

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**“FACTORES DE RIESGO Y CARACTERISTICAS
SOCIODEMOGRAFICAS DE PACIENTES CON VIH-SIDA
ATENDIDOS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO-
JULIACA DESDE 2010-2017.”**

TESIS

PRESENTADA POR:

Bach. CYNTHIA LISETTE YANQUI BALLENA.

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

MEDICO CIRUJANO

PUNO – PERÚ

2017

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

“FACTORES DE RIESGO Y CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS
DE PACIENTES CON VIH-SIDA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL CARLOS
MONGE MEDRANO-JULIACA 2010-2017”

TESIS

PRESENTADA POR:

Bach. CYNTHIA LISETTE YANQUI BALLENA.

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE:

MEDICO CIRUJANO

APROBADA POR EL JURADO REVISOR CONFORMADO POR:

PRESIDENTE:

M.Sc. ALBERTO LORENZO ASCENCIO CAYAN.

DR. ALBERTO ASCENCIO CAYAN

Médico Cirujano

C.M.P. 13784

DR. VIDAL A. QUISPE ZAPANA

CIRUJANO GENERAL

CIRUJANO DE TORAX Y C.V.

Ms. VIDAL A. QUISPE ZAPANA.

C.M.P. 13784

HOSP. III ESSALUD PUNO

AsesSalud

PRIMER MIEMBRO:

SEGUNDO MIEMBRO:

Mg. RENE MAMANI YUCRA

RENE MAMANI YUCRA

GINECOLOGIA - OBSTETRICIA

C.M.P. - 42200 - R.N.E. 31029

DIRECTOR / ASESOR:

Mg. ARIEL SANTIAGO HUARACHI LOZA.

Dr. ARIEL S. HUARACHI LOZA

C.M.P. 1485 R.N.E. 1032

HOSP. REG. MNB - PUNO

ÁREA : CIENCIAS CLÍNICAS.

TEMA : SIDA

FECHA DE SUSTENTACION: 27/03/2018

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a mi DIOS quien supo responderme cuando le pedí realizar un trabajo de investigación que beneficie a su pueblo. Así como está dedicado a la persona más grandiosa que ha pisado este planeta (JESUS) quien siempre intercede por mi ante DIOS y quien nunca me abandona a pesar de todo lo que pueda pasar.

A mis padres JOSE y RAQUEL por su amor incondicional, trabajo y sacrificio en todos estos años de mi vida, gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy. Es una gran bendición tenerlos a mi lado y ahora me toca a mí retribuir todo su amor.

A mis hermanos (JEAN y GARY) quienes son mi principal motivo para seguir adelante y de quienes aprendo día a día, gracias por su compañía y por los bellos momentos compartidos, los quiero mucho.

A mi gran amor JAVIER quien me ha enseñado a nunca rendirme y quien siempre me ha brindado su apoyo.

CYNTHIA LISETTE YANQUI BALLENA

AGRADECIMIENTO

Mi Dios no cesan mis ganas de decir que es gracias a ti que esta meta está cumplida. Ahora esta carrera es tuya y te serviré a través de ella.

A mi familia quienes fueron el motor indispensable para no desfallecer y que sin su apoyo hubiera sido imposible desarrollarme en todos los sentidos. Gracias por creer en mí

A mi alma mater UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO y la FACULTAD DE MEDICINA HUMANA, por permitirme estudiar en sus aulas y poder realizar una de mis metas.

A mis Maestros del HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO donde realice mi internado, gracias por todas sus enseñanzas y amistad brindada. Fueron los momentos más felices de mi vida.

Muchas gracias.

INDICE GENERAL

ÍNDICE DE FIGURAS	6
ÍNDICE DE TABLAS	7
ÍNDICE DE ACRÓNIMOS	8
RESUMEN	9
ABSTRACT	10
CAPITULO I: INTRODUCCIÓN	11
1.1 OBJETIVO GENERAL	14
1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
CAPITULO II: REVISIÓN DE LITERATURA	15
2.1 ANTECEDENTES	15
2.2 MARCO TEÓRICO	30
2.3 HIPÓTESIS GENERAL	49
2.4 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS	49
CAPITULO III: MATERIALES Y METODOS	50
CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	55
CAPITULO V: CONCLUSIONES	95
CAPITULO VI: RECOMENDACIONES	96
VII REFERENCIAS	97
VIII ANEXOS	103

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Variación de casos nuevos anuales desde 2010 – 2017 de pacientes con VIH, atendido en el Hospital Carlos Monge Medrano	56
Figura 2. Distribución de los pacientes según sexo	57
Figura 3. Distribución de los pacientes según edad	59
Figura 4. Orientación sexual según sexo	62
Figura 5. Variación de casos nuevos anuales de pacientes con VIH de varones del Hospital Carlos Monge Medrano con prácticas homosexuales	64
Figura 6. Variación de casos nuevos anuales de pacientes con VIH de varones del Hospital Carlos Monge Medrano con prácticas heterosexuales	66
Figura 7. Distribución de pacientes varones según los factores de riesgo de contagio.....	68
Figura 8. Distribución de pacientes según uso de preservativos.....	70
Figura 9. Distribución de pacientes según uso de preservativos.....	72
Figura 10. Contacto heterosexual con trabajadoras sexuales.....	76
Figura 11. Consumo de sustancias psicoactivas antes y durante las relaciones sexuales.....	78
Figura 12. Edad de inicio de relaciones sexuales	80
Figura 13. Relación del abuso sexual y/o tocamientos indebidos durante la niñez con la orientación sexual en varones.....	86
Figura 14. Distribución de los pacientes con VIH según el nivel educativo	88
Figura 15. Nivel socioeconómico de los pacientes con VIH	90
Figura 16. Tipo de familia	92
Figura 17. Distribución de pacientes según su religión	94

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Variación de casos nuevos anuales desde 2010 – 2017 de pacientes con VIH, atendido en el Hospital Carlos Monge Medrano	55
Tabla 2.	Distribución de los pacientes según sexo	57
Tabla 3.	Distribución de los pacientes según edad	58
Tabla 4.	Estadísticos de edad de mujeres	59
Tabla 5.	Estadísticos de edad de varones	60
Tabla 6.	Orientación sexual según sexo	61
Tabla 7.	Variación de casos nuevos anuales de pacientes con VIH de varones con prácticas homosexuales	63
Tabla 8.	Variación de casos nuevos anuales de pacientes con VIH según varones con prácticas heterosexuales	65
Tabla 9.	Distribución de pacientes varones según los factores de riesgo de contagio.....	67
Tabla 10.	Distribución de pacientes según uso de preservativos.....	69
Tabla 11.	Número de parejas sexuales según sexo	71
Tabla 12.	Número de parejas sexuales en mujeres	73
Tabla 13.	Número de parejas sexuales en varones	74
Tabla 14.	Contacto heterosexual con trabajadoras sexuales.....	76
Tabla 15.	Consumo de sustancias psicoactivas antes y durante las relaciones sexuales.....	77
Tabla 16.	Edad de inicio de relaciones sexuales	79
Tabla 17.	Edad de inicio de relaciones sexuales de mujeres.....	81
Tabla 18.	Edad de inicio de relaciones sexuales de varones.....	82
Tabla 19.	Estadísticos de edad de inicio de relaciones sexuales en mujeres	84
Tabla 20.	Estadísticos de edad de inicio de relaciones sexuales en varones	84
Tabla 21.	Relación del abuso sexual y/o tocamientos indebidos durante la niñez con la orientación sexual en varones.....	85
Tabla 22.	Distribución de los pacientes con VIH según el nivel educativo	87
Tabla 23.	Nivel socioeconómico de los pacientes con VIH	89
Tabla 24.	Tipo de familia	91
Tabla 25.	Distribución de pacientes según su religión	93

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

- SIDA:** Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
- VIH:** Virus de la inmunodeficiencia humana
- ADN:** Acido desoxirribonucleico
- ARN:** Ácido ribonucleico
- CDC:** Centro para el control y la prevención de enfermedades
- ONUSIDA:** Programa conjunto de las naciones Unidas sobre el VIH/Sida
- MINSA:** Ministerio de Salud
- OMS:** Organización Mundial de la Salud
- HSH:** hombres que tienen sexo con hombres
- PANP:** Practica de penetración anal no protegida.
- ITS:** Infecciones de transmisión sexual
- TARGA:** Tratamiento antirretroviral de gran Actividad

RESUMEN

OBJETIVO: Examinar y elaborar un modelo predictivo de los factores de riesgo y características sociodemográficas de pacientes con VIH-SIDA atendidos en el Hospital Carlos Monge Medrano-Juliaca desde el 2010-2017. **MATERIALES Y METODOS:** Corresponde a un diseño observacional, analítico, transeccional de tipo retrospectivo. La población de estudio fue de 199 pacientes con el diagnóstico de VIH/SIDA, pero solo 161 cumplieron con los criterios de inclusión. Instrumento: Historias clínicas de pacientes con VIH SIDA atendidos en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca desde 2010-2017. **RESULTADOS:** El modelo predictivo está conformado por una variable dependiente (factores de riesgo) y por cinco variables independientes, predictivas o explicativas (las prácticas homosexuales masculinas, el número mayor de parejas (>2), consumo de sustancias psicoactivas, contacto heterosexual con trabajadoras sexuales y el nivel de pobreza relativa). Las variables sociodemográficas como el sexo, edad, familia, nivel educativo y religión no explican el comportamiento sexual de riesgo de los pacientes; en cambio el nivel de pobreza relativa sí es un factor de riesgo para desarrollar el VIH y explica el comportamiento sexual de riesgo. Las prácticas homosexuales masculinas son el primer factor de riesgo y/o método de transmisión del VIH. El abuso sexual y tocamientos indebidos durante la niñez es un factor de riesgo importante para el desarrollo de las prácticas de homosexualidad masculina.

Palabras clave: Factores de riesgo, Características sociodemográficas, VIH/SIDA.

ABSTRACT

OBJETIVE: To determine the clinical, epidemiological and laboratory related to the types of urinary tract infection in patients hospitalized in the Pediatric Service of the Hospital Carlos Monge Medrano of Juliaca in the year 2017. **MATERIALS AND METHODS:** Corresponds to a design an observational, analytical, sectional and retrospective. The study population was of 199 patients with the diagnosis of HIV/AIDS, but only 161 met the inclusion criteria. Instrument: Medical records of patients with HIV AIDS, attended in the Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca from 2010-2017. **RESULTS:** The predictive model is composed of a dependent variable (risk factors), and by five independent variables, predictive or explanatory (male homosexual practices, the greater number of couples (>2), the consumption of psychoactive substances, heterosexual contact with sex workers and the level of relative poverty). The socio-demographic variables such as sex, age, educational level, family and religion do not explain the sexual risk behavior of patients; the level of relative poverty if it is a risk factor for developing HIV and explains the sexual risk behavior. Male homosexual practices are the primary risk factor and/or method of HIV transmission. The improper touching and sexual abuse during childhood is a risk factor for the development of the practices of male homosexuality.

KEY WORDS: Risk factors, sociodemographic characteristics, HIV/AIDS

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

La infección del VIH-SIDA es provocada por la adquisición del virus de la Inmunodeficiencia humana y se considera como el problema de salud pandémico del siglo XXI. A pesar de los inmensos avances médicos, epidemiológicos y sociales experimentados bajo las últimas décadas la infección por VIH aún sigue constituyendo un problema de salud pública en el mundo (1).

Sin embargo a nivel mundial ha disminuido el número de nuevas infecciones, el número de muertes anuales y se ha incrementado de una manera importante el total de personas que se encuentran en tratamiento en todo el mundo (2).

En este momento hay 36,7 millones [30,8 millones–42,9 millones] de personas que viven con el VIH en todo el mundo, cada año aumenta en 1,8 millones [1,6 millones–2,1 millones] los nuevos casos y 35,0 millones [28,9 millones–41,5 millones] de personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el sida desde el comienzo de la epidemia. La principal vía de transmisión es el contacto sexual entre hombres, la epidemia del VIH en hombres con prácticas homosexuales se está expandiendo en países de todos los niveles de ingresos (3).

En Perú el Ministerio de Salud ha registrado desde 1983 hasta Marzo del 2017, 35847 casos de SIDA y 68201 casos de VIH. La vía de transmisión predominante es la sexual (4). En el Perú viven alrededor de 70,000 personas con VIH, de este grupo una de cada cuatro personas (alrededor de 16,250) no saben que tienen la infección. El Ministerio de Salud indica que solo el 2016 ocurrieron cerca de 2,700 nuevas infecciones en el país y 2200 (1400 - 3500) muertes relacionadas con el SIDA. El Perú ha logrado reducir la tasa de mortalidad a causa del SIDA en 40%, entre los años 2010 y 2016, convirtiéndose en uno de los países de América Latina con mejores resultados en este campo, esto ha sido destacado por ONUSIDA (5).

Según las estadísticas manejadas por el MINSA, la vía sexual continúa siendo la principal forma de transmisión (97%) de VIH en el país así como la principal población de riesgo son los hombres que tienen sexo con hombres. Asimismo, la prevalencia de este virus estimada en la población general adulta es de 0,3%, es decir 3 de cada 1,000 personas viven con VIH en nuestro país. Mientras que de cada 10 personas que tienen VIH y SIDA ocho son hombres (5).

Según la Dirección Regional de Salud Puno en el año 2017 se incrementaron los casos de personas infectadas, en el año 2016 se obtuvieron 64 infectados, y en el año 2017 se registraron 79 casos nuevos, es preocupante el incremento en las cifras. La Red de Salud San Román es la zona con mayor incidencia de infectados (se reportaron 44 casos en el año 2017), seguida de la Red de Salud Puno HRMNB (con 16 casos), la Red de Salud Puno (con 5 casos).

Del total de infectados (79) el grupo de mayor riesgo fue la población HSH con 47 casos seguido de la población heterosexual masculina con 20 casos, población femenina con 12 casos de estas se registraron 2 gestantes. Se registró también que de las 79 personas contagiadas 36 tienen SIDA y 43 viven con VIH.

Por ello y por qué no existen muchos estudios recientes publicados en los que se analice los factores de riesgo y características sociodemográficas, existe una necesidad urgente de recoger datos más completos referentes a nuestra población. Se decidió realizar el presente estudio para analizar y elaborar un modelo predictivo de los factores de riesgo y las características sociodemográficas de los pacientes con VIH SIDA atendidos en el Hospital Carlos Monge Medrano-Juliaca desde el 2010-2017. Lo cual ayudara en el diseño de intervenciones culturalmente apropiadas en nuestra población y para ello se requiere un profundo conocimiento del comportamiento sexual.

Se planteó la realización de un estudio observacional, analítico, transeccional de tipo retrospectivo en el que se revisaron las Historias Clínicas de todos los pacientes diagnosticados de VIH-SIDA atendidos en el Hospital Carlos Monge Medrano-Juliaca desde el 2010-2017.

1.1 OBJETIVO GENERAL

Examinar y elaborar un modelo predictivo de los factores de riesgo y características sociodemográficas de pacientes con VIH-SIDA atendidos en el Hospital Carlos Monge Medrano-Juliaca desde el 2010-2017.

1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Obtener un modelo predictivo de los factores de riesgo de la población estudiada.

Determinar si las variables sociodemográficas explican el comportamiento sexual de riesgo.

Determinar si las prácticas homosexuales masculinas sean el primer factor de riesgo y/o método de transmisión del VIH.

Determinar si el abuso sexual y o tocamientos indebidos durante la niñez sea un factor de riesgo importante para el desarrollo de las prácticas de homosexualidad masculina en el futuro.

CAPITULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1 ANTECEDENTES

A NIVEL INTERNACIONAL:

Pizarro Portillo A. en su tesis "Prevalencia y Características de los Pacientes con Infección por VIH no Diagnosticada que Acuden al Servicio de Urgencias" (España, 2015). El objetivo del presente estudio es Describir las características de los pacientes que desconocían que estaban infectados por VIH y factores asociados al diagnóstico. Conclusiones: 1. Nosotros hemos encontrado una alta prevalencia de infección por VIH no diagnosticada entre los pacientes atendidos en el área ambulatoria de nuestro Servicio de Urgencias de un Hospital Urbano de tercer nivel. Estos datos están en la línea de la afirmación de que en nuestro país aún se estima que cerca del 30% de los pacientes infectados desconocen que lo están. 2. La prevalencia fue más alta entre los individuos nacidos fuera de España y en el grupo etario de los 36 a los 50 años, así como entre los que se habían realizado serología para VIH en los dos últimos años, pero estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. No encontramos diagnósticos por encima de los 50 años. 3. Ser hombre, presentar signos o síntomas sugerentes de infección en el motivo de consulta, tener antecedentes de hepatitis y no querer saber el resultado de la serología se asoció a infección por VIH no conocida de manera estadísticamente significativa. 4. Un 30% de los nuevos diagnósticos fueron seroconversiones y por tanto altamente contagiosos y el 50% de los casos, en los que se dispuso cuantificación de CD4+ en el momento del estudio, fueron diagnósticos tardíos. 5. Si sólo se hubiese

realizado "screening" basado únicamente en indicadores en vez de realizarse de manera universal y rutinaria se habrían diagnosticado un 30% menos de pacientes. 6. Hubo una alta aceptación por parte de los pacientes de la realización de la prueba del VIH de manera rutinaria y universal y se consiguió reclutar para su seguimiento y tratamiento de manera inicial al 80% de los pacientes, cifra ésta que se considera elevada y en consonancia con otros estudios similares en Urgencias. 7. Estos resultados aconsejan que los Servicios de Urgencias mejoren su estrategia de detección de infección oculta por VIH. Esta estrategia podría incluir la realización rutinaria, universal y voluntaria del test del VIH. Aunque el porcentaje de pacientes al que conseguimos proponer la realización del test de entre toda la población elegible fue escaso, la supresión de consentimiento informado escrito y explícito para la realización del test podría mejorar dicho porcentaje. Realizar el test del VIH a todos los pacientes que presenten alguno de los numerosos indicadores de infección por VIH que han sido publicados por organismos sanitarios españoles y europeos también supondría una mejora sustancial en la estrategia de aumentar el número de nuevos diagnósticos entre los pacientes que acuden a urgencias. En cualquier caso debemos ser conscientes de que el número de pacientes a los que habrá que proponer la realización del test será importante y que sólo si nos comprometemos a realizar cualquiera de las dos estrategias de manera sistemática tendremos éxito en el objetivo último que no es otro que avanzar hacia el control de la epidemia por VIH. Diagnosticar el mayor número posible de infección oculta por VIH y tratarla después es el único camino actualmente posible para conseguir la erradicación de la infección en las próximas décadas (6).

Antón Ruiz J.A. en su tesis “Análisis de Factores de Riesgo para la Transmisión del VIH/SIDA en Adolescentes. Desarrollo De Un Modelo Predictivo” (España, 2013). El objetivo del presente estudio es examinar y elaborar un modelo predictivo de los factores de riesgo para la prevención de la transmisión del VIH/sida en población adolescente. Se pretende examinar el valor predictivo de aquellos factores de riesgo que desde una perspectiva socio-cognitivo-conductual pueden estar facilitando a los adolescentes la adopción de comportamientos sexuales de riesgo posicionándolos en un estado de vulnerabilidad frente a enfermedades de transmisión sexual, VIH/sida y embarazos no deseados. Conclusiones: El comportamiento sexual de los adolescentes evaluados se caracteriza por: -Un considerable porcentaje, aunque no mayoritario, son sexualmente activos. Es decir, han mantenido alguna relación sexual incluyendo el coito. -Un debut sexual temprano en torno a los 15 años. -Tener o haber tenido más de una pareja sexual. -Presentar una alta frecuencia de prácticas sexuales con coito y/o combinadas. -Una historia de uso del preservativo basada en el uso del mismo en la primera relación sexual, siendo el método de protección de primera elección informado, pero presentando un uso inconsistente del mismo. -Una considerable tendencia a practicar sexo bajo los efectos de las drogas El comportamiento sexual de los adolescentes evaluados se caracteriza por: -Un considerable porcentaje, aunque no mayoritario, son sexualmente activos. Es decir, han mantenido alguna relación sexual incluyendo el coito. -Un debut sexual temprano en torno a los 15 años. - Tener o haber tenido más de una pareja sexual. -Presentar una alta frecuencia de prácticas sexuales con coito y/o combinadas. -Una historia de uso del preservativo basada en el uso del mismo en la primera relación sexual, siendo el

método de protección de primera elección informado, pero presentando un uso inconsistente del mismo. -Una considerable tendencia a practicar sexo bajo los efectos de las drogas. Los adolescentes presentan un conocimiento medio-bajo sobre el VIH/SIDA, es decir, sobre sus características, sintomatología, implicaciones y vías de transmisión. Siendo las chicas las que obtienen mejores puntuaciones en el total de la Escala HIV-KS y la mayoría de las subescalas. No obstante, ambos poseen un déficit de información adecuada que les hace vulnerables frente a la epidemia y que es necesario potenciar de cara al diseño de intervenciones futuras. En general, la mayoría de adolescentes poseen actitudes favorables hacia el VIH/sida, es decir, hacia las personas seropositivas, las pruebas de detección del VIH, el uso del preservativo así como hacer frente a los obstáculos hacia un comportamiento saludable. Las chicas fueron quienes obtuvieron mejores puntuaciones en el total de la Escala HIV-AS y en la mayoría de las subescalas. En cambio, los chicos manifiestan actitudes menos favorables hacia el VIH/SIDA. Además, se ha observado un efecto importante de las actitudes sobre las conductas sexuales de riesgo, de manera que cuantas más actitudes favorables hacia el uso del preservativo presentaban los adolescentes, menor porcentaje de prácticas de riesgo y mayor uso del preservativo (7).

Valle Solís M.O; Benavides-Torres R.A. en su revista de investigación "Conducta sexual de riesgo para VIH/SIDA en jóvenes universitarios" (México, 2011). Introducción: los jóvenes son un grupo vulnerable para el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual. Las conductas sexuales de riesgo más frecuentes para VIH/SIDA son: relaciones sexuales a temprana edad, múltiples parejas sexuales y uso de alcohol y droga durante las relaciones sexuales.

Objetivo: identificar la conducta sexual de los jóvenes entre 18 y 24 años de edad. Metodología: se realizó un estudio transversal correlacional en 112 jóvenes (73.2 % hombres) se utilizó el instrumento Sexual Behavior aplicado por primera vez en población mexicana (Ingledeew & Ferguson, 2007). Resultados: la conducta sexual manifestada por los jóvenes fue el inicio sexual a temprana edad, múltiples parejas sexuales, relaciones sexuales sin protección bajo el efecto de drogas. Conclusiones: los resultados del presente estudio proporcionan datos para diseñar intervenciones, en este grupo específico de la población, con eje central en la prevención de conductas sexuales (8).

Fernández Roma J.E. en su tesis “Estudio de las Prácticas de Riesgo Frente al VIH en la Población Privada de Libertad del Centro de Reclusión Femenina Cabildo” (Uruguay, 2012). La epidemia configurada por la difusión del virus de inmunodeficiencia humana VIH-sida, constituye una problemática sanitaria de especial importancia para los ámbitos carcelarios dado que estos concentran una seroprevalencia de VIH mucho más alta que la que se verifica en la población general. Asimismo, la población carcelaria suele evidenciar a una escala mucho mayor otros problemas de salud asociados al VIH tales como coinfecciones con hepatitis B y C y sífilis, una alta incidencia de patologías psíquicas y una gran diversidad de prácticas de riesgo para el VIH y otras enfermedades infecciosas de transmisión sexual, tanto en forma previa a su reclusión como durante la misma. Este trabajo presenta los resultados y conclusiones de un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal realizado mediante una encuesta, aplicada a una muestra aleatoria de mujeres privadas de libertad en el centro de reclusión Cabildo en diciembre de 2008, con el

propósito de describir y analizar las prácticas de riesgo frente al VIH que allí acontecen. Los datos obtenidos en el mayor centro de reclusión femenina del Uruguay, han sido analizados desde una perspectiva que considera la situación de vulnerabilidad social y familiar a la que están expuestas las mujeres privadas de libertad y al orden de desigualdad estructural en el que se encuentran. Se presentan también una serie de conclusiones y recomendaciones referidas a esta problemática y a su incidencia en el sistema de salud penitenciario del Uruguay (9).

Contreras Castellanos O.A.; Sigüenza Vásquez R.A. en su tesis “Caracterización Clínica, Epidemiológica y Factores de Riesgo en Mujeres, al Momento de ser Diagnosticadas Positivas al Virus de Inmunodeficiencia Humana -VIH” (Guatemala, 2012). Objetivo: Determinar las características clínicas, epidemiológicas y factores de riesgo de las mujeres VIH positivas que fueron diagnosticadas en el Hospital San Juan de Dios y en la Unidad de Especialidades “La Autonomía” del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) en el año 2010. Metodología: Estudio retrospectivo descriptivo donde se realizó una revisión sistemática de expedientes médicos de pacientes de quince años o más recién diagnosticadas VIH positivo en el año 2010 en los hospitales mencionados. Resultados: Se incluyeron 280 mujeres de todo el país de las cuales 209 (74.64%) provenían del departamento de Guatemala, 206 (73.57%) tenían 34 años de edad o menos, 243 (86.79%) eran ladinas, 97 (34.64%) se encontraban en unión de hecho; 132 (47.14%) eran amas de casa, y 217 (77.50%) no presentaron conductas de riesgo para adquirir la enfermedad. Asimismo las enfermedades oportunistas se presentaron en 99 (35.36%) de

ellas. Conclusiones: La mayoría de las mujeres diagnosticadas VIH positivo en el 2010 son jóvenes, no presentan conductas de riesgo asociadas al contagio con el VIH y la mayoría no pertenece a ningún grupo de los llamados de riesgo tradicionalmente aceptados. La presencia de enfermedades oportunistas fue la característica clínica más frecuente al momento del diagnóstico (10).

Vinaccia S, Quiceno J M en su artículo de investigación “Conductas Sexuales de Riesgo para la Infección por VIH/SIDA en Adolescentes Colombianos” (Colombia, 2007). El propósito del siguiente estudio fue evaluar los factores de riesgo para contraer el VIH/SIDA en adolescentes de ambos géneros y diferentes estratos sociales escolarizados de la ciudad de Medellín, Colombia. Se evaluó una muestra de 300 adolescentes mediante muestreo no aleatorio disponible de 10 y 11 grados de educación básica secundaria de diferentes colegios públicos y privados de la ciudad de Medellín, a quienes se les aplicó el cuestionario CPS desarrollado por Ballester, Gil, Guirado y Bravo (2004), encontrándose alta confiabilidad en el estudio. Finalmente se evidenció una baja información sobre los riesgos del VIH/SIDA en los adolescentes, acompañado por una baja percepción de vulnerabilidad especialmente en el género masculino, como de actitud poco sensible y solidaria ante los afectados por la enfermedad (11).

Nuttbrock L, Sel Hwahng B, en su artículo de investigación “Lifetime Risk Factors For HIV/STI Infections Amongmale-To-Female Transgender Persons” (Colombia, 2007). Objetivo: Describir y evaluar los factores de riesgo para VIH / ITS entre personas transgénero de hombre a mujer (MTF).Método: Usando la

entrevista de Life Chart, se midieron y evaluaron posibles factores de riesgo de por vida para HIV / STI entre MTF junto con exposiciones de por vida para HIV, sífilis, hepatitis B y hepatitis C. Los participantes fueron 517 MTFs entre las edades de 19 y 59 de la Área Metropolitana de Nueva York. Resultados: El VIH / ITS fueron bajos entre los estadounidenses caucásicos y muy altos entre los hispanos y los afroamericanos. En los últimos grupos, el VIH y la hepatitis B se asociaron con una orientación sexual andrófila, un número de por vida de parejas sexuales comerciales (trabajo sexual) y la expresión social de la identidad transgénero; la sífilis se asoció con el número de parejas sexuales ocasionales de por vida; la hepatitis C se asoció con el uso de drogas inyectables, el desempleo y la expresión social de la identidad transgénero. En modelos multivariados, la expresión social de la identidad trans fue el predictor más fuerte y consistente de VIH / ITS. De acuerdo con sus niveles más bajos de infecciones, los estadounidenses caucásicos informaron niveles significativamente más bajos de los factores de riesgo que se encuentran como predictivos de VIH / ITS entre los hispanos y los afroamericanos. Conclusión: La prevención del VIH / ITS en esta población debe estar dirigida a hispanos y afroamericanos. Los programas de prevención deben incorporar múltiples componentes diseñados para abordar los diversos problemas que enfrentan las personas transgénero de minorías étnicas, con énfasis en la expresión social de la identidad transgénero (12).

Folcha C, Casabonaa J en su artículo de investigación “Evolución de la prevalencia de infección por el VIH y de las conductas de riesgo en varones homo/bisexuales” (España, 2005). Objetivos: Describir las tendencias de la prevalencia de infección por VIH, las conductas de riesgo asociadas con su

transmisión y el conocimiento y las actitudes respecto a los antirretrovirales (ARV) en el colectivo de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) seleccionados en Barcelona durante el período 1995-2002. Métodos: Estudios transversales bianuales desde 1993. La selección tuvo lugar en saunas, sex-shops, un parque público y por correo a los socios de la Coordinadora Gay-Lesbiana, mediante un cuestionario anónimo y autoadministrado. Desde 1995 se recogieron muestras de saliva para determinar la prevalencia de infección por el VIH. Resultados: La prevalencia de la infección por el Virus de la inmunodeficiencia humana VIH se mantuvo constante de un 14,2% en 1995 a un 18,3% en 2002 ($p > 0,05$). Se observó una tendencia creciente en el porcentaje de HSH que tuvieron > 10 contactos sexuales en el último año (del 45,2% en 1995 al 55,7% en 2002; $p < 0,0001$). La práctica de penetración anal no protegida (PANP) con parejas ocasionales no varió significativamente durante 1995-2002 (el 25,8% en 2002). En 2002, un 55,8% de parejas estables con serologías frente al VIH desconocidas y un 27,5% de serodiscordantes practicó la PANP. El porcentaje de varones que creía que «un VIH-positivo en tratamiento (el 7,7% en 2002) o con carga viral indetectable (el 6,4% en 2002) no transmite el virus» se mantuvo constante desde 1998 ($p > 0,05$). Conclusiones: Se sigue manteniendo una elevada prevalencia de VIH y de conductas de riesgo en los HSH en Barcelona. Reducir las ocasiones en las que se produce la PANP entre 2 varones serodiscordantes debe continuar siendo un objetivo estratégico para el control de esta epidemia (13).

Bermúdez MP, Ramiro MT en su artículo de investigación “Conducta sexual y realización de la prueba del virus de la inmunodeficiencia humana en jóvenes que estudian en la universidad en Cuzco (Perú)” (España, 2017).

Objetivo: El objetivo era analizar la conducta sexual, la realización de la prueba del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), las intenciones para hacérsela y los motivos para no realizársela en jóvenes estudiantes en la universidad en Cuzco (Perú). Métodos: Participaron 1377 estudiantes universitarios/as de diversas instituciones de educación superior de Cuzco (Perú). El rango de edad era de 16 a 30 años. ~ Se aplicó un cuestionario sobre conducta sexual y realización de la prueba del VIH. El tamaño~ de la muestra se estableció considerando un nivel de confianza del 97% y un error de estimación del 3%. El cuestionario se cumplimentó en las aulas durante las horas lectivas. Resultados: Un mayor porcentaje de varones que de mujeres ha tenido sexo vaginal, anal y oral, un mayor número de parejas sexuales y un inicio a una edad más temprana en el sexo vaginal y oral. Un mayor porcentaje de mujeres que de varones no utilizó el preservativo en la primera relación sexual anal y tenía un mayor índice de riesgo anal. La mayoría de los/las jóvenes no se había realizado nunca la prueba del VIH. El principal motivo para no hacérsela era la seguridad de no estar infectados/as. Conclusiones: Parece existir una baja percepción de riesgo frente al VIH en los/las jóvenes a pesar de implicarse en conductas sexuales de riesgo. Es necesaria la realización de campanas ~ de prevención dirigida tanto a la población general como a las poblaciones clave, y considerar especialmente a la juventud (14).

Barrasa A, Lorenzo JM, en su artículo de investigación “Riesgo elevado de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en varones homosexuales incluso después del contacto con el sistema sanitario” (España, 2007). Objetivo. Conocer la incidencia de seroconversiones al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y evaluar las características que se asocian a

un mayor riesgo de seroconversión al VIH en varones homosexuales en el período 2000-2003. Método. Estudio de cohorte dinámica en todos los varones con prácticas homosexuales que se analizaron para el VIH en una red de 20 centros ambulatorios de diagnóstico de VIH de 19 ciudades españolas. Se analizaron sus características y se calculó la tasa de incidencia de seroconversiones entre los que estaban en seguimiento. Resultados. En el período 2000-2003 se acumularon un total de 10.189 personas-año de seguimiento y se diagnosticaron 167 seroconversiones al VIH, lo que supuso una tasa de seroincidencia de 16,4 por 1.000 personas-año. La mayoría de las seroconversiones (63%) ocurrieron en menores de 30 años. Entre los varones latinoamericanos y los subsaharianos la tasa de seroconversión fue mayor que entre los españoles. Conclusiones. En España el riesgo de transmisión del VIH entre los varones que tienen relaciones sexuales con otros varones todavía es elevado y, por lo tanto, continúa siendo una población prioritaria en la prevención de la infección por el VIH. Una parte de los diagnósticos de VIH entre inmigrantes son infecciones adquiridas tras su llegada a España, seguramente debido a condiciones de mayor vulnerabilidad social. Parece oportuno reforzar y renovar las estrategias de prevención dirigidas a esta población (15).

A NIVEL NACIONAL

Blitchtein-Winicki D, Paredes L. en su revista de investigación "Percepción y comportamientos de riesgo de ITS/VIH, en mujeres adolescentes inscritas para obtener su libreta militar en Lima y Callao 2001" (Lima, 2001). Objetivo: Obtener información acerca de comportamientos y percepción de riesgo de adquirir

infecciones de transmisión sexual (ITS-VIH-SIDA) en mujeres adolescentes de 16 y 17 años que se inscriben al servicio militar. DISEÑO: Estudio aleatorio transversal anónimo, realizado en Lima y Callao en el año 2001. Material y Métodos: Muestreo por conglomerados en tres etapas, con probabilidades proporcionales al tamaño; la muestra para el estudio resultó 755 adolescentes. Se utilizó un cuestionario autoaplicado. El análisis estadístico se desarrolló en tres etapas, descriptivo univariado, bivariado y se desarrolló un modelo de ecuaciones estructurales. Resultados: La media de la edad de las adolescentes encuestadas fue $16,4 \pm 0,49$ años, y la media de inicio de relaciones sexuales 15,4 años. La proporción global de uso de condón fue 23,4%; 16% refirió haber tenido dos o más parejas sexuales en el último año, 33% haber tenido síntomas sugestivos de ITS, mientras que 88,3% percibió no tener algún riesgo de adquirir una enfermedad de transmisión sexual con su vida sexual actual. Del total de adolescentes, 26% no reconoció el condón como una forma de prevención del SIDA. Conclusiones: Los hallazgos de baja percepción de riesgo de ITS/VIH/SIDA y la alta referencia de signos de ITS, señalan la necesidad de priorizar esta población para realizar estrategias de prevención. El resultado del análisis de senderos subraya la importancia de considerar factores racionales (nivel de información, número de parejas sexuales) y no racionales (emociones y percepciones) en el desarrollo de estrategias de intervención para disminuir comportamiento de riesgo (16).

Chirinos Jesús L, Bardales Olga en su artículo de investigación “Las relaciones coitales y la percepción de riesgo de adquirir ETS/SIDA en adultos

jóvenes varones de Lima, Perú” (Lima, 2008). El propósito de este estudio fue identificar a los hombres corresponsabilidad en el proceso de negociación de protección dual, según el género, en su primera y las relaciones sexuales más recientes, y su percepción del riesgo de ETS / SIDA. Nosotros encuestamos 750 hombres de 19 a 29 años de edad en 2.250 hogares seleccionados al azar en el área metropolitana Lima, Perú. La mayoría mencionó los condones como una técnica anticonceptiva (95%). Sus primeras relaciones sexuales ocurrieron con una mujer (amiga), con un compañero estable, o con una mujer (conocido). Casi la mitad usó algún tipo de protección, principalmente condones para evitar embarazo, pero su uso constante y correcto estaba bajo Por 39.5%, la relación sexual más reciente estaba con un compañero estable, una mujer amiga o mujer "conocida", esposa o mujer co-residente Diálogo sobre la protección aumentó entre la primera y las relaciones sexuales más recientes. La percepción del riesgo de adquirir las ETS / SIDA eran bajas, y tendían a usar protección solo con un "compañero desconocido" (17).

Escalante Romero L., Cerrón Vela en su artículo de investigación “Descripción De La Conducta Sexual En Adultos Jóvenes Limeños” (Lima, 2008).
Objetivo: Describir las conductas sexuales en una muestra de adultos jóvenes limeños de nivel socioeconómico C y D. Diseño: Estudio descriptivo transversal.
Lugar: EIGER. Participantes: 156 adultos jóvenes. Intervenciones: Se usó un cuestionario semiestructurado autoadministrado y se realizó el análisis con el Software STATA 9.0. Principales medidas de resultados: Para comparar las variables cuantitativas de acuerdo a variables cualitativas dicotómicas se usó el

test T de Student, previo examen de los supuestos de normalidad por el test de Shapiro Wilk y de homogeneidad de varianzas por el test de Levene, de no cumplirse los supuestos se usó el test de suma de Rangos de Wilcoxon. Para evaluar la asociación entre dos variables cualitativas se usó el Test exacto de Fisher. Resultados: La edad promedio de inicio sexual fue de 17.23 ± 3.51 años. La primera relación sexual se da con la pareja sentimental, el número promedio de parejas sexuales 1.88 ± 1.01 en mujeres y 4.35 ± 3.57 en hombres. Tener más de una pareja sexual durante la misma época, usar el Internet para buscar parejas sexuales, acudir a los servicios de prostitución y tener RS con parejas ocasionales conocidas o desconocidas son conductas mayoritariamente practicadas por hombres en nuestro estudio. Conclusiones: La población masculina se encuentra en mayor riesgo por presentar conductas y actitudes más riesgosas que la población femenina (18).

A NIVEL LOCAL:

Arapa Larico L. en su tesis "Factores Determinantes que Influyen en Prácticas Preventivas en las ITS y VIH/SIDA en Trabajadoras Sexuales en el Centro Poblado Rinconada, Puno - 2014" (Juliaca, 2014). Introducción: Las ITS son graves problemas de Salud Pública no solo por sus altas tasas, sino también por su capacidad de transmisión perinatal, sus complicaciones en salud sexual y reproductiva y por facilitar la transmisión del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Estos efectos tempranos y tardíos desencadenan serias consecuencias a nivel de la salud, nivel social y económico de la población. Debido a esto es necesario saber qué medidas aplican las trabajadoras sexuales

para no contraer las infecciones de transmisión sexual y según los resultados enfatizar en iniciar distintas actividades en esta población. De modo que se vio por conveniente plantear el siguiente estudio. Factores determinantes que influyen en prácticas preventivas de ITS y VIH/SIDA, en trabajadoras sexuales en el centro poblado rinconada, puno – 2014

Material y métodos: La población está conformada por 461 trabajadoras sexuales del centro poblado rinconada y la muestra está conformada por 80 trabajadoras sexuales. El estudio es de tipo cuantitativo, el método es descriptivo transversal y la técnica encuesta e instrumento cuestionario.

Resultados y discusión: Las prácticas sexuales más riesgosas son por desconocimiento de los mecanismos de transmisión. Concluyendo así que las trabajadoras sexuales que tienen un compromiso formal, migrantes de distintos departamentos, con responsabilidades en el hogar, mayor grado de instrucción, que tienen controles médicos, no consumen alcohol y usan preservativo tiene mejores prácticas preventivas (19).

2.2 MARCO TEÓRICO

FACTORES DE RIESGO:

Se entiende por factores de riesgo aquellas variables que incrementan la posibilidad de que determinado evento suceda.

1. ORIENTACIÓN SEXUAL:

HOMOSEXUAL- BISEXUAL

En Europa se ha declarado que la epidemia del VIH no está bajo control debido a que la infección está aumentando en los hombres gays y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Los HSH son el único colectivo en el que no se ha reducido la incidencia del VIH. Desde el 2004 hasta el 2013, los nuevos casos han aumentado un 33%. El sexo entre hombres sigue siendo la forma más habitual de transmisión en Europa ya que es responsable del 42% de los nuevos casos. Las altas tasas de infección por el VIH y otras ITS en los HSH se corresponden, en cierta medida, con el no uso sistemático del condón. El riesgo de infección está vinculado a la prevalencia del VIH y otras ITS que pueden incrementar el riesgo de adquisición y transmisión, y esto hace que el impacto del VIH sea dispar entre la población general y los HSH. En España la prevalencia del VIH en HSH es del 12%-17% frente al 0,4%-0,5% de la población general. Entonces resulta evidente que un hombre gay tenga más posibilidad de involucrarse sexualmente con otro hombre que tenga el VIH. Pero la elevada prevalencia entre los HSH puede explicarse, además, porque existen factores biológicos que marcan la diferencia. Los factores biológicos explican una gran parte del impacto desigual de la infección por el VIH observada entre los HSH y la población heterosexual (20).

Los HSH tienen un riesgo 140 veces mayor de contraer el VIH comparados con los hombres heterosexuales. Las fuentes de mayor vulnerabilidad biológica frente al VIH entre los HSH son diversos, el sexo anal, el rol sexual (la mayoría de hombres gays son versátiles) y las ITS no diagnosticadas y no tratadas (sobre todo las ulcerosas, por su efecto facilitador para la adquisición del VIH), cuyas prevalencias son también altas entre los HSH. Entender la elevada prevalencia de la infección por el VIH, el aumento de las ITS y la frecuencia de la penetración anal sin condón observadas en los HSH implica también comprender lo que significa la sexualidad gay y el sexo para estos hombres. La aparición de nuevas tecnologías como Internet y las aplicaciones geosociales. La consecuencia más directa que han tenido es que estos fenómenos para el colectivo gay es el aumento del número de parejas sexuales por la rapidez y efectividad que resulta la búsqueda. Además, como ya se ha descrito en algunos estudios realizados en nuestro contexto encontrar parejas sexuales por Internet genera ciertas dinámicas interpersonales (como la construcción de confianza) que llevan finalmente a no utilizar el condón en el encuentro sexual. El uso actual de las apps (Grindr, Scruff, Wapo) está teniendo un efecto añadido al impacto que tuvo las páginas web de contactos sobre la conducta sexual de los hombres gays y otros HSH en la década pasada. Por ejemplo, el conocimiento de la cercanía física de las potenciales parejas sexuales favorece con menos esfuerzo el éxito del encuentro. La globalización del uso de estas apps ofrece también una mayor visibilización de ciertas prácticas sexuales (p.ej., fisting, bareback, sexo en grupo) o fetichismos (p.ej., SM, leather) lo cual permite acceder rápidamente a hombres con los mismos intereses sexuales (21).

2. USO DE PRESERVATIVO.

Cuando los preservativos para hombres se usan correctamente y consecuentemente, son 80-95% efectivos en la reducción del riesgo de infección por VIH. Se estima que el preservativo para mujeres es 94%-97% efectivo en la reducción del riesgo de infección por VIH; si se usa correcta y consecuentemente (22).

El preservativo es el medio más efectivo de prevenir el VIH y otras ITS. Por ello es esencial conocer los problemas que puedan presentar, concretamente roturas y deslizamientos. Así un estudio refiere que el porcentaje medio de rotura fue de 1,7%, 1,8% para sexo vaginal y 4,8% para sexo anal. En la mayoría de los casos las roturas/deslizamientos se atribuyen a una lubricación inadecuada, la manipulación incorrecta o la falta de experiencia. Ante la rotura/deslizamiento de un preservativo es preciso sopesar el posible riesgo de transmisión del VIH u otras ITS. En conclusión, la rotura o el deslizamiento de un preservativo puede ocurrir pero ello es mejor que no usarlo. La efectividad del condón depende de muchos factores siendo preciso dirigir los esfuerzos en prevención a diseñar estrategias que reduzcan el problema real con los preservativos: su no uso (23).

Respecto al condón. Los hombres gais son los que más usan el condón si se los compara con la población heterosexual. Entonces, si los gais son los que más utilizan el condón, tienen más información y tienen más conciencia de riesgo, la pregunta que surge es: ¿por qué están ocurriendo más transmisiones en hombres que practican la homosexualidad? Todos sabemos que el condón

es un elemento importante en la prevención, pero, dada la elevada frecuencia de su uso y su eficacia imperfecta, un número sustancial de transmisiones del VIH puede ocurrir a pesar de su utilización. Recientemente, se ha publicado que la efectividad del condón para el sexo anal es del 70% en el caso de los HSH y que más de la mitad de las transmisiones del VIH en una gran muestra de HSH VIH-negativos en Canadá ocurrieron a pesar de su uso consistente. Entonces el condón no resulta ser altamente protector para la prevención del VIH en los HSH (21).

3. NUMERO DE PAREJAS SEXUALES.

La distribución porcentual de mujeres no unidas por el número de personas con quienes tuvieron relaciones sexuales en los últimos 12 meses anteriores a la entrevista muestra que el 62,8% refirió no haber tenido pareja sexual (68,8% en el año 2012), 34,8% respondió haber tenido una pareja (28,8% en el año 2012), y 2,4% tuvo dos o más parejas (similar al año 2012). Evaluando la distribución porcentual de mujeres actualmente casadas o convivientes por número de personas con las que han tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses (anteriores a la entrevista), se observa que la gran mayoría (97,9%) refirió haber tenido una sola pareja sexual incluyendo el esposo/ compañero, lo cual se refuerza con el gran porcentaje de mujeres que manifestaron no haber tenido parejas sexuales (99,5%) excluyendo el esposo/compañero; en tanto, el 0,4% ha tenido dos o más parejas sexuales incluyendo el esposo/compañero (24).

Existe una relación positiva entre el riesgo de adquirir el VIH y el número de compañeros sexuales. Sin embargo, limitar el número de parejas sexuales o tener solamente una, no garantiza estar protegido frente al VIH, a menos que al inicio de la relación ambos sean seronegativos y se mantengan fieles a su pareja (7).

La relación de pareja estable. Este es un aspecto que muy poca atención se ha prestado en la prevención del VIH entre los HSH. Existe evidencia de que entre uno y dos tercios de las nuevas transmisiones del VIH entre HSH se producen dentro de las relaciones de pareja estable. En los diversos estudios cualitativos que hemos realizado localmente, entre los participantes que tienen el VIH hemos encontrado que aproximadamente un 40% de las infecciones entre ellos ocurre en el contexto de las relaciones de pareja estable, elevándose este porcentaje hasta casi un 80% entre los HSH latinoamericanos. Al parecer, la concepción del amor y de la relación de pareja son elementos que favorecen la adquisición del VIH. Y esto es así porque es entendible, y esperable, que con una pareja estable no se utilice el condón debido a la búsqueda de intimidad sexual y emocional. Por tanto no puede ser un marcador de riesgo utilizar la variable “penetración anal sin condón con la pareja estable”. El riesgo está cuando no se conoce el estado serológico de uno o ambos miembros de la pareja, o cuando siendo uno VIH-positivo (sin considerar la carga viral), el otro, o ambos, no utilizan el condón. La percepción de riesgo con la pareja estable puede ser baja debido al elemento de la confianza que media la relación en una pareja. Por la confianza (ciega) se asume la buena condición de salud de la otra persona sin evaluar de manera objetiva el riesgo de no utilizar el condón. Para

muchos HSH la relación de pareja se asume como monógama y de fidelidad mutua, y esta concepción lleva a que muchas veces se asuma que la relación es así y que no se tenga la necesidad de plantearla o definirla de esa manera. En muchos países de Europa Occidental, el modelo de relación de pareja entre hombres suele ser abierto, pero muchas veces no se plantean acuerdos consensuados de cómo debe ser el sexo fuera de la relación. No existe lo que se llama acuerdos de seguridad negociada. Esto lleva a que muchas veces no exista un acuerdo sobre el uso del condón fuera de la relación porque no hay habilidades para negociarlo (21).

4. PROSTITUCION

Los estudios, realizados en Canadá, la India y Kenia, incluyen testimonios de personas dedicadas a la prostitución que cuentan su historia. Explican que tienen preservativos confiscados por la policía -por considerarlos prueba de delito- y que son objeto continuo de violencia física y sexual. Tanto ellos como sus clientes están expuestos a un alto riesgo de infección por VIH.

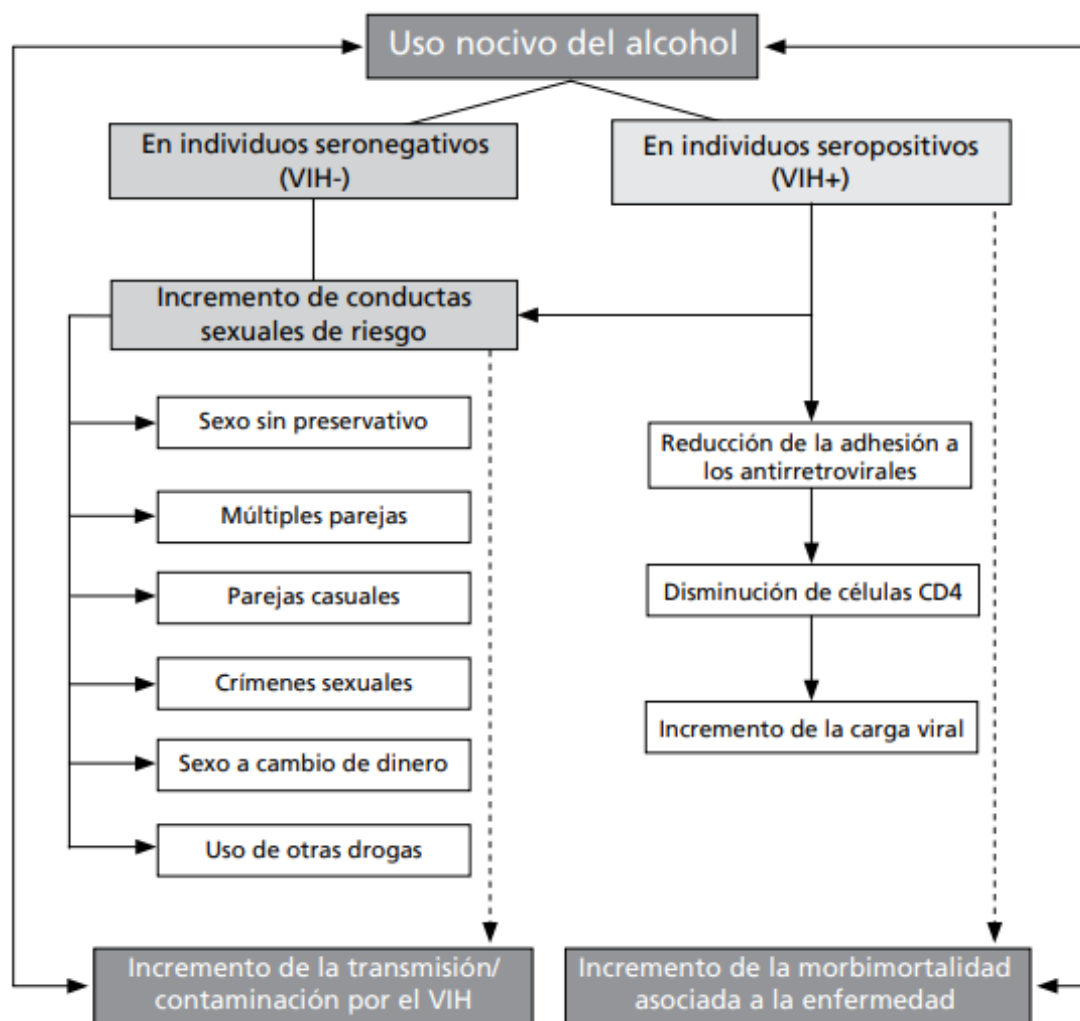
5. CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS ANTES O DURANTE LAS RELACIONES SEXUALES

El Instituto Nacional de Abuso de Alcohol y Alcoholismo (NIAAA) de los Estados Unidos de América reporta que las personas con desórdenes de consumo de alcohol tienen mayor probabilidad de contraer infección por VIH y otras enfermedades de transmisión sexual que la población general, debido a su asociación con conductas sexuales de riesgo, tales como múltiples parejas sexuales, relaciones sexuales sin protección, relaciones con trabajadoras

sexuales y sexo a cambio de alcohol o drogas. Asimismo, personas con la infección por VIH son más propensas a consumir mayores cantidades de alcohol, lo que puede dificultar la adherencia para la terapia anti-retroviral, puede acelerar la evolución de la enfermedad y empeorar las consecuencias del VIH en general (25) (Figura 1).

El consumo de sustancias psicoactivas se relaciona con un inicio más temprano en las relaciones sexuales así como con una mayor relajación en las prácticas preventivas. El uso de alcohol y/u otras drogas antes o durante las relaciones sexuales provoca una desinhibición del comportamiento, disminución del autocontrol que podría alterar la percepción del riesgo y afectar a la toma de decisiones, por lo tanto llevan a las personas a relegar los mensajes de seguridad y respeto que habrían tenido en cuenta si estuvieran sobrios (25).

De acuerdo con los resultados de la ENDES 2016, el 91,6% de las personas de 15 y más años de edad declararon haber consumido alguna bebida alcohólica, alguna vez en su vida. Siendo mayor este porcentaje en los hombres con 95,1% que en las mujeres 88,3%. En el Perú, una gran proporción de personas inicia tempranamente el consumo de bebidas alcohólicas. En escolares de secundaria, la edad promedio del primer consumo de bebidas alcohólicas es de 13 años de edad (26).



El consumo de drogas recreativas entre los HSH de España es elevado. La asociación del consumo de alcohol y drogas con las prácticas sexuales de riesgo y el incremento de las tasas de infección por el VIH y de otras ITS entre hombres gais y otros HSH está demostrada ampliamente. El uso intencionado de drogas para tener sexo se ha denominado en el mundo anglo-sajón ChemSex es una palabra inglesa que combina dos vocablos: chems y sexo. “Chems” es una abreviatura de chemicals (químicos), pero que en la jerga pasó a connotar “drogas”. Las drogas mayormente utilizadas en España con fines sexuales son: popper, cocaína, marihuana, GHB, ketamina, mefedrona y metanfetamina. Las tres drogas que más caracterizan al Chemsex son GHB, mefedrona y metanfetamina. Uno de los principales motivos del consumo de drogas para tener

sexo tiene que ver con los efectos que éstas producen cuando se usan. La mayor parte de ellas estimulan los sentidos e intensifican el placer, por lo que se suelen utilizar para tener “largas sesiones”. Al buscar la intensificación de las sensaciones físicas durante el encuentro sexual, el uso de drogas disminuye el juicio o la conciencia de las normas preventivas (“debo/ tengo que usar el condón”) al centrar la atención en el “aquí y ahora” (“me siento bien”, “lo estoy pasando genial”), lejos de las preocupaciones sobre nuestra salud. Las drogas pueden llevar a perder la noción de la conciencia, lo que llevaría a no tener el control de la situación, corriendo el riesgo de tener sexo sin condón sin darse cuenta, a veces, de lo que está sucediendo y del deseo o voluntad de tener sexo. Por ejemplo, en el servicio de la prueba del VIH de Stop Sida, hemos atendido casos de hombres que refieren haber sufrido asaltos sexuales (sin consentimiento) cuando han estado “muy colocados”, sucedidos en fiestas de sexo o en alguna sauna (21).

6. EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES

La edad mediana a la primera relación sexual de las mujeres de 25 a 49 fue 18,6 años. El inicio de las relaciones sexuales está asociado con el nivel de educación y de ingresos. La primera relación sexual fue más temprana en el área rural (17,7 años) que en el área urbana (18,8 años). Edad de inicio de relaciones sexuales en las mujeres sin educación (16,6 años) comparadas con las que tenían educación superior (20.2 años) (24).

El Ministerio de Salud (MINSA) advierte a los jóvenes, en especial los adolescentes, que iniciar las relaciones sexuales a una edad temprana

incrementa el riesgo de un embarazo no deseado y de adquirir una infección de transmisión sexual (ITS) como el VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana) (26).

7. ABUSO SEXUAL Y/O TOCAMIENTOS INDEBIDOS DURANTE LA NIÑEZ

La exposición temprana a la violencia es crítica porque puede tener impacto en la arquitectura del cerebro en proceso de maduración. El ofensor sexual modela de manera inapropiada el desarrollo evolutivo de la sexualidad (confusión acerca de la identidad sexual, actividad sexual precoz, promiscuidad/prostitución aumento del interés por cuestiones sexuales;) del niño o niña víctima (27).

En el caso de exposición prolongada a la violencia, inclusive como testigo, la perturbación del sistema nervioso e inmunológico puede provocar limitaciones sociales, emocionales y cognitivas, así como dar lugar a comportamientos de riesgo que causan enfermedades (VIH), lesiones y problemas sociales (28).

Son un problema común en la infancia. Según datos de la OMS, 1 de cada 5 mujeres y 1 de cada 13 hombres adultos declararon haber sufrido abusos sexuales en la infancia (29).

Los problemas psicosociales que más afectan a los HSH y que son tradicionalmente citados por los teóricos de la sindemia son: depresión, uso de alcohol y drogas, discriminación social, homonegatividad internalizada, abuso sexual infantil, violencia doméstica de pareja, compulsividad sexual, violencia

sexual, estrés, etc. Juntos, esos problemas abarcan una sindemia que incrementa el riesgo de infección por el VIH para este colectivo. Todo programa de prevención en el colectivo de HSH debe entender y abordar integral u holísticamente estos factores asociados al riesgo de infección por el VIH. Sin esta mirada, cualquier intervención conductual y/o psicosocial será inefectiva. Y aun cuando sólo las intervenciones biomédicas (por ejemplo, la PrEP) puedan reducir drásticamente las infecciones por el VIH entre los HSH, los problemas psicosociales que afectan a este colectivo no desaparecerán. La apuesta debe ser por una prevención combinada (21).

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

1. EDAD

La población del Perú es relativamente joven: 29,6% tiene menos de 15 años, el 61,9% se encuentra entre los 15 y 64 años y un 8,5% cuenta con 65 y más años de edad (24).

En Perú, entre los años 1983 hasta el 2017, el grupo etáreo más significativo es de 25 a 29 años, en varones con 4832 casos y en mujeres con 1518 casos (30).

2. SEXO

El 77 % casos notificados de SIDA son varones. El 23% de casos notificados de SIDA son mujeres y la razón hombre /mujer es de 3:1. De igual modo la distribución por sexo de VIH en el Perú, sólo durante el año 2016, se

observaron 854 (79%) casos nuevos en varones y 233 (21%) casos nuevos en mujeres (30).

MUJERES

En los últimos años se ha producido un cambio radical en la infección por VIH. La vía de transmisión más frecuente en la actualidad es la sexual tanto de hombres que tienen sexo con hombres como la heterosexual. El número de mujeres infectadas está creciendo en todos los países del mundo. Las mujeres en general son más vulnerables al VIH. Actualmente la pandemia de VIH impacta desproporcionadamente en aquellas que tienen entre 15 y 24 años, con tasas de infección que duplican las de los varones jóvenes, llegando a constituir casi la cuarta parte de todas las nuevas infecciones. Los factores biológicos son responsables de que las mujeres sean de 2 a 4 veces más vulnerables que los hombres a la infección por VIH. Las mujeres tienden a diagnosticarse más tarde que los hombres, aunque existe un momento clave que es el embarazo. La serología del VIH es una de las pruebas que se realizan durante el primer trimestre y que ha sido clave en la prevención de la transmisión materno-infantil o vertical. Esto también ha permitido realizar diagnósticos precoces en las mujeres en edad fértil. Las cargas virales tienden a ser más bajas en las mujeres, especialmente cuando el recuento de CD4 es más elevado. El índice de disminución en el recuento de CD4 puede ser más rápido a pesar de que su carga viral suele ser menor. Pese a estas diferencias, la evolución de la enfermedad es similar. A las manifestaciones clínicas del VIH/sida clásicas, en las mujeres se pueden ver candidiasis vaginales recurrentes, enfermedad

pélvica inflamatoria severa y mayor riesgo de presentar displasias y neoplasias de cuello uterino. La mayoría de mujeres que viven con VIH se encuentran en edad fértil. En el momento de valorar un posible tratamiento antirretroviral hay que tener en cuenta por un lado, la potencial necesidad de un tratamiento anticonceptivo para evitar el embarazo, y por otro el deseo de embarazo. Ambas circunstancias van a tener consecuencias en la elección del tratamiento antirretroviral, ya sea por las interacciones medicamentosas o por la teratogenicidad de los fármacos antirretrovirales y la prevención de la transmisión materno-infantil. Cada año se quedan embarazadas dos millones de mujeres que viven con VIH en el mundo. Entre un 25 y un 30% transmite la enfermedad a sus bebés, ya sea durante el embarazo, el parto o la lactancia. Nacen unos 2.000 niños infectados cada día. Esta es la realidad pese a que se conoce perfectamente cómo hay que actuar para prevenir la transmisión de la infección de la madre a su hijo. El problema es que hay un porcentaje muy alto de embarazos no planificados en todos los rangos de edad, pero especialmente en menores de 25 años. Además cada vez está más claro que cuanto más precoz sea el tratamiento antirretroviral y el tener la carga viral indetectable, menos probabilidad de transmitir la infección al bebé. Ya existen datos de la cohorte francesa en los que se observa que el riesgo de transmisión se reduce aún más si la mujer empieza el tratamiento antirretroviral y queda indetectable antes de quedarse embarazada. Por este motivo, ya en las guías españolas recientemente publicadas se contempla la necesidad de realizar serologías VIH a todas las mujeres en edad fértil que quieren quedarse embarazadas (31).

3. NIVEL EDUCATIVO

En lo que respecta a la contribución de la educación a la prevención del VIH, se suele considerar que el sistema educativo ha de hacer algo concreto, por ejemplo, proporcionar educación sobre el VIH y el SIDA, con el fin de ayudar a reducir la transmisión del virus. Sin embargo, hay pruebas de peso de que la educación por sí sola brinda una importante medida de protección contra el VIH y el SIDA, se debe garantizar que todos los niños tengan acceso a una educación de buena calidad y equitativa. La Campaña Mundial por la Educación (CME) ha estimado que la enseñanza primaria universal evitaría 700.000 nuevas infecciones por el VIH cada año. Una educación de buena calidad que se centre en la potenciación de la autonomía en entornos seguros y protectores y que cree un círculo de apoyo dentro de la comunidad puede contribuir de modo duradero a reducir la vulnerabilidad y los comportamientos que generan, aumentan o hacen perdurar el riesgo. Puede lograrlo por diversos cauces, a saber: transmitiendo información y aptitudes e inculcando valores a los jóvenes que les permitan tomar decisiones saludables sobre sus vidas; incrementando su grado de interrelación y seguridad; y brindándoles la posibilidad de elegir con independencia y de ser económicamente productivos. En segundo lugar y como complemento de lo anterior, se pueden establecer medidas específicas adaptadas a la realidad de la epidemia, por ejemplo, proporcionando educación sobre el VIH y la sexualidad y, en contextos de epidemia generalizada e hiperendémica, logrando que la escuela contribuya a informar a los padres y alumnos sobre el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH. En la sección siguiente se pasa revista a los principales elementos que demuestran

lo que la educación puede hacer y se analiza la función particular de las escuelas a ese respecto (32).

La educación para la prevención del VIH/SIDA es entendida como “la oferta a todas y todos de oportunidades de aprendizaje para desarrollar el conocimiento, las competencias, los valores y las actitudes que limitarán la transmisión y el impacto de la pandemia, incluyendo el acceso a la asistencia médica, el asesoramiento psicológico y la educación preventiva”. Hoy en día, la educación para la prevención es la mejor de las vacunas. Los principales objetivos de la educación preventiva contra el VIH/SIDA están encaminados a ayudar a los estudiantes a adoptar actitudes y comportamientos que reduzcan los riesgos de contraer la infección y contribuyan a eliminar la discriminación contra las personas afectadas por el VIH o el SIDA. Por lo tanto, una clara identificación de los comportamientos y las condiciones que llevan a estos resultados, es de primordial importancia. Se ha demostrado que el aprendizaje acerca del VIH/SIDA tiene más impacto sobre el comportamiento cuando se lo imparte en un contexto de aprendizaje de competencias para la vida. Así, la educación para la prevención de ITS, VIH y SIDA se orienta no solo a la incorporación de conocimientos sino también al desarrollo de capacidades relacionadas con el juicio crítico, la resolución de problemas y la toma de decisiones con asertividad; así como a la promoción de valores como la solidaridad, la tolerancia, el respeto, entre otros. En marco de la formación integral, las y los docentes cumplen un rol muy importante en relación a la promoción de estilos de vida saludable y la prevención de comportamientos de riesgo. Por lo tanto, se requiere que desarrollen acciones pedagógicas que

permitan a los y las estudiantes empoderarse para la autonomía y el autocuidado, así como el respeto y cuidado del otro, evitando situaciones y comportamientos de riesgo que los lleven a adquirir una infección de transmisión sexual o el VIH (33).

El nivel educativo de las mujeres de 15 a 49 años de edad ha mejorado en el año 2016 respecto al año 2012. El 62,6% tiene educación secundaria completa o superior. Durante el trabajo de campo de la encuesta 2016, el 96,6% de la población de 6 a 15 años de edad asistía a un centro de enseñanza regular, la misma que fue similar por sexo (96,7% en hombres y 96,5% en mujeres) por área de residencia no hay diferencia (96,6% en el área urbana y rural). La asistencia escolar disminuyó considerablemente en el grupo de 16 a 20 años (56,3%) y baja aún más entre la población de 21 a 24 años (27,7%) (24).

4. NIVEL SOCIOECONOMICO

Los países más pobres se enfrentan a los impactos más graves de la epidemia, ya que la gran mayoría de los casos de SIDA tienen lugar en los países en desarrollo. La nutrición, asistencia sanitaria, educación y oportunidades económicas inadecuadas contribuyen a la propagación del VIH y acortan el tiempo de vida de las personas infectadas. Al mismo tiempo, la abrumadora carga que el VIH y el SIDA suponen para las poblaciones y los recursos, empeora la pobreza en las sociedades más afectadas. La incapacidad de las comunidades y las familias para desarrollar el capital humano y social necesario para superar la pobreza, genera un círculo vicioso que hace a la niñez aún vulnerable (34).

5. RELIGION

Es preciso que todo el mundo sepa cómo puede protegerse de la infección adoptando un comportamiento responsable. Toda la comunidad debe participar en esta labor de educación. En muchas de nuestras sociedades se considera que las relaciones sexuales son una prueba de que se ha llegado a la edad adulta, por lo que los jóvenes se sienten presionados a iniciarse a la sexualidad activa lo antes posible. Pero lo normal y lo saludable sería que los adolescentes no tuvieran prisa en iniciar su actividad sexual.

6. TIPOS DE FAMILIA

“La familia es el espacio en donde se forma o deforma al ser humano”. La familia sigue siendo muy importante en los propósitos de Dios para esta generación.

I- ¿Cómo es una familia funcional?

Una familia funcional no es una familia perfecta, pero todos sus miembros han aprendido a cumplir con sus responsabilidades, a dar y recibir amor. Hay respeto entre sus miembros, una comunicación adecuada, se apoyan unos a otros, enfrentan los conflictos con una adecuada madurez. En el país, la mayoría (71,0%) de los menores de 15 años de edad vivían con sus dos padres, porcentaje que fue mayor en el área rural (75,6%) que en el área urbana (69,1%) (24).

II- ¿Cómo es una familia disfuncional?

Disfuncional se refiere literalmente a "que no funciona". Una familia disfuncional consiste en un núcleo social o célula social donde el desarrollo del

potencial de sus integrantes se ve afectado negativamente, debido a relaciones o situaciones conflictivas en esta célula. Los padres no saben cómo satisfacer las necesidades de los hijos e hijas. Los métodos de disciplina que utilizan normalmente son inadecuados y producen mucho maltrato a éstos. Normalmente los padres de familias disfuncionales son personas muy rígidas que producen constantemente desaliento en los hijos e hijas. Por su forma de convivir, no son capaces de facilitar una buena comunicación en el núcleo familiar. Como resultado de esta disfuncionalidad, es que se pueden explicar en parte fenómenos como el alcoholismo, la violencia intrafamiliar, la drogadicción y la delincuencia (35).

En el país, el porcentaje de hogares con jefatura femenina (25,0%). El 6,8% de los menores de 15 años de edad era huérfano de al menos uno de sus padres biológicos, o sus padres no forman parte del hogar de residencia, encontrándose dichos menores en calidad de niña/ niño de "crianza". A nivel regional, los menores de 15 años que son de crianza o huérfanos de al menos uno de sus padres biológicos o que estando estos vivos no vivían con ellos, en una mayor proporción se presentaron en Puno (8,3%). En el año 2016, a nivel nacional, el 68,2% de las mujeres alguna vez unidas sufrieron algún tipo de violencia por parte del esposo o compañero (24).

Muchas investigaciones científicas han demostrado que los factores genéticos tienen influencia sobre el alcoholismo. Estos descubrimientos demuestran que los hijos de padres alcohólicos son hasta cuatro veces más propensos a desarrollar problemas con el alcohol que el resto de la población

general. Sin embargo, el alcoholismo no se determina solamente por la composición genética heredada (36).

2.3 HIPÓTESIS GENERAL

Se espera que la conducta sexual de la población estudiada sea:

- Un inadecuado uso del preservativo.
- Tener más de dos parejas sexuales.
- Una de inicio de relaciones sexuales temprana ≤ 16 .
- Consumo de sustancias psicoactivas antes o durante las relaciones sexuales.
- Contacto heterosexual con trabajadoras sexuales.

Se espera que las variables sociodemográficas incluidas en el estudio (sexo, edad, nivel educativo, nivel socioeconómico, religión, tipo de familia) expliquen el comportamiento sexual de riesgo.

2.4 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

- Se espera que las prácticas homosexuales masculinas sean el primer factor de riesgo y/o método de transmisión del VIH.
- Se espera que el abuso sexual y o tocamientos indebidos durante la niñez sea un factor de riesgo importante para el desarrollo de las prácticas de homosexualidad masculina.

CAPITULO III

MATERIALES Y METODOS

3.1 DISEÑO METODOLÓGICO

El presente estudio corresponde a un diseño observacional, analítico, transeccional de tipo retrospectivo.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.

La población: son todos los Pacientes con VIH SIDA atendidos en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca desde 2010-2017.

Población de Estudio: La población del estudio fueron 161 pacientes con VIH/SIDA, que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión.

No se emplea fórmula para hallar el tamaño de la muestra puesto que se utilizará a toda la población desde el periodo 2010-2017 para la investigación.

Criterios de Inclusión:

- Se incluyeron en el estudio los expedientes de pacientes con VIH/SIDA de 16 años de edad o más en el periodo 2010-2017
- Pacientes con el diagnóstico de infección por VIH/SIDA que fueron atendidos en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca: Servicio de CERITS en el periodo 2010-2017.

Criterios de Exclusión:

- Pacientes con información incompleta en las historias clínicas y sistema de informática del servicio.
- Pacientes menores a 16 años.

3.3 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Para la localización de las historias clínicas acudiremos al servicio de CERITS del Hospital Carlos Monge Medrano-Juliaca quien nos proporcionara las historias clínicas de pacientes con VIH/SIDA desde 2010-2017.

Los datos requeridos para la investigación serán recolectados de las historias clínicas correspondientes a los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

Los datos serán llenados en las correspondientes fichas de recolección previamente elaboradas para dicho fin (base de datos).

3.4 UBICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN

El presente trabajo de investigación fue realizado en el Hospital Carlos Monge Medrano, ubicado en el distrito de Juliaca (3,825 msnm), capital de la provincia de San Román, en el cono Norte del departamento de Puno, es el único Hospital nivel II del Ministerio de Salud de la provincia de San Román, según el Instituto Nacional De Estadística e Informática, tiene una población de 273 900 habitantes procedente tanto de la zona urbana (87.7%) como de las deprimidas zonas rurales de habla quechua y aymará (12.3%).

3.5 TÉCNICA DE ANÁLISIS DE DATOS

Para el procesamiento y análisis de datos se utilizó la estadística descriptiva e inferencial, con lo cual se explica los resultados de la investigación utilizando el Software IBM-SPSS versión 24. A su vez se empleó la prueba de independencia: Chi-Cuadrado de Pearson, contrasta la hipótesis de que las variables son independientes, frente a la hipótesis alternativa de que una variable se distribuye de modo diferente para diversos niveles de la otra.

Según Hernández, Fernández, y Baptista, la prueba estadística no paramétrica es la significación de Chi-cuadrado (p) es una prueba estadística para evaluar hipótesis de la relación entre dos variables categóricas y por ello emplearemos mejor este dato para comprobar si el resultado es significativo o no.

a) Si $p < 0,05$ el resultado es significativo, es decir, rechazamos la hipótesis nula de independencia y por lo tanto concluimos que ambas variables estudiadas son dependientes, existe una relación entre ellas. Esto significa que existe menos de un 5% de probabilidad de que la hipótesis nula sea cierta en nuestra población.

b) Si $p > 0,05$ el resultado no es significativo, es decir, aceptamos la hipótesis nula de independencia y por lo tanto concluimos que ambas variables estudiadas son independientes, no existe una relación entre ellas. Esto significa que existe más de un 5% de probabilidad de que la hipótesis nula sea cierta en nuestra población.

y lo consideramos suficiente para aceptar. El valor de 0,05 es un valor establecido de acuerdo al nivel de confianza del 95%.

3.6 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio no aportará más información que la que se encuentra en las historias clínicas de los pacientes incluidos en el estudio al ser un estudio retrospectivo. La investigación se enmarca en la línea de investigación de los factores de riesgo de pacientes con VIH.

3.7 PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS

El presente trabajo de investigación cumple con los principios ético-morales, ya que salvaguardamos en todo momento respetar los derechos de los pacientes, así como mantener la confidencialidad de los datos obtenidos y no poner en riesgo su integridad.

3.8 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

	VARIABLES	ESCALA	TIPO	INDICADORES
FACTORES DE RIESGO	Orientación sexual	Nominal	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Heterosexual ▪ Homosexual ▪ Bisexual
	Uso de preservativo	Nominal	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Siempre ▪ Nunca ▪ A veces
	Número de parejas sexuales	Ordinal	Cuantitativa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 0 – 2 ▪ ≥2
	Prostitución	Nominal	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si/No
	Uso de sustancias psicoactivas	Nominal	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alcohol ▪ Tabaco ▪ Drogas
	Edad de inicio de relaciones sexuales	Ordinal	Cuantitativa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ≤16 ▪ >16
	Abuso sexual y/o tocamientos indebidos	Nominal	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si/No
CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS	Edad	Ordinal	Cuantitativo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 16 – 20 ▪ 21 – 30 ▪ 31 – 40 ▪ 41 – 50 ▪ 51 ó mas
	Sexo	Nominal	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hombres ▪ Mujeres
	Nivel educativo	Ordinal	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Primaria ▪ Secundaria ▪ Técnico completa ▪ Técnico incompleta ▪ Superior completa ▪ Superior incompleta
	Nivel socioeconómico	Nominal	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No pobreza ▪ Pobreza relativa ▪ Pobreza absoluta
	Religión	Nominal	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Católico ▪ Evangélico ▪ Judaísmo ▪ No practica ▪ Otros
	Tipos de familia	Nominal	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Funcional ▪ Disfuncional

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Variación de casos nuevos anuales

Tabla 1. Variación de casos nuevos anuales desde 2010 – 2017 de pacientes con VIH, atendido en el Hospital Carlos Monge Medrano

Año	Nº	%
2010	3	2%
2011	6	4%
2012	13	8%
2013	8	5%
2014	12	7%
2015	33	20%
2016	29	18%
2017	57	35%
Total general	161	100%

Fuente: Historias clínicas

Según la tabla 1, considerando la atención de pacientes con VIH desde el año 2010 al 2017, se observa que el año 2017, se atendió al 35% de pacientes con VIH; en el 2015 se atendió al 20% de pacientes con VIH; y en el 2016 fue atendido el 18% de pacientes con VIH. Por consiguiente, durante los tres últimos años (2015, 2016 y 2017), fue atendido el 74% de pacientes con VIH.

Estos resultados indican que la tendencia, respecto de años anteriores,

es ascendente (ver figura 1).

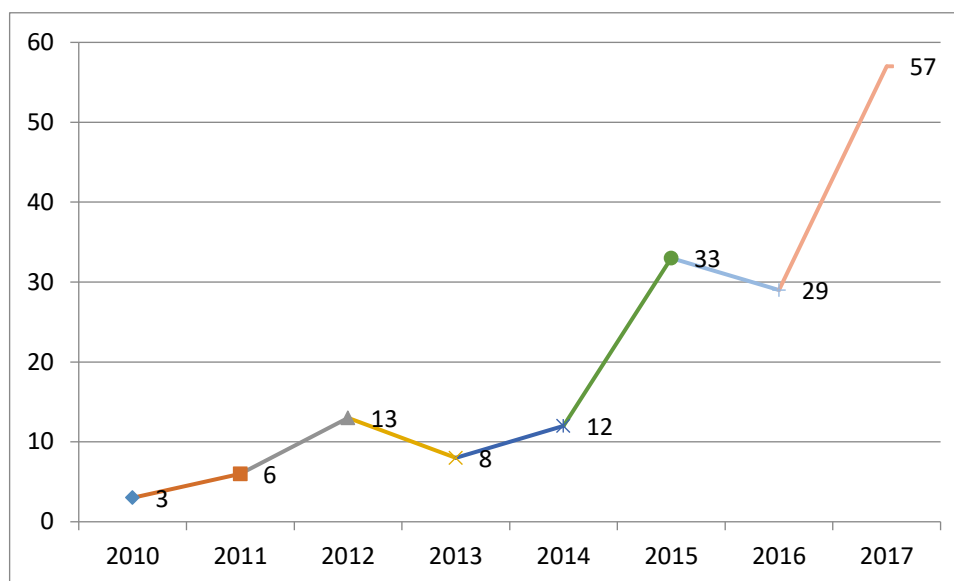


Figura 1. Variación de casos nuevos anuales desde 2010 – 2017 de pacientes con VIH, atendido en el Hospital Carlos Monge Medrano

Fuente: Historias clínicas

Las nuevas infecciones por el VIH a nivel mundial en 2013 se estimaron en 2,1 millones (37), actualmente es de 1.8 millones es decir 3 nuevas infecciones por cada minuto, así mismo la mortalidad se redujo al pasar de 1.9 millones en 2005 a 1 millón en el 2016. Además a medida que se amplía el acceso al tratamiento de mujeres embarazadas con la enfermedad, se han reducido 47% las nuevas infecciones por transmisión vertical entre el 2010 y 2016. (2)

4.2. Sexo

Tabla 2. Distribución de los pacientes según sexo

Sexo	Nº	%
Mujeres	27	17%
Varones	134	83%
Total general	161	100%

Fuente: Historias clínicas

En la tabla 2, se observa la distribución por sexo de pacientes con VIH atendidos entre los años 2010 y 2017. La frecuencia de varones es superior a la de las mujeres: el 83% corresponde a varones y el 17% a mujeres.

De igual modo la distribución por sexo de VIH en el Perú, considerando el indicador de sexo, sólo durante el año 2016, se observaron 854 (79%) casos nuevos en varones y 233 (21%) casos nuevos en mujeres (30).

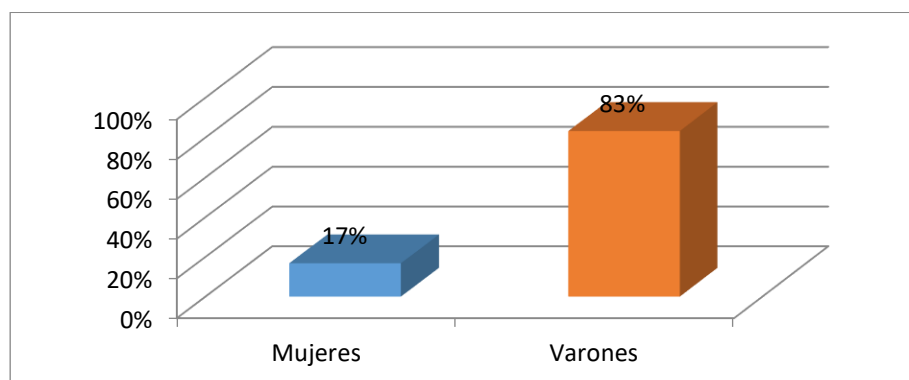


Figura 2. Distribución de los pacientes según sexo

Fuente: Historias clínicas

4.3. Edad

Tabla 3. Distribución de los pacientes según edad

Edad	Mujeres		Varones		Total general	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
16-20	4	2%	19	12%	23	14%
21-30	16	10%	71	44%	87	54%
31-40	6	4%	22	14%	28	17%
41-50	0	0%	15	9%	15	9%
50 o más	1	1%	7	4%	8	5%
Total general	27	17%	134	83%	161	100%

Fuente: Historias clínicas

En la tabla 3, predomina el grupo etáreo que se ubica entre 21 y 30 años (54%); le sigue el grupo etáreo que se ubica entre 31 y 40 años (17%); luego se observa el grupo etáreo que se ubica entre 16 y 20 años (14%).

Dado el largo período de incubación de esta enfermedad, un porcentaje importante de ellos deben haberse infectado antes de los 20 años de edad. (37). Asimismo, en el Perú, entre los años 1983 hasta el 2017, el grupo etáreo más significativo es de 25 a 29 años, en varones con 4832 casos y en mujeres con 1518 casos (30).

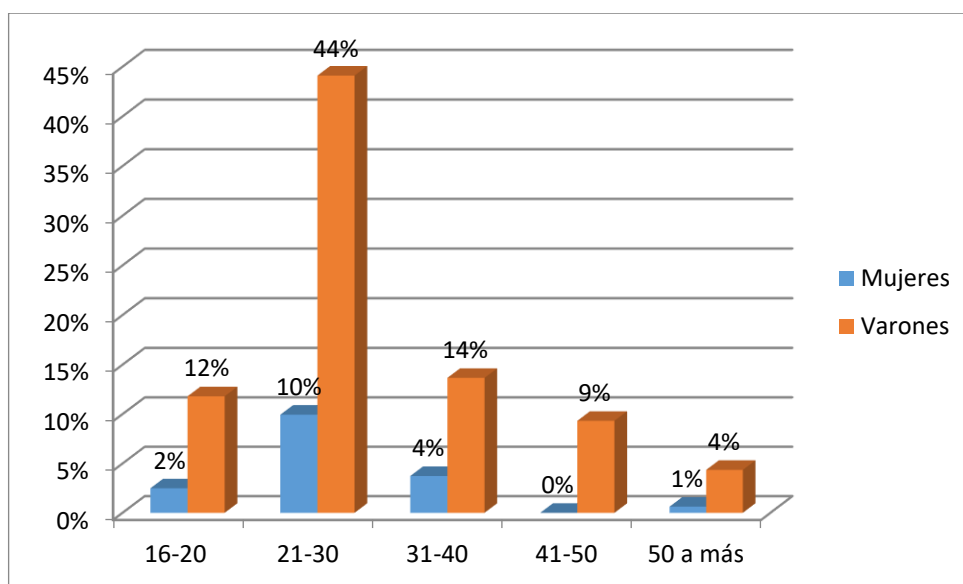


Figura 3. Distribución de los pacientes según edad

Fuente: Historias clínicas

4.3.1. Estadísticos de edad según sexo

Tabla 4. Estadísticos de edad de mujeres

	Válidos	27
N	Perdidos	0
Media		26,7778
Mediana		24,0000
Moda		24,00
Mínimo		17,00
Máximo		51,00

Fuente: Base de datos según historias clínicas

La tabla 4, describe los estadísticos más representativos en relación a la edad. El promedio de edad de mujeres con VIH es de 27 años. La mediana, el estadístico que divide la distribución en dos partes iguales, es 24 años. La edad

que más se repite, es decir, la moda es 24 años. La integrante de la muestra con menor edad tiene 17 años y la de mayor edad tiene 51 años.

Tabla 5. Estadísticos de edad de varones

	Válidos	134
N	Perdidos	0
Media		29,2836
Mediana		26,0000
Moda		24,00
Mínimo		16,00
Máximo		58,00

Fuente: Base de datos según historias clínicas

La tabla 5, describe los estadísticos más representativos en relación a la edad. El promedio de edad de varones con VIH es de 29 años. La mediana, el estadístico que divide la distribución en dos partes iguales, es 26 años. La edad que más se repite, es decir, la moda es 26 años. El integrante de la muestra con menor edad tiene 16 años y el de mayor edad tiene 58 años.

4.4. Orientación sexual

4.4.1. Relación de la orientación sexual según el sexo de pacientes con VIH

Tabla 6. Orientación sexual según sexo

Orientación sexual	Mujeres		Varones		Total general	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Heterosexual	27	17%	53	33%	80	50%
Homosexual	0	0%	51	32%	51	32%
Bisexual	0	0%	30	19%	30	19%
Total general	27	17%	104	65%	131	81%

Fuente: Historias clínicas

$$\alpha = 0,05 ; \chi^2=32,846; (p\text{-valor}=0,000007=0,0007\%)$$

En la tabla 6, se observa que las mujeres, en su totalidad presentan una orientación heterosexual (17%). No existen mujeres con orientación homosexual o bisexual. En cambio, los varones en un 33% tienen una orientación heterosexual; el 32% tiene una orientación homosexual y el 19% tiene una orientación bisexual. No obstante, la bisexualidad, en los estudios actuales, representa una modalidad de homosexualidad. En todo caso, los varones con orientación homosexual (incluyendo a la orientación bisexual) asciende a un 51%.

En un estudio en España 2017 El 53,6% son hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) el 25,4% en personas heterosexuales (38).

Por otra parte, con una probabilidad de error del 0,0007% existe una diferencia probabilística de frecuencias de la orientación sexual entre mujeres y varones. Como el error es menor al nivel de significancia (0,05), entonces puede ser ignorado.

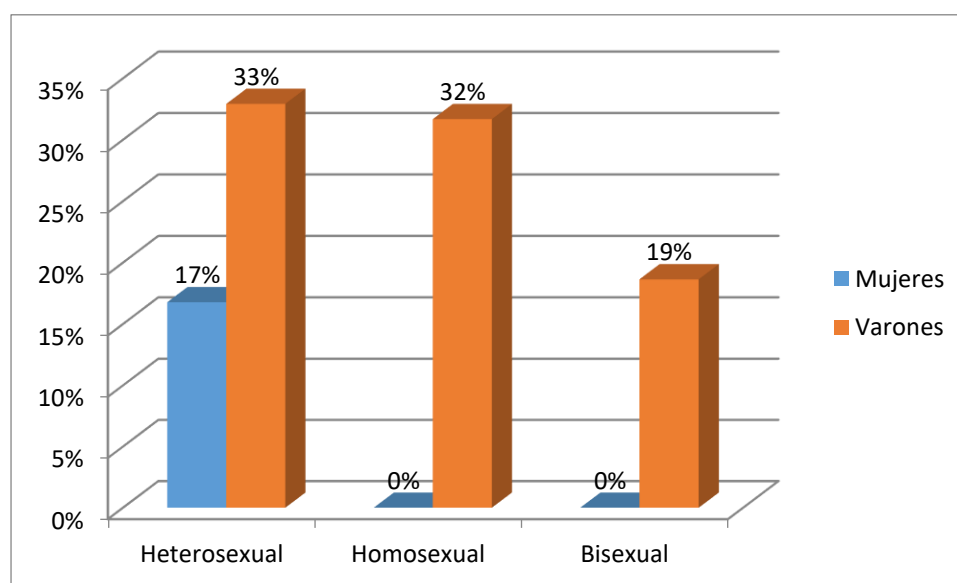


Figura 4. Orientación sexual según sexo

Fuente: Historias clínicas

4.4.2. Variación de casos nuevos anuales de varones con prácticas homosexuales

Tabla 7. Variación de casos nuevos anuales de pacientes con VIH de varones con prácticas homosexuales

Año	Nº	%
2010	1	1%
2011	3	4%
2012	1	1%
2013	3	4%
2014	4	5%
2015	13	16%
2016	19	23%
2017	37	46%
Total general	81	100%

Fuente: Historias clínicas

Según la tabla 7, considerando la variación de casos nuevos anuales de pacientes con VIH según varones con prácticas homosexuales, se observa que el año 2017, existe un 46% de casos nuevos de pacientes con VIH; en el 2016 existe un 23% de casos nuevos; y en el 2015 existe un 16% de casos nuevos. Por consiguiente, durante los tres últimos años (2015, 2016 y 2017), se presentó un 85% de casos nuevos con prácticas homosexuales (incluyendo los casos de pacientes con orientación bisexual), en relación a los años anteriores.

Estos resultados indican que la tendencia, respecto de años anteriores, en atención de casos nuevos de pacientes con orientación homosexual es ascendente (ver figura 2).

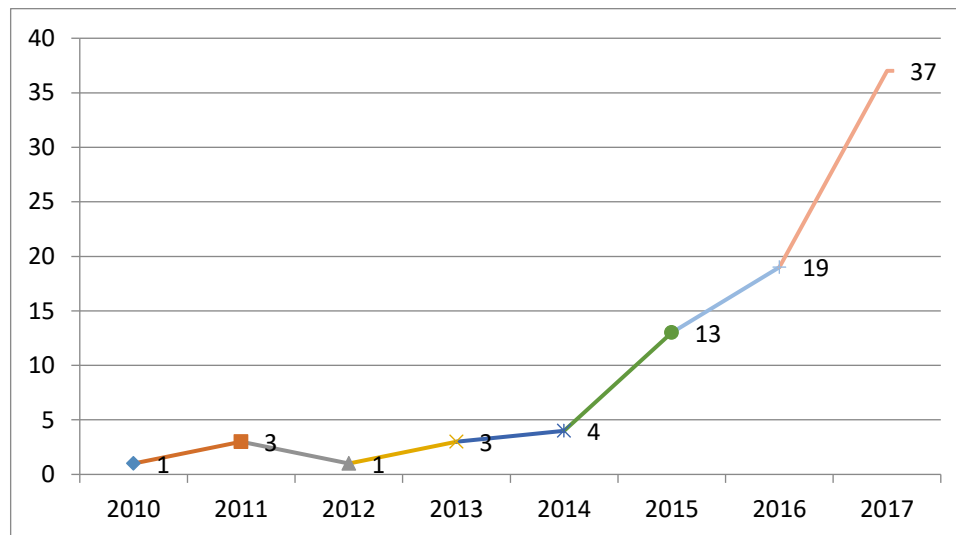


Figura 5. Variación de casos nuevos anuales de pacientes con VIH de varones del Hospital Carlos Monge Medrano con prácticas homosexuales

Fuente: Historias clínicas

Otros estudios también muestran la tendencia creciente de varones con prácticas homosexuales. Un estudio en Barcelona, señala que la vía de transmisión más frecuente en los hombres es las relaciones homosexuales en el 86,6% de todos los casos con VIH (20).

4.4.3. Variación de casos nuevos anuales en varones con prácticas heterosexuales

Tabla 8. Variación de casos nuevos anuales de pacientes con VIH según varones con prácticas heterosexuales

Año	Nº	%
2010	0	0%
2011	2	4%
2012	8	15%
2013	3	6%
2014	4	8%
2015	13	25%
2016	7	13%
2017	16	30%
Total general	53	100%

Fuente: Historias clínicas

Según la tabla 8, considerando la variación de casos nuevos anuales de pacientes con VIH de varones con prácticas heterosexuales, se observa que el año 2017, existe un 30% de casos nuevos de pacientes con VIH; en el 2015 existe un 25% de casos nuevos; y en el 2012 existe un 15% de casos nuevos. Por consiguiente, durante los años (2012, 2015 y 2017), se presentó un 70% de casos nuevos con prácticas heterosexuales.

Estos resultados indican que la tendencia, respecto de años anteriores, es ascendente en pacientes con orientación heterosexual. (Ver figura 3).

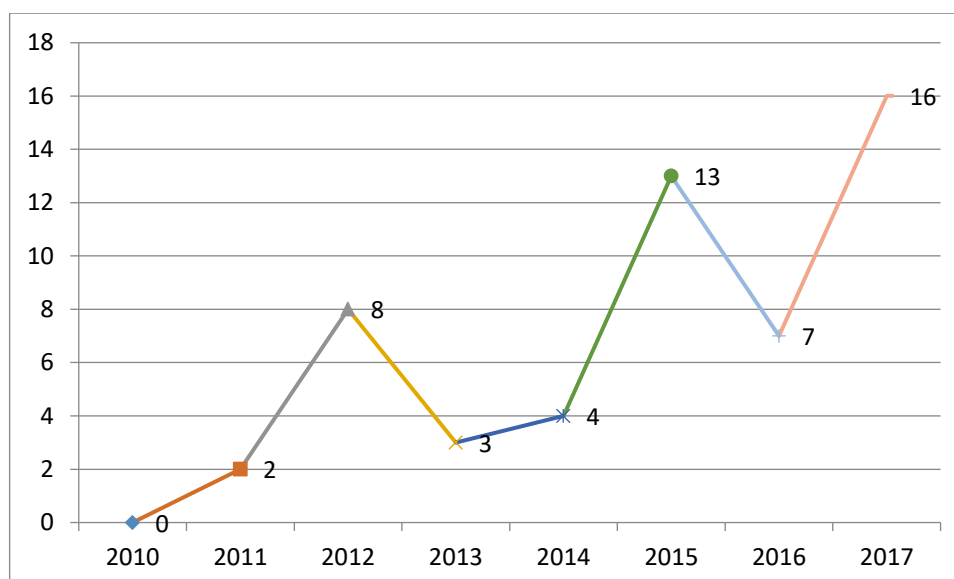


Figura 6. Variación de casos nuevos anuales de pacientes con VIH de varones del Hospital Carlos Monge Medrano con prácticas heterosexuales

Fuente: Historias clínicas

Otros estudios también muestran la tendencia creciente de varones con prácticas heterosexuales. Un estudio realizado en México muestra un incremento de transmisión heterosexual y, consecuentemente, una mayor proporción de personas con SIDA: un 39,3% se contagió por prácticas heterosexuales (39).

4.4.4. Factores de riesgo de contagio en varones

Tabla 9. Distribución de pacientes varones según los factores de riesgo de contagio

Factores de riesgo	Nº	%
Prácticas homosexuales	81	60%
Prácticas heterosexuales	30	22%
Prácticas heterosexuales con trabajadoras sexuales	23	17%
Drogas parenterales	0	0%
Total general	134	100%

Fuente: Historias clínicas

Según la tabla 9, en relación a los factores de riesgo en los pacientes con VIH de varones del Hospital Carlos Monge Medrano, se observa que el 60% tiene como factor de riesgo a las prácticas homosexuales; el 22% a las prácticas heterosexuales con mujeres que no son trabajadoras sexuales; y el 17% a las prácticas heterosexuales con trabajadoras sexuales.

De lo descrito, se infiere que las prácticas homosexuales es un factor de riesgo predominante sobre las prácticas heterosexuales. En Europa se ha declarado que la epidemia del VIH no está bajo control debido a que la infección está aumentando en los hombres gais y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH) (20).

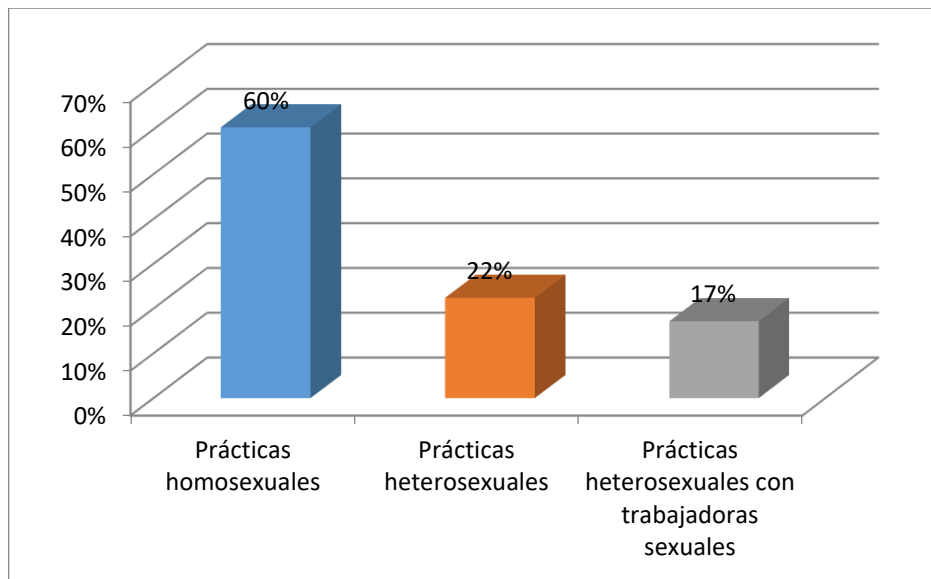


Figura 7. Distribución de pacientes varones según los factores de riesgo de contagio

Fuente: Historias clínicas

4.5. Uso de preservativo

Tabla 10. Distribución de pacientes según uso de preservativos

Uso de preservativo	Mujeres		Varones		Total general	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Siempre	1	1%	7	4%	8	5%
A veces	9	6%	43	27%	52	32%
Nunca	17	11%	84	52%	101	63%
Total general	27	17%	134	83%	161	100%

Fuente: Historias clínicas

$$\alpha = 0,05 ; \chi^2=0,116; (p\text{-valor}=0,0944=9,4\%)$$

En la tabla 10, se observa que el 11% de mujeres nunca usa preservativos; el 6% utiliza algunas veces y el 1% siempre usa. Por otro lado, el 52% de varones nunca usa preservativos; el 27% usa algunas veces y el 4% siempre usa.

De los resultados, se infiere que la mayoría, tanto de mujeres como de varones, nunca usa preservativos. No obstante estudios sobre el uso de preservativos evidencian un uso mayor en personas con menos edad. Un estudio realizado en Madrid señala que sólo el 59% utiliza siempre el preservativo con las parejas ocasionales, por lo que el 41% de la población con este tipo de relaciones ha podido estar expuesta alguna vez al riesgo de infección por el VIH (41).

Por otra parte, en relación a los resultados de la tabla, se evidencia que con una probabilidad de error del 9,4% no existe una diferencia probabilística de frecuencias de las categorías de uso de preservativos entre mujeres y varones. Como el error es mayor al nivel de significancia ($0,05=5\%$), entonces no puede ser ignorado. En consecuencia, las categorías de uso de preservativos no son un factor de riesgo, al menos en la población de la presente investigación.

En un estudio se comprobó la efectividad del condón para el sexo anal que fue del 70% en el caso de los HSH y que más de la mitad de las transmisiones del VIH en una gran muestra de HSH VIH-negativos en Canadá ocurrieron a pesar de su uso consistente. Entonces el condón no resulta ser altamente protector para la prevención del VIH en los HSH (21).

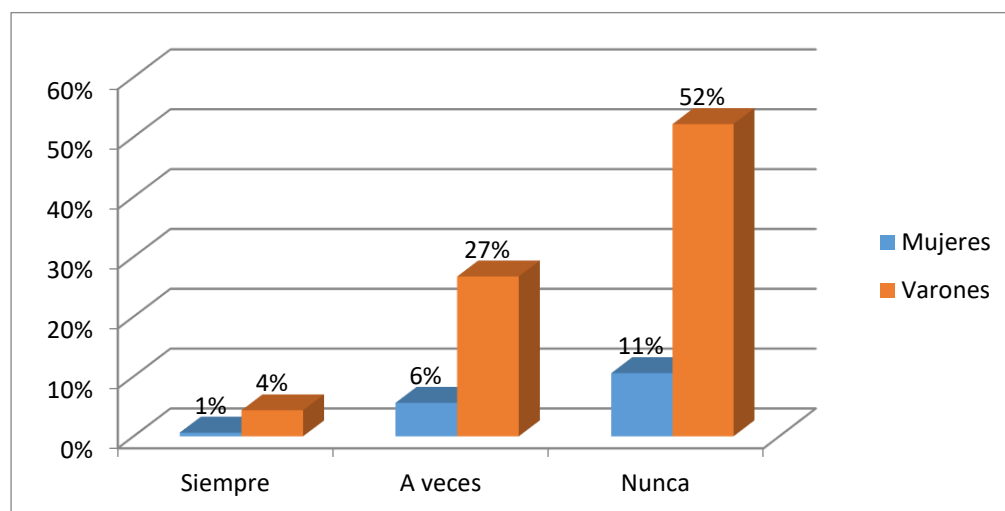


Figura 8. Distribución de pacientes según uso de preservativos

Fuente: Historias clínicas

4.6. Número de parejas sexuales

Tabla 11. Número de parejas sexuales según sexo

Número de parejas sexuales	Mujeres		Varones		Total general	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 - 2	13	8%	5	3%	18	11%
> 2	14	9%	129	80%	143	89%
Total general	27	17%	134	83%	161	100%

Fuente: Historias clínicas

$$\alpha = 0,05 ; X^2=64,538; (p\text{-valor}=0,0000018=0,00018\%)$$

La tabla 11, en relación al número de parejas sexuales según sexo, el 9% de mujeres tiene más de dos parejas sexuales, mientras que el 8% de mujeres tiene entre 0-2 parejas. En relación a los varones, el 80% tiene más de dos parejas, mientras que el 3% tiene entre 0-2 parejas.

Se desprende entonces que los pacientes con VIH, tanto mujeres como varones, en la mayoría de casos tienen más de dos parejas.

Un estudio de Antón (2013), encontró que los hombres suelen tener muchas más parejas sexuales que las mujeres, las cuales suelen tener menor número de parejas sexuales y además de carácter estable (42) (14).

Por otra parte, con una probabilidad de error del 0,00018% existe una diferencia probabilística de frecuencias de los intervalos del número de parejas sexuales entre mujeres y varones. Como el error es menor al nivel de significancia (0,05), entonces puede ser ignorado. Por consiguiente, el número mayor de parejas sí es un factor de riesgo para desarrollar VIH.

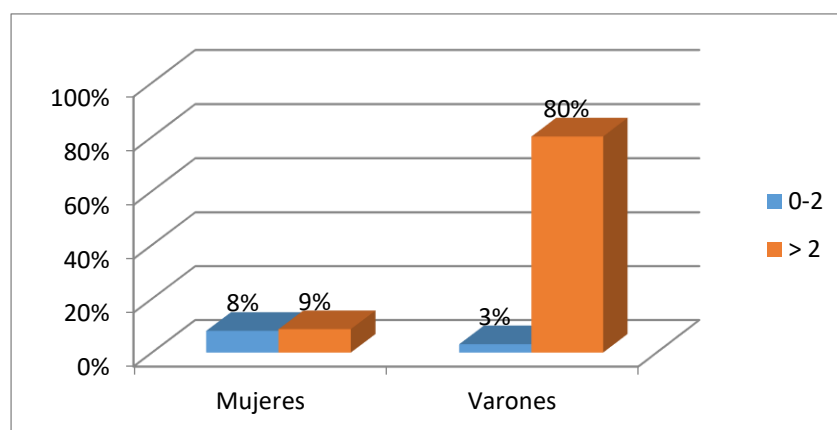


Figura 9. Distribución de pacientes según número de parejas sexuales según sexo

Fuente: Historias clínicas

4.6.1. Número de parejas sexuales en mujeres

Tabla 12. Número de parejas sexuales en mujeres

Número de parejas	Nº	%
1	3	11%
2	10	37%
3	6	22%
4	4	15%
5	4	15%
Total general	27	100%

Fuente: Historias clínicas

Según la tabla 12, en relación al número de parejas sexuales en mujeres, se observa que el 37% de mujeres pacientes con VIH tuvo dos parejas, el 22% tuvo 3 parejas, el 15% tuvo 4 parejas y otro 15% tuvo 5 parejas.

En un estudio en Lima-2008 refiere que el número de parejas sexuales a lo largo de la vida para las mujeres fue de 1.88 ± 1.01 parejas (18).

4.6.2. Número de parejas sexuales en varones

Tabla 13. Número de parejas sexuales en varones

Número de parejas	Nº	%
2	5	4%
3	9	7%
4	10	7%
5	45	34%
6	23	17%
7	19	14%
8	4	3%
9	2	1%
10	5	4%
11	3	2%
12	1	1%
13	1	1%
15	3	2%
20	1	1%
21	1	1%
22	1	1%
35	1	1%
Total general	134	100%

Fuente: Historias clínicas

Según la tabla 13, en relación al número de parejas sexuales en varones, se observa que el 34% de pacientes con VIH tuvo cinco parejas, el 17% tuvo 6 parejas, el 14% tuvo 7 parejas.

Estos resultados ratifican que el número de parejas con quienes se tuvo relaciones sexuales es un factor de riesgo para desarrollar el VIH.

En un estudio en Lima-2008 refiere que el número de parejas sexuales a lo largo de la vida para los hombres fue de 4.35 ± 3.57 parejas (18).

4.7. Prostitución

Tabla 14. Contacto heterosexual con trabajadoras sexuales

Contacto heterosexual con trabajadoras sexuales	Nº	%
Sí	23	43%
No	30	57%
Total general	53	100%

Fuente: Historias clínicas

Según la tabla 14, en relación al contacto heterosexual con trabajadoras sexuales, se observa que el 57% no tuvo este contacto; mientras que el 43% sí lo tuvo. Estos resultados indican que la mayoría de pacientes varones no desarrolló el VIH por contacto con trabajadoras sexuales. No obstante, el contacto heterosexual con trabajadoras sexuales, según otros estudios es un factor de riesgo relativo a considerar (43).

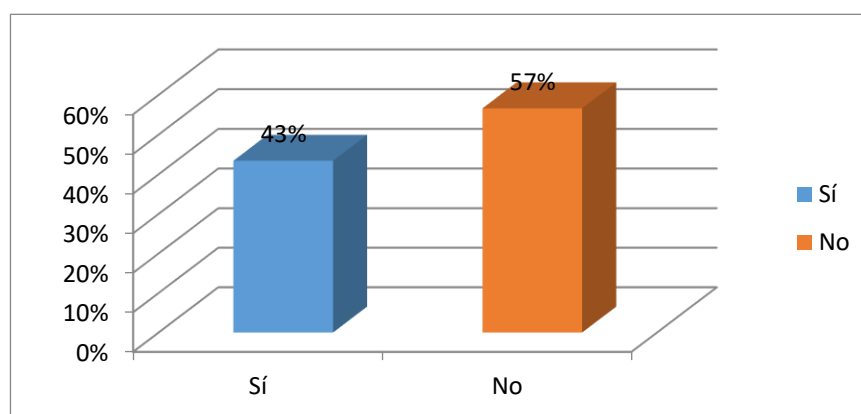


Figura 10. Contacto heterosexual con trabajadoras sexuales

Fuente: Historias clínicas

4.8. Sustancias psicoactivas

Tabla 15. Consumo de sustancias psicoactivas antes y durante las relaciones sexuales

Consumo de sustancias psicoactivas	Mujeres		Varones		Total general	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alcohol	17	11%	90	56%	107	66%
Tabaco	5	3%	19	12%	24	15%
Drogas	2	1%	24	15%	26	16%
Ninguno	3	2%	1	1%	4	2%
Total general	27	17%	134	83%	161	100%

Fuente: Historias clínicas

$$\alpha = 0,05 ; X^2=11,596; (p\text{-valor}=0,009=0,9\%)$$

Según la tabla 15, en relación al consumo de sustancias psicoactivas por parte de los pacientes con VIH del Hospital Carlos Monge Medrano, se observa que el 11% de mujeres consume alcohol y el 3% tabaco. En el caso de los varones, el 56% consume alcohol y el 15% consume drogas.

De lo descrito se desprende que tanto mujeres como varones, en la mayoría de casos consume alcohol. Y los varones en segundo lugar consumen drogas. El consumo de sustancias psicoactivas se relaciona con un inicio más temprano en las relaciones sexuales así como con una mayor relajación en las prácticas preventivas. El uso de alcohol y/u otras drogas antes o durante las relaciones sexuales provoca una desinhibición del comportamiento, disminución

del autocontrol que podría alterar la percepción del riesgo y afectar a la toma de decisiones, por lo tanto llevan a las personas a relegar los mensajes de seguridad y respeto que habrían tenido en cuenta si estuvieran sobrios (25). Asimismo, el estudio de Anton (2013) señala que las mujeres que consumen sustancias psicoactivas durante las relaciones sexuales informaron de mayor número de parejas sexuales y mayor probabilidad de haber tenido ETS (42).

Por otra parte, con una probabilidad de error del 0,9% existe una diferencia probabilística de frecuencias de consumo de sustancias psicoactivas entre mujeres y varones. Como el error es menor al nivel de significancia ($0,05=5\%$), entonces puede ser ignorado. Por consiguiente, el consumo de sustancias psicoactivas sí es un factor de riesgo para desarrollar VIH.

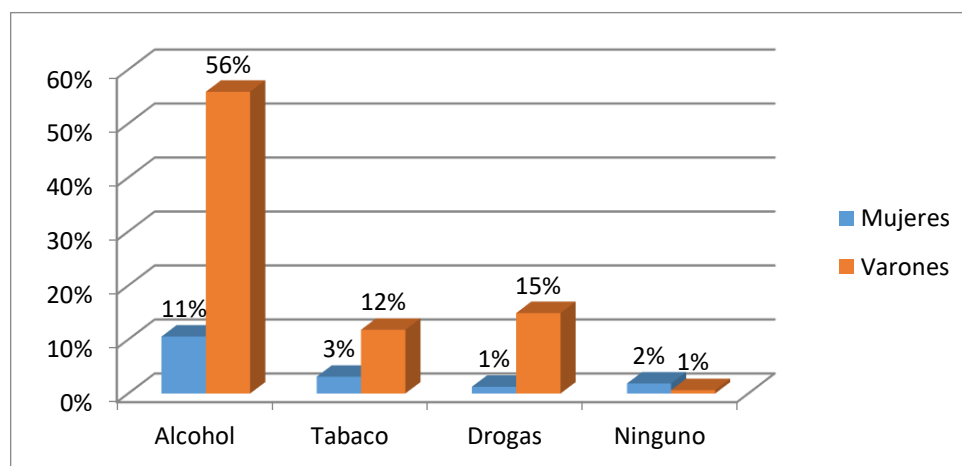


Figura 11. Consumo de sustancias psicoactivas antes y durante las relaciones sexuales

Fuente: Historias

4.9. Inicio de relaciones sexuales

4.9.1. Edad de inicio de relaciones sexuales según grupos etáreos

Tabla 16. Edad de inicio de relaciones sexuales

Edad	Mujeres				Varones				Total general	
	≤ 16		>16		≤ 16		>16			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
16-20	4	2%	2	1%	5	3%	12	7%	23	14%
21-30	4	2%	11	7%	23	14%	50	31%	88	55%
31-40	0	0%	5	3%	9	6%	13	8%	27	17%
41-50	0	0%	0	0%	2	1%	12	7%	14	9%
51 a más	0	0%	1	1%	1	1%	7	4%	9	6%
Total general	8	5%	19	12%	40	25%	94	58%	161	100%

Fuente: Historias clínicas

$$\alpha = 0,05 ; \chi^2=21,041; (p\text{-valor}=0,05=5\%)$$

La tabla 16, describe la edad de inicio de las relaciones sexuales de pacientes con VIH del Hospital Carlos Monge Medrano. Se observa que el 12% de mujeres tuvo relaciones después de los 16 años, mientras que el 5% de mujeres asegura que tuvo relaciones siendo menor o teniendo 16 años. El caso de los varones no es muy diferente; el 58% tuvo relaciones después de los 16 años, mientras que el 25% de varones tuvo relaciones antes o teniendo 16 años de edad.

Diversos estudios sobre esta misma línea de investigación señalan que la edad de inicio de la vida sexual difiere según el sexo, de forma que la edad de inicio en las relaciones sexuales para los varones es más temprana que en el caso de las mujeres. En un estudio realizado en Cuzco-2017, la edad de inicio de relaciones sexuales en varones fue de 16.5 y en las mujeres fue de 17.9 años (14).

Por otra parte, con una probabilidad de error del 5% no existe una diferencia probabilística de frecuencias de edad de inicio de relaciones sexuales entre mujeres y varones. Como el error es igual al nivel de significancia ($0,05=5\%$), entonces puede no puede ser ignorado. Por consiguiente, la edad de inicio de relaciones sexuales no es un factor de riesgo importante para desarrollar el VIH.

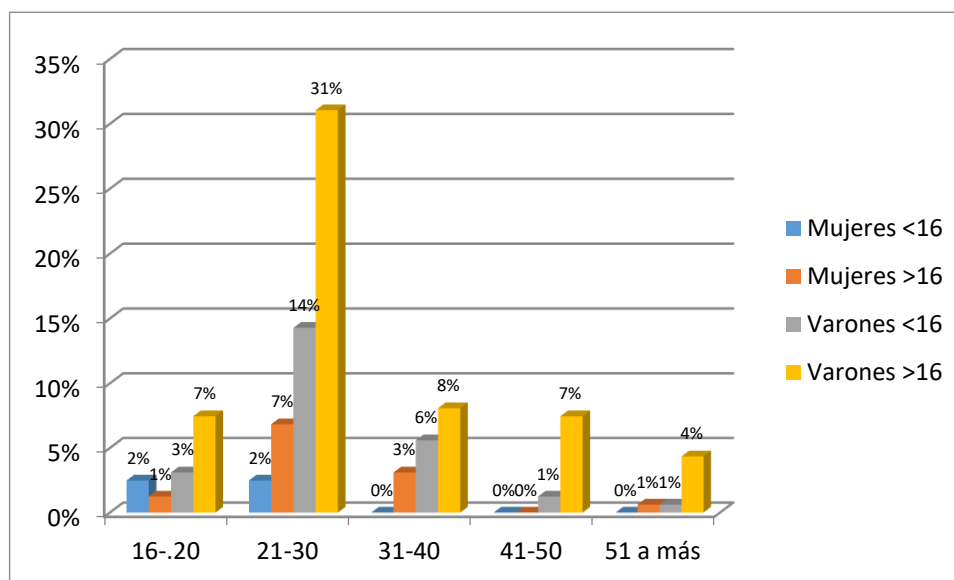


Figura 12. Edad de inicio de relaciones sexuales

Fuente: Historias clínicas

4.9.2. Edad de inicio de relaciones sexuales de mujeres

Tabla 17. Edad de inicio de relaciones sexuales de mujeres

Edad	Nº	%
12	1	4%
13	1	4%
14	1	4%
15	2	7%
16	4	15%
17	3	11%
18	5	19%
19	6	22%
20	2	7%
22	1	4%
25	1	4%
Total general	27	100%

Fuente: Historias clínicas

La tabla 17, en relación a la edad de inicio de relaciones sexuales de mujeres, se observa que el 22% de mujeres tuvo una edad de inicio de relaciones sexuales a los 19 años, el 19% tuvo un inicio a los 18 años, el 15% se inició a los 16 años.

Un estudio revela que la edad mediana de la primera relación sexual de las mujeres de 25 a 49 fue 18,6 años. (24). Otro estudio en Cuzco 2017 revela que la edad de inicio de relaciones sexuales fue de 17.9 años (14).

4.9.3. Edad de inicio de relaciones sexuales de varones

Tabla 18. Edad de inicio de relaciones sexuales de varones

Edad	Nº	%
12	1	1%
13	2	1%
14	8	6%
15	20	15%
16	8	6%
17	43	32%
18	23	17%
19	6	4%
20	14	10%
21	1	1%
22	5	4%
24	2	1%
25	1	1%
Total general	134	100%

Fuente: Historias clínicas

La tabla 18, en relación a la edad de inicio de relaciones sexuales de varones, se observa que el 32% de varones tuvo una edad de inicio de relaciones sexuales a los 17 años, el 17% tuvo un inicio a los 18 años, el 15% se inició a los 15 años.

En una encuesta realizada a varones peruanos de entre 15 y 50 años de edad se puso de manifiesto que la primera relación sexual tenía lugar a los 16.8 años. (44)

En un estudio realizado en Cuzco-2017, la edad de inicio de relaciones sexuales en varones fue de 16.5 (14).

4.9.4. Estadísticos edad de inicio de relaciones sexuales según

sexo

Tabla 19. Estadísticos de edad de inicio de relaciones sexuales en mujeres

	Media	17,5926
<i>Mediana</i>		18,0000
<i>Moda</i>		19,00

Fuente: Base de datos según historias clínicas

La tabla 19, describe los estadísticos más representativos en relación a la edad de inicio de relaciones sexuales. El promedio de edad de mujeres es de 17 años. La mediana, el estadístico que divide la distribución en dos partes iguales, es 18 años. La edad que más se repite, es decir, la moda es 19 años.

Tabla 20. Estadísticos de edad de inicio de relaciones sexuales en varones

	Media	17,3209
<i>Mediana</i>		17,0000
<i>Moda</i>		17,00

Fuente: Base de datos según historias clínicas

La tabla 20, describe los estadísticos más representativos en relación a la edad de inicio de relaciones sexuales. El promedio de edad de mujeres es de 17 años. La mediana, el estadístico que divide la distribución en dos partes iguales, es 17 años. La edad que más se repite, es decir, la moda es 17 años.

4.10. Abuso sexual y/o tocamientos indebidos

Tabla 21. Relación del abuso sexual y/o tocamientos indebidos durante la niñez con la orientación sexual en varones

Abuso sexual y/o tocamientos indebidos	Homosexual		Heterosexual		Total general	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	Sí	27	20%	8	6%	35
No	54	40%	45	34%	99	74%
Total general	81	60%	53	40%	134	100%

Fuente: Historias clínicas

$$\alpha = 0,05 ; \chi^2=199,352; (p\text{-valor}=0,00026=0,026\%)$$

Según la tabla 21, que describe la relación del abuso sexual y/o tocamientos indebidos durante la niñez con la orientación sexual en varones, se observa que el 40% de pacientes con orientación homosexual no sufrió abuso sexual y/o tocamientos indebidos cuando fueron niños; en cambio, el 20% de pacientes con orientación homosexual sí sufrió el abuso señalado. Por otro lado, el 34% de pacientes con orientación heterosexual no sufrió abuso; mientras que el 6% con tendencia heterosexual sí sufrió abuso.

Estos resultados, permiten asegurar que un gran porcentaje de pacientes con orientación homosexual (20%) sufrieron abusos. Del total de la muestra, el 26% de pacientes sufrieron abuso cuando fueron niños. Estos resultados son alarmantes.

La exposición temprana a la violencia es crítica porque puede tener impacto en la arquitectura del cerebro en proceso de maduración. El ofensor sexual modela de manera inapropiada el desarrollo evolutivo de la sexualidad (confusión acerca de la identidad sexual, actividad sexual precoz, promiscuidad/prostitución aumento del interés por cuestiones sexuales;) del niño o niña víctima (27).

Por otro lado, con una probabilidad de error del 0,026% existe una diferencia probabilística de frecuencias de Abuso sexual y/o tocamientos indebidos entre homosexuales y heterosexuales. Como el error es inferior al nivel de significancia (0,05=5%), entonces el abuso sexual y/o los tocamientos indebidos en la niñez, influyen en la práctica de homosexualismo en el futuro.

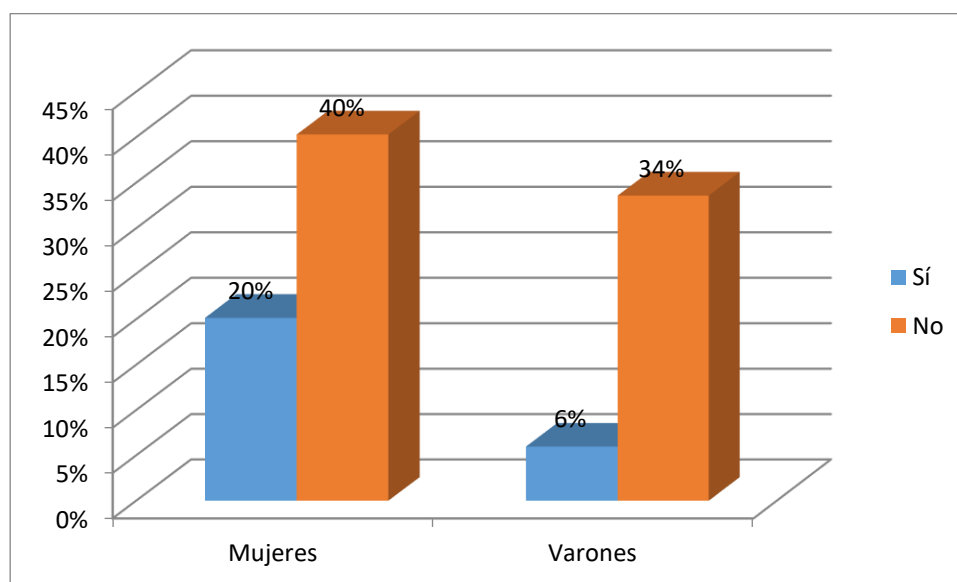


Figura 13. Relación del abuso sexual y/o tocamientos indebidos durante la niñez con la orientación sexual en varones

Fuente: Historias clínica

4.11. Nivel educativo

Tabla 22. Distribución de los pacientes con VIH según el nivel educativo

Nivel educativo	Nº	%
Primaria	13	8%
Secundaria	52	32%
Técnico completo	14	9%
Técnico incompleto	15	9%
Superior completo	18	11%
Superior incompleto	49	30%
Total general	161	100%

Fuente: Historias clínicas

La tabla 22, en relación al nivel educativo, se observa que el 32% tiene el nivel educativo de Secundaria, el 30% tiene un nivel educativo de Superior Incompleto, y el 11% tiene un nivel de Superior Completo.

Se desprende entonces, que la mayoría de pacientes con VIH tienen un nivel de Secundaria completa. Llama la atención que en segundo lugar los pacientes tengan un nivel educativo de Superior incompleto. Lo que significa que el nivel educativo no determina el desarrollo de VIH.

Al respecto un estudio de Portillo (2015) señala que en su estudio conformado por pacientes con infección por VIH en Madrid, de una muestra de

1.682 pacientes, el 31% tenía estudios básicos, el 29% tenía estudios medios y el 40% tenía estudios superiores (45).

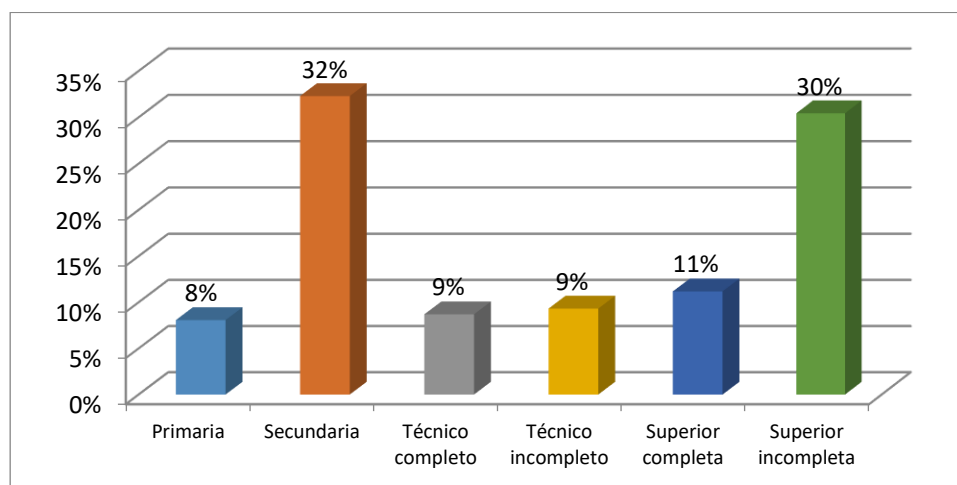


Figura 14. Distribución de los pacientes con VIH según el nivel educativo

Fuente: Historias clínicas

4.12. Nivel socioeconómico

Tabla 23. Nivel socioeconómico de los pacientes con VIH

Nivel socioeconómico	Mujeres		Varones		Total general	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
No pobreza	4	2%	37	23%	41	25%
Pobreza relativa	20	12%	95	59%	115	71%
Pobreza absoluta	3	2%	2	1%	5	3%
Total general	27	17%	134	83%	161	100%

Fuente: Historias clínicas

$$\alpha = 0,05 ; \chi^2=8,171; (p\text{-valor}=0,017=1,7\%)$$

La tabla 23, relacionada al nivel socioeconómico de los pacientes con VIH, describe que el 12% de mujeres presenta una pobreza relativa, el 2% de mujeres no se considera en situación de pobreza. En el caso de varones, el 59% se considera en situación de pobreza relativa, mientras que el 23% no se considera en pobreza. De lo señalado, tanto en varones como en mujeres, predomina el hecho de considerarse en situación de pobreza relativa.

Al respecto, un estudio realizado por el Ministerio de Sanidad y Consumo de España (2010), señala que los países con índices de pobreza más altos son los que presentan los niveles más altos de VIH/SIDA, de esa cuenta se puede mencionar que el continente africano es el más afectado por la enfermedad, en él viven más de dos terceras partes de las personas infectadas y en especial la región de África sub-Sahariana es la más afectada (46).

En lo concerniente a la demostración de si la pobreza es un factor de riesgo para el desarrollo del VIH, se señala que se tiene una probabilidad de

error del 1,7%, es decir, existe una diferencia probabilística de frecuencias de pobreza entre mujeres y varones. Como el error es inferior al nivel de significancia ($0,05=5\%$), entonces el nivel de pobreza sí es un factor de riesgo para desarrollar el VIH.

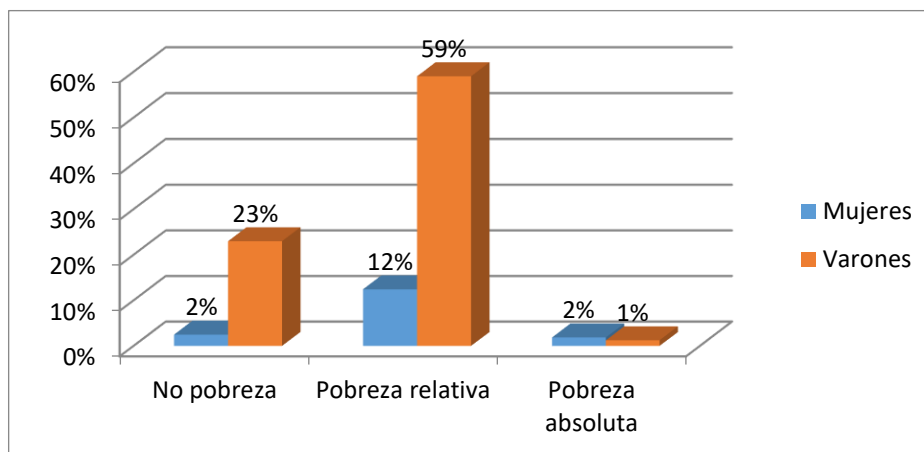


Figura 15. Nivel socioeconómico de los pacientes con VIH

Fuente: Historias clínicas

4.13. Tipo de familia

Tabla 24. Tipo de familia

Tipo de familia	Mujeres		Varones		Total general	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Disfuncional	22	14%	122	76%	144	89%
Funcional	5	3%	12	7%	17	11%
Total general	27	17%	134	83%	161	100%

Fuente: Historias clínicas

$$\alpha = 0,05 ; \chi^2=2,176; (p\text{-valor}=0,14=14\%)$$

En la tabla 24, se observa que el tipo de familia predominante en mujeres pacientes con VIH es la familia disfuncional en un 14%; mientras que el 3% tiene una familia funcional. En el caso de los varones, el 76% tiene una familia disfuncional y el 7% presenta una familia funcional. De lo descrito, se infiere que tanto en mujeres como varones predomina el tipo de familia disfuncional.

Un estudio de Rodríguez y Barrientos (2009) señala que la realidad es que, cuando se han analizado diversos aspectos buscando la etiología de las personas con VIH, se ha encontrado todo tipo de familias, lo que quiere decir que no necesariamente un tipo de familia pueda determinar que uno de los integrantes desarrolle el VIH (39).

En lo que corresponde a la demostración de si el tipo familiar un factor de riesgo muy importante para el desarrollo del VIH, se señala que se tiene una

probabilidad de error del 14%, es decir, existe no una diferencia probabilística de frecuencias de tipo de familia entre mujeres y varones. Como el error es superior al nivel de significancia ($0,05=5\%$), entonces el tipo familiar no es un factor de riesgo muy importante para desarrollar el VIH.

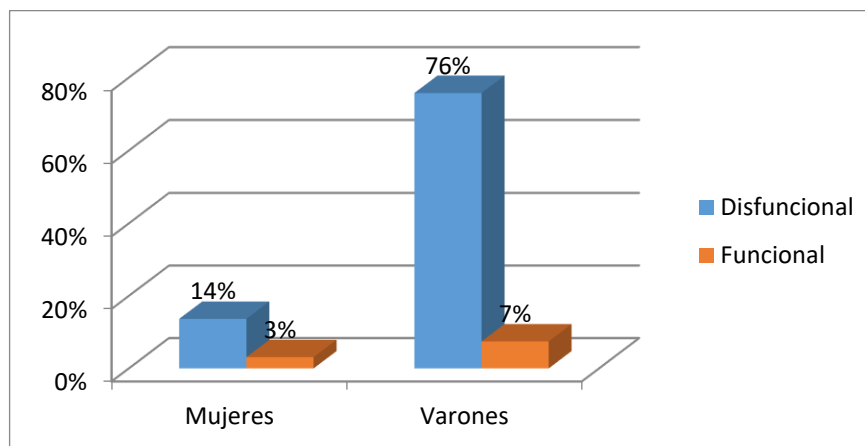


Figura 16. Tipo de familia

Fuente: Historias clínicas

4.14. Religión

Tabla 25. Distribución de pacientes según su religión

Religión	Nº	%
Católico	38	24%
Evangélico	6	4%
Judaísmo	1	1%
No practica o no se define	116	72%
Total general	161	100%

Fuente: Historias clínicas

Según la tabla 25, se observa que de los pacientes con VIH del hospital Carlos Monge Medrano, el 72% no practica ni se define con un tipo de religión, el 24% se considera católico, el 4% se considera evangélico y el 1% profesa el judaísmo.

Un estudio de Contreras (2012), en una muestra de 280 pacientes con VIH del Hospital San Juan de Dios de Guatemala, se observa que la religión que profesan las pacientes del estudio es la católica principalmente con un 57.5% seguida por la evangélica con un 35.36% y un 3.93% indicó no profesar ninguna. Estos datos son congruentes con la realidad del país en el que el 51% son católicos y las diferentes formas de protestantismo representa un 40% y los que no profesan ninguna religión representan un 3.7% (10).

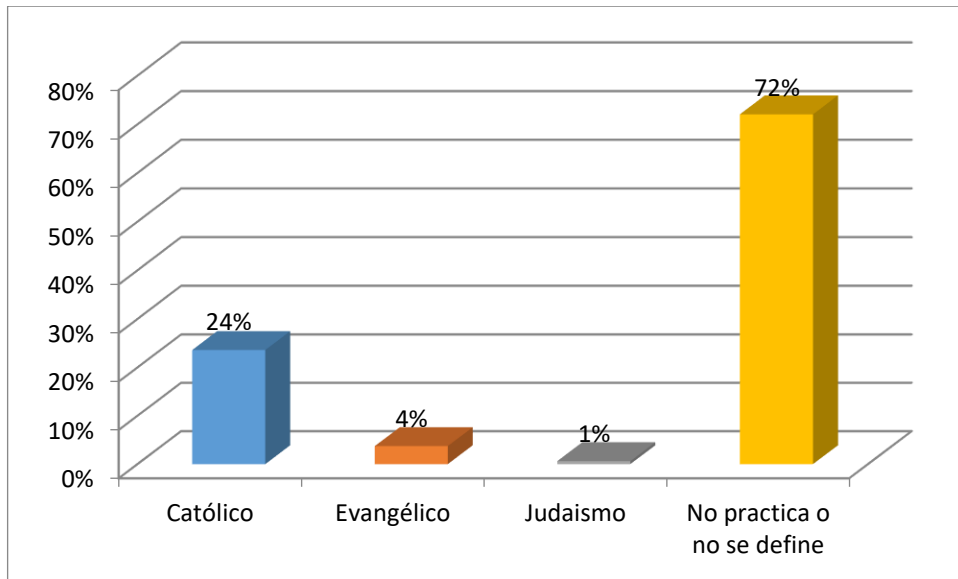


Figura 17. Distribución de pacientes según su religión

Fuente: Historias clínicas

CAPITULO V

CONCLUSIONES

PRIMERO: El modelo predictivo está conformado por una variable dependiente (factores de riesgo) y por cinco variables independientes, predictivas o explicativas (las prácticas homosexuales masculinas, el número mayor de parejas (>2), consumo de sustancias psicoactivas, contacto heterosexual con trabajadoras sexuales y el nivel de pobreza relativa).

SEGUNDO: Las variables sociodemográficas como el sexo, edad, familia, nivel educativo y religión no explican el comportamiento sexual de riesgo de los pacientes; en cambio el nivel de pobreza relativa sí es un factor de riesgo para desarrollar el VIH y explica el comportamiento sexual de riesgo.

TERCERO: Las prácticas homosexuales masculinas son el primer factor de riesgo y/o método de transmisión del VIH.

CUARTO: El abuso sexual y tocamientos indebidos durante la niñez es un factor de riesgo importante para el desarrollo de las prácticas de homosexualidad masculina.

CAPITULO VI

RECOMENDACIONES

PRIMERO: A todos los responsables de la prevención de la enfermedad se les sugiere fomentar a la población joven principalmente, los cambios conductuales (abstinencia de relaciones sexuales antes del matrimonio, tener una sola pareja sexual, que no consuman sustancias psicoactivas, que eviten el contacto heterosexual con trabajadoras sexuales y el uso de preservativos en todas las relaciones sexuales, así como el abordaje social(Evangelización) en poblaciones de mayor riesgo(HSH, adolescentes, personas con diferentes niveles de pobreza.

SEGUNDO: A todas las personas que han tenido o tienen relaciones sexuales deben de realizarse la prueba para el VIH, independientemente de los factores de riesgo y las variables sociodemográficas.

TERCERO: A los investigadores sobre el VIH y sobre las prácticas homosexuales masculinas como primer factor de riesgo y/o método de transmisión del VIH, se les recomienda que desarrollen otros estudios con universos y poblaciones de otros contextos, con la finalidad de realizar análisis comparativos y evidenciar puntos comunes sobre la línea de investigación de los factores de riesgo del VIH.

VII REFERENCIAS

1. Marquina I, Galvan T, Dominguez P, Medina G, Coronel G, Hubbard T. Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Evidentia. 2018 Febrero; 1(12).
2. Mundo de Hoy S.A. de C.V. VIH Sida. La Salud.mx. 2017 Diciembre; 82(9).
3. ONUSIDA. Hoja Informativa del VIH. Informe Estadístico. Programa Conjunto de las Naciones Unidas; 2017.
4. MINSA. Situación del VIH /SIDA en el Perú. Boletín Epidemiológico. Estadístico. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, Ministerio de Salud Perú; 2017.
5. MINSA. Ministerio de Salud del Perú. [Online].; 2017 [cited 2018 Marzo 13]. Available from: <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=25679>.
6. Pizarro Portillo A. Prevalencia y características de los pacientes con infección por VIH no diagnosticada que acuden al servicio de urgencias. Tesis Doctoral. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid, Departamento de medicina; 2015.
7. Anton Ruiz JA. Análisis de Factores de Riesgo para la Transmisión del VIH/SIDA en Adolescentes. Desarrollo De Un Modelo Predictivo. Tesis doctoral. Elche: Facultad de Ciencias Sociosanitarias, Departamento de Psicología de la Salud; 2013.
8. Valle Solís MO, Benavides Torres R. Conducta sexual de riesgo para VIH/SIDA en jóvenes universitarios. Revista de Enfermería Instituto Mexicano Seguro Soc. 2011; 3(4).
9. Fernández Romar JE. Estudio de las Prácticas de Riesgo Frente al VIH en la Población Privada de Libertad del Centro de Reclusión Femenina Cabildo. Tesis. Montevideo: Universidad de la República, Facultad de Psicología; 2012.
10. Contreras Castellanos OA, Sigüenza Vásquez RA. Caracterización Clínica, Epidemiológica y Factores de Riesgo en Mujeres, al Momento de ser Diagnosticadas Positivas al Virus de Inmunodeficiencia Humana -VIH. Tesis. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2012.
11. Vinaccia S, Quiceno JM. Conductas Sexuales de Riesgo para la Infección por Vih/Sida en Adolescentes Colombianos. Scielo. 2007 Junio; 25(11).
12. Nuttbrock L, Hwahng S. Lifetime Risk Factors For HIV/STI Infections Among male-To-Female Transgender Persons. National Of Health Institutes. 2009 Noviembre; 3(9).

- 13 Folcha C, Casabonaa J. Evolución de la prevalencia de infección por el VIH . y de las. Centre d'Estudis Epidemiològics sobre l'HIV/sida de Catalunya (CEESCAT). 2005 Marzo; 4(8).
- 14 Bermudez MP, Ramiro MT. Conducta sexual y realización de la prueba del . virus de la inmunodeficiencia humana en jóvenes que estudian en la universidad en Cuzco (Perú). Gaceta Sanitaria. 2017 Julio;(7).
- 15 Barrasa A, Lorenzo JM. Riesgo elevado de infección por el virus de la . inmunodeficiencia humana en varones homosexuales incluso después del contacto con el sistema sanitario. Enfermería Clínica. 2007 Setiembre; 6(7).
- 16 Blitchtein Winicki D, Paredes L. Percepción y comportamientos de riesgo de . ITS/VIH, en mujeres adolescentes inscritas para obtener su libreta militar en Lima y Callao 2001. Anales de la Facultad de Medicina. 2001; 63(12).
- 17 Chirinos JL, Bardales. Las relaciones coitales y la percepción de riesgo de . adquirir ETS/SIDA en adultos jóvenes varones de Lima, Perú. Cad. Saúde Pública. 2008 Enero; 1(7).
- 18 Escalante Romero L, Cerron Vela CR. Descripción De La Conducta Sexual . En Adultos Jóvenes Limeños. Revista Horizonte Médico |. 2008 Julio; 8(8).
- 19 Arapa Larico L. Factores Determinantes que Influyen en Prácticas . Preventivas en las ITS y VIH/SIDA en Trabajadoras Sexuales en el Centro Poblado Rinconada, Puno - 2014. Tesis. Juliaca: Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez, Escuela de Post Grado Maestria en Salud; 2014.
- 20 Fernández P. ¿Por qué hay algunos hombres que tienen sexo con hombres . que no están usando el condón? Primera ed. Barcelona: Centre d'Estudis Epidemiològics de la Sida i les ITS a Catalunya (CEEISCAT), Agencia de Salut Publica de Catalunya (ASPC), Generalitat de Catalunya, Badalona; 2015.
- 21 Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida. ¿Por qué hay algunos . hombres que tienen sexo con hombres que no están usando el condón?. Revista Multidisciplinaria del Sida. 2015 Diciembre; 3(52).
- 22 Auerbach J, Byram P. Efectividad de los preservativos en la prevención de . la transmisión del VIH. American Foundation for AIDS Research. 2005 Enero; 1(2).
- 23 Belda Ibáñez J, Belza Egozcue. Prevención del VIH/SIDA y otras . infecciones. Primera ed. Madrid: MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO; 2003.
- 24 Sánchez Aguilar A. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2016. . Instituto Nacional de Estadística e Informática. 2016 Mayo; 1(540).

- 25 Omayra Chinchá L, Frine Samalvides C. Asociación entre el consumo de alcohol y la infección. *Revista chilena de infectología*. 2008; 1(5).
- 26 Ministerio de Salud Perú. Webmaster. [Online].; 2017 [cited 2018 Marzo 16]. Available from: <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=22354>.
- 27 Baita S, Moreno. Abuso sexual infantil. Cuestiones relevantes para su tratamiento en la justicia. UNICEF. 2015 Octubre ; 1(285).
- 28 Pinheiro. Informe mundial sobre la violencia en niños y niñas. *Acabar con la violencia contra los niños y niñas*. 2005; 1(367).
- 29 Berlinerblau. Abuso sexual contra niños y niñas y adolescentes. Unicef. 2017 Mayo; 1(24).
- 30 MINSA. Casos de SIDA: distribución por edad y sexo. Primera ed. Lima: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - MINSA; 2017.
- 31 Galindo Puerto J. Retos en el cuidado de las mujeres con VIH. *Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida(SESIDA)*. 2014; 1(141).
- 32 Sidibé M. Un enfoque estratégico:El VIH y el SIDA y la educación. Equipo de Trabajo Interinstitucional (ETI) del ONUSIDA sobre la Educación. 2009 Mayo; 1(55).
- 33 Ramos Flores , Calderón. Lineamientos Educativos y Orientaciones Pedagógicas para la Prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y SIDA. MINISTERIO DE EDUCACIÓN. 2008 Julio; 1(54).
- 34 UNICEF Comité Español. Protegiendo a la infancia afectada por VIH SIDA. UNICEF Innocenti Research Centre. 2006; 1(64).
- 35 Chávez. Obrero Fiel. [Online].; 2012 [cited 2018 Marzo 16]. Available from: <https://obrerofiel.com>.
- 36 Departamento de Salud y Recursos Humanos de Estados Unidos. Instituto Nacional sobre el Abuso de Alcohol y alcoholismo. Antecedentes de alcoholismo en la familia. NIAAA. 2010 Abril;(6).
- 37 ONUSIDA. Acción acelerada: pongamos fin a la epidemia de sida para 2030. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. 2014; JC2686(40).
- 38 Gonzales Ramírez. Situación de salud de los adolescentes y jóvenes en el Perú. Ministerio de Salud Perú. 2017 Julio; 1(124).
- 39 Mascort J, Aguado C. VIH y atención primaria. Volver a pensar en el SIDA. ELSEVIER. 2017; 2(2).

- 40 Rodríguez C, Hermelinda B. VIH/SIDA y salud pública. Primera ed. . Cuernavaca: Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA); 2009.
- 41 INEBASE. Salud y hábitos sexuales, las conductas sexuales desde la . perspectiva del sida. Primera ed. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2004.
- 42 Anton j. Análisis de factores de riesgo para la transmisión del Vih/Sida en . adolescentes. Desarrollo de un modelo predictivo (Tesis). Primera ed. Elche: Universitas Miguel Hernández; 2013.
- 43 SEISIDA. XIII Congreso Nacional sobre el SIDA. Primera ed. Santiago de . Compostela: MT Global; 2010.
- 44 INEI, ONUSIDA, UNFPA. Conocimiento, actitudes y autopercepción en . varones de 15 a 59 años sobre el VIH/SIDA. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES Varones. 2008 Agosto; 1(124).
- 45 Portillo A. Prevalencia y características de los pacientes con infección por . VIH no diagnosticada que acuden al Servicio de Urgencias (Tesis). Primera ed. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2015.
- 46 Ministerio de Sanidad y Consumo. Prevención del VIH/SIDA en inmigrantes . y minorías étnicas. [Online].; 2010 [cited 2018 marzo 20. Available from: <http://www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/inte riores.pdf> 12.
- 47 Grupo de Estudio de Sida de la SEIMC (GeSIDA), Sociedad Española . Interdisciplinaria del Sida (SEISIDA). Documento Informativo sobre la Infección por VIH. GESIDA / SEISIDA <. 2017; 1(40).
- 48 Hernández J, Martínez F. Transmisión Sexual del VIH. Grupo de Trabajo . sobre Tratamientos del VIH (gTt-VIH). 2016 Noviembre; 2(52).
- 49 Sánchez Aguilar A. Peru: Enfermedades no transmisibles y transmisibles, . 2016. Instituto Nacional de Estadística e Informática. 2016 Mayo; 2(174).
- 50 Organización Mundial de la Salud O. Los accidentes de tránsito, el suicidio . y las afecciones maternas figuran entre las principales causas de muerte de los jóvenes. [Online].; 2012 [cited 2018 marzo 17. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/200>.
- 51 Callejas S. Características y motivos de consulta de los pacientes VIH+ . atendidos en urgencias del hospital de Fuenlabrada durante el año 2006, estudio comparativo frente a grupo control. Primera ed. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2010.

- 52 Sánchez C, Asevedo J, Gonzáles M. Factores de riesgo y métodos de . transmisión de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Primera ed. Bogotá: Revista CES Salud Pública; 2012.
- 53 Failde J, Lameiras M, Bimbela J. Prácticas sexuales de chicos y chicas . españoles de 14-24 años de edad. Primera ed. Madrid: Gaceta Sanitaria; 2008.
- 54 Villaseñor A, Caballero R, Hidalgo A, Santos J. Conocimiento objetivo y . subjetivo del VIH/sida como predictor del uso del condón en adolescentes. Primera ed. México D.F.: Salud Pública de México; 2013.
- 55 Blitchtein-winicki D, Paredes L, Calero J, Magallanes M. Percepción y . comportamientos de riesgo de ITS/VIH, en mujeres adolescentes inscritas para obtener su libreta militar en Lima y Callao. Primera ed. Lima: Universidad Nacional mayor de San Marcos; 2002.
- 56 Campos L. La macroestafa del SIDA. Primera ed. Sevilla: Planeta; 2009.
- 57 Bimbela J, Cruz M. Sida y jóvenes, La prevención de la transmisión sexual . del VIH.. Primera ed. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2007.
- 58 Cerwonka E, Isbell T, Hansen C. Psuchosocial factors as predictors of . unsafe sexual practices among young adults. Primera ed. AIDS: Education and Prevention; 2010.
- 59 INJUVE.. Sondeo periódico de opinión y situación de la gente joven. Primer . trimestre 2000 Madrid: INJUVE; 2000.
- 60 Teva I, Bermúdez M, Buela-Casal G. Characteristics of sexual behavior in . Spanish adolescents. : The Spanish Journal of Psychology; 2009.
- 61 Carrasco V. Mujeres chilenas viviendo con VIH/SIDA: ¿derechos sexuales y . reproductivos? Un estudio de correlaciones en ocho regiones del país. [Online].; 2009 [cited 2018 marzo 18. Available from: http://www.feim.org.ar/pdf/blog_violencia/chile/MujeresChilenas_con_VIH_y_DS.
- 62 Instituto Nacional de Estadística. Demografía y población. [Online].; 2011 . [cited 2018 marzo 18. Available from: <http://www.ine.gob.gt/index.php/demografia-y-poblacion>.

VIII ANEXOS

Anexo A. Base de datos según historias clínicas

N°	VARIABLE INTERVINIENTE	FACTORES DE RIESGO										CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS									
		Orientación sexual	Uso de preservativo	Número de parejas sexuales	Prostitución	Sustancias psicoactivas antes o durante las relaciones sexuales	Edad de inicio de relaciones sexuales	Abuso sexual y/o tocamientos indebidos	Edad	Sexo	Nivel educativo	Nivel socioeconómico	Religión	Tipos de familia							
1	2010	Heterosexual	A veces	2	No opina	Alcohol	22	Si	33	Mujer	Primaria	Pobreza relativa	No practica o no se define	Funcional							
2	2010	Heterosexual	Nunca	2	Si	Tabaco	18	No	20	Varón	Secundaria	Pobreza relativa	No practica o no se define	Disfuncional							
3	2010	Heterosexual	Nunca	3	Si	Drogas	17	No	23	Varón	Técnico incompleto	Pobreza relativa	Católico	Disfuncional							
4	2011	Heterosexual	A veces	3	No opina	Alcohol	20	No	51	Mujer	Técnico incompleto	Pobreza relativa	No practica o no se define	Funcional							
5	2011	Homosexual	A veces	4	No opina	Tabaco	18	Si	25	Varón	Superior completa	No pobreza	No practica o no se define	Disfuncional							
6	2011	Homosexual	A veces	5	No opina	Alcohol	17	Si	19	Varón	Secundaria	Pobreza relativa	Católico	Disfuncional							
7	2011	Homosexual	Nunca	2	No opina	Tabaco	17	Si	23	Varón	Superior incompleta	No pobreza	Católico	Disfuncional							
8	2011	Heterosexual	Nunca	5	Si	Tabaco	17	No	21	Varón	Secundaria	Pobreza relativa	No practica o no se define	Disfuncional							
9	2011	Heterosexual	Nunca	6	Si	Drogas	16	No	32	Varón	Superior incompleta	Pobreza relativa	Católico	Disfuncional							
10	2012	Heterosexual	Siempre	1	No opina	Ninguno	25	Si	39	Mujer	Primaria	Pobreza relativa	No practica o no se define	Disfuncional							
11	2012	Bisexual	A veces	7	No opina	Drogas	16	No	31	Varón	Superior completa	No pobreza	No practica o no se define	Disfuncional							
12	2012	Heterosexual	Nunca	2	Si	Tabaco	15	No	23	Varón	Superior incompleta	Pobreza relativa	No practica o no se define	Disfuncional							
13	2012	Homosexual	Nunca	7	No opina	Alcohol	19	Si	33	Varón	Secundaria	No pobreza	No practica o no se define	Disfuncional							
14	2012	Homosexual	Nunca	3	No opina	Tabaco	15	Si	26	Varón	Superior completa	No pobreza	No practica o no se define	Funcional							
15	2012	Homosexual	A veces	7	No opina	Drogas	15	Si	32	Varón	Técnico incompleto	Pobreza relativa	Católico	Disfuncional							
16	2012	Heterosexual	A veces	1	No opina	Alcohol	12	Si	17	Mujer	Técnico incompleto	Pobreza relativa	Católico	Disfuncional							
17	2012	Bisexual	A veces	8	No opina	Drogas	18	No	33	Varón	Técnico incompleto	Pobreza relativa	No practica o no se define	Disfuncional							
18	2012	Homosexual	A veces	5	No opina	Alcohol	18	No	24	Varón	Superior incompleta	Pobreza relativa	No practica o no se define	Disfuncional							
19	2012	Heterosexual	Siempre	5	Si	Tabaco	25	No	35	Varón	Secundaria	Pobreza relativa	No practica o no se define	Funcional							
20	2012	Homosexual	Nunca	3	No opina	Alcohol	14	No	20	Varón	Superior incompleta	Pobreza relativa	No practica o no se define	Disfuncional							
21	2012	Homosexual	Nunca	6	No opina	Alcohol	19	No	44	Varón	Superior completa	No pobreza	No practica o no se define	Disfuncional							
22	2012	Heterosexual	Nunca	5	Si	Drogas	14	No	36	Varón	Superior incompleta	Pobreza relativa	No practica o no se define	Disfuncional							
23	2013	Heterosexual	Nunca	2	No opina	Ninguno	20	Si	36	Mujer	Primaria	Pobreza absoluta	No practica o no se define	Funcional							
24	2013	Homosexual	A veces	5	No opina	Alcohol	15	Si	45	Varón	Superior completa	No pobreza	No practica o no se define	Disfuncional							
25	2013	Heterosexual	Nunca	5	No	Alcohol	24	No	37	Varón	Técnico incompleto	Pobreza relativa	Evangelico	Disfuncional							
26	2013	Homosexual	Nunca	2	No opina	Alcohol	16	No	23	Varón	Superior incompleta	Pobreza relativa	No practica o no se define	Disfuncional							
27	2013	Heterosexual	Nunca	5	No	Tabaco	24	No	43	Varón	Superior incompleta	Pobreza relativa	Judaismo	Disfuncional							
28	2013	Homosexual	Nunca	4	No opina	Tabaco	18	No	46	Varón	Secundaria	No pobreza	No practica o no se define	Disfuncional							
29	2013	Heterosexual	Nunca	6	Si	Drogas	18	No	21	Varón	Secundaria	No pobreza	No practica o no se define	Disfuncional							
30	2013	Homosexual	Nunca	5	No opina	Tabaco	12	No	24	Varón	Secundaria	Pobreza relativa	Católico	Disfuncional							
31	2014	Heterosexual	Nunca	2	No opina	Alcohol	19	No	34	Mujer	Técnico incompleto	Pobreza relativa	No practica o no se define	Disfuncional							
32	2014	Bisexual	A veces	6	No opina	Drogas	15	No	41	Varón	Superior completa	No pobreza	Católico	Disfuncional							
33	2014	Bisexual	A veces	5	No opina	Tabaco	18	No	23	Varón	Superior incompleta	Pobreza relativa	No practica o no se define	Disfuncional							
34	2014	Heterosexual	A veces	5	No	Tabaco	18	No	23	Varón	Técnico incompleto	Pobreza relativa	No practica o no se define	Disfuncional							

81	2016	Heterosexual	Nunca		5	Sí	Alcohol	18	No	23	Varón	Secundaria	No pobreza	No practica o no se define	Disfuncional
82	2016	Bisexual	Nunca		5	No opina	Drogas	18	No	26	Varón	Secundaria	Pobreza relativa	No practica o no se define	Disfuncional
83	2016	Bisexual	Nunca		5	No opina	Alcohol	18	No	28	Varón	Superior completa	Pobreza relativa	No practica o no se define	Disfuncional
84	2016	Bisexual	Nunca		5	No opina	Alcohol	18	No	24	Varón	Superior incompleta	No pobreza	No practica o no se define	Disfuncional
85	2016	Heterosexual	Nunca		5	Sí	Alcohol	15	No	17	Varón	Primaria	Pobreza relativa	No practica o no se define	Disfuncional
86	2016	Bisexual	Nunca		5	No opina	Alcohol	17	No	21	Varón	Secundaria	Pobreza relativa	No practica o no se define	Funcional
87	2016	Bisexual	Nunca		5	No opina	Alcohol	20	No	27	Varón	Superior incompleta	Pobreza relativa	No practica o no se define	Disfuncional
88	2016	Heterosexual	A veces		2	No opina	Alcohol	15	No	23	Mujer	Técnico completo	No pobreza	No practica o no se define	Disfuncional
89	2016	Bisexual	Siempre		3	No opina	Alcohol	14	No	19	Varón	Superior incompleta	Pobreza relativa	No practica o no se define	Disfuncional
90	2016	Homosexual	A veces		10	No opina	Alcohol	17	No	28	Varón	Secundaria	Pobreza relativa	Católico	Disfuncional
91	2016	Heterosexual	Nunca		2	No opina	Alcohol	14	Sí	23	Mujer	Secundaria	Pobreza relativa	Católico	Disfuncional
92	2016	Homosexual	Nunca		15	No opina	Alcohol	20	No	30	Varón	Técnico incompleto	No pobreza	No practica o no se define	Disfuncional
93	2016	Heterosexual	Nunca		4	No	Alcohol	17	No	26	Varón	Superior incompleta	Pobreza relativa	No practica o no se define	Disfuncional
94	2016	Heterosexual	Nunca		7	No	Alcohol	17	No	24	Varón	Técnico completo	Pobreza relativa	No practica o no se define	Disfuncional
95	2016	Heterosexual	Nunca		7	No	Alcohol	22	No	32	Varón	Superior incompleta	No pobreza	No practica o no se define	Disfuncional
96	2016	Homosexual	Nunca		3	No opina	Alcohol	14	No	19	Varón	Primaria	Pobreza relativa	No practica o no se define	Disfuncional
97	2016	Homosexual	Nunca		10	No opina	Alcohol	18	No	26	Varón	Superior completa	No pobreza	No practica o no se define	Disfuncional
98	2016	Homosexual	Nunca		9	No opina	Alcohol	18	No	37	Varón	Superior completa	No pobreza	No practica o no se define	Disfuncional
99	2016	Heterosexual	Nunca		3	No opina	Tabaco	19	No	31	Mujer	Superior completa	No pobreza	No practica o no se define	Funcional
100	2016	Bisexual	A veces		15	No opina	Alcohol	17	No	41	Varón	Técnico completo	Pobreza relativa	Católico	Disfuncional
101	2016	Heterosexual	Nunca		3	No opina	Drogas	19	No	30	Mujer	Técnico completo	No pobreza	Católico	Disfuncional
102	2016	Bisexual	Nunca		6	No opina	Alcohol	17	No	22	Varón	Superior incompleta	No pobreza	No practica o no se define	Disfuncional
103	2016	Heterosexual	Nunca		6	Sí	Alcohol	17	No	33	Varón	Secundaria	Pobreza relativa	No practica o no se define	Disfuncional
104	2016	Heterosexual	Nunca		6	Sí	Alcohol	20	No	25	Varón	Superior incompleta	Pobreza relativa	No practica o no se define	Disfuncional
105	2016	Homosexual	Nunca		6	No opina	Alcohol	18	Sí	42	Varón	Superior incompleta	No pobreza	No practica o no se define	Disfuncional
106	2017	Homosexual	Nunca		6	No opina	Alcohol	18	Sí	20	Varón	Secundaria	Pobreza relativa	No practica o no se define	Disfuncional
107	2017	Homosexual	Nunca		3	No opina	Alcohol	21	Sí	47	Varón	Secundaria	Pobreza relativa	Católico	Disfuncional
108	2017	Homosexual	Nunca		6	No opina	Alcohol	18	Sí	26	Varón	Secundaria	Pobreza relativa	Católico	Funcional
109	2017	Heterosexual	Nunca		6	Sí	Drogas	18	No	27	Varón	Superior incompleta	Pobreza relativa	No practica o no se define	Disfuncional
110	2017	Heterosexual	Nunca		3	No opina	Tabaco	13	No	25	Mujer	Secundaria	Pobreza relativa	No practica o no se define	Disfuncional
111	2017	Heterosexual	Nunca		6	No	Alcohol	17	No	23	Varón	Secundaria	Pobreza relativa	No practica o no se define	Disfuncional
112	2017	Heterosexual	Siempre		10	No	Alcohol	17	No	26	Varón	Superior incompleta	No pobreza	No practica o no se define	Disfuncional
113	2017	Heterosexual	A veces		12	No	Drogas	17	No	21	Varón	Primaria	Pobreza relativa	No practica o no se define	Disfuncional
114	2017	Heterosexual	Nunca		5	No opina	Drogas	17	No	24	Mujer	Superior incompleta	Pobreza relativa	Católico	Disfuncional
115	2017	Homosexual	A veces		7	No opina	Tabaco	17	No	24	Varón	Secundaria	No pobreza	Católico	Disfuncional
116	2017	Homosexual	A veces		20	No opina	Drogas	17	No	28	Varón	Secundaria	Pobreza relativa	Católico	Disfuncional
117	2017	Heterosexual	A veces		4	No opina	Alcohol	19	No	29	Mujer	Secundaria	Pobreza relativa	No practica o no se define	Disfuncional
118	2017	Homosexual	Nunca		5	No opina	Tabaco	17	Sí	27	Varón	Secundaria	Pobreza relativa	No practica o no se define	Funcional
119	2017	Homosexual	Nunca		5	No opina	Alcohol	14	Sí	18	Varón	Secundaria	Pobreza relativa	No practica o no se define	Disfuncional
120	2017	Homosexual	Nunca		5	No opina	Alcohol	17	No	25	Varón	Superior completa	No pobreza	No practica o no se define	Disfuncional
121	2017	Homosexual	Nunca		5	No opina	Alcohol	17	No	25	Varón	Superior incompleta	Pobreza relativa	No practica o no se define	Disfuncional
122	2017	Heterosexual	Nunca		5	No opina	Alcohol	17	Sí	21	Mujer	Superior completa	No pobreza	No practica o no se define	Disfuncional
123	2017	Heterosexual	Nunca		7	Sí	Alcohol	17	No	30	Varón	Secundaria	Pobreza relativa	No practica o no se define	Disfuncional
124	2017	Heterosexual	Nunca		7	Sí	Alcohol	17	No	23	Varón	Secundaria	Pobreza relativa	No practica o no se define	Disfuncional
125	2017	Heterosexual	Nunca		7	No	Alcohol	17	No	48	Varón	Técnico completo	Pobreza relativa	No practica o no se define	Disfuncional
126	2017	Heterosexual	Nunca		4	No	Alcohol	20	No	30	Varón	Primaria	No pobreza	No practica o no se define	Disfuncional

127	2017	Heterosexual	Siempre		7	No	Alcohol		14	No	17	Varón	Superior completa	No pobreza	No practica o no se define	Disfuncional
128	2017	Heterosexual	Nunca		5	No	Alcohol		17	No	32	Varón	Superior incompleta	Pobreza relativa	No practica o no se define	Funcional
129	2017	Heterosexual	A veces		5	No	Alcohol		17	No	26	Varón	Secundaria	Pobreza relativa	No practica o no se define	Disfuncional
130	2017	Heterosexual	A veces		5	No	Alcohol		20	Si	29	Varón	Secundaria	Pobreza relativa	No practica o no se define	Disfuncional
131	2017	Heterosexual	A veces		10	No	Drogas		17	Si	21	Varón	Superior incompleta	Pobreza relativa	No practica o no se define	Disfuncional
132	2017	Bisexual	A veces		11	No opina	Drogas		17	No	33	Varón	Superior incompleta	Pobreza relativa	No practica o no se define	Disfuncional
133	2017	Heterosexual	A veces		5	No opina	Alcohol		18	No	22	Mujer	Secundaria	Pobreza relativa	Católico	Disfuncional
134	2017	Bisexual	A veces		13	No opina	Drogas		15	No	22	Varón	Superior incompleta	Pobreza relativa	No practica o no se define	Disfuncional
135	2017	Bisexual	A veces		10	No opina	Alcohol		20	No	50	Varón	Secundaria	Pobreza relativa	Católico	Disfuncional
136	2017	Bisexual	A veces		4	No opina	Alcohol		15	No	30	Varón	Superior incompleta	Pobreza relativa	No practica o no se define	Disfuncional
137	2017	Heterosexual	Nunca		2	No opina	Tabaco		17	No	22	Mujer	Primaria	Pobreza relativa	Católico	Disfuncional
138	2017	Homosexual	A veces		21	No opina	Alcohol		15	No	24	Varón	Técnico completo	Pobreza relativa	Católico	Disfuncional
139	2017	Homosexual	A veces		15	No opina	Alcohol		15	No	29	Varón	Superior incompleta	Pobreza relativa	No practica o no se define	Disfuncional
140	2017	Bisexual	A veces		22	No opina	Drogas		17	No	49	Varón	Técnico completo	Pobreza relativa	No practica o no se define	Disfuncional
141	2017	Heterosexual	Nunca		2	No opina	Tabaco		18	No	24	Mujer	Secundaria	Pobreza absoluta	No practica o no se define	Disfuncional
142	2017	Homosexual	Nunca		35	No opina	Alcohol		14	Si	39	Varón	Secundaria	Pobreza relativa	No practica o no se define	Disfuncional
143	2017	Homosexual	Nunca		11	No opina	Alcohol		20	Si	21	Varón	Superior incompleta	No pobreza	No practica o no se define	Disfuncional
144	2017	Homosexual	Nunca		4	No opina	Alcohol		17	Si	25	Varón	Secundaria	Pobreza relativa	No practica o no se define	Funcional
145	2017	Bisexual	Nunca		11	No opina	Alcohol		13	No	18	Varón	Secundaria	Pobreza relativa	No practica o no se define	Disfuncional
146	2017	Heterosexual	Nunca		2	No opina	Alcohol		18	No	28	Mujer	Superior incompleta	Pobreza relativa	No practica o no se define	Disfuncional
147	2017	Bisexual	Nunca		6	No opina	Alcohol		15	No	20	Varón	Secundaria	Pobreza relativa	No practica o no se define	Disfuncional
148	2017	Bisexual	Nunca		6	No opina	Alcohol		17	No	27	Varón	Secundaria	Pobreza relativa	Católico	Disfuncional
149	2017	Heterosexual	Nunca		4	No opina	Alcohol		16	No	20	Mujer	Técnico incompleto	Pobreza relativa	No practica o no se define	Disfuncional
150	2017	Bisexual	Nunca		6	No opina	Drogas		20	No	27	Varón	Técnico incompleto	Pobreza relativa	No practica o no se define	Disfuncional
151	2017	Heterosexual	A veces		4	No opina	Alcohol		18	Si	25	Mujer	Superior incompleta	Pobreza relativa	No practica o no se define	Disfuncional
152	2017	Bisexual	Nunca		7	No opina	Drogas		17	No	26	Varón	Primaria	Pobreza relativa	No practica o no se define	Disfuncional
153	2017	Heterosexual	Nunca		5	No opina	Alcohol		16	No	24	Mujer	Superior incompleta	Pobreza relativa	No practica o no se define	Disfuncional
154	2017	Bisexual	A veces		7	No opina	Ninguno		17	No	26	Varón	Superior incompleta	Pobreza relativa	Católico	Disfuncional
155	2017	Heterosexual	Nunca		4	No opina	Alcohol		18	Si	24	Mujer	Técnico completo	Pobreza relativa	No practica o no se define	Disfuncional
156	2017	Heterosexual	A veces		7	No	Alcohol		15	No	20	Varón	Secundaria	Pobreza relativa	Católico	Disfuncional
157	2017	Heterosexual	A veces		7	No	Alcohol		17	No	24	Varón	Secundaria	Pobreza relativa	No practica o no se define	Disfuncional
158	2017	Heterosexual	A veces		7	No	Alcohol		17	No	22	Varón	Superior incompleta	Pobreza relativa	No practica o no se define	Disfuncional
159	2017	Heterosexual	Nunca		3	No opina	Alcohol		16	No	19	Mujer	Secundaria	Pobreza relativa	Católico	Disfuncional
160	2017	Heterosexual	A veces		7	No	Alcohol		13	No	16	Varón	Secundaria	Pobreza absoluta	No practica o no se define	Disfuncional
161	2017	Heterosexual	A veces		3	No opina	Tabaco		16	Si	18	Mujer	Superior incompleta	Pobreza relativa	No practica o no se define	Disfuncional