



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20

**PRINCIPALES OBSTÁCULOS QUE
INTERFIEREN EN EL APEGO AL
AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON
INFECCION POR VIH DEL HGZ 24**

TESIS

PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. RODRIGUEZ HERNANDEZ JOSE DE JESUS

TUTORAS

DRA. MARIA DEL CARMEN AGUIRRE GARCIA

DRA. NOHEMI NUÑEZ RODRIGUEZ



MEXICO D.F. 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TUTORA

**DRA. MARIA DEL CARMEN AGUIRRE GARCIA
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
UMF No. 20
MAESTRA EN TERAPIA FAMILIAR**

TUTORA

DRA. NOHEMI NUÑEZ RODRIGUEZ
MEDICO TRATANTE DE LA CLINICA DE VIH HGZ 24

Vo. Bo.

DRA. SANTA VEGA MENDOZA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRA EN CIENCIAS DE LA EDUCACION
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
UMF No. 20

Vo. Bo.

DR. MAXIMO ALEJANDRO GARCÍA FLORES
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN

DEDICATORIA

A MI HERMANA CARMEN

En el siglo XV, en una aldea cercana a Núremberg, vivía una familia con varios hijos. Para poner pan en la mesa para todos, el padre trabajaba casi 18 hrs diarias en las minas de carbón, y en cualquier otra cosa, que se presentara. Dos de sus hijos tenían un sueño: querían dedicarse a la pintura.

Pero sabían que su padre jamás podría enviar a ninguno de ellos a la academia. Después de muchas noches de conversaciones calladas, los dos hermanos llegaron a un acuerdo. Lanzarían al aire una moneda y el perdedor trabajaría en las minas para pagar los estudios del que ganara, al terminar los estudios el ganador pagaría entonces los estudios del que quedara en casa, con las ventas de sus obras.

Así los dos hermanos podrían ser artistas. Lanzaron al aire la moneda un domingo al salir de la iglesia, uno de ellos llamado Albrecht Durero gano y se fue a estudiar a Núremberg.

Entonces el otro hermano, Albert, comenzó el peligroso trabajo en las minas, donde permaneció los próximos cuatro años para sufragar los estudios de su hermano, que desde el primer momento fue toda una sensación en la academia, los grabados de Albrecht, sus tallados y sus oleos, llegaron a ser mucho mejores que los de muchos de sus profesores, y para el momento de su graduación, ya había comenzado a ganar considerables sumas con las ventas de su arte.

Cuando el joven artista regreso a su aldea, la familia Durero se reunió para una cena festiva en su honor.

Al finalizar la memorable velada Albrecht se puso de pie en su lugar de honor de la mesa y propuso un brindis por su hermano querido, que tanto se había sacrificado trabajando en las minas para hacer sus estudios una realidad, y dijo “ahora hermano mío es tu turno, ahora puedes ir a Núremberg a perseguir tus sueños, que yo me hare cargo de tus gastos”

Todos los ojos se volvieron llenos de expectativas hacia el rincón de la mesa que ocupaba su hermano, pero este con el rostro empapado en lágrimas se puso de pie y dijo suavemente:

“no hermano no puedo ir a Núremberg. Es muy tarde para mí. Estos cuatro años de trabajo en las minas han destruido mis manos, cada hueso de mis dedos se ha roto al menos una vez, y la artritis en mi mano derecha ha avanzado tanto que hasta me costó trabajo levantar la copa durante tu brindis. No podría trabajar con delicadas líneas, el compas o el pergamino y no podría manejar la pluma ni el pincel, no hermano para mí ya es tarde. Pero soy feliz de que mis manos deformes hayan servido, para que las tuyas ahora hayan cumplido su sueño”

Gracias, te debía el reconocimiento ahora dios me da la oportunidad de poder hacerlo en un logro más de mi vida personal y académica en donde como siempre tu estas presente, **DIOS TE BENDIGA HOY Y SIEMPRE.**

A DIOS por darme el don de la vida aun en los momentos de adversidad, por cuidarme, por bendecirme día a día, por la maravillosa familia y amigos que me dio. Gracias.

A mi padre por enseñarme el sentido de la responsabilidad y la perseverancia para alcanzar mis metas, a mi madre por esos años de desvelo y cuidados incondicionales, los amo este logro es suyo también.

A mis hermanos Alicia y Toño, por todo su cariño, apoyo y comprensión en este proyecto de mi vida, por los cuidados en mis momentos de enfermedad, por quererme y aceptarme gracias.

A mis cuñados por el apoyo que le brindaron a mis hermanos en los momentos en que necesite de ellos por permitirles el descuidar a sus familias por cuidarme a mi gracias, los quiero mucho aunque a veces no se los diga.

A mis sobrinos Beto, Ariana, Karla, Jared, Lupita y Natalia, para que esto sea un incentivo en sus vidas personales y académicas, por que esto es el reflejo de que la perseverancia, el trabajo y la responsabilidad son la base de su éxito personal y académico.

A todos mis amigos, en especial a Mario Adán que es el hermano que la vida me permitió elegir, gracias por tu cariño y apoyo en los momentos más adversos de mi vida, gracias a dios y a la vida que te puso en mi camino nuevamente, a Lorena, Susana, Isabel, Aramis, por estar ahí cuando más las necesite gracias. Y a todos aquellos que sin querer hacerlos menos no puedo mencionar pero que no por eso son menos importantes.

A toda mi familia que en algún momento me apoyo con una palabra de apoyo, con una sonrisa, con un sí se puede, con una bendición gracias.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Carmen Aguirre por el apoyo, la paciencia y la asesoría que me otorgo para la realización de este proyecto tan importante en mi vida no solo académico sino personal.

A la Dra. Nohemí Rodríguez por la asesoría clínica y permitirme acercarme a sus pacientes y conocer un poco más de las dificultades que viven para mantenerse firmes ante una enfermedad por demás estigmatizada, porque me permitió sensibilizarme más y poder ser una mejor persona.

A la Dra. Santa Vega, porque nos enseñó la importancia de la responsabilidad y la disciplina tras esa tarea diaria de estarnos supervisando día a día para que hiciéramos las cosas bajo las normativas establecidas, suena fácil pero es una gran labor.

Al Dr. Máximo por esas palabras secas pero certeras que aun retumban en mi cabeza y que me dieron la fuerza de seguir adelante.

Por último agradezco en conjunto a la Dra. Carmen y Santa por el apoyo, la comprensión, y las facilidades que me otorgaron cuando más lo necesite, por que cuando pensé que no se podía y estaba a punto de tirar todo lo ganado, me apoyaron para seguir adelante, en verdad gracias, Dios sabe cuánto agradezco ese apoyo.

INDICE

PAGINA

RESUMEN

INTRODUCCION	1
MARCO TEORICO	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
HIPOTESIS	17
OBJETIVOS	18
MATERIAL Y METODOS	19
RESULTADOS	25
DISCUSION	36
CONCLUSIONES	39
RECOMENDACIONES	39
BIBLIOGRAFIA	40
ANEXOS	43

**PRINCIPALES OBSTÁCULOS
QUE INTERFIEREN EN EL
APEGO AL AUTOCUIDADO EN
PACIENTES CON INFECCION
POR VIH.**

PRINCIPALES OBSTÁCULOS QUE INTERFIEREN EN EL APEGO AL AUTOCUIDADO DE LOS PACIENTES CON INFECCION POR VIH DEL HGZ 24.

Rodríguez-Hernández José de Jesús ¹; Aguirre-García María del Carmen ²; Núñez-Rodríguez Nohemí ³.

1. Médico Residente de Medicina Familiar UMF 20.
2. Médica Familiar, Profesora Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar UMF20
3. Médica Internista, Médica Responsable de Clínica de VIH HGZ 24

La infección por VIH en la actualidad es una pandemia que afecta a millones de personas, su tratamiento está basado en la terapia ARV y en las modificaciones en el estilo de vida que permitan tener un adecuado apego al autocuidado. **Objetivo:** Determinar los principales obstáculos que interfieren en el apego al autocuidado en los pacientes con infección por VIH del HGZ 24. **Material y Métodos:** Estudio *descriptivo cualitativo*, que se realizó en 73 pacientes con infección por VIH, a los cuales se aplicó cuestionario ex profeso mixto para conocer los motivos que obstaculizan el apego al autocuidado, se utilizó estadística descriptiva. **Resultados:** Predominó sexo masculino 82.2% (66), licenciatura 34.2%(25), solteros 78.1% (56), rango edad 20-59 años, de los motivos que obstaculizan al mal apego a autocuidado fueron la falta de tiempo, trabajo demandante, comidas en la calle, problemas familiares, personales, económicos, y socialización, consensualidad, ignorancia, irresponsabilidad, pareja con VIH **Conclusiones:** Se encontró un bajo porcentaje de pacientes con apego estricto a su autocuidado y los principales motivos percibidos al mal apego son de tipo personal vinculados a las condiciones sociodemográficas.

Palabras claves: VIH, autocuidado, apego, obstáculos de autocuidado, motivos de autocuidado.

MAIN OBSTACLES THAT INTERFERE IN CONTINUED SELF-CARE OF PATIENTS WITH HIV INFECTION OF HGZ 24.

JOSE DE JESUS HERNANDEZ RODRIGUEZ ¹; MARIA DEL CARMEN AGUIRRE GARCIA ²; NOHEMI NUNEZ RODRIGUEZ ³

1 Student of the specialization course UMF 20

2 Professor of the Specialization Course

3 Medical Clinic Responsible for HIV HGZ 24

HIV infection is now a pandemic affecting millions of people, treatment is based on the ARV therapy and the changes in lifestyle that yield a suitable attachment to self-care.

Objective: To determine the main obstacles that interfere with continuing self-care in patients with HIV infection HGZ 24. **Material and Methods.** Qualitative descriptive study, conducted in 73 patients with HIV infection, to which the questionnaire ex profeso mixto was applied to know the factors that hinder the attachment to self-care, descriptive statistics using. **Results:** 82.2% male predominance (66) 34.2% Bachelor (25), singles 78.1% (56), age range 20-59 years, factors associated with poor adherence to self-care were based on as many times referred to the lack of time, demanding job, street food, family, personal and economic problems, socialization, consensuality, ignorance, irresponsibility, couples with HIV Conclusions: We found that 17.8% of patients have a strict adherence to proper self-care and perceived factors associated with poor continuation are mainly linked to the condition of the personal socio demographic factors of patients.

Keywords: HIV, Self-Care, Continuation, Quality of life.

INTRODUCCION

El VIH-SIDA es una enfermedad crónico degenerativa que en la actualidad se considera una pandemia, enfermedad que requiere la atención de toda la sociedad no solo del médico y el paciente, pero que sobre todo requiere del compromiso del mismo paciente al entender su nueva condición de vida y las modificaciones pertinentes que este tiene que realizar para tener una mejor calidad de vida.

El impacto epidemiológico en México asciende a 164,422 casos de SIDA notificados del año 1983 al 2013 según los registros de CENSIDA de los cuales el mayor número de casos se encuentran en el Distrito Federal, Estado de México, Veracruz, Chiapas, Jalisco, y la mayor proporción de casos se encuentra distribuida en la población masculina con un 82.1 %, de este número de casos se conocen según registros del 2011, 5043 defunciones secundarias a complicaciones por SIDA.

Dado que en los portales de búsqueda se encuentra poca información integrada sobre autocuidado y calidad de vida en los pacientes con VIH y se otorga más relevancia a la adherencia a ARV como base del tratamiento del VIH y se da poca información sobre la importancia en la modificación de estilos de vida saludables como coadyuvante y terapia integral de tratamiento a VIH es importante estudiar si las modificaciones en el estilo de calidad de vida en base al apego al autocuidado han sido realizadas por los pacientes con dicho diagnostico.

Por tanto este estudio se realizara para saber el impacto en el apego a estilos de vida saludables que mejoren la calidad de vida, que permitan a los pacientes un estado de salud adecuado a su diagnostico de base, que les permita coadyuvar a la terapia ARV para un estado de salud optima que les permita una mejor calidad de vida.

De todo esto se verán impactados tanto médicos, pacientes, y la misma institución ya que de este estudio se recabaran datos de importancia obtenidos por medio de los pacientes que nos identifiquen cuales son los factores que interfieren en el apego al autocuidado la realización de estrategias para mejorar el apego a este, los médicos se verán beneficiados ya que tendrán pacientes con un apego adecuado a tratamiento

integral para la infección por VIH y no solo tomando como margen el apego a terapia ARV con lo que llevarán un mejor control de los pacientes y menos complicaciones asociadas a la enfermedad misma, las instituciones se verán favorecidas ya que al lograr un apego integral a tratamiento por VIH se tendrán pacientes con un sistema inmune más favorecido que si solamente se apegaran a la terapia ARV, pacientes que persistirán estables por mucho tiempo y con menos complicaciones ocasionadas por infecciones oportunistas lo que reducirá el número de hospitalizaciones por estas y por ende el costo en las atenciones que requieran estos pacientes. ^(1,2,3)

MARCO TEORICO

El SIDA surge en el escenario mundial a inicios de la década del 80, atacando esencialmente población masculina, joven, en edad productiva cuyo destino indefectiblemente era la muerte.

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida es una enfermedad infecto contagiosa de transmisión sexual, causada por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), el cual afecta el sistema inmunológico, aniquilando el sistema de defensas. A partir de ello se producen enfermedades oportunistas que eventualmente, de acuerdo con la historia natural de la enfermedad, culmina con la muerte. La aparición de los medicamentos antirretrovirales en el último lustro, ha venido a revolucionar el abordaje médico y social históricamente en vigencia para el tratamiento del VIH/SIDA. Este hito de la ciencia, adquiere una dimensión ontológica para la persona infectada y sus redes de apoyo, dada la posibilidad de replantear radicalmente la propia existencia. La opción del tratamiento hace que se pierda la sensación de que la vida es súbitamente arrebatada, pero mismo tiempo demanda entrar en un proceso de autodescubrimiento, lo cual implica, responder al dilema de vivir dentro de un marco existencial generalmente distinto al requerido, a partir de su nueva condición de salud, o bien elegir la muerte.

Desde esta perspectiva, se construye una ambivalencia producida por la elección de vivir o morir, en tanto la primera, paradójicamente implica morir a conductas de riesgo o estilos de vida no saludables, los cuales son necesarios de modificar para contribuir a mejorar tanto la calidad de vida como la expectativa de vida de la persona infectada y sus redes de apoyo.

Ante la inminencia de perder la vida, resurge una esperanza y concomitantemente, nuevos desafíos para brindar respuestas que permitan arrancarle a la muerte con rostro de SIDA, millares de personas, cuyo reto principal se convierte en reaprender a vivir tomando decisiones responsables y atinentes a su condición de seropositivo.

Transitar por esta senda exige trascender las fronteras del Trabajo Social y explorar los límites de la diversidad, la transdisciplinariedad y, en un viaje holístico, incursionar en el fenómeno que nos ocupa. Para ello, es imperativo hablar el lenguaje que describe y

connota al SIDA, como un pasaporte que permite la entrada, a una realidad compleja que demanda respuestas igualmente complejas.

El virus de inmunodeficiencia humana ha sido llamado la enfermedad del siglo por las características de pandemia, los millones de vidas que ha cobrado, así como por las consecuencias económicas y sociales que ha generado esta entidad a su paso. El SIDA es una realidad que ha devastado pueblos enteros como en África Subsahariana y constituye un reto a escala mundial especialmente en países pobres.

Concretamente de 1994 a 1999 más de 80.000 latinos (as) fallecieron a causa del SIDA. La alta letalidad no puede verse desligada de factores étnicos, sociales y económicos, dado que en países latinoamericanos casi no se dispone de la infraestructura sanitaria para abordar de manera más efectiva este problema de salud. Asimismo cada vez es más difícil la obtención de recursos humanos y económicos destinados exclusivamente a la compra de medicamentos antirretrovirales, claves para la atención de esta enfermedad.

Inicialmente el SIDA fue un sinónimo de la muerte por su alta letalidad. Se indica que los primeros casos de SIDA se presentaron en Haití. No obstante se reporta que los primeros registros se encuentran en los Estados Unidos, específicamente en población homosexual y usuarios (as) de drogas endovenosas. La asociación entre este virus, la orientación sexual de las personas infectadas y los estilos de vida de éstas, dio paso a la construcción de una visión mítica y estereotipada con respecto a la enfermedad.

Se edificó una visión cargada de prejuicios en torno a la enfermedad, que socialmente condujo a definir las llamadas "Poblaciones en riesgo". Esta tipificación generó un fenómeno de exclusión social, debido a que esta pandemia estaba inicialmente flagelando a minorías sociales y económicas. Esta dinámica de discriminación y marginalización se vio fuertemente reforzada por el discurso religioso judeo cristiano de corte fundamentalista, que le confirió una connotación de castigo, al dolor de millares de personas que estaban enfrentando esta difícil situación.

De esta forma, el VIH/SIDA pese a ser simplemente un virus, se convirtió en un indicador de transgresión social, que invisibilizó a quienes lo portan o en su defecto los

sometió a un juicio colectivo moralista, cuyo veredicto fue una muerte precoz, causada por la deshumanización de la sociedad.

La aparición de un diagnóstico de esta magnitud, toca aspectos existenciales que gravitan entre la vida y la muerte, e incursiona en el territorio de la intimidad escudriñando y desnudando a la persona, quien se siente en un estado de indefensión y expuesta al juicio social. Es evidente que el enfrentamiento a un diagnóstico altamente conocido por su letalidad, pone a la persona infectada y a sus redes significativas de apoyo ante un conjunto de preocupaciones psicosociales a medida que se va enfrentando a la realidad del diagnóstico.

Es así como el SIDA se convierte en un detonante que activa los diversos elementos que conforman el contexto social de referencia de las personas afectadas y esto, precisamente ofrece un escenario que invita a diversas disciplinas a aportar conocimientos que se traduzcan en respuestas efectivas, interdisciplinarias e integrales para este segmento de población. Dentro de este panorama (4,5,6,7)

Aunque se viene trabajando en el manejo del VIH como una patología que afecta gran parte de la población mundial, aun no se ha dado respuesta a su efecto pandémico en los últimos diez años, disminuyó el número anual de fallecimientos. Según la Comisión Temática del Fórum, en el mundo hay infectadas treinta y seis millones de personas, de las cuales veinticinco millones están infectados en África, y América Latina aporta dos millones al total.

En la lucha contra el VIH/SIDA hay que aunar esfuerzos políticos, económicos, administrativos y sociales; dado que es una patología agresiva que afecta a la población en general y si se logran unir los estamentos mundiales aportando políticas sociales integrales se podrá disminuir la incidencia de portadores y enfermos. El VIH se convierte entonces en un evento patológico del cual se debe conocer su curso, tratamiento y evolución pero aún más importante, es entender cómo se encuentra el paciente enfermo, cómo son sus formas de autocuidado y qué hace para mantener sus condiciones de salud en un medio tan agresivo donde debe enfrentar intolerancia, discriminación y desigualdad social, entre otros.

Es una realidad en el mundo entero, que a las personas sanas, se les niega el acceso a la prevención y a los enfermos, se les niega el ingreso a programas de tratamiento oportuno y adecuado, violando los derechos humanos, los derechos a la salud, a la vida y a la dignidad. La infección por VIH requiere un tratamiento oportuno, así como aprendizaje de pautas de autocuidado como estrategia prioritaria para que el enfermo se mantenga en las mejores condiciones.

Según Orem, el autocuidado considera la participación activa de las personas en el cuidado de su salud y como responsables de decisiones que condicionan su situación. La promoción de la salud, hace necesaria la individualización de los cuidados, la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto.

Por otro lado, implica trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos como percepción del problema, capacidad de autocuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el autocuidado, entre otros, y hace de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo.

Estas apreciaciones son básicas en todo tipo de pacientes, aunque son completamente determinantes en pacientes infectados con el VIH donde un solo error puede generar daños a su salud física, mental y social. Además se consideró pertinente un diseño etnográfico, porque permite visualizar a cada paciente en su entorno individual, en las condiciones personales que determinan su salud y su actitud ante su enfermedad y en consecuencia su adaptabilidad a la misma.

La infección por el VIH es cada vez más común en nuestro medio, y aunque la población en general y los pacientes son objeto de educación, para prevenir o tratar la enfermedad, esta educación no logra impactar lo suficiente para conseguir cambios conductuales significativos ^(8,9)

AUTOCAUIDADO

Es la capacidad del ser humano de incorporar hábitos de conducta y realizar actividades positivas para mantener una buena salud física, mental y espiritual. Porque

nos hace responsables de nosotros mismos, nos mantiene saludables y nos hace sentir mejor.

Fundamentalmente deben cuidarse en:

- La salud física y mental
- La salud sexual.
- La alimentación.
- Adicciones principalmente alcohol y tabaco.

Las medidas del autocuidado son establecidas para adquirir y mantener una buena calidad de vida, que deben ser aplicadas adecuadamente tanto por las PVVS como el entorno familiar y social. Estas medidas comprenden diversas acciones como: cuidados higiénicos en la preparación y consumos de alimentos y bebidas, dieta de alto contenido proteico- calórico, la realización de ejercicios físicos y de relajación, vigilar la aparición de infecciones y cumplir con las indicaciones de los proveedores de la salud. Se entiende por hábitos de vida saludable el abandono del consumo de tabaco, drogas, alcohol, evitar deportes peligrosos o cualquier conducta de riesgo que pueda perjudicar la salud de las PVVS o interferir en su tratamiento. Con las aplicaciones adecuadas de todas las recomendaciones, se podrán identificar oportunamente las necesidades de la vida diaria y una actitud responsable de las PVVS y de sus familias en el manejo del autocuidado y la adquisición de hábitos de vida saludable en el hogar, que redundará en el beneficio individual, familiar y en la comunidad en la cual se desenvuelve. Durante todas las etapas de la infección es importante saber cuáles son los cuidados que debemos tener con las PVVS y evitar riesgos innecesarios, disminuyendo así las probabilidades de que nuestro ser querido presente complicaciones. Dado que el seguimiento de las PVVS son semejantes al de otros enfermos crónicos de larga y lenta evolución y sin posibilidad de tratamiento definitivo, los proveedores de la salud deben ayudar a este grupo y a las personas que lo rodean (pareja, familia, cuidadores). Para que esto sea posible es preciso establecer un programa que posibilite una educación continúa en el cuidado personal y orientación hacia los principios básicos de una buena nutrición y buenos hábitos ⁽⁶⁾

Estudios realizados en países desarrollados han demostrado que el autocuidado podría mejorar notablemente la calidad y la cantidad de los cuidados que reciben estos pacientes, ya que favorecería una mayor adhesión a los tratamientos y la detección precoz de las complicaciones, además de mejorar la funcionalidad general y reducir las tasas de hospitalizaciones y consultas de urgencia. ⁽⁷⁾

Las medidas del autocuidado son establecidas para adquirir y mantener una buena calidad de vida, que deben ser aplicadas adecuadamente tanto por las PVVS como el entorno familiar y social. Estas medidas comprenden diversas acciones como: cuidados higiénicos en la preparación y consumos de alimentos y bebidas, dieta de alto contenido proteico- calórico, la realización de ejercicios físicos y de relajación, vigilar la aparición de infecciones y cumplir con las indicaciones de los proveedores de la salud. Se entiende por hábitos de vida saludable el abandono del consumo de tabaco, drogas, alcohol, evitar deportes peligrosos o cualquier conducta de riesgo que pueda perjudicar la salud de las PVVS o interferir en su tratamiento. ^(10.11)

Por tanto en este estudio acotaremos en cinco de las modificaciones más importantes del autocuidado como son actividad física, nutrición, sexualidad, aspectos sicosocial y adicciones. De las muchas que hay tomando en cuenta que si realizamos una modificación adecuada en estos parámetros tendremos un impacto favorable en la calidad de vida.

ACTIVIDAD FISICA

Los primeros estudios sobre la eficacia del ejercicio en los sujetos infectados por VIH-I datan de mediados de los 80 y se basaron en los numerosos estudios que confirmaban los beneficios que el ejercicio aeróbico tenía en personas sanas. En principio, se conformaban con demostrar que los pacientes infectados por VIH-I podían realizar ejercicio físico sin perjuicio para su salud y, en particular, para su sistema inmunitario. De ahí que los sujetos que se eligieran en las primeras investigaciones fueran seropositivos en la etapa asintomática de la enfermedad con un estado inmunológico suficientemente aceptable para que la realización de ejercicio físico no supusiera un riesgo.

El ejercicio físico moderado puede influir positivamente en la enfermedad tanto en un plano psicológico, permitiendo un descenso del estrés, la ansiedad y la depresión, como en un plano inmunológico, frenando la progresión de la enfermedad del VIH-1, lo que necesariamente llevaría a un incremento en la calidad de vida. El ejercicio aeróbico ha demostrado su eficacia para controlar el estrés y como técnica de relajación capaz de reducir la ansiedad y los síntomas depresivos. Tras la realización de un ejercicio aeróbico aumenta la concentración sérica de opioides endógenos, conocidos por sus efectos inmunorregulatorios. Por tanto, el ejercicio aeróbico, gracias a sus efectos anti estresantes, podría atenuar el estado de ansiedad y depresión en los pacientes seropositivos. Laperriere y cols., de la Universidad de Miami, realizaron un estudio en el que casi medio centenar de homosexuales sanos se distribuyeron en dos grupos homogéneos, uno de los cuales seguía un programa de entrenamiento interválico aeróbico en bicicleta ergo métrica durante diez semanas y el otro grupo no seguía dicho programa. Ninguno de ellos tenía conocimiento de si estaba o no infectado por el virus hasta la quinta semana en la que se les notificaba su estado serológico tras realizar un Análisis sanguíneo. Los sujetos que dieron positivo en el test y que no estaban realizando el programa de ejercicio mostraron un aumento significativo de la ansiedad y una disminución del número de células NK. Los que siguieron el programa de ejercicio, por el contrario, no sólo no tuvieron bajadas de sus niveles de ansiedad y depresión, sino que además aumentaron el número de células CD4, siendo este aumento mayor en los seropositivos que en los seronegativos del grupo de ejercicio. Teniendo en cuenta que una disminución en este tipo de células se ha relacionado con un empeoramiento de la función inmunológica y una aceleración en la progresión de la enfermedad, estos resultados demuestran que el ejercicio físico de carácter aeróbico puede normalizar el estado inmunitario del sujeto y, por tanto, retrasar la progresión de la enfermedad, al menos en sujetos infectados pero asintomáticos.

Muchos sujetos infectados experimentan una pérdida de masa muscular significativa en alguna fase de la progresión de la enfermedad. La fatiga muscular también es un síntoma bastante frecuente de la enfermedad. Esto cuestiona la conveniencia de un programa de entrenamiento físico, dadas las condiciones de los pacientes. Sin

embargo, la experiencia demuestra que estos sujetos siguen estando capacitados para tener una adaptación muscular como consecuencia del entrenamiento.

Se ha demostrado en estudios que el ejercicio de resistencia progresiva contra ejercicios habituales mejora y detiene la atrofia muscular propia de estos pacientes en algún momento de la enfermedad.

Numerosos estudios evidencian que el ejercicio se asocia con mejoras en la salud mental y el funcionamiento neuroendocrino e inmunológico. El ejercicio dentro del contexto de la psiconeuroinmunología parece ser una aproximación muy prometedora para el tratamiento del SIDA y la promoción de la salud. ⁽⁸⁾

En general son recomendables los deportes o actividades de tipo aeróbico (andar rápido, correr, nadar, hacer ciclismo, bailar). Las PVVS pueden participar en los deportes colectivos, no hay evidencias de que exista el riesgo de transmisión del VIH cuando las PVVS que practican un deporte no muestran heridas sangrantes y no existen casos documentados de infección por VIH adquirida a través de la participación en deportes colectivos. ^(10,12)

NUTRICION

Una alimentación saludable debe favorecer la mejor calidad de vida, por eso las PVVS deben aprender cuales son los alimentos que más benefician, cuales perjudican, que combinaciones de alimentos son de mayor provecho y qué tipo de preparación emplear en caso específicos.

La mala nutrición es el mayor problema en la infección por el VIH, por lo que los buenos hábitos de alimentación ayudan a las PVVS a sentirse mejor.

Las prohibiciones y limitaciones impuestas deben ser evitadas, a no ser que sea parte de orientaciones individualizadas debido a enfermedades o disturbios nutricionales específicos. Recordar el valor de comer bien, ordenadamente, en cantidad suficiente y adecuadamente, considerando las exigencias de alimentación relacionadas con su tratamiento. Para una persona que vive con el VIH, existe una serie de situaciones que puede causarle problemas de nutrición, entre ellas el estrés y los medicamentos que

forman parte del esquema terapéutico. Recordar que los alimentos consumidos en forma correcta proporcionan todos los nutrientes necesarios para el organismo. ⁽¹⁰⁾

El VIH deteriora el estado nutricional al mermar el sistema inmunitario y la ingesta, absorción y uso de nutrientes. Los adultos con el VIH tienen unos requisitos energéticos un 10 - 30% mayor que los adultos sanos sin el virus, y en el caso de los niños, este incremento es del 50-100%. Así pues, la disponibilidad de alimentos y una buena nutrición son esenciales para que las personas con el VIH permanezcan saludables y puedan resistir durante más tiempo a las infecciones oportunistas, como la tuberculosis.

Una ingesta dietética y una absorción adecuadas son esenciales para conseguir todos los beneficios de la terapia antirretroviral, y hay nuevas pruebas de que los pacientes que inician el tratamiento sin una nutrición apropiada tienen menores tasas de supervivencia. La terapia antirretroviral puede aumentar por sí misma el apetito, y es posible que algunos de estos fármacos, si se toman con alimento, reduzcan ciertos efectos colaterales y promuevan la observancia terapéutica. Dado que la observancia es imprescindible para retrasar la aparición de resistencia a los medicamentos de primera línea, el apoyo nutricional resulta crítico para el sostenimiento de la terapia antirretroviral. ⁽¹⁴⁾

Durante los últimos cinco años hemos asistido a un cambio espectacular en el tratamiento de los pacientes con infección VIH. La eficacia demostrada por los nuevos tratamientos es tan evidente que el panorama ha cambiado drásticamente, mejorando la calidad y la cantidad de vida de estos pacientes. Sin embargo, aunque somos conscientes que es mucho menor el número de pacientes desnutridos y que se describen menos complicaciones digestivas, pensamos que no debemos bajar la guardia en el cuidado de la alimentación de los pacientes con infección por VIH. Por último desde hace tres años aproximadamente se conoce la mayor frecuencia de alteraciones metabólicas (cambios de distribución de la grasa corporal, diabetes, alteraciones lipídicas), y aunque no se conocen con exactitud los mecanismos que las desarrollan si sabemos que el primer paso en su tratamiento se basa en una correcta alimentación.

La alimentación contribuye al buen funcionamiento del sistema inmunológico. Mantener unos hábitos alimentarios correctos es fundamental para nuestra salud en general y más aún si vivimos con el VIH, que puede deteriorar el sistema de defensa del organismo.

Durante la evolución habitual de la infección por VIH se pueden pasar momentos en que resulta difícil alimentarse adecuadamente y con normalidad, a veces por falta de apetito cuando se tiene fiebre, o por dolor al masticar o al tragar, por los habituales episodios de diarrea o por otras causas relacionadas con el VIH o con sus tratamientos. Por todo ello conocer lo que se puede hacer en tales circunstancias para combatir la debilidad física o la desnutrición puede resultar muy útil. Es importante saber que los alimentos pueden contener microorganismos (bacterias, parásitos, etc.) potencialmente peligrosos para una persona con un sistema de defensas comprometido y que pueden ser causa de enfermedades como la toxoplasmosis, la salmonelosis, u otras variadas infecciones intestinales. Así pues, es muy conveniente tener un cuidado especial con la higiene de los alimentos.

Si se está siguiendo algún plan terapéutico con varios tipos de fármacos, que son fundamentales para el control del virus, nunca se deben abandonar, salvo que el médico lo indique. En ocasiones, la tolerancia y la absorción de estos fármacos están mediadas por algunos tipos de alimentos. Es fundamental conocer qué tipo de fármaco se recibe y como se debe hacer la toma en relación con los alimentos para conseguir la mayor eficacia del tratamiento.

- Extremar las medidas de higiene en la preparación de los alimentos, y su manipulación culinaria. Comenzando con un adecuado lavado de las manos y limpieza de las superficies donde se van a preparar los mismos, así como los utensilios que vayan a ser utilizados, pudiendo emplear para esta limpieza de superficies una solución hecha con medio litro de agua a la que se añadiría un chorrito de lejía. Para facilitar la limpieza, puede ponerse esta mezcla en una botella con vaporizador. Finalmente, enjuagar las superficies con agua.

- La manipulación de los alimentos comienza en el momento de la elección y compra de los mismos. Se elegirá la fruta y verdura no golpeada, ni macerada, procediendo posteriormente a un correcto pelado y limpieza de las partes y piezas.
- Es preferible evitar el consumo de alimentos crudos o poco hechos, especialmente huevos, carne de aves, de res o pescados.

Los nutrientes son los elementos básicos que los alimentos proporcionan al organismo para su crecimiento y desarrollo de las distintas funciones con normalidad. Estos nutrientes son los hidratos de carbono y la grasa que proporcionan energía y otros nutrientes fundamentales como proteínas, vitaminas y minerales. Todos ellos son esenciales para mantener todos los órganos y sistemas en buen funcionamiento y muy especialmente nuestro sistema de defensas ^(13,14,15)

SEXUALIDAD

En el ámbito sexual se promueve una sexualidad saludable, esto implica que aunque el paciente se conozca seropositivo puede ejercer una sexualidad adecuada con los cuidados pertinentes para evitar la transmisión del virus, dentro de estos parámetros de seguridad se establecen evitar la promiscuidad, el uso de condón, la información de mecanismo de transmisión, y el cuidado de parejas serodiscordantes.

El sexo es uno de los aspectos que se puede vivir como el más conflictivo, sin embargo, esto no es así. Tal vez los primeros encuentros amorosos después de obtener el diagnóstico estén llenos de miedos y dudas, debido a los temores del miembro VIH negativo a contraer el virus y del miembro que vive con VIH a transmitirlo. El miedo es sin duda un sentimiento humano que muchas veces se oculta para no herir a el/la compañero/a. Muchas veces el miedo paraliza, hasta el punto de disminuir o anular el deseo sexual. Sin embargo, siempre es posible recuperar este deseo, sobre todo cuando se tiene información. El volver a encontrarse sexualmente con el otro no resulta una tarea sencilla. Se deben incorporar nuevas conductas, tener cuidado en las prácticas sexuales y estar siempre bien informados respecto de lo que es seguro o no.

Encontrar nuevas y variadas maneras de conectarse, incrementando la propia autoestima, puede ayudar a afianzar el lazo de unión y encuentro de la pareja. ⁽¹⁶⁾

En este momento sería saludable hablar sin prejuicios sobre los deseos, necesidades y fantasías que cada uno de los integrantes de la pareja tiene. Es necesario el apoyo y la obtención de información médica precisa, que permita generar un entorno confiable.

Como método de protección contra el VIH y otras infecciones de transmisión sexual, el preservativo es la herramienta más efectiva. Lamentablemente no todas las personas lo utilizan. Incorporarlo desde el comienzo de la relación sexual, no como barrera sino como complemento integrador de la pareja. Quizás requieran tiempo, comunicación y buena predisposición. Para practicar un sexo seguro es necesario utilizar correctamente el preservativo en cada una de las relaciones sexuales (vaginales, anales u orales), desde que comienzan y hasta que finalizan. ^(17,18,19)

ASPECTOS PSICOLÓGICOS.

Haber dado positivo en la prueba de anticuerpos del VIH puede afectar profundamente la vida. Sentimientos como confusión, miedo, rabia, angustia y tristeza son reacciones naturales frente a esta nueva situación, el agobio reaparecerá en situaciones difíciles: cuando haya cansancio, hayan "bajado las defensas", infecciones, Además del miedo a la enfermedad y a la muerte tendrás miedo al rechazo, al "qué dirán" y a la discriminación y dificultades para encontrar personas con quienes puedas sentirte seguro y que te entiendan. Problemas familiares, laborales y personales que se susciten ante una nueva condición de seropositivo Todo ello puede conducir a enfrentar problemas en solitario. Situaciones emocionales derivadas de esta condición pueden provocar una disminución en el estado inmunológico del paciente por lo que se tendrán que identificar de manera oportuna para implementar acciones ya sea terapéuticas o medicamentosas que nos permitan un estado de sicosocial adecuado sin repercusión al nuestra calidad de salud. ^(10,20)

ADICCIONES (ALCOHOL Y TABACO)

Para mantener un estilo de vida saludable se recomienda la moderación en el consumo de bebidas alcohólicas y de tabaco.

Recordar que el alcohol puede ser incompatible con los diferentes antirretrovirales (ARV). La ingesta excesiva puede dañar el hígado, donde se metabolizan casi todos los fármacos, si ocurriera esto, se dificultará el tratamiento. Y el tabaco disminuye el apetito y la resistencia pulmonar frente a muchas infecciones. ⁽³⁾

Por tanto y en vista de que las modificaciones a un estado de vida saludable de las personas con VIH tiene un impacto benéfico en su salud y como coadyuvante al tratamiento ARV para una mejora de su estado de salud y para reducir las comorbilidades como infecciones oportunistas, es de suma importancia que los pacientes con diagnóstico por VIH realicen los cambios pertinentes para mejorar su calidad de vida y con ello la mejora de salud y el retraso del deterioro que la misma enfermedad causa en el organismo. ⁽¹⁰⁾

Por tanto es importante realizar los cambios pertinentes en el estilo de vida saludable en pacientes con VIH ya que estas modificaciones tendrán un impacto en el estado de salud del paciente que aunado a la terapia ARV son los pilares fundamentales del tratamiento para evitar complicaciones a futuro asociadas a una baja inmunidad.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La importancia del apego al autocuidado en pacientes con VIH como son la actividad física, estado nutricional adecuado, factores emocionales como ansiedad y estrés, relaciones sexuales saludables y adicciones como tabaco y alcohol aunado a la terapia con ARV como terapia integral de estos es de suma importancia por los beneficios que estos otorgan al sistema inmunológico, el estado del ánimo , mejorar las alteraciones metabólicas y constitucionales que se van presentando en etapas avanzadas de la enfermedad.

Todas estas modificaciones requieren de una buena relación medico paciente que fomente información adecuada para motivar los cambios pertinentes en estas áreas, pero más que la participación del médico se requiere de la participación activa del mismo paciente ya que en este, esta lograr los cambios adecuados para una mejor calidad de vida. En base a todo esto nos preguntamos

¿Cuáles son los principales obstáculos que interfieren en el apego al autocuidado de los pacientes con infección por VIH del HGZ 24?

HIPOTESIS

Es un estudio de tipo descriptivo que no requiere hipótesis

OBJETIVOS

GENERAL

- Determinar los principales obstáculos que interfieren en el apego al autocuidado en los pacientes con infección por VIH del HGZ 24.

ESPECIFICOS

- Mencionar las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes que padecen VIH
- Indagar la frecuencia de apego al autocuidado en pacientes que padecen VIH del HGZ 24.
- Describir la percepción de los pacientes sobre los obstáculos que interfieren en el apego a estilos de vida saludable y autocuidado.

MATERIAL Y METODOS

LUGAR DE ESTUDIO

- El estudio se llevo a cabo en el HGZ 24 del IMSS, hospital categorizado como atención de segundo nivel el cual cuenta con múltiples especialidades de atención, en la clínica de VIH, en el horario matutino de 08:00 am a 14:00 hrs. Que se encuentra en, Insurgentes Norte No 1322, Col Magdalena de las salinas, CP 07760, Gustavo a Madero, D.F.

DISEÑO: descriptivo

TIPO DE ESTUDIO: Cualitativo

GRUPOS DE ESTUDIO

CRITERIOS DE INCLUSION

- ✓ Pacientes de sexo indistinto con seis meses o más de diagnostico de infección por VIH.
- ✓ Pacientes mayores de edad
- ✓ Personas que aceptaron participar

CRITERIOS DE EXCLUSION

- ✓ . Pacientes que no tuvieron ninguna discapacidad mental y/o deterioro cognitivo que les impida llenar el cuestionario.

CRITERIOS DE ELIMINACION

- ✓ Pacientes que no hayan llenado el cuestionario de manera adecuada.
- ✓ Pacientes que se desearon retirar al momento de la encuesta.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Constó de 73 pacientes obtenida por medio de la fórmula para cálculo de la muestra poblaciones finitas.

Cuya fórmula es la siguiente:

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

Donde:

- N = Total de la población (pacientes adscritos a la clínica de VIH)
- $Z\alpha = 1.96$ al cuadrado (si la seguridad es del 95%)
- p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)
- q = 1 – p (en este caso 1-0.05 = 0.95)
- d = precisión (en su investigación use un 5%).

$$N = \frac{400 * 1.96^2 * 0.005 * 0.95}{0.05^2 * (400 - 1) + 1.96^2 * 0.05 * 0.95}$$

Resultado: 73.35

Tamaño de muestra: 73 PACIENTES

VARIABLES DEL ESTUDIO

VARIABLES DE LOS PACIENTES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN
EDAD	Años cumplidos desde la fecha de nacimiento al momento del estudio	Se obtendrá mediante pregunta directa del cuestionario	Cuantitativa continua
SEXO	Características fenotípicas y genotípicas que identifican al individuo como masculino y femenino	Femenino Masculino	Cualitativa nominal
ESCOLARIDAD	Grado de escolaridad de el paciente ha cursado	Ninguna Primaria Secundaria Carrera técnica Licenciatura posgrado	Cualitativa ordinal

Autocuidado	“La percepción adecuada y correcta que tiene una persona de sí misma en su contexto cultural, sobre la sensación de su bienestar físico, mental y social en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”.	Se obtendrá mediante información directa del cuestionario.	Cualitativa dicotómica	nominal
-------------	---	--	------------------------	---------

OBSTÁCULOS QUE INTERVIENEN EN APEGO A AUTOCUIDADO

<p>obstaculos que interfieren en el autocuidado</p>	<p>Se define como aquellas acciones que impiden una modificación a un estilo de vida saludable, Según La literatura, entre las variables relacionadas, están el nivel educativo, las creencias culturales, la valoración de la gravedad de la enfermedad, la percepción de la eficacia del tratamiento, la vulnerabilidad percibida, la intolerancia a los efectos secundarios, la creencia en la toxicidad de los fármacos, la relación terapéutica y la inestabilidad en la vida de los pacientes (no tener un hogar, por ejemplo), así como el ánimo depresivo, la ansiedad, la falta de apoyo social, el consumo excesivo De alcohol y de sustancias psicoactivas y el simple olvido. Tales variables se acentúan y dificultan la adhesión con el paso del tiempo. ⁽²¹⁾</p>	<p>Se obtendrá mediante información directa de las respuestas a las preguntas abiertas del instrumento de evaluación, las cuales se categorizaran de acuerdo a respuestas recurrentes.</p>	<p>Cualitativa nominal</p>
---	--	--	----------------------------

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO

Previa presentación del trabajo y aprobación del proyecto por el comité de investigación, se realizó la presentación a las autoridades correspondientes de la HGZ 24 para obtener la autorización y apoyo del personal para la realización del mismo.

Se coordinó con la colaboradora asociada de la clínica de VIH del Hospital General de Zona, encargada de la clínica de VIH, para solicitar aplicar el instrumento de evaluación a los pacientes asignados al padrón de atención de dicho servicio.

Se capturaron los pacientes de la consulta externa de la clínica de VIH, que cumplieron los criterios de inclusión para dicho estudio, y quisieron participar con el llenado de la encuesta. Previamente consentimiento informado, se aplicó cuestionario mixto de preguntas dirigidas y abiertas a los pacientes del hospital general de zona número 24 del IMSS, de sexo indistinto, mayores de edad, que no presentaron ninguna alteración cognitiva que les impida llenar el cuestionario, con diagnóstico de seis meses o más por infección de VIH, que constó de 17 ítems los cuales constaron de cinco rubros, condiciones socio demográficas, actividad física, nutrición, sexualidad, estado psicosocial y adicciones, basado en las guías de autocuidado de los pacientes con VIH en donde se hace referencia a las modificaciones de estilo de vida sobre estos rubros, que constaron de preguntas dirigidas sobre las acciones, modificaciones y conocimiento de los cuidados que tiene que llevar un paciente con infección por VIH, con un apartado de respuestas abiertas en donde se registraron los obstáculos que afectan el apego a estas modificaciones, las cuales se categorizaron de acuerdo a las respuestas más comunes para crear las tablas de salida. Las cuales se analizaron por medio del programa SPSS. Se realizó el análisis y discusión de resultados. Se elaboró el escrito final y se difundió en las XL jornadas delegacionales de pre y posgrado de la delegación norte.

ANALISIS DE DATOS

Los resultados se analizaron con estadística descriptiva con calculo de media aritmética y desviación estándar para las variables continuas y proporciones y porcentajes para los datos categóricos.

A través del programa estadístico SPSS y Excel. Los resultados se presentaron en cuadros y gráficos.

La elaboración del protocolo se llevo a cabo en el software Microsoft office Word.

RESULTADOS

Se encontró que hubo un predominio del sexo masculino (82.2%) sobre el femenino (17.8%), la edad promedio fue de 40 ± 10.3 años, Rango de 19 a 78 años, el 95.9% lo constituye el grupo entre 20 a 59 años. Estado civil solteros 78.1% (57), escolaridad licenciatura 34.2% (25). Tabla 1

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LOS PACIENTES CON INFECCION POR VIH HGZ 24.		
	N	%
EDAD (Años)		
10-19	1	1.4
20-59	70	95.9
60-80	2	2.7
SEXO		
Femenino	13	17.8
Masculino	60	82.2
ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES		
Analfabeta	3	4.1
Primaria	5	6.8
Secundaria	15	20.5
Bachillerato	20	27.4
Licenciatura	25	34.2
Posgrado	5	6.8
ESTADO CIVIL		
Soltero	57	78.1
Casado	3	4.1
Unión Libre	8	11.0
Divorciado	1	1.4
Viudo	4	5.5

El 45.2% (33) de los pacientes con infección por VIH tienen un concepto muy bueno del autocuidado, el 39.7% (29) tienen un apego al autocuidado muy bueno y el 38.4% (28) tienen un apego a retrovirales muy bueno. Tabla2

TABLA 2. VALORACION DE CONCEPTO Y DISPOSICION DE AUTOCUIDADO, Y APEGO A RETROVIRALES.		
	N	%
El concepto que usted tiene sobre el autocuidado es		
EXCELENTE	12	16.4
MUY BUENO	33	45.2
BUENO	17	23.3
REGULAR	9	12.3
MALO	2	2.7
Su disposición para al apego al autocuidado es		
EXCELENTE	13	17.8
MUY BUENO	29	39.7
BUENO	24	32.9
REGULAR	7	9.6
MALO	0	0
Su apego a la terapia retroviral (todos los días y horarios establecidos) es		
EXCELENTE	21	28.8
MUY BUENO	28	38.4
BUENO	15	20.5
REGULAR	9	12.3
MALO	0	0

El 83.3% (63) de los pacientes han sido informados por parte del médico tratante sobre el concepto e importancia del autocuidado. Tabla 3.

TABLA 3. INFORMACIÓN SOBRE AUTOCUIDADO DEL MÉDICO AL PACIENTE		
	N	%
El médico tratante ha informado sobre que es el autocuidado y la importancia de las modificaciones en el mismo.		
Si	63	86.3
No	10	13.7

El 54.8% (40) de los pacientes realiza actividad física adecuada para su autocuidado, del 42.2% (33) la frecuencia más alta 51% fue la falta de tiempo. Tabla 4 y figura 1.

TABLA 4. PACIENTES QUE REALIZAN ACTIVIDAD FISICA 30 MINUTOS MINIMO 3 VECES POR SEMANA		
	N	%
SI	40	54.8
NO	33	42.2

Figura 1.



N= frecuencia en base a total de respuestas (N=33)

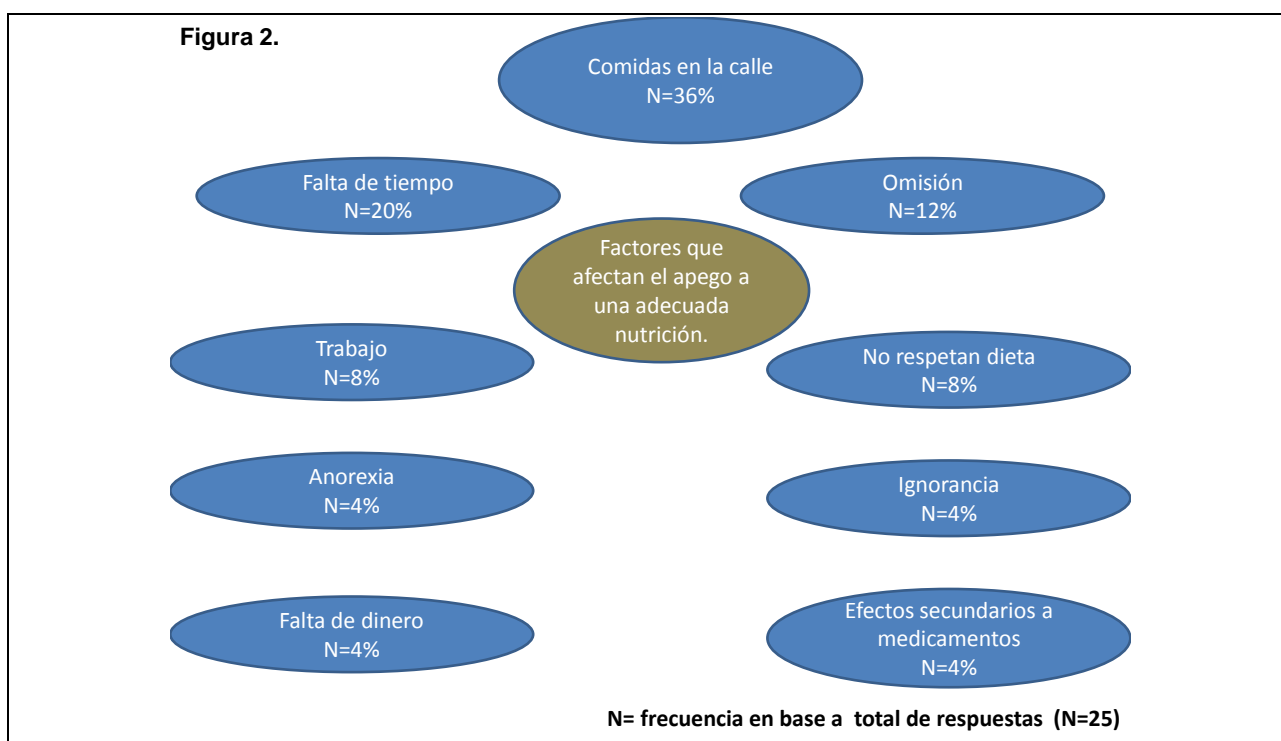
En relación al autocuidado a una adecuada nutrición el 83.6% hacen 3 comidas al día como mínimo, el 89% (65) consume alimentos lavados y desinfectados, el 84.9% (62) hacen una dieta balanceada a lo largo del día y el 94.5% (69) consumen alimentos bien cocidos. Tabla 5.

TABLA 5. VALORACIÓN DEL AUTOCAUIDADO A NUTRICIÓN

	N	%
Realiza como mínimo tres comidas al día		
Si	61	83.6
No	13	16.4
Los alimentos consumidos están lavados y desinfectados		
Si	65	89
No	1	1.4
No se	7	9.6

Realización de una dieta balanceada a lo largo del día		
Si	62	84.9
No	11	15.1
Consumo de alimentos bien cocidos (ejemplo pescado, huevo, carnes)		
Si	69	94.5
No	4	5.5

De los factores que afectan el apego a un adecuado autocuidado nutricional en el contexto de VIH la frecuencia más alta 36% fue el consumo de alimentos en la calle. Figura 2.

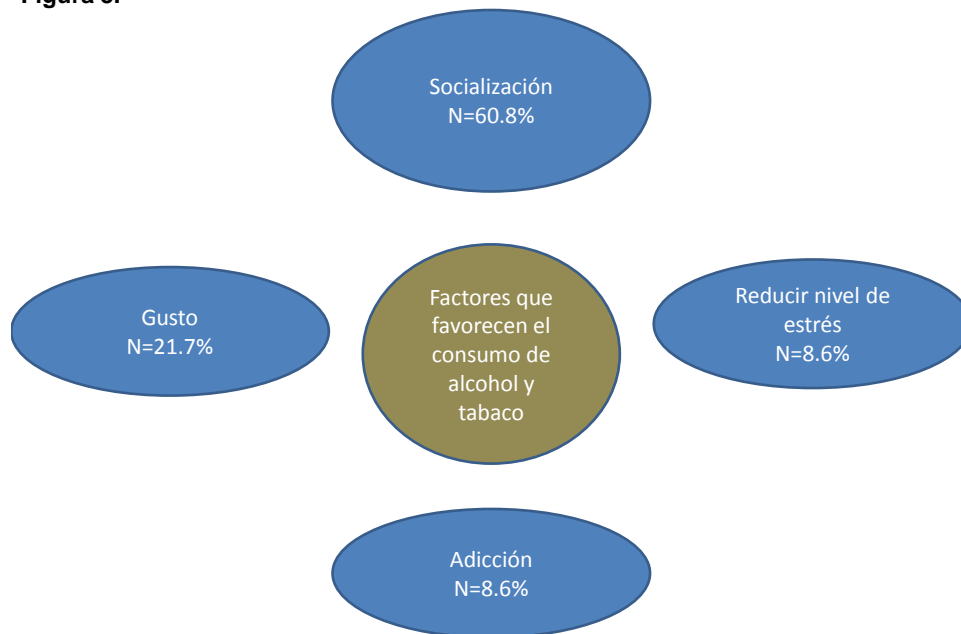


El 67.1 % (49) no consumen alcohol ni tabaco, del porcentaje restante 32.9% (24) los motivos que fomentan la ingesta de los mismos según frecuencia 60.8% son principalmente la socialización. Tablas 6 y figura 3.

TABLA 6. VALORACIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO

	N	%
Consumo de alcohol y tabaco habitualmente		
Si	24	32.9
No	49	67.1

Figura 3.



N= frecuencia en base a total de respuestas (N=23)

En cuanto a la percepción del estado de ánimo, fue estresado en el 34.2% (25), deprimido en el 19.1%(14), ansioso en el 17.8% (13), extrovertido en el 3% (1), enojado en el 1.3% (1) , tranquilo en el 15.4% (11) y feliz en el 10,9% tabla 7.

Tabla 7. PERCEPCION DEL ESTADO DE ANIMO MAS FRECUENTE

	N	%
ESTRESADO	25	34.2
DEPRIMIDO	14	19.1
ANSIOSO	13	17.8
ENOJADO	1	1.3
EXTROVERTIDO	1	1.3
TRANQUILO	11	15.4
FELIZ	8	10.9

En cuanto a los factores que afectan el estado de ánimo la frecuencia más alta 34.2% fueron las actividades laborales que más influían en un estado de ánimo desfavorable.

Tabla 8

TABLA 8. FACTORES QUE AFECTAN EL ESTADO DE ANIMO

	frecuencia en base a total respuestas N= 73
Estresado	
Por el Trabajo	34.2%

Deprimido	
Por discapacidad física	1.3%
Efecto secundario del medicamento	1.3%
Comorbilidades (otras enfermedades)	1.3%
Falta de dinero	5.45
Problemas familiares, personales	6.8%
Desconocimiento de la enfermedad	1.3%
Soledad	1.3%
Ansioso	
Inseguridad	10.9%
Por Actividades diarias	5.4%
Debido al uso de transporte publico	1.3%
Tranquilo	
Por no tener problemas	15.0%
Feliz	
Aceptación de la enfermedad	6.8%
Contar con Buena red de apoyo	1.3%
Estabilidad emocional	2.7%
Enojado	
Culpa a otros por la infección	1.3%
Extrovertido	
Por carácter	1.3%

El 67.1% (49) continúan con prácticas sexuales activas, el 97.3% (71) conocen el uso correcto del condón, el 74% (54) utiliza el condón de inicio a fin en una relación sexual, el 86.3% (63) realiza actividad sexual sin el influjo de alcohol u otras drogas y el 90.9 % (66) mantiene una relación monógama. Tabla 9.

TABLA 9. VALORACIÓN DEL AUTOCUIDADO EN SEXUALIDAD		
	N	%
Realiza prácticas sexuales (coitalidad, sexo oral, anal).		
Si	49	67.1
No	24	32.9
Conocimiento sobre el uso correcto del condón.		
Si	71	97.3
No	2	2.7
Utilización condón en cada relación sexual de inicio a fin.		
Si	54	74
No	7	9.6
A veces	12	16.4
Tiene relaciones bajo efecto de alcohol u otras drogas		
Si	10	13.7
No	63	86.3
Relaciones con múltiples parejas sexuales		
Si	7	9.6
No	66	90.4

Del 32.9% (24) de los pacientes que no tienen vida sexual activa, el motivo referido fue el miedo a infectar a otra persona o reinfectarse de la misma enfermedad o cualquier otra ETS en un 54.1% Tabla 10.

TABLA 10. CAUSAS DE FALTA DE ACTIVIDAD SEXUAL POSTERIOR AL DIAGNOSTICO		
	N	frecuencia
Factores que favorecen el evitar inicio de vida sexual activa.		
Desinterés en el sexo	2	8.3%
Conflictos con la pareja	1	4.1%
Miedo a infectar o reinfectarse	13	54.1%
Falta de pareja	8	33.3%

De los motivos que afectan el apego al autocuidado sexual de los pacientes con VIH, sexualmente activos, se encontró que el conocimiento del uso del condón se deposita en la pareja o bien lo perciben como irresponsabilidad propia. Además de la ignorancia del uso de este en una relación sexual de inicio a fin, la consensualidad de no usarlo con las parejas sexuales, el no dar importancia al uso del condón en el sexo oral, y el hecho de que la pareja sexual sea VIH positivo. Tabla 11

TABLA 11 . Factores que afectan el apego a un autocuidado en sexualidad.		
	N	frecuencia
Factores que afectan el conocimiento del uso adecuado del condón.		
Irresponsabilidad	1	5.2%
Derivar responsabilidad al hombre	1	5.2%
Factores que afectan el uso del condón en actividad sexual de inicio a fin.		
Alergia a látex	1	5.2%
Pareja estable	1	5.2%
Consensualidad con las parejas	2	10.7%
Ignorancia	3	15.7%
Parejas con VIH	3	15.7%

Sentimiento de autodestrucción	1	5.2%
Seguir re infectando	1	5.2%
No le dan importancia en el sexo oral	4	21%
Irresponsabilidad	1	5.2%

DISCUSION

Este estudio demostró que los factores que intervienen en el apego a autocuidado con diagnóstico por infección por VIH, en el contexto de dicha enfermedad, pueden verse afectados por factores personales, de los que sin embargo se engloban situaciones tales como falta de tiempo, factores laborales, actividades diarias, como trabajo, que condicionan el consumo de alimentos en la calle, desconocimiento de la enfermedad y del propio autocuidado en los diferentes rubros en los que se tiene que poner estricta modificación de conductas, irresponsabilidad, o la confianza de vivir con una pareja seropositiva, problemas de índole laboral, personal o familiar, que condicionan estados anímicos desfavorables, situaciones económicas como falta de dinero o bajos recursos, o estados anímicos que condicionan el consumo de sustancias psicoactivas.

La OMS (2004) adopta y promueve el concepto de adherencia al tratamiento refiriéndose a éste como el grado en el cual el comportamiento del paciente responde a la toma de los medicamentos y la introducción de cambios en su estilo de vida o recomendaciones dadas por el profesional de la salud. Además, resalta la importancia de la conformidad del paciente con su tratamiento y la participación como socio activo con los profesionales de la salud en su propia atención.

VARELA y col. Refieren que Históricamente, la conceptualización de la adherencia al tratamiento ha implicado la delimitación a aspectos farmacológicos, restringiéndose los indicadores de adherencia al tratamiento a la toma de medicamentos antirretrovirales y, en ocasiones, a la asistencia a las citas médicas. No obstante, el éxito del control del VIH/sida no depende exclusivamente de estos factores, sino que además requiere de la adherencia a múltiples aspectos no farmacológicos relacionados con cambios en los estilos de vida que aumentan la eficacia del tratamiento y disminuyen la posibilidad de resistencia a los medicamentos, la reinfección y la transmisión del virus a otras personas.

Así mismo estos autores mencionan que los factores que se asocian a una mala adherencia o apego a tratamiento tanto médico como no farmacológico son de tipo personal como variables socio demográficas, algunas de tipo cognitivo, emocional y de la motivación, la edad, sexo, estado civil, bajo nivel educativo, nivel de ingresos

bajos, vivir solo, vivir lejos de la familia nuclear, cambiar de casa, un adecuado conocimiento no sólo de la enfermedad, sino también del tratamiento antirretroviral y las instrucciones para tomarlo, de las recomendaciones no farmacológicas, de la relación entre adherencia al tratamiento y enfermedad y del estado clínico actual, son aspectos que facilitan la adherencia, olvido de la toma de los medicamentos y las recomendaciones médicas. Incluso, varios estudios mencionan que éste es un importante obstáculo, principalmente, en los hombres, trastornos depresivos, de ansiedad y de estrés.²²

De lo anterior reforzamos parte de los resultados de nuestro estudio en donde los condicionantes de un mal apego al autocuidado como terapia integral de un paciente con infección por VIH son factores sociodemográficos y culturales, además del desconocimiento de la enfermedad y la ignorancia de las pautas necesarias para un adecuado autocuidado.

VERA y col. Refieren En su estudio actitudes, afrontamiento y autocuidado en pacientes con diabetes tipo 2, como factores que afectan el apego al autocuidado en este tipo de pacientes son un nivel sociocultural bajo ya que promueve la valoración de la situación como irrelevante y el riesgo de actuar en consecuencia.

Así como respecto al ámbito laboral y familiar, la percepción favorable del apoyo social es más frecuente en aquellas personas que presentan una actitud positiva; y viceversa, es decir, el apoyo tiende a reflejarse en este tipo de actitud. La falta de interlocutores para hablar de la diabetes y de temas relacionados deriva en una menor adhesión al autocuidado (principalmente dieta y ejercicio físico) y produce estados de ánimo negativos. Así, el apoyo social familiar y en el trabajo puede propiciar una actitud más positiva hacia la enfermedad y viceversa, en los pacientes diabéticos.²³

De lo anterior comparamos que los factores que afectan el autocuidado en pacientes que presentan una enfermedad crónica degenerativa no solo pacientes con infección por VIH se ven afectados por situaciones tales como género, edad, conocimiento de la enfermedad, y factores personales asociados a condiciones sociodemográficas.

VEGA y col. Refieren que las actividades de autocuidado en general se ven afectadas por creencias culturales, hábitos, costumbres y prácticas habituales de la familia, y comunidad a la que pertenece, así mismo refiere que algunos factores condicionan de diversas maneras las capacidades como las acciones de autocuidado, de particular interés cita factores como la edad, estado de desarrollo, sexo, sistema familiar, educación formal, orientación sociocultural, disponibilidad de recursos, patrones de vida y estados de salud.²⁴

De los cuales la mayoría de los factores reportados en este estudio se podrían encasillar en algunos de estos rubros, ya que los factores encontrados en nuestro estudio no están en discordancia con estudios ya realizados.

En conclusión encontramos que los principales factores que interfieren en autocuidado a la salud no se derivan del desconocimiento sino de condicionantes sociales, culturales, cognitivas que anteponen como dificultad para el seguimiento de cambios del estilo de vida; no obstante que faltaría indagar algunas otras variables como el apoyo familiar, sus redes sociales, determinantes sociales que giran alrededor de su microsistema como disponibilidad y acceso a áreas deportivas, a sitios con calidad en el manejo de alimentos. Además de entrevistar a sus parejas para triangular la percepción de consensualidad y el nivel de conocimiento de las mismas en lo referente a prácticas de riesgo sin protección.

No obstante de lo anterior sugerimos seguir la línea de estudio, con la finalidad de crear estrategias educativas que nos permitan tener un mejor apego al autocuidado en el contexto específico de nuestra enfermedad de estudio.

CONCLUSIONES

El perfil socio demográfico encontrado en nuestra población de estudio fue un predominio de pacientes masculinos 82.2%, estado civil soltero 78.1%, profesionistas en un 41%, rango de edad de 20-59 años 95.9%.

El 17.8 % refieren un apego excelente a su nivel de autocuidado, tomando este como un apego estricto a los rubros manejados en este estudio.

La percepción de los pacientes sobre los factores que interfieren en el apego a estilos de vida saludable y autocuidado según relevancia en base a mayor número de veces referidas fueron, falta de tiempo, realizar comidas en la calle, socialización, el conocimiento del uso del condón lo depositan en la pareja o lo perciben como irresponsabilidad propia, los motivos para no usarlo fueron, ignorancia sobre este en una relación sexual de inicio a fin, la consensualidad con parejas sexuales, pareja con VIH, poca importancia del uso en sexo oral. Seguir infectando a más personas; el estrés laboral, problemas familiares y personales, fueron los factores que se asociaron a un estado de estrés y depresión.

RECOMENDACIONES

Consideramos que el presente estudio es una motivación para reevaluar los factores que interfieren en el apego al autocuidado en el contexto específico de las personas que viven con VIH, generando las pautas necesarias para crear estrategias educativas que nos permitan aumentar el porcentaje de apego al autocuidado en este grupo de pacientes, ya que con esto tendríamos un impacto importante en el sistema inmunológico tomando esto como coadyuvante a la terapia antiretroviral, tendríamos entonces una terapia integral en estos pacientes que nos eviten el rápido deterioro inmunológico y por ende menos riesgo de complicaciones asociadas a esta patología de base, con la disminución de hospitalizaciones asociadas a estas, y el menor gasto de recursos e insumos.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Güell AJ. La adherencia al tratamiento antirretroviral en personas VIH/SIDA. Un abordaje desde la perspectiva del Trabajo Social Master.
- 2.- SERIE GUÍAS CLÍNICA MINISAL. síndrome de Inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA, 2009, Rev. Chil Infect, 2010; 27 : 239-276.
- 3.- CONASIDA, Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH, CUARTA EDICION 2009.
- 4.- Echeverri S, Venegas S. ACTUALIZACIONES EN ENFERMERÍA, Septiembre 2010, Vol. 13, No. 3.
- 5.- Lopez JA, Rivera BM, validación del Cuestionario de Apoyo Social Funcional en personas Seropositivas al VIH del Noroeste de México, Ciencia y Enfermería 2007; XIII : 53-63.
- 6.-. García PJ, Blas MM., Las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH: MLA Epidemia desde una Visión Global y Local, Rev. Perú Med Exp Salud Publica 2007; 24(3): 199-201.
- 7.- PRONASIDA, Guía de Autocuidado para Personas Viviendo con el VIH/SIDA (PVVS), 2010 – 2011.
8. - Sapag JC, Solange IL, Piette JD. Estrategias Innovadoras para el Cuidado y el Autocuidado de personas con Enfermedades crónicas en América Latina.
- 9.- López I, Almendral P. Efectos del Ejercicio Físico en Sujetos Infectados, por el Virus de la Inmunodeficiencia humana, Archivos de Medicina del Deporte.1997; Volumen XIV.(Numero 58) : Págs. 135-140.

10.- ONUSIDA. Organización Mundial de la Salud, VIH, Seguridad Alimentaria y Nutrición, Programa Mundial de Alimentos.

11.- Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición. Alimentación en la infección por VIH.

12.-Departamento de Agricultura de los Estados Unidos Administración de Drogas y Alimentos. La Inocuidad Alimentaria Para las Personas con VIH/SIDA *Una guía de conocimientos para personas que han sido diagnosticadas con VIH/SIDA.*

13.- Valdespino JL, Garcia ML, Del Rio C, Las Enfermedades de Transmision Sexual y la epidemia de VIH/SIDA. Salud Publica Mex. 1995; 37:549-555.

14.- Magis C, Barrientos H. VIH y salud pública, manual para personal de salud, Secretaria de salud, Centro Nacional para la prevención y Control de VIH, Instituto Nacional de Salud pública.

15.- Prevención de la transmisión del VIH, La infección por el VIH y su tratamiento Prevención de la transmisión del VIH, INFOSIDA.

16.- Fundación Huésped. Prevención en parejas Sero discordantes, Cuidarse en pareja.

17.- Polo R, Locutura J, J. Sastre L. Recomendaciones de la SPNS/SEP/SENP/SEIP/GESIDA sobre aspectos psiquiátricos y psicológicos en la infección por el VIH, 2008 octubre.

18.- infoSIDA, Pautas para la prevención y el tratamiento del VIH/SIDA con base en USA; disponible solamente en inglés, directrices, guías clínicas, disponible en: <http://infosida.nih.gov/guidelines>.

19.- CENSIDA, Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida. Secretaría de Salud Federal. Ciudad de México, disponible en:
<http://www.censida.salud.gob.mx/>

20.- Valdespino JL, García ML, Conde CJ, y col. Prevalencia de infección por VIH en la población adulta en México: una epidemia en ascenso y expansión, *Salud Publica Mex.* 2007; 49 supl. 3:S386-S394.

21.- Villa IC , Vinaccia S, Adhesión terapéutica y variables psicológicas asociadas en pacientes con diagnóstico de VIH-sida, *Psicología y Salud*, Vol. 16, Núm. 1: 51-62.

22.- Varela MT, Salazar IC, Correa D, *Adherencia al Tratamiento en la Infección por VIH/SIDA. Consideraciones Teóricas y Metodológicas para su Abordaje*, Acta colombiana de psicología. 2008; Num.11 : 101-113

23.- Vail V, Azzollini S, Actitudes, Afrontamiento y Autocuidado en pacientes con Diabetes tipo 2. *Rev Argent Salud Pública*, 2012; 3(10):15-23.

24.- Vega OM, Gonzalez DF, Teoria del Deficit de Autocuidado interpretación desde los elementos conceptuales, *Ciencia y Cuidado*,2006; 4(4).

ANEXOS



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO ANEXO 1
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	PRINCIPALES OBSTÁCULOS QUE INTERFIEREN EN EL APEGO AL AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON INFECCION POR VIH DEL HGZ 24
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	D.F. Delegación G.A.M.
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Identificar las los obstáculos que Interfieren en el apego al Autocuidado en pacientes con infección por VIH del HGZ 24.
Procedimientos:	Aplicación de hoja de captura para identificar los obstáculos que afectan el apego a estilo de vida saludable en pacientes con VIH del HGZ 24.
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	El estudio servirá de retroalimentación ya que al conocer los factores por los cuales los pacientes con VIH no tienen un adecuado apego al autocuidado como coadyuvante de la terapia a ARV se podrán implementar medidas tanto por parte de los médicos tratantes como los programas enfocados a este para mejorar la calidad de vida de los pacientes con VIH.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	La publicación de los resultados se realizará respetando las el anonimato de los participantes y médicos
Participación o retiro:	Respeto a la autonomía podrán retirarse en el momento que lo decidas
Privacidad y confidencialidad:	Apegado a los códigos éticos de investigación en humanos como lo marca la Ley general de Salud
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	
Beneficios al término del estudio:	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dra. Maria del Carmen Aguirre García mat. 10859357
Colaboradores:	Dra. Nohemí Núñez Rodríguez 99352912 Dr. Rodríguez Hernández José de Jesús 99359140

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013

Cuestionario para participación en estudio ¿Cuáles son los principales obstáculos que interfieren en el apego al autocuidado de los pacientes con infección por VIH del HGZ 24?

Instrucciones: Nos gustaría conocer ¿Cuales son los obstáculos que interfieren en el apego a su autocuidado?, para mejorar su calidad de vida y tener un mejor impacto en su salud. Responda todas las preguntas personalmente y recuerde que no hay contestaciones correctas ni incorrectas, la información que usted nos proporcione será estrictamente confidencial.

Socio demográficos	COD
Edad: _____ años	
Sexo: 1. Masculino () 2. Femenino ()	
Estado Civil: 1.Soltero () 2.Casado () 3.Unión libre () 4. Divorciado () 5. Viudo ()	
Escolaridad:	
() 1. Analfabeta	
() 2. Primaria	
() 3. Secundaria	
() 4. Bachillerato o equivalente	
() 5. Licenciatura	
() 6. Posgrado	

Instrumento de modificación en estilo de vida.

Auto concepto	Excelente	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo
El concepto que usted tiene sobre autocuidado es.					
Su disposición para apego al autocuidado es					
Su apego a la terapia Retroviral (todos los días y horarios establecidos) es					

1.- Su médico tratante, le ha informado ¿que es el autocuidado y la importancia de las modificaciones en el mismo?

Si () No ()

2.- ¿Realiza usted actividad física: tres días a la semana y 30 minutos como mínimo?

Si () no ()

3.- Si su actividad física es menor a tres veces a la semana y menos de 30 minutos describa ampliamente cuales son los motivos que le impiden realizarla.

4.- ¿Hace como mínimo tres comidas al día?

Si () no ()

5.- ¿Los alimentos que usted consume están lavados y desinfectados?

Si () no () No se ()

6.- ¿Realiza una dieta balanceada a lo largo del día (frutas, verduras cereales, lácteos, Carnes)?

Si () no ().

7.- ¿Consumo alimentos bien cocidos por ejemplo (pescado, huevo, carnes)?

Si () no ()

Si la respuesta fue **no** a cualquiera de estas preguntas explique el por qué.

8.- ¿consumes alcohol o tabaco habitualmente? Si () no ().

En caso de afirmativa la respuesta explique ampliamente los motivos que le condicionan a continuar su consumo.

9.- ¿Cual es tu estado de ánimo más frecuente (ejemplo ansioso, deprimido, estresado...)

Si contestaste alguno(s) describe ampliamente cuales son los motivos que lo ocasionan y/o en que momentos se suscitan.

10.- ¿Realiza prácticas sexuales (coitalidad, sexo oral, anal)?

Si () No ()

Si contestaste que si explica ampliamente el por qué.

11.- ¿Conoce el uso correcto del condón?

Si () No ()

Si contestaste no explica ampliamente el por que

12.- ¿Utiliza condón en cada relación sexual (oral, coital, anal) de inicio a fin?

Si () No () A veces ()

Si contestaste no o a veces explica ampliamente el por qué.

13.- ¿Tiene relaciones bajo el efecto de alcohol u otras drogas?

Si () No ()

14.- ¿Tiene usted relaciones con múltiples parejas sexuales?

Si () No ()