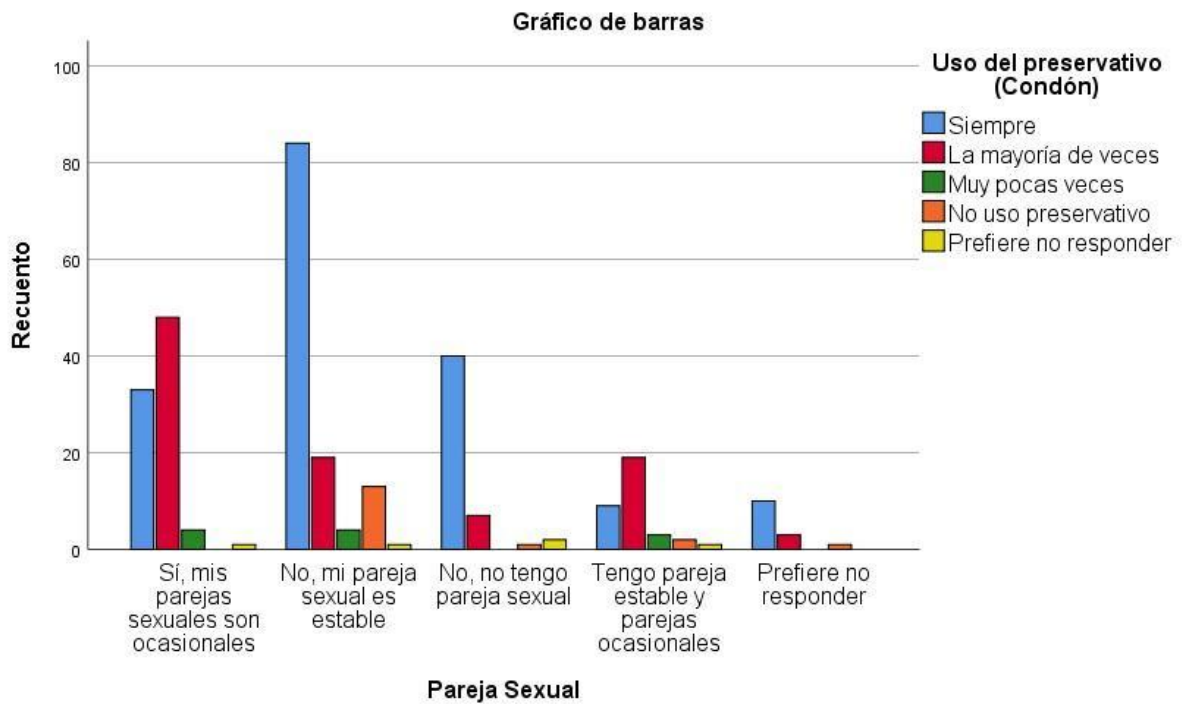
Gráfico 29. Pareja sexual vs Sexo biológico



Autores: Paredes D, Guerra M.

Dado que el valor p de la prueba Chi Cuadrado es menor a 0.05 se concluye que si existe una relación significativa entre la variable pareja sexual y el sexo biológico.

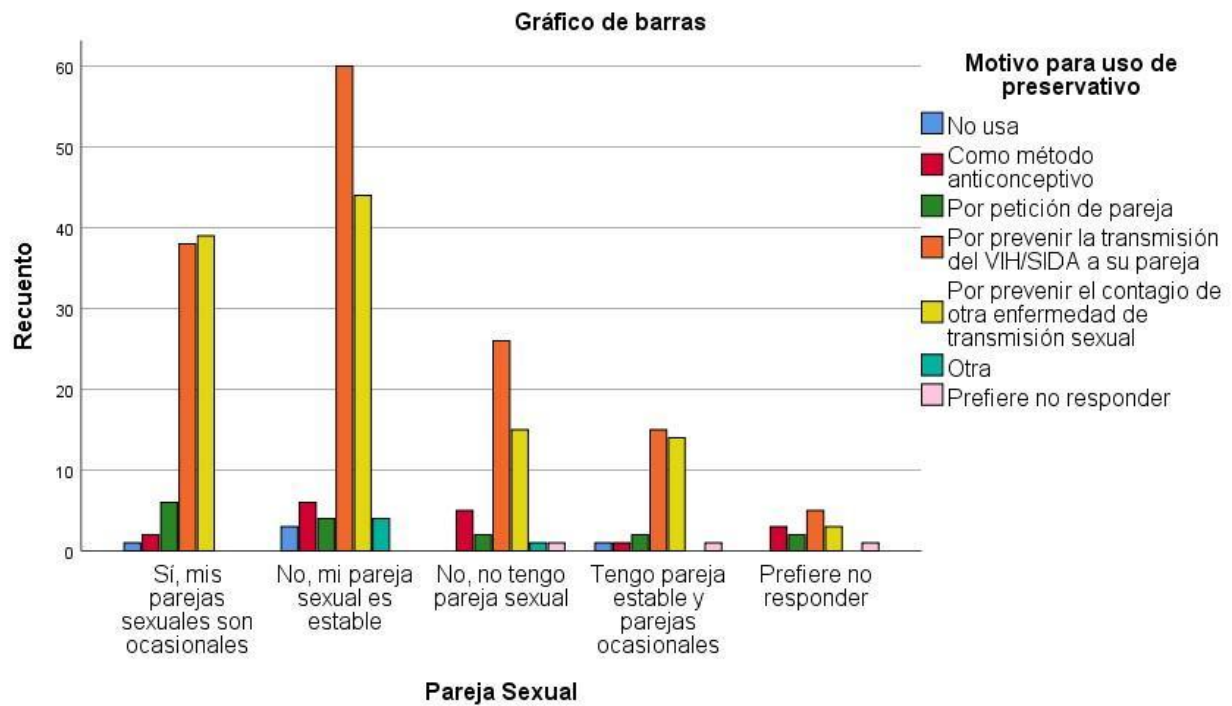
Gráfico 30. Pareja sexual vs Uso del preservativo



Autores: Paredes D, Guerra M.

Dado que el valor p de la prueba Chi Cuadrado es menor a 0.05 se concluye que si existe una relación significativa entre la variable pareja sexual y el uso del preservativo (condón).

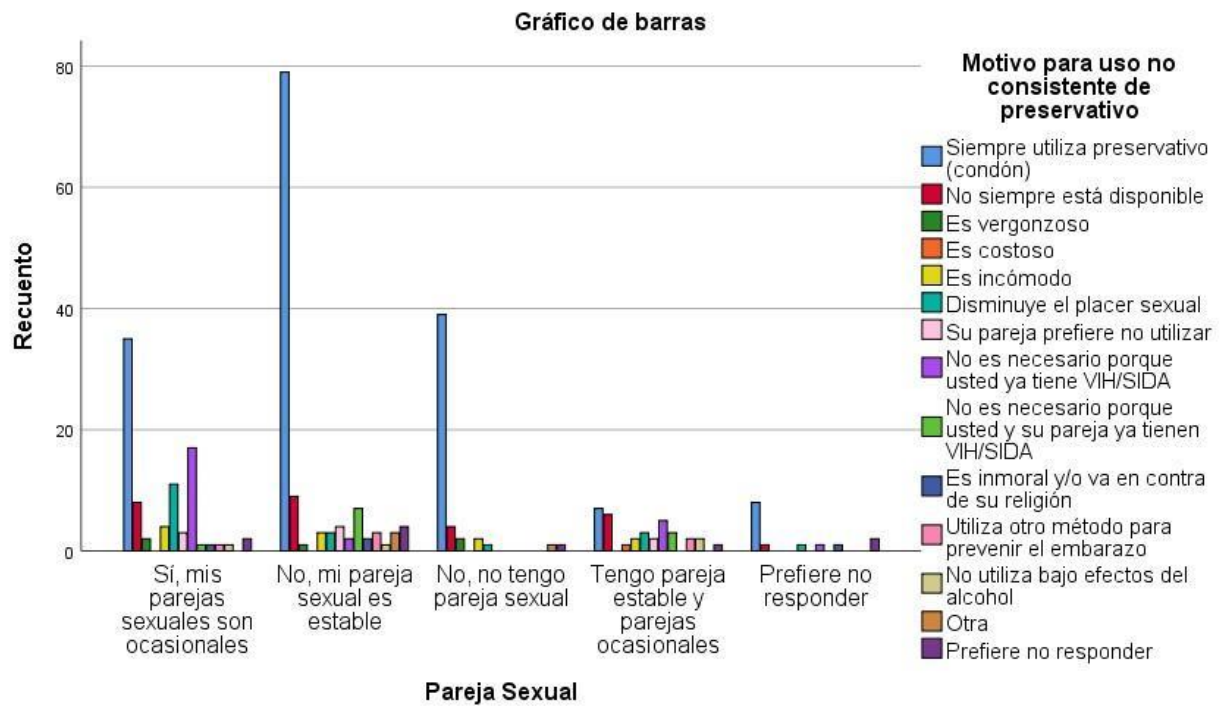
Gráfico 31. Pareja sexual vs Motivo para uso de preservativo



Autores: Paredes D, Guerra M.

Dado que el valor p de la prueba Chi Cuadrado es mayor a 0.05 se concluye que no existe una relación significativa entre la variable pareja sexual y el motivo para el uso del preservativo (condón).

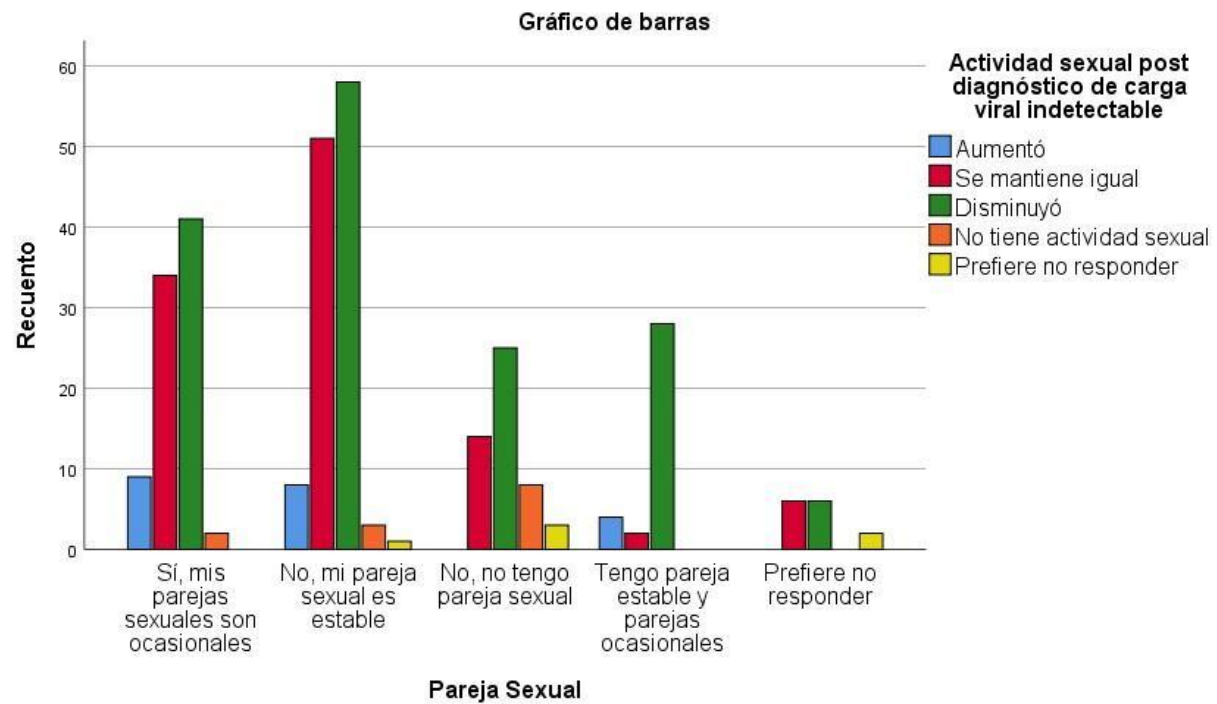
Gráfico 32. Pareja sexual vs Motivo para uso no consistente de preservativo



Autores: Paredes D, Guerra M.

Dado que el valor p de la prueba Chi Cuadrado es menor a 0.05 se concluye que si existe una relación significativa entre la variable pareja sexual y el motivo para uso no consistente del preservativo (condón).

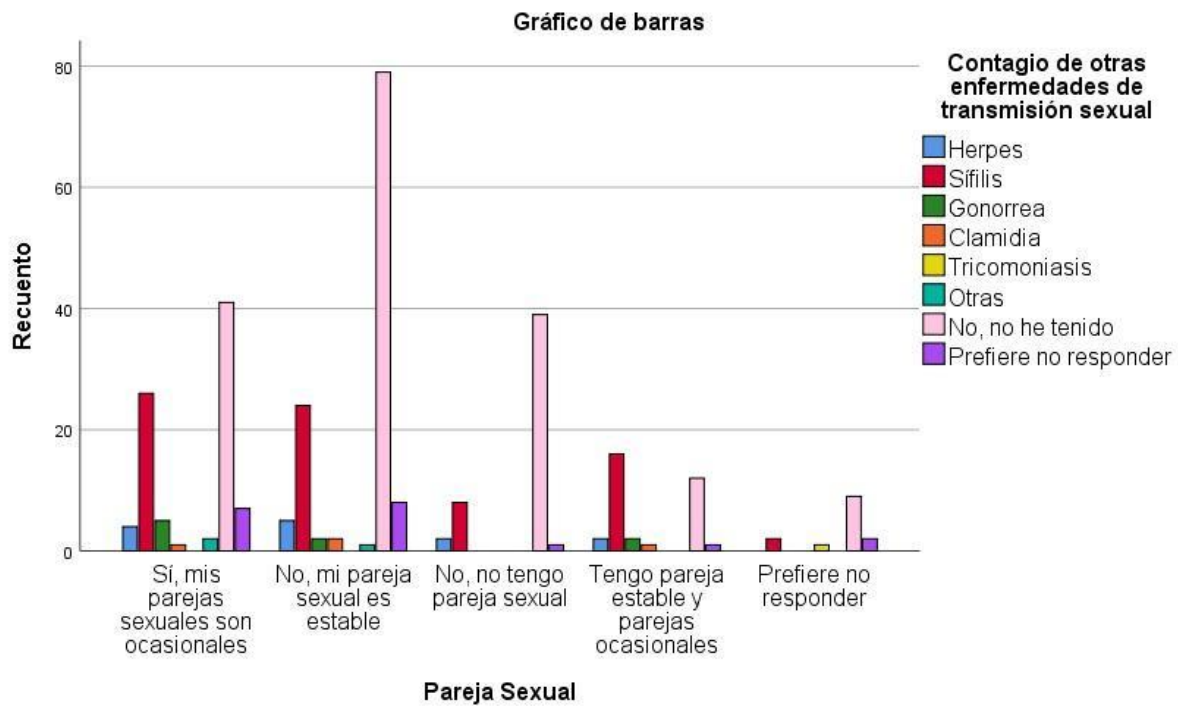
Gráfico 33. Pareja sexual vs Actividad sexual post diagnóstico de carga viral indetectable



Autores: Paredes D, Guerra M.

Dado que el valor p de la prueba Chi Cuadrado es menor a 0.05 se concluye que si existe una relación significativa entre la variable pareja sexual y la actividad sexual post diagnóstico de carga viral indetectable.

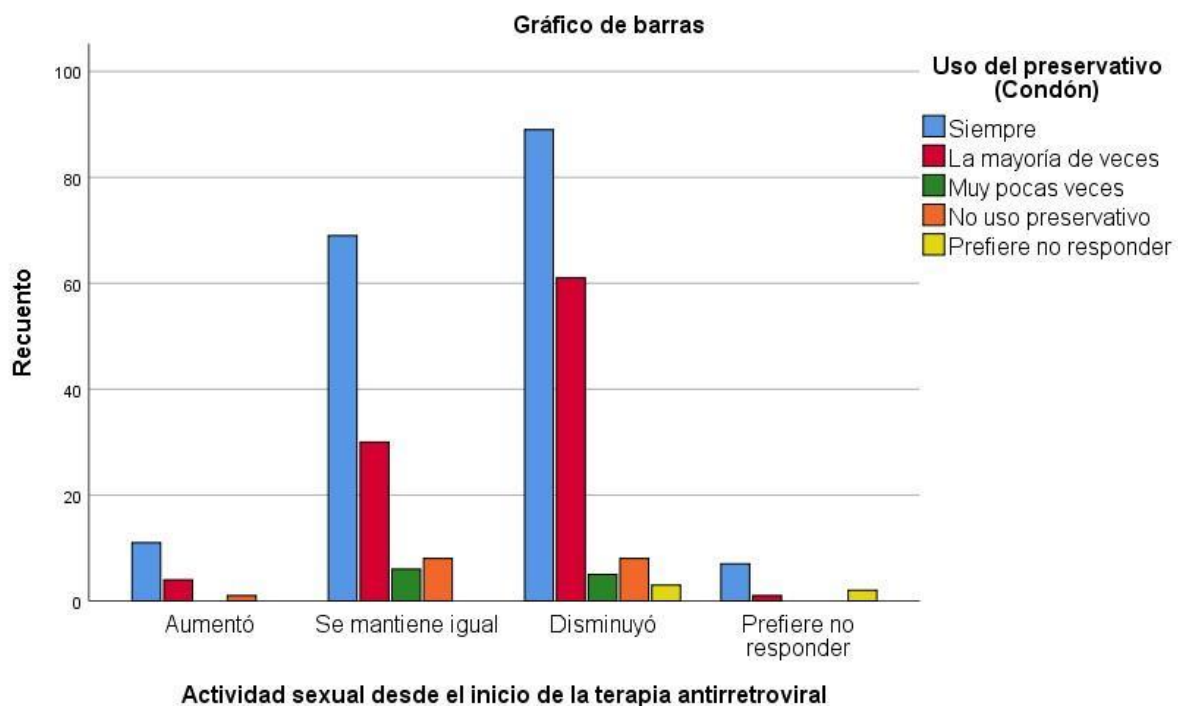
Gráfico 34. Pareja sexual vs Contagio de otras enfermedades de transmisión sexual



Autores: Paredes D, Guerra M.

Dado que el valor p de la prueba Chi Cuadrado es menor a 0.05 se concluye que si existe una relación significativa entre la variable pareja sexual y el contagio de otras enfermedades de transmisión sexual.

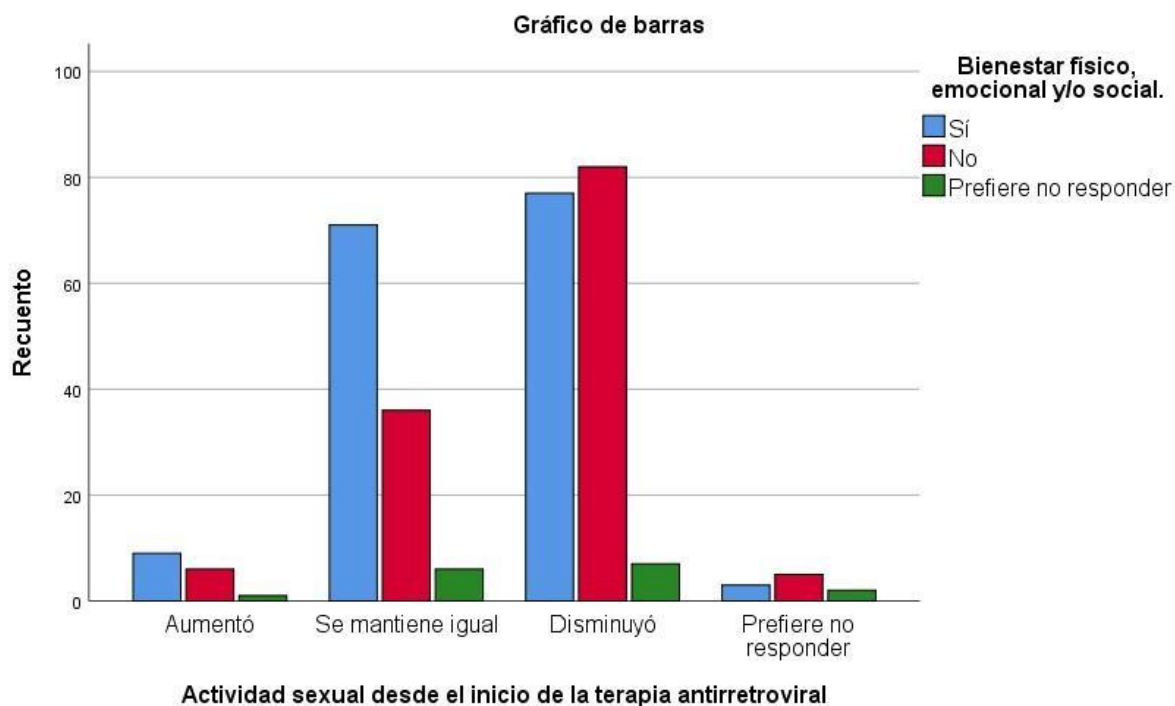
Gráfico 35. Actividad sexual desde el inicio de la terapia antirretroviral vs Uso del preservativo



Autores: Paredes D, Guerra M.

Dado que el valor p de la prueba Chi Cuadrado es menor a 0.05 se concluye que si existe una relación significativa entre la actividad sexual desde el inicio de la terapia antirretroviral y el uso del preservativo (Condón).

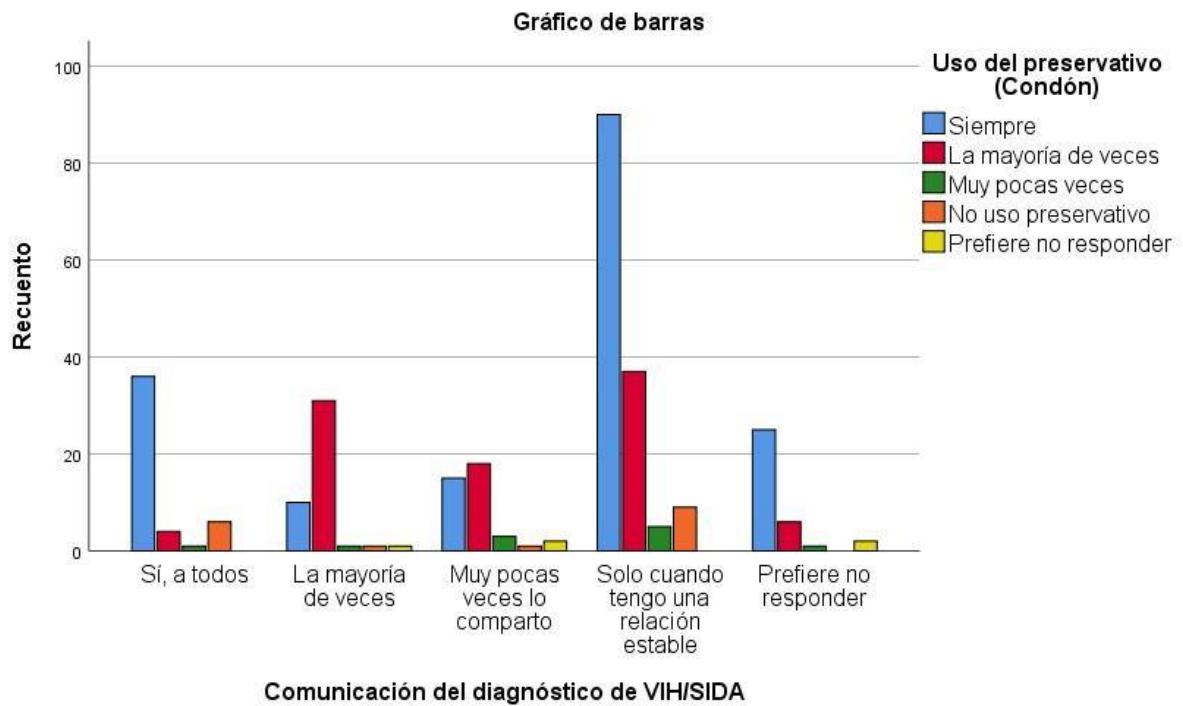
Gráfico 36. Actividad sexual desde el inicio de la terapia antirretroviral vs Bienestar físico, emocional y/o social



Autores: Paredes D, Guerra M.

Dado que el valor p de la prueba Chi Cuadrado es menor a 0.05 se concluye que, si existe una relación significativa entre la actividad sexual desde el inicio de la terapia antirretroviral y el bienestar físico, emocional y/o social.

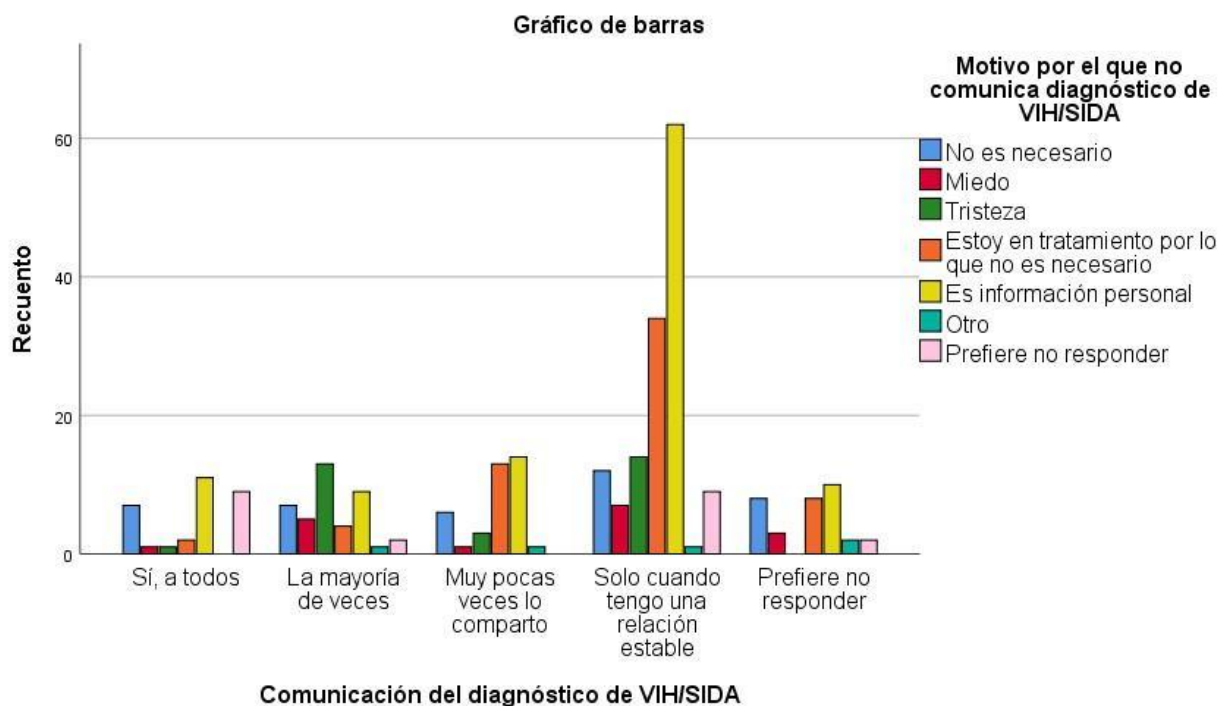
Gráfico 37. Comunicación del diagnóstico de VIH/SIDA vs Uso del preservativo



Autores: Paredes D, Guerra M.

Dado que el valor p de la prueba Chi Cuadrado es menor a 0.05 se concluye que si existe una relación significativa entre la comunicación del diagnóstico de VIH/SIDA y el uso de preservativo (condón).

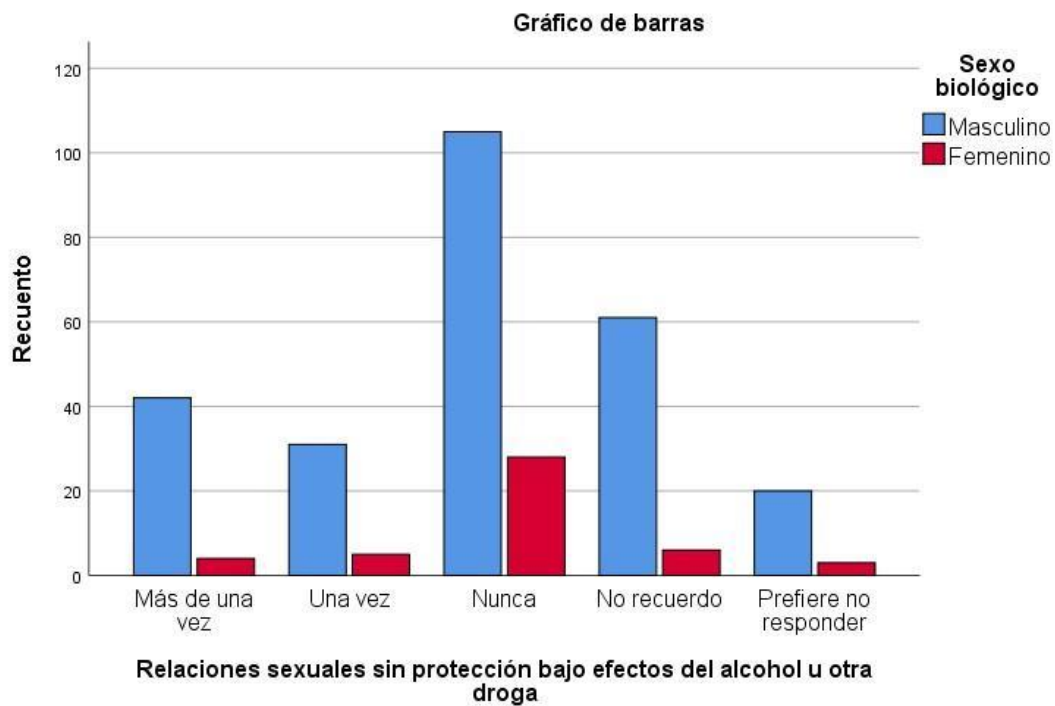
Gráfico 38. Comunicación del diagnóstico de VIH/SIDA vs Motivo por el que no comunica diagnóstico de VIH/DIA



Autores: Paredes D, Guerra M.

Dado que el valor p de la prueba Chi Cuadrado es menor a 0.05 se concluye que si existe una relación significativa entre la comunicación del diagnóstico de VIH/SIDA y el motivo por el que no comunica diagnóstico de VIH/SIDA.

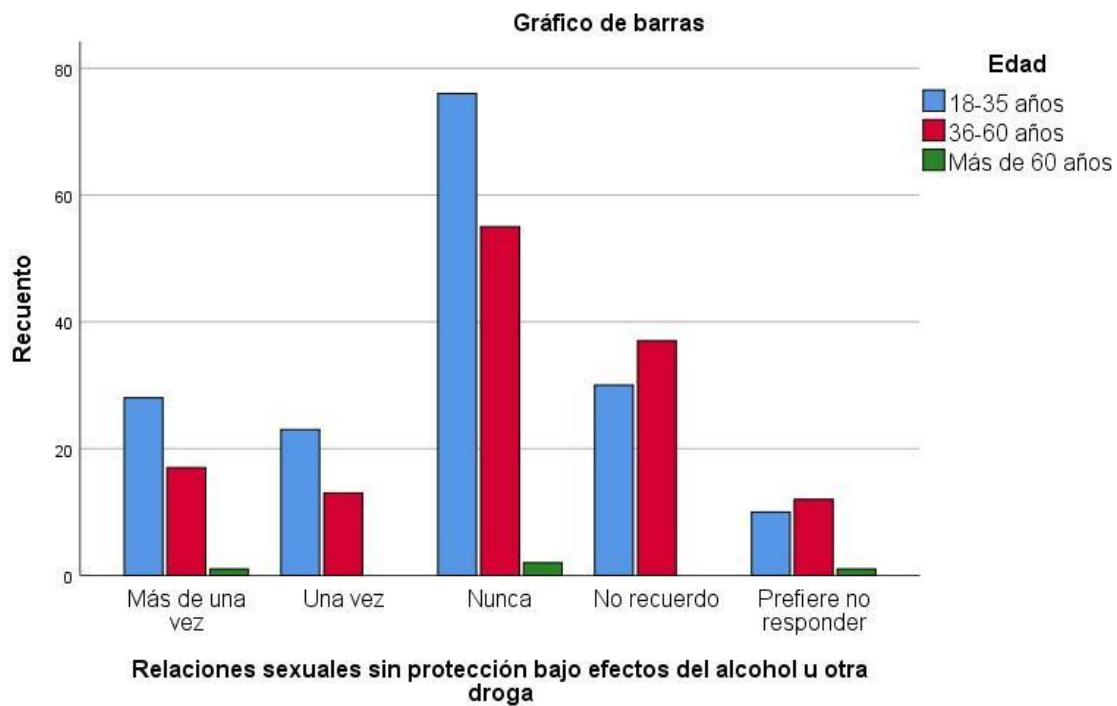
Gráfico 39. Relaciones sexuales sin protección bajo efectos del alcohol u otra droga vs Sexo biológico



Autores: Paredes D, Guerra M.

Dado que el valor p de la prueba Chi Cuadrado es mayor a 0.05 se concluye que no existe una relación significativa entre las relaciones sexuales sin protección bajo efectos del alcohol u otra droga y el sexo biológico.

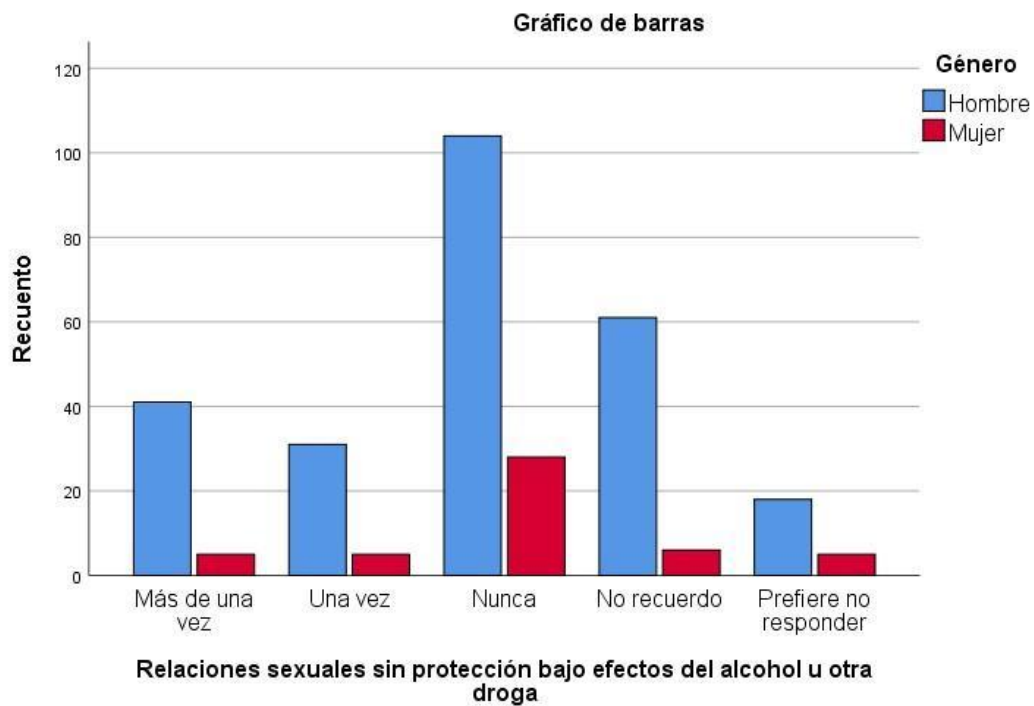
Gráfico 40. Relaciones sexuales sin protección bajo efectos del alcohol u otra droga vs Edad



Autores: Paredes D, Guerra M.

Dado que el valor p de la prueba Chi Cuadrado es mayor a 0.05 se concluye que no existe una relación significativa entre las relaciones sexuales sin protección bajo efectos del alcohol u otra droga y la edad.

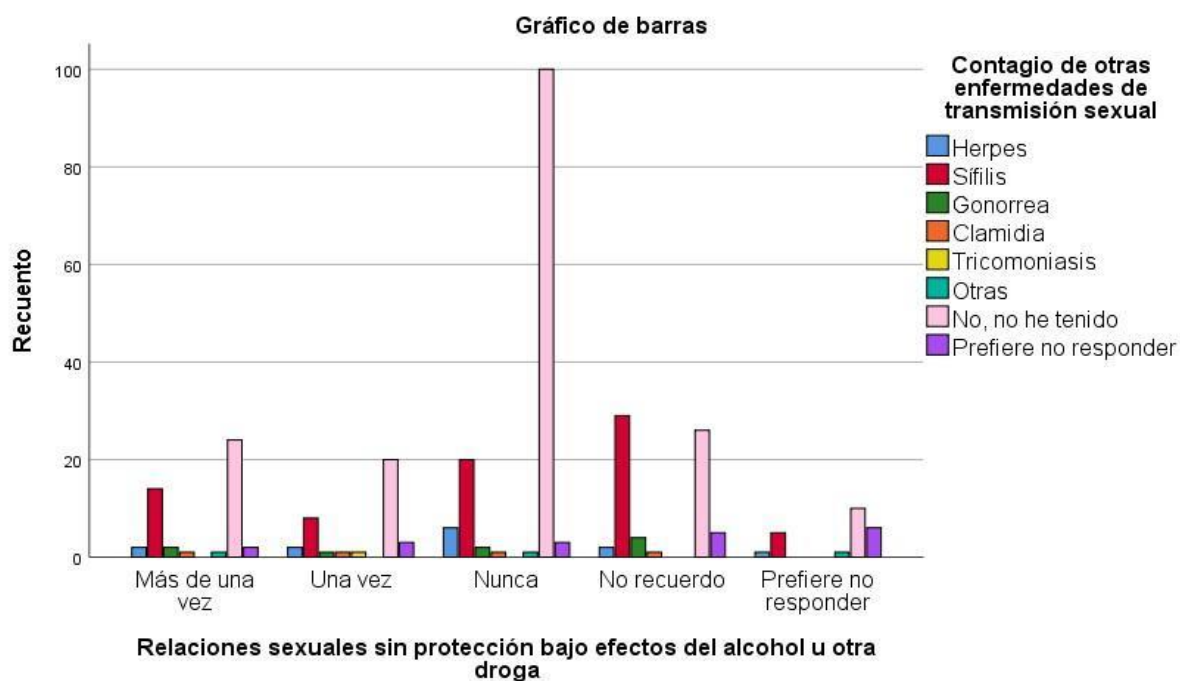
Gráfico 41. Relaciones sexuales sin protección bajo efectos del alcohol u otra droga vs Genero



Autores: Paredes D, Guerra M.

Dado que el valor p de la prueba Chi Cuadrado es mayor a 0.05 se concluye que no existe una relación significativa entre las relaciones sexuales sin protección bajo efectos del alcohol u otra droga y el género.

Gráfico 42. Relaciones sexuales sin protección bajo efectos del alcohol u otra droga vs Contagio de otras enfermedades de transmisión sexual



Autores: Paredes D, Guerra M.

Dado que el valor p de la prueba Chi Cuadrado es menor a 0.05 se concluye que si existe una relación significativa entre las relaciones sexuales sin protección bajo efectos del alcohol u otra droga y el contagio de otras enfermedades de transmisión sexual.

CAPITULO V

DISCUSION

El objetivo del estudio fue analizar los factores de riesgo modificables y no modificables que están relacionados con las prácticas sexuales de riesgo en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA mayores de 18 años de edad en tratamiento con antirretrovirales que acuden a consulta externa de 2 Hospitales públicos en Quito-Ecuador.

Además, se buscó identificar las características sociodemográficas de los participantes, sus prácticas sexuales de riesgo asociadas o no al uso de preservativo y la comunicación del estado serológico. Es importante también conocer el efecto del tratamiento antirretroviral sobre el bienestar físico, emocional y social, así como la percepción de riesgo o sensación de seguridad que tienen los pacientes. De igual manera, este estudio permite identificar la calidad de información y educación que reciben los pacientes en consulta y la relación entre la percepción de riesgo o sensación de seguridad con el contagio de otras enfermedades de transmisión sexual.

Un total de 305 personas participaron en el estudio, ya que contaban con todos los criterios de inclusión y exclusión de la investigación. La información fue recolectada por medio de una encuesta anónima y voluntaria.

La población estuvo conformada en un 84.92% por hombres y 15.08% por mujeres. Esto coincide con las estadísticas proporcionadas por el Center for Disease Control and Prevention en donde la mayoría de los pacientes diagnosticados pertenecen al sexo masculino. (CDC, 2019) En el Ecuador la relación hombre mujer es de 3:1, es decir por cada tres hombres existe una mujer diagnosticada. (MSP, 2019)

La edad tomada en cuenta para el estudio fue mayor de 18 años y esto evidenció que el VIH/SIDA se presenta en todas las etapas de la vida, pero principalmente en el grupo de edad de 18 a 35 años con un porcentaje 54.8%.

En la investigación predominó la etnia mestiza con el 80.7%, seguido de la etnia blanca con un 8.85% y afroamericano 3.9%. Esta característica varía de acuerdo con la población que asiste a los hospitales en los que se realizó el estudio.

Se encontró que en el Ecuador existen diversas nacionalidades que viven con VIH. La nacionalidad predominante fue ecuatoriana con 78.4%, seguido de la nacionalidad venezolana

con 17.4%. A nivel de América Latina, para el año 2017, el Ecuador ocupó el décimo lugar, siendo Brasil el que lideró el número de personas con VIH. Con respecto a Venezuela no se tienen datos claros por la crisis política que están atravesando lo que no permite tener información actualizada. (Pasquali, 2018) Se necesitan más estudios a nivel de Latinoamérica ya que la investigación al ser realizada en Ecuador, no tuvo la suficiente población de otra nacionalidad para comparar o diferir en un comportamiento sexual de riesgo.

La mayor prevalencia se concentró en la región sierra con un 86.5%, seguido de la región costa con 11.8%. Sin embargo, para el año 2019, según el boletín anual de VIH en el Ecuador, la provincia del Guayas ocupó el primer lugar con un 30.42%, en segundo lugar, estuvo Pichincha con un 20.97%, seguido de Esmeraldas con 6.84%. (MSP, 2019)

La mayoría de los participantes fueron solteros, representando un 71.8% del total, seguido por casados y unión libre con un 11.15%. Al cruzar la variable estado civil con pareja sexual, se encontró una asociación estadísticamente significativa. Se estableció que 33.3% de los pacientes solteros tenían parejas sexuales ocasionales, el 31.9% pareja sexual estable, mientras que el 19% no tenía pareja sexual y el 10.5% tuvo pareja estable y ocasionales. Con respecto a los pacientes casados, el 70.5% tenía pareja sexual estable, el 14.7% tuvo parejas sexuales ocasionales y el 2.9% mantuvieron una pareja sexual estable y ocasionales. Por otro lado, el 58.8% de los pacientes que están en unión libre tenían pareja sexual estable, un 23.5% pareja sexual estable, además de ocasionales. Se determinó que los pacientes solteros tienen mayor riesgo de tener prácticas sexuales poco seguras ya que la mayoría de los contactos que tienen son ocasionales. Hay que tener en cuenta que el estado civil no es una garantía de conductas sexuales seguras debido a que se encontró que los pacientes que mantenían un compromiso estable a la vez tenían otras parejas sexuales.

En cuanto al número de parejas sexuales, la población del estudio en un 39.7% tenía pareja sexual estable, mientras que el 28.2% tenía parejas ocasionales. Según estadísticas del Ministerio de Salud Pública, se reportó que el 61% de personas que viven con VIH en Quito y el 53% en Guayaquil, no utilizan preservativo con sus parejas sexuales estables. Por otro lado, el 2% de personas seropositivas en Quito y el 3.9% en Guayaquil, no utilizan preservativo con parejas sexuales ocasionales, lo que implica un riesgo para adquirir la enfermedad. (MSP, 2019) Se encontró que el 36.2% de los pacientes masculinos tenían pareja sexual estable, seguido del 31.2% que tenían parejas sexuales ocasionales, el 17.3% no tenían pareja sexual y el 10.8% tenían parejas estables además de parejas ocasionales. En el grupo femenino, el 58.7% tenía una pareja sexual estable, seguido de 13% que tenían parejas sexuales estables y ocasionales,

el 10.8% estuvo formado por pacientes con parejas sexuales ocasionales y otros que no tienen pareja sexual. Se concluye que existe un porcentaje significativo de pacientes masculinos que tienen parejas sexuales estables, pero un gran número mantiene parejas sexuales ocasionales. Hay que tomar en cuenta que la transmisión de VIH varón mujer es más eficiente que la de mujer varón, esto puede ser consecuencia de una exposición prolongada del líquido seminal infectado en la vagina ya que se ha encontrado una carga viral significativa en el mismo. (Harrison, 2019)

Del total de la población, el 56.4% tiene orientación homosexual, seguido de un 22.3% heterosexual y un 11.1% es bisexual. Estos resultados coinciden con las estadísticas del año 2019 en el Ecuador que indica que la infección está concentrada en el grupo de población clave de hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Este grupo está distribuido por ciudades, con un 16.5% en Quito y 11.2% en Guayaquil. (MSP, 2019) Se ha determinado que los HSH tienen 10 veces más riesgo de contraer VIH por mantener relaciones sexuales anales, tener múltiples parejas sexuales y usar de redes sociales para practicar sexo ocasional. En este grupo también existe una gran cantidad de personas que desconocen su estado serológico, y al tener una carga viral detectable, se ve facilitada la transmisión. (Oliveira, y otros, 2019) En el cruce de variables entre la orientación sexual y el sexo biológico se concluyó que existe una relación significativa. Hay una predominancia de pacientes homosexuales de sexo masculino mientras que la mayoría de las mujeres son heterosexuales. En cuanto a los bisexuales, se encontró que existe un mayor riesgo de transmisión de VIH ya que estos practican relaciones sexuales sin preservativo con más frecuencia.

Con respecto a las enfermedades de transmisión sexual, los pacientes homosexuales tuvieron mayores casos de sífilis, seguido de herpes, gonorrea, clamidia y otros. A pesar de ser un grupo de riesgo, 93 pacientes de 172 afirmaron no haber tenido ninguna enfermedad de transmisión sexual. Por otro lado, 7 de 68 pacientes heterosexuales presentaron herpes y sífilis, 2 clamidia, 1 gonorrea y 43 pacientes no tuvieron ninguna infección.

En cuanto al uso de preservativo, se determinó que el 57.7% de los participantes siempre usan protección, el 31.5% la mayoría de las veces lo hace, mientras que el 5.6% no usa preservativo y el 3.6% muy pocas veces lo hace. La bibliografía determina que cuando no se usa protección en relaciones sexuales se tiene un riesgo de adquirir otras infecciones de transmisión sexual, que a su vez pueden facilitar la transmisión del VIH. (Harrison, 2019) A pesar de la importancia del uso del preservativo y la disponibilidad de estos de manera gratuita en los centros de salud, esta no es una práctica común y en este grupo de pacientes es en donde hay que realizar una intervención sobre educación sexual. (Oliveira, y otros, 2019)

Dentro de los motivos por los cuales los participantes consideraron importantes el uso de preservativo se encontró que el 47.21% lo usa para prevenir la transmisión del VIH/SIDA a su pareja y el 37.7% para prevenir el contagio de otra enfermedad de transmisión sexual. En porcentajes menores lo usan como método anticonceptivo, por petición de la pareja, otros no usan preservativo y algunos pacientes prefirieron no responder. Es importante reconocer que los pacientes tienen conocimientos sobre los motivos por los que es importante el uso de preservativo, sin embargo, existen personas que lo usan por razones que no son trascendentales y en este grupo sería prioritario brindar mejor información.

Los argumentos por los cuales los pacientes no usan preservativo a pesar de conocer su estado serológico fueron: el más importante con el 9.2% fue que el mismo no siempre está disponible, un 8.2% consideró que no es necesario utilizarlo porque ya tienen VIH/SIDA, el 6.2% afirmó que este disminuye el placer sexual. El 3.6% siente que su uso es incómodo y que no es necesario porque su pareja también es seropositiva, el 3% no usa porque su pareja prefiere no utilizarlo, el 1.6% cree que el uso de este es vergonzoso. El 1.3% afirmó que su uso es inmoral o va en contra de su religión y otros no lo utilizan cuando se encuentran bajo efectos del alcohol.

Datos indican que especialmente en población joven, pese a que tienen buenas bases sobre salud sexual, siguen manteniendo relaciones sexuales de riesgo y no toman las precauciones necesarias. Las personas, a pesar de que conocen la función del preservativo, por diversos motivos como la disminución de sensibilidad durante el coito, interrupción de la relación sexual, e incluso la sensación de invulnerabilidad, evitan usarlo aumentando el riesgo de padecer algún tipo de enfermedad. (Martínez, 2020)

Al tener varias parejas sexuales ocasionales y no usar preservativo, existe una predisposición al contagio de VIH como de otras enfermedades de transmisión sexual, por este motivo, el uso del preservativo es fundamental. Es importante conocer los motivos por los cuales las personas no usan preservativo a pesar de conocer su estado serológico, estos pacientes continúan teniendo una vida sexual de riesgo que puede afectar a las parejas serodiscordantes. A pesar de que las razones para no usar preservativo son personales, hay que tener responsabilidad sobre las consecuencias que provocan estas prácticas sexuales en las demás personas.

Los pacientes con VIH generalmente a lo largo de su vida o antes de la adquisición del virus, han tenido otra infección de transmisión sexual. En el estudio se documentó que el 59% de los participantes no han tenido otra ITS, 24.9% tuvo sífilis, herpes en un 4.3%, gonorrea 3%, clamidia 1.3%, tricomoniasis 0.3% y el 1% afirmó haber tenido otra infección. Entre las ITS más importantes se destaca la sífilis, en esta infección, los pacientes seropositivos suelen tener una

carga viral alta en su plasma sanguíneo y existe una disminución del número de células CD4+, lo que puede ser un factor para que la infección progrese a fase SIDA. (Oliveira, y otros, 2019) De la población el 30.2% de las personas que tenían parejas sexuales ocasionales desarrollaron sífilis, el 13.9% tuvo otras enfermedades de transmisión sexual incluyendo herpes, gonorrea, clamidia, tricomoniasis. Por otro lado, el 65.2% de los participantes que tienen pareja sexual estable no han tenido otra enfermedad de transmisión sexual. Se concluye que, al mantener relaciones sexuales con varias parejas, aumenta la probabilidad de contraer diferentes tipos de enfermedades de transmisión sexual.

Es muy importante que el personal médico brinde adecuada asesoría sobre el uso de preservativo y asegurarse que los pacientes comprendan que al utilizarlo, no solo se están protegiendo del VIH, sino de otras enfermedades de transmisión sexual que pueden llegar a afectar su salud.

En la población del estudio, la práctica sexual más prevalente fue el sexo anal con un 38.1%, seguido de sexo oral en 28.2% y vaginal 18.7%. A pesar de que se conoce que la transmisión más frecuente es por relaciones sexuales anales o vaginales, es importante saber que al practicar sexo oral también existe riesgo de contraer VIH aunque este es poco o nulo. Hay que tomar en cuenta que estas prácticas de riesgo pueden transmitir otras enfermedades de transmisión sexual por lo que se recomienda el uso de preservativo. (Harrison, 2019)

El inicio de la terapia antirretroviral está relacionado con el bienestar físico, emocional y social del paciente. En la población el 52.5% mencionó que estas áreas mejoraron con el tratamiento, mientras que el 42.3% no presentó una mejoría en su bienestar. El VIH no solo afecta de manera física al paciente, sino que tiene un componente social discriminativo bastante significativo. Esto no solo afecta el bienestar emocional de la persona, sino que dificulta las interacciones en el medio social, familiar y conyugal, lo que puede predisponer a la persona a aislarse de su círculo más cercano y aumentar sus prácticas sexuales de riesgo. (Oliveira, y otros, 2019) Diversos estudios realizados en Europa y América del Norte en HSH evidencian que cuando los pacientes comienzan a tomar la terapia antirretroviral y tiene cargas virales indetectables, hay una tendencia a incrementar los comportamientos sexuales de riesgo. Esto se produce porque hay cambios positivos en las áreas antes mencionadas y en segundo lugar existe una falsa sensación de seguridad que los pacientes tienen al pensar que las consecuencias de tener estos comportamientos no son tan graves como antes de iniciar la terapia antirretroviral. (Juarez & Pozo, 2010)

Se encontró que después del inicio de la terapia antirretroviral, la actividad sexual de los pacientes disminuyó en un 54.4% y se mantuvo igual en un 37.05%. Un pequeño porcentaje del 5.25% aumentó la actividad sexual. De igual forma, la actividad sexual post diagnóstico de carga viral indetectable disminuyó en un 51.8% de los participantes, se mantuvo igual en un 35.1% y aumentó en un 6.9%. Se puede concluir que en la población del estudio ni la terapia antirretroviral ni la carga viral indetectable tuvieron relación con un aumento en la actividad sexual como lo indica la literatura.

En la población el 46.2% de los participantes sólo comunican su diagnóstico serológico cuando tienen una relación estable, seguido por el 15.4% de pacientes que comunican a todas sus parejas sexuales. En conclusión, la mayoría de las veces cuando se tiene una relación sexual ocasional, no se conoce el estado serológico de la pareja, así esta persona tenga conocimiento y un diagnóstico confirmado de VIH. Muchas veces se evita hablar de este tema por el estigma que aún genera la enfermedad. (Oliveira, y otros, 2019)

Existen diversos motivos por los cuales una persona portadora de VIH no comunica su diagnóstico. En el estudio se encontró que la principal razón es porque un 37.6% de los participantes consideraron que esto es información personal, seguido de un 21.6% que pensó que por estar en tratamiento no era importante la comunicación. Existen otros motivos no menos importantes para no comunicar el diagnóstico, un 14.2% de los participantes consideraron que no era necesario informar a sus parejas, un 11% indicó que su motivo era por tristeza, el 6% no comunicó por miedo, mientras que algunos participantes indicaron que su motivo era otro. Revelar la condición serológica a personas desconocidas genera miedo a ser discriminados o que la pareja tenga una actitud de rechazo. Existe un gran impacto emocional en la persona que vive con VIH cuando esta comunica su diagnóstico e inclusive puede desencadenar problemas de ansiedad, sufrimiento psíquico, sentimientos de culpa y preocupación ante la posible transmisión a la pareja, llegando a desgastar el estado emocional de la persona. A todo esto, se suma la homofobia que aún existe a nivel mundial, así como los prejuicios de las personas que no conocen la enfermedad. (Oliveira, y otros, 2019)

El consumo de bebidas alcohólicas post inicio de la terapia antirretroviral evidenció que en la población del estudio el 42.3% de los pacientes mantenían su consumo habitual, el 26.2% disminuyó el mismo, el 23.0% nunca consumió alcohol, mientras que el 2.3% aumentó su consumo. El CDC menciona que el consumo de alcohol puede afectar el juicio de las personas e incrementar el riesgo de tener prácticas sexuales poco seguras. (CDC, 2016) Las consecuencias del consumo excesivo de alcohol pueden disminuir la adherencia al tratamiento, ya que los pacientes evitan tomar los fármacos cuando van a consumir alcohol. En un estudio

realizado en Estados Unidos se encontró que la mitad de los pacientes con VIH se saltaban las dosis de los fármacos cuando bebían alcohol predisponiendo a generar una resistencia al tratamiento. (Biblioteca Nacional de Medicina, 2012)

El uso de drogas ilegales como marihuana, éxtasis, cocaína y heroína post inicio la terapia antirretroviral en la población se mantuvo igual en un 12.5%, el 10.2% disminuyó y el 4.6% aumentó mientras el 66.2% de los pacientes afirmaron nunca haber consumido drogas. En sí, existen ciertos tipos de drogas de uso intravenoso que favorecen la transmisión de VIH por el uso de jeringuillas compartidas, sin embargo, usar otro tipo de drogas también se asocia con mayor riesgo de infección. Estas sustancias al alterar la conciencia de las personas pueden conducir a la práctica de conductas sexuales de riesgo como el no uso de preservativo o tener múltiples parejas sexuales. El consumo de estas sustancias puede inclusive acelerar la evolución de la enfermedad, afectar la adherencia al tratamiento y empeorar las consecuencias de la enfermedad. (CDC, 2016)

En nuestra población el 43.6% de los pacientes nunca ha tenido relaciones sexuales sin protección bajo el efecto del alcohol u otra droga, el 22% no lo recuerda, el 15.1% ha tenido este comportamiento más de una vez, el 11.8% por una única vez y el 7.5% prefiere no responder. Llegando a la conclusión que los resultados concuerdan con la bibliografía que indica que las personas tienen mayor riesgo de practicar relaciones sexuales sin protección bajo efectos del alcohol u otra droga. (CDC, 2016)

Un pilar importante en esta población es la relación médico paciente que es fundamental para poder proporcionar una educación adecuada sobre prácticas sexuales seguras. El 48.5% de los participantes mencionaron tener una buena información durante su consulta médica, el 19.7% afirmó no tenerla por falta de tiempo en consulta, el 12.5% le falta información, 8.5% considera que no le explican bien lo que necesita saber a pesar de exponer sus dudas, el 7.9% no tiene buena información ya que no pregunta y el 3% prefiere no responder. El médico debe actuar de una manera especial cuando se encuentre en atención con un paciente con VIH/SIDA, ya que por la condición tanto fisiopatológica como social, se debe romper una barrera que a veces desarrollan este tipo de pacientes. En el caso de que el médico no pudiera comunicarse de manera adecuada con el paciente, se podría incluso aislarlo y que este no tenga una buena adherencia a su tratamiento. Si bien es cierto, los pacientes deben seguir una adecuada terapia antirretroviral, la comunicación y educación sobre la enfermedad es fundamental para asegurarse que estos conozcan todo lo que incluye tomar medicación de por vida, sus efectos adversos y la carga social que implica ser un paciente seropositivo. (Oliveira, y otros, 2019)

CAPITULO VI

CONCLUSIONES

De acuerdo con el análisis realizado y a los datos obtenidos se puede concluir que:

La literatura menciona que el VIH es más frecuente en personas jóvenes, solteras, de sexo biológico masculino con orientación homosexual. En el estudio estas características también fueron las más predominantes en los participantes. Al relacionar estas con las prácticas sexuales de riesgo se encontró que no existe una relación estadísticamente significativa ya que gran parte de la muestra no tiene prácticas sexuales de riesgo. A pesar de estos resultados, aún existe un número importante de pacientes que mantienen conductas sexuales de riesgo, no usan preservativo, tienen varias parejas sexuales y no comunican su diagnóstico serológico. En esta población es donde se tiene que actuar ya que no siempre tener una buena información sobre el uso correcto del preservativo garantiza que las personas mantengan una vida sexual saludable.

Al analizar las variables sociodemográficas se encontró que el VIH puede infectar a cualquier persona, sin distinción alguna. La bibliografía a nivel mundial afirma que existe relación entre ciertas variables sociodemográficas y el riesgo de transmisión de VIH, sin embargo, no fue lo encontrado en esta población. No existe una edad, etnia, nacionalidad, región o escolaridad que represente un riesgo para padecer la enfermedad.

El bienestar físico, emocional y/o social de los pacientes en estudio mejoró de manera importante luego de recibir la terapia antirretroviral. Sin embargo, existe un gran porcentaje de pacientes que todavía no son conscientes de la importancia del tratamiento e incluso sienten un rechazo hacia el mismo. Este grupo afirma no tener ninguna mejoría y, por el contrario, los fármacos les provocan malestar. Es importante entender que el tratar a pacientes diagnosticados con VIH no solamente incluye el manejo de la terapia farmacológica, por el contrario, el médico a cargo debe llevar un abordaje integral.

En el estudio se concluyó que gran parte de los participantes tienen un adecuado conocimiento sobre el uso correcto del preservativo y lo utilizan en la mayoría de sus relaciones sexuales. Sin embargo, un porcentaje significativo de pacientes no lo usa de manera constante, aumentando el riesgo de transmisión del VIH y otras ITS. Esto se convierte en una conducta sexual de riesgo, ya que no se toma en cuenta que sus parejas sexuales también podrían adquirir el virus, en

especial cuando se mantienen relaciones sexuales ocasionales. Este grupo incluye a las personas que piensan que por tener la enfermedad, ya no necesitan utilizar el preservativo.

La mayoría de los pacientes afirman que la comunicación del estado serológico es algo muy personal. Se encontró que uno de los motivos para no compartir esta información continúa siendo el miedo a la discriminación. Es importante tomar en cuenta que los pacientes cuando se sienten en un lugar seguro como, por ejemplo, con una pareja sexual estable, tienen más probabilidad de comunicar su diagnóstico.

Hay que tomar en cuenta que existen poblaciones clave que son más vulnerables a adquirir la enfermedad, como los HSH, en donde se ha documentado una actividad sexual que implica mucho más riesgo. Esto sumado a una falta de comunicación del estado serológico y aumento de parejas sexuales, favorece a una propagación del virus.

De acuerdo con los estudios encontrados en la revisión bibliográfica los pacientes diagnosticados con VIH al recibir terapia antirretroviral y presentar carga viral a niveles indetectables, tienden a retomar sus comportamientos sexuales de riesgo. Esto es debido a una falsa sensación de seguridad que estos les brindan. En el estudio se obtuvo datos contrarios a estas investigaciones ya que no se encontró una relación estadísticamente significativa que demuestre que una vez que los pacientes tienen carga viral indetectable, estos aumenten sus comportamientos sexuales de riesgo.

Según la teoría de Rosenstock existen dos maneras de percibir la salud: 1) comportamientos que promueven la salud y 2) acciones que promueven la enfermedad. De esta manera las personas están conscientes de que sus acciones pueden inclinarse a una de estas dos posibilidades. Esto en el contexto del VIH, se relaciona porque existen personas que tienen mucho temor al contagio de esta infección, sin embargo, siguen manteniendo conductas sexuales de riesgo por una falsa creencia de que la posibilidad de transmisión es muy baja. En el estudio se encontró que la mayor parte de la población tiene una adecuada percepción del riesgo, por lo que evitan tener prácticas sexuales poco seguras.

Al realizar las encuestas se tuvo contacto directo con los pacientes en donde algunas personas mencionaron no estar totalmente conformes con la atención que recibían en el servicio por diversos motivos, lo que nos indica que la atención de calidad, no solo se mide por la disminución de las prácticas sexuales de riesgo, sino por cómo se sienten los pacientes en consulta.

Aunque la mayoría de los pacientes usa preservativo, existe una prevalencia significativa de otras enfermedades de transmisión sexual. Esto se podría relacionar con la falsa sensación de seguridad que tienen algunas personas al tener el diagnóstico de VIH, haber logrado una supresión viral o estar en tratamiento. Hay que tomar en cuenta que las enfermedades de transmisión sexual, especialmente las productoras de úlceras, son un factor de riesgo para la transmisión del VIH en parejas serodiscordantes. Toda la población debe tener conciencia que el uso de preservativo es indispensable.

RECOMENDACIONES

Luego de analizar los resultados del estudio, es evidente que el VIH continúa siendo un tema en el que hay mucho trabajo por hacer. Es importante que los médicos manejen al paciente de manera integral, ya que estos están expuestos a una intensa carga social que les predispone a tener comportamientos de riesgo en general. Si bien es cierto que se encontró un adecuado uso del preservativo en los participantes, es indispensable que en consulta se busque a los pacientes que aún mantiene comportamientos de riesgo para así poder intervenir de manera oportuna.

Recomendamos realizar una exposición de los datos obtenidos a los médicos que tienen a su cargo a pacientes diagnosticados con VIH/SIDA para que puedan mejorar la calidad de atención. Entendiendo que la calidad no solo se mide por la cantidad de pacientes con carga viral indetectable, sino en que estos tengan un bienestar físico, emocional y/o social a pesar de su diagnóstico. La relación médico paciente es un pilar fundamental en esta población.

Sería oportuno que los pacientes tengan un lugar seguro en donde puedan exponer todas sus dudas e inquietudes. Esto se lograría con la colocación de un ánfora de sugerencias en la consulta externa, en donde cada duda sea manejada de forma anónima. Esto con el objetivo de crear grupos de apoyo conformados por los médicos de cabecera sumado a personal de psicología para resolver los problemas encontrados.

LIMITACIONES

Dentro de las limitaciones del estudio están:

1. Al realizar el estudio en la región sierra no se pudo obtener datos relevantes de las otras regiones del país.

BIBLIOGRAFÍA

- Abdulghani, N., Gonzalez, E., Manzardo, C., Casanova, J., & Pericás, J. (2020). Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.
- Badillo, M., Mendoza, X., Barreto, M., & Díaz, A. (2020). *Comportamientos sexuales riesgosos y factores asociados entre estudiantes universitarios en Barranquilla, Colombia, 2019*. Obtenido de Enfermería Global: <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.412161>
- Biblioteca Nacional de Medicina. (2012). *Muchos pacientes con VIH se saltean los fármacos al beber alcohol: estudio*. Obtenido de CLINICAL INFO HIV.gov: <https://clinicalinfo.hiv.gov/es/news/muchos-pacientes-con-vih-se-saltean-los-farmacos-al-beber-alcohol-estudio>
- Campillay, M., & Monardez, M. (2019). Estigma y discriminación en personas con VIH/SIDA, un desafío ético para los profesionales sanitarios. *Revista de Bioética y Derecho*.
- CDC. (2016). *El VIH y el consumo de sustancias en los Estados Unidos*. Obtenido de National Center for HIV/AIDS: <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/pdf/risk/cdc-hiv-substanceuse-spanish.pdf>
- CDC. (2017). *Eficacia de los condones*. Obtenido de <https://www.cdc.gov/condomeffectiveness/spanish/latex.html>
- CDC. (2019). *VIH Estadísticas Básicas*. Obtenido de <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/statistics.html>
- CDC. (2020). *Healthy Relationships: A Small-group Level Intervention for Men and Women Living with HIV/AIDS*. Obtenido de <https://www.cdc.gov/hiv/research/interventionresearch/rep/packages/healthyrelationships.html>
- Delgado, R. (2011). Características virológicas del VIH. *ELSEVIER*.
- Franco, E. (2017). Neurofisiología de la Respuesta Sexual Humana. *Universidad Nacional Abierta y a Distancia*.
- Guadalver, S. (2017). Conductas sexuales de riesgo y Creencias en salud en jóvenes universitarios. *Universidad de la Laguna*.
- Harrison. (2019). *Harrison Principios de Medicina Interna*. McGraw Hill Castellano.
- Instituto Nacional de Estadística. (2022). Definición de Sexo.
- Juarez, J., & Pozo, E. (2010). Percepciones sobre comportamientos sexuales de riesgo en personas que viven con VIH/SIDA y reciben tratamiento antirretroviral en Piura, Perú. *Rev Peru Med*.
- Martinez, D. (2020). *Relación entre la percepción del riesgo y las prácticas sexuales de riesgo en jóvenes*. Obtenido de Medicina Preventiva y Salud Pública, Sexualidad - Sexología.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2017). *Informe GAM Ecuador/Monitoreo Global del SIDA*. Obtenido de

- http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/ECU_2017_countryreport.pdf
- Morán, M., Rivero, A., Fernández, E., Poveda, T., & Caylá, J. (2018). *Magnitud de la infección por VIH, poblaciones vulnerables y barreras de acceso a la atención sanitaria*. Obtenido de Elsevier: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-magnitud-infeccion-por-vih-poblaciones-S0213005X18302398>
- MSP. (2019). *Boletín anual VIH/SIDA*.
- MSP. (2019). *Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en embarazadas, niños, adolescentes y adultos*.
- MSP. (2020). *Boletín Anual de VIH/sida Ecuador-2020*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/06/Boletin-anual-VIH-Ecuador-2020.pdf>
- Ncube, B., Ansong, J., Daniels, K., Campbell-Stennett, D., & Jolly, P. (2017). *Sexual risk behavior among HIV-positive persons in Jamaica*. Obtenido de <http://www.bioline.org.br/pdf?hs17006>
- Oliveira, L., Nunes, A., Braz, R., Brito, R., Araújo, T., & Reis, R. (2019). *Parejas sexuales de personas que viven con VIH / sida: orientación sexual, aspectos sociodemográficos, clínicos y comportamentales*. Obtenido de <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.2.322081>
- Olufadewa, I., Adesina, M., & Abudu, F. (2021). The role of comprehensive sexuality education (CSE) in reimagining HIV/AIDS inequalities. *Med Res J*, 59-63.
- OMS. (2017). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo*. Obtenido de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>
- OMS. (2021). Obtenido de VIH/sida: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
- ONUSIDA. (2018). *INDETECTABLE=INTRANSMISIBLE LA SALUD PÚBLICA Y LA SUPRESIÓN DE LA CARGA VÍRICA DEL VIH*. Obtenido de https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/undetectable-untransmittable_es.pdf
- ONUSIDA. (2020). *Monitoreo Global del SIDA 2021*. Obtenido de https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-aids-monitoring_es.pdf
- ONUSIDA. (2021). *HOJA INFORMATIVA 2021*. Obtenido de <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
- OPS. (2017). *Poblaciones clave*. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7266:hiv-prevention-comprehensive-care-key-populations&Itemid=40682&lang=es
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). *90-90-90, las nuevas metas 2020 para controlar la epidemia de VIH/sida en América Latina y el Caribe*. Obtenido de

https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9655:2014-90-targets-controlling-epidemic-america-caribbean&Itemid=1926&lang=es

Organización Panamericana de la Salud. (2021). *VIH/SIDA*. Obtenido de <http://paho.org/es/temas/vihsida>

Pasquali, M. (2018). *La epidemia del VIH/SIDA continúa extendiéndose por América Latina*. Obtenido de <https://es.statista.com/grafico/16258/el-vih-sida-en-latinoamerica/>

Paul, S. (2022). *UPTODATE*. Obtenido de Infección aguda y temprana por VIH: manifestaciones clínicas y diagnóstico: https://www-uptodate-com.bibliotecavirtual.udla.edu.ec/contents/acute-and-early-hiv-infection-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=vih%20infeccion%20primaria&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H18410695

Pizzi, R., Parpacén, L., Fernandes, J., Hernández, E., Fung, L., & Centeno, I. (2016). Trastornos de diferenciación sexual. *Rev Obstet Ginecolo Venez*, 133-142.

Posada, I., & Agudelo, E. (2019). *Significado del Riesgo de VIH/SIDA para Hombres Homosexuales en Medellín, Colombia*. Obtenido de PSYKHE: <https://doi.org/10.7764/psykhe.28.2.1381>

Zambrano, C., Hernández, P., & Guerrero, A. (2019). Proceso de reconocimiento de la orientación sexual homosexual en estudiantes de una universidad pública. *Psicogente*, 1-29.

ANEXOS

ANEXO 1: ENCUESTA

“Factores relacionados con las prácticas sexuales de riesgo en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA mayores de 18 años de edad en tratamiento con terapia antirretroviral que acuden a consulta externa de 2 Hospitales públicos en Quito-Ecuador en el periodo de noviembre del 2021 hasta marzo del 2022”

Cuestionario:

Sexo: Masculino: _____ Femenino: _____

Edad: _____

1. ¿Cuál es su género?

- ☐ Hombre
- ☐ Mujer

2. ¿A qué etnia pertenece?

- ☐ Blanco.
- ☐ Mestizo.
- ☐ Indígena.
- ☐ Afroamericano.
- ☐ Montubio
- ☐ Otro. _____

3. ¿Cuál es su estado civil?

- ☐ Soltero/a.
- ☐ Casado/a.
- ☐ Unión libre.
- ☐ Viudo/a.
- ☐ Divorciado/a
- ☐ Separado/a.

4. ¿Cuál es su nacionalidad?

- ☐ Ecuatoriano/a
- ☐ Venezolano/a
- ☐ Colombiano/a
- ☐ Otro: _____

5. ¿En cuál región reside actualmente?

- ☐ Sierra
- ☐ Costa
- ☐ Oriente
- ☐ Región insular

6. ¿Hasta qué nivel estudió?

- ☐ No estudió

- ☐ Primaria.
- ☐ Secundaria.
- ☐ Superior.

7. ¿Cuál es su orientación sexual?

- ☐ Heterosexual
- ☐ Homosexual
- ☐ Bisexual
- ☐ Prefiero no responder

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

- ☐ Sí, mis parejas sexuales son ocasionales
- ☐ No, mi pareja sexual es estable
- ☐ No, no tengo pareja sexual
- ☐ Tengo pareja estable y parejas ocasionales
- ☐ Prefiero no responder

9. ¿Qué tipo de prácticas sexuales ha preferido desde su diagnóstico de VIH/SIDA? (puede seleccionar más de una).

- ☐ Vaginal.
- ☐ Anal.
- ☐ Oral
- ☐ No tiene relaciones desde el diagnóstico.
- ☐ Prefiero no responder

10. Desde el inicio de la terapia antirretroviral su actividad sexual:

- ☐ Aumentó
- ☐ Se mantiene igual
- ☐ Disminuyó
- ☐ Prefiero no responder

11. ¿Cuándo tiene relaciones sexuales, comunica antes su diagnóstico de VIH/SIDA?

- ☐ Sí, a todas
- ☐ La mayoría de las veces
- ☐ Muy pocas veces lo comparto
- ☐ Solo cuando tengo una relación estable
- ☐ Prefiero no responder

12. Si su respuesta anterior fue negativa, especifique una razón por la que no comunica su diagnóstico:

- ☐ No es necesario
- ☐ Miedo

- ☐ Tristeza
- ☐ Estoy en tratamiento por lo que no es necesario
- ☐ Es información personal
- ☐ Otro: _____
- ☐ Prefiero no responder

13. ¿Usa preservativo (condón) durante sus relaciones sexuales?

- ☐ Siempre
- ☐ La mayoría de las veces
- ☐ Muy pocas veces
- ☐ No uso preservativo
- ☐ Prefiero no responder

14. ¿En sus consultas médicas de control le informaron sobre la necesidad del uso del preservativo si su pareja también tiene VIH/SIDA?

- ☐ Es necesario.
- ☐ No es necesario.
- ☐ Prefiero no responder

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

- ☐ No usa.
- ☐ Como método anticonceptivo.
- ☐ Por petición de la pareja.
- ☐ Por prevenir la transmisión del VIH/SIDA a su pareja.
- ☐ Por prevenir el contagio de otra enfermedad de transmisión sexual.
- ☐ Otra. _____
- ☐ Prefiero no responder

16. ¿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. _____
- ☐ Prefiere no responder.

17. ¿Desde el diagnóstico de VIH/SIDA ha tenido alguna otra enfermedad de transmisión sexual?

- ☐ Herpes
- ☐ Sífilis
- ☐ Gonorrea
- ☐ Clamidia
- ☐ Tricomoniasis
- ☐ Otra: _____
- ☐ No, no he tenido
- ☐ Prefiero no responder

18. ¿Cambió su actividad sexual después de conocer que su carga viral es indetectable?

- ☐ Aumentó
- ☐ Es igual.
- ☐ Disminuyó.
- ☐ No tiene actividad sexual.
- ☐ Prefiere no responder.

19. Si usted se mantiene con carga viral indetectable, ¿cree que es necesario el uso de preservativo con una pareja que no tenga el diagnóstico o sea una relación ocasional?

- ☐ Sí, es necesario
- ☐ No, ya no es necesario
- ☐ Prefiere no responder.

20. Si usted consume alcohol: desde que recibe terapia antirretroviral su ingesta CAMBIAR EN EL CUADRO VARIABLES SENSACION BIENESTAR

- ☐ Nunca consumió alcohol.
- ☐ Aumentó
- ☐ Disminuyó
- ☐ Se mantiene igual
- ☐ Prefiere no responder.

21. Si usted consume drogas (marihuana, éxtasis, cocaína, heroína): desde que recibe terapia antirretroviral, su consumo:

- ☐ Nunca consumió drogas.
- ☐ Aumentó
- ☐ Disminuyó
- ☐ Se mantiene igual
- ☐ Prefiere no responder.

22. ¿Ha tenido relaciones sexuales sin preservativo (condón) bajo efectos del alcohol o alguna otra droga?

- ☐ Más de una vez.
- ☐ Una vez.
- ☐ Nunca.
- ☐ No recuerdo.
- ☐ Prefiere no responder.

23. Desde que recibe terapia antirretroviral, siente que es necesario comunicar su diagnóstico al tener relaciones sexuales sin protección:

- ☐ Sí es necesario
- ☐ No, porque estoy en tratamiento
- ☐ No, porque aún no tengo confianza en comunicar a los demás el diagnóstico
- ☐ No, no es necesario
- ☐ Prefiero no responder

24. ¿Las consultas médicas despejan todas sus dudas acerca de su enfermedad y prácticas sexuales?

- ☐ No, me falta información
- ☐ No, por falta de tiempo en consulta
- ☐ No, porque no pregunto
- ☐ No, porque no me explican a pesar de exponer mis dudas.
- ☐ Sí, tengo buena información
- ☐ Prefiero no responder

25. Desde el inicio del tratamiento con antirretrovirales usted mejoro en alguna de estas áreas: su bienestar físico, emocional y/o social?

- ☐ Sí.
- ☐ No.
- ☐ Prefiero no responder

ANEXO 2 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

FACTORES NO MODIFICABLES						
VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS						
Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala	Valor final
Edad FACTOR RELACIONADO	Tiempo que un individuo ha vivido desde su nacimiento hasta un momento determinado.	Medición de los pacientes cuyas edades expresadas en años completos en el momento de la encuesta sea a partir de los 18 años.	Edad	Se formará un grupo que comprenderá exclusivamente a aquellos que tengan la edad determinada. Grupo 1 pacientes de 18 a 35 años, Grupo 2 pacientes de 36 a 60 años y Grupo 3 pacientes mayores de 60 años.	De razón o proporciones	(1) 18 a 35 años (2) 36 a 60 años (3) Mayores de 60 años.
Sexo FACTOR RELACIONADO	En biología, el sexo es el conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos, y hacen posible una reproducción que se caracteriza por una diversificación genética	Medición de la cantidad de encuestados según el sexo al que pertenecen ya sea masculino o femenino	Sexo biológico	Evaluar al sexo al que pertenecen los diferentes pacientes encuestados	Nominal	(1) Masculino (2) Femenino

FACTORES MODIFICABLES						
VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS						
Etnia FACTOR RELACIONADO	Grupo humano que comparte una cultura, historia y costumbres, cuyos miembros están unidos por una conciencia de identidad.	Medición de la cantidad de encuestados según la etnia a la que pertenecen: blanco, mestizo, indígena, afroamericano, montubio, otros.	Etnia	Determinar a qué tipo de etnia pertenece cada paciente encuestado.	Nominal.	(1) Blanco. (2) Mestizo. (3) Indígena. (4) Afroamericano. (5) Montubio. (6) Otro.
Estado civil FACTOR RELACIONADO	Se comprende como la condición particular que caracteriza a un individuo haciendo referencia a sus vínculos personales con personas de otro o de su mismo sexo, con quien formará lazos que serán reconocidos jurídicamente sin necesidad de que sea un pariente o familiar directo.	Medición de la cantidad de encuestados según el estado civil que reportaron ya sea soltero, casado, unión libre, viudo, divorciado o separado.	Estado civil	Determinar si los encuestados son: solteros, casados, unión libre, viudos, divorciados o separados.	Nominal	(1) Soltero/a. (2) Casado/a. (3) Unión libre. (4) Viudo/a. (5) Divorciado/a. (6) Separado/a.
Nivel de estudio FACTOR RELACIONADO	El nivel de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados o en	Medición del nivel de estudio de los diferentes pacientes encuestados de acuerdo a si no tienen estudios,	Nivel de estudio	Determinar cuál es el nivel de estudio de los pacientes encuestados.	Nominal	(1) No estudió. (2) Primaria. (3) Secundaria, (4) Superior.

	curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.	primaria, secundaria o superior.				
Nacionalidad FACTOR RELACIONADO	Estado al que pertenece una persona que ha nacido en una nación determinada o ha sido naturalizada.	Medición de la cantidad de pacientes encuestados de acuerdo a su nacionalidad: ecuatoriana, venezolana, colombiana u otra.	Nacionalidad	Determinar la nacionalidad de los pacientes encuestados.	Nominal	(1) Ecuatoriano/a. (2) Venezolano/a. (3) Colombiano/a. (5) Otro.
Región FACTOR RELACIONADO	División territorial definida por cuestiones geográficas, históricas o sociales.	Medición de la cantidad de pacientes encuestados que pertenecen a una región del país ya sea sierra, costa, oriente o región insular.	Región.	Determinar la región en la que residen actualmente los pacientes encuestados.	Nominal	(1) Sierra. (2) Costa. (3) Oriente. (4) Región insular.
VARIABLE PRACTICAS SEXUALES DE RIESGO						
Orientación sexual PRACTICA SEXUAL DE RIESGO	La orientación sexual es parte de cada persona, y consiste en la atracción emocional, intelectual, física y sexual que una persona siente por otra.	Medición de la cantidad de pacientes encuestados de acuerdo a su orientación sexual reportada ya sea heterosexual, homosexual, bisexual.	Orientación sexual	Determinar la orientación sexual de los pacientes encuestados.	Nominal	(1) Heterosexual. (2) Homosexual. (3) Bisexual. (4) Prefiere no responder.

Pareja sexual PRACTICA SEXUAL DE RIESGO	Relación que establecen dos personas para dar o recibir placer sexual.	Medición de la cantidad de pacientes encuestados que han tenido o no más de 2 parejas sexuales en los últimos 6 meses.	Pareja sexual	Determinar si los pacientes encuestados han tenido o no más de 2 parejas sexuales en los últimos 6 meses.	Nominal	(1) Sí, mis parejas sexuales son ocasionales (2) No, mi pareja sexual es estable (3) No, no tengo pareja sexual (4) Tengo pareja estable y parejas ocasionales (5) Prefiero no responder
Prácticas sexuales PRACTICA SEXUAL DE RIESGO	Patrones de actividades sexuales presentados por individuos o comunidades con suficiente consistencia para ser predecibles.	Medición de la cantidad de pacientes encuestados de acuerdo a las prácticas sexuales escogidas: vaginal, anal, oral, no tiene relaciones, sin respuesta.	Prácticas sexuales	Determinar cuáles son las prácticas sexuales preferidas de los pacientes encuestados.	Nominal Politémica	(1) Vaginal. (2) Anal. (3) Oral. (4) No tiene relaciones desde el diagnóstico. (5) Prefiere no responder.
Actividad sexual desde el inicio de la terapia antirretroviral PRACTICA SEXUAL DE RIESGO	Frecuencia de actividad sexual posterior a iniciar la terapia antirretroviral	Medición de la frecuencia de actividad sexual en los pacientes encuestados después de haber iniciado la terapia antirretroviral Dependiendo si este aumento, disminuye, se mantiene igual o no hay una respuesta.	Actividad sexual	Determinar la frecuencia de actividades sexuales en los pacientes encuestados luego de recibir el diagnóstico de VIH.	Ordinal	(1) Aumento. (2) Se mantiene igual. (3) Disminuye. (4) Prefiere no responder.
Comunicación del diagnóstico de VIH/SIDA	Comunicación del estado serológico del paciente a	Medición de la frecuencia con la que el paciente	Comunicación del diagnóstico de VIH/SIDA	Determinar con qué frecuencia el paciente encuestado comunica o	Ordinal	(1) Sí, a todas. (2) La mayoría de las veces.

PRACTICA SEXUAL DE RIESGO	pareja/s sexual/es durante la practica sexual.	encuestado comunica su estado serológico a su pareja sexual durante la practica sexual.		no su estado serológico durante la practica sexual.		(3) Muy pocas veces lo comparto. (4) Solo cuando tengo una relación estable. (5) No, a nadie. (6) Prefiere no responder.
Relaciones sexuales sin protección bajo efectos del alcohol u otra droga PRACTICA SEXUAL DE RIESGO	Frecuencia de relaciones sexuales sin preservativo bajo efectos del alcohol u otra droga	Medición de la frecuencia con la que los pacientes encuestados mantienen relaciones sexuales sin protección bajo los efectos del alcohol u otra droga	Relaciones sexuales sin protección bajo efectos del alcohol u otra droga	Determinar con qué frecuencia los pacientes encuestados mantienen relaciones sexuales sin protección bajo los efectos del alcohol u otra droga	Ordinal.	(1) Mas de una vez. (2) Una vez. (3) Nunca. (4) No recuerdo. (7) Prefiere no responder.
VARIABLE USO DEL PRESERVATIVO						
Uso del preservativo (condón) PRACTICA SEXUAL DE RIESGO	El preservativo de barrera masculino es una cobertura física que evita que exista cualquier tipo de contacto directo entre la pareja que tiene relaciones sexuales.	Medición de la frecuencia de uso de preservativo en los pacientes encuestados durante el coito insertivo o receptivo con su pareja.	Uso del preservativo	Determinar la frecuencia de uso de preservativo en los pacientes encuestados durante las relaciones sexuales.	Ordinal	(1) Siempre. (2) La mayoría de las veces. (3) Muy pocas veces. (4) No uso preservativo. (5) Prefiero no responder.
Motivo para uso de preservativo PRACTICA SEXUAL DE RIESGO	El uso del preservativo tiene ventajas como: ser un método anticonceptivo reversible, ofrece protección contra	Medición de la razón más importante para los pacientes encuestados para el uso de preservativo	Motivo para uso de preservativo.	Determinar la razón más importante para los pacientes encuestados para usar preservativo en una relación sexual.	Nominal	(1) No usa. (2) Como método anticonceptivo. (3) Por petición de pareja.

	enfermedades de transmisión sexual, así como un costo accesible.	en una relación sexual.				(4) Por prevenir la transmisión del VIH/SIDA a su pareja. (5) Por prevenir el contagio de otra enfermedad de transmisión sexual. (6) Otra. (7) Prefiere no responder.
Motivo para no uso consistente de preservativo PRACTICA SEXUAL DE RIESGO	El uso del preservativo tiene desventajas como: incomodidad por parte de la pareja o sentimiento de vergüenza al tener que adquirirlos, sensibilidad al látex, consentimiento mutuo.	Medición de la razón más importante para los pacientes encuestados para no usar preservativo en todas las relaciones sexuales.	Motivo para no uso consistente de preservativo.	Determinar la razón más importante para los pacientes encuestados para no usar preservativo en una relación sexual.	Nominal	(1) Siempre usa. (2) No siempre está disponible. (3) Es vergonzoso solicitar preservativos. (4) Es costoso. (5) Es incomodo. (6) Disminuye el placer sexual. (7) Su pareja prefiere no utilizar. (8) No es necesario porque usted ya tiene VIH/SIDA. (9) No es necesario porque usted y su pareja ya tienen VIH/SIDA (10) Es inmoral y/o va en contra de su religión. (11) Utiliza otro método anticonceptivo. (12) No usa bajo efectos del alcohol.

						(13) Otra. (14) Prefiere no responder.
VARIABLE SENSACION DE BIENESTAR FISICO, EMOCIONAL Y SOCIAL						
Motivo por el que no comunica diagnóstico de VIH/SIDA PRACTICA SEXUAL DE RIESGO	Motivos por los cuales no existe una comunicación del estado serológico del paciente hacia su pareja/s sexual/es.	Medición del motivo por el que los pacientes encuestados no comunican su estado serológico a su pareja/s sexual/es.	Motivo por el que no se comunica el diagnóstico de VIH/SIDA	Determinar el motivo por el que los pacientes encuestados no comunican su estado serológico hacia su pareja/s sexual/es.	Nominal	(1) No es necesario. (2) Miedo. (3) Tristeza. (4) Estoy en tratamiento por lo que no es necesario. (5) Es información personal. (6) Otro. (1) Prefiero no responder.
Consumo de bebidas alcohólicas post inicio de terapia antirretroviral PRACTICA SEXUAL DE RIESGO	Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas por el paciente desde que inicio la terapia antirretroviral.	Medición de la frecuencia con la que consumen los pacientes encuestados bebidas alcohólicas desde que iniciaron la terapia antirretroviral.	Consumo de bebidas alcohólicas post inicio de terapia antirretroviral	Determinar la frecuencia con la que consumen los pacientes encuestados bebidas alcohólicas desde que iniciaron la terapia antirretroviral.	Ordinal	(1) Aumentó (2) Disminuyó (3) Se mantiene igual (4) Prefiere no responder.
Consumo de drogas (marihuana, éxtasis, cocaína, heroína) post inicio de terapia antirretroviral PRACTICA SEXUAL DE RIESGO	Frecuencia de consumo drogas (marihuana, éxtasis, cocaína, heroína) por el paciente desde que inicio la terapia antirretroviral.	Medición de la frecuencia con la que consumen drogas (marihuana, éxtasis, cocaína, heroína) los pacientes encuestados desde que iniciaron la terapia antirretroviral.	Consumo de drogas (marihuana, éxtasis, cocaína, heroína) post inicio de terapia antirretroviral	Determinar la frecuencia con la que consumen drogas (marihuana, éxtasis, cocaína, heroína) los pacientes desde que iniciaron la terapia antirretroviral.	Ordinal	(1) Aumentó (2) Disminuyó (3) Se mantiene igual (4) Prefiere no responder.

Bienestar físico, emocional y/o social. FACTOR RELACIONADO	Sensación de bienestar integral.	Medición si el paciente siente o no bienestar físico, emocional y/o social después de haber iniciado la terapia antirretroviral.	Bienestar físico, emocional y/o social.	Determinar si los pacientes tienen o no una mejoría en el bienestar físico, emocional y/o social después de haber iniciado la terapia antirretroviral.	Nominal	(1) Si. (2) No. (5) Prefiero no responder.
VARIABLE SENSACION DE SEGURIDAD						
Actividad sexual post diagnóstico de carga viral indetectable PRACTICA SEXUAL DE RIESGO	Frecuencia de actividad sexual posterior a recibir el diagnóstico de carga viral indetectable.	Medición de la frecuencia de actividad sexual en los pacientes encuestados después de haber recibido el diagnóstico de carga viral indetectable.	Actividad sexual post diagnóstico de carga viral indetectable	Determinar la frecuencia de actividades sexuales en los pacientes encuestados luego de recibir el diagnóstico de carga viral indetectable.	Ordinal	(1) Aumento. (2) Se mantiene igual. (3) Disminuyo. (4) No tiene actividad sexual. (5) Prefiere no responder.
Creencia sobre la necesidad de uso de preservativo teniendo carga viral indetectable con una pareja que no tenga diagnóstico o relación ocasional PRACTICA SEXUAL DE RIESGO	Creencia del paciente sobre la necesidad de usar preservativo teniendo una carga viral indetectable con una pareja que no tenga el diagnóstico o sea una relación ocasional	Medición sobre la creencia del paciente sobre la necesidad de usar preservativo teniendo una carga viral indetectable con una pareja que no tiene el diagnóstico o sea una relación ocasional.	Necesidad de uso de preservativo teniendo carga viral indetectable	Determinar la creencia de los pacientes encuestados sobre la necesidad de usar preservativo teniendo carga viral indetectable con una pareja que no tiene el diagnóstico o sea una relación ocasional.	Nominal	(1) Si, es necesario. (2) No ya no es necesario. (5) Prefiere no responder.

Inicio terapia antirretroviral y relaciones sexuales sin preservativo. PRACTICA SEXUAL DE RIESGO	Creencia del paciente acerca de la terapia antirretroviral y como esta influye en las relaciones sexuales sin preservativo, pudiendo otorgar una sensación de seguridad y libertad.	Medición de la creencia de los pacientes encuestados acerca de la terapia antirretroviral y si esta les da una sensación de seguridad y libertad para mantener relaciones sexuales sin preservativo.	Inicio de terapia antirretroviral y relaciones sexuales sin preservativo.	Determinar si desde el inicio de la terapia antirretroviral los pacientes encuestados se sienten más seguros y libres para mantener relaciones sexuales sin preservativo.	Nominal	(1) Si (2) No (3) Prefiere no responder
Inicio de terapia antirretroviral y necesidad de comunicación del estado serológico. PRACTICA SEXUAL DE RIESGO	Creencia del paciente acerca de la necesidad de comunicación de su estado serológico durante una relación sexual sin protección después de haber iniciado la terapia antirretroviral.	Medición de la necesidad de los pacientes encuestados de comunicar su estado serológico durante una relación sexual sin protección luego de haber iniciado terapia antirretroviral.	Inicio de terapia antirretroviral y necesidad de comunicación del estado serológico.	Determinar la necesidad de los pacientes encuestados de comunicar su estado serológico durante una relación sexual sin protección luego de haber iniciado terapia antirretroviral.	Nominal	(1) Si es necesario. (2) No, porque estoy en tratamiento. (3) No, porque aún no tengo confianza en comunicar a los demás el diagnóstico. (4) No, no es necesario. (3) Prefiero no responder.
VARIABLE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL						
Post diagnóstico de VIH/SIDA contagio de otras enfermedades de transmisión sexual PRACTICA SEXUAL DE RIESGO	Las enfermedades de transmisión sexual son afecciones de distintas etiologías transmitidas sexualmente, sean relaciones sexuales	Medición del tipo de enfermedad de transmisión sexual adquirida o no por los pacientes encuestados luego de recibir el diagnóstico de VIH/SIDA	Contagio de otras enfermedades de transmisión sexual.	Determinar qué tipo de enfermedad de transmisión sexual fue adquirida o no por los pacientes encuestados luego de recibir el diagnóstico de VIH/SIDA	Nominal	(3) Herpes. (4) Sífilis. (5) Gonorrea. (6) Clamidia. (7) Tricomoniasis. (8) Otra. (9) No he tenido. (10) Prefiero no responder.

	vaginales, anales y orales. Entre estas tenemos al herpes, sífilis, gonorrea, clamidia, tricomoniasis.					
VARIABLE EDUCACION SEXUAL						
Educación al paciente sobre prácticas sexuales seguras FACTOR RELACIONADO	Conjunto de acciones consientes y deliberadas que ayudan a los pacientes a adquirir nuevos conocimientos.	Medición de la información que es brindada en cada consulta por el personal médico a los pacientes encuestados.	Educación al paciente sobre prácticas sexuales seguras	Determinar si los pacientes reciben información por parte del personal médico acerca de las prácticas sexuales seguras	Nominal	(1) No, me falta información. (2) No por falta de tiempo en consulta. (3) No porque no pregunto. (4) No porque no me explican a pesar de exponer mis dudas. (5) Si tengo buena información. (6) Prefiero no responder.
Información por el personal médico acerca de la necesidad de uso de preservativo cuando pareja es VIH (+) PRACTICA SEXUAL DE RIESGO	Información del personal médico acerca de la necesidad de usar preservativos durante la relación sexual con una pareja seropositiva.	Medición sobre la información que recibe el paciente por parte del personal médico sobre la necesidad de usar un preservativo durante la relación sexual con una pareja seropositiva.	Información que recibe el paciente por parte del personal médico sobre necesidad de uso de preservativo con pareja VIH (+)	Determinar la información que recibe el paciente por parte del personal médico sobre la necesidad de usar preservativos durante la relación sexual con pareja seropositiva.	Nominal	(1) Es necesario. (2) No es necesario. (7) Prefiere no responder.