



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

**FACTORES ASOCIADOS AL USO INCONSISTENTE DEL CONDÓN EN
PACIENTES MEXICANOS CON VIH**

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE MAESTRO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
MAYRA DEL ROCÍO MORALES MOCTEZUMA

TUTOR: DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, UNAM

MIEMBROS DEL COMITÉ
MTRO. EDGAR LANDA RAMÍREZ,
DR. JUAN GERARDO SIERRA MADERO,
DRA. NANCY PATRICIA CABALLERO SUÁREZ,
DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS,
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

MÉXICO, D.F. AGOSTO DE 2015



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.

Agradecimientos:

Al Dr. Sánchez Sosa por sus valiosos comentarios, por su actitud tan abierta y siempre dispuesta a ayudar a sus alumnos.

A mi madre por tanta paciencia y tanto apoyo durante toda mi vida! ¡GRACIAS MAMÁ! Sin tu valioso apoyo no hubiese sido posible mi posgrado.

A la Dra. María José Noguera Orozco y a la Mtra. Brenda Pérez Terán por grandes momentos de enseñanza, risa y diversión dentro de la Clínica. Las quiero, respeto y admiro mucho.

A Martha Laura, gracias por crecer a mi lado desde hace 15 años, mi familia!

A mis valiosas amigas que conocí durante esta época de mi vida: Susana y Eva.

Agradecimientos especiales a Susana Ruiz y Sheila Hernández, ellas han jugado un papel clave en mi proceso de titulación e inserción laboral, además de ser grandes amigas.

A Susana Chávez, gran amiga y psicóloga. Conocernos en la carrera fue una gran fortuna.

A Omar Morales y Valentina Morales. ¡Vale, traes mucha alegría a mi vida!

*A Hugo, siempre fuiste el motor para concluir este proyecto; "wish you were here".
Gracias por haberme acompañado en este proceso.*

*"The battle is won with
all these things that I've done,
All the these things that I've done
if you can hold on.... if you can hold on.. "*



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL**

**Factores Asociados al Uso Inconsistente del Condón en
Pacientes Mexicanos con VIH**

**REPORTE DE EXPERIENCIA
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

Lic. Mayra del Rocío Morales Moctezuma

Tutor: Dr. Juan José Sánchez Sosa

Revisor: Mtro. Edgar Landa Ramírez

Tutor Externo: Dr. Juan Gerardo Sierra Madero

Suplente 1: Dra. Nancy Patricia Caballero Suárez

Suplente 2: Dr. Samuel Jurado Cárdenas

México, Agosto DF, 2015

INDICE

Factores asociados al uso inconsistente del condón en pacientes mexicanos que viven con VIH.....	2
Resumen.....	2
Abstract.....	3
Antecedentes	5
Definición, clasificación y factores de transmisión.....	4
Factores de transmisión.....	5
Mecanismos de transmisión.	6
Transmisión sexual.	6
Transmisión sanguínea.	6
Transmisión perinatal.....	7
Prevalencia Mundial y en México del VIH.....	8
Principales problemas relacionados con el VIH.	9
Problemas psicológicos asociados a la infección por VIH.....	11
Problemas a nivel social asociados a VIH.....	13
Diagnóstico y tratamiento antiretroviral.	14
Adhesión al tratamiento reroviral y conductas sexuales protegidas.....	15
Definición del uso inconsistente del condón.....	17
Evaluación del uso inconsistente del condón.	18
Uso inconsistente del condón en personas que viven con VIH.....	21
Justificación.....	34
Objetivos del estudio	36
Objetivo general	36
Objetivos específicos.....	36
Método.....	37
Participantes.....	37
Diseño	44
Variables.....	44
Análisis estadístico.....	55
Procedimiento.....	56
Resultados.....	57
Discusión	74
Conclusiones.....	79
Referencias.....	82
Anexos.....	89

Factores asociados al uso inconsistente del condón en pacientes mexicanos que viven con VIH

Resumen

En la población que vive con VIH la conducta sexual sin la protección adecuada y de manera consistente están presentes. Algunas de las variables asociadas a esta conducta son: el status serológico de la pareja, estar bajo terapia antiretroviral, tener una carga viral indetectable, uso de alcohol y drogas, historia de compra/venta de sexo, tener una pareja estable, y ciertas creencias acerca del VIH. El presente estudio tiene como objetivo caracterizar a la población de pacientes que acuden a la clínica del Instituto Nacional de Nutrición y Ciencias Médicas *Salvador Zubirán* y explorar el peso relativo de las variables mencionadas en su influencia en la conducta sexual desprotegida y cómo se relacionan. Un segundo objetivo consiste en proponer una intervención psicológica que pueda reducir estas conductas de riesgo.

Factors Associated with Inconsistent Condom use in Mexican Patients living with HIV

Abstract

In people living with HIV sex behaviors without proper and consistent protection are present. Some variables associated with this behavior are: serological status of the couple, being on antiretroviral therapy, undetectable viral load, alcohol and drugs, history of sex trade, partner stability and beliefs about HIV. The present study aims to characterize the population of patients attending the clinic of the National Institute of Nutrition and Medical Sciences *Salvador Zubirán* and explore which of these variables are influencing the occurrence of unprotected sex behavior and how they relate with each other in order to develop a psychological intervention to reduce these risky behaviors.

Key words: HIV, condomless sex, variables associated, Mexico, men who have sex with men (MSM).

Antecedentes

Definición, clasificación y factores de transmisión

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) es el principal causante del Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), que es la fase más avanzada de esta enfermedad. El VIH es diferente a la mayoría de los virus porque ataca el sistema inmunitario encargado de combatir las infecciones en el cuerpo. El VIH encuentra y destruye un tipo particular de glóbulos blancos (las células T o CD4+) que el sistema inmune usa para combatir las enfermedades (Levy, 2008).

El VIH es un retrovirus que cuenta con la capacidad única de elaborar ácido desoxirribonucleico, ADN (la “copia” para la replicación genética) a partir del ácido ribonucleico (RNA). Los virus “comunes” no llevan a cabo dicho mecanismo; en ellos el proceso de replicación viral ocurre en forma inversa -el ADN produce RNA. Como esta familia única trabaja en la forma opuesta, es decir hacia atrás, se denomina retrovirus (Vincent, Devita, Samuel & Steven, 1986).

En virtud de que el VIH es una infección que presenta distintas etapas y grados de avance los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) desarrollaron un sistema de clasificación de dichas fases en el año 1986, esta clasificación estuvo basada en las manifestaciones clínicas de la enfermedad y fue revisada en 1993. En el año 2008 dichas guías toman como referencia la presencia de alguna de la enfermedades definatorias de SIDA, así como la cuenta linfocitaria del paciente (CDC, 1987; 1997; 2008).

- Infección por VIH estadio 1
Sin enfermedades definatorias de SIDA y/o con una cuenta linfocitaria CD4+ >500 cel/mil o un porcentaje total de linfocitos >29.
- Infección por VIH, estadio 2
- Sin enfermedades definatorias de SIDA y/o con una cuenta linfocitaria CD4+ 200 a 499 cel/mil o un porcentaje total de linfocitos de 14-28.
- Infección por VIH estadio 3 (SIDA)
Cuenta linfocitaria de células CD4+ <200 cel/mil o porcentaje de total de linfocitos <14 y/o presentar una enfermedad definatoria de SIDA.
- Infección por VIH, estatus desconocido.
Cuando no hay información disponible de la cuenta de células CD4+ y no hay información acerca de las enfermedades definatorias de SIDA

Factores de transmisión.

Los factores de transmisión son aquellas situaciones o comportamientos que aumentan la probabilidad de adquirir la infección por VIH, dichas situaciones o comportamientos son los siguientes (OMS, 2013):

1. Mantener relaciones sexuales anales y/o vaginales sin protección.
2. Compartir agujas o jeringas contaminadas para el consumo de drogas inyectadas.
3. Padecer alguna infección de transmisión sexual como lo puede ser herpes, clamidiasis, gonorrea, sífilis y vaginosis bacteriana.

4. Pincharse con alguna aguja infectada (lesión que ocurre a menudo en el personal sanitario).
5. Recibir una transfusión sanguínea sin un control sanitario previo, cortes o perforaciones con material no esterilizado antes de su uso.

Mecanismos de transmisión.

Hasta el momento se reconocen tres mecanismos principales de transmisión del VIH: vía sexual, vía sanguínea y vía perinatal; en general, el riesgo de transmisión del virus se ve en aumento en aquellas personas con comportamientos de riesgo, por ejemplo, relaciones sexuales sin protección, uso de jeringas infectadas, etc. (CDC, 2008).

Transmisión sexual.

Durante el contacto sexual suele ocurrir transferencia de fluidos e intercambio de microorganismos, esto debido a que el virus está presente en fluidos corporales como semen, líquido pre-eyaculatorio, fluidos vaginales y sangre. La concentración del virus en los distintos fluidos corporales y el volumen que se intercambia, influye en la eficacia de la transmisión. El semen y la sangre son los dos productos corporales con mayor número de partículas virales por su alto contenido de linfocitos y, por ello, son los más efectivos en la transmisión, (CDC, 2014; Levy, 2008).

Transmisión sanguínea.

La transmisión del VIH por vía sanguínea puede ocurrir en diversas condiciones:

- a) Recepción de sangre y sus productos: los componentes sanguíneos implicados en este tipo de transmisión son paquetes celulares, eritrocitos, plaquetas, leucocitos, plasma y factores de coagulación.
- b) Utilización de jeringas y agujas no esterilizadas: el riesgo más elevado para el contagio del VIH ocurre con personas que usan drogas intravenosas y que regularmente comparten las agujas y jeringas para inyectarse.

Punción ocupacional: a la infección del VIH están expuestas todas aquellas personas que por el desempeño de su actividad profesional están en contacto con fluidos sanguíneos como pueden ser, cirujanos, odontólogos, enfermeras quirúrgicas, acupunturistas, tatuadores, pedicuristas, entre otros (CDC, 2014; Levy, 2008).

Transmisión perinatal.

Se ha documentado que la transmisión del VIH de madre a hijo puede ocurrir por dos mecanismos y en tres momentos: *in útero*, al momento del parto y en la lactancia (CDC, 2014; Levy, 2008).

Por vía de transmisión transplacentaria, ya que se ha podido demostrar la infección por VIH en los tejidos de fetos de quince semanas de gestación y se ha aislado el virus en placenta y en el líquido amniótico.

Durante el parto, al existir contacto de sangre materna infectada con la del niño. Y en la transmisión post-parto, en las situaciones en que el infante se pone en contacto con los fluidos de la madre al ser amamantado. El primer informe que publicó esta hipótesis data de 1985, y

el virus se ha podido aislar en fracciones celulares de leche materna (Vincent, Devita, Samuel, Steven, 1986; INFOSIDA, 2012).

Prevalencia Mundial y en México del VIH.

De acuerdo con los datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) hasta el año 2012 habían 35.3 millones de personas alrededor del mundo viviendo con VIH, de los cuales 32.1 son adultos y 3.3 son niños. En este mismo año hubo 2.3 millones de nuevas infecciones, de estas nuevas infecciones 2 millones corresponden a infecciones en adultos y 260,000 a niños. Finalmente, para el 2012 se reportaron 1.6 millones de muertes en total por SIDA, de los cuales 1.4 millones eran adultos y 210,000 niños.

De manera particular, en México y de acuerdo con el Centro Nacional para la prevención y control de VIH y el SIDA (CENSIDA) (2013), el número de casos de SIDA notificados hasta marzo de 2013 era de 162,521, en este mismo informe se encuentra que 45,223 personas eran positivas a VIH.

De acuerdo con CENSIDA (2013), la vía de contagio que reporta el mayor número de nuevos casos sigue siendo la vía sexual con 98.6% de los casos, es de especial interés hacer notar que este padecimiento se puede prevenir mediante el uso consistente del condón en las relaciones sexuales.

En México se han hecho esfuerzos por reducir la incidencia de nuevos casos, a través de distintas acciones: identificar a poblaciones vulnerables como lo son los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), trabajadores sexuales (TS) y usuarios de drogas intravenosas

(UDI). Los esfuerzos en la prevención de nuevas infecciones contemplan acciones como la provisión de condones, gel lubricante y paquetes de prevención para usuarios de drogas intravenosas. Además, se busca un empoderamiento por parte de las mujeres para que tenga un mayor autocuidado y de esta manera prevenir nuevas infecciones por VIH, así como infecciones de transmisión sexual (ITS).

Adicionalmente, se busca modificar el entorno social y reducir la vulnerabilidad en poblaciones de riesgo como lo son HSH, TS, UDI y personas que viven con VIH (PVV); se dan pláticas a los adolescentes y se regalan condones, así como material con información preventiva acerca del VIH y las ITS. Finalmente, se han promovido campañas para la eliminación de la transmisión vertical (madre a hijo) con difusión en medios masivos de comunicación a nivel nacional como internet, redes sociales, transporte público, espectaculares, etc. (CENSIDA, 2011).

Como ya se mencionó, aunque se han hecho esfuerzos por prevenir los nuevos casos de VIH/SIDA es un padecimiento que aún prevalece debido a la falta de medidas precautorias para su adquisición, como lo es el uso correcto y consistente del condón.

En el caso de las personas que viven con VIH/SIDA sigue siendo de suma importancia que los pacientes adopten y/o mantengan dichas medidas de precaución por las siguientes razones: existe el riesgo de re-infección con una cepa de VIH más agresiva, el riesgo de contagio de una enfermedad de transmisión sexual y el contagio a personas que viven sin VIH, lo cual no sólo se traduce en un deterioro de salud sino que a largo plazo representa un costo para los servicios de salud (Blackard, Cohen, & Mayer, 2002; Richman, 2006; Bock & Lengauer, 2012).

Principales problemas relacionados con el VIH.

El VIH tiene distintas implicaciones para el paciente que van desde el aspecto biológico hasta aspectos sociales. A nivel biológico, el VIH produce un debilitamiento del sistema inmune dejando al individuo vulnerable a contraer una infección oportunista como lo pueden ser tuberculosis, neumonía, candidiasis, citomegalovirus, herpes simple y herpes zoster, sarcoma de Kaposi y linfomas (UNAIDS, 1999; Levy, 2008).

A continuación se muestra en la tabla 1 que engloba de manera general algunas de las principales enfermedades oportunista que suelen presentarse en los pacientes que viven con VIH y sus principales síntomas.

Tabla 1

Principales enfermedades oportunistas en el paciente con VIH

Enfermedad	Descripción breve	Síntomas
Tuberculosis (aidsmeds, 2008)	Infección bacteriana causada por <i>Mycobacterium tuberculosis</i>	Tos es el principal síntoma, pero se puede presentar sudoraciones nocturnas, escalofríos, pérdida de peso, fiebre, fatiga.
Neumonía (MedlinePlus, 2014; aidsmeds, 2009)	Infección bacteriana causada, en primer lugar por <i>Streptococcus</i> , seguidas por: <i>Haemophilus influenzae</i> , <i>Pseudomonas aureoginosa</i> y el <i>Stafilococcus aureus</i>	Fiebre alta, escalofríos, tos con flema que no mejora e incluso empeora, falta de aliento con las actividades diarias, dolor en el pecho al respirar o toser, dificultad par respirar, aumento de la frecuencia cardíaca.
Candidiasis (AIDSinfo, 2014; MedlinePlus, 2014)	Infección causada por el hongo <i>Candida albicans</i> .	Candidiasis oral: Placas (manchas) blancas o rojas en la boca, la lengua o la garganta, llagas en la comisura de los labios, sentido del gusto alterado, dolor o sensación de ardor en la boca. Candidiasis vaginal: Flujo vaginal, picazón, sensación de ardor, dolor al orinar y coito doloroso.
Citomegalovirus (CDC, 2010)	Infección viral causada por un virus del herpes, de la misma familia de los virus del herpes simple, varicela-zoster y Epstein-Barr.	Dolor de garganta, ganglios linfáticos hinchados (nódulos linfáticos), pérdida del apetito, dolores musculares, fiebre, fatiga, dolor de cabeza y debilidad. En personas con VIH, los síntomas graves incluyen: ceguera, diarreas, neumonía, convulsiones e inflamación del cerebro.
Herpes simple (MedlinePlus, 2014)	Infección viral causada por el virus del herpes simple. Existen dos tipos del virus del herpes simple (HSV, por sus siglas en inglés) 1 y 2.	HSV tipo 1 puede causar llagas alrededor de la boca y orificios nasales; también puede causar herpes genital. HSV tipo 2 comúnmente afecta el área genital (llagas), pero también puede afectar la boca.
Herpes zoster (MedlinePlus, 2013)	Infección causada por el virus de la varicela-zoster.	Generalmente, el primer síntoma es un hormigueo o quemazón; el dolor y el ardor pueden ser graves y se presentan antes de que aparezca cualquier erupción. Se forman manchas rojas en la piel seguidos de ampollas, se suelen presentar en pecho y/o abdomen, pero también pueden afectar cara, boca, ojos y orejas.
Sarcoma de Kaposi (MedlinePlus, 2012)	En personas que viven con VIH, es resultado de una interacción entre el sistema inmune debilitado y el virus del herpes humano (HHV-8, por sus siglas en Inglés)	El principal síntoma son las manchas en la piel, que en realidad, son lesiones que van desde el color rosáceo hasta violetas, por lo general, indoloras. Suelen aparecer primero en pies y tobillos, además pueden presentarse en brazos, manos, cara o cualquier parte del cuerpo, incluso en órganos.
Linfoma de Hodgkin (MedlinePlus, 2014)	Es un cáncer en parte del sistema inmunológico que afecta al sistema linfático.	Sudoración nocturna, fiebre, tos, dificultad para respirar, dolor torácico, ganglios linfáticos inflamados, sin dolor en cuello, axilas e ingle. Pérdida de peso inexplicable, cansancio que no desaparece; dolor, inflamación y sensación de hinchazón abdominal.

Problemas psicológicos asociados a la infección por VIH

En el aspecto psicológico se ha encontrado que el VIH puede ser des-

encadenante de episodios de estrés crónico, depresión y/o ansiedad ante la noticia de ser portadores del virus. Estudios han encontrado que la prevalencia de depresión en pacientes que viven con VIH/SIDA es el doble en comparación con la población en general, de manera más específica la incidencia en población con VIH/SIDA que presenta síntomas de depresión varía entre el 20% a 79% (Kindelán, et al. 2002). Otro estudio llevado a cabo por Obadeji, Ogunlesi, y Adebowale (2014), parece apoyar la idea de mayor prevalencia de sintomatología depresiva en pacientes con VIH, ya que se encontró que un 25% de la población con la que trabajaron presentaron dicha sintomatología. Adicionalmente a este dato, se menciona que la probabilidad de que la población con VIH desarrolle algún padecimiento mental es siete veces mayor en comparación con la población en general.

Entre los factores que se han encontrado como predictores de depresión en este tipo de pacientes se encuentran: el género femenino, baja escolaridad, desempleo, uso de alcohol y drogas, carga viral alta y bajo número de CD4, falta de apoyo social, estigma social y enfermedades de larga duración (Leserman, 2000; Basu, Chwastiak & Bruce, 2005; Nogueira, De Fatima & Crosland, 2006; Bhatia, Hartman, Kallen, Graham & Giordano, 2010; Dal-Bo et al., 2013).

Es de especial importancia que a la sintomatología depresiva se le dé atención, ya que es un fuerte predictor de no adhesión al tratamiento, trayendo consigo consecuencias como conductas sexuales de riesgo en el paciente y la creación de resistencia al medicamento debido a un historial de mala adhesión. Aunado a lo anterior, la depresión conduce a un avance más acelerado de la enfermedad y su posterior transición a estadios de SIDA (Leserman, et al., 1999; Obadeji, Ogunlesi, Adebowale 2014).

Por otra parte, se ha encontrado asociación entre niveles de estrés y el número de células *natural killer* (NK) en el cuerpo, dicha asociación encuentra que a mayor número de estresores asociados al VIH más rápida es la progresión de la enfermedad hacia SIDA, el estrés intenso y la sintomatología depresiva están, como se ha mencionado relacionados con un declive en el número de linfocitos y, con mayor progresión a SIDA (Leserman, et al.,1999).

Otra consecuencia importante que se presenta con la depresión es que los pacientes dejan de asistir a consulta con lo cual, el médico tratante pierde oportunidades de diagnosticar un cuadro depresivo y por lo tanto no hay un tratamiento adecuado a dicho problema, que como ya se mencionó tiene consecuencias en la manera en la cual el paciente lleva el tratamiento para el VIH y en última instancia pueden llevar a que se presente ideación suicida y que en el peor escenario, éste sea consumado (Nogueira et al., 2006; Dal-Bo et al., 2013; Bhatia, et al., 2010).

La manera en la cual el paciente con VIH afronta el estrés también es un factor importante a considerar en virtud de que existen estudios que muestran que estilos de afrontamiento más activo y con cogniciones positivas son pacientes que viven con menor estrés y presentan una menor sintomatología depresiva; por el contrario, aquellos pacientes en los cuales el estilo de afrontamiento tiende a ser evitativo presentan una mayor sintomatología depresiva. Incluso se han llegado a reportar cifras de 1.7 veces mayor mortalidad en pacientes que presentan síntomas depresivos en cada visita médica en comparación a aquellos pacientes que nunca han reportado puntajes altos en depresión (Carrobes, Remor y Rodríguez-Alzamora, 2003; Yeji et al., 2014).

Problemas a nivel social (interpersonales) asociados a VIH

El VIH en el aspecto social es una enfermedad que en muchos casos el paciente experimenta la necesidad de esconder su diagnóstico por distintas razones como miedo a sufrir discriminación y estigma, abandono, rechazo e incluso violencia (Piña et al., 2009; Robles, 2008; Sánchez, Gonzáles, 2002; Miller, Weber, Green, 1989; Rothenberg, Paskey, Reuland et al., 1999).

En general, la sociedad no ve como necesario el hecho de tener que esconder que alguien vive con un padecimiento como la hipertensión, cáncer o diabetes porque estos padecimientos no están ligados a un contexto sexual y no son contagiosos. Por otra parte, el diagnóstico del VIH puede dejar al descubierto una posible infidelidad en la pareja o la revelación de una preferencia sexual que en muchos casos la familia, la pareja, los amigos y compañeros de trabajo ignoran o no aceptarían (Gatell, Clotet, Potzamczar, Miró & Mallolas, 1990).

Adicionalmente al problema que representa tener que ocultar el diagnóstico, se presenta el miedo al estigma ligado a la infección por VIH; de hecho dicho estigma puede tener un fuerte impacto en la presentación del paciente a seguimiento médico. En diversos estudios (Abaynew, Deribew, & Deribe, (2011); Bonjour et al., 2008; Carrizosa et al., 2010) se han encontrado como predictores de presentación tardía al tratamiento de la enfermedad el estigma o el miedo a ser estigmatizado por parte del paciente.

Entre más tiempo transcurre entre el diagnóstico de VIH y el inicio de tratamiento o la primera valoración médica se aumentan los riesgos a presentar una infección oportunista, fallo virológico, aumento de toxicidad y reducción de posibles esquemas de

tratamiento. Por esta razón el estigma juega un papel importante en la esfera social del paciente que termina generando consecuencias directas en su salud y su calidad de vida.

Diagnóstico y tratamiento antirretroviral.

De acuerdo con las guías proporcionadas en 2008 por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) los criterios para diagnosticar infección por VIH son: presentar una prueba con resultados positivo para anticuerpos VIH (enzimo-inmunoanálisis, EIA) y la prueba confirmatoria Western Blot, que permite discriminar antígenos virales; o dar positivo a cualquiera de las siguientes pruebas: prueba de detección de ácidos nucleicos del VIH por medio de PCR, test de antígeno p24 o cultivo viral.

Una vez que el diagnóstico de VIH ha sido confirmado mediante estas dos pruebas generalmente se calculan la cantidad de células CD4+ y la carga viral del paciente, definida por el número de copias de virus por cada mililitro de sangre (copias/mililitro), esto con la finalidad de determinar si es necesario iniciar tratamiento antirretroviral (TARV). La cuenta de células CD4+ y/o la presencia de alguna infección oportunista definitoria de SIDA son criterios para iniciar TARV (Gatell et al., 1990).

En cuanto al tratamiento retroviral, en México y de acuerdo con el informe del año 2012 proporcionado por CENSIDA, la cobertura de retrovirales fue de 85.1% para finales del año 2011; en dicho informe también se hace mención que existió una mayor cobertura de tratamiento en mujeres en comparación a los hombres (98.5% y 82.0%

respectivamente). El número de personas que iniciaron tratamiento en este año se estima que fue de 15,451.

Adhesión al tratamiento retroviral y conductas sexuales protegidas

De manera general y para todos los tratamientos médicos para las enfermedades crónico degenerativas como lo es el VIH, es muy importante que el paciente siga las indicaciones proporcionadas por el personal médico, dichas indicaciones no sólo se limitan a tomar en dosis y horario los medicamentos, sino que incluyen realizar determinadas conductas como asistir de manera regular al médico, hacer ejercicio, tener una dieta balanceada, reducción en consumo de alcohol y tabaco, así como revisiones de presión arterial y exámenes de laboratorio y, en el caso específico de la enfermedad por VIH, tener conductas sexuales protegidas (OMS, 2013).

Si bien es cierto que el tratamiento antiretrovital consigue la supresión virológica del VIH un problema importante que enfrenta esta terapia es la adhesión al tratamiento. Debido a que el paciente requiere tomar medicina todos los días durante lo que reste de vida, esto puede ser considerado como una “carga” para el paciente o una tarea difícil de llevar a cabo. Adicional al problema de tener medicación de por vida, el paciente que vive con VIH puede experimentar algunos de los siguientes problemas para llevar a cabo una adhesión adecuada: la toma de más de un fármaco, con frecuencia más de una toma al día, presencia de efectos secundarios y alergias, debido a esos factores la adhesión al uso del medicamento se puede ver disminuída (Gatell et al., 1990; Hotz, Kaptein, Pruitt, Sanchez-Sosa & Willey, 2003).

No sólo el tratamiento *per se* tiene sus propias características que lo pueden dificultar, sino que existen factores de distintos niveles que pueden llegar a afectar la adhesión, dichos factores están ligados al tratamiento y otros pueden estar más ligados a un contexto social. Entre los factores relacionados al tratamiento podemos mencionar que debido a que el VIH es una enfermedad que en unas etapas puede ser asintomática y, en otras, sintomática la adhesión puede fluctuar entre periodos. Si una persona se encuentra asintomática la adhesión puede disminuir debido a que la percepción de riesgo se reduce y a que los efectos en la omisión de la toma de medicamentos no son inmediatos sino a largo plazo. Por otra parte, la presencia de síntomas puede potenciar la adhesión, pero una vez que la presencia de dichos síntomas desaparece, la percepción de riesgo disminuye y suele conducir a reducir la adhesión (Remor, 2002; GESIDA, 2008).

El factor personal también puede impactar en la adhesión al tratamiento, las creencias e ideas del paciente acerca de su enfermedad o de la gravedad de la misma pueden mejorar o empeorar la toma de medicamentos y las conductas sexuales apropiadas en los pacientes. Además, un aspecto importante es considerar si el paciente presenta cuadros depresivos, ansiosos y/o uso de drogas, ya que estos aspectos podrían comprometer de manera importante la adhesión del paciente a su tratamiento (Remor, 2002).

Finalmente, los factores sociales y relacionados al equipo médico pueden ser importantes para una adecuada adhesión, entre los aspectos a mencionar de estos factores se puede decir que disponer de un domicilio fijo, contar con redes de apoyo social (familia, amigos, pareja), considerar el impacto del estigma propio del padecimiento, la relación médico-paciente, la accesibilidad a los servicios médicos y la confidencialidad son aspectos que si se manejan de manera favorable

para el paciente pueden incrementar en gran medida la adhesión al tratamiento (Remor, 2002; GESIDA, 2008).

Las consecuencias de una mala adhesión pueden llevar en primera instancia a la complicación de los esquemas farmacológicos y mutaciones, resistencia del virus a los medicamentos y complicaciones en salud de manera general (Gatell et al., 1990; Remor, 2002).

La adhesión en el paciente que vive con VIH también requiere el uso del condón de manera consistente y correcta en todas y cada una de sus relaciones sexuales, esto con el fin de evitar una reinfección con un cepa de virus más agresiva de la que ya sean portadores, evitar adquirir una infección de transmisión sexual (ITS) y/o disminuir las probabilidades de contagio a la pareja; además es recomendable que las personas que viven con VIH usen agujas estériles (en caso de ser usuarios de drogas intravenosas), disminuir el número de parejas sexuales y discutir el estatus serológico con las parejas con las que se planea tener un encuentro sexual.

Definición del uso inconsistente del condón.

Debido a que la enfermedad por VIH parece estar pasando de ser una enfermedad indefectiblemente fatal con una rápida progresión a la muerte, a parecerse a un padecimiento crónico degenerativo, los cuidados con respecto a la enfermedad, como el buen uso del condón, se han relajado, en especial en la población de hombres que tienen sexo con hombres (Elford, Bolding, Davis, Sherr & Hart, 2007).

De manera general se puede considerar que un uso inconsistente del condón es la omisión en el uso del mismo ya sea una o varias

ocasiones; la inconsistencia hace referencia a que no en todas las ocasiones en las que hubo una relación sexual se utilizó el preservativo sin importar de qué tipo hayn sido; Lurie et al. (2008) definen el **uso consistente** del condón como la utilización del mismo siempre que haya un encuentro sexual. Otra definición de uso inconsistente del condón propuesta por Protopopescue et al. (2010) consiste en la omisión del uso de condón, en por lo menos una relación los últimos seis meses, con pareja estable (sin importar si se conocía su estatus serológico o era VIH negativo) y/o pareja casual.

Evaluación del uso inconsistente del condón.

Hasta el momento, la única manera 100% segura de no contraer alguna ITS o VIH es la abstinencia, pero es muy poco probable que dicho método sea usado por un individuo sexualmente activo; el único método que puede evitar y/o reducir la incidencia de éstos contagios es el uso correcto y consistente del condón.

Sheeran y Abraham (1994) llevaron a cabo una revisión acerca la medición del uso del condón en 72 estudios de comportamientos sexuales de riesgo, y encontraron gran variación entre los estudios, ya que se pudieron identificar 94 maneras diferentes de medir su uso (algunos estudios reportaban más de una manera), la manera más frecuente de evaluación del uso del condón es la frecuencia, el uso en la última relación sexual y medidas de porcentaje en el uso; la forma de respuesta más común en estos estudios fue dicotómica (respuestas sí/no) o escalas tipo Likert, también hubo estudios en los cuales se le pedía de manera explícita al participante que pusiera el número de veces que omitió el uso del condón; los periodos más comunes para preguntar frecuencia en el uso del condón fueron, en orden jerárquico:

3-6 meses, no preguntar por un periodo en concreto y, finalmente de 12 o más meses. Sólo una minoría de los estudios revisados hacían una distinción entre el tipo de parejas, es decir, si eran casuales o estables.

En una revisión sistemática de la literatura llevada a cabo por Noar, Cole & Carlyle, (2006), el principal objetivo fue evaluar una muestra de estudios correlacionales de conductas sexuales de riesgo siguiendo los siguientes criterios para considerar la evaluación del uso del condón: (1) tipo de medida ocupada (frecuencia de uso v.s. proporción de actos sexuales protegidos sobre actos sexuales sin condón); (2) número de escalas de medición (dicotómicas o escalas tipo Likert); (3) periodos de tiempo usados; (4) si las mediciones habían sido hechas para tipos de pareja y tipos de contacto; (5) si se había hecho una proporción entre en número de relaciones sexuales y/o parejas sexuales; (6) si habían existido escalas múltiples tipos de reactivos para medir el uso del condón; (7) si se habían hecho análisis de test-retest para obtener confiabilidad; (8) si se había medido deseabilidad social; (9) si hubo medidas alternativas para control natal y, finalmente (10) si se había hecho una medición de habilidades en el uso del condón.

Esta revisión se llevó a cabo con 56 estudios publicados entre 1989 y 2003. Entre los resultados más representativos de dicha revisión se puede mencionar se deben de preferir aquellas medidas de opción múltiple para preguntar la frecuencia en el uso del condón ya que dicho fenómeno es continuo y es posible que las medidas dicotómicas no sean lo suficientemente sensibles para medir dicha frecuencia, ya que sólo están preguntando “si usa condón o no” y no la frecuencia del mismo.

En una gran proporción de los estudios revisados (39%) las categorías de respuestas se combinaron o colapsaron entre “nunca / algunas veces” v.s. “siempre”. Esta puede ser una buena estrategia si la población en la que se aplican éstas mediciones tiene altos índices de prevalencia de ITS. En la mayoría de los estudios revisados, la frecuencia de uso de condón se evaluó a través de medidas de frecuencia (36%) comparado con medidas de proporción (21%). Una medición más exacta se obtiene con proporciones, pero este tipo de datos, al ser mucho más específicos puede dificultar su obtención.

En cuanto a los periodos de medición del uso del condón, se encuentra que los periodos más largos (seis meses, un año) son más representativas del comportamiento en general, pero duraciones más cortas tienden a ser más exactas.

Se han encontrado mejores resultados de mediciones de uso de condón en aquellos estudios en los que se hace una distinción entre tipos de pareja y tipos de contacto sexual, además de considerar el número de parejas sexuales. Finalmente, muy pocos estudios (16%) evaluaron la habilidad de los participantes para usar un condón.

A pesar de que existe una gran cantidad de literatura acerca del uso del condón, no hay un consenso en la manera en la cual es medido dicho uso o validación de autorreportes, es decir, no hay un “*gold standard*” para medir el uso del condón, adicional a este problema, la literatura que trata de medir el uso del condón difícilmente es comparable, ya que puede que evalúen distintos resultados como uso consistente o toman en cuenta distintos factores (Sheeran & Abraham, 1994; Noar et al., 2006; Schroder, Carey & Vanable, 2008; Fonner, Kenedy, O’Reilly, Sweat, 2013).

Uso inconsistente del condón en personas que viven con VIH.

La incidencia de nuevos casos de VIH entre el grupo de HSH y el hecho de que la vía de transmisión más frecuente sea la vía sexual ponen de manifiesto que el uso del condón en pacientes que viven con VIH es inconsistente y que debido a ello se generan nuevos casos. Para el caso de América Latina la mayor fuente de nuevos casos de infecciones en toda la región va de un rango de 33% en República Dominicana hasta 56% en Perú. Se reporta además, que en promedio, el uso del condón en la última relación sexual anal entre HSH, es cercano al 60% (UNAIDS, 2012).

El uso inconsistente del condón en personas que viven con VIH se ha estudiado en alguna medida pero con algunos limitantes metodológicos y de definición.

Algunos de los primeros estudios que abordan las conductas sexuales de riesgo y la omisión en el uso de condón en personas que viven con VIH pueden ser, por ejemplo, los realizados por Bachman et al. en 2005. En uno de ellos se plantea que se han hecho ciertas conjeturas acerca del uso de antirretrovirales y una sensación de bienestar, en la cual dicha asociación podría llegar a promover conductas de riesgo en los pacientes que viven con VIH, lo cual es de relevancia ya que dichas conductas de riesgo se traducen en un mayor número de nuevas infecciones y, más importante aún la retransmisión de un virus resistente a los medicamentos.

El objetivo del estudio fue describir los comportamientos sexuales con relación al consumo de sustancias y sus posibles consecuencias entre hombres que reciben tratamiento para el VIH. Se recolectó información acerca de la historia de tratamiento para el VIH,

historia de enfermedades de transmisión sexual, reciente consumo de sustancias, número de parejas sexuales, tipo de pareja, comportamientos sexuales (del último mes a los últimos 6 meses), presencia de síntomas e historia de uso de antibióticos en los último mes. En una muestra de 338 participantes se encontró que 30% de los participantes reconoció tener múltiples parejas sexuales y que muchas de ellas no sabían el estatus serológico de los participantes; la prevalencia de comportamientos que favorecen la transmisión del VIH (fallo en el uso consistente del condón, o informar a la pareja acerca de su status serológico), varían según el tipo de pareja y el tipo de contacto que tengan.

El estudio señala varias áreas para desarrollar estrategias de intervención como el uso de condón y la revelación de diagnósticos así como el uso del mismo y el consumo de sustancias como potenciales modificadores en la toma de decisiones. Finalmente, ponen como punto para futuras investigaciones el entendimiento de como los individuos con VIH hace la categorización de comportamientos de riesgo es de vital importancia para desarrollar estrategias dirigidas a ese tipo específico de conductas.

Raj, Cheng, Leviso, Meli, & Samet, (2006), mencionan que uno de los mayores problemas para la población que vive con VIH es el consumo de sustancias y alcohol, ya que dichos comportamientos se asocian con prácticas sexuales de riesgo, múltiples parejas sexuales y la no revelación del diagnóstico.

El propósito de su estudio fue evaluar la relación entre la revelación del status serológico y los comportamientos de riesgo (sexo sin protección, uso de sustancias y exposición a violencia) en una cohorte de pacientes con VIH con historia de problemas de alcohol. Se

utilizó un instrumento para obtener una línea base de datos sociodemográficos, de salud y de cuidado médico, comportamientos de riesgo y uso de alcohol y sustancias. Se les dio seguimiento a los participantes con encuestas cada seis meses por un periodo de 36 meses. Se creó una pregunta para evaluar el factor revelación del diagnóstico en los pacientes, el cuál consistía en saber si había comentado su estatus serológico con todas sus parejas o sólo con algunas; se utilizaron los ítems referentes al uso consistente del condón, número de parejas sexuales, comercio sexual por dinero o drogas. Se evaluó historia de ITS por medio de autorreporte.

Aproximadamente un tercio de las personas que viven con VIH y tienen problemas de alcohol no han comunicado su status serológico a una o más parejas. En este estudio se encontró relación entre el uso del condón y la revelación del diagnóstico, también señala que entre más parejas sexuales se tiene la revelación del estatus es menor, lo mismo para el caso de las personas que compran sexo. El estudio concluye que es necesario crear intervenciones que fomenten la revelación del diagnóstico y aumenten el uso del condón en personas que viven con VIH y que tienen problemas con el consumo alcohol, en especial aquellas que reportan tener varias parejas sexuales.

Lurie et al., (2008) realizó un estudio con objeto de evaluar el comportamiento sexual en pacientes con VIH en dos clínicas: una rural y otra urbana en Sudáfrica, para de determinar los factores asociados a sexo seguro.

El estudio se realizó a través de encuestas en que se preguntaba si tenía una pareja sexual regular y /o casuales al momento de la consulta, si le había dicho a alguien más acerca de su diagnóstico, frecuencia del uso de condón ya sea con parejas estables o casuales y consumo de alcohol; cabe mencionar que el uso del condón fue

medido a través de un autorreporte. Ese estudio concluye que los factores que predicen un uso consistente del condón en hombres de población urbana con niveles de educación altos y ausencia de parejas casuales el uso del condón es consistente; para los hombres de población rural los factores predictores eran: estar casado o viviendo en pareja, sin consumo de alcohol y no tener parejas casuales.

Para las mujeres los factores predictores en población urbana fueron: edad (menores de 45 años), no haber estado casadas, casadas o viviendo en pareja, nivel educativo alto, un buen ingreso económico, sin parejas casuales, sin síntomas de ITS y sus parejas tienen conocimiento de su diagnóstico. Para las mujeres rurales sólo la edad (menores de 35 años) y la escolaridad fueron predictores consistentes. Como conclusiones se presenta que en general hay un mayor uso consistente del condón en población urbana en comparación con la población rural, además de tener mayores probabilidades de ser sexualmente activos y tomar acciones para cuidarse ellos mismo y a sus parejas.

Siguiendo la misma línea de investigación y para tratar de identificar los factores asociados al uso inconsistente del condón, Sears, Cabrera-Rodríguez, Ortiz-Mejía, Anderson, & Stein (2008) realizaron un estudio a fin de:

- a) evaluar el comportamiento sexual después del diagnóstico,
- b) analizar posibles barreras para el uso del condón y
- c) Identificar los factores de riesgo asociados al uso inconsistente del condón desde el diagnóstico de VIH.

En este estudio se les hicieron distintas preguntas a los participantes, relacionadas con frecuencia en el uso condón antes/después

del diagnóstico, número de parejas sexuales después del diagnóstico, tipo de pareja, si habían revelado o no su diagnóstico, uso condón con su última pareja, estatus serológico de la pareja y razones para no usar el condón. El estudio fue realizado con 127 participantes y las conclusiones generales que se obtuvieron fueron que el uso del condón se vio modificado en una tercera parte de los participantes después del diagnóstico, es decir, hubo un aumento y reportan usarlo siempre; 58% de los demás participantes reportaron un mayor uso del preservativo.

Las razones para el uso del condón difieren entre género ya que en las mujeres la razón más reportada fue que "su pareja no quiso"; en contraste con los hombres que reportaron que la principal razón fue que "no se siente lo mismo".

Se encontró que un buen predictor del uso del condón es el conocimiento de estatus serológico de la pareja. Las personas sexualmente activas después de su diagnóstico de VIH reportaron una mayor probabilidad de uso de condón si creían que su pareja no tenía el virus, lo cual habla de medidas de protección hacia los demás.

Hasta este punto se han descrito algunos estudios encaminados a la detección de factores asociados a conductas sexuales de riesgo y, por lo tanto, a un uso inconsistente del condón, pero dentro de las conductas de riesgo y el uso inconsistente del condón hay una que es abordada con especial interés por Berg en 2009, dicha conducta se denomina "*bareback*" y es definida operacionalmente como la búsqueda intencionada de contacto sexual anal sin uso de preservativo entre hombres, en un contexto de riesgo de transmisión del VIH. En dicho estudio el autor busca hacer una síntesis que explora las problemáticas alrededor del *bareback*, esto en el contexto de reducción

de riesgos. Adicionalmente se pretende lograr una comprensión profunda de la literatura existente y resumir los hallazgos hasta el momento.

El estudio se realizó en las principales bases de datos y buscando todos los temas relacionados a la palabra “*bareback*”. La prevalencia de dichas prácticas es alta y variable, según el estudio que se revise, pero de manera general se encuentra que éstas prácticas son mucho más comunes dentro del círculo de HSH que viven con VIH en comparación al mismo grupo pero sin VIH.

Los factores asociados a dicho fenómeno pueden dividirse en varios niveles. En el nivel macro: “homonegatividad”, el advenimiento de fármacos altamente eficaces contra el VIH, alienación entre HSH, el uso de internet como facilitador de éstas conductas.

Nivel meso: percepción de “normalidad” en las prácticas de riesgo, fatiga a las campañas de sexo seguro, falta de responsabilidad social.

Nivel interpersonal: necesidad de intimidad, cercanía, es frecuente que dentro del *bareback* se den prácticas encaminadas a la reducción de transmisión de VIH, como lo es buscar parejas del mismo estatus serológico.

Nivel intrapersonal: bajo nivel de escolaridad, más frecuente entre jóvenes, búsqueda de placer sexual como principal razón para hacerlo.

Valverde et al., (2009) llevaron a cabo un estudio bajo la idea de que el uso del condón varía según tipo de contacto. En este estudio se realizó con 140 participantes y, como en los estudios antes mencionados, se les realizaron preguntas a los participantes con relación a: datos sociodemográficos y comportamiento sexual, número

de parejas sexuales en los últimos tres meses, si tenían pareja estable, tiempo con el diagnóstico, si estaban bajo TARV, si alguien los ayudaba económicamente en caso de necesitarlo, si tenían a alguien que los cuidara en caso de enfermarse y, finalmente, hubo una pregunta relacionada a responsabilidad social “¿las personas que viven con VIH tienen la responsabilidad de cuidar a una pareja negativa o sin conocimiento de su estado serológico?”, además de evaluar depresión. Este estudio concluye que las variables que son significativas para el uso inconsistente del condón en relaciones anales son principalmente: genero, depresión y preferencia sexual.

Para las relaciones vaginales fueron: soporte económico depresión, vivir con una pareja sexual estable, sentido de la responsabilidad de proteger a la pareja.

Para las relaciones orales los factores fueron: nivel de educación, abuso sexual en la infancia, preferencia sexual y tener una pareja sexual estable.

Los participantes que reportaron tener síntomas depresivos fueron 4.3 veces más probables a tener un uso inconsistente en relaciones anales.

Los participantes que reportaron vivir con una pareja sexual estable mostraron 8.2 veces mayor probabilidad de uso inconsistente del condón.

Protopopescue et al., (2010) mencionan que los relatos psicosociales de las prácticas sexuales sin protección se han estudiado únicamente en países con alto nivel económico, por dicha razón realiza un estudio en África con la finalidad de identificar los factores que

dificultan el uso del condón, a través de una encuesta en 840 pacientes de un estudio previo. El estudio muestra que las personas que están bajo TARV tienen prácticas sexuales de riesgo, lo que es preocupante especialmente entre las mujeres e individuos que ocultan su diagnóstico y los que reportan un pobre status de salud.

Es importante señalar que las mujeres prefieren no usar condón si tienen una relación estable, y más en una sociedad en donde el valor de la mujer está altamente relacionado a su capacidad par tener hijos, aquellas que no tienen hijos son rechazadas y marginadas. El estudio también muestra una asociación entre nivel educativo y conductas de protección; individuos con bajo nivel educativo tienen más problemas para negociar el uso del condón.

El ocultamiento del diagnóstico estuvo asociado con el uso inconsistente del condón, lo cual representa un importante dilema entre revelar su diagnóstico de VIH a su pareja y proteger a esas parejas así como a si mismos contra una infección o reinfección.

Finalmente, Edwards-Jackson en el 2012, realizó un estudio que evaluó la relación entre la revelación del diagnóstico de VIH y sexo seguro, además de evaluar los factores relacionados a la revelación del diagnóstico. Los resultados muestran que no existe tal asociación. Lo que sí se encontró fue que el patrón más común que se sigue es el de no revelar la seropositividad además de tener sexo protegido.

Entre los factores evaluados para la revelación estuvieron presentes: edad, tipo de pareja y su respectivo estado serológico, número de parejas sexuales (últimos 3 meses), orientación sexual, consumo de alcohol y drogas en su último encuentro sexual, años de diagnóstico de VIH, conteo de CD4, antirretroviral actual, historia de ITS previas y

nivel de conocimientos del VIH. De los cuales los únicos factores que son representativos para la revelación son: edad (27-32), el estado de la pareja, y diagnóstico de VIH de la pareja son los factores que influyen para que el paciente comunique su diagnóstico.

El porcentaje de revelación encontrado fue bajo 26% y, de acuerdo al patrón más comúnmente encontrado, se puede deducir que representa para el miembro infectado de la relación la protección hacia el rechazo, discriminación, estigmatización y a la par la protección de la pareja con la que se está.

En la tabla 2 se muestran con mayor detalle metodológico los principales estudios mencionados en población con VIH y que han logrado identificar algunas de las variables asociadas al uso inconsistente del condón.

Tabla 2.

Estudios relacionados al uso inconsistente del condón.

Estudio	Objetivo	Método	Resultados
Bachmann et al.(2005). Sexually Transmitted Disease/HIV Transmission Risk Behaviors and Sexually Transmitted Disease Prevalence Among HIV-Positive Men Receiving Continuing Care. <i>Sexually Transmitted Diseases</i> Vol. 32, No. 1, p.20-2	Describir los comportamientos sexuales y el uso de sustancias y sus posibles consecuencias entre hombres que reciben tratamiento para el VIH.	Se recolectó información acerca de la historia de tratamiento para el VIH, historia de ITS, reciente uso de sustancias, número de parejas sexuales, tipo de pareja, comportamientos sexuales (del último mes a los últimos 6 meses), presencia de síntomas e historia de uso de antibióticos en los últimos meses. Se tomaron marcadores biológicos	El uso inconsistente del condón varía según género, tipo de pareja y sitio de contacto. En parejas estables con actividad sexual los últimos dos meses reportaron haber tenido sexo vaginal con uso inconsistente del condón en 60% de los casos, de los cuales eran o era desconocido su status serológico.
Raj et al. (2006). Sex trade, sexual risk, and nondisclosure of HIV serostatus: findings from HIV-infected persons with a history of alcohol problems. <i>AIDS and Behavior</i> , Vol. 10, No. 2	El propósito de éste estudio fue evaluar la relación entre la revelación del status serológico y los comportamientos de riesgo (sexo sin protección, uso de sustancias y exposición a violencia) en una cohorte de pacientes con VIH con historia	Un estudio prospectivo observacional de pacientes que viven con VIH con historia de problemas con el alcohol. Se utilizó un instrumento para obtener una línea base de datos sociodemográficos, salud y cuidado médico, comportamientos de riesgo y uso de alcohol y sustancias. Se les dio seguimiento a los participantes con encuestas cada 6 meses por un periodo de 36 meses. Se trató de conseguir conteo de CD4 y carga viral para los participantes.	En este estudio se encontró relación entre la variable revelación y el uso del condón; entre más parejas sexuales se tiene la variable revelación disminuye, lo mismo para el caso de las personas que compran sexo. Las personas que reportaron haber tenido una ITS recientemente tienen 6 veces mayor probabilidad de revelar su diagnóstico al igual que para las personas que sufrieron abuso sexual. El uso de alcohol y drogas no fue relacionado a la variable revelación.

	de problemas de alcohol.		
Lurie et al. (2008). Sexual Behavior and Reproductive Health Among HIV-Infected Patients in Urban and Rural South Africa. <i>J Acquir Immune Defic Syndr</i> , Volume 47, Number 4	Evaluar el comportamiento sexual en pacientes con VIH en dos clínicas: una rural y otra urbana en el sur de África. Se buscó además determinar los factores asociados a sexo seguro.	A través de cuestionario al momento de la consulta. Se evaluó si tenía pareja estable, si tenía parejas casuales, revelación del diagnóstico, frecuencia del uso de condón ya sea con parejas estables o casuales, consumo de alcohol. Un criterio de exclusión fue no tener actividad sexual y todo se midió a través autorreporte del uso de condón. Se tomaron marcadores biológicos como células CD4+ y carga viral.	Entre los factores que predicen un uso consistente del condón se encontró que en hombres de población urbana con niveles de educación altos y ausencia de parejas casuales el uso del condón es consistente. Para los hombres de población rural los factores predictores eran: estar casado o viviendo en pareja, sin consumo de alcohol y no tener parejas casuales. Para las mujeres los factores predictores en población urbana fueron edad (menores de 45 años), no haber estado casadas, casadas o viviendo en pareja, nivel educativo alto, un buen ingreso económico, sin parejas casuales, sin síntomas de ITS y habiendo revelado su estatus serológico. Para las mujeres rurales sólo la edad (menores de 35 años) y el nivel educativo fueron predictores consistentes.
Sears et al. (2008). Sexual risk behaviour among HIV-positive patients at an urban clinic in Santiago, Dominican Republic. <i>AIDS Care</i> , 20(2): 191,197	Evaluar la prevalencia de sexo protegido, comportamiento sexual después del diagnóstico. Analizar posibles barreras para el uso del condón e identificar los factores de riesgo asociados con la falta de uso del condón desde el diagnóstico de VIH.	Preguntas para evaluar el riesgo sexual: edad de debut, número de parejas sexuales, historia de compra-venta de sexo. Preguntas para evaluar el uso frecuente del condón: uso del condón antes/después de diagnóstico, número de parejas sexuales después del diagnóstico, tipo de pareja, si hubo revelación del estatus serológico, usó condón del condón con su última pareja, status serológico de la pareja y razones para no usar el condón.	El uso del condón se ha visto modificado en una tercera parte de los participantes después del diagnóstico, es decir, hubo un aumento y reportan usarlo siempre. Se encontró que no hay asociación entre el uso del condón en las personas sexualmente activas después del diagnóstico en relación al género, edad o revelación. El uso del condón estuvo asociado de manera significativa a el status serológico de la pareja. Se encontró que un buen predictor del uso del condón es el conocimiento de status serológico de la pareja.

<p>Berg, R. (2009). Barebacking: A Review of the Literature. <i>Arch Sex Behav</i> (2009) 38:754–764</p>	<p>Hacer una síntesis que explora las problemáticas alrededor del <i>bareback</i>, esto en el contexto de reducción de riesgos. Adicional a esto se pretende lograr una comprensión profunda de la literatura existente y resumir los hallazgos hasta el momento.</p>	<p>Búsqueda en las principales bases de datos, con énfasis en aquellos artículos que hablaran sobre “<i>bareback</i>” definido operacionalmente como la búsqueda intencionada de contacto sexual anal sin uso de preservativo entre hombres, en un contexto de riesgo de transmisión del VIH.</p>	<p>Los factores asociados a dicho fenómeno pueden dividirse en varios niveles. En el nivel macro: “homonegatividad”, el advenimiento de fármacos altamente eficaces contra el VIH, alienación entre HSH, el uso de internet como facilitador de éstas conductas.</p> <p>Nivel meso: percepción de “normalidad” en las prácticas de riesgo, fatiga a las campañas de sexo seguro, falta de responsabilidad social.</p> <p>Nivel interpersonal: necesidad de intimidad, cercanía, es frecuente que dentro del <i>bareback</i> se den prácticas encaminadas a la reducción de transmisión de VIH, como lo es buscar parejas del mismo estatus serológico.</p> <p>Nivel intrapersnal: bajo nivel de escolaridad, más frecuente entre jóvenes, búsqueda de placer sexual como principal razón para hacerlo.</p>
<p>Valverde et al. (2009). Sex Risk Practices among HIV-Positive Individuals in Buenos Aires, Argentina. <i>AIDS PATIENT CARE and STDs</i> Volume 23, Number 7.</p>	<p>Identificar correlaciones asociadas al uso inconsistente del condón en población con VIH de Argentina.</p>	<p>Las variables de interés fueron sociodemográficas, uso de drogas, acceso a tratamiento, adhesión, apoyo social, comportamientos de riesgo, depresión y conocimiento, actitudes y comportamientos relacionados al VIH. Era necesario que los participantes hubiesen tenido actividad sexual en los últimos tres meses.</p>	<p>Los participantes que reportaron vivir con una pareja sexual estable fueron 8.2 veces más probable que tuviesen un uso inconsistente del condón.</p> <p>Las variables que son significativas para el uso inconsistente del condón en relaciones anales son: genero, depresión y preferencia sexual.</p> <p>Para las relaciones vaginales fueron: soporte económico depresión, vivir con una pareja sexual estable, sentido de la responsabilidad de proteger a la pareja.</p> <p>Para las relaciones orales los factores fueron: nivel de educación, abuso sexual en la infancia, preferencia sexual y tener una pareja sexual estable.</p>

<p>Protopopescue et al. (2010). Psychosocial correlates of inconsistent condom use among HIV- infected patients enrolled in a structured ART interruptions trial in Coˆte d'Ivoire: results from the TRIVACAN trial (ANRS 1269). <i>Tropical Medicine and International Health</i>. volume 15 no 6 pp 706-712</p>	<p>Estudiar los relatos psicosociales de las prácticas sexuales sin protección que se han estudiado únicamente en países con alto nivel económico.</p>	<p>El estudio se realizó con 840 personas, los cuales tenían un conteo de CD4 mayor a 350 y con carga viral menor a 300 copias. Divididos en tres grupos: (C-ART= 110; 2/4-ART=325; CD4GT=416)</p> <p>Pacientes que habían tenido actividad sexual en los 6 meses previos; haber reportado síntomas relacionados a la enfermedad. Se les aplicó una escala de salud percibida y una escala de depresión.</p>	<p>El estudio muestra que las personas que están bajo TARV tienen prácticas sexuales de riesgo. Es importante señalar que las mujeres prefieren no usar condón si tienen una relación estable. El estudio también muestra una asociación entre nivel educativo y conductas de protección; individuos con bajo nivel educativo tienen más problemas para negociar el uso del condón.</p> <p>El ocultamiento del diagnóstico estuvo asociado con el uso inconsistente del condón, lo cual representa un importante dilema entre revelar su diagnóstico de VIH a su pareja y proteger a esas parejas a sí como a sí mismos contra una infección o reinfección.</p>
<p>Edwards-Jackson et al. (2012). HIV serostatus disclosure is not associated with safer sexual behavior among HIV-positive men who have sex with men (MSM) and their partners at risk for infection in Bangkok, Thailand. <i>AIDS Research and Therapy</i> 2012, 9:38</p>	<p>Evaluar si hay relación entre la variable revelación y las conductas de sexo protegido, además de evaluar factores asociados a la revelación.</p>	<p>Autorreporte con computadora, las preguntas fueron similares a "¿Tu más reciente pareja sabía de tu padecimiento de VIH antes de tener sexo?" o "¿Discutiste tu estado de VIH con esa persona antes de tener sexo?".</p>	<p>Los resultados muestran que no existe tal asociación. Lo que sí se encontró fue que el patrón más común que se sigue es el de no revelación y relaciones con condón.</p> <p>Entre los factores evaluados para revelación estuvieron presentes: edad, tipo de pareja y su respectivo estado serológico, número de parejas sexuales (últimos 3 meses), orientación sexual, uso de alcohol y drogas en su último encuentro sexual, años de diagnóstico de VIH, conteo de CD4, antiretroviral actual, historia de ITS previas y nivel de conocimientos del VIH.</p>

A manera de resumen se puede afirmar que el uso inconsistente del condón está relacionado a distintas variables como: uso de alcohol y sustancias, depresión, comercio sexual, tener una pareja estable, sensación de bienestar gracias al tratamiento ARV y el uso de estrategias seroadaptativas como buscar parejas con el mismo estatus serológico (es decir, VIH+), optar por elegir roles receptivos (si se es VIH+) o interrumpir el coito durante la relación sexual antes de eyacular.

Justificación.

Las limitantes referentes a los estudios hechos acerca de la medición del uso del condón es que en muchos casos los estudios no son comparables debido a que se miden de manera distinta el uso del condón, con diferentes escalas o con diferentes modos, ya sea autorreporte, entrevistas personales o con asistencia de computadoras, lo cual da por resultado que no haya una medida estandarizada con la cual evaluar dicho comportamiento.

Además del problema de las pocas posibilidades de hacer comparaciones entre estudios, existe la limitante de que muchos de éstos tienen enfoques preventivos hacia el VIH y que por consiguiente son estudios hecho en población general, no hacia un grupo focalizado como lo pueden ser estos pacientes (Sheeran & Abraham, 1994; Noar et al., 2006; Schroder et al., 2008; Fonner et al., 2013).

Los estudios hechos con población VIH aún son escasos y sólo se enfocan a trabajar con variables muy específicas relacionadas al uso inconsistente del condón, por ejemplo, consumo de alcohol y uso de

condón. Hace falta investigar en conjunto cómo es que las distintas variables que se ha podido identificar con el uso inconsistente del condón se relacionan entre sí.

Debido a que como ya se mencionaron las consecuencias que puede tener el uso inconsistente del condón en población que vive con VIH es de especial importancia que se detecten cuáles son las variables asociadas a dicho comportamiento y cómo es que se relacionan entre ellas, como primer paso, para después poder desarrollar intervenciones encaminadas a la promoción del uso consistente del condón.

De manera secundaria el aspecto de la revelación podría estar asociado a factores de protección para los pacientes ya que podría promover un uso consistente del condón ya sea para el cuidado del paciente mismo y/o para la protección de la pareja.

Este estudio se busca, además de lo anterior, caracterizar a la población de pacientes que viven con VIH y que acuden a consulta médica y psicológica en el Instituto Nacional de Nutrición y Ciencias Médicas *Salvador Zubirán* con relación a sus prácticas sexuales y en concreto al uso inconsistente del condón que podría estar presente en estos pacientes.

Con la presente investigación se busca identificar cuáles son los factores asociados a el uso inconsistente del condón y evaluar de qué manera se relacionan con los marcadores biológicos CD4 y carga viral con la variable revelación, esto debido a que como tal el uso consistente del condón en todas las relaciones representa un cambio en el estilo de vida de los pacientes con VIH y justo éstos cambios y la adhesión al tratamiento son las áreas donde el psicólogo conductual puede tener impacto. Aunado a que en México existen pocos estudios

sistemáticos que aborden este tema en población con VIH y que hagan una asociación entre los factores psicosociales y los marcadores biológicos.

Objetivos del estudio

Objetivo general

Identificar los factores asociados al uso inconsistente del condón en pacientes que viven con VIH, que acuden a tratamiento a la clínica de VIH del Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán y que estén bajo tratamiento antirretroviral.

Objetivos específicos

1. Caracterizar a la muestra de pacientes con diagnóstico de VIH en tiempo con la infección, variables clínicas (CD4+ y CV) y factores asociados al uso inconsistente del condón.
2. Evaluar si existe relación entre las variables clínicas y el factor revelación del estado de infección de los pacientes que viven con VIH.

Método

Participantes

Durante el periodo de noviembre de 2013 a junio de 2014 se invitó a participar a los pacientes de la Clínica de VIH del INNCSMZ, que cumplieron con las características pormenorizadas en la tabla 3.

Tabla 3

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación de los participantes

Criterios de inclusión

- Pacientes masculinos mayores de 18 años con diagnóstico de VIH/SIDA.
- Que estén bajo tratamiento antirretroviral con por lo menos seis meses antes de contestar el cuestionario.
- Con vida sexual activa al momento de la aplicación del cuestionario. Vida sexual activa entendida como haber tenido por lo menos una relación sexual de tipo vaginal, oral y/o anal en los últimos tres meses.
- Que autoricen su participación mediante la firma de consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Incapacidad para contestar los instrumentos en opinión del investigador principal (por razones de gravedad de la enfermedad o deterioro cognitivo).
- Estar o haber estado bajo tratamiento psicológico y/o psiquiátrico en los últimos 6 meses y no haber participado en ningún protocolo de las mismas áreas en el mismo lapso de tiempo.
- Alguna otra condición clínica que a juicio del investigador haría que el sujeto no sea elegible.

Criterios de eliminación

- Que deseen dejar de participar en el estudio y revoquen su consentimiento informado.
-

Se evaluó a un total de 341 pacientes de la clínica de VIH, los cuales cumplían los criterios para participar en el protocolo. De estos, 314 completaron el cuestionario y la muestra final quedó en 245 pacientes, debido a que cumplían con el criterio de vida sexual activa al momento del cuestionario y además completaron el mismo. En la figura 1 se muestra el flujo de muerte experimental¹ en el presente estudio.

¹ Muerte experimental entendida como las causas de abandono de participantes en un estudio (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

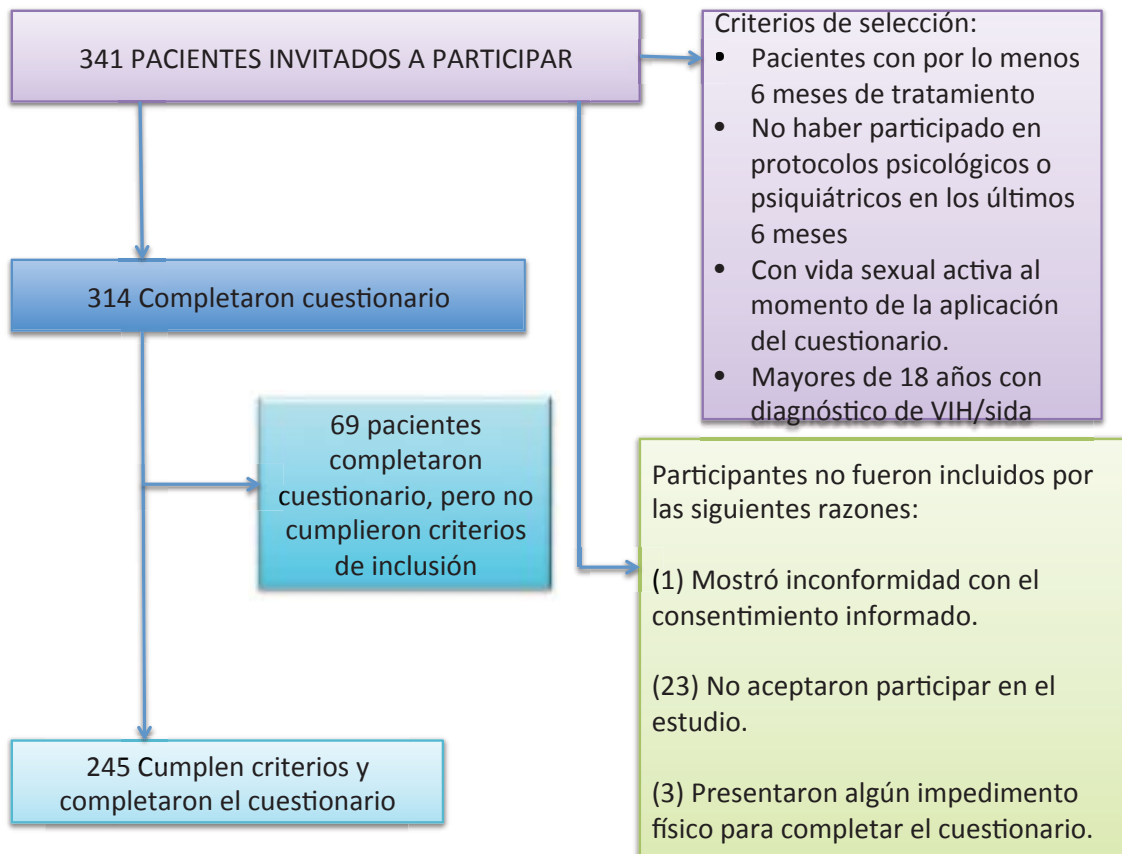


Figura 1. Causas de muerte experimental en este estudio.

De los 245 participantes que conformaron la muestra, el promedio de edad fue de 38.8 años (DE= 8.7), y la gran mayoría se refieren como solteros (193; 78.9%).

Del total de participantes, 182 (74.3%) son residentes del distrito federal, la gran mayoría de la muestra refiere tener dinero suficiente para vivir (149; 60.8%) y aunado a lo anterior, 186 participantes (75.9%) reporta tener empleo.

La población de la clínica de VIH destaca por tener una población con altos niveles de escolaridad ya que el número de personas con un nivel medio superior de estudios y con un nivel superior es de 90 (36.7%) y 97 (39.6%) respectivamente.

En la tabla 4 se muestran de manera más detallada los datos sociodemográficos de los participantes.

Tabla 4.

Características sociodemográficas de los participantes (n=245)		
Edad	\bar{x} =38.8 (DE= 8.7)	
Lugar de residencia	N	%
• Distrito Federal	182	74.3
• Estado de México	47	19.2
• Interior de la república	10	4.1
• No contestaron	6	2.4
Estado civil		
• Soltero	193	78.9
• Casado	18	7.3
• Unión libre	29	11.8
• Divorciado	2	.8
• Viudo	0	0
• Otro	3	1.2
Actualmente cuenta con dinero suficiente para mantenerse sin ayuda		
• Sí	149	60.9
• No	90	36.7
• No contestaron	6	2.4
Nivel máximo de estudios concluidos		
• Sin estudios	1	.4
• Primaria	8	3.3
• Secundaria	28	11.4
• Preparatoria/carrera técnica	90	36.7
• Licenciatura	97	39.6
• Posgrado	21	8.6
Actualmente se encuentra empleado		
• Sí	186	75.9
• No	58	23.7
• No contestaron	1	.4

En cuanto a las variables clínicas, 197 participantes (80.4%) son hombres que tienen sexo con hombres (HSH).

El número promedio de células CD4/ml fue de 498.9 (DE= 276-721.8) y el 85.7% de la población de este estudio tuvo una carga viral menor a 40 copias/ml.

El promedio de inicio de vida sexual activa fue a los 17.6 años (DE= 13.9- 21.3) y 76 participantes (31.0%) reportan haber tenido más de 40 parejas sexuales desde el inicio de su vida sexual activa. Finalmente, 178 participantes (72.7%) reporta haber tenido al menos una pareja sexual durante los últimos tres meses.

La tabla 5 presenta las variables clínicas de los pacientes en este estudio.

Tabla 5.

Características clínicas de los participantes (n=245) ²		
Inicio de vida sexual activa	\bar{x} =17.6 (DE=3.7)	
Numero de parejas sexuales desde el inicio de vida sexual activa	N	Promedio %
• De 1 a 5	51	20.8
• De 6 a 10	39	15.9
• De 11 a 20	34	13.9
• De 21 a 30	30	12.2
• De 31 a 40	12	4.9
• Más de 40	76	31.1
• No contestaron	3	1.2
Número de parejas sexuales en los últimos 3 meses		
• 1	178	72.7
• 2	31	12.7
• Más de 3	36	14.6
Género de las parejas sexuales con las que suele tener relaciones sexuales		
• Exclusivamente hombres	197	80.4
• Exclusivamente mujeres	36	14.7
• Transgénero	1	.4
• Ambos sexos	11	4.5
Carga viral menor de 40 copias/ml	210	85.7
Conteo de células CD4/ml	\bar{x} = 498.9 (DE= ± 222.9)	

² La obtención de conteo de células CD4+ y la CV de los pacientes fueron obtenidos de los expedientes de los mismos y cercanos (un mes) a la fecha de aplicación del cuestionario.

Diseño

Este estudio tiene un diseño no experimental, correlacional, transversal y descriptivo. Fue aprobado por el comité de ética del INCMNSZ, con el número de referencia 1035.

Variables

Las variables cuya relación con el uso inconsistente del condón se exploraron fueron:

- Historia sexual del paciente
- Actividad sexual reciente
- Uso del condón (pasado y presente)
- Consumo de alcohol y/o drogas
- Compra-venta o regalos y/o bienes materiales a cambio de sexo
- Revelación del diagnóstico
- Estigma
- Presencia de ITS y
- Creencias e información en relación al VIH, (descritas en seguida).

La variable de interés dentro de este estudio fue el uso inconsistente del condón. Las revisiones de literatura que se han hecho tratando de medir el uso del condón han puesto especial énfasis en mencionar que el uso del mismo no debe de depender de una sola medición o un solo reactivo que pregunte por la frecuencia del uso del condón. Se ha sugerido que dicha medición se debe de realizar a través de conjuntos de preguntas que evalúen posibles factores relacionados o las propias razones que ofrecen los participantes para omitir el uso del condón (Sheeran & Abraham, 1994; Noar et al., 2006;

Schroder, Carey & Vanable, 2008; Fonner, Kenedy, O'Reilly, Sweat, 2013).

De manera conceptual podemos decir el uso consistente del condón ha sido definido como el uso del mismo en todas las ocasiones con una pareja, cualquier respuesta diferente es considerado uso inconsistente (Lurie et al., 2008; Jin, Yang, Dong & Han, 2013).

Para este estudio la definición conceptual que se adopta es la que proporcionan Onen, Shacham, Stamm, & Overton, (2010) que definen el uso inconsistente del condón como la omisión del mismo en cualquier relación sexual de tipo vaginal o anal en los últimos tres meses. Agregando que también fue considerando uso inconsistente del condón si hubo omisión del mismo el relaciones de tipo oral en los últimos tres meses.

De manera operacional, la definición de uso inconsistente del condón se midió a través de una serie de preguntas en las cuales se consideraba como uso inconsistente del condón si el participante daba una respuesta diferente de “siempre” en la pregunta relacionada a la frecuencia de uso del condón y/o si marcó como afirmativo a haber realizado alguna de las conductas sexuales de riesgo (como lo es la omisión del condón con parejas del mismo estatus serológico, la interrupción del coito con el fin de evitar la transmisión del virus o asumir determinados roles durante las relaciones sexuales “insertivo” v.s. “pasivo”) en los últimos tres meses.

El conjunto de preguntas quedó estructurado de la siguiente manera:

- ❖ ¿Con qué frecuencia ha utilizado el condón en sus relaciones sexuales durante los últimos tres meses? (las opciones de respuesta fueron desde “nunca” a “siempre”)

- ❖ En los últimos 3 meses, en caso de que usted haya tenido relaciones sexuales con una persona VIH- , ¿utilizó condón?
- ❖ En los últimos 3 meses, en caso que usted haya tenido relaciones sexuales con alguien con el cual desconocía su estatus serológico (si vive con VIH o no), ¿utilizó condón?
- ❖ En los últimos tres meses, ¿ha practicado sexo anal sin condón y eligiendo solo el rol insertivo/receptivo para evitar un contagio de VIH o una reinfección?
- ❖ En los últimos tres meses, ¿ha practicado sexo anal sin protección interrumpiendo el coito antes de eyacular para prevenir un contagio o una reinfección?
- ❖ En los últimos tres meses, ¿ha practicado sexo anal sin condón porque su pareja era del mismo estatus serológico que usted? (VIH +)

La frecuencia de las mediciones es única, ya que debido a que el estudio es transversal, los instrumentos fueron aplicados en una sola ocasión.

En cuanto a las variables independientes en conjunto a su definición operacional se enlistan sus respectivos indicadores

Variables sociodemográficas

- a) **Sexo:** masculino o femenino.
- b) **Edad:** edad del paciente cumplida en años.
- c) **Residencia:** lugar donde vive el paciente actualmente
- d) **Ocupación:** categorización que el paciente hace sobre su situación laboral.

e) **Escolaridad:** número de años cursados en el sistema educativo mexicano.

f) **Nivel socioeconómico:** clasificación ad hoc al sistema institucional basado en las posibilidades del paciente de pagar las tarifas hospitalarias.

Variables clínicas

a) **Nivel CD4 al momento de la aplicación del cuestionario:** conteo de células de defensa del sistema inmunológico CD4 al momento de la aplicación del cuestionario (células/mm).

b) **Carga viral:** número de copias del virus en sangre al momento de la aplicación del cuestionario (copias/mm).

c) **Tiempo con el diagnóstico:** definido como el número de años desde que se le diagnosticó por primera vez el VIH hasta la actualidad.

Variables independientes

Debido a la falta de homogeneidad que existe entre los estudios que buscan evaluar el uso inconsistente del condón muchas de las variables que miden dichos estudios carecen de definición conceptual o dicha definición es obviada dentro de los mismos. Para definir las variables independientes de manera operacional se buscó hacerlo con base en las referencias aportadas por los estudios revisados para el presente trabajo.

Historia sexual del paciente

a) **Inicio de vida sexual activa del paciente:** Sears, Cabrera-Rodriguez, Ortiz-Mejia, Anderson & Stein (2008) definen inicio de vida sexual activa como edad en la que el

participante refiere haber tenido su primera relación sexual anal o vaginal.

En el presente estudio se retoma la definición anterior como reactivo para evaluar inicio de vida sexual activa.

b) Número de parejas sexuales a lo largo de toda su vida:

Número de personas con las que ha mantenido relaciones sexuales desde el inicio de vida sexual activa hasta la actualidad (Raj, Cheng, Levison, Meli & Samet 2006).

❖ Aproximadamente ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido desde que inició su vida sexual?

c) Número de parejas sexuales en los últimos tres meses:

Reactivo de respuesta abierta. Número de personas con las que ha mantenido relaciones sexuales durante los últimos tres meses (Sheeran & Abraham 1994).

a) Género de las parejas sexuales de los pacientes:

Indica cual es el género de las parejas con las cuales el paciente mantiene relaciones sexuales de manera habitual: hombres, mujeres, transgénero, ambos sexos (Raj, Cheng, Levison, Meli & Samet 2006).

Actividad sexual reciente

a) **Pareja estable:** categorización que el paciente acerca de una persona hombre o mujer con la cual, a percepción del paciente, hay una unión establecida, que contempla tener relaciones sexuales (orales, anales, vaginales) sin importar el estado civil ni la duración de la relación (Guimarães et al., 2008). Dicha definición fue incluida en el cuestionario y se evaluó mediante el reactivo

❖ Actualmente ¿tiene pareja sexual estable?

- b) **Estatus serológico de la pareja actual:** categorización que el paciente hace acerca del estatus serológico de su pareja estable (VIH+, VIH- o desconocimiento de esta información).
- ❖ Su pareja estable actual.....
- c) **Pareja casual en los últimos tres meses:** Se entiende por pareja casual, aquella persona que NO es su pareja estable y que se contacta de manera esporádica o por primera vez con el fin de tener relaciones sexuales orales, anales y/o vaginales (Guimarães et al., 2008). Se evaluó mediante el reactivo
- ❖ En los últimos tres meses ¿ha tenido parejas sexuales casuales?
- d) **Estatus serológico de la última pareja casual:** categorización que el paciente hace acerca del estatus serológico de su última pareja casual (VIH+, VIH- o desconocimiento de esta información).
- ❖ La **última** pareja casual con la que tuvo relaciones sexuales...
- e) **Tipo de contacto:** Tipo de relación sexual que el paciente haya tenido en los últimos tres meses, anales (insertivo), anales (receptivo), vaginales, orales (activo), orales (pasivo); Valverde, Casetti, Metsch, Bugarin, Bofil, Laurido, McCoy (2009) .
- ❖ ¿De qué tipo han sido las relaciones sexuales que ha tenido en los últimos tres meses? (puede marcar más de una opción).

Uso del condón (pasado, presente)

- a) **Omisión del condón en alguna relación sexual con su pareja**

estable: Definida como la omisión del uso de condón (masculino o femenino) en alguna relación sexual del tipo oral, anal o vaginal con su pareja estable.

❖ ¿En **ALGUNA** relación sexual con su pareja estable **NO** utilizó condón?

b) **Uso del condón en la última relación sexual con su pareja estable:**

Definida como la omisión del uso de condón (masculino o femenino) considerando únicamente la última relación sexual del tipo oral, anal o vaginal con su pareja estable.

❖ En su **ÚLTIMA** relación sexual con su pareja actual estable, ¿utilizó condón (ya sea, masculino o femenino)?

c) **Omisión del condón en la última relación sexual con su pareja casual:**

Definida como la omisión del uso de condón (masculino o femenino) considerando únicamente la última relación sexual del tipo oral, anal o vaginal con su pareja casual.

❖ Si ha tenido relaciones sexuales con parejas casuales, en su **ÚLTIMA** relación con su pareja casual ¿utilizó condón (masculino o femenino)?

d) **Razones para NO uso de condón:** Si existe a precepción del paciente alguna razón en particular para la omisión del condón masculino o femenino de entre las opciones que se le ofrecen, “no tenía uno a la mano”, “sentí pena de pedirle que usáramos condón”, “ambos vivimos con VIH”, “no se siente lo mismo”, “mi pareja no quiso”, “queremos tener un bebé” o se le ofrecía la opción “otras” si el paciente considera que tiene otras razones para omitir el uso del preservativo masculino o femenino diferentes a las mencionadas en las opciones (Sears, Cabrera-Rodriguez, Ortiz-Mejia, Anderson &

Stein 2008).

- ❖ ¿Existe alguna razón en particular por la cuál no utiliza el condón?

e) **Omisión del condón debido a carga viral baja:** de acuerdo a Joseph, Flores, Parsons & Purcell (2010) la carga viral baja puede estar relacionada con conductas de riesgo como la omisión del uso del condón debido a que se piensa que el riesgo de transmisión de VIH es bajo.

En este estudio se busca evaluar si dicha creencia se relaciona con el uso inconsistente del condón y quedó definido de manera operacional como la omisión del condón (masculino o femenino) en alguna relación sexual del tipo oral, anal o vaginal con su pareja estable, debido a que alguno de los dos tenía carga viral baja en ese momento.

- ❖ ¿Alguna vez ha omitido el uso del condón porque usted tenía una carga viral indetectable?

- ❖ ¿Alguna vez ha omitido el uso del condón porque **SU PAREJA** tenía una carga viral indetectable?

Revelación del diagnóstico

f) **Revelación del diagnóstico:** Edwards-Jackson et al., (2012) y Sears, Cabrera-Rodriguez, Ortiz-Mejia, Anderson & Stein (2008) consideran como revelación del diagnóstico el haber compartido dicha información con su pareja antes de tener relaciones.

- ❖ La última vez que tuvo relaciones sexuales, ¿su pareja sabía del diagnóstico de VIH de usted?

Estigma

a) **Estigma:** De acuerdo a Berger, Ferrans, Lashley (2001) existen cuatro dominios relacionados al estigma y VIH, los cuales son

estigma representado, definido como experiencias de discriminación debidas al VIH; preocupaciones relacionadas a la revelación del diagnóstico; autoimagen negativa y preocupación hacia actitudes relacionadas al VIH.

Para este estudio, se retomaron solo algunos de los ítems que presenta la escala para medir estigma en personas que viven con VIH validada en población mexicana (Pérez, 2012).

En este estudio se consideró presencia de estigma Si el paciente no había compartido su diagnóstico por alguna de las razones que se mencionan

- ❖ En caso de no haber compartido su diagnóstico con nadie además de su doctor mencione las razones por las cuales no lo ha hecho. Puede marcar más de una opción (temor al rechazo y/o discriminación de las personas, temor al abandono de mi pareja, temor a ser abandonado por mi familia, temor a ser estigmatizado, temor a perder mi trabajo, temor a sufrir violencia).

Consumo de alcohol y drogas

- a) **Consumo de alcohol y omisión del uso de condón:** Raj, Cheng, Levison, Meli & Samet (2006) Evalúan el consumo de alcohol de los participantes en los últimos 30 días; en este estudio se buscó ser más concreto entre la relación de omisión del uso de condón y el consumo de sustancias. Por lo que el reactivo utilizado pregunta por la última omisión del uso del condón y si se había consumido algún tipo de droga o alcohol antes de tener relaciones.

- ❖ La última vez que tuvo sexo sin condón, ¿había consumido alcohol previamente?
- ❖ La última vez que tuvo sexo sin condón, ¿había consumido algún tipo de droga previamente?

Historia de compra- venta de sexo

a) **Historia de compra venta de sexo:** Raj, Cheng, Levison, Meli & Samet (2006) evalúan si el participante ha dado o recibido sexo a cambio de dinero o drogas a través de las preguntas si alguna vez había recibido o dado dinero o drogas a cambio de sexo.

Para el presente estudio se incluyó un reactivo que evaluara si el participante alguna vez había dado o recibido sexo a cambio de bienes materiales y si había ejercido la prostitución como servicio remunerado.

- ❖ ¿Alguna vez usted ha dado y/o recibido dinero a cambio de sexo?
- ❖ ¿Alguna vez usted ha dado y/o recibido drogas a cambio de sexo?
- ❖ ¿Alguna vez usted ha dado y/o recibido bienes materiales (regalos) a cambio de sexo?
- ❖ ¿Alguna vez se ha dedicado alguna vez al sexo servicio como ocupación remunerada?

Creencias e información acerca del VIH

a) **Creencias e información acerca del VIH:** La veracidad de la información que posee el paciente acerca de su tratamiento y las creencias que pueda tener acerca del uso del condón y prácticas de riesgo.

- ❖ Las siguientes 4 afirmaciones se respondían en escala

Likert de 4 puntos, que va desde totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo:

- ❖ “Tener carga viral baja o indetectable reduce el riesgo de transmisión del VIH”
- ❖ “Puedo tener relaciones sexuales sin condón porque tengo carga viral baja”
- ❖ “Una carga viral indetectable significa que el VIH no puede ser detectado en semen”
- ❖ “Si mi pareja me dice que su estatus de VIH es igual al mío, ¿es más probable que tenga relaciones sexuales sin condón?”
- ❖ “Si mi pareja me dice que su estatus de VIH es igual al mío, ¿me preocupo menos por el VIH (reinfección, enfermedades de transmisión sexual)?”
- ❖ “Si tengo relaciones sexuales orales con una persona que vive con VIH ¿es más probable que tengamos sexo oral sin condón?”
- ❖ “Si tengo relaciones sexuales sin condón y mi pareja se retira antes de eyacular es menos probable que adquiriera el VIH o una reinfección”
- ❖ “Si mi pareja siempre tiene el papel de ser insertivo es menos probable que adquiriera el VIH o que se reinfecte”.

Presencia de Infecciones Transmisión Sexual (ITS)

- a) **Presencia de infecciones de transmisión sexual.** Bachman et al., (2005), evalúa la historia de ITS, pero dentro de dicho estudio la evaluación se realiza a través de estudios de laboratorio.

En este estudio, para evaluar la presencia de ITS se le preguntó al participante si había padecido una ITS **después** de haber recibido el diagnóstico de VIH.

- ❖ ¿Ha padecido alguna Infección de transmisión sexual después de haber recibido el diagnóstico de VIH?

Instrumentos

Debido a la naturaleza de este estudio fue necesaria la creación de un instrumento “ex profeso” para poder medir las variables de interés, esto debido a que aún no hay un instrumento que considere todas las variables que se pretenden medir en este estudio y porque de manera general no hay un “gold standard” para medir el uso inconsistente del condón.

1. Ficha de identificación y variables clínicas: edad, sexo, nivel educativo, nivel socioeconómico, pareja estable y/o casual , tiempo con la infección (años), factor de riesgo de transmisión, tiempo desde la notificación del diagnóstico de VIH a la actualidad, carga viral, cuenta linfocitaria CD4+ actual
2. Cuestionario ex profeso diseñado para evaluar las variables de interés del presente estudio, “*Factores asociados al uso inconsistente del condón, FAUIC*” con 61 reactivos que evalúan distintos factores como tipo de conducta sexual, tener pareja estable, uso de alcohol y drogas, compra-venta de sexo, estigma, creencias con relación al VIH. Los ítems son en su mayoría dicotómicos aunque también existen preguntas abiertas y preguntas con varias opciones de respuesta (anexo III).

Análisis estadístico

Se analizaron los datos sociodemográficos por medio de estadística descriptiva, se utilizaron frecuencias y porcentajes para las variables

categorías y medias y desviaciones para los datos de variables continuas. Debido a que los datos son dicotómicos o categoriales y por tanto, excluyentes, para comparar las proporciones de respuesta se utilizó la prueba Chi-cuadrado o prueba exacta de Fisher si el número de observaciones era pequeño. Finalmente, se realizaron regresiones logísticas y múltiples (análisis univariados y multivariados) dado que los datos son dicotómicos, para identificar los factores de riesgo asociados a la variable uso inconsistente del condón. El grado de significancia (probabilidad asociada) adoptado tuvo un valor de .05 para que pueda considerarse como estadísticamente significativo.

Procedimiento

Se asignaron de 5 a 10 pacientes diarios de la consulta externa de VIH de Infectología (martes y viernes) que cubrieran criterios de inclusión, a los cuales se les solicitó su participación en el estudio, a los pacientes se les entregó una carta consentimiento, la cual era leída por ellos y en caso de aceptar firmaban la misma (anexo I y II).

Para la fase de piloteo del cuestionario se aplicó a diez pacientes que viven con VIH y que participan en el grupo de apoyo que brinda la clínica; para la caracterización de la población se requirió una $N=260$. La fórmula que fue utilizada para determinar el tamaño de la N fue multiplicar 20 sujetos por cada variable predictora, en este caso hay 8 variables, por lo tanto dan un total de 160, pero dicha N se aumentó a 260 para tener un mayor poder estadístico.

Resultados.

De manera general, en el presente protocolo de investigación las variables que fueron evaluadas para determinar su relación con respecto al uso inconsistente del condón fueron agrupadas en categorías, las cuales fueron propuestas en la metodología. Dichas categorías se enlistan nuevamente a continuación:

- Historia sexual del paciente
- Uso del condón (pasado, presente)
- Actividad sexual reciente (últimos tres meses)
- Consumo de alcohol y drogas
- Historia de compra-venta de sexo
- Estigma respecto del VIH
- Creencias e información erróneas acerca del VIH
- Revelación del diagnóstico
- Presencia de infecciones de transmisión sexual (ITS)

Algunas de las categorías antes mencionadas están constituidas por un conjunto de preguntas relativas a un solo tema. Por ejemplo, para evaluar la categoría de “estigma” hubo seis opciones diferentes para responder si el participante percibía o no estigma. Si el participante marcaba alguna de estas opciones como “Sí” entonces se le asignaba el número “1” para indicar la presencia de estigma en este caso.

Este procedimiento se realizó con la finalidad de dicotomizar las respuestas de los participantes y fue llevado a cabo en las categorías de “Creencias e información erróneas acerca del VIH”, “Historia de compra venta de sexo” y “Uso del condón pasado, presente”.

Las categorías de “Historia sexual del paciente” y “Actividad sexual (reciente)” no pudieron dicotomizarse como los ejemplos anteriores, ya que la naturaleza de los datos no lo permite.

A continuación se presentan de manera gráfica algunas de las frecuencias de respuesta para las variables relacionadas al uso inconsistente del condón, en la tabla 6 se muestra a detalle todas las variables y sus frecuencias de distribución.

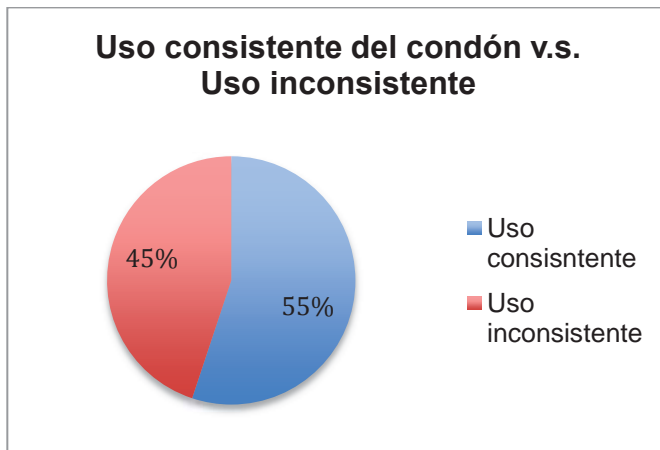


Figura 1. Porcentaje de participantes (n=245) con uso consistente del condón (n=135) y con uso inconsistente (n=110)

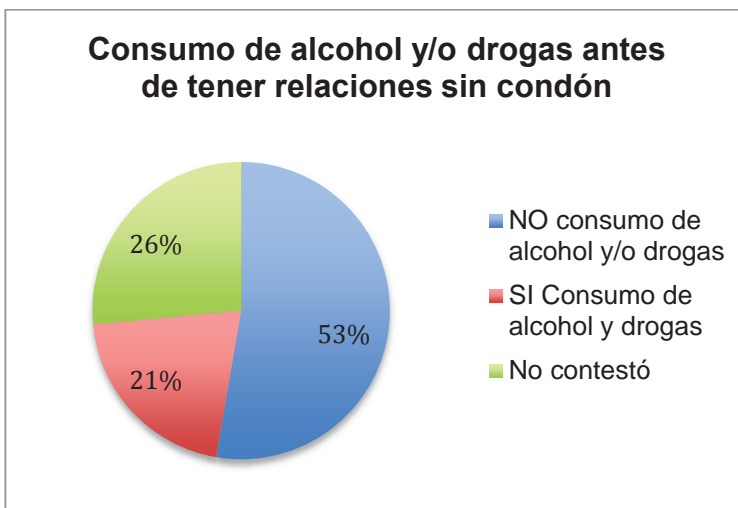


Figura 2. Porcentaje de participantes que no consumieron alcohol y/o drogas antes de tener relaciones sin condón (n= 129), participantes que sí consumieron alcohol y/o drogas antes de tener relaciones sin condón (n= 51) y participantes que no contestaron (n=65).



Figura 3. Porcentaje de los participantes que han tenido historia de compra-venta de sexo (n=47), pacientes que no reportan historia de compra-venta de sexo (n=196) y participantes que no contestaron (n=2).

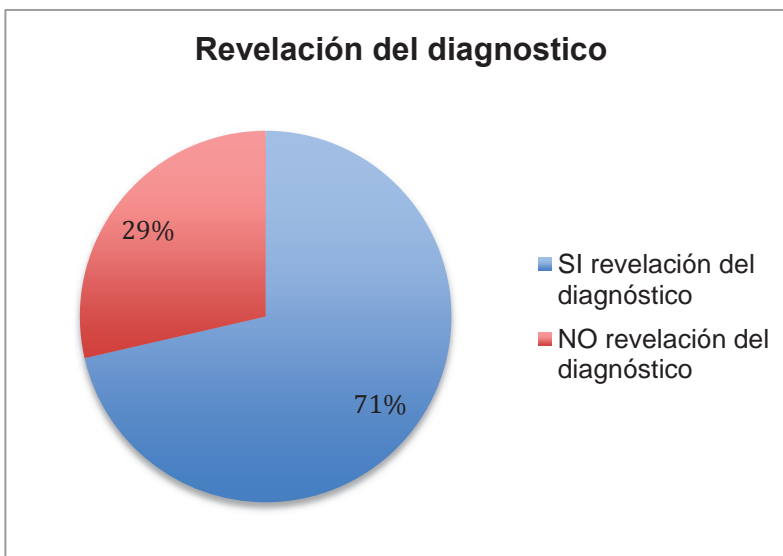


Figura 4. Porcentaje de los participantes que revelaron su diagnóstico con su diagnóstico con su última pareja sexual (n=175) y pacientes que no compartieron su diagnóstico (n=70).

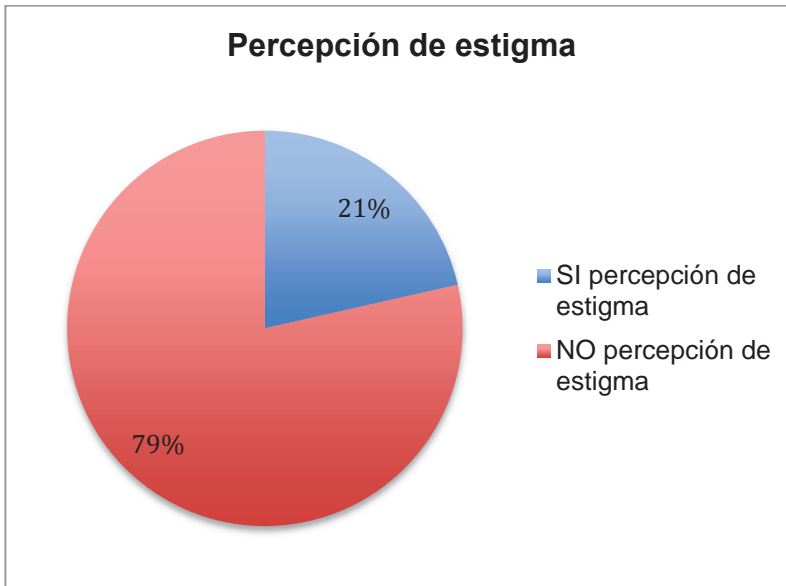


Figura 5. Porcentaje de participantes que reportaron sentir de alguna manera estigma (n=52) y que no reportaron ninguna forma de estigma (n=190).

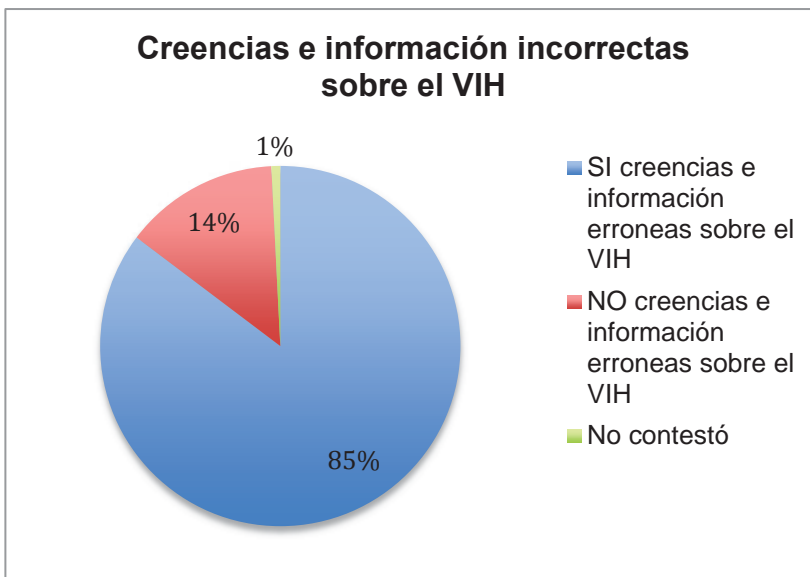


Figura 6. Porcentaje de participantes que tienen creencias e información erróneas acerca del VIH (n=209), participantes que no reportaron ninguna (n= 34) y participantes que no contestaron (n=2).

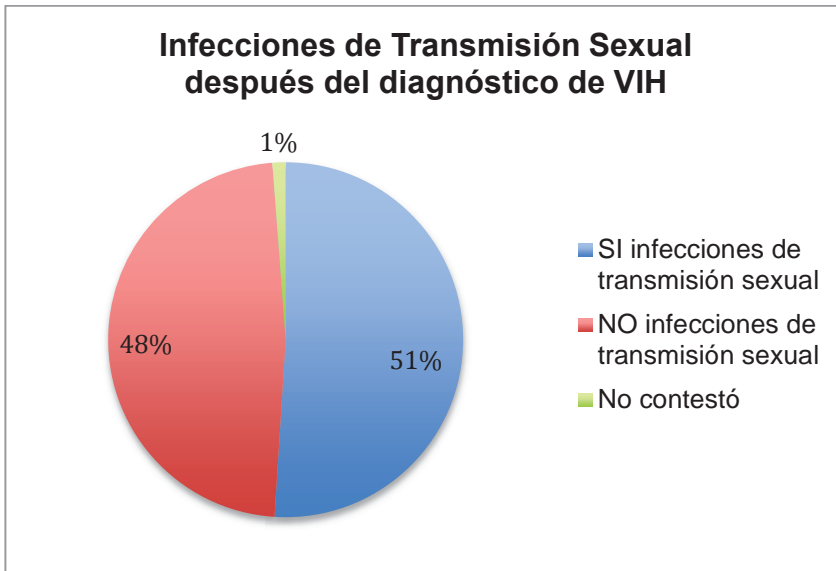


Figura 7. Porcentaje de pacientes que presentaron una infección de transmisión sexual después de recibir el diagnóstico de VIH (n=125), pacientes que no han tenido ninguna infección después del diagnóstico de VIH (n=117) y participantes que no contestaron (n=3).

Tabla 6.

Frecuencia de respuestas de las variables posiblemente asociadas al uso inconsistente del condón (n=245)

PRÁCTICAS SEXUALES (últimos tres meses)	Frecuencias y porcentajes
1. Uso inconsistente del condón ³	
• Uso inconsistente	110(44.9%)
• Uso consistente	135 (55.1%)
2. Pareja estable (últimos 3 meses) ⁴	
• Sí	157 (64.1%)
• No	88 (35.9%)
➤ Estatus de la pareja actual	
• VIH+	61 (24.9%)
• VIH-	83 (33.9%)
• Desconozco su estatus serológico	22 (9.0%)
• No aplica (no tiene pareja estable)	79 (32.2%)
3. “¿Ha tenido parejas casuales en los últimos tres meses?” ⁴	
• Sí	111 (45.3%)
• No	133 (54.3%)
• No contestaron	1 (.4%)
➤ Estatus de la pareja casual	
• VIH+	28 (11.4%)
• VIH-	26 (10.6%)
• Desconozco su estatus serológico	115 (46.9%)
• No aplica (no tiene parejas casuales)	76(31.0%)
4. Tipo de contacto sexual en los últimos tres meses	

³ Para propósitos de este estudio y con base en la revisión de la literatura de investigación, la definición de “uso inconsistente del condón” se realizó a partir de las siguientes preguntas: en los últimos tres meses, frecuencia de relaciones sexuales, frecuencia del uso del condón, uso de condón con personas VIH-, con personas de estatus serológico desconocido y prácticas de riesgo como posición estratégica, interrupción del coito, y omisión del uso del condón con personas con el mismo estatus serológico. Se consideró como uso inconsistente del condón si el participante realizó alguna de las prácticas de riesgo, omitió el uso de condón con personas VIH- o de estatus serológico desconocido y si en “frecuencia del uso del condón” marcó una opción diferente a “siempre”.

⁴ Para consulta de las definiciones de “Pareja estable” y “Pareja casual” refiérase al apartado “Metodología”.

- Anal (receptivo) 49 (20%)
- Anal (insertivo) 54 (22.1%)
- Ambos roles 77 (31.4%)
- Ninguna de las anteriores 65 (26.5%)

- Vaginal 37 (15.1%)
- No tiene relaciones vaginales 208 (84.9%)
- Oral (activo) 32 (13.1%)
- Oral (pasivo) 37 (15.1%)
- Ambos roles 37 (15.1%)
- Ninguna de las anteriores 102 (41.6%)
- 74(30.2%)

5. ¿Ha elegido a alguna de sus parejas con base en su estatus serológico?

- Sí 12 (4.9%)
- No 231 (94.3%)
- No contestaron 2(.8%)

6. ¿Ha hecho uso del internet con la finalidad de encontrar posibles parejas que tengan su mismo estatus serológico?

- Sí 34 (13.9%)
- No 211 (86.1%)

USO DEL CONDÓN (pasado, presente)

¿Alguna vez ha omitido el uso del condón porque usted o su pareja tenían CV indetectable?

- Sí 43 (17.6%)
- No 201 (82.0%)
- No contestaron 1 (.4%)

CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS

La última vez que tuvo sexo sin condón, ¿había consumido previamente alcohol y/o drogas?

- Sí 51 (20.8%)
- No 129 (52.7%)
- No contestaron 65 (26.5%)

HISTORIA DE COMPRA-VENTA DE SEXO⁵

⁵ Si el participante respondió "sí" a alguna de las 4 preguntas referentes a compra venta de sexo. Para consulta de cuáles son el conjunto de preguntas relacionadas a "Historia de compra-venta de sexo" puede revisar el apartado de "Metodología".

- Sí 47 (19.2%)
- No 196 (80.0%)
- No contestaron 2 (.8%)

REVELACIÓN DEL DIAGNÓSTICO

La última vez que tuvo relaciones sexuales, ¿su pareja sabía del diagnóstico de VIH de usted?

- Sí 175 (71.4%)
- No 70 (28.6%)

ESTIGMA⁶

- Sí 52 (21.2%)
- No 190 (77.6%)
- No contestaron 3 (1.2%)

CREENCIAS E INFORMACIÓN ERRONEAS ACERCA DEL VIH⁷

- Sí 209 (85.3%)
- No 34 (13.9%)
- No contestaron 2(.8%)

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

¿Ha padecido alguna ITS después del diagnóstico de VIH?

- Sí 125 (51.0%)
 - No 117 (47.8%)
 - No contestaron 3 (1.2%)
-

Para evaluar el grado de asociación que pueden tener las variables que se presume que tienen una relación con el uso inconsistente del condón se realizaron pruebas de Chi-cuadrado y su significancia para cada una de las asociaciones propuestas. Los resultados se muestran en la tabla 7 y se presentan agrupadas las categorías de: historia sexual del paciente, actividad sexual “reciente” (3 meses), uso del condón (presente, pasado), consumo de alcohol y/o

⁶ Si el participante respondió “sí” a una de las 6 preguntas referentes a estigma. Para consulta de cuáles son el conjunto de preguntas relacionadas “Estigma” puede revisar el apartado de “Metodología”

⁷ Si el participante respondió “sí” a alguna de las 8 preguntas referentes a creencias e información acerca del VIH. Para consulta de cuáles son el conjunto de preguntas relacionadas “Creencias e información acerca del VIH” puede revisar el apartado de “Metodología”

drogas, historia de compra-venta de sexo, estigma, creencias e información erróneas sobre el VIH, revelación del diagnóstico y presencia de ITS.

Las asociaciones que mostraron una probabilidad asociada $<.05$ fueron: número de parejas sexuales en toda la vida, tener pareja casual, estatus serológico de la pareja casual, uso de internet con la finalidad de encontrar posibles parejas con el mismo estatus serológico, omisión del uso del condón debido a carga viral baja, consumo del alcohol y/o drogas, historia de compra-venta de sexo, información y creencias erróneas relacionadas al VIH y presencia de infecciones de transmisión sexual.

Para la pregunta “Elige a sus parejas con base en su estatus serológico” los datos no muestran variabilidad y la distribución queda anulada para una de las casillas, por lo tanto esta pregunta no fue considerada para evaluaciones posteriores. Es importante mencionar que es necesario que haya un mínimo de 5 observaciones en cada una de las distribuciones para que se pueda realizar una prueba Chi-cuadrado.

En los casos en los cuales los números de observaciones eran pequeños para alguna de las casillas se procedió a emplear el estadístico exacto de Fisher.

Tabla 7

Categorías asociadas al uso inconsistente del condón (n=245)				
Categorías	Uso consistente del condón (n=135)	Uso inconsistente del condón (n=110)	Pearson Chi2	p
Historia sexual del paciente				
1. Género de las parejas sexuales			1.19	.755
• Hombres exclusivamente	107	90		
• Mujeres exclusivamente	20	16		
• Transgénero	1	0		
• Ambos sexos	7	4		
2. Número de parejas sexuales en toda la vida			19.41	.002
• De 1 a 5				
• De 6 a 10	35	15		
• De 11 a 20	27	12		
• De 21 a 30	23	11		
• De 31 a 40	12	18		
• Más de 40	7	5		
• No contestaron	30	47		
3. Inicio de vida sexual activa	18.48	16.40	31.22	.070
Actividad sexual del paciente				
1. Pareja estable			1.44	.229
• Sí	91	66		
• No	44	44		
2. Estatus de la pareja estable			5.89	.117
• VIH+	29	32		
• VIH-	52	31		
• Desconocido	15	7		
• No tiene pareja estable	39	40		
3. "¿Ha tenido parejas casuales en los últimos tres meses?"			10.30	0.001
• Sí	49	62		
• No	86	47		

	• No contestaron		1		
4.	Estatus de la pareja casual			8.95	0.030
	• VIH+				
	• VIH-	9	19		
	• Desconocido	13	13		
	• No tiene pareja casual	64	51		
		49	27		
5.	Relaciones de tipo anal			2.72	.436
	• Anales receptivo	28	21		
	• Anales insertivo	30	24		
	• Ambos roles	37	40		
	• Ninguno de los dos	40	25		
	Relaciones de tipo vaginal				
	• Sí				
	• No	22	15	.334	.563
	Relaciones de tipo oral	113	95		
	• Oral activo				
	• Oral pasivo	21	11	10.65	.014
	• Ambos roles	13	24		
	• Ninguno de los dos	53	49		
		48	26		
6.	Elige a sus parejas con base en su estatus serológico			Fisher's exact = 15.26	.000
	• Sí	0	12		
	• No	133	98		
	• No contestaron	2			
7.	Utiliza el internet para encontrar posibles parejas con su mismo estatus			Fisher's exact = 22.38	.000
	• Sí				
	• No	6	28		
		129	82		
Uso del condón (pasado, presente)					
1.	Omisión del condón debido a que tenía CV indetectable (algún miembro de la pareja)			Fisher's exact = 6.61	.010
	• Sí	16	27		
	• No	118	83		
	• No contestaron	1			

Consumo de alcohol y drogas				
1. ¿La última vez que tuvo sexo sin condón había consumido alcohol previamente?			19.31	0.000
• Sí	10	41		
• No	72	57		
• No contestaron	53	12		
Historia de compra venta de sexo				
1. ¿Alguna vez ha dado y/o recibido dinero, drogas o bienes materiales a cambio de sexo?			5.40	0.020
• Sí				
• No	19	28		
• No contestaron	116	80		
		2		
Estigma				
1. Haber marcado a una de las opciones de estigma			2.07	0.150
• Sí				
• No	24	28		
• No contestaron	109	81		
	2	1		
Creencias e información				
1. Tener creencias o información errónea acerca del VIH			5.63	0.018
• Sí (información errónea)	108	101		
• No	25	9		
• No contestaron	2			
Revelación				
1. La última vez que tuvo relaciones sexuales ¿su pareja sabía del diagnóstico de VIH de usted?			.026	.871
• Sí	97	78		
• No	38	32		
Presencia de Infecciones de Transmisión Sexual después del diagnóstico de VIH				
• Sí	49	68		

• No	86	39		
• No contestaron		3	17.75	.000

Con el fin de calcular qué tan probable es que se presente el uso inconsistente del condón con respecto a alguna variable en particular se realizaron los análisis univariados, en los cuales se contrastó una a una las posibles categorías que pudieran estar relacionadas con el uso inconsistente del condón. Para este análisis se consideraron como significativas aquellas variables que fueran $<.10$.

En la tabla 8 se pueden ver tanto los análisis univariados (en la columna de “No ajustado”), como los análisis multivariados (columna “Ajustado”), esto con la finalidad de comparar aquellas variables que en los análisis univariados fueron significativas y en los multivariados no lo son.

De todo el conjunto de variables que podrían estar relacionadas al uso inconsistente del condón propuestas en este estudio, las únicas que cumplieron en el criterio de ser menores a $<.10$ en los análisis univariados fueron: edad (OR, .99; IC 95% .98- 1.00); inicio de vida sexual activa (OR, .98; IC 95% .96-.99); género de las parejas con las cuales suele tener relaciones (OR, .85; IC 95% .71-1.02); tener pareja estable (OR, .71; IC 95% .52-.98); el estatus serológico de la pareja casual (OR, .90; IC 95% .83-.95); relaciones de tipo oral (OR, .92; IC 95% .85-1.00); uso de internet para encontrar posibles parejas con su mismo estatus serológico (OR, 4.6; IC 95% 1.93-11.27); consumo de alcohol y/o drogas (OR, 4.1; IC 95% 2.05- 8.18); infecciones de transmisión sexual (OR, 1.38; IC 95% .96- 2.00) ;omisión del condón debido a carga viral baja de alguno de los miembros de la pareja (OR, 7.6; IC 95% 2.99-19.30).

Los datos de los análisis univariados (no ajustados) y multivariados (ajustados) se muestran en la tabla 8. Para el modelo multivariado sólo se consideraron como significativos, aquellas variables con valor $p<.05$

Tabla 8.
Factores asociados al uso inconsistente del condón (n=245)

	UCC ⁸ n =135	UIC ⁹ n=110	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)*
Variables				
Edad	39.03	38.54	.99(.98-1.00)*	1.00 (.96-1.04)
IVSA	18.48	16.40	.98 (.96- .99)□*	.89 (.81-.98)*
Género de las parejas sexuales con las que suele tener relaciones			.85 (.71-1.02)	1.15 (.65-2.04)
• Exclusivamente Hombres	107	90		
• Exclusivamente Mujeres	20	16		
• Transgénero	1	0		
• Ambos sexos	7	4		
Pareja sexual estable			.71 (.52-.98)*	1.93 (.81-4.62)□
• No	44	44		
• Sí	91	66		
Estatus serológico de la pareja casual			.90 (.83-.95)*	.80 (.54-1.20)
• VIH+	9	19		
• VIH-	13	12		
• Desconocido	64	51		
• No tiene pareja				

⁸ Uso consistente del condón (UCC)

⁹ Uso Inconsistente del condón (UIC)

casual	49	28		
Relaciones de tipo oral			.92 (.85-1.00) §	1.15 (.78-1.69)
• No	48	26		
• Sí	87	84		
Uso de internet para encontrar posibles parejas con el mismo estatus serológico			4.6 (1.93-11.27)*	3.77 (1.05-13.55)□*
• No	129	82		
• Sí	6	28		
Consumo de alcohol y sustancias			4.1 (2.05-8.18)*	7.64 (2.82-20.67)□*
• No	72	57		
• Sí	10	41		
• No contestaron	53	12		
Omisión del condón debido a CV baja (alguno de los miembros de la pareja)				
• No				
• Sí	129	73	7.6 (2.99-19.30)*	9.66 (3.01-30.99)*
• No contestaron	5	37		
	1			
Infecciones de transmisión sexual			1.38(.96-2.00)□*	2.43 (1.10-5.32)□*
• No	86	39		
• Sí	49	68		
• No contestaron		3		

*<.05

§=<.10

A pesar de que en los análisis univariados, muchas variables se relacionaban con el uso inconsistente del condón, en los análisis multivariados las únicas variables que mostraron un impacto en el uso inconsistente del condón fueron: consumo de alcohol y/o drogas (OR, 7.64; IC 95% 2.82-20.67); padecer una ITS después del diagnóstico de VIH (OR, 2.43; IC 95% 1.10-5.32); el uso de internet para encontrar parejas con el mismo estatus serológico (OR, 3.77; IC 95% 1.05-13.55); inicio de vida sexual activa (OR, .89; IC 95% .81-.98); la omisión del condón debido a una carga viral baja del participante o de su pareja (OR, 9.66; IC 95% 3.01-30.99).

Discusión

El principal objetivo de esta investigación fue identificar los factores asociados al uso inconsistente del condón en población mexicana que vive con VIH; de manera secundaria se buscó caracterizar a la población de acuerdo a variables clínicas como conteo de células CD4+, carga viral y evaluar si el factor revelación del diagnóstico tuvo relación con el uso inconsistente del condón.

Las variables que en este estudio estuvieron asociadas con el uso inconsistente del condón fueron: consumo de alcohol y/o drogas, presencia de infecciones de transmisión sexual después del diagnóstico de VIH, uso de Internet para encontrar posibles parejas con el mismo estatus serológico y la omisión del condón debido a que alguno de los dos miembros de la pareja tenía carga viral baja; como factor protector, inicio de vida sexual activa.

En este estudio, la variable consumo de alcohol y drogas estuvo relacionada al uso inconsistente del condón, incrementando en 2.42 veces el riesgo de usar de manera inconsistente el condón cuando se ha consumido alcohol y/o drogas antes de tener relaciones sexuales.

Se sugiere que los pacientes con consumo de sustancias de manera regular son un grupo al que se le debe de dar especial atención, ya que su consumo de sustancias se relaciona con conductas sexuales de riesgo como es el uso inconsistente del condón

De manera general, se ha sugerido que el consumo de alcohol y/o drogas previo a la actividad sexual puede afectar el juicio y la capacidad en la toma de decisiones, lo cual se ve reflejado en el uso inconsistente del condón y la aparición de otras conductas de riesgo (Ehrenstein, Horton & Samet, 2004; Bachman et al., 2005; Lurie et al., 2008; Sears, Cabrera-Rodriguez, Ortiz-Mejia, Anderson, & Stein, 2008; Valverde et al., 2009).

La presencia de infecciones de transmisión sexual también estuvo asociada en 2.43 veces al uso inconsistente del condón; en este estudio, la pregunta que realizamos para evaluar la relación entre ITS y uso inconsistente del condón hizo mención de “haberla padecido **después** del diagnóstico”, lo cual puede señalar que aún después de haber sido diagnosticados con VIH la presencia de medidas precautorias para evitar una reinfección con una cepa más resistente o padecer una ITS siguen siendo ausentes o irregulares.

La presencia de ITS también ha sido asociada a con conductas sexuales de riesgo como “*Bareback*”, el cual consiste en la búsqueda intencionada de relaciones sexuales sin protección (Shernoff, 2006; Dubois-Arbe, Jeannin, Lociciro & Balthasar, 2012) y uso de Internet para búsqueda de posibles parejas sexuales .

La omisión del uso del condón debida a la carga viral baja de alguno de los miembros de la pareja también tuvo relación con el uso inconsistente del condón, aumentando en 9.42 veces la probabilidad de omisión del condón.

Desde la aparición de la Terapia Antiretroviral Altamente Activa se ha asociado la idea de que carga viral baja reduce el riesgo de transmisión del VIH, con lo cual se han vuelto a presentar conductas de riesgo como el uso inconsistente del condón o estrategias como “*serosorting*”, término que se utiliza para denominar a la búsqueda de posibles parejas sexuales con el mismo estatus serológico para tener relaciones sin el uso del condón; “*seropositioning*” que consiste en elegir roles sexuales según el estatus de VIH, si se es VIH- se adopta el rol insertivo, si se es VIH+ se adopta el rol receptivo; o interrupción del coito que buscan disminuir el riesgo de una reinfección, la

adquisición de alguna ITS o la transmisión del virus. Estas conductas podrían estarse presentando debido a la idea de que una menor carga viral reduce el riesgo de transmisión del virus y, por lo tanto, podría estar siendo visto como una oportunidad para “relajar” los cuidados con respecto al VIH.

El uso de Internet para buscar posibles parejas con su mismo estatus serológico estuvo asociado con una mayor probabilidad de uso inconsistente del condón, aumentando dicha probabilidad en 3.77 veces.

Internet presenta la ventaja de hacer más fácil la revelación del estatus serológico tanto de los pacientes como el de las posibles parejas con las cuales se planea tener un encuentro. La facilidad con la que se puede llevar a cabo la revelación del estatus serológico se debe a que en muchos casos se puede hacer de manera anónima, con lo cual la percepción de estigma se ve fuertemente reducida y la búsqueda de una potencial pareja sexual se facilita.

Las prácticas de “*Serosorting*” se han asociado fuertemente al uso de Internet y de manera de general a población VIH+ que busca tener relaciones sexuales sin protección o “*bareback*” (Locicero, Jeannin & Dubois-Arber, 2013). Este fenómeno tiende a ser más común en población joven y los resultados son consistentes con los reportados en la literatura. (Carballo-Diéguez, Miner, Dolezal, Rosser & Jacoby, 2006; Grov, DeBusk, Bimbi, Golub, Nanin, Parsons, 2007; Berg 2009)

Finalmente, en este estudio, el inicio de vida sexual activa tiene un efecto protector con relación al uso inconsistente del condón; lo que podría traducirse en que no necesariamente un inicio de vida sexual

temprano se traduce en más conductas de riesgo como normalmente plantea la literatura o algunos medios.

En conjunto, la información que se tiene con respecto a esta variable y el efecto que tiene sobre el uso inconsistente del condón a lo largo de la vida aún no está del todo claro, debido a en que la literatura normalmente se asocia el inicio de vida sexual activa a mayores conductas sexuales de riesgo como el uso inconsistente del condón, (Baldwin, Shrestha, Potrepka & Copenhaver, 2013).

Sin embargo, en otros artículos dicha relación no se ha encontrado, es decir, el uso inconsistente del condón es independiente al inicio de vida sexual activa (De Carvalho et al., 2006; Outlaw, 2011) y en otros estudios también se ha encontrado como factor protector (Cheung, Suharlim, Guadamuz, Lim, Koe & Wei, 2014).

El presente estudio evaluó varias de las variables que se han propuesto anteriormente para explicar el uso inconsistente del condón de manera conjunta. A pesar de que algunas de estas variables han sido frecuentemente reportadas como factores asociados el uso inconsistente del condón, en este estudio no mostraron tener dicha relevancia, como tener pareja estable, presencia de estigma, revelación del diagnóstico, historia de compra venta de sexo. Es importante señalar que la población con la que se trabaja en los estudios citados anteriormente difiere en varios aspectos de la población con la cual se realizó este estudio.

Se esperaba que otras variables también tuvieran una relación con el uso inconsistente del condón, sin embargo, no tuvieron una asociación significativa y fueron: historia de compra-venta de sexo (Raj, Cheng, Levison, Meli & Samet, 2006), creencias e información erróneas relacionadas al VIH (Joseph, Flores, Parsons & Purcell, 2010), tener pareja estable y/o casual así como el estatus serológico de las

mismas (Bachman et al., 2005; Lurie et al., 2008), percepción de estigma y revelación (Raj, Cheng, Levison, Meli & Samet, 2006).

Estas diferencias pueden explicarse debido a la composición misma del estudio, en este sentido, el presente trabajo evalúa todas las variables ya mencionadas como un conjunto y en los estudios revisados con respecto al uso inconsistente del condón sólo se evalúan algunas de ellas. Posiblemente, los factores que se mencionan en otros estudios se vean afectadas si en el mismo análisis se añaden otras variables de las cuales también se presume tienen relación con el uso inconsistente del condón.

Otro factor que se debe de considerar al evaluar las diferencias entre resultados es el tipo de mediciones que se realiza. Como se mencionó al inicio del estudio, no existe un *gold standard* para medir el uso del condón y esto puede crear diferencias entre los resultados encontrados en otros estudios y el presente.

Finalmente, es importante mencionar que los estudios citados provienen de diferentes países, no solo artículos realizados con población americana, sino de otras regiones y es altamente probable que los factores que se identifican como relevantes en este estudio difieran de otros realizados en otras regiones.

Conclusiones

Partiendo de la información proporcionada por el presente estudio, las intervenciones que se pueden crear dentro de la prevención secundaria pueden estar orientadas a una disminución o control de adicciones o de consumo frecuente de alcohol y/o drogas, ya que este patrón de conductas aumenta la posibilidad de un uso inconsistente.

De acuerdo a los datos de este estudio, una de las razones por la que los pacientes omiten el uso del condón es que tienen carga viral

baja. Las intervenciones que se puedan crear para disminuir el uso inconsistente del condón pueden hacer énfasis en que el riesgo de adquirir una infección de transmisión sexual aún está presente y que en dado caso de presentarse puede dañar la calidad de vida del paciente y de su pareja.

El presente estudio documentó que los pacientes que viven con VIH usan la Internet como medio para conocer potenciales parejas y tener relaciones omitiendo el uso del condón. En este sentido, si la Internet facilita tales interacciones, también podría facilitar la puesta en marcha de programas de acompañamiento en las cuales personas que viven con VIH promuevan estilos saludables de vida entre sus pares, esto incluyendo la promoción del uso consistente y correcto del condón o temas diversos relacionados a VIH.

Una de las razones por las cuales los pacientes con VIH recurren al uso de Internet para encontrar potenciales parejas sexuales es porque pueden revelar su estatus serológico desde el anonimato, es este mismo anonimato que proporciona la red el que puede jugar a favor en los programas de salud que busquen prevenir y controlar la transmisión del VIH.

Finalmente, los aportes de este estudio están focalizados en población mexicana, la cual difiere de las poblaciones en las cuales también se ha hecho investigación relacionada al uso inconsistente del condón. Los hallazgos en otras poblaciones no pueden ser tan extrapolables a la población mexicana y por lo tanto las intervenciones que se realicen deben de tomar en cuenta estudios como el presente para identificar y reducir las conductas problema.

Recomendaciones para estudios futuros.

Una primera recomendación es que futuros estudios cuenten con una muestra más grande y más representativa de la población. En este estudio la mayoría de los participantes contaban con altos grados de estudio. Con una población más representativa y elegida de manera aleatoria los datos podrían, en principio, ser más generalizables.

Futuras investigaciones se beneficiarían de considerar que tener medidas de autorreporte son susceptibles de tener sesgos de deseabilidad social, por lo tanto se recomienda usar medidas y/o controles sobre este potencial sesgo. En este estudio se hizo énfasis en el anonimato de la participación y la ausencia de respuestas buenas y malas para reducir esa posibilidad de contaminación.

Es de suma importancia mencionar que debido a la naturaleza correlacional del presente estudio no se pueden establecer relaciones causales, sino simplemente asociación entre variables.

Finalmente, los datos obtenidos por el estudio pueden servir para formular una propuesta de intervención con enfoque de prevención a nivel secundario que busque disminuir el número de nuevos casos o un número menor de infecciones de transmisión sexual. Bajo esta línea conviene mencionar que las propuestas hechas para prevención secundaria en población con VIH aún son escasas y podrían ser un amplio tema de investigación.

Referencias

- Abaynew, Y., Deribew, A., & Deribe, K. (2011). Factors associated with late presentation to HIV/AIDS care in South Wollo Zone Ethiopia: a case-control study. *AIDS research and therapy*, 8(1), 8. doi:10.1186/1742-6405-8-8
- Alfonso, J., López, P., Tapia, M. D., José, J., Togawa, C., & Robles, C. (2008). Asociación entre los niveles de estrés y depresión y la adhesión al tratamiento en personas seropositivas al VIH en Hermosillo, México, 23(6), 377-383.
- Bachmann, L. H., Grimley, D. M., Waithaka, Y., Desmond, R., Saag, M. S., & Hook, E. W. (2005). Sexually Transmitted Disease/HIV Transmission Risk Behaviors and Sexually Transmitted Disease Prevalence Among HIV-Positive Men Receiving Continuing Care. *Sexually Transmitted Diseases*, 32(1), 20-26. doi:10.1097/01.olq.0000148293.81774.e4
- Baldwin, P., Shrestha, R., Potrepka, J., & Copenhaver, M. (2013). The Age of Initiation of Drug Use and Sexual Behavior May Influence Subsequent HIV Risk Behavior: A Systematic Review. *Isrn Aids*, 2013, 976035. doi:10.1155/2013/976035
- Basu, S., Chwastiak, L. A., & Bruce, R. D. (2005). Clinical management of depression and anxiety in HIV-infected adults, (February), 2057-2067.
- Berg, R. C. (2009). Barebacking: a review of the literature. *Archives of sexual behavior*, 38(5), 754-64. doi:10.1007/s10508-008-9462-6
- Berger, B.E., Ferrans, C.E., Lashley, F.R. Measuring stigma in people with HIV: psychometric assessment of the HIV stigma scale. *Res Nurs Health*. 2001; 24: 518-529. PMID: 11746080
- Bhatia, R., Hartman, C., Kallen, M. a, Graham, J., & Giordano, T. P. (2011). Persons newly diagnosed with HIV infection are at high risk for depression and poor linkage to care: results from the Steps Study. *AIDS and behavior*, 15(6), 1161-70. doi:10.1007/s10461-010-9778-9
- Blackard, J. T., Cohen, D. E., & Mayer, K. H. (2002). Human immunodeficiency virus superinfection and recombination: current state of knowledge and potential clinical consequences. *Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America*, 34(8), 1108-14. doi:10.1086/339547
- Bock, C., & Lengauer, T. (2012). Managing drug resistance in cancer: lessons from HIV therapy. *Nature reviews. Cancer*, 12(7), 494-501. doi:10.1038/nrc3297
- Bonjour, M. A, Montagne, M., Zambrano, M., Molina, G., Lippuner, C., Wadskier, F. G., ... Tami, A. (2008). Determinants of late disease-stage presentation at

- diagnosis of HIV infection in Venezuela: a case-case comparison. *AIDS research and therapy*, 5, 6. doi:10.1186/1742-6405-5-6
- Carrobes, J. A., & Remor, E. (2003). Afrontamiento , apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH, *15*, 420–426.
- Centers for Disease Control and Prevention. Case definitions for infectious conditions under public health surveillance. *MMWR* 1997;46(No.RR-10).
- Centers for Disease Control and Prevention. Revision of the CDC Surveillance Case Definition for Acquired Immunodeficiency Syndrome. *MMWR*1987; 36 (suppl no. 1s)
- Centers for Disease Control and Prevention (2008), Revised Surveillance Case Definitions for HIV Infection Among Adults, Adolescents, and Children Aged <18 Months and for HIV Infection and AIDS Among Children Aged 18 Months to <13 Years --- United States, 2008.*Recommendations and Reports*. December 5, 2008 / 57(RR10);1-8. Recuperado de : <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5710a1.htm>
- Centers for Disease Control and Prevention (2014), HIV/ AIDS, transmission. Recuperado de: <http://www.cdc.gov/hiv/basics/transmission.html>
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA (2013). Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH / SIDA en México Registro Nacional de Casos de SIDA Actualización al 31 de marzo de 2013 (CENSIDA). Recuperado de: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN_1er_trimestre_2013.pdf
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA (2011). El VIH/SIDA en México 2011. Recuperado de: <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2011/vihsidaenmexico2011.pdf>
- Cheung, D. H., Suharlim, C., Guadamuz, T. E., Lim, S. H., Koe, S., & Wei, C. (2014). Earlier Anal Sexarche and Co-occurring Sexual Risk are Associated with Current HIV-Related Risk Behaviors Among an Online Sample of Men Who Have Sex with Men in Asia. *AIDS and Behavior*, 2423–2431. doi:10.1007/s10461-014-0821-0
- Crepaz, N., Hart, T. a, & Marks, G. (2004). Highly active antiretroviral therapy and sexual risk behavior: a meta-analytic review. *JAMA : The Journal of the American Medical Association*, 292(2), 224–236. doi:10.1001/jama.292.2.224
- Dal-Bó, M. J., Manoel, A. L., Filho, A. O. B., Silva, B. Q. T. Da, Cardoso, Y. S., Cortez, J., ... Silva, R. M. Da. (2013). Depressive Symptoms and Associated Factors among People Living with HIV/ AIDS. *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care*. doi:10.1177/2325957413494829
- De Carvalho, F. T., Neiva-Silva, L., Ramos, M. C., Evans, J., Koller, S. H., Piccinini, C. A., & Page-Shafer, K. (2006). Sexual and drug use risk behaviors among

- children and youth in street circumstances in Porto Alegre, Brazil. *AIDS and Behavior*, 10. doi:10.1007/s10461-006-9124-4
- Dubois-Arber, F., Jeannin, A., Locicero, S., & Balthasar, H. (2012). Risk reduction practices in men who have sex with men in Switzerland: serosorting, strategic positioning, and withdrawal before ejaculation. *Archives of Sexual Behavior*, 41(5), 1263–72. doi:10.1007/s10508-011-9868-4
- Edwards-Jackson, N., Phanuphak, N., Van Tieu, H., Chomchey, N., Teeratakulpisarn, N., Sathienthamawit, W., ... Ananworanich, J. (2012). HIV serostatus disclosure is not associated with safer sexual behavior among HIV-positive men who have sex with men (MSM) and their partners at risk for infection in Bangkok, Thailand. *AIDS research and therapy*, 9(1), 38. doi:10.1186/1742-6405-9-38
- Ehrenstein, V., Horton, N. J., & Samet, J. H. (2004). Inconsistent condom use among HIV-infected patients with alcohol problems. *Drug and Alcohol Dependence*, 73, 159–166. doi:10.1016/j.drugalcdep.2003.10.011
- Elford, J. (2006). Changing patterns of sexual behaviour in the era of highly active antiretroviral therapy. *Current Opinion in Infectious Diseases*, 19, 26–32. doi:10.1097/01.qco.0000199018.50451.e1
- Elford, J., Bolding, G., Davis, M., Sherr, L., & Hart, G. (2007). Barebacking among HIV-positive gay men in London. *Sexually transmitted diseases*, 34(2), 93–8. doi:10.1097/01.olq.0000223247.68174.f9
- Fonner, V. a, Kennedy, C. E., O'Reilly, K. R., & Sweat, M. D. (2013). Systematic Assessment of Condom Use Measurement in Evaluation of HIV Prevention Interventions: Need for Standardization of Measures. *AIDS and behavior*. doi:10.1007/s10461-013-0655-1
- Gatell, G.M., Clotet, B., Potzamczar, D., Miró, J. M., Mallolas, J., (1990). "Guía práctica del SIDA, clínica, diagnóstico y tratamiento. Séptima edición". Masson
- Graves, K. L., & Leigh, B. C. (1995). The relationship of substance use to sexual activity among young adults in the United States. *Family Planning Perspectives*, 27, 18–22, 33.
- Grov, C., DeBusk, J. a, Bimbi, D. S., Golub, S. a, Nanin, J. E., & Parsons, J. T. (2007). Barebacking, the Internet, and harm reduction: an intercept survey with gay and bisexual men in Los Angeles and New York City. *AIDS and Behavior*, 11(4), 527–36. doi:10.1007/s10461-007-9234-7
- Guimarães, M. D. C., Grinsztejn, B., Chin-Hong, P. V, Campos, L. N., Gomes, V. R., Melo, V. H., ... Palefsky, J. M. (2008). Behavior surveillance: prevalence and factors associated with high-risk sexual behavior among HIV-infected men in Brazil in the post-HAART era. *AIDS and Behavior*, 12(5), 741–7. doi:10.1007/s10461-008-9407-z
- Joseph, H. a, Flores, S. a, Parsons, J. T., & Purcell, D. W. (2010). Beliefs about transmission risk and vulnerability, treatment adherence, and sexual risk

- behavior among a sample of HIV-positive men who have sex with men. *AIDS Care*, 22(February 2015), 29–39. doi:10.1080/09540120903012627
- Halkitis, P. N., Parsons, J. T., & Stirratt, M. J. (2001). A double epidemic: Crystal methamphetamine use in relation to HIV transmission among gay men. *Journal of Homosexuality*, 41,17–35.
- Hernández S. R., Fernández C. C. & Baptista L. P. “Metodología de la investigación” Quinta edición. McGraw Hill, Perú (2010).
- Hotz, S., Kaptein, A., Pruitt, S., Sanchez-Sosa, J. J. & Willey, C. (2003). Behavioural mechanisms explaining adherence: What every health professional should know. In E. Sabate (Ed.) *Adherence to long term therapies: Evidence for action* (pp. 135-149). Geneva: World Health Organization.
- Huebner, D. M., & Gerend, M. a. (2001). The relation between beliefs about drug treatments for HIV and sexual risk behavior in gay and bisexual men. *Annals of Behavioral Medicine: A Publication of the Society of Behavioral Medicine*, 23, 304–312.
- INFOSIDA (2012) El VIH y el embarazo, Hoja informativa. Recuperado de: http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/elvihyembarazo_fs_sp.pdf
- Jin, M., Yang, Z., Dong, Z., & Han, J. (2013). Correlates of consistent condom use among men who have sex with men recruited through the Internet in Huzhou city : a cross-sectional survey.
- Joint United Nations Programme on HIV/Acquired Immune Deficiency Syndrome (2013) Global Report. Recuperado de: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/unaids_global_report_2013_en.pdf
- Kennedy C, Skurnick J, Wan J, et al. Psychological distress, drug and alcohol use as correlates of condom use in HIV-serodiscordant heterosexual couples. *AIDS*. 1993;7:1493–1499.
- Leserman, J., Jackson, E. D., Petitto, J. M., Golden, R. N., Silva, S. G., Perkins, D. O., Evans, D. L. (1999). Progression to AIDS: the effects of stress, depressive symptoms, and social support. *Psychosomatic medicine*, 61(3), 397–406. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10367622>
- Leserman, J. (2000). The effects of depression, stressful life events, social support, and coping on the progression of HIV infection. *Current Psychiatry Reports*, 2(6), 495–502. doi:10.1007/s11920-000-0008-4
- Levy, J. A. (2008) *El VIH y la patogénesis del SIDA*. México: FCE, INER.
- Locicero, S., Jeannin, A., & Dubois-Arber, F. (2013). Men having sex with men serosorting with casual partners: who, how much, and what risk factors in Switzerland, 2007-2009. *BMC Public Health*, 13, 839. doi:10.1186/1471-2458-13-839

- Losilla, J., Navarro, B., Palmer, A., Rodrigo, M. y Ato, M. (2005). *Del contraste de hipótesis al modelado estadístico*. Documenta Universitaria. Disponible en: www.edicionsapeticio.com.
- Lurie, M., Pronyk, P., de Moor, E., Heyer, A., de Bruyn, G., Struthers, H., Martinson, N. (2008). Sexual behavior and reproductive health among HIV-infected patients in urban and rural South Africa. *Journal of acquired immune deficiency syndromes* (1999), 47(4), 484–93. doi:10.1097/QAI.0b013e3181648de8
- Mckirnan, D. J., Ostrow, D. G., & Hope, B. (1996). Sex, drugs and escape: A psychological model of HIV-risk sexual behaviors. *AIDS Care*, 8, 655–669.
- MedlinePlus Información de Salud para Usted (2014). Recuperado de: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000661.htm>
- Miller, D., Weber, J. & Green, J. "Atención de pacientes de SIDA". Manual moderno 1989.
- Noar, S. M., Cole, C., & Carlyle, K. (2006). Condom use measurement in 56 studies of sexual risk behavior: review and recommendations. *Archives of sexual behavior*, 35(3), 327–45. doi:10.1007/s10508-006-9028-4
- Nogueira, C. L., De Fátima B. P., & Crosland G. M. D. (2006). Anxiety and depression assessment prior to initiating antiretroviral treatment in Brazil. *AIDS care*, 18(6), 529–36. doi:10.1080/09540120500221704
- Obadeji, A., O Ogunlesi, A., & O Adebawale, T. (2014). Prevalence and Predictors of Depression in People living with HIV/AIDS Attending an Outpatient Clinic in Nigeria. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences*, 8(1), 26–31. Retrieved from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4078690&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Onen, N. F., Shacham, E., Stamm, K. E., & Overton, E. T. (2010). Comparisons of sexual behaviors and STD prevalence among older and younger individuals with HIV infection. *AIDS Care*, 22(February 2015), 711–717. doi:10.1080/09540120903373573
- Organización Mundial de la Salud (1999). Enfermedades oportunistas relacionadas con el VIH. Actualización técnica del ONUSIDA. Recuperado de: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/publications/irc-pub05/opportu_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2012). Global summary of the AIDS epidemic. Recuperado de: http://www.who.int/hiv/data/epi_core_Dec2013_en.png?ua=1
- Organización Mundial de la Salud (2013). Centro de Prensa, Enfermedades no transmisibles. Nota descriptiva. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>

- Organización Mundial de la Salud (2013). Centro de Prensa, VIH/SIDA. Nota descriptiva N°360.
 Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/>
- Outlaw, A. Y., Phillips, G., Hightow-Weidman, L. B., Fields, S. D., Hidalgo, J., Halpern-Felsher, B., & Green-Jones And The Young Msm Of Color Spns Initiative Study Group, M. (2011). Age of MSM Sexual Debut and Risk Factors: Results from a Multisite Study of Racial/Ethnic Minority YMSM Living with HIV. *AIDS Patient Care and STDs*, 25 Suppl 1, S23-S29. doi:10.1089/apc.2011.9879
- Pérez, T. B., (2012). Adaptación y Validación de un instrumento para medir percepción de estigma en personas que viven con VIH. Manuscrito no publicado.
- Piña, L. J., Dávila, T. M., Sánchez, S. J., Cázares, R. Ó., Togawa, C. & Corrales, R. A. (2009). Efectos del tiempo de infección sobre predictores de adhesión en personas con VIH. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9(1) 67-78. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56012876005>
- Protopopescu, C., Marcellin, F., Préau, M., Gabillard, D., Moh, R., Minga, A., ... Spire, B. (2010). Psychosocial correlates of inconsistent condom use among HIV-infected patients enrolled in a structured ART interruptions trial in Côte d'Ivoire: results from the TRIVACAN trial (ANRS 1269). *Tropical medicine & international health : TM & IH*, 15(6), 706-12. doi:10.1111/j.1365-3156.2010.02524.x
- Raj, A., Cheng, D. M., Levison, R., Meli, S., & Samet, J. H. (2006). Sex trade, sexual risk, and nondisclosure of HIV serostatus: findings from HIV-infected persons with a history of alcohol problems. *AIDS and behavior*, 10(2), 149-57. doi:10.1007/s10461-005-9050-x
- Remor, E. (2002). Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH +. *Psicothema*, 14, 262-267.
- Richman, D. D. (2006). Antiviral drug resistance. *Antiviral Research*, 71(2-3), 117-121. doi:10.1016/j.antiviral.2006.03.004
- Rothenberg, K. H., Paskey, S. J., Reuland, M. M., Zimmerman, S. I., & North, R. L. (1995). Domestic violence and partner notification: implications for treatment and counseling of women with HIV. *Journal of the American Medical Women's Association* (1972), 50(3-4), 87-93. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7657955>
- Sánchez Sosa, J. J. y González Puente J.A. "El bienestar del paciente seropositivo al VIH/SIDA. Facultad de psicología UNAM. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. 2002.
- Sears, D., Cabrera-Rodriguez, C., Ortiz-Mejia, F., Anderson, B., & Stein, M. (2008). Sexual risk behaviour among HIV-positive patients at an urban clinic in

- Santiago, Dominican Republic. *AIDS care*, 20(2), 191-7.
doi:10.1080/09540120701483202
- Schroder, K. E. E., Carey, M. P., & Vanable, P. A. (2008). NIH Public Access, 26(2), 76-103.
- Sheeran, P., & Abraham, C., (1994) Measurement of condom use in 72 studies of HIV preventive behaviour: A critical review. *Patient Education and Counseling*, 24, 199-216.
- Shernoff, M. (2006). Condomless sex: gay men, barebacking, and harm reduction. *Social Work*, 51(2), 106-13. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16858916>
- Valverde, E. E., Casetti, I., Metsch, L. R., Bugarin, G., Bofil, L., Laurido, M., McCoy, C. (2009) *AIDS PATIENT CARE and STDs*. Volume 23, Numer 7. DOI: 10.1089=apc.2008.009
- Vincent T., Devita, J. R.; Samuel H. & Steven A. R. (1986) *SIDA etiología, diagnóstico, tratamiento y prevención 2da. Edición*. Salvat. Barcelona España.
- Yeji, F., Klipstein-Grobusch, K., Newell, M.-L., Hirschhorn, L. R., Hosegood, V., & Bärnighausen, T. (2014). Are social support and HIV coping strategies associated with lower depression in adults on antiretroviral treatment? Evidence from rural KwaZulu-Natal, South Africa. *AIDS care*, (July), 1-8. doi:10.1080/09540121.2014.931561

Anexo I
Carta de consentimiento informado para protocolo de investigación



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICION "SALVADOR ZUBIRAN"

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL PROYECTO:

FACTORES)DE)RIESGO)ASOCIADOS)AL)USO)INCONSISTENTE)DEL)CONDÓN)EN)PACIENTES) MEXICANOS)QUE)VIVEN)CON)VIH

Investigador principal: Dr. Juan Sierra Madero

Dirección del investigador: Vasco de Quiroga 15 Tlalpan 14000

Teléfono de contacto del investigador: 54870900 ext.5502 y 5506

Celular para emergencias: 5560822118

Investigadores participantes: Mtra. María José Noguera Orozco, Dra. Brenda Crabtree Ramírez,
Lic. Morales Moctezuma Mayra del Rocío

INTRODUCCIÓN

Por favor, tome todo el tiempo que sea necesario para leer este documento, pregunte al investigador sobre cualquier duda que tenga.

Este consentimiento informado cumple con los lineamientos establecidos en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud, la Declaración de Helsinki y a las Buenas Prácticas Clínicas emitidas por la Comisión Nacional de Bioética.

Para decidir si participa o no en este estudio, usted debe tener el conocimiento suficiente acerca de los riesgos y beneficios con el fin tomar una decisión informada. Este formato de consentimiento informado le dará información detallada acerca del estudio de investigación que podrá comentar con su médico tratante o con algún miembro del equipo de investigadores. Al final se le pedirá que forme parte del proyecto y de ser así, bajo ninguna presión o intimidación, se le invitará a firmar este consentimiento informado.

La infección por VIH, es un padecimiento que compromete de manera importante el sistema inmune del paciente y su salud. El VIH tiene distintas implicaciones para el paciente que van desde el aspecto biológico hasta aspectos sociales. A nivel biológico, el VIH produce un debilitamiento del sistema inmune, dejando al individuo vulnerable a contraer una infección oportunista.

En el aspecto psicológico se ha encontrado que el VIH puede ser desencadenante de episodios de depresión y/o ansiedad ante la noticia de ser portadores del virus.

El VIH en el aspecto social es una enfermedad que a diferencia de otras enfermedades crónico degenerativas proporciona una nueva identidad, es decir, en comparación con otros padecimientos, el VIH es algo que en muchos casos el paciente experimenta la necesidad de esconder su diagnóstico por distintas razones como miedo a sufrir discriminación y estigma, abandono, rechazo e incluso violencia. El diagnóstico del VIH puede dejar al descubierto una posible infidelidad en la pareja o la revelación de una preferencia sexual que en muchos casos la familia, la pareja, los amigos y compañeros de trabajo ignoran y no aceptan.

La vía sexual no es la única manera de adquirir el virus, sin embargo, es la que mayor índices de contagio o reinfecciones reporta. Una de las maneras de prevenir el VIH por vía sexual es mediante el uso del condón de manera consistente y correcta.

Página 1 de 7

Vasco de Quiroga No. 15
Tlalpan 14000, D.F. México



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICION "SALVADOR ZUBIRAN"

A pesar de la importancia que tiene el uso del condón para pacientes que viven con el virus así como los que no lo tienen, se reporta que existe un uso inconsistente del condón para ambas poblaciones. En el caso de los pacientes que viven con VIH el uso inconsistente del condón tiene implicaciones importantes ya que es más susceptible de adquirir una enfermedad de transmisión sexual, adquirir una reinfección con un virus resistente o transmitirlo a su pareja.

El objetivo de esta investigación es Identificar los factores asociados al uso inconsistente del condón en pacientes con VIH, bajo tratamiento antirretroviral.

INVITACION A PARTICIPAR Y DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

Estimado Sr.(a) _____

El Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición le invitan a participar en este estudio de investigación que tiene como objetivo: Identificar los factores asociados al uso inconsistente del condón en pacientes con VIH, bajo tratamiento antirretroviral.

El estudio consta de una fase:

Fase I: completar el cuestionario. El número de participantes necesarios para esta fase es de 260 pacientes.

En general la duración aproximada del estudio es de **12 meses**.

Usted fue invitado al estudio debido a que tiene las siguientes características: es paciente masculino, que se encuentra dentro del programa de atención al VIH, con seis meses con el tratamiento antirretroviral y con vida sexual activa.

PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

Su participación en el estudio consiste en contestar un cuestionario breve que le será aplicado de manera personal con duración aproximada de **30 minutos**.

RIESGOS E INCONVENIENTES

Los cuestionarios incluyen preguntas personales y podrían generar diversas reacciones emocionales en alusión a ciertos temas. Algunas de estas reacciones pueden incluir estrés psicológico. De ser este el caso recibirá atención psicológica inmediata que se puede extender en sesiones posteriores o concluir en ese mismo día.

Los datos acerca de su identidad y su información médica no serán revelados en ningún momento como lo estipula la ley, por tanto, en la recolección de datos clínicos usted no enfrenta riesgos mayores a los relativos a la protección de la confidencialidad la cual será protegida mediante la codificación de su información. Se le asegura que la información obtenida no será incluida en los expedientes institucionales.

Página 2 de 7

Vasco de Quiroga No. 15
Tlalpan 14000, D.F. México



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICION "SALVADOR ZUBIRAN"

BENEFICIOS POTENCIALES

La búsqueda de información podría permitir desarrollar nuevos blancos terapéuticos y con esto hacer un tratamiento más personalizado de esta enfermedad. Además gracias a su participación altruista, su comunidad se puede beneficiar significativamente al encontrar nuevas formas de atender a las personas que viven con VIH. Si así lo requiere, este estudio le proporciona el beneficio de atención psicológica gratuita por parte de la clínica de VIH en caso de que usted así lo desee.

CONSIDERACIONES ECONÓMICAS

No se cobrará ninguna tarifa por participar en el estudio, ni se le hará pago alguno.

COMPENSACIÓN

Si sufre reacciones emocionales de incomodidad como resultado de su participación en este estudio, el servicio de Infecto-Psicología le proporcionará el tratamiento inmediato y lo referiremos, en caso de ameritarlo, al especialista que requiera. El Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Salvador Zubirán no brinda ningún tipo adicional de compensación.

ACCIONES A SEGUIR DESPUÉS DEL TÉRMINO DEL ESTUDIO

Los resultados de los cuestionarios serán propiedad del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Salvador Zubirán (INCMNSZ). Usted puede solicitar los resultados de sus exámenes clínicos y de las conclusiones del estudio al Dr. Juan Sierra Madero del INCMNSZ (Tel: 54870900 ext. 5502 y 5506). La investigación es un proceso largo y complejo. El obtener los resultados finales del proyecto puede tomar varios meses.

PARTICIPACIÓN Y RETIRO DEL ESTUDIO

Su participación es VOLUNTARIA. Si usted decide no participar, no se afectará su relación con el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Salvador Zubirán (INCMNSZ) o su derecho para recibir atención médica o cualquier servicio al que tenga derecho. Si decide participar, tiene la libertad para retirar su consentimiento e interrumpir su participación en cualquier momento sin perjudicar su atención en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Salvador Zubirán (INCMNSZ). Se le informará a tiempo si nueva información es obtenida que pueda afectar su decisión para continuar en el estudio.

CONFIDENCIALIDAD Y MANEJO DE SU INFORMACIÓN

Su nombre no será usado en ninguno de los estudios. Los códigos que identifican sus cuestionarios estarán únicamente disponibles a los investigadores titulares, quienes están obligados, por Ley, a no divulgar su identidad. Estos códigos y todas las hojas de recolección de datos serán guardados en un archivero. Su confidencialidad será protegida como lo marca la ley.

Página 3 de 7



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN "SALVADOR ZUBIRAN"

El código es un número de identificación que no incluye datos personales. Ninguna información sobre su persona será compartida con otros sin su autorización, excepto:

- Si es necesario para proteger sus derechos y bienestar (por ejemplo, si ha sufrido una lesión y requiere tratamiento de emergencia); o
- Es solicitado por la ley.

La Comisión de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición es quien revisa, aprueba y supervisa los estudios de investigación en humanos en el Instituto. En el futuro, si identificamos información que consideremos importante para su salud, consultaremos con la Comisión de Ética que supervisa este estudio para que decidamos la mejor forma de darle esta información a usted y a su médico. Además, le solicitamos que nos autorice recontactarlo y revisar su expediente, en caso de ser necesario, para solicitarle información que podría ser relevante para el desarrollo de este proyecto.

Los datos científicos obtenidos como parte de este estudio podrían ser utilizados en publicaciones o presentaciones médicas. Su nombre y otra información personal serán eliminados antes de usar los datos.

Si usted lo solicita su médico de cabecera será informado sobre su participación en el estudio.

IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

En caso de que usted sufra un daño relacionado al estudio, por favor póngase en contacto con el Dr. Juan Sierra Madero en el INCMNSZ (Tel: 54870900 ext. 5502)

Si usted tiene preguntas acerca de sus derechos como participante en el estudio, puede hablar con el coordinador del Comité de Ética en Investigación del INCMNSZ (Dr. Carlos A. Aguilar Salinas. Tel: 54870900 ext. 6101).

DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

He leído con cuidado este consentimiento informado, he hecho todas las preguntas que he tenido y todas han sido respondidas satisfactoriamente. Para poder participar en el estudio, estoy de acuerdo con todos los siguientes puntos:

Estoy de acuerdo en participar en este estudio descrito anteriormente. Los objetivos generales, particulares del reclutamiento y los posibles daños e inconvenientes me han sido explicados a mi entera satisfacción.

Estoy de acuerdo en que se utilicen mi información personal y médica en este estudio.

Estoy de acuerdo, en caso de ser necesario, que se me contacte en el futuro si el proyecto requiere coleccionar información adicional o si encuentran información relevante para mi salud.

Mi firma también indica que he recibido un duplicado de este consentimiento informado.



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICION
"SALVADOR ZUBIRAN"

Por favor responda las siguientes preguntas:

	SÍ (marque por favor)	NO (marque por favor)
a. ¿Ha leído y entendido la forma de consentimiento informado, en su lenguaje materno?		
b. ¿Ha tenido la oportunidad de hacer preguntas y de discutir este estudio?		
c. ¿Ha recibido usted respuestas satisfactorias a todas sus preguntas?		
d. ¿Ha recibido suficiente información acerca del estudio y ha tenido el tiempo suficiente para tomar la decisión?		
e. ¿Entiende usted que su participación es voluntaria y que es libre de suspender su participación en este estudio en cualquier momento sin tener que justificar su decisión y sin que esto afecte su atención médica o sin la pérdida de los beneficios a los que de otra forma tenga derecho?		
f. ¿Autoriza se dé acceso a sus registros médicos para este estudio de investigación?		
g. ¿Entiende los posibles riesgos de participar en este estudio?		
h. ¿Entiende que puede no recibir algún beneficio directo de participar en este estudio?		
i. ¿Entiende que usted recibirá un original firmado y fechado de esta Forma de Consentimiento, para sus registros personales?		



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICION
"SALVADOR ZUBIRAN"

Declaración del paciente:

Yo, _____ declaro que es mi decisión participar en este estudio. Mi participación es voluntaria. He sido informado que puedo negarme a participar o terminar mi participación en cualquier momento del estudio sin que sufra penalidad alguna o pérdida de beneficios. Si suspendo mi participación, recibiré el tratamiento médico habitual al que tengo derecho en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Salvador Zubirán (INCMNSZ) y no sufriré perjuicio en mi atención médica o en futuros estudios de investigación. Yo puedo solicitar información adicional acerca de los riesgos o beneficios potenciales derivados de mi participación en el estudio. Puedo obtener los resultados de mis exámenes clínicos si los solicito.

Si usted tiene preguntas sobre el estudio, puede ponerse en contacto con el Dr. Juan Sierra Madero. Si usted tiene preguntas acerca de sus derechos como participante en el estudio, puede hablar con el coordinador del Comité de Ética en Investigación del INCMNSZ (Dr. Carlos A. Aguilar Salinas. Tel: 54870900 ext. 6101).

He leído y entendido toda la información sobre mi participación en el estudio. He tenido la oportunidad para discutirlo y hacer preguntas. Todas las preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. He entendido que recibiré una copia firmada de este consentimiento informado.

_____ Nombre del Participante	_____ Firma del Participante	_____ Fecha
---	---------------------------------	----------------

Coloque su huella digital si no sabe escribir

_____ Nombre del representante legal (si aplica)	_____ Firma del representante legal	_____ Fecha
--	--	----------------

_____ Nombre del Investigador que explicó el documento	_____ Firma del Investigador	_____ Fecha
--	---------------------------------	----------------



**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICION
"SALVADOR ZUBIRAN"**

Nombre del Testigo 1

Firma del Testigo 1

Fecha

Relación con el participante: _____

Nombre del Testigo 2

Firma del Testigo 2

Fecha

Relación que guarda con el participante: _____

(Este documento consta de 7 páginas)

Anexo II

Hoja de Informe para el paciente. Protocolo de investigación.



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN
"SALVADOR ZUBIRAN"

HOJA DE INFORME PARA PARTICIPAR EN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**FACTORES)DE)RIESGO)ASOCIADOS)AL)USO)INCONSISTENTE)DEL)CONDÓN)EN)PACIENTES)
MEXICANOS)QUE)VIVEN)CON)VIH**

Investigador principal: Dr. Juan Sierra Madero

Dirección del investigador: Vasco de Quiroga 15 Tlalpan 14000

Teléfono de contacto del investigador: 54870900 ext.5502 y 5506

Celular para emergencias, disponible las 24h: 5560822118

Investigadores participantes: Mtra. María José Noguera Orozco, Dra. Brenda Crabtree Ramírez,
Lic. Mayra del Rocío Morales Moctezuma.

La infección por VIH, es un padecimiento que compromete de manera importante el sistema inmune del paciente y su salud. El VIH tiene distintas implicaciones para el paciente que van desde el aspecto biológico hasta aspectos sociales. A nivel biológico, el VIH produce un debilitamiento del sistema inmune, dejando al individuo vulnerable a contraer una infección oportunista.

En el aspecto psicológico se ha encontrado que el VIH puede ser desencadenante de episodios de depresión y/o ansiedad ante la noticia de ser portadores del virus.

El VIH en el aspecto social es una enfermedad que a diferencia de otras enfermedades crónico degenerativas proporciona una nueva identidad, es decir, en comparación con otros padecimientos, el VIH es algo que en muchos casos el paciente experimenta la necesidad de esconder su diagnóstico por distintas razones como miedo a sufrir discriminación y estigma, abandono, rechazo e incluso violencia. El diagnóstico del VIH puede dejar al descubierto una posible infidelidad en la pareja o la revelación de una preferencia sexual que en muchos casos la familia, la pareja, los amigos y compañeros de trabajo ignoran y no aceptan.

La vía sexual no es la única manera de adquirir el virus, sin embargo, es la que mayor índices de contagio o reinfecciones reporta. Una de las maneras de prevenir el VIH por vía sexual es mediante el uso del condón de manera consistente y correcta.

A pesar de la importancia que tiene el uso del condón para pacientes que viven con el virus así como los que no lo tienen, se reporta que existe un uso inconsistente del condón para ambas poblaciones. En el caso de los pacientes que viven con VIH el uso inconsistente del condón tiene implicaciones importantes ya que es más susceptible de adquirir una enfermedad de transmisión sexual, adquirir una reinfección con un virus resistente o transmitirlo a su pareja.

El objetivo de esta investigación es Identificar los factores asociados al uso inconsistente del condón en pacientes con VIH, bajo tratamiento antirretroviral.

Gracias por tomarse el tiempo de leer detenidamente esta información y por participar en el estudio.

Vasco de Quiroga No. 15
Tlalpan 14000, D.F. México

Anexo III
Cuestionario ex profeso para Protocolo de investigación. "FAUIC",
Factores Asociados al Uso Inconsistente del condón.



**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN
"SALVADOR ZUBIRAN"**

FAIC

El propósito de este cuestionario es conocer las variables psicológicas y sociales que están relacionadas con el uso del condón. Sus respuestas son de carácter confidencial y forman parte de estudios que permitirán mejorar la atención a los pacientes. Ninguna de sus respuestas compromete los servicios que le brinda la clínica. Por favor conteste cada una de las preguntas marcando la opción que usted considere lo describe mejor en cada una de las situaciones que a continuación se le presentan.

	Masculino	Femenino
Folio :	Fecha de aplicación: ____/____/____ día/mes/año	Número de registro: _____

1. Fecha de nacimiento y lugar de nacimiento: _____
2. Sexo al nacer:
3. Lugar de residencia: _____
4. ¿Actualmente, tiene a su disposición o gana dinero suficiente para mantenerse sin ayuda económica por parte de alguien más? Sí No
5. Estado Civil:
Soltero(a) Casado(a) Unión libre Divorciado (a) Viudo(a) Otro: _____
6. ¿A qué se dedica?: _____
7. ¿Actualmente se encuentra empleado? Sí No
8. Marque su nivel de escolaridad terminada:
No tiene estudios Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura Posgrado
carrera técnica
9. Marque el nivel socioeconómico que le fue otorgado por Trabajo Social:
Nivel 1 Nivel 2 Nivel 3 Nivel 4 Nivel 5 Nivel 6 Nivel 7

A continuación se le harán una serie de preguntas con relación a su vida sexual, por favor marque una sola opción de respuesta a cada pregunta; si la pregunta indica que puede marcar más de una opción seleccione las respuestas que más se acerquen a su situación. **NO DEJE NINGUNA PREGUNTA SIN CONTESTAR. ¡GRACIAS!**

10. ¿Cómo se enteró de su diagnóstico?
 Presenté síntomas y me realicé la prueba
 Chequeo de rutina
 Mi pareja o hijo es seropositiva
 Nací con VIH
 Otra: _____

11. ¿Actualmente su carga viral es indetectable?
 Sí NO

12. ¿A qué edad comenzó su vida sexual activa? _____

13. Aproximadamente ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido desde que inició su vida sexual?
 De 1 a 5 6 a 10 11 a 20 21 a 30 31 a 40 más de 40

14. ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido en los ÚLTIMOS 3 MESES? _____

15. El género de las personas con las cuales suele tener relaciones sexuales ¿es?
 Hombres Mujeres Transgénero/transsexual Ambos sexos

16. ¿Actualmente tiene una pareja sexual estable? *Se entiende por pareja estable, una persona hombre o mujer con la cual, a percepción de usted, hay una unión establecida, que contempla tener relaciones sexuales (orales, anales, vaginales) sin importar el estado civil ni la duración de la relación.*
 Sí NO

Si tiene pareja estable conteste las siguientes preguntas, si no pase a la pregunta 19 .

17. Su pareja estable actual.....
 VIH+ (vive con VIH) VIH- (vive sin VIH) No conozco su estatus serológico

18. ¿En ALGUNA relación sexual con su pareja estable NO utilizó condón?
 Sí NO

19. En su ÚLTIMA relación sexual con su pareja actual estable, ¿utilizó condón (ya sea, masculino o femenino)?
 Sí NO

20. En los últimos tres meses ¿usted ha tenido parejas sexuales casuales? *Se entiende por pareja casual, aquella persona que NO es su pareja estable y que se contacta de manera esporádica o por primera vez con el fin de tener relaciones sexuales (orales, anales, vaginales). Si no ha tenido relaciones sexuales con parejas casuales pase a la pregunta 22.*
 Sí NO

21. La última pareja casual con la que tuvo relaciones sexuales...
 VIH+ (vive con VIH) VIH- (vive sin VIH) Desconozco su estatus serológico

22. Si ha tenido relaciones sexuales con parejas casuales, en su ÚLTIMA relación con su pareja casual ¿utilizó condón (masculino o femenino)?
 Sí NO

23. ¿Existe alguna razón en particular por la cuál no utiliza el condón?

SÍ NO

En caso de existir alguna razón en particular para no utilizar el condón (femenino o masculino), elija, por favor, una o varias de las siguientes razones:

No tenía uno a la mano

Sentí pena de pedirle a mi pareja que usáramos condón

Ambos tenemos VIH

Porque no se siente lo mismo con condón

Tu pareja no quiso usar condón

Tu pareja y tú desean tener un hijo

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Otras: _____

24. ¿De qué tipo han sido las relaciones sexuales que ha tenido en los últimos tres meses? (puede marcar más de una opción).

Anales (receptivo) Anales (insertivo) Vaginales

Oral (activo) Oral (pasivo)

25. La última vez que tuvo relaciones sexuales, ¿su pareja sabía del diagnóstico de VIH de usted?

SÍ NO

26. Desde que tengo VIH he compartido mi diagnóstico con: (puede marcar más de una opción)

Familia

Personas que viven conmigo

Amigos

Pareja

Nadie

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

En caso de no haber compartido su diagnóstico con nadie además de su doctor mencione las razones por las cuales no lo ha hecho. Puede marcar más de una opción.

Temor al rechazo y/o discriminación de las personas

Temor al abandono de mi pareja

Temor a ser abandonado por mi familia

Temor a ser estigmatizado

Temor a perder mi trabajo

Temor a sufrir violencia

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

27. ¿Con qué frecuencia consumió alcohol en el último mes?

Nunca 1 vez al mes o menos 2-4 veces/mes 2-3 veces/semana ≥4 veces/semana

28. ¿En qué cantidad (en copas por ocasión)?

1 o 2

3 o 4

5 o 6

7 o 9

≥10

29. ¿En la última semana ha consumido alguna de estas sustancias? SÍ NO

Si la respuesta es Sí, favor de marcar cuál(es) droga(s) ha consumido.

Marihuana Cocaína Crack Anfetaminas Heroína

Otra: (especifique) _____

30. La última vez que tuvo sexo sin condón, ¿había consumido alcohol previamente?

SÍ NO No nunca ha tenido sexo sin condón

31. La última vez que tuvo sexo sin condón, ¿había consumido algún tipo de droga previamente?

SÍ NO No nunca ha tenido sexo sin condón

32. ¿Alguna vez usted ha dado y/o recibido dinero a cambio de sexo?

SÍ NO Prefiero no contestar

33. ¿Alguna vez usted ha dado y/o recibido drogas a cambio de sexo?

SÍ NO Prefiero no contestar

34. ¿Alguna vez usted ha dado y/o recibido bienes materiales (regalos) a cambio de sexo?

SÍ NO Prefiero no contestar

35. ¿Alguna vez se ha dedicado alguna vez al sexo servicio como ocupación remunerada?

SÍ NO, nunca lo he hecho Prefiero no contestar

36. Si ha padecido alguna enfermedad de transmisión sexual, por favor marque la que haya padecido (puede marcar más de una opción).

Herpes genital

Candidiasis

Verrugas genitales

Ladillas

Clamidia

Gonorrea

Sífilis

37. Si usted ha padecido alguna enfermedad de transmisión sexual **DESPUÉS** del diagnóstico, indique por favor, ¿en cuántas ocasiones ha padecido alguna enfermedad de este tipo?

1 vez 2 a 4 veces más de 5 veces

A continuación se le presenta una serie de enunciados, por favor marque la opción con la cuál usted se siente más identificado.

38. "Tener carga viral baja o indetectable reduce el riesgo de transmisión del VIH"

Totalmente de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Totalmente en desacuerdo

39. "Puedo tener relaciones sexuales sin condón porque tengo carga viral baja"

Totalmente de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Totalmente en desacuerdo

40. Una carga viral indetectable significa que el VIH no puede ser detectado en semen

Totalmente de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Totalmente en desacuerdo

41. Si mi pareja me dice que su estatus de VIH es igual al mío, ¿es más probable que tenga relaciones sexuales sin condón?

Totalmente de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Totalmente en desacuerdo

42. Si mi pareja me dice que su estatus de VIH es igual al mío, ¿me preocupó menos por el VIH (reinfección, enfermedades de transmisión sexual)?

Totalmente de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Totalmente en desacuerdo

43. Si tengo relaciones sexuales orales con una persona que vive con VIH ¿es más probable que tengamos sexo oral sin condón?

Totalmente de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Totalmente en desacuerdo

44. Si tengo relaciones sexuales sin condón y mi pareja se retira antes de eyacular es menos probable que adquiera el VIH o una reinfección

Totalmente de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Totalmente en desacuerdo

45. Si mi pareja siempre tiene el papel de ser insertivo es menos probable que adquiera el VIH o que se reinfecte.

Totalmente de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Totalmente en desacuerdo

46. ¿Alguna vez ha omitido el uso del condón porque usted tenía una carga viral indetectable?

SÍ NO

47. ¿Alguna vez ha omitido el uso del condón porque **SU PAREJA** tenía carga viral indetectable?

SÍ NO

48. ¿Alguna vez ha omitido el uso del condón porque su pareja es VIH+ y toma retrovirales?

SÍ NO

49. En las relaciones sexuales, normalmente usted prefiere.....

Ser mayoritariamente insertivo

Cualquiera de las dos posiciones

Ser mayoritariamente receptivo

50. ¿Ha elegido a alguna de sus parejas sexuales con base en el estatus serológico de esa persona? Es decir, busca personas que vivan con el VIH para tener relaciones sin condón.

SÍ NO

51. De manera general, ¿usted pregunta el estatus serológico de su(s) pareja(s) antes de tener relaciones sexuales?

SÍ NO

52. ¿Ha hecho uso del internet con la finalidad de encontrar posibles parejas sexuales que tengan su mismo estatus serológico? Es decir, que vivan con VIH

SÍ NO

53. En promedio, ¿con qué frecuencia tuvo relaciones sexuales en los últimos 3 meses?

1 vez al mes Varias veces al mes 1 vez por semana Varias veces a la semana Diario

54. ¿Con qué frecuencia ha utilizado el condón en sus relaciones sexuales durante los últimos tres meses?

Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre

55. En los últimos 3 meses, en caso de que usted haya tenido relaciones sexuales con una persona VIH-, ¿utilizó condón?

Siempre uso condón cuando es VIH (-)

No utilicé condón

No sabía si era VIH-

56. En los últimos 3 meses, en caso que usted haya tenido relaciones sexuales con alguien con el cual desconocía su estatus serológico (si vive con VIH o no), ¿utilizó condón?

Siempre uso condón cuando no sé su estatus

No utilicé condón.

57. En los últimos tres meses, ¿ha practicado sexo anal sin condón y eligiendo solo el rol insertivo/receptivo para evitar un contagio de VIH o una reinfección?

SÍ NO

58. En los últimos tres meses, ¿ha practicado sexo anal sin protección interrumpiendo el coito antes de eyacular para prevenir un contagio o una reinfección?

SÍ NO

59. En los últimos tres meses, ¿ha practicado sexo anal sin condón porque su pareja era del mismo estatus serológico que usted? (VIH +)

SÍ NO

60. ¿El hecho de que le regalen condones en su centro de salud podría hacer que usted los utilizara en cada relación sexual?

SÍ NO

61. ¿Cuáles de las siguientes opciones cree usted que podrían facilitar que usted tenga un uso correcto y consistente del condón?

Folletos con información acerca del uso del condón en cada consulta

Condomes gratis en cada consulta

Recordatorios al celular con información relacionada al uso del condón

Recordatorios vía mail con información relacionada al uso del condón

Cursos de Salud Sexual

Otros: _____
