PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA



Prevalencia y cambios de comportamiento de riesgo en pacientes que están bajo seguimiento en la Unidad de Atención Integral de PVV del Hospital General Enrique Garcés en el periodo de Octubre-Diciembre /2017

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

Diana Sarahí Gómez Taco

José Antonio Mejía Vélez

DIRECTOR: Dr. Nelson Cevallos

Quito,

Quiero dedicar este trabajo de fin de carrera a mis tres ángeles que tengo en el cielo, mis dos madres y mi hermano, quienes han sido mi inspiración y el motivo de dar lo mejor de mí, día tras día, durante estos años de dedicación y entrega a la medicina. Mi familia y mis amigos han sido quienes me han dado la fuerza y motivación para no rendirme en este largo camino, pero sobre todo por ser el motor de mi vida; este trabajo también está dedicado a cada uno de ellos.

Sarahí Gómez

A mis padres, familia y amigos quienes siempre creyeron en mí, les dedico este el fruto de un gran esfuerzo y dedicación.

José Mejía

AGRADECIMIENTOS

Primeramente, quiero agradecer a Dios por permitirme culminar mi carrera con éxito y poner en mi vida a cada una de las personas que conforman mi familia, principalmente, a mi abuelita quien con mucho esfuerzo me apoyó desde que empezó todo este sueño. Además, quiero agradecer a mis tíos puesto que siempre estuvieron a mi lado y fueron mi guía en todo este tiempo, supieron darme el valor para cumplir mis metas.

Sarahí Gómez

A mis padres por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad; muchos de mis logros se los debo a ustedes entre los que se incluye este. Me formaron con reglas y con algunas libertades, pero al final de cuentas, me motivaron constantemente para alcanzar este mi anhelado título, también quiero agradecer a Dios y a mi familia quienes siempre han sido un apoyo incondicional.

José Mejía

En conjunto queremos agradecer al Dr. Nelson Cevallos y a la Msc. Ana Troya por el tiempo dedicado a este estudio, a su esfuerzo y a la paciencia con nosotros.

RESUMEN

Antecedentes:

Los comportamientos de riesgo más comunes para la transmisión de VIH son: múltiples parejas sexuales, uso de drogas de cualquier clase y, el más importante, la falta de uso de métodos de barrera en las relaciones sexuales. Al ser el VIH una enfermedad prevenible, es de suma importancia lograr cambios en los comportamientos de riesgo en pacientes después de su diagnóstico como portadores de VIH.

Métodos:

Por medio de un formulario, (Cuestionario confidencial sobre vida sexual activa (CCVSA) (Ministerio de Salud de Colombia, 1997)), entre los meses de octubre – diciembre 2017, se obtuvo información de manera directa de los pacientes que reciben seguimiento en la Unidad Integral de PVV del Hospital General Enrique Garcés en Quito – Ecuador. Los resultados obtenidos fueron analizados con el programa estadístico SPSS, obteniendo así tablas univariadas y bivariadas, que fueron posteriormente evaluadas por medio de la prueba de Mac Nemar.

Resultados:

Entre los datos estadísticos que se observaron en el grupo de pacientes entrevistados, el de mayor importancia es el uso de preservativo durante la relación sexual; independientemente del tipo de penetración ya que un promedio de 13,23% de los pacientes lo usaban antes de su diagnóstico como portadores de VIH y tras ser diagnosticados el porcentaje aumentó al 77%. Se aprecio también una disminución en el consumo de drogas y/o alcohol; 43,5% consumían algún tipo de substancia antes de su diagnóstico y el porcentaje se redujo al 12,2%.

Conclusión:

Los datos obtenidos mediante la encuesta evidenciaron cambios representativos en los pacientes seropositivos VIH +, los cuales revelaron cambios importantes en sus comportamientos de riesgo en los últimos seis meses, los cuales principalmente son: el

incremento en el uso de preservativo, independientemente del tipo de penetración y una disminución del consumo de alcohol y/o drogas en relación al acto sexual.

ABSTRACT

Background:

The most common risk behaviors for the transmission of HIV are: multiple sexual partners, use of any kind of drugs and, most importantly, lack of barrier methods during sexual intercourse. Given that HIV is a preventable disease, changes in risk behaviors among patients after their diagnosis of HIV carriers is crucial.

Methodology:

With a survey form, (CCVSA) (Ministry of Health of Colombia, 1997), between October and December 2017, information was obtained directly from the patients treated in the Integral Unit of PVV of the General Hospital Enrique Garcés in Quito - Ecuador. The results were analyzed with the SPSS statistical program, obtaining univariate and bivariate tables, which were evaluated by means of the Mac Nemar test.

Results:

Among the statistical data observed in the group of patients interviewed, the most important is the use of condoms during sexual intercourse; regardless of the type of penetration, an average of 13.23% of the patients used theme before their diagnosis as HIV carriers and after being diagnosed the percentage increased to 77%. A decrease in the use of drugs and /or alcohol was also identified; 43.5% consumed some type of substance before their diagnosis and the percentage reduced to 12.2% after.

Conclusion:

The data obtained with the survey demonstrated representative changes in HIV + seropositive patients, who had important changes in their risk behaviors during the last six months. These main changes are: increase in the use of condoms, regardless of the type

of penetration, and a decrease in the consumption of alcohol and / or drugs prior to or during sexual intercourse.

TABLA DE CONTENIDO

LISTA DE ABREVIACIONES

ETS: Enfermedad de Transmisión sexual.

HGEG: Hospital General Enrique Garcés.

PVV: Pacientes viviendo con VIH.

SPSS: Statistical Package for the Social Science.

LISTA DE TABLAS

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE ANEXOS

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

Los comportamientos de riesgo son definidos como diferentes acciones peligrosas o arriesgadas realizadas, que reflejan una atracción por el riesgo y en especial, por las sensaciones fuertes relacionadas con el enfrentamiento con el peligro y la muerte. Los pacientes con diagnóstico de base de infección por VIH, de por si presentan varios comportamientos de riesgo, y una consecuencia de los mismos, es su patología. Nosotros deseamos valorar la prevalencia en los cambios de los comportamientos de riesgo en dicho grupo de pacientes.

El proyecto de investigación consiste en el análisis de los comportamientos de riesgo en los pacientes VIH positivo de la Unidad de Atención Integral de PVV del Hospital General Enrique Garcés. Se realizará un estudio transversal cuantitativo, mediante una encuesta. El objetivo principal es determinar la prevalencia de los factores de riesgo y sus cambios o modificaciones en los pacientes seropositivos (VIH +) a lo largo de un determinado periodo. Además, se realizó asociaciones en relación a edad, sexo, orientación sexual, nivel de instrucción y ocupación.

La encuesta utilizada es CCVSA. Cuestionario confidencial sobre vida sexual activa (Ministerio de Salud de Colombia, 1997) y los datos obtenidos fueron analizados en el paquete estadístico SPSS 24.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. HISTORIA DE VIH

La existencia de este virus, data de mucho antes de ser “descubierto” por un grupo de Estado Unidenses entre los años 1981-1982 donde Médicos de varios Hospitales en San Francisco describen la clínica que el virus genera en los pacientes infectados, los cuales en su mayoría era jóvenes homosexuales que presentaban una deficiencia inmunitaria por lo que se denominó a esta enfermedad como (SIDA) Síndrome de Inmuno-Deficeincia Adquirida.(UNAIDS, 2002) Dicho síndrome conduce a la adquisición de enfermedades oportunistas como son infecciones por Pneumocystis Jirovecci o cierto tipo de neoplasias (sarcoma de Kapossi, linfomas primarios del sistema nervioso central o difuso de células B) (Artigas, J. M., 2013).

Debidos a la letalidad del virus y a la escasa información que se poseía en la época, se generaron cuantiosos estudios alrededor de todo el mundo, dando como resultados el aislamiento del virus a partir de una biopsia de un ganglio de un paciente infectado en el año de 1983 a 1984. Las cepas aisladas fueron denominadas VIH 1 y 2 más varios subtipos, al poseer al patógeno aislado fue posible generar las primeras pruebas para identificar a los portadores las cuales funcionan por medio de anticuerpos contra el VIH (UNADIS AND WHO, n.d.).

2.2. HISTORIA DEL VIH EN EL ECUADOR

En 1984, se registra en Ecuador el primer caso y fue en el hospital de SOLCA de Guayaquil donde se registra el caso de un paciente joven con cáncer de piel (sarcoma de Kaposi). (Jacobson JO1, Sánchez-Gómez, 2013).El segundo caso fue directo a la Clínica de Infectología de Guayaquil porque ya sabía que estaba en fase SIDA terminal,

(SURVEILLANCE, U.W., 2004), los pacientes presentaban una característica común y era su estrato socioeconómico alto, además tenían el antecedente de haber vivido en Estados Unidos o en Europa, en dichos lugares fueron ya diagnosticados de VIH mientras residían en los mismos.

Los métodos diagnósticos de VIH, se tardaron en introducirse al país, en 1989 llegaron las máquinas para Elisa y en 1993 llego el Western blot, pero su costo era muy elevado por lo que casi nadie se lo realizaba (Jacobson JO1, 2013).

Para mediados de los 90s, en nuestro país aún no existía pruebas de laboratorio para diagnóstico, por lo que el mismo era netamente clínico y se daba en pacientes que se encontraban en fase terminal, los cuales presentaban una esperanza de vida entre 6 meses y 1 año.

En el 1998 la Fundación Padre Damián que se dedica a realizar obras de caridad dona algunos antiretrovirales que estaban caducados y aun así se les suministró a los pacientes y para sorpresa de todos, algunos de ellos siguen con vida hasta el día de hoy (CL, S, 2013).

Según los últimos datos obtenidos por la UNAIDS 2016, Ecuador tiene las siguientes cifras, que probablemente tiene un margen de error por el sub-diagnóstico: la prevalencia de la enfermedad en personas >15 años es de 32.000 en todo el país lo cual es un 0.3% de toda la población del Ecuador, por otro lado, se menciona que existen <1000 personas que han muerto con alguna enfermedad relacionada con el virus.

Posteriormente, en el año 2000 el Congreso Nacional aprobó la Ley de Prevención y Asistencia Integral de VIH/Sida, la misma que solicitaba la creación de un Instituto Nacional de Sida y la proporción de medicamentos gratuitos. Tras algunas peticiones y varias denuncias por parte de los pacientes, se entregan antirretrovirales de manera gratuita por parte de instituciones del Estado (Adam L. Beckman1, 2016).

2.3. TEORÍAS DE SU EXISTENCIA

Dentro de la aparición del virus existen varias teorías sobre su inicio, una de éstas es la ingesta de carne de chimpancé, puesto que se realizaron varios estudios donde se comprobó a través de orina y heces, es decir métodos no invasivos, que el chimpancé es el reservorio natural del virus encontrando que de un 30 al 50% de dichos mamíferos eran portadores. Esta teoría se genera debido a la gran ingesta de carne de chimpancé en el África, sobre todo en el África Subsahariana donde su comercio e ingesta es más frecuente. Otra teoría menciona que la práctica de la zoofilia entre Humanos y simios podría ser una causa de transmisión (Thomas C Quinn, 2016).

Para corroborar todas las teorías anteriores en “Uptodate” se mencionan las siguientes evidencias:

1. “El genoma del virus es muy parecido entre el Virus de inmunodeficiencia del simio y el del humano.”
2. “La alta prevalencia en chimpancés”
3. “Asociación geográfica entre animales infectados (reservorio natural) y la incidencia de casos “
4. “El consumo de cárnicos de chimpancé “

2.4. VIRUS DE VIH

El VIH pertenece a la familia retroviridae, subfamilia lentivirus; es un virus de ARN. Su característica principal es poseer la transcriptasa inversa, la cual es una enzima capaz de sintetizar ADN a partir del ARN viral (HARRISON T.R, 2012).

Su estructura es esférica, y mide aproximadamente 110 nanómetros de diámetro, dentro de la cual se pueden diferenciar tres capas: envoltura, cápside y nucloide. La capa externa o envoltura se encuentra formada por una membrana lipídica, donde se insertan las glucoproteínas gp120 conocida como de superficie y la gp41 conocida como transmembrana y proteínas derivadas de la célula huésped como receptores celulares y antígenos de histocompatibilidad de clase I y II, debajo de la membrana lipídica, se encuentra la proteína matriz p17 que se une a la gp41 (LEE GOLMAN, A.I, 2012). La cápside presenta forma icosaédrica y está formada básicamente por la proteína p24. La capa interna o nucleoide es la que posee el ARN viral, la nucleoproteína p7 y algunas enzimas como proteasa, integrasa y transcriptasa interna (Codina, Martinez, n.d.).

La diferencia principal entre el VIH y otros virus es la necesidad del ADN de una célula para su reproducción, además de que su información genética se encuentra en el ARN. La principal enzima implicada en la reproducción del VIH es la transcriptasa inversa, puesto que permite convertir su ARN en ADN vírico y así, el ADN proviral es conducido al núcleo de la célula y mediante la integrasa se incorpora el ADN vírico dentro del propio ADN de la célula. Dicho procedimiento y enzima son exclusivos del VIH y por esto es que se denomina retrovirus (Artigas, J. M., 2013).

Dentro de las partes del virus, existen ciertas codificadas por genes de envoltura, las cuales cambian de manera rápida dentro del organismo infectado; esta capacidad de cambio repentino hace que el sistema inmune del huésped sea incapaz de reconocer el virus inmediatamente. Por otra parte, esta misma capacidad ha impedido que se descubra la vacuna para dicho virus (Campos Rafael, 1997).

2.5. VÍAS DE TRANSMISIÓN:

Las vías más comunes de transmisión son:

1. Transmisión sexual, incluyendo sexo anal, oral, vaginal.

2. Transmisión parenteral, predominantemente usuarios de drogas intravenosa

3. Transmisión peri-natal y por medio de lactancia materna

Estas vías por lo general tienen el orden descrito anteriormente, pero siempre se debe tomar en cuenta que este puede cambiar dependiendo los factores sociodemográficos de la población a la que se esté estudiando, ya que no en todos los países se tiene acceso a educación ni a un sistema de salud integral y esto aumenta o disminuye factores de riesgo (GARY MARKS, N.C, 2005)(YURI A., AMIRKAHANIANA, B. J., 2014).

En cuanto a la vía de transmisión sexual, se aprecia que un 80% de todos los infectados en África subsahariana tuvieron en relación un contacto sexual pene –vagina y es importante saber esto ya que en allí vive la mayoría de población portadora de VIH en el mundo. Por otro lado, la práctica sexual de pene –ano muestra que los hombres que tienen sexo con hombres tienen 19 veces más riesgo de contraer el virus que la población general, por ende en el 2012 en Estados Unidos se aprecia que el 68% de los nuevos casos se vieron en población Homosexual a causa del tipo de coito antes mencionado (LAZARO, M.N, 2012).

Continuando con las vías de transmisión, en segundo lugar describiremos a la vía parenteral, que hace una gran referencia a los usuarios de drogas intravenosas quienes forman el 30% de nuevos casos a nivel mundial, en algunos países como Australia quienes han implementado programas de intercambio de aguas viejas por nuevas,

obteniendo como resultado una disminución del 70% en este tipo de vía de contagio el cual fue realizado entre los años 2005 al 2010 (MILA PAUNI, 2011).

Como última vía, la perinatal la cual consta de tres etapas: intrauterina, parto y lactancia materna. Tomando en cuenta que esta es la principal vía de contagio en niños ya que abarca el 90% de todos los casos pediátricos. Esta podría ser disminuida con asistencia médica adecuada y terapia retroviral adecuada pero en países pobres como África sub sahariana donde no existe una asistencia médica apropiada encontramos una prevalencia de un 20 al 40% de la madres infectadas con VIH sin tratamiento donde 1 de cada 3 de estos niños nacerá con VIH y otros se infectaran por lactancia materna posteriormente (CL, S, 2013) (HARRISON T.R, 2012).

2.6. HISTORIA NATURAL DE LA INFECCION POR VIH

El VIH ingresa al organismo a través de mucosas o contacto directo con sangre, posterior a su ingreso el virus es atrapado en los ganglios linfáticos regionales cercanos y al ser un estímulo antigénico activa los linfocitos CD4 y a los macrófagos que se encuentran en dichos ganglios estimulándolos para que secreten citoquinas como el factor de necrosis tumoral y la interleukina-6, las cuales activan a mayor número de linfocitos. Este proceso se debe a la capacidad de adherencia del VIH a las células huésped gracias a la glucoproteína capsular gp120 que permite que se adhiera y penetre al interior de los linfocitos CD4 (Codina, Martinez, n.d.).

El VIH se disemina a todo el organismo mediante la migración de linfocitos infectos con el virus y se produce en esta etapa la reproducción masiva del virus en el tejido linfático y en la sangre.

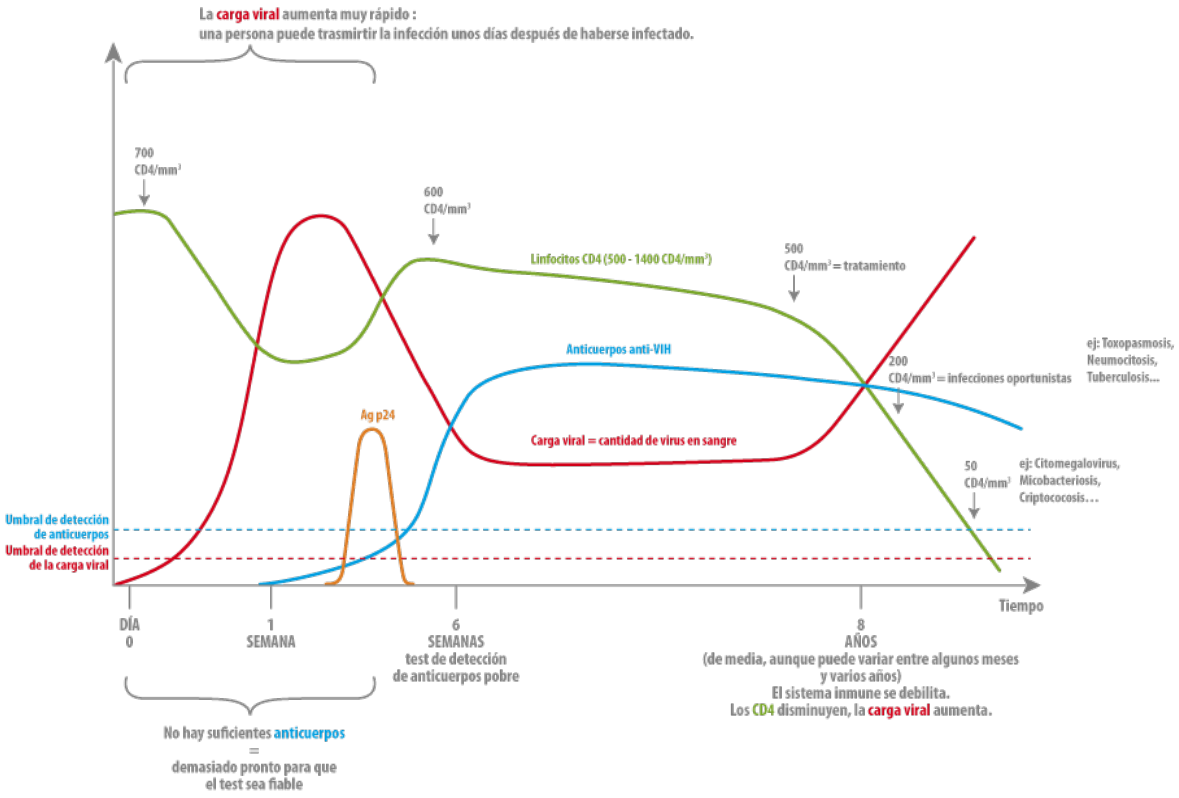


Figura 1. Historia natural del VIH **(Janssen, 2017)**

Después de la infección inicial, alrededor de dos semanas, se evidencian respuestas inmunes celulares y humorales dirigidas específicamente contra el VIH. Dentro de dichas respuestas, tenemos la destrucción de los linfocitos CD4 infectados, pero aquellos que expresan antígenos virales de superficie, por parte de los linfocitos CD 8 citotóxicos; además de la formación de anticuerpos dirigidos a los antígenos virales que serán atrapados y destruidos por células del sistema dendrítico folicular en los ganglios linfáticos. Como consecuencia de estas respuestas va a disminuir el número de células productoras de VIH y de partículas virales circulantes, por lo que se considera que la infección es parcialmente controlada (LAZARO, M.N, 2012). En este estadio de la enfermedad tenemos una diferencia entre la interacción del sistema inmune y el virus en la sangre comparada con los ganglios linfáticos; la carga viral en los ganglios linfáticos es 5 a 10 veces más alta que la carga en sangre y la cantidad de virus que se produce en los ganglios es de 10 a 100 veces más alta que la producida en sangre. Los eventos

mencionados corresponden a la fase de latencia clínica de la enfermedad (WEINHARDT, L.S., 2006).

Con el paso de los años, la inflamación constante de los ganglios infectados destruye la arquitectura normal de los mismos, la cual es fundamental para filtrar el virus y tenerlo atrapado dentro de los ganglios. Conjuntamente, se pierden tanto las respuestas celulares como humorales del organismo, las cuales mantienen la reproducción viral bajo control. Como resultado de esto, tenemos un aumento desmesurado en la reproducción del VIH, los linfocitos CD4 disminuyen notablemente y aparecen infecciones oportunistas y neoplasias que definen al SIDA, todas estas situaciones finales ocurren entre 7 a 10 años después de contraída la infección (UNADIS AND WHO, n.d.).

Se debe tener en cuenta que no todos los pacientes infectados con VIH necesariamente terminaran en fase SIDA, puesto que existen reportes de un porcentaje de pacientes, del 5 al 8 %, de estar infectados con VIH por mínimo 7 años y no recibir tratamiento que no han desarrollado infecciones oportunistas y mantienen un numero de linfocitos CD4 normal. La posible explicación a esta respuesta se deba a una infección con cepas atenuadas y poco patogénicas del VIH, debido a la falta de genes que son indispensables para la virulencia del mismo; esto sucede en la minoría de pacientes. El control eficiente de la reproducción viral puede deberse a una habilidad intrínseca de resistir a la infección por el VIH, y que a pesar de que no se han descubierto los mecanismos exactos, al parecer esto sucede en la mayoría de pacientes (Codina, Martinez, n.d.).

En estos pacientes, la cantidad de virus presente es bastante más baja que en los pacientes en los que la infección progresa con su curso natural; se ha encontrado en las células mononucleares tanto en los ganglios linfáticos como en la sangre es de 5 a 7 veces menor que en individuos con la evolución normal del VIH y que la carga viral en el plasma es hasta 23 veces menor que en la mayoría de pacientes (Codina, Martinez, n.d.).

2.7. FASES DE LA INFECCIÓN Y VARIAS ESTATIFICACIONES DEL VIH

Para poder clasificar el estadio de la infección por VIH tanto en adultos como en adolescentes, se toma en cuenta el número de linfocitos CD4 y las características clínicas presentes en los pacientes.

Tabla 1. Vigilancia de la CDC: estadificación de la infección de VIH según tiempo y conteo de CD4, linfocitos t en porcentaje y conteo.

ESTADÍO	Tiempo en años y CD4 y linfocitos T					
	< 1 año		1 a 5 años		≥ 6 años	
	Contaje	%	Contaje	%	Contaje	%
0	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
1	≥ 1500	≥ 34	≥ 1000	≥ 30	≥ 500	≥ 26
2	750 a 1499	23 a 33	500 a 999	22 a 29	200 a 499	14 a 25
3 (SIDA)	< 750	< 26	< 500	< 22	< 200	< 14
Desconocido	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Tabla 2. Estadificación según OMS en pacientes portadores de VIH (confirmados) en adultos y adolescentes

Infección primaria
Asintomático
Síndrome Retroviral Agudo
Estadio 1 (clínico)
Asintomático
Linfadenopatia Persistente
Estadio 2 (clínico)
Perdida Inexplicable de Peso (<10% del peso corporal)
Infecciones de Tracto Respiratorio Recurrentes
Herpes Zoster
Queilitis Angular
Ulceras Orales Recurrentes
Erupciones tipo Pápula Pruriginosas
Dermatitis Seborreica
Onicomicosis
Estadio 3(clínico)
Condiciones en las que se puede presumir un diagnostico
Perdida Inexplicable de peso (>10% del peso corporal)
Diarrea Crónica ó por más de un mes
Fiebre Inexplicable > 37.6 grados por un mes (puede ser fluctuante ó constante)
Cándida Oral Persistente

Leucoplaquia Oral
Tuberculosos Pulmonar
Infecciones Bacteriana Graves
Actual necrosis ulcerativa, gingivitis, periodontitis

Condiciones en las que el Tamizaje para VIH es Necesario

Inexplicable Anemia (<8gr de Hb), Neutropenia (<500 cel/microL) y Trombocitopenia (<50.000microL)

Estadio 4 (clínico)

Condiciones en las que el Diagnóstico es Presuntivo o Simplemente se debe investigar

Síndrome de Desgaste por VIH
Pneumocystis Pneumonia
Neumonías Bacterianas Recurrentes
Infección por Herpes Simple Crónico
Cándida Esofágica
Tuberculosis Extra Pulmonar
Sarcoma de Kapossi
Toxoplasmosis en el Sistema Nervioso Central
Encefalopatía por VIH

Condiciones en las que es Necesario un Examen Confirmatorio

Criptococosis Extra Pulmonar
Infección por Mycobacterias (no tuberculosis)
Leucoencefalopatia Multifocal Progresiva
Candida en Tráquea, Bronquios y Pulmones
Criptococosis Crónica (con diarrea)
Isosporiosis Crónico
Infección herpes simple visceral
Infección por Cytomegalovirus
Micosis Diseminada
Bacteriemia recurrente por Salmonella non-typhi
Linfoma (cerebral ó células B no Hodgkin) ó tumores por VIH
Carcinoma Cervical Invasivo
Lesmaniasis Atípica Diseminada
Neuropatía o cardiopatía asociada a la infección por VIH

Obtenida de: OMS, generada en Suiza en el 2007

Tabla 3. Clasificación de la infección por VIH en adultos y adolescentes

Linfocitos CD4	Categorías clínicas		
	A Asintomático, LGP* o infección aguda por VIH	B Sintomático (no A no C)	C Condiciones definitorias de SIDA
>500/mm³ (≥29%)	A1	B1	C1
200-499/mm³ (14-28%)	A2	B2	C2
<200/mm3 (<14%)	A3	B3	C3

*Linfadenopatía Generalizada Persistente. Todos los pacientes con linfocitos CD4 <200/mm3 o categoría clínica C (A3, B3, C1-C3) son reportados como SIDA.
1993 Revised Classification System for HIV Infection and Expanded Surveillance Case Definition for AIDS Among Adolescents and Adults. MMWR Dec 18, 1992/41(RR-17).

(UNADIS AND WHO, n.d.)

Dentro de la categoría A tenemos a la infección por VIH asintomática, puede haber linfadenopatía generalizada persistente (nódulos en 2 o más localizaciones extrainguinales de 1 cm por 3 meses o más). A esta se considera enfermedad por VIH aguda o primaria (Campos Rafael, 1997).

Dentro de la categoría B tenemos síntomas que no sean de la categoría A ni C, como angiomatosis bacilar, candidiasis vulvovaginal persistente y resistente, candidiasis orofaríngea, displasia cervical severa o carcinoma in situ y síndrome constitucional (UNADIS AND WHO, n.d.).

Dentro de la categoría C tenemos candidiasis esofágica, traqueal y bronquial, coccidiomicosis extrapulmonar, cáncer cervical invasivo, criptococosis intestinal crónica, citomegalovirus: retinitis, hígado, bazo, nódulos, encefalopatía por VIH, herpes simple con úlcera mucocutánea >1 mes, bronquitis o neumonía, histoplasmosis diseminada o extrapulmonar, isosporiasis crónica, sarcoma de Kaposi, linfoma Burkit, inmunoblástico o primario en cerebro, tuberculosis pulmonar o extrapulmonar, neumonía por Pneumocistis carinii, neumonía recurrente (más de 2 por año), leucoencefalopatía progresiva multifocal, bacteriemia recurrente por Salmonella, toxoplasmosis cerebra y síndrome de Wasting por VIH (LEE GOLMAN, A.I, 2012).

2.8. FACTORES DE RIESGO PARA CONTRAER VIH

La definición de factor de riesgo de la OMS es “Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene.”, en cuanto al riesgo de contraer VIH se ha generado varios estudios donde se obtuvieron una gran variedad de conductas las cuales se describen en la siguiente tabla:

Tabla 4. RIESGO DE ADQUIR VIH SEGÚN LA VIA DE EXPOSICIÓN

	Vía de exposición	Riesgo (por cada 10.000)
Sangre	Transfusión Sanguínea	9000 (9/10)
	Intercambio de agujas (usuarios de drogas)	67(1/150)
	Reutilización de agujas percutáneas	23 (1/435)
	Mucosa expuestas a sangre	10 (1/10.000)
Sexo	Anal (Receptivo)	138 (1/72)
	Anal (Inserta)	11 (1/900)
	Pene-Vagina (Receptivo)	8 (1/1250)
	Pene-Vagina (Inserta)	4 (1/2500)
	Sexo Oral	0-4
Otros	Tragar fluido, compartir juguetes, mordida, escupir.	Despreciable

Obtenida de: UP-to-DATE, extrapolación de varios estudios de cohortes en donde la mayoría de participantes tenía una relación monógama sero-discordante.

Para que la infección se dé, es necesario algunos factores infecciosos como son:

- La carga viral de cada persona.
- La cantidad de virus en fluidos genitales.
- Factores de riesgo ligado a práctica sexual.

- Comportamiento sexual.
- Penes no circuncidados.
- Otras ETS.
- Factores Genéticos.
- Uso de Anti conceptivos hormonales.

En primer lugar hablaremos de la carga viral y como afecta esta en cuanto a la transmisión del virus, según varios estudios se conoce que mientras más alta sea la carga viral más grande es la posibilidad de contagio, dentro de esta categoría vale nombrar a dos factores importantes que son: la toma de terapia antiretroviral y el estado del paciente infectado, por otro lado es muy importante saber el tiempo que lleva el portador desde el contagio, ya que al inicio la carga viral en fluidos genitales es más alta que en pacientes que ya eran portadores por más tiempo ya que la carga viral del fluido genital es directamente proporcional a la carga viral del plasma (Artigas, J. M., 2013).

En segundo lugar, tenemos a los factores de riesgo ligados a prácticas sexuales, donde lo más importante es la existencia de lesión a nivel de mucosa y sangrado, lo que nos lleva a una descripción del coito anal el cual es una de las practicas más peligrosas para la transmisión de VIH, no podemos olvidar las otras vías sexuales de contagio que son:

Anal (pasivo)	1 transmisión por cada 72 actos sexuales
Anal (activo)	1 transmisión por cada 900 actos sexuales
Pene – vagina (pasivo)	1 transmisión por cada 1250 actos sexuales
Pene – vagina (activo)	1 transmisión por cada 2500 actos sexuales
Sexo oral (activo/pasivo)	0-4 transmisión por cada 10,000 actos sexuales

En tercer lugar, tenemos a la no-circuncisión, la base biológica de éste se basa en que el prepucio tiene células de Langerhans y macrófagos que son puerta de entrada para el

virus de VIH, por otro lado en África se observó que se redujo la transmisión en un 50% en los pacientes que son circuncidados y que practicaron un coito pene- vagina (2017).

Por último, se observa una fuerte asociación entre poseer enfermedades de transmisión sexual y el contagio de VIH, en especial sífilis y herpes simple, puesto que en las mismas existen procesos ulcerativos; esto lo demostró un estudio realizado en Uganda en parejas monógamas sero-discordantes. Otro trabajo de investigación realizado en África reveló que la enfermedad no ulcerativa de mayor riesgo fue la infección por *Neisseria gonohoerrae* (YURI A., AMIRKAHANIANA, B. J., 2014). Además, en las parejas sero-discordantes se evaluó el ámbito genético, observándose que: quienes tienen alelos HLA-1 diferentes la transmisión se ve enlentecida, mientras que en las parejas con alelos HLA-B la transmisión es acelerada (LEE GOLMAN, A.I, 2012).

2.9. COMPORTAMIENTOS DE RIESGO

Un comportamiento de riesgo se considera a cualquier acción que trae consigo una consecuencia perjudicial a la salud, en este caso sería la infección del VIH.

Dentro de los comportamientos de riesgo implícitos en la transmisión del VIH podemos clasificarlos en tres, los cuales son: comportamientos sexuales, los relacionados con el manejo de sangre y hemoderivados y los casos de drogadicción por vía intravenosa (jim young kim, 2005).

En los comportamientos sexuales debemos tomar en cuenta muchos factores como son el número de parejas sexuales, su orientación sexual y principalmente el uso de condón. Se menciona que el riesgo de contraer VIH incrementa en una relación directa con el número de parejas sexuales, es decir a mayor número mayor riesgo; por ende, se toma en cuenta a la promiscuidad como un factor determinante (Jacobson JO1, 2013). En cuanto a la orientación sexual, se conoce que los hombres que tienen sexo con hombres presentan mayor riesgo puesto que al ser la penetración por vía anal existe laceraciones

a nivel del ano y además aquí, existen células de fácil reconocimiento y captación del virus; se conoce que dichos hombres también presentan múltiples parejas sexuales, lo cual predispone un mayor riesgo de contraer VIH. El uso de condón es considerado el principal método de prevención de VIH y su desuso es simplemente un comportamiento de riesgo, concomitantemente cabe recalcar que su uso protege de otras enfermedades de transmisión sexual (MILA PAUNI, 2011).

Dentro de los comportamientos de riesgo relacionados con el manejo de sangre y hemoderivados, es importante considerar el periodo entre 1978 y 1985, puesto que en ésta época ya existían casos de VIH y no se realizaba ningún examen a la sangre donada, lo que implica que las personas que recibieron transfusiones durante ese periodo corrían riesgo de haber contraído el virus. Posterior al año 1985, se incrementaron pruebas para evaluar la sangre donada y así evitar el esparcimiento del virus (LORRAINE SHERRA, B.L, 2012).

Por otra parte, debemos tomar en cuenta a las personas que usan drogas intravenosas, puesto que los mismos presentan un riesgo elevado de contraer VIH ya que estos suelen compartir jeringuillas, y además del VIH pueden contraer hepatitis B o C. Así mismo, se debe considerar que las personas que usan drogas pierden su capacidad de juicio y toman decisiones inadecuadas como puede ser tener relaciones sexuales con una persona infecta y sin protección o tener distintas parejas sexuales cada vez que se encuentran en ese estado (CL, S, 2013).

2.10. PREVENCION DEL VIH

La prevención se encuentra enfocada en evitar la transmisión del VIH de personas portadoras a personas seronegativas, tomando en cuenta que prevención es cualquier medida para evitar que algo negativo suceda, que en éste caso es transmitir el virus; para determinar dichas medidas es importante conocer el medio de propagación del VIH, que es mediante fluidos corporales de una persona infectada con el virus del VIH, como:

sangre, semen, líquido preseminal, secreción rectal, secreción vaginal y leche materna (2017).

Teniendo en cuenta que la transmisión del virus puede ser mediante semen, liquido preseminal, secreción rectal y vaginal, el uso de preservativo, sea este masculino o femenino, es uno de los principales métodos para prevenir la transmisión de VIH a personas seronegativas y además que previenen otras enfermedades de transmisión sexual tanto a portadores de VIH como a personas seronegativas (Stefano Bertozzi, 2006).

Otro medio de propagación del virus es la sangre, razón por la cual se debe considerar el uso de material cortopunzante estéril y sin uso previo, en especial en personas que usan drogas intravenosas al igual que quienes perforan su piel, ya que algún objeto pudo haber sido contaminado con el virus del VIH (Stefano Bertozzi, 2006).

Actualmente, gracias a la terapia antirretroviral, las madres con VIH podrán tener un embarazo y un parto sin problemas, teniendo como resultado un recién nacido que no sea portador de VIH, siempre y cuando la madre se encuentre bien controlada, con adecuada adherencia al tratamiento y con una carga viral indetectable; todo esto en conjunto es la prevención para que no se transmita el virus al nuevo ser (Artigas, J. M., 2013).

Por último, otro fluido considerado como medio de transmisión del VIH es la leche materna, por lo que hasta el momento incluso continúa siendo controversial para la OMS el hecho de dar o no de lactar si la madre es portadora del virus; de igual manera la prevención está basada en el adecuado manejo del VIH, es decir, adecuada adherencia al tratamiento y una carga viral indetectable (2017).

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA

3.1. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

- PRINCIPAL

Determinar la prevalencia de los factores de riesgo en los pacientes seropositivos VIH + a lo largo de un periodo determinado.

- ESPECIFICOS

- Identificar cuáles son los comportamientos de riesgo más prevalentes en los pacientes seropositivos VIH+.
- Conocer cuál es la autoidentificación sexual que más presenta cambios en los comportamientos de riesgo.
- Especificar qué grupo de personas en cuanto a su nivel de educación presentan cambios en los comportamientos de riesgo.

3.2. HIPÓTESIS

- PRINCIPAL

Los pacientes seropositivos VIH + disminuyen sus comportamientos de riesgo.

- ESPECIFICOS

- Los comportamientos de riesgo más prevalentes en los pacientes seropositivos VIH+ son las múltiples parejas sexuales y el obviar el uso de métodos de barrera.

3.3. TIPO DE ESTUDIO

Estudio observacional transversal analítico

3.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DEL ESTUDIO

VARIABLES	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	ESCALA– CODIFICACIÓN
EDAD	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Cuantitativa	Media, mediana y moda , mínimo y máximo, desviación estándar	Numérica
SEXO	Condición de tipo orgánica que diferencia al hombre de la mujer.	Cualitativa	Frecuencia, porcentaje y moda	1. Femenino 2. Masculino
ORIENTACI-ÓN SEXUAL	Es una atracción afectiva, romántica, sexual o emocional permanente hacia otros.	Cualitativa	Frecuencia, porcentaje y moda	1. Homosexual 2. Heterosexual 3. Bisexual
NIVEL DE INSTRUCCI-ÓN	Grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos	Cualitativa	Frecuencia, porcentaje y moda	1. Primaria 2. Secundaria 3. Superior 4. Cuarto nivel
OCUPACI-ÓN	Trabajo u oficio que desempeña una persona	Cualitativa	Frecuencia, porcentaje y moda	1. Estudiante 2. Ama de casa 3. Secretario, gerente 4. Estilista 5. Amas de compañía 6. Otros
TIPO DE RELACIÓN SEXUAL	Es la cópula o unión entre dos individuos mediante la penetración hacia boca, vagina o ano.	Cualitativa	Frecuencia, porcentaje y moda	1. Vaginal 2. Anal 3. Oral
INICIO DE VIDA SEXUAL	Edad en la que tuvo su primera relación sexual.	Cuantitativa	Media, mediana y moda , mínimo y máximo,	Numérica

			desviación estándar	
PAREJAS SEXUALES	Número de personas con las que ha tenido relaciones sexuales.	Cuantitativa	Media, mediana y moda , mínimo y máximo, desviación estándar	Numérica
USO DE PRESERVATIVO	Utilización de método de barrera al tener relaciones sexuales.	Cualitativa	Frecuencia, porcentaje y moda	1. Si 2. No
RAZONES POR LAS QUE NO USA PRESERVATIVO	Motivos por los cuales no utiliza método de barrera al tener relaciones sexuales.	Cualitativa	Frecuencia, porcentaje y moda	1. Disgusto 2. Pareja se niega a usar 3. Falta de comunicación 4. Confianza en la otra persona 5. Debido a estar bajo efectos de alcohol o drogas 6. Difícil acceso 7. No sabe cómo usar
USO DE DROGAS	Consumo de una sustancia vegetal, mineral o animal que tiene efecto estimulante, alucinógeno, narcótico o deprimente.	Cualitativa	Frecuencia, porcentaje y moda	1. Licor 2. Cocaína 3. Marihuana 4. Basuco 5. Tranquilizantes 6. Pastillas alucinógenas 7. Heroína 8. Pegantes o inhalantes
HA SUGERIDO EL USO DE PRESERVATIVO COMO PROTECCIÓN A SU PAREJA	Decir al individuo con el que se va a tener contacto sexual la importancia del uso de método de barrera.	Cualitativa	Frecuencia, porcentaje y moda	1. Si 2. No
ORIENTACIÓN PREVIA AL EXAMEN	Guía verbal o escrita antes de realizarse la	Cualitativa	Frecuencia, porcentaje y	1. Si 2. No

DE VIH	prueba del VIH.		moda	
PRESENCIA DE OTRA ENFERME-DAD DE TRANSMISI-ÓN SEXUAL	Coexistencia de otras enfermedades que se transmiten mediante vía sexual, como sífilis, chancro, HPV, gonorrea, herpes.	Cualitativa	Frecuencia, porcentaje y moda	1. Si 2. No 3. No sabe
RECIBIÓ TRATAMIEN-TO PARA OTRAS ETS	Conjunto de medios para curar dicha enfermedad.	Cualitativa	Frecuencia, porcentaje y moda	1. Nada 2. Consulto en una farmacia 3. Consulto a un medico 4. Consulto a un conocido 5. Se auto médico

3.5. MUESTRA

La población en estudio serán los pacientes de la Unidad de Atención Integral de PVV del Hospital General Enrique Garcés, que acudan a consulta en el periodo de Octubre a Diciembre del 2017.

Para el cálculo de muestra se utilizará la siguiente fórmula:

Sample Size for Frequency in a Population

Population size(for finite population correction factor or fpc)(*N*):	1700
Hypothesized % frequency of outcome factor in the population (*p*):	50%+/-5
Confidence limits as % of 100(absolute +/- %)(*d*):	5%
Design effect (for cluster surveys-*DEFF*):	1

Sample Size(*n*) for Various Confidence Levels

ConfidenceLevel(%)	Sample Size
95%	314
80%	150
90%	234
97%	369
99%	478
99.9%	662
99.99%	802

Equation

Sample size $n = [DEFF*Np(1-p)]/ [(d^2/Z^2_{1-\alpha/2}*(N-1)+p*(1-p)]$

Results from OpenEpi, Version 3, open source calculator--SSPropor
Print from the browser with ctrl-P
or select text to copy and paste to other programs.

3.6. SELECCIÓN DE INFORMANTES

El universo que participó en el estudio consta de pacientes que acudieron a la Unidad de Atención Integral de PVV del Hospital General Enrique Garcés. Se eligió este universo puesto que dichos pacientes tienen un seguimiento constante y ya tienen su diagnóstico de base VIH positivo, por lo que decidimos determinar la prevalencia de los cambios en los comportamientos de riesgo de los mismos.

Los siguientes fueron los criterios de inclusión y exclusión que se tomaron en cuenta y se detallan a continuación:

INCLUSIÓN	EXCLUSIÓN
- Hombres y mujeres VIH positivos que acudieron a consulta en la Unidad de Atención Integral de PVV del Hospital General Enrique Garcés	- Pacientes que no tengan diagnóstico de base ser VIH positivo.
- Pacientes que aceptaron participar de forma voluntaria en esta investigación.	Pacientes que no aceptaron participar en esta investigación

3.7. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Se realizó mediante la encuesta: CCVSA. Cuestionario confidencial sobre vida sexual activa (Ministerio de Salud de Colombia, 1997).

3.8. ANÁLISIS DE DATOS

Se realizaron los análisis estadísticos con ayuda del paquete estadístico SPSS 24. El análisis descriptivo se realizó mediante tablas de frecuencias y porcentajes, tablas de contingencia y gráficos de distribución. Como medidas de tendencia central se utilizó la media, mediana, moda, mínimo, máximo y desviación estándar para valores numéricos, mientras que para datos cualitativos se utilizó frecuencia, moda y porcentaje. Para el análisis bi-variado se usaron cruces entre variables para medir la asociación entre las variables analizadas. Se trabajó con un intervalo de confianza del 95%.

Utilizamos la prueba de McNemar-Bowker, que consiste en una comparación del antes y el después en relación a un evento específico (diagnóstico de portador de VIH). En cuanto a la lectura de la prueba si ésta muestra un valor de $p \leq 0.05$, dicha variable es significativa.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS

El total de pacientes que participaron en el estudio fue de 476, Las tablas que veremos a continuación reflejan el cruce de las distintas variables, las cuales fueron obtenidas por medio de un cuestionario aplicado a los pacientes que reciben seguimiento en la unidad integral de PVV en el Hospital General Enrique Garcés en el periodo de Octubre-Diciembre 2017.

Tabla 5. Estadísticos Descriptivos

	N	Media	Desviación estándar
Años cumplidos	476	37,95	12,176
Primera relación sexual con penetración de pene	476	16,48	3,864
Parejas sexuales antes de diagnóstico VIH+	476	12,44	52,938
Tiempo transcurrido desde su diagnóstico como VIH+ (meses)	476	62,02	53,214

Tabla 6. Frecuencias y porcentajes de: sexo, orientación sexual y Nivel de Educación

Variables		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Femenino	124	26,05
	Masculino	352	73,95
	Total	476	100,00
Orientación sexual	Homosexual	285	59,87
	Heterosexual	158	33,19
	Bisexual	33	6,93
	Total	476	100,00
Nivel de educación	Analfabeto	8	1,68
	Primaria	103	21,64
	Secundaria	219	46,01
	Tercer nivel	129	27,10
	Cuarto nivel	17	3,57
	Total	476	100,00

Se observó que la mayoría de los participantes, fueron de sexo masculino (73,95%) y una gran parte de ellos homosexuales (59,87%), por otro lado, la escolaridad del grupo con más prevalencia es: Secundaria (46,01%) y Tercer nivel (27,10%) (Tabla 6).

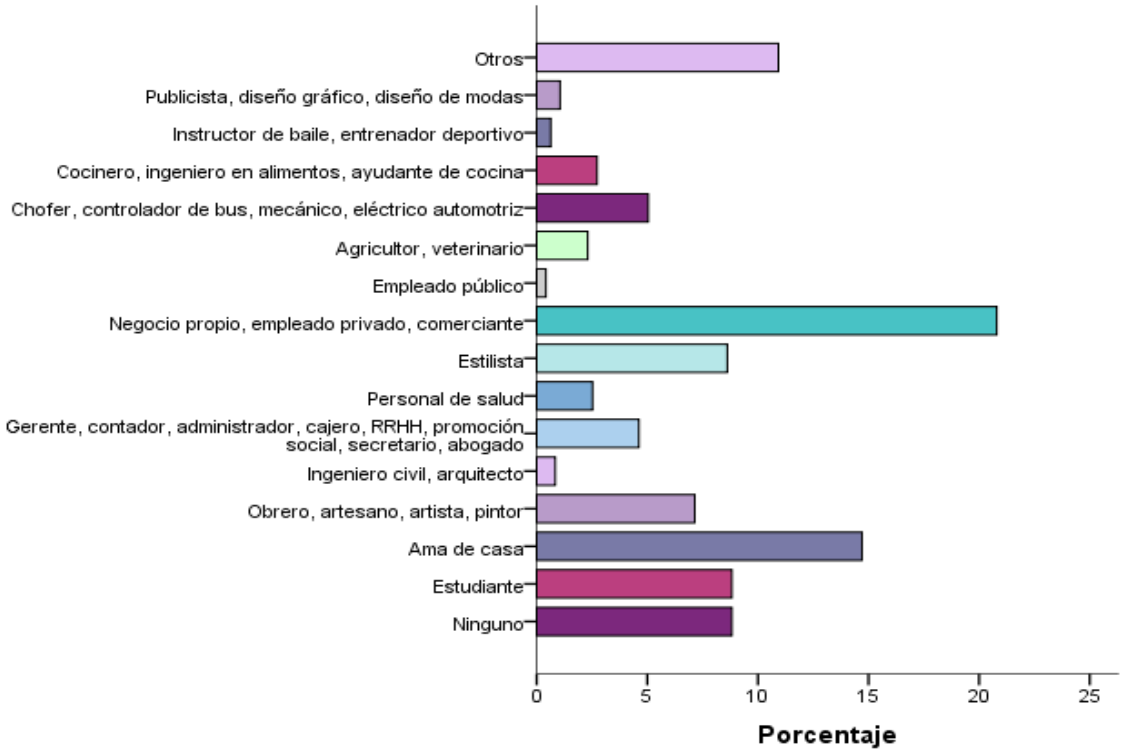


Figura 2. Porcentajes de la variable ocupación

Las ocupaciones más frecuentes en la muestra son: comerciante 20,8% (99/476), Ama de casa 14,7% (70/476) (Figura 2).

Tabla 7. Frecuencias y porcentajes de los pacientes que utilizaron condón en su primera relación sexual y si mantuvieron o no relaciones sexuales con múltiples parejas antes de ser diagnosticado como portador de VIH.

Variable		Frecuencia	Porcentaje
Uso condón en su primera relación sexual	SI	124	26,1
	NO	352	73,9
	Total	476	100
Sexo con múltiples parejas	SI	163	34,2
	NO	313	65,8
	Total	476	100

73,9% de los pacientes no utilizaron condón en su primera relación sexual. el 34,2% de los 476 pacientes tuvieron múltiples parejas sexuales (media de 12,44) antes de su diagnóstico de VIH (Tabla 7).

Tabla 8. Frecuencias y porcentajes de tipos de penetración, antes de ser diagnosticados como portadores de VIH

Variables		Frecuencia	Porcentaje
Penetración pene - vagina	SI	350	73,5
	NO	126	26,5
	Total	476	100,0
Penetración pene - boca	SI	277	58,2
	NO	199	41,8
	Total	476	100,0
Penetración pene - ano	SI	266	55,9
	NO	210	44,1
	Total	476	100,0

Tabla 9. Frecuencia y porcentajes de tipos de penetración en los últimos 6 meses.

Variables		Frecuencia	Porcentaje
Penetración pene-vagina	SI	222	46,6
	NO	254	53,4
	Total	476	100,0
Penetración pene-boca	SI	157	33,0
	NO	319	67,0
	Total	476	100,0
Penetración pene-ano	SI	193	40,5
	NO	283	59,5
	Total	476	100,0

Las Tablas 8 y 9, resaltan que antes del diagnóstico de portadores de VIH la penetración pene-vagina era de 73,5%, en comparación a la misma en los últimos 6 meses que es de 46,6% (Tabla 8 y 9).

Tabla 10. Frecuencias y porcentajes del uso de condón según el tipo de penetración, antes de ser diagnosticados como portadores de VIH.

Variables		Frecuencia	Porcentaje
Uso de condón en penetración pene-vagina	SI	52	14,8
	NO	299	85,2
	Total	351	100,0
Uso de condón en penetración pene-boca	SI	16	5,7
	NO	263	94,3
	Total	279	100,0
Uso de condón en penetración pene-ano	SI	52	19,2
	NO	219	80.8
	Total	271	100,0

Tabla 11. Frecuencias y porcentajes del uso de condón según el tipo de penetración, en los últimos seis meses

Variables		Frecuencia	Porcentaje
Uso de condón en penetración pene-vagina	SI	185	82.9
	NO	38	17.1
	Total	223	100,0
Uso de condón en penetración pene-boca	SI	103	65.2
	NO	55	34.8
	Total	158	100,0
Uso de condón en penetración pene-ano	SI	161	82.9
	NO	33	17.1
	Total	194	100,0

En las Tablas 10 y 11 se rescata que antes del diagnóstico como portador; el uso de preservativo tiene un promedio de 13,23% en todo tipo de penetración. Por otro lado, en los últimos 6 meses, 77% de los pacientes usa condón independientemente del tipo de penetración (Tabla 10 y 11).

Tabla 12. Frecuencias y porcentajes de los pacientes que consumieron alcohol y/o drogas antes, durante o después de tener relaciones sexuales, antes de ser diagnosticados como portadores de VIH

Variable		Frecuencia	Porcentaje
Consumo de alcohol y/o drogas	SI	207	43,5
	NO	269	56,5
	Total	476	100,0

Tabla 13. Frecuencias y porcentajes de los pacientes que consumieron alcohol y/o drogas antes, durante o después de tener relaciones sexuales, en los últimos seis meses

Variables		Frecuencia	Porcentaje
Consumo de alcohol y/o drogas	SI	58	12,2
	NO	418	87,8
	Total	476	100,0

El 43,5% de los pacientes eran consumidores de alcohol y/o drogas antes de su diagnóstico como portador de VIH en comparación al 12,2% que son consumidores actuales (Tabla 12 y 13).

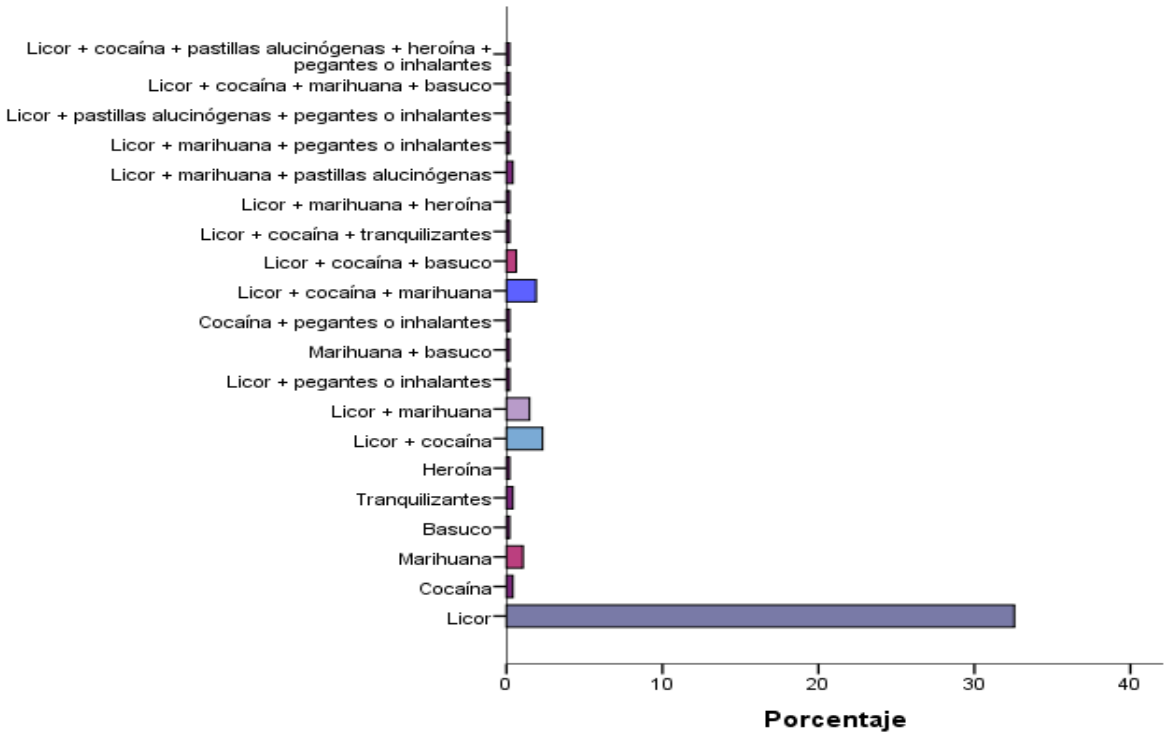


Figura 3. Porcentaje de pacientes que consumen licor y/o drogas antes, durante o después de tener relaciones sexuales, antes de haber sido diagnosticados como portadores de VIH

Figura 4. Porcentaje de pacientes que consumen licor y/o drogas antes, durante o después de tener relaciones sexuales, en los últimos seis meses

Dentro del grupo de pacientes, existe un número de ellos que presenta algún tipo de consumo de sustancias tanto antes como después de su diagnostico de portador de VIH. El licor es la sustancia más consumida por este número pequeño de participantes, ya que 35% de los consumidores lo usaban antes de su diagnóstico y hoy en día 75% de los ellos lo continúan haciendo. Vale recalcar que en general el consumo de sustancias se ve disminuido después del diagnóstico como portador de VIH como se aprecian en las Tablas 12 y 13 (Figura 3 y Figura 4).

Tabla 14. Frecuencia y porcentaje de pacientes que presentaron otra enfermedad de transmisión sexual y si recibieron o no tratamiento antes de ser diagnosticados como portadores de VIH

Variable		Frecuencia	Porcentaje
Otra enfermedad de transmisión sexual	SI	186	39,1
	NO	290	60,9
	Total	476	100,0
Recibió tratamiento	SI	179	96.2
	NO	7	3.7
	Total	186	100,0

Tabla 15. Frecuencia y porcentaje de pacientes que presentaron otra enfermedad de transmisión sexual y si recibieron o no tratamiento en los últimos seis meses.

Variable		Frecuencia	Porcentaje
Otra Enfermedad de Transmisión Sexual	SI	46	9,7
	NO	430	90,3
	Total	476	100,0

Recibió tratamiento	SI	42	91,3
	NO	4	8,7
	Total	46	100,00

Se observa que antes del diagnóstico de base (VIH+), los pacientes que presentaron ETS fueron 186/476 (39,1%) y no recibieron tratamiento el 3,7%. En comparación a los pacientes que adquirieron una ETS en los últimos 6 meses eran 46/476 (9,7%) y no recibieron tratamiento 8,7% de ellos (Tabla 14 y15).

Tabla 16. Frecuencias y porcentajes de la variable motivo por el que no usó condón antes de ser diagnosticados como portadores de VIH.

Variable		Frecuencia	Porcentaje válido
Motivo por el que no usó condón	A usted o la persona con quien tuvo esa relación le disgusta usarlo	20	4,2
	La persona con quien tuvo esa relación se negó a usarlo	8	1,7
	Usted o su pareja presentan alergia a los componentes del condón	1	0,2
	Le resultó difícil hablar del uso del condón	4	0,8
	Confía en la persona con quien tuvo esa relación	48	10,1
	Solo tiene relaciones sexuales con esa persona	22	4,6
	Estaba bajo el efecto del alcohol y/o drogas	7	1,5
	Era difícil conseguirlo en ese momento	9	1,9
	Por el afán del momento	43	9,0
	No sabe usar el condón	20	4,2
	No aplica	12	2,5
	Seleccionó más de una opción	282	59,2
	Total	476	100,0

Tabla 17. Frecuencias y porcentajes de la variable motivo por el que no usó condón en los últimos seis meses.

Variable		Frecuencia	Porcentaje válido
Motivos por los que no uso condón en los últimos seis meses	A usted o la persona con quien tuvo esa relación le disgusta usarlo	8	11,4

	Usted o su pareja presentan alergia a los componentes del condón	1	1,4
	Confía en la persona con quien tuvo esa relación	9	12,9
	Solo tiene relaciones sexuales con esa persona	14	20,0
	Era difícil conseguirlo en ese momento	1	1,4
	Por el afán del momento	13	18,6
	Seleccionó más de una opción	24	34,3
	Total	70	100,0
Perdidos	Sistema	406	
	Total	476	

La mayoría de los pacientes seleccionó más de una opción, tanto antes de su diagnóstico (59,2%) como después del mismo (34,3%). El 10,1% de los pacientes refirió que antes de su diagnóstico el motivo por el que no uso preservativo es porque “confían en la persona con la que mantenía relaciones sexuales”, otros de los motivos por les que no usaron preservativo es por: “solo tienen relaciones con esa persona” (4,6%), pero en los últimos 6 meses se aprecia que el motivo que más se repite es “solo tienen relaciones con esa persona” (20,0%) (Tabla 16 y 17).

Tabla 18. Recuento de pacientes que utilizaron condón en la penetración pene-vagina antes de ser diagnosticados como portadores de VIH y en los últimos seis meses, según sexo

Sexo	Antes de ser diagnosticado VIH+	Últimos seis meses
Femenino	6/124	70/124
Masculino	46/352	115/352

Tabla 19. Prueba de McNemar en pacientes que utilizaron condón en la penetración pene-vagina antes de ser diagnosticados como portadores de VIH y en los últimos seis meses, según sexo

	Sexo	Valor:	gl	p
Femenino	Prueba de McNemar-Bowker			.[a]
	N de casos válidos	124		
Masculino	Prueba de McNemar-Bowker	171,653	3	0,000

	N de casos válidos	352		
Total	Prueba de McNemar-Bowker	274,395	3	0,000
	N de casos válidos	476		

[a.] Sólo se ha calculado para una tabla PxP, donde P debe ser mayor que 1.

El grupo “Masculino” presenta significancia con un valor *P* de 0,001 ,por el contrario, el grupo “Femenino” no presenta significancia alguna (Tabla 19).

Tabla 20. Recuento de pacientes que utilizaron condón en la penetración pene-vagina antes de ser diagnosticados como portadores de VIH y en los últimos seis meses, según nivel de ocupación

Nivel de Educación	Antes de ser diagnosticados VIH +	Últimos seis meses
Analfabeto	0/8	2/8
Primaria	3/103	60/103
Secundaria	25/219	81/219
Tercer Nivel	21/129	38/129
Cuarto Nivel	3/17	4/17

Se observó que: los de escolaridad Primaria tienen un gran cambio ya que, 3 usaban preservativo antes de su diagnóstico como portador de VIH y hoy en día 60 de 103 lo utilizan, mientras tanto en Cuarto Nivel se aprecia un cambio mínimo ya que 3 usaban preservativo y hoy en día 4 de 17 lo utilizan. Las diferencias observadas entre el antes y el después del diagnóstico y el uso de preservativo fue significativo ($p \leq 0{,}001$) en los niveles: Primaria, Secundaria y Tercer nivel (Tabla 20-21).

Tabla 21. Prueba de McNemar en pacientes que utilizaron condón en la penetración pene-vagina antes de ser diagnosticados como portadores de VIH y en los últimos seis meses, según nivel de educación

Nivel de educación		Valor:	gl	p
Analfabeto	Prueba de McNemar-Bowker			.[a]
	N de casos válidos	8		
Primaria	Prueba de McNemar-Bowker	83,000	2	0,000
	N de casos válidos	103		
Secundaria	Prueba de McNemar-Bowker	110,889	3	0,000
	N de casos válidos	219		
Tercer nivel	Prueba de McNemar-Bowker	67,000	3	0,000
	N de casos válidos	129		

Cuarto nivel	Prueba de McNemar-Bowker			.[a]
	N de casos válidos	17		
Total	Prueba de McNemar-Bowker	274,395	3	0,000
	N de casos válidos	476		

[a.] Sólo se ha calculado para una tabla PxP, donde P debe ser mayor que 1.

Tabla 22. Recuento de pacientes que utilizaron condón en la penetración pene-vagina antes de ser diagnosticados como portadores de VIH y en los últimos seis meses, según orientación sexual

Orientación Sexual	Antes de ser diagnosticados VIH +	Últimos seis meses
Heterosexual	13/158	3/158
Bisexual	7/33	12/33

Los Bisexuales son los únicos que presentan significancia ($p \leq 0{,}001$), en el uso de preservativo, haciendo referencia al antes y después del diagnóstico de portador del virus (Tabla 22-23).

Tabla 23. Prueba de McNemar en pacientes que utilizaron condón en la penetración pene-vagina antes de ser diagnosticados como portadores de VIH y en los últimos seis meses, según orientación sexual

Orientación sexual		Valor	gl	*P*
Homosexual	Prueba de McNemar-Bowker			.[a]
	N de casos válidos	285		
Heterosexual	Prueba de McNemar-Bowker			.[a]
	N de casos válidos	158		
Bisexual	Prueba de McNemar-Bowker	27,000	3	0,000
	N de casos válidos	33		
Total	Prueba de McNemar-Bowker	274,395	3	0,000
	N de casos válidos	476		

[a.] Sólo se ha calculado para una tabla PxP, donde P debe ser mayor que 1.

Tabla 24. Recuento de pacientes que utilizaron condón en la penetración pene-vagina antes de ser diagnosticados como portadores de VIH y en los últimos seis meses, según el grupo etario

Grupo Etario	Antes de ser diagnosticados VIH +	Últimos seis meses
≤ 35 años	30/230	75/230
> 35 años	22/246	110/246

Llama la atención que el grupo > 35 años tiene un cambio muy grande en cuanto al uso de preservativo antes (22) y después (110) de su diagnóstico como portador de VIH. La diferencia observada entre el antes y el después en cuanto al uso de preservativo reveló una $p \leq 0{,}001$ en ambos grupos etarios (Tabla 24-25)

Tabla 25. Prueba de McNemar en pacientes que utilizaron condón en la penetración pene-vagina antes de ser diagnosticados como portadores de VIH y en los últimos seis meses, según grupo etario

Grupo Etario		Valor	gl	*P*
≤ 35 años	Prueba de McNemar-Bowker	114,063	3	0,000
	N de casos válidos	230		
> 35 años	Prueba de McNemar-Bowker	160,367	3	0,000
	N de casos válidos	246		
Total	Prueba de McNemar-Bowker	274,395	3	0,000
	N de casos válidos	476		

Tabla 26. Recuento de pacientes que utilizaron condón en la penetración pene-boca antes de ser diagnosticados como portadores de VIH y en los últimos seis meses, según sexo

Sexo	Antes de ser diagnosticado VIH+	Últimos seis meses
Femenino	3/124	8/124
Masculino	13/352	95/352

Los participantes de sexo masculino que utilizaban preservativo para el sexo oral antes de ser diagnosticados como portadores de VIH, eran 13 de 352 y hoy en día 95 de 352 lo usan. Debido a este cambio la diferencia observada entre el antes y el después en cuanto al uso de preservativo fue significativa ($p \leq 0{,}001$) en ambos grupos (Tabla 26-27)

Tabla 27. Prueba de McNemar en pacientes que utilizaron condón en la penetración pene-boca antes de ser diagnosticados como portadores de VIH y en los últimos seis meses, según sexo

Sexo		Valor	gl	*P*
Femenino	Prueba de McNemar-Bowker	27,167	3	0,000
	N de casos válidos	124		
Masculino	Prueba de McNemar-Bowker	169,888	3	0,000
	N de casos válidos	352		
Total	Prueba de McNemar-Bowker	195,367	3	0,000
	N de casos válidos	476		

Tabla 28. Recuento de pacientes que utilizaron condón en la penetración pene-boca antes de ser diagnosticados como portadores de VIH y en los últimos seis meses, según nivel de educación

Nivel de Educación	Antes de ser diagnosticados VIH +	Últimos seis meses
Analfabeto	0/8	0/8
Primaria	1/103	22/103
Secundaria	7/219	50/219
Tercer Nivel	7/129	28/129
Cuarto Nivel	1/17	3/17

Las diferencias observadas entre el antes y el después del diagnóstico en el uso de preservativo para sexo oral fue significativa ($p \leq 0{,}001$), en los niveles; primaria, secundaria y tercer nivel, por otro lado, en cuarto nivel no se encontró significancia alguna ($p = 0{,}135$) (Tabla 28-29).

Tabla 29. Prueba de McNemar en pacientes que utilizaron condón en la penetración pene-boca antes de ser diagnosticados como portadores de VIH y en los últimos seis meses, según nivel de educación

Nivel de educación		Valor	gl	P	Significación exacta (2 caras)
Analfabeto	N de casos válidos	8			
	Prueba de McNemar				,250[a]
Primaria	Prueba de McNemar-Bowker	39,000	3	0,000	
	N de casos válidos	103			

Secundaria	Prueba de McNemar-Bowker	91,568	3	0,000
	N de casos válidos	219		
Tercer nivel	Prueba de McNemar-Bowker	61,083	3	0,000
	N de casos válidos	129		
Cuarto nivel	Prueba de McNemar-Bowker	4,000	2	0,135
	N de casos válidos	17		
Total	Prueba de McNemar-Bowker	195,367	3	0,000
	N de casos válidos	476		

a. Distribución Binomial

Tabla 30. Recuento de pacientes que utilizaron condón en la penetración pene-boca antes de ser diagnosticados como portadores de VIH y en los últimos seis meses, según orientación sexual

Orientación Sexual	Antes de ser diagnosticados VIH +	Últimos seis meses
Homosexual	7/285	38/285
Heterosexual	8/158	57/158
Bisexual	1/33	8/33

El incremento del uso de condón en la práctica de sexo oral fue del 21% para el grupo de pacientes bisexuales. Las diferencias observadas fueron significativas ($p<0.001$) para todos los grupos según su orientación sexual. (tabla 30-31)

Tabla 31. Prueba de McNemar en pacientes que utilizaron condón en la penetración pene-boca antes de ser diagnosticados como portadores de VIH y en los últimos seis meses, según orientación sexual

Orientación sexual		Valor	gl	P
Homosexual	Prueba de McNemar-Bowker	94,541	3	0,000
	N de casos válidos	285		
Heterosexual	Prueba de McNemar-Bowker	81,750	3	0,000
	N de casos válidos	158		
Bisexual	Prueba de McNemar-Bowker	20,000	3	0,000
	N de casos válidos	33		

Total	Prueba de McNemar-Bowker	195,367	3	0,000
	N de casos válidos	476		

Tabla 32. Recuento de pacientes que utilizaron condón en la penetración pene-boca antes de ser diagnosticados como portadores de VIH y en los últimos seis meses, según el grupo etario

Grupo Etario	Antes de ser diagnosticados VIH +	Últimos seis meses
≤ 35 años	9/230	58/230
> 35 años	7/246	45/246

La diferencia observada entre el antes y el después en cuanto al uso de preservativo fue significativa ($p \leq 0{,}001$) en ambos grupos etarios (tabla 32-33).

Tabla 33. Prueba de McNemar en pacientes que utilizaron condón en la penetración pene-boca antes de ser diagnosticados como portadores de VIH y en los últimos seis meses, según el grupo etario

	Grupo Etario	Valor	Gl	P
≤ 35 años	Prueba de McNemar-Bowker	101,743	3	0,000
	N de casos válidos	230		
> 35 años	Prueba de McNemar-Bowker	94,342	3	0,000
	N de casos válidos	246		
Total	Prueba de McNemar-Bowker	195,367	3	0,000
	N de casos válidos	476		

Tabla 34. Recuento de pacientes que utilizaron condón en la penetración pene-ano antes de ser diagnosticados como portadores de VIH y en los últimos seis meses, según el sexo

Sexo	Antes de ser diagnosticado VIH+	Últimos seis meses
Femenino	1/124	6/124
Masculino	51/352	155/352

La diferencia observada entre el antes y el después en cuanto al uso de preservativo es significativa ($p \leq 0{,}001$) en ambos grupos (tabla 34-35).

Tabla 35. Prueba de McNemar en pacientes que utilizaron condón en la penetración pene-ano antes de ser diagnosticados como portadores de VIH y en los últimos seis meses, según el sexo

Sexo		Valor	gl	*P*
Femenino	Prueba de McNemar-Bowker	25,333	3	0,000
	N de casos válidos	124		
Masculino	Prueba de McNemar-Bowker	155,908	3	0,000
	N de casos válidos	352		
Total	Prueba de McNemar-Bowker	180,441	3	0,000
	N de casos válidos	476		

Tabla 36. Recuento de pacientes que utilizaron condón en la penetración pene-ano antes de ser diagnosticados como portadores de VIH y en los últimos seis meses, según la orientación sexual

Orientación Sexual	Antes de ser diagnosticados VIH +	Últimos seis meses
Homosexual	5/285	24/285
Heterosexual	40/158	116/158
Bisexual	7/33	21/33

Las diferencias observadas entre el antes del diagnóstico y en los últimos seis meses en el uso de preservativo fueron significativas ($p \leq 0{,}001$) en Homosexuales y Bisexuales (Tabla 36-37).

Tabla 37. Prueba de McNemar en pacientes que utilizaron condón en la penetración pene-ano antes de ser diagnosticados como portadores de VIH y en los últimos seis meses, según nivel de orientación sexual

Orientación sexual	Valor	gl	P

Homosexual	Prueba de McNemar-Bowker	67,851	3	0,000
	N de casos válidos	285		
Heterosexual	Prueba de McNemar-Bowker			.[a]
	N de casos válidos	158		
Bisexual	Prueba de McNemar-Bowker	20,235	3	0,000
	N de casos válidos	33		
Total	Prueba de McNemar-Bowker	180,441	3	0,000
	N de casos válidos	476		

[a.] Sólo se ha calculado para una tabla PxP, donde P debe ser mayor que 1.

Tabla 38. Recuento de pacientes que utilizaron condón en la penetración pene-ano antes de ser diagnosticados como portadores de VIH y en los últimos seis meses, según grupo etario

Grupo Etario	Antes de ser diagnosticados VIH +	Últimos seis meses
≤ 35 años	30/230	101/230
> 35 años	22/246	60/246

La diferencia observada entre el antes y el después en cuanto al uso de preservativo fue significativa (p ≤ 0,001) en ambos grupos etarios (tabla 38-39).

Tabla 39. Prueba de McNemar en pacientes que utilizaron condón en la penetración pene-ano antes de ser diagnosticados como portadores de VIH y en los últimos seis meses, según el grupo etario

	Grupo Etario	Valor	gl	*P*
≤ 35 años	Prueba de McNemar-Bowker	99,678	3	0,000
	N de casos válidos	230		
> 35 años	Prueba de McNemar-Bowker	81,100	3	0,000
	N de casos válidos	246		
Total	Prueba de McNemar-Bowker	180,441	3	0,000
	N de casos válidos	476		

Tabla 40. Recuento de pacientes que consumieron alcohol y/o drogas antes, durante o después de tener relaciones sexuales, antes de ser diagnosticados como portadores de VIH y en los últimos seis meses, según el sexo

Sexo	Antes de ser diagnosticado VIH+	Últimos seis meses
Femenino	24/124	5/124
Masculino	183/352	53/352

Se observó una disminución del 15% de consumo en las mujeres mientras que los hombres la disminución es de 37%. La diferencia observada entre el antes y el después en cuanto al uso de alcohol y/o drogas es significativa (p ≤ 0,001) en ambos grupos (tabla 40-41).

Tabla 41. Prueba de McNemar de pacientes que consumieron alcohol y/o drogas antes, durante o después de tener relaciones sexuales, antes de ser diagnosticados como portadores de VIH y en los últimos seis meses, según el sexo.

	Sexo	Valor	*P*
Femenino	Prueba de McNemar		,000[a]
	N de casos válidos	124	
Masculino	Prueba de McNemar		,000[a]
	N de casos válidos	352	

Total	Prueba de McNemar		,000[a]
	N de casos válidos	476	

[a]. Distribución binomial utilizada.

Tabla 42. Recuento de pacientes que consumieron alcohol y/o drogas antes, durante o después de tener relaciones sexuales, antes de ser diagnosticados como portadores de VIH y en los últimos seis meses, según el nivel de educación.

Nivel de Educación	Antes de ser diagnosticados VIH +	Últimos seis meses
Analfabeto	1/8	0/8
Primaria	48/103	16/103
Secundaria	94/219	28/219
Tercer Nivel	57/129	14/129
Cuarto Nivel	7/17	0/17

Llama la atención que el grupo “Cuarto Nivel” antes de su diagnóstico tenía un consumo de alcohol y/o drogas (1/17) y en los últimos 6 meses ninguno de ellos reporto consumo alguno. Las diferencias observadas entre el antes y el después del diagnóstico en el uso de licor y/o drogas fue significativa (p ≤ 0,001) en primaria, secundaria y tercer nivel. (Tabla 42-43)

Tabla 43. Prueba de McNemar de pacientes que consumieron alcohol y/o drogas antes, durante o después de tener relaciones sexuales, antes de ser diagnosticados como portadores de VIH y en los últimos seis meses, según el nivel de educación.

Nivel de educación		Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	*P*
Analfabeto	N de casos válidos	8			
	Prueba de McNemar-Bowker			.[b]	
Primaria	Prueba de McNemar				,000[a]
	N de casos válidos	103			
Secundaria	Prueba de McNemar				,000[a]
	N de casos válidos	219			
Tercer nivel	Prueba de McNemar				,000[a]
	N de casos válidos	129			

Cuarto nivel	N de casos válidos	17	
	Prueba de McNemar-Bowker		.[b]
Total	Prueba de McNemar		,000[a]
	N de casos válidos	476	

[a.] Distribución binomial utilizada. [b.] Sólo se ha calculado para una tabla PxP, donde P debe ser mayor que 1.

Tabla 44. Recuento de pacientes que consumieron alcohol y/o drogas antes, durante o después de tener relaciones sexuales, antes de ser diagnosticados como portadores de VIH y en los últimos seis meses, según la orientación sexual.

Orientación Sexual	Antes de ser diagnosticados VIH +	Últimos seis meses
Homosexual	119/285	30/285
Heterosexual	69/158	24/158
Bisexual	19/33	4/33

119 Homosexuales tenían algún tipo de consumo de licor y/o drogas antes de su diagnóstico como portadores de VIH y hoy en día consumen 30 de 285 participantes mostrando así una disminución del 31,4% de consumo en este grupo. Las diferencias observadas entre el antes y el después del diagnóstico en cuanto al uso de licor y/o drogas fueron significativas (p ≤ 0,001) en Homosexuales, Bisexuales y Heterosexuales (Tabla 44-45).

Tabla 45. Prueba de McNemar de pacientes que consumieron alcohol y/o drogas antes, durante o después de tener relaciones sexuales, antes de ser diagnosticados como portadores de VIH y en los últimos seis meses, según la orientación sexual.

Orientación sexual		Valor	*P*
Homosexual	Prueba de McNemar		,000[a]
	N de casos válidos	285	
Heterosexual	Prueba de McNemar		,000[a]
	N de casos válidos	158	
Bisexual	Prueba de McNemar		,000[a]
	N de casos válidos	33	
Total	Prueba de McNemar		,000[a]
	N de casos válidos	476	

[a.] Distribución binomial utilizada.

Tabla 46. Recuento de pacientes que consumieron alcohol y/o drogas antes, durante o después de tener relaciones sexuales, antes de ser diagnosticados como portadores de VIH y en los últimos seis meses, según el grupo etario

Grupo Etario	Antes de ser diagnosticados VIH +	Últimos seis meses
≤ 35 años	103/230	37/230
> 35 años	104/246	21/246

La diferencia observada entre el antes y el después en cuanto al consumo de alcohol y/o drogas antes, durante y después de la relación sexual, fue significativa ($p \leq 0{,}001$), en ambos grupos etarios (tabla 46-47).

Tabla 47. Prueba de McNemar de pacientes que consumieron alcohol y/o drogas antes, durante o después de tener relaciones sexuales, antes de ser diagnosticados como portadores de VIH y en los últimos seis meses, según el grupo etario.

Grupo Etario		Valor	*p*
≤ 35 años	Prueba de McNemar		,000[a]
	N de casos válidos	230	
> 35 años	Prueba de McNemar		,000[a]
	N de casos válidos	246	
Total	Prueba de McNemar		,000[a]
	N de casos válidos	476	

[a.] Distribución binomial utilizada.

Tabla 48. Recuento de pacientes que presentaron alguna enfermedad de transmisión sexual antes de ser diagnosticados como portadores de VIH y en los últimos seis meses, según el sexo.

Sexo	Antes de ser diagnosticado VIH+	Últimos seis meses
Femenino	27/124	6/124
Masculino	159/352	40/352

Antes de ser diagnosticados como portadores, 27 de 124 mujeres presentaron alguna enfermedad de transmisión sexual, y ahora solo 6 de 124 mujeres presentaron alguna enfermedad de transmisión sexual. La diferencia observada entre el antes y el después en cuanto a la adquisición de una enfermedad de transmisión sexual es significativa (p ≤ 0,001) en ambos grupos (tabla 48-49).

Tabla 49. Prueba de McNemar en pacientes que presentaron alguna enfermedad de transmisión sexual antes de ser diagnosticados como portadores de VIH y en los últimos seis meses, según el sexo.

	Sexo	Valor	*P*
Femenino	Prueba de McNemar		,000[a]
	N de casos válidos	124	
Masculino	Prueba de McNemar		,000[a]
	N de casos válidos	352	
Total	Prueba de McNemar		,000[a]
	N de casos válidos	476	

[a.] Distribución binomial utilizada.

Tabla 50. Recuento de pacientes que presentaron alguna enfermedad de transmisión sexual antes de ser diagnosticados como portadores de VIH y en los últimos seis meses, según el nivel de educación.

Nivel de Educación	Antes de ser diagnosticados VIH +	Últimos seis meses
Analfabeto	0/8	1/8
Primaria	26/103	9/103
Secundaria	90/219	25/219
Tercer Nivel	64/129	11/129
Cuarto Nivel	6/17	0/17

Las diferencias observadas en la sobreinfección antes del diagnóstico y en los últimos seis meses fue significativa (p ≤ 0,001), en los niveles primaria, secundaria y tercer nivel (Tabla 50-51).

Tabla 51. Prueba de McNemar en pacientes que presentaron alguna enfermedad de transmisión sexual antes de ser diagnosticados como portadores de VIH y en los últimos seis meses, según el nivel de educación.

Nivel de educación		Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	*P*
Analfabeto	N de casos válidos	8			
	Prueba de McNemar-Bowker			.[b]	

Primaria	Prueba de McNemar		,000[a]
	N de casos válidos	103	
Secundaria	Prueba de McNemar		,000[a]
	N de casos válidos	219	
Tercer nivel	Prueba de McNemar		,000[a]
	N de casos válidos	129	
Cuarto nivel	N de casos válidos	17	
	Prueba de McNemar-Bowker		.[b]
Total	Prueba de McNemar		,000[a]
	N de casos válidos	476	

[a.] Distribución binomial utilizada. [b.] Sólo se ha calculado para una tabla PxP, donde P debe ser mayor que 1.

Tabla 52. Recuento de pacientes que presentaron alguna enfermedad de transmisión sexual antes de ser diagnosticados como portadores de VIH y en los últimos seis meses, según la orientación sexual.

Orientación Sexual	Antes de ser diagnosticados VIH +	Últimos seis meses
Homosexual	86/285	20/285
Heterosexual	79/158	21/158
Bisexual	21/33	5/33

Las diferencias observadas entre el antes y el después del diagnóstico en relación a la sobreinfección con una enfermedad de transmisión sexual fueron significativas ($p \leq 0{,}001$) en Homosexuales, Bisexuales y Heterosexuales (Tabla 52-53).

Tabla 53. Prueba de McNemar en pacientes que presentaron alguna enfermedad de transmisión sexual antes de ser diagnosticados como portadores de VIH y en los últimos seis meses, según la orientación sexual

Orientación sexual		Valor	*P*
Homosexual	Prueba de McNemar		,000[a]
	N de casos válidos	285	
Heterosexual	Prueba de McNemar		,000[a]
	N de casos válidos	158	
Bisexual	Prueba de McNemar		,000[a]
	N de casos válidos	33	
Total	Prueba de McNemar		,000[a]
	N de casos válidos	476	

[a.] Distribución binomial utilizada.

Tabla 54. Recuento de pacientes que presentaron alguna enfermedad de transmisión sexual antes de ser diagnosticados como portadores de VIH y en los últimos seis meses, según el grupo etario

Presencia de otra enfermedad de transmisión sexual		
Grupo Etario	**Antes de ser diagnosticados VIH +**	**Últimos seis meses**
≤ 35 años	113/230	32/230
> 35 años	73/246	14/246

Los grupos etarios, ≤ 35 años con un antes del diagnóstico como portador de VIH 113 se contagiaron de una ETS y en los últimos 6 meses 32 se contagiaron de un total de 230. Se encontró significancia ($p \leq 0{,}001$) en ambos grupos etarios (tabla 54-55)

Tabla 55. Prueba de McNemar en pacientes que presentaron alguna enfermedad de transmisión sexual antes de ser diagnosticados como portadores de VIH y en los últimos seis meses, según el grupo etario

Grupo Etario		Valor	*P*
≤ 35 años	Prueba de McNemar		,000[a]
	N de casos válidos	230	
> 35 años	Prueba de McNemar		,000[a]
	N de casos válidos	246	
Total	Prueba de McNemar		,000[a]
	N de casos válidos	476	

a. Distribución binomial utilizada.

CAPÍTULO V

5. DISCUSIÓN

La epidemiología nacional según ONUSIDA-2016 revela que en Ecuador el 69% de los pacientes con VIH son hombres, de los cuales un 48,6% son homosexuales, comparando con nuestro estudio que de igual manera la mayoría de pacientes son hombres, con un 73,95% y un 59,87% de ellos, son homosexuales(ONUSIDA, 2016).

Dentro de los comportamientos de riesgo se considera el tener relaciones sexuales con múltiples parejas (34,2%) y el no usar preservativo en la primera relación sexual (73,9%).

Se evaluó el uso de preservativo según el tipo de penetración antes del diagnóstico de ser portadores de VIH y en los últimos seis meses, comparándolo con el estudio "Apoyo social y conductas de riesgo en adolescentes diagnosticados y no diagnosticados con VIH/SIDA en Cali-Colombia" que evalúa el uso de preservativo en los últimos doce meses, obteniendo lo siguiente: en la penetración pene-vagina, el 38,9% de nuestros pacientes ha utilizado preservativo y en el estudio colombiano un 40%. En la penetración pene-boca: 21,6% de nuestros pacientes usan preservativo en los últimos seis meses y en el otro estudio 0%, al parecer se debe a que los pacientes colombianos conocen que ésta práctica conlleva muy poco o nada de riesgo, dato que reporta el CDC del 2016. En la penetración pene-ano: en nuestro estudio el 33,8% usan preservativo y en el otro el 30%. Al observar comparativamente los resultados, evidenciamos que los valores en la penetración pene-vagina y pene-ano en cuanto al uso de preservativo, son bastante similares, y que existe una gran diferencia en la penetración pene-boca y se puede deber a que la transmisión del VIH mediante vía oral es infrecuente.

Se considera como comportamiento de riesgo el consumo de alcohol y/o drogas antes, durante o después de las relaciones sexuales, tomando en cuenta antes de ser diagnosticados como portadores de VIH y en los últimos seis meses, comparándolo de igual manera con el estudio colombiano. El 43,5% de pacientes consumía alcohol o drogas antes, y ahora el 12,2%; comparando con el estudio colombiano que refiere el

consumo de alcohol y/o drogas en los últimos doce meses en un 70%. Observamos que en nuestros pacientes se presentó una disminución de 31,3%, que es representativo, caso contrario a lo reportado por el estudio colombiano que es sumamente alto dicho consumo y posiblemente se deba a que en Colombia el consumo de alcohol y/o drogas es más frecuente, existe mayor producción y fácil acceso, según el censo de cultivos ilícitos realizado por el Ministerio de Justicia y del Derecho de Colombia (Yesid Reyes Alvarado, 2015) (Jose Serrano Salgado, 2015) . Se debe aclarar que en nuestro estudio se reveló que el consumo de específicamente alcohol ha aumentado de 35% a 75% en los últimos seis meses.

El estudio colombiano además considera el número de parejas sexuales como un factor de riesgo importante, por lo que podríamos compararlo con el nuestro; evidenciando que la media en el estudio presente fue de 12 parejas y que en dicho estudio su media es de 4 parejas, podemos apreciar que en nuestro medio la gente tiende a cambiar su pareja sexual frecuentemente y podría tener relación directa al hecho de que el matrimonio homosexual no está avalado por nuestras leyes y en Colombia sí, desde abril del 2016 la Corte Constitucional Colombiana aprobó el matrimonio entre parejas del mismo sexo y esto hace que exista menor discriminación y una mejor aceptación por parte de la sociedad, dándole así la oportunidad de mantener una relación estable.

Comparamos nuestros resultados con un estudio realizado en Estados Unidos, donde incluyen pacientes latinos y de varias etnias, el cual tiene un número de participantes mayor a 8000 pacientes y con variables similares a nuestro estudio; realizado por “HIV Surveillance Report”, dicho estudio se titula “HIV Risk, Prevention, and Testing Behaviors National HIV Behavioral Surveillance System Men Who Have Sex with Men 20 U.S. Cities, 2011”. Tomando en cuenta, que en nuestro estudio el porcentaje de pacientes homosexuales es de 59,87% y bisexuales 6,93%, encontramos que éstos estudios pueden tener una adecuada comparación(Jianglan White, Jeff Todd, Greg Bautista, 2011).

Dentro de la variable de escolaridad se observó que en nuestro estudio el 46,01% de participantes terminaron la secundaria, mientras que en el otro estudio el mayor porcentaje se encuentra ubicado en el tercer y cuarto nivel de escolaridad, representando un 70%; al parecer la diferencia en cuanto a la escolaridad se deba a que en Estados Unidos existe una mayor oferta de estudios y facilidades para estudios de tercer y cuarto nivel, en comparación a nuestro país (Navas, 2011)(JUAN PONCE y FERNANDO CARRASCO, 2006).

Dentro de los factores protectores para la transmisión de VIH se ha identificado la alta escolaridad, lo que contradice el estudio estadounidense que reporta mayor prevalencia en pacientes que poseen tercer y cuarto nivel, pero presenta similitud con nuestros resultados ya que los que los bachilleres son los de mayor incidencia (Claudia Patricia Valencia, 2005).

El principal enfoque de nuestro estudio se centra en el uso de preservativo en relación al antes de ser diagnosticados como portadores de VIH y en los últimos seis meses, en cada tipo de penetración: pene-vagina, pene-boca, y pene-ano; comparado con el estudio que evalúa el uso de preservativo en los últimos doce meses, observándose lo siguiente: el 62% de los latinos no utilizaba condón con sus parejas en la penetración pene-ano, por otro lado, en nuestro estudio se aprecia que 9 (3.16%) de 285 pacientes no ha utilizado condón en los últimos seis meses. En relación a la penetración pene-vagina, se aprecia que el 65,36% de pacientes no ha utilizado preservativo en los últimos doce meses, mientras que en nuestro estudio 37 (13%) de 285 no ha usado condón en los últimos seis meses. Posiblemente, ésta diferencia que realmente es significativa se deba a que los pacientes de la Unidad Integral de PVV del Hospital General Enrique Garcés, hacen mayor conciencia en cuanto a la transmisión del VIH por el mismo impacto de ser portador y su connotación en la sociedad, y además puede que influya el apoyo psicológico y la educación impartida por los integrantes de dicha Unidad Integral de PVV.

Además, también consideramos como otro comportamiento de riesgo el uso de alcohol y/o drogas antes, durante o después de la relación sexual, antes de ser diagnosticados como portadores de VIH y en los últimos seis meses, obteniendo lo siguiente: en nuestro estudio el 12,2% de los participantes ha consumido alcohol y/o drogas en los últimos seis meses, mientras que en el otro estudio el 9,43% mantienen relaciones sexuales bajo la influencia de alcohol y/o drogas en los últimos doce meses; al parecer la disminución del consumo de alcohol y/o drogas es similar en ambos estudios y pueda ser que los pacientes toman en cuenta que al estar bajo efecto de dichas sustancias se ve disminuido su estado cognitivo, por ende aumentar el riesgo de contraer otra infección de transmisión sexual.

Otro parámetro evaluado es la presencia de alguna otra enfermedad de transmisión sexual antes de ser diagnosticados como portadores de VIH y en los últimos seis meses; comparándolo con el otro estudio, se obtuvo lo siguiente: en nuestro estudio el 9,66% de pacientes ha presentado una enfermedad de transmisión sexual en los últimos seis meses y en el estudio americano se apreció un 9,64% de pacientes que presentaron alguna enfermedad de transmisión sexual en los últimos doce meses; de igual manera en la evaluación de ésta variable se observa similitud en los dos estudios y corrobora el hecho de que los pacientes incrementan el uso de preservativo en sus prácticas sexuales.

Cabe recalcar que la razón por la que los hombres incrementan mayormente el uso de preservativo en comparación a las mujeres, se debe a que las mismas posterior a su diagnóstico de portadores de VIH se limitan y no mantienen relaciones sexuales, no siendo así en los hombres quienes continúan con una vida sexual activa.

Dentro de nuestro estudio no tuvimos ninguna limitación, puesto que los pacientes realizaron nuestra encuesta de manera voluntaria; además, cabe recalcar que no hubo conflictos de interés dentro del mismo.

Por otra parte, se observaron varias fortalezas como son la cooperación de los pacientes al realizar la encuesta y el prestar atención a todas sus dudas en cuanto a la misma. Por otra parte, fue productivo ya que en la mayoría de los resultados sin imaginarlo se obtuvo un cambio realmente significativo en relación del antes del diagnóstico como portadores de VIH y en los últimos seis meses.

CAPÍTULO VI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- Los datos obtenidos mediante nuestra encuesta evidenciaron cambios representativos en los pacientes seropositivos VIH +, los cuales revelaron una disminución importante en sus comportamientos de riesgo en los últimos seis meses, principalmente: el incremento en el uso de preservativo en los tipos de penetración, y disminución del consumo de drogas en relación al acto sexual.

- Los comportamientos de riesgo más prevalentes en los pacientes seropositivos VIH+, previo a su diagnóstico como portadores son las múltiples parejas sexuales y el obviar el uso de métodos de barrera.

- Al comparar nuestros resultados con otros estudios uno colombiano y otro estadounidense, se evidenció una tendencia de cambio en los comportamientos de riesgo de los pacientes portadores de VIH mayor que en dichos trabajos de investigación.

RECOMENDACIONES

- Continuar con el apoyo psicológico y el seguimiento continuo de los pacientes portadores de VIH en la Unidad Integral de PVV del Hospital General Enrique Garcés, para así disminuir y llegar a erradicar sus comportamientos de riesgo, evitando con esto la propagación de la pandemia a terceros.

- Evaluar periódicamente los comportamientos de riesgo de los pacientes portadores de VIH en la Unidad Integral de PVV del Hospital General Enrique Garcés, para que, dependiendo de los resultados se continúe concientizando a los mismos.

BIBLIOGRAFÍA

Adam L. Beckman1, A. L. B. (2016). A qualitative view of the HIV epidemic in coastal Ecuador . (R. Tandon, Ed.) PEERJ . Retrieved from https://peerj.com/articles/2726/

Artigas, J. M. (2013). *Guía práctica del sida* (12th ed., Vol. 12). Barcelona: Escofet Zamora S.L.

Campos Rafael. (1997). Avances recientes en HIV/SIDA: Patogénesis, historia natural y carga viral. *Universidad de Medicina de Miami*. Retrieved from http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RMH/article/viewFile/514/481

CL, S. (2013). Incidence, Prevalence, and Cost of Sexually Transmitted Infections in the United States. *CDC*, *1*(1).

Claudia Patricia Valencia, M. F. C. (2005, September). Riesgo de VIH/SIDA en la mujer: no es cuestión de estrato socioeconómico. Colombia Medica. Retrieved from https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/9030/1/rc05052.pdf

Codina, Martinez, I. (n.d.). La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (pp. 1495–1516). Retrieved from http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/sida/tomo2_cap21.pdf

GARY MARKS, N.C. (2005). Meta-Analysis of High-Risk Sexual Behavior in Persons Aware and Unaware They are Infected With HIV in the United States. *EPIDEMIOLOGY AND SOCIAL SCIENCE*.

HARRISON T.R. (2012). *medicina interna de T. R. Harrison* (18th ed., Vol. 18). USA.

Jacobson JO1, Sánchez-Gómez A, Montoya O, Soria E, Tarupi W, Chiriboga Urquizo M, Champutiz Ortiz E, Miranda SM, Tobar R, Gómez B, Riera C, J. J., Sánchez-Gómez A, Montoya O, Soria E, Tarupi W, Chiriboga Urquizo M, Champutiz Ortiz E, Miranda SM, Tobar R, Gómez B, Riera C. (2013). A Continuing HIV Epidemic and Differential Patterns of HIV-STI Risk among MSM in Quito, E. A. *scielo*. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23620242

Jianglan White, Jeff Todd, Greg Bautista. (2011). HIV Risk, Prevention, and Testing Behaviors National HIV Behavioral Surveillance System Men Who Have Sex with Men 20 U.S. Cities, 2011.

jim young kim. (2005). Abuse, Alcohol Use and Sexual Risk Behaviour: A Cross-Cultural Study in Eight Countries, 50–70.

Jose Serrano Salgado. (2015). indicadores de Cultivos Ilícitos en el Ecuador 2014. *UNODC*. Retrieved from https://www.unodc.org/documents/peruandecuador/Informes/ECUADOR/ecuador_2015_Web_2.pdf

JUAN PONCE y FERNANDO CARRASCO. (2006). EDUCACION SUPERIOR Y POSGRADO EN ECUADOR. *FLACSO*.

LAZARO, M.N. (2012). SEXUALLY TRANSMITTEF INFECTION IN PRIMARY CARE. *ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONER*, *24*.

LEE GOLMAN, A.I. (2012). GOLDMAN'S CECIL MEDICINE. *D.MELINI, ED*, *24*.

LORRAINE SHERRA, B.L. (2012). VOLUNTARY COUNSELLING AND TESTING UPTAKE, IMPACT ON SEXUAL BEHAVIOUR, AND HIV INCIDNECE IN A RURA ZIMBABWEAN COHORT. *P.L SHERR, ED*, *21*, 1–10.

MILA PAUNI. (2011). Risk Behaviors for Getting HIV Infection among University Students in Serbia. *COLLEGE OF ANTROPOLOGY*, *8*.

ONUSIDA. (2016). HIV and AIDS Ecuador. *ONUSIDA*. Retrieved from http://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/ecuador

Peter Shalit. (2017). Tips for living healthier and smarter, whether you're newly diagnosed or not. *The Body/living well with HIV*. Retrieved from https://www.positivelyaware.com/articles/living-well-hiv

Stefano Bertozzi, M. T. (2006). HIV/AIDS Prevention and Treatment, 331–369.

Thomas C Quinn, M. M. (2016). global epidemiologi of hiv infection, *22*. Retrieved from https://www.uptodate.com/contents/global-epidemiology-of-hiv-infection?

source=see_link&sectionName=MODES%20OF%20TRANSMISSION%20DRIVING%20THE%20EPIDEMIC&anchor=H11#H11

UNADIS AND WHO. (n.d.). A HISTORY OF THE HIV/AIDS EPIDEMIC WITH EMPHASIS ON AFRICA. *UNAIDS AND AIDS*, *1*. Retrieved from http://www.un.org/esa/population/publications/adultmort/UNAIDS_WHOPaper2.pdf

UNAIDS. (2002). REPORT ON THE GLOBAL HIV/AIDS EPIDEMIC. Retrieved from http://data.unaids.org/pub/report/2002/brglobal_aids_report_en_pdf_red_en.pdf

WEINHARDT, L.S. (2006). HIV Diagnosis and Risk Behavior, *2*.

Yesid Reyes Alvarado. (2015). *Reporte de Drogas de Colombia*. Colombia: Ministerio de Justicia y del Derecho. Retrieved from https://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/odc-libro-blanco/OD0100311215_reporte_de_drogas_de_colombia.pdf

YURI A., AMIRKAHANIANA, B. J. (2014). High-Risk Sexual Behavior, HIV/STD Prevalence, and Risk Predictors in the Social Networks of Young Roma (Gypsy) Men in Bulgaria, 1–16.

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento Informado

Este formulario de consentimiento informado se dirige a pacientes que se atienden en la UNIDAD DE ATENCION INTEGRAL DE PVV del Hospital Enrique Garcés para el estudio de factores de riesgo en pacientes seropositivos

Título del estudio: Estudio de factores de riesgo en pacientes seropositivos VIH(+)

Investigadores: Sarahi Gómez Taco, San Rafael 0984490035 y José Mejía Vélez, San Rafael 0992514219

Introducción:
Nosotros Sarahi Gómez y José Mejía, estudiantes de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Estamos investigando sobre la prevalencia de factores de riesgo en pacientes con VIH, que es muy común en este país. Le voy a dar información e invitarle a participar de esta investigación. Puede que haya algunas palabras que no entienda. Por favor, no tenga miedo y pregunte a quien este recolectando los datos

Propósito:

El ser portador de VIH es muy común hoy en día en el Ecuador, por lo cual este estudio intenta evaluar cuáles son los factores de riesgo más comunes ya que dentro de este grupo de pacientes el año pasado existieron más o menos 200 pacientes infectados con sífilis y eso solo quiere decir que los pacientes no están tomando conciencia de su enfermedad y continúan teniendo prácticas de riesgo. La participación en este estudio es totalmente voluntaria y si no es partícipe nada cambiara en cuanto a su atención en esta Clínica.

Confidencialidad:

Sus datos serán guardados con total confidencialidad y solo las personas participantes del grupo tendrán acceso a dicha información, por otra parte para cautelar aún más la información de los pacientes se les asignara un código: El nombre que se utilizara será en código (ejemplo: José Antonio Mejía Vélez el código seria JOANMEVE, siendo las dos primeras letras de cada nombre) para preservar la identidad de los participantes

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del Participante_____ Firma del Participante _____ Fecha _____ Día/mes/año

Anexo 2. Cuestionario confidencial sobre vida sexual activa (CCVSA) (Ministerio de Salud de Colombia, 1997).

LA PRESENTE ENCUESTA TIENE POR OBJETO OBTENER INFORMACIÓN SOBRE ALGUNOS ASPECTOS DEL COMPORTAMIENTO DE LOS PACIENTES FRENTE AL EJERCICIO DE SU SEXUALIDAD. POR TAL RAZÓN, ESTE CUESTIONARIO ES DE CARÁCTER ANÓNIMO. LE SOLICITAMOS RESPONDER INDIVIDUALMENTE SEGÚN LO QUE USTED HACE Y SEGÚN LO QUE DESEARÍA HACER. POR FAVOR, SIGA LAS INSTRUCCIONES QUE ENCUENTRE A LO LARGO DEL CUESTIONARIO. GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

EDAD: _____ (AÑOS CUMPLIDOS) **SEXO:** ☐ FEMENINO ☐ MASCULINO

ORIENTACIÓN SEXUAL: _____

NIVEL DE EDUCACIÓN:

- ☐ Analfabeto
- ☐ Primaria
- ☐ Secundaria
- ☐ Tercer nivel
- ☐ Cuarto nivel

OCUPACIÓN: _____

A qué edad tuvo su primera relación sexual con penetración del pene (en la casilla escriba el número de años) ☐

En esa primera relación sexual con penetración del pene, usted o su pareja uso condón SI ☐ NO ☐

Antes de ser diagnosticado VIH positivo cuántas parejas sexuales tuvo (en la casilla escriba el número de parejas sexuales) ☐

Antes de ser diagnosticado VIH positivo practicó sexo con más de una persona a la vez SI ☐ NO ☐

Antes de ser diagnosticado VIH positivo, usted alguna vez practicó relaciones sexuales con penetración

- Del pene en la vagina	SI	☐	NO	☐
- Del pene en la boca	SI	☐	NO	☐
- Del pene en la ano	SI	☐	NO	☐

EN CASO DE QUE SUS RESPUESTAS PREVIAS FUERAN AFIRMATIVAS, RESPONDA SI O NO PARA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES:

Utilizó condón en esas relaciones sexuales

- Del pene en la vagina	SI		NO	
- Del pene en la boca	SI		NO	
- Del pene en la ano	SI		NO	

Se encontraba bajo el efecto de alguna de las siguientes sustancias

- Licor	SI		NO	
- Cocaína	SI		NO	
- Marihuana	SI		NO	
- Basuco	SI		NO	
- Tranquilizantes	SI		NO	
- Pastillas alucinógenas	SI		NO	
- Heroína	SI		NO	
- Pegantes o inhalantes	SI		NO	

En el caso de que usted no haya utilizado condón durante su práctica sexual, enumere el o los motivos por los que no uso

	Porque a usted o la persona con quien tuvo esa relación le disgusta usarlo
	Porque la persona con quien tuvo esa relación se negó a usarlo
	Porque usted o su pareja presentan alergia a los componentes del condón
	Porque le resultó difícil hablar del uso del condón
	Porque confía en la persona con quien tuvo esa relación
	Porque solo tiene relaciones sexuales con esa persona
	Porque estaba bajo el efecto del alcohol o drogas
	Porque era difícil conseguirlo en ese momento
	Por el afán del momento
	Porque no sabe usar el condón

Ha presentado usted	SI		NO	

alguna enfermedad de transmisión sexual				
Si su respuesta fue positiva, recibió tratamiento	SI		NO	

Indique el tiempo transcurrido desde su diagnóstico como VIH positivo (en la casilla escriba el número de años | meses)	AÑOS	MESES

En los últimos seis meses, usted ha tenido relaciones sexuales con penetración

- Del pene en la vagina	SI		NO	
- Del pene en la boca	SI		NO	
- Del pene en la ano	SI		NO	

EN CASO DE QUE SUS RESPUESTAS PREVIAS FUERAN AFIRMATIVAS, RESPONDA SI O NO PARA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES:

Usted y/o su pareja usó condón durante el acto sexual

- Del pene en la vagina	SI		NO	
- Del pene	SI		NO	

en la boca - Del pene en la ano	SI		NO	

En los últimos seis meses, ha tenido relaciones sexuales con
(Marque una sola respuesta)

	La misma persona	
	Más de una persona. Indique el número en el recuadro	

En el caso de que usted no haya utilizado condón durante los seis últimos meses en su práctica sexual, enumere el o los motivos por los que no uso

	Porque a usted o la persona con quien tuvo esa relación le disgusta usarlo
	Porque la persona con quien tuvo esa relación se negó a usarlo
	Porque usted o su pareja presentan alergia a los componentes del condón
	Porque le resultó difícil hablar del uso del condón
	Porque confía en la persona con quien tuvo esa relación
	Porque solo tiene relaciones sexuales con esa persona
	Porque estaba bajo el efecto del alcohol o drogas
	Porque era difícil conseguirlo en ese momento
	Por el afán del momento
	Porque no sabe usar el condón

Consume usted algún tipo de sustancia antes, durante o después de la relación sexual	SI		NO	

En caso de contestar de manera afirmativa la pregunta anterior, indique cuál o cuáles han sido consumidas

	- Licor
	- Cocaína
	- Marihuana
	- Basuco
	- Tranquilizantes
	- Pastillas alucinógenas

	- Heroína
	- Pegantes o inhalantes

En los últimos seis meses ha presentado usted alguna enfermedad de transmisión sexual SI [ ] NO [ ]

Si su respuesta fue positiva, recibió tratamiento SI [ ] NO [ ]