



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO**

CENTRO DE SALUD DE SERVICIOS AMPLIADOS

LA MANGA

VILLAHERMOSA, TABASCO.

**CONDUCTA SEXUAL Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN
PACIENTES CON VIH/SIDA, CENTRO, TABASCO, 2011.**

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. KAREM ALAMILLA LÓPEZ



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.


CONDUCTA SEXUAL Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON VIH/SIDA, CENTRO, TABASCO, 2011

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

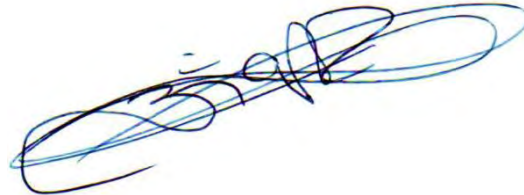
PRESENTA:

DRA. KAREM ALAMILLA LÓPEZ

AUTORIZACIONES



DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

Contenido

Marco referencial	9
Antecedentes de la familia	9
Antecedentes del VIH/SIDA	11
Factores de riesgo asociados al VIH-SIDA	13
Historia natural de la infección por VIH.....	15
Mecanismos de transmisión	16
Vías de transmisión	16
Panorama epidemiológico del VIH-SIDA.....	17
Planteamiento del problema	24
Justificación	26
Objetivos	29
Objetivo general.....	29
Objetivos específicos.....	29
Material y método	30
Tipo de estudio:	30
Universo	30
Muestra.....	30
Criterios de selección	31
Identificación de variables	32
Recolección de datos	33
Factibilidad.....	34
Procesamiento y análisis de la información.....	34
Consideraciones éticas.....	35
Resultados	36
Discusión	48
Conclusiones	50



Recomendaciones	51
Bibliografía	52
Abreviaturas	64
Glosario	65
Anexos	67

Introducción

La familia es una institución que cumple una importante función social como transmisora de valores éticos-culturales e, igualmente, juega un decisivo papel en el desarrollo psico-social de sus integrantes.

En toda familia se presenta una dinámica compleja que rige sus patrones de convivencia y funcionamiento. Si esta dinámica resulta adecuada y flexible, o sea, funcional, contribuirá a la armonía familiar y proporcionará a sus miembros la posibilidad de desarrollar sólidos sentimientos de identidad, seguridad y bienestar. La profesora e investigadora Patricia Ares (2004) propone la definición de familia, entendida como: “la unión de personas que comparten un proyecto vital de existencia común, en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia a dicho grupo, existe un compromiso personal entre sus miembros y se establecen intensas relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia.”¹

La familia es una unidad biopsicosocial que tiene un comportamiento como tal frente a la salud y en la atención sanitaria, de manera que, mediante la transmisión de creencias y valores de padres a hijos, todo el proceso que acontece desde que se reconoce una enfermedad hasta que se cura o desaparece está influido por las decisiones que se adoptan en el seno del grupo familiar.

Funcionalidad familiar. Es cuando la familia es capaz de cumplir con sus funciones, enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital individual, familiar y la crisis por las que pueda atravesar.

Se define a la familia sana como aquella que desempeña adecuadamente sus funciones, y es por tanto norma funcional. Una familia disfuncional es aquella que no cumple sus funciones, de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe de su entorno. Este equilibrio funcional de la familia puede alterarse en determinadas circunstancias, el hecho puede producir manifestaciones patológicas en algún miembro de la familia, ante lo cual se ha recomendado recoger información que

sirva de apoyo para el conocimiento y comprensión de las crisis familiares. De igual forma, debería evaluarse la presencia de una enfermedad crónica, la existencia de conflictos familiares y otras situaciones que modifican la dinámica familiar, ya que la cooperación y la participación de todos los miembros de la familia es necesaria para alcanzar de nuevo el equilibrio familiar.

La disfuncionalidad familiar a nivel comunicacional, puede estar dada en la perturbación severa del tipo de intercambios establecidos.

Los seres humanos se enfrentan a diversas crisis, una de ellas es la enfermedad crónica. Si una enfermedad leve puede hacer que un individuo y su familia entre en crisis, con más razón lo podrá hacer el conocer que uno de sus miembros padece una enfermedad crónica, como es el caso de la infección del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida.

En las familias con uno o varios miembros con VIH/SIDA, es necesario recordar que el sistema familiar bajo la circunstancia de una enfermedad, sufre cambios drásticos al interior de sus interacciones, así como hacia el exterior, dependiendo en gran medida del ciclo vital en el que se encuentre y de la flexibilidad de sus interacciones de esta manera se van definiendo las características que afectan el desarrollo de la enfermedad y el éxito de los tratamientos, así como el futuro de la misma familia y de cada uno de sus miembros

El funcionamiento en la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional, ya que la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.²

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es un virus que ataca el sistema inmunológico duplicándose y deteriorando el cuerpo humano con el paso del tiempo, abriendo así camino para infecciones oportunistas como la tuberculosis

y la neumonía. El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida es la condición mortal conocida como SIDA, que es descrita por Ancil (2003: 1) como “una combinación de síntomas que ataca el cuerpo humano seguido de un daño progresivo al sistema inmunológico producido por el virus del VIH”.³

El VIH pertenece a la familia retrovirus, de la subfamilia lentivirus, del cual se han identificado dos tipos: VIH-1, el más frecuente, que conduce al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y a la muerte; VIH-2, principalmente en habitantes o visitantes del África Occidental, transmitido con menor eficacia, más indolente, pero que también termina en SIDA y muerte. Ambos tipos son de estructura viral y genómica muy similar.⁴

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), fue identificado en 1981, la enfermedad ha seguido un curso irreducible desde ese año hasta la actualidad, considerándose la gran pandemia de fines del siglo XX. Según el Informe de ONU/SIDA, en el 2008, se estima que había en el mundo 33 millones de personas infectadas con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) a finales del 2007. El perfil epidemiológico de la infección por VIH ha cambiado: a principios fue considerada erróneamente una enfermedad de homosexuales y drogadictos, con la evolución de la enfermedad y su extenso estudio se ha encontrado que impacta más a la población joven, incluyendo las mujeres en edad fértil, lo que le confiere una mayor trascendencia demográfica y social. Se estima que 15,5 millones de mujeres vivían con el VIH a finales del 2007, lo que representó un aumento de más de un millón en comparación con el 2001. Las niñas y las jóvenes entre 15 y 24 años constituyen más de 60% de las personas infectadas por el VIH, cifra que es superior en el África Subsahariana, donde la prevalencia en este grupo es 2,1 veces mayor que en los hombres de la misma edad, y en el Caribe alcanza 43 % de las personas infectadas.⁵

La patogenia de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana tipo-1 (VIH-1) es un proceso complejo y variable. Las personas infectadas muestran diferentes patrones de progresión a SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida); la mayoría (80 a 90 %) desarrollan la inmunodeficiencia en un promedio de 6 a 10 años (progresores típicos).⁶



El VIH-SIDA es un problema de salud pública, mina la vida de los individuos, deteriora la calidad de vida, afecta a sus familias, su economía así como pérdida laboral.

El propósito de esta investigación es conocer la conducta sexual y el funcionamiento familiar en pacientes con VIH/SIDA en pacientes del municipio de Centro, Tabasco, describiendo las características epidemiológicas del padecimiento. Se trata de un estudio transversal, se llevó a cabo en el Municipio de Centro con información del año 2011.

Los resultados obtenidos pueden ser de utilidad para proponer mejoras en el sistema de atención de los pacientes tanto en los servicios de salud, como en su entorno familiar, no solo para la identificación de casos sino también para los servicios que se encargan de la parte relacionada con aspectos psicológicos y sociales de la población en estudio.

Marco referencial

Antecedentes de la familia

La familia no solo puede entenderse desde el aspecto tradicional (mamá, papá e hijos) sino que también puede estar constituida por uno de los padres y los hijos, uno de los padres y otros familiares, hijos a cargo de otros adultos (incluso no familiares).

De acuerdo con Zurro en 1999 define a la familia como “la unidad biopsicosocial, integrada por un número variable de personas, ligadas por vínculos de consanguinidad, matrimonio y/o unión estable y que viven en un mismo hogar”.

En 1987 Mendalie la define como “Los miembros de la familia pertenecen a un sistema específico, a una unidad social en que los roles y patrones de conducta son mutuamente regulados por normas compartidas y en la que el control social se ejerce mediante la imposición de ciertos tipos de sanciones y la distribución de recompensas”.⁷

Las funciones específicas son: Dar afecto, cuidar y educar a sus hijos. Es la primera fuente de estímulo para los niños. Los papás regulan las demandas de alimento, afecto, protección y seguridad. Los niños demandan la satisfacción de sus deseos. Es el espacio donde los niños pasan de la dependencia infantil a la independencia y vida adulta. Para facilitar esto, la familia crea el ámbito de contención, ayudándolo a aprender a cuidarse, tener confianza en sí mismo, ser capaz de tomar decisiones y de aceptar o rechazar influencias ajenas.⁸

En 1976 expertos en familia, de la organización mundial de la salud (OMS), definieron la salud familiar como la salud del conjunto de los miembros en términos de funcionamiento efectivo de la familia; la definición ésta muy

acertada al contemplar el elemento de funcionamiento familiar tan importante para la salud.

Horwitz Campos y otros en 1985 plantearon que la salud familiar puede considerarse como el ajuste o equilibrio entre elementos internos y externos del grupo familiar, la capacidad de la familia para adaptarse y superar las crisis.² Aquí se incorpora el elemento de la capacidad familiar para superar las crisis y de adaptación ante los cambios.

Louro I (1993), coincide con que el enfoque sistémico de la familia contribuye al análisis de la salud familiar desde una posición de síntesis de las relaciones interpersonales, y que no puede reducirse a la adición o la suma de sus miembros. La familia es funcional en tanto propicie la solución a problemas sin afectar desmedidamente la satisfacción de las necesidades de sus miembros, según la etapa del desarrollo en que se encuentre y el tránsito armónico por las etapas del ciclo vital. La autora contempla los elementos del ciclo vital y destaca la importancia del enfoque sistémico.

Pérez E (1977), define la salud familiar como el resultado del equilibrio armónico entre sus 3 componentes: la salud, los factores socioeconómicos y culturales y el funcionamiento familiar, siendo este último el que juega el papel rector, pues expresa la capacidad, la relación dinámica y sistémica que se establece entre sus miembros, y la capacidad que tiene el grupo para enfrentar las crisis. En esta conceptualización se incorporan elementos nuevos de vital importancia como son: la salud, que aunque no es explícita, parece estar referida a la de los miembros y su connotación en la salud familiar, los factores socioeconómicos y culturales.

Ortiz T (1996), define la salud familiar como la salud del conjunto de los miembros en términos de funcionamiento efectivo de la misma, en la dinámica interna, en el cumplimiento de funciones para el desarrollo de los integrantes, y en la capacidad de enfrentar los cambios del medio social y del propio grupo, propiciando el crecimiento y desarrollo individual según las exigencias de cada etapa de la vida. Lo novedoso en este caso está en la incorporación de la

capacidad de enfrentamiento a los cambios tanto internos como externos, lo que permite el crecimiento y desarrollo de los miembros.⁹

Las familias pueden clasificarse de diferente manera dependiendo del aspecto que se esté estudiando, por tal motivo existe un sin número de tipos de familias por lo que es importante tener claro los conceptos que definen a la familia.

La OMS define familia como "los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial."¹⁰

Antecedentes del VIH/SIDA

El SIDA se describió por primera vez en 1981, cuando algunos hombres jóvenes hasta esos momentos sanos – principalmente adultos que vivían en zonas urbanas de los Estados Unidos –empezaron a ser víctimas de infecciones oportunistas antes desconocidas en ese grupo de edad. No tardaron en notificarse infecciones similares en África, el Caribe y Europa; el SIDA era claramente una enfermedad epidémica. En 1983 esa sospecha se vio confirmada cuando el Profesor Luc Montagnier y otros investigadores descubrieron un nuevo agente patógeno: un retrovirus con tropismo por las células CD4 que organizan la inmunidad celular y protegen al ser humano de una gran diversidad de patógenos víricos, micobacterianos y fúngicos.¹¹

Analizando el SIDA en retrospectiva, al parecer se presentaron casos aislados durante la década de 1970 e incluso antes en diversas zonas del mundo (África, Europa, Estados Unidos y Haití). En el 2003 se reportaron 40 millones de personas (entre 34 y 46 millones) que vivían infectadas por el VIH o con SIDA (VIH/SIDA) en el mundo, las mayores concentraciones se calculaban entre 25 y 28,2 millones en África al sur del Sahara, entre 4,6 y 8,2 millones en Asia meridional y sudoriental, entre 1,3 y 1,9 millones en América Latina y entre

800.000 y 1 millón en América del Norte. Para ese mismo año en todo el mundo, se calculó que el SIDA causó 3,1 millones de defunciones (entre 2,5 y 3,5 millones); la epidemia sigue creciendo, con aproximadamente 5 millones de nuevas infecciones, y 2.5 millones de niños que viven con VIH/SIDA. El VIH-1 es el tipo de VIH con mayor prevalencia en todo el planeta; el VIH-2 se ha descubierto sobre todo en África occidental, y también aparecen casos en países que guardan una relación epidemiológica con dicha región.¹²

Con una prevalencia de 3 casos por cada 1000 personas de 15 a 49 años, México ocupó el 16º lugar en prevalencia de VIH/SIDA en adultos en América Latina y el Caribe y el 42º lugar en el mundo.

Para 2007 se tuvo estimado que alrededor de 200 mil personas diagnosticadas vivían con el VIH/SIDA (PVVS) adultas en México, en donde 44 mil eran mujeres, 125 mil hombres que tienen sexo con hombres (HSH), 13 mil clientes de Mujeres Trabajadoras Sexuales (MTS) y Hombres trabajadores Sexuales (HTS), 4300 MTS, 1800 HTS, 3100 privados de libertad y 3000 usuarios de drogas inyectadas (UDI).¹³

Factores de riesgo asociados al VIH-SIDA

La falta de información para protegerse de las infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH/SIDA y la actividad sexual indiscriminada y sin protección, son factores y conductas de riesgo más relevantes para la adquisición de estas enfermedades, y difíciles de comprender por tener este un largo período de incubación y no ver en un comportamiento arriesgado inmediatas consecuencias manifiestas.¹⁴

García *et al.*, encontraron la disminución del placer sexual y el temor al rechazo de la pareja, entre las razones principales planteadas para no usar el preservativo¹⁵ lo que representa un factor importante para contraer la enfermedad.

A principios de 2006, la inmensa mayoría de los participantes de consultas nacionales y regionales sobre el acceso universal a la prevención, el tratamiento, los cuidados y el apoyo del VIH informó que las barreras legales, sociales y culturales, incluidas la desigualdad entre mujeres y hombres, los estigmas y la discriminación contra las personas que viven con VIH, y la discriminación contra grupos marginados, son las principales barreras para el acceso universal y están debilitando la eficacia de las respuestas nacionales a la epidemia.¹⁶

De Luca *et al.*, realizaron un estudio en México en el que observaron en adultos para ambos sexos se ha incrementado el peso relativo de la transmisión sexual, abarcando el 97% (hombres) y 99 % (mujeres) de los nuevos contagios, y que las transmisiones por vía sanguínea han desaparecido en el transcurso de este siglo, con excepción de los casos en Usuarios de Drogas Intravenosas.¹⁷

En España Castilla *et al.*, realizaron un estudio sobre las características y tendencias de los nuevos diagnósticos de infección por VIH encontrando que los latinoamericanos presentaban tasas elevadas de infección por el VIH, principalmente por transmisión homosexual en hombres y transmisión heterosexual en mujeres. Con respecto a las personas de origen europeo

(incluyendo las de la Unión Europea) también presentaron tasas mayores de diagnósticos del VIH que la población autóctona.¹⁸

A nivel mundial entre el 75 y el 80% de los casos de SIDA se han producido por una relación sexual no protegida, siendo el 75% o más de ellas una relación heterosexual, la adquisición del virus mediante el uso compartido de agujas por la inyección de drogas por vía intravenosa entre usuarios de este tipo de drogas representa sólo entre el 5 y el 10% del conjunto de infecciones, este tipo de contagio ha predominado en muchas regiones occidentales y en los últimos años de la epidemia esta forma de transmisión ha supuesto un importante incremento, sobre todo en Europa oriental y Asia central. Por último, la transmisión vertical del VIH (transmisión de madre a hijo), alcanza el 1,5 % del total de los casos. Con relación a lo anteriormente planteado, otros estudios dicen que el mayor porcentaje de varones infectados puede explicarse por los consumidores de droga por medio intravenoso y por los varones que mantienen relaciones sexuales con varones.¹⁹

Tiempo atrás se clasificaban a las personas como grupos de riesgos para incluirlas en un grupo vulnerable a contraer la infección, siendo usado también para etiquetar a las personas y marginarlas en cuanto a su interacción con otros grupos. Este término persiste en la práctica clínica, en el que se establece un vínculo entre la solicitud, por parte del paciente, de la prueba diagnóstica y la pertenencia a una categoría “*grupo de riesgo*”. Además, existe un sistema clasificatorio para los enfermos de acuerdo con sus características físicas o de comportamiento, casi siempre ligado a grupos de prácticas sexuales no aceptadas por la norma social hegemónica.²⁰

Los lubricantes reducen las posibilidades de que los condones u otras barreras se rompan. Los lubricantes hechos a base de aceite como la vaselina, algunos aceites o cremas pueden dañar los condones o a otras barreras de látex.²¹

Historia natural de la infección por VIH.

Al entrar al cuerpo a través de mucosas o de la sangre, el VIH es atrapado en los ganglios linfáticos regionales, causando una activación de los linfocitos CD4 y de los macrófagos ganglionares que comienzan a secretar citocinas como el factor de necrosis tumoral (TNF) y la interleukina-6, causando una mayor activación de números crecientes de linfocitos, con una mayor expresión de moléculas CD4 en su superficie. El VIH tiene la capacidad de adherirse a estas moléculas a través de la glicoproteína capsular gp 120, y es así que penetra al interior de los linfocitos CD4.

El VIH se disemina a otros órganos del sistema linfático a través de la migración de los linfocitos infectados, y comienza en este punto una reproducción masiva del virus tanto en el tejido linfático como en la sangre. Los linfocitos CD8 citotóxicos destruyen a los linfocitos CD4 infectados que expresan antígenos virales en su superficie, y anticuerpos dirigidos a diferentes antígenos virales se unen a las partículas virales que son luego atrapadas y destruidas por las células del sistema dendrítico folicular en los ganglios linfáticos. De esta manera disminuye el número de células productoras de VIH y el número de partículas virales circulantes en sangre, y la infección es parcialmente controlada (fase de latencia clínica de la enfermedad).

Esta constante inflamación en los ganglios termina destruyendo su arquitectura normal, la cual es indispensable para filtrar al virus y mantenerlo atrapado adentro de los mismos. Se van perdiendo las respuestas inmunes celulares y humorales que mantienen la reproducción viral bajo control, lo que ocasiona un aumento explosivo en la reproducción viral, los linfocitos CD4 disminuyen y comienzan a las infecciones y neoplasias oportunistas que definen al SIDA. Estos fenómenos finales ocurren, en promedio, 7 a 10 años después de contraída la infección.

Una pequeña cantidad de pacientes infectados (5-8%) con VIH no evolucionan a SIDA, probablemente esto se deba a una infección con cepas atenuadas y poco patogénicas del VIH, generalmente por la falta de uno de los genes que parecen ser indispensables para que el virus mantenga su virulencia.²²

Debemos tener en cuenta que el periodo de ventana es el tiempo que transcurre entre el momento de la infección y aquel en el que es posible detectar los anticuerpos generados por el organismo, cuando los resultados de las pruebas serológicas son negativos por la ausencia de anticuerpos. En el VIH este período es de 4 a 6 semanas en promedio, pero puede ser hasta de algunos meses.²³

Mecanismos de transmisión

El VIH, en los pacientes no tratados, se puede encontrar de forma permanente en la sangre, en los líquidos biológicos más relacionados o contaminados con el compartimento plasmático, y en las secreciones genitales. La piel es una buena barrera frente al VIH, y está bien comprobado epidemiológicamente que éste sólo se transmite como consecuencia de exposiciones significativas a líquidos biológicos suficientemente contaminados.

Probablemente más del 90% de los casos en el mundo se han adquirido por vía sexual, por lo que, básicamente, la infección por el VIH puede considerarse una enfermedad de transmisión sexual (ETS).²⁴

Vías de transmisión

- Vía sexual: Representa la principal vía de infección en nuestro país y en el mundo. Incluye las relaciones heterosexuales, así como la penetración anal, vaginal y el sexo oral.
- Uso de sangre y hemoderivados contaminados: no es posible eliminar por completo la posibilidad de transmisión a través de ella, dada la existencia del período de ventana.
- Drogadicción: constituye una vía de contagio importante.
- Transmisión de la madre al feto o transmisión vertical. Incluye 3 momentos:
 - a) Último trimestre del embarazo
 - b) En el trabajo de parto por contaminación en el canal

c) Durante lactancia materna

El riesgo de transmisión al feto varía entre 15 y 25 %, pero hoy en día se puede reducir a 4 % con la administración de AZT a partir de las 14 semanas de gestación, en el parto y luego durante 6 semanas al recién nacido, así como la ejecución de la operación cesárea y la no lactancia materna.²⁵

En Europa las principales vías de transmisión son, en primer lugar, la transmisión por el consumo de drogas por vía parenteral y, en segundo lugar, la vía homosexual (varones que mantienen relaciones sexuales con varones).

En función del predominio de las diferentes modalidades, se puede hablar de cuatro grupos:

—Predominio de la vía de transmisión heterosexual.

—Predominio de la vía de transmisión homosexual.

—Similitud en la vía heterosexual-homosexual.

—Predominio de la vía de transmisión por consumo de drogas por vía parenteral.²⁶

Panorama epidemiológico del VIH-SIDA

ONUSIDA es una estrategia que tiene como principal fin encabezar, reforzar y apoyar una respuesta global contra el SIDA.

- Mundial

ONUSIDA informó en el Reporte Global de la Epidemia de SIDA 2010, lo siguiente: Se estiman 33.3 millones de personas viviendo con el VIH en el mundo, 15.9 millones son mujeres; 2.5 millones son menores de 15 años. 2.6 millones de personas se infectaron con el VIH en todo el mundo en 2009. 1.8 millones de personas murieron de enfermedades relacionadas con el SIDA en el 2009. Más de 30 millones de personas vivían con el VIH en países de ingresos bajos y medianos en 2009.²⁷

Dávila *et al.*, reportan que existen estudios que muestran que los adolescentes conforman 20 % del total de la población mundial, de los cuales 85% viven en países en desarrollo en donde se le ha dado poca importancia a los problemas propios de su generación y donde se evidencia que el número de adolescentes VIH/SIDA ha ido en aumento.²⁸

- Regional

En América Latina y el Caribe se estima que hay 560 000 jóvenes que viven con el VIH/SIDA (31 %, mujeres). Unos pocos países caribeños tienen algunas de las más graves epidemias fuera de África y al menos 2 % de sus mujeres jóvenes están infectadas. En América Latina el virus se ha propagado principalmente entre hombres que tienen actividad sexual con otros hombres, pero está alcanzando otras poblaciones, entre ellas, mujeres jóvenes.²⁹

La epidemia del VIH/SIDA en el Perú ha cumplido 24 años de existencia desde la detección de los primeros casos, según información oficial del boletín de ITS y VIH/SIDA emitido por la Dirección General de Epidemiología existen 19 994 casos de SIDA y 29 570 casos de infección por VIH reportados al sistema de vigilancia hasta el 31 de agosto de 2007. La razón hombre: mujer resultante de los casos reportados de SIDA calculada en 3.56:1 y mostrando un discreto aumento con respecto a lo reportado para años previos.³⁰

En el Perú, como en muchos países de América Latina, la epidemia de VIH está concentrada en hombres que tienen sexo con hombres (HSH). La prevalencia de VIH entre esta población a nivel nacional es 13,9% y en Lima de 18,5%, con un reporte de bisexualidad de 22,9% y una baja tasa de uso de condón especialmente con parejas mujeres (17% de uso de condón con mujeres frente a 25,5% con varones).³¹

- Nacional

En nuestro país desde el inicio de la epidemia y hasta el 15 de noviembre del 2010, existían 144,127 casos de SIDA notificados, 82.2% (118,444) eran hombres y 17.8% (25,683) mujeres; la relación hombre: mujer del total de casos de SIDA acumulados hasta el año 2010 era de 5:1.

La incidencia acumulada de SIDA para el 2011 (corte al 31 de marzo) en México fue de 135.6 por cada 100,000 habitantes.

La prevalencia de VIH/SIDA en México oscila de 0.3 a 1.4 por cada 1000 habitantes según cada estado, Tabasco tiene una prevalencia 1.0 con fecha de corte hasta el 15 de noviembre del 2010.³²

Los estados con más casos acumulados de SIDA son, en primer lugar el Distrito Federal con 23,811 casos (representa 16.1%), en segundo lugar se encuentra el Estado de México con 16,392 casos (representa 11.1%), Veracruz con 13,633 casos (representa 9.2%), Jalisco con 11,242 casos (representa 7.6%), y en quinto lugar Puebla con 6,858 casos (representa 4.6%); Tabasco se encuentra en el lugar número 17 con 2,853 casos (representa 1.9%). Los estados con menos casos acumulados son Baja California Sur con 816 casos (representa 0.6 %) y Zacatecas con 774 (representa 0.5 %).

Los estados con mayor incidencia acumulada de SIDA encontramos nuevamente en primer lugar el Distrito Federal con 269 x 100,000 habitantes, en segundo lugar se encuentra el Guerrero con 203.9 x 100,000 habitantes, en tercer lugar Baja California Norte con 200.9 x 100,000 habitantes, seguido de Morelos con 191.6 x 100,000 habitantes y en quinto lugar Veracruz 186.5 x 100,000 habitantes. El estado de Tabasco ocupa el lugar 12, con una tasa de 137.8 por cada 100,000 habitantes, estando ligeramente por encima de la manejada a nivel nacional. (Ver anexo 5.1).

- Estatal

En Tabasco en el acumulado de 1984 al 2011 de VIH/SIDA el 70.9% (2,902 casos) está representado por SIDA y el 29.03 % (1,187 casos) por VIH haciendo un total de infectados de 4,089 casos.

El Estado se encuentra en el lugar número 17 de las 32 entidades federativas de casos acumulados con 2,853 casos (representa 1.9%)

La incidencia acumulada de SIDA para el 2011 (corte al 31 de marzo) en el Estado con una tasa de 137.8 por cada 100,000 habitantes, estando

ligeramente por encima de la manejada a nivel nacional, se encuentra en el lugar 12, de toda la República (Ver anexo 5.1).

Los casos incidentes de VIH en el estado de Tabasco desde 1988 al 2011 se han presentado anualmente, con una variabilidad numérica, pero en general con una tendencia hacia el incremento en cada año, aunque de 1988 a 1991 son los años que menos reportan casos, en el 2008 hubo un repunte de casos con 170. (Ver anexo 5.2).

Los casos incidentes de SIDA en el estado de Tabasco desde que iniciaron a presentarse los casos en 1984 hasta el 2011 ha sido constante, con una tendencia ascendente, de 1984 a 1990 reportaron menos de veinte casos, en el 2004 se observa un repunte de casos con 252, en el 2011 a la semana 35 se encontraba ligeramente menor con respecto al 2010 (ver anexo 5.3).

Funcionalidad familiar

A partir de la década del 50 proliferaron los modelos de familia que intentan describir los patrones de interacción que ocurren en el sistema familiar (Beavers, y Hampson, 1995; Doherty y Colangelo, 1984; Epstein, Bishop y Baldwin, 1983; Minuchin, 1992; Olson, Russell, y Sprenkle, 1989; Steinhauer, Santa-Barbara, y Skinner, 1984). Existe actualmente un mayor consenso respecto de cuáles son los aspectos que deberían considerarse en la indagación del funcionamiento familiar.

Desde el Modelo Circunflejo de Sistemas familiares y Maritales (Olson, 2000; Olson, Russell y Sprenkle, 1989), el cual ha tenido una gran difusión en los últimos años en el mundo académico y profesional, se sostiene que la cohesión, la flexibilidad y la comunicación son las tres dimensiones que principalmente definen el constructo funcionamiento familiar.

La cohesión se refiere al grado de unión emocional percibido por los miembros de la familia. La Flexibilidad familiar se define como la magnitud de cambio en roles, reglas y liderazgo que experimenta la familia. El grado de cohesión y

flexibilidad que presenta cada familia puede constituir un indicador del tipo de funcionamiento que predomina en el sistema: extremo, de rango medio o balanceado. Los sistemas maritales o familiares balanceados tienden a ser más funcionales y facilitadores del funcionamiento, siendo los extremos más problemáticos mientras la familia atraviesa el ciclo vital.³³

La comunicación familiar refleja los patrones de interacción a través de los cuales los miembros de una familia interactúan, intercambian mensajes con contenidos afectivos, informativos o normativos.³⁴

En la actualidad contamos en nuestro medio con instrumentos de medición de la dinámica familiar, la función familiar y la función conyugal, mismos que han sido mejorados a través de su historia y avalados actualmente para su utilización, los más usados el APGAR y el FACES III aplicado con éxito tanto en Europa como en México diseñado por el Olson y cuyas siglas en español significan: Escalas Evaluativas de Cohesión y Adaptabilidad Familiar,^{35,36} instrumento traducido al español en el 2001, validado y aplicado enero-abril 2006. Además de estos se encuentran la escala de ambiente que tiene 90 ítems, la escala de Mc Master con 53 ítems y la escala de Pless Satterwhite, que tiene 15 ítems.^{37,38}

Existen varios conceptos específicos para diagnosticar y medir las dimensiones de cohesión familiar: lazo emocional, fronteras, coaliciones, tiempo, espacio, amistades, toma de decisiones, intereses y formas de recreación.

La descripción, medición y diagnóstico de la adaptabilidad incluye conceptos como poder (capacidad de afirmación, control, disciplina), estilos de negociación, relaciones de roles y reglas de relación de la familia.³⁹

- Cohesión

Se define como el vínculo emocional que los miembros de una familia tienen entre sí. Dentro de esta dimensión es posible distinguir cuatro niveles:

desvinculada (muy baja), separada (baja a moderada), conectada (moderada a alta) y enmarañada (muy alta).

1. Cohesión desvinculada o desprendida: familias donde abunda el "yo", hay ausencia de unión afectiva entre los miembros de la familia, ausencia de lealtad a la familia y alta independencia personal.
2. Cohesión separada: si bien predomina el "yo" existe la presencia de un "nosotros"; además se aprecia una moderada unión afectiva entre los miembros de la familia, cierta lealtad e interdependencia entre ellos, aunque con una cierta tendencia hacia la independencia.
3. Cohesión conectada o unida: prevalece el "nosotros" con presencia del "yo"; son familias donde se observa una considerable unión afectiva, fidelidad e interdependencia entre los miembros de la familia, aunque con una tendencia hacia la dependencia.
4. Cohesión aglutinada: impera el "nosotros", apreciándose máxima unión afectiva entre los familiares, a la vez que existe una fuerte exigencia de fidelidad y lealtad hacia la familia, junto a un alto grado de dependencia respecto de las decisiones tomadas en común.

- Adaptabilidad familiar

Se define como la capacidad de un sistema conyugal o familiar de cambiar su estructura de poder, relaciones de roles y reglas de relación, en respuesta al estrés situacional o evolutivo. Los cuatro niveles de adaptabilidad que se describen son: rígida (muy baja), estructurada (baja a moderada), flexible (moderada a alta) y caótica (muy alta).

1. Adaptabilidad caótica: Hay ausencia de liderazgo, cambios aleatorios de roles, disciplina irregular y cambios frecuentes.
2. Adaptabilidad flexible: Existe un liderazgo y roles compartidos, disciplina democrática y cambios cuando son necesarios.
3. Adaptabilidad estructurada: Es aquella en que el liderazgo y los roles en ocasiones son compartidos, donde existe cierto grado de disciplina democrática y los cambios ocurren cuando se solicitan.

4. Adaptabilidad rígida: indica un liderazgo autoritario, roles fijos, disciplina estricta y ausencia de cambios ⁴⁰

La adaptabilidad familiar o los recursos adaptativos con que cuenta la familia no es más que la capacidad de flexibilidad familiar para enfrentar circunstancias, factor en el cual son de suma importancia los cambios para adaptarse a las nuevas situaciones, es decir, la habilidad para cambiar los límites, los sistemas jerárquicos, los roles, las reglas, las formas de comunicación y los proyectos de vida en dependencia de las nuevas circunstancias.⁴¹

La comunicación familiar es interpretada como un elemento modificable, en función de la posición de las familias a lo largo de las otras dos dimensiones (cohesión y adaptabilidad); es decir que, al cambiar los estilos y estrategias de comunicación de una familia, probablemente cambiará el tipo de cohesión y adaptabilidad al que pertenecen.⁴²

La adecuación o inadecuación de los patrones comunicativos familiares juega un rol principal en la funcionalidad o disfuncionalidad de la misma. La funcionalidad o no de la comunicación familiar, en última instancia, expresa el grado o la medida en que sus miembros han aprendido a manifestar adecuadamente o no, sus sentimientos en relación con los otros, y también cuánto la familia ha avanzado en la elaboración de sus límites y espacios individuales.⁴³

Planteamiento del problema

El VIH-SIDA es una enfermedad infecto-contagiosa, transmisible; hasta el momento no se cuenta con vacunas que protejan del contagio, ni tampoco un medicamento que cure la enfermedad; hoy en día, existen medicamentos antirretrovirales, los cuales controlan el progreso de la enfermedad, contribuyen a alargar la esperanza de vida de los pacientes; sin embargo el acceso y el costo al tratamiento generan grandes pérdidas económicas en los pacientes, en la familia y origina conflictos laborales debido a que los pacientes son más susceptibles a contraer infecciones oportunistas, esto a su vez provoca ausentismo laboral con el consecuente impacto institucional. Las instituciones de salud tienen que gastar sumas altas de dinero para poder otorgar los servicios y medicamentos que demandan los pacientes tanto asintomáticos, como aquellos que presentan complicaciones.

En el municipio de Centro no se conoce con certeza el comportamiento de los factores de riesgo en el VIH-SIDA desde sus inicios hasta la fecha, se ha observado la existencia de sub-registros en la información relacionada con la notificación de casos, tanto en el tiempo como en la forma, muchos de los casos son notificados después de muertos o incluso varios años después del diagnóstico, el no realizar las actividades de vigilancia epidemiológica a tiempo, genera modificaciones en el comportamiento cuando se analiza la información a través de los años, se desconoce el estimado o las cifras reales por lo que es importante determinarla.

La vía de transmisión más común es la sexual, y el grupo de edad más afectado son los jóvenes, estos a su vez son los que tienen mayor actividad sexual por lo que es de interés identificar su comportamiento a fin de proponer acciones que modifiquen las conductas de mayor riesgo y con ello disminuir el riesgo o posibilidad de transmisión. Uno de los aspectos importantes para el tratamiento y la sobrevivencia de los pacientes con VIH es la integración a la sociedad,



empezando por la familia. La funcionalidad familiar es importante para el manejo de la enfermedad por lo que es fundamental conocerla en los pacientes con VIH/SIDA.

De acuerdo a lo comentado previamente se llega a la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la prevalencia en pacientes con VIH/SIDA, las conductas sexuales y la funcionalidad familiar del municipio de Centro, Tabasco?

Justificación

La infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), se considera el mayor problema de salud pública del siglo XX. Esta infección supone un problema sanitario mundial de gran magnitud, es la infección de transmisión sexual (ITS) más difundida en el mundo, sobre todo en países en vías de desarrollo, afectando de manera directa la calidad de vida y salud de individuos, familias y comunidades, así como su desarrollo social y psicosocial. En América del norte y del sur el VIH, constituye una importante amenaza a la Salud Pública, en la actualidad existen en el continente alrededor de 5 millones de personas que viven con VIH, de las cuales se estima que 3 millones pertenecen a América Latina y el Caribe.⁴⁴

La Organización Mundial de la salud informó en el Reporte Global de la Epidemia de SIDA 2011 lo siguiente: Se estiman 34 millones de personas viviendo con el VIH en el mundo, de los cuales 16.8 millones son mujeres y 3.4 millones son menores de 15 años. En el 2010 aproximadamente 2.7 millones de personas se infectaron con el VIH y murieron 1.8 millones de personas de enfermedades relacionadas con el SIDA. En el mismo año en países de ingresos bajos y medianos más de 30 millones de personas vivían con el VIH.⁴⁵

En la República Mexicana la relación hombre: mujer del total de casos de SIDA acumulados en los últimos diez años es de 4:1.

Las entidades federativas con mayor prevalencia de casos de VIH/SIDA son: Quintana Roo con 1.4 casos, Yucatán 1.4, Distrito Federal 1.3, Veracruz 1.2, Guerrero 1.1, Campeche 1.1, Baja California 1.0, Morelos 1.0, Tabasco 1.0 y Baja California Sur 0.9 casos por 1000 habitantes.⁴⁶

En el 2010 se reportaron 137 casos de SIDA en el municipio de Centro, y en el 2011 fueron 180 casos, incrementándose un 13.56%.⁴⁷

A pesar de que la supervivencia de los pacientes con infección por el VIH ha mejorado mucho tras la introducción de los tratamientos antirretrovirales de alta eficacia, ésta sigue siendo una enfermedad grave que no tiene curación. La

monitorización de las muertes por VIH/sida es un indicador para evaluar la efectividad de los tratamientos antirretrovirales y las actividades de prevención dirigidas a la lucha contra la infección por el VIH.⁴⁸

Antes de la llegada a México de los tratamientos antirretrovirales, la tasa de mortalidad general por SIDA era de 1.8 muertes por cada cien mil habitantes en 1990 y en 1996 alcanzó su máximo registro con 4.8 muertes. A partir de ese último año, el progresivo acceso a un nuevo grupo de antirretrovirales conocidos como inhibidores de proteasa (IP) cambió radicalmente el pronóstico de los pacientes con VIH/SIDA; se demostró que la combinación de los medicamentos ya existentes, en lo que se denominó Tratamiento Antirretroviral Altamente Supresivo (TAR), lograba retrasar el daño del sistema inmunológico y mejorar substancialmente la calidad de vida.

Lamentablemente, han ocurrido alrededor de 72 mil defunciones asociadas al VIH/SIDA en población general en México durante el período de 1988-2007 y casi 49 mil en el grupo de 25 a 44 años de edad, precisamente el núcleo central de la población económicamente activa. Sin duda el principal logro del periodo 2001-2006 lo constituye el “acceso universal al Tratamiento Anti-Retroviral en el país”, cuya meta se cumplió a finales del año 2003 antes de lo programado (2006). Sin embargo, aún no se percibe del todo el impacto que ha tenido en la mortalidad la instrumentación de esta enorme medida de salud pública, ya que en el año 2000 la tasa de mortalidad por SIDA en la población general fue de 4.3 por cada 100,000 habitantes, en tanto que en el 2007 fue de 4.8; ocupando el lugar 17 como causa de muerte a nivel nacional. No obstante, las tasas de mortalidad del grupo de 25-44 años de edad sí muestran una leve tendencia descendente, lo cual indica que el periodo de sobrevida de las personas infectadas se ha dilatado.⁴⁹

El VIH/SIDA es un problema de salud pública a nivel mundial por el impacto económico ejercido en los individuos, en la familia y por ende en la sociedad, lo que recae en el detrimento de las condiciones de vida de estos.

El conocer el comportamiento de la enfermedad a través del tiempo, determinar cuáles son los grupos de riesgo, que sexo predomina más, la edad más

frecuente, permite identificar los grupos más vulnerables. El mayor número de casos es secundario a contagio sexual, por lo que conocer la caracterización epidemiológica es importante para realizar una propuesta más dinámica, propositiva, para llegar a impactar en el VIH-SIDA. En general, cualquier problema de salud pública debe abordarse con pleno conocimiento del problema, con evidencias que respalden las decisiones tomadas en los diferentes niveles de atención.

El identificar el resto de los factores de riesgo de contraer VIH y SIDA por nuestra población general es importante, ya que los casos se están incrementando año con año y con ello los gastos en medicamentos y tratamiento de complicaciones serán más mayores, además del incremento de riesgo de morir.



Objetivos

Objetivo general

- Determinar la prevalencia de VIH/SIDA, la conducta sexual y la funcionalidad familiar en pacientes del municipio de Centro, Tabasco, 2011.

Objetivos específicos

- Identificar la prevalencia de VIH/SIDA en el municipio de Centro, Tabasco.
- Analizar la conducta sexual de riesgo en personas con VIH/SIDA en el municipio de Centro.
- Describir la funcionalidad familiar de los pacientes con VIH/SIDA en el municipio de Centro.

Material y método

Tipo de estudio:

Se trató de un estudio de transversal, retrospectivo, analítico, realizado en el municipio de Centro.⁵⁰

Universo

En el 2011 fueron 938 casos vivos que se encuentran en el registro Nacional de SIDA, pertenecientes al municipio de Centro. De los cuales 460 son VIH y 478 corresponden a SIDA.⁵¹

Del total de casos 509 (192 VIH/317 SIDA) pertenecen a la Secretaría de Salud y 429 casos (268 VIH/161 SIDA) tienen alguna derechohabiencia.

Muestra

Se realizó un muestreo aleatorio simple con índice de confianza del 95%, con una $p=0.5$ y un porcentaje de error del 5%.

Se obtuvo una muestra de 154 casos de VIH/SIDA del Municipio de Centro, Tabasco, 2011, de la Secretaría de Salud.

Por factibilidad se tomaron los pacientes de VIH/SIDA que acuden al Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) porque es una institución de la Secretaría de Salud, atiende a personas con este padecimiento y se tiene acceso a esta población.

Crterios de seleccin

Crterios de inclusin

- ✓ Todo paciente con diagnstico de VIH/SIDA que perteneciera al municipio de Centro.
- ✓ Todo paciente con VIH/SIDA que aceptó contestar los instrumentos de recoleccin de datos.

Crterios de exclusin

- Pacientes con diagnstico de VIH/SIDA que pertenecieran a municipios vecinos.
- Pacientes con VIH/SIDA que contestaron incompleto los instrumentos de recoleccin de datos o renuentes a responderlo.

Crterios de eliminacin

- × Persona con VIH/SIDA que no firmó el consentimiento informado.
- × Persona con VIH/SIDA con sólo un integrante en la familia.

Identificación de variables

Las variables (ver anexo 1) estudiadas se clasificaron en:

- ✓ Prevalencia de acuerdo a la actividad sexual de los pacientes de VIH-SIDA
 - Mujer trabajadora sexual.
 - Hombre trabajador sexual.
 - Mujer y hombre heterosexual.
 - Mujer y hombre homosexual.
 - Mujer y hombre bisexual.

- ✓ Conducta sexual de riesgo en pacientes con VIH-SIDA del municipio de Centro, Tabasco.
 - Inicio temprano de vida sexual
 - Múltiples parejas sexuales.
 - Práctica sexual sin protección.
 - Preferencia sexual.
 - Antecedente de infecciones de transmisión sexual.

- ✓ Funcionalidad familiar
 - Cohesión
 - Adaptabilidad
 - Comunicación

Recolección de datos

Se aplicaron dos instrumentos para recolección de la información y posteriormente analizar las conductas sexuales de riesgo y la funcionalidad familiar en personas con VIH/SIDA.

El primer instrumento se denominó “**Cuestionario para determinar la conducta sexual asociada a VIH/SIDA**” (anexo 2.1), utilizado para alcanzar el primer objetivo específico; se conformó de 33 preguntas abiertas y cerradas, se utilizaron preguntas de la Cédula de Monitoreo del Programa de Acción (es un instrumento que recopila información sobre los motivos de asistencia a los servicios de salud, información socioeconómica de los usuarios de servicios por distintos subgrupos de población en riesgo, el acceso a distintos servicios: detección y tratamiento de ITS, VIH y TB, consejería, provisión de condones, información sobre comportamientos sexuales, discriminación, uso de drogas inyectables y exámenes de laboratorio)⁵² y del estudio epidemiológico de VIH/SIDA “VIH/SIDA 2010-1”.⁵³ Fue validado mediante una prueba piloto en el CAPASITS a pacientes con VIH/SIDA, en donde se aplicaron 15 cuestionarios, las respuestas se procesaron en el programa estadístico SPSS versión 18.5.

El segundo instrumento utilizado fue: “**FACES III: Family Adaptability and Cohesion Evaluation scale**” (anexo 2.2) compuesto de 20 preguntas tipo Likert. Debido a que la escala del FACES III mide cohesión y adaptabilidad sólo se analizará esta parte de la funcionalidad familiar por lo que la comunicación no se incluirá.

Ambos instrumentos se aplicaron en el Centro de Atención a Pacientes con Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA (CAPASITS) por la autora del proyecto, por cuota de 20 encuestados por día hasta completar los 154 casos, de acuerdo con los criterios de selección establecidos previamente.

Factibilidad

Este estudio fue realizado y costado por la autora del proyecto, se tomó el CAPASITS por ser más accesible a pacientes con VIH/SIDA para la aplicación de las encuestas.

La realización de este estudio de investigación fue posible gracias a la colaboración de los directivos del CAPASITS que permitieron hacer uso de la información de los usuarios de la institución, así como la participación de los usuarios de esta unidad de salud.

Procesamiento y análisis de la información

Se revisó la base del Registro Nacional de VIH/SIDA (RNS), se llevó a cabo el procedimiento, se concentró los datos en un libro de Excel, se calculó la prevalencia del VIH/SIDA en pacientes del municipio de Centro.

La captura de la base de datos se realizó en Excel y en el paquete estadístico SPSS versión 18.0 para su análisis estadístico.

Se estimaron medidas de frecuencia de las conductas de riesgo, los datos se presentaron en tablas y gráficos, medida de asociación, con intervalo de confianza al 95% (IC 95%), y la χ^2 de Pearson para variables cualitativas y la T-Student para variables cuantitativas como pruebas estadísticas, asumiendo como diferencias estadísticamente significativas aquellas en donde el valor de p fuera inferior a 0.05.

Consideraciones éticas

Se solicitó por escrito el permiso al jefe de la Jurisdicción Sanitaria 04 Centro (ver anexo 3) para tener el acceso a las instalaciones y la aplicación de la encuesta a los pacientes, respetando la confidencialidad, la autonomía y la privacidad de la información.

De acuerdo con el artículo 17 del “Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud” publicado en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984, el estudio se trató de una investigación con sin riesgo, ya que sólo se aplicaron los cuestionarios de recolección de datos, se identificó a los individuos por lo que se solicitó su conformidad por escrito para participar en el estudio (Agenda de Salud, Ley General de Salud, 2 da ed. México Editores Fiscales Isef 2001;23). (Anexo 4).

También se le dio cumplimiento al artículo 113 de dicho Reglamento: la conducción de la investigación estuvo a cargo de un investigador principal, quien es un profesional de la salud y tiene formación académica y experiencia adecuada para la discreción del trabajo realizado, es miembro de la institución de atención a la salud y contó con la autorización del responsable de la unidad en dónde se realizó la investigación.⁵⁴

Para conservar el anonimato de los y las informantes se le asignó un número a cada paciente, en la base de datos que se realizó en Excel.

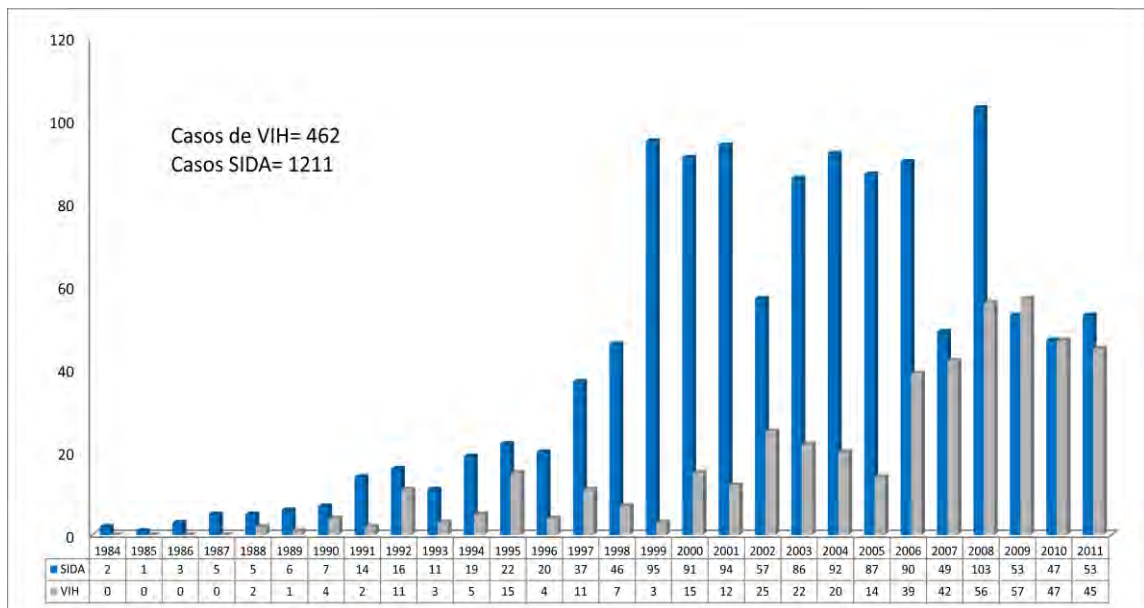
Resultados

Se obtuvo el Registro Nacional de SIDA, se dividieron los casos de acuerdo al padecimiento notificado en VIH y SIDA, se clasificaron de acuerdo a grupo de edad y sexo, obteniéndose los siguientes resultados:

Desde los primeros casos en el Estado en 1984 al 2011, la prevalencia de SIDA ha sido en forma ascendente.⁵⁵

Los casos acumulados de SIDA en el municipio de Centro desde 1984 al 2011 se han presentado en forma constante, se le anexaron los caso de VIH hasta el año 88 con 2 casos, a partir de ese año ambos casos se han encontrado en forma constante, siendo SIDA quienes tienen mayor número de casos en comparación con los de VIH. Los casos de VIH y de SIDA desde sus inicios han ido presentándose año con año en forma ascendente hasta el 2008 con ciertos declives (2002 y 2007) y menor número de casos reportados a partir del 2009 (ver gráfico 1).

Gráfico 1. Casos acumulados de VIH/SIDA. Centro, Tabasco, 1984-2011

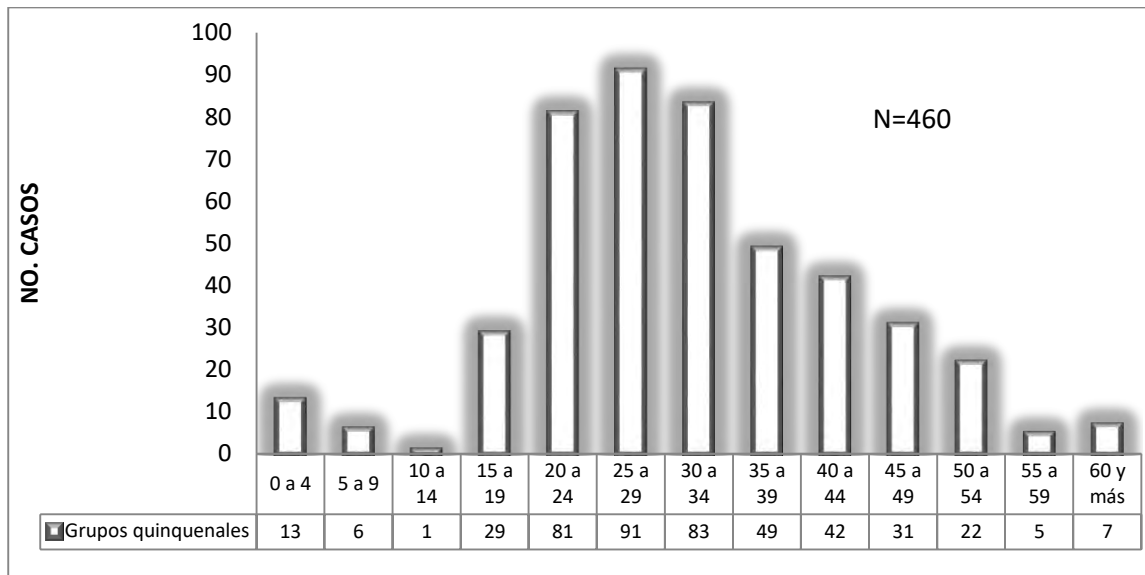


Fuente: Registro Nacional de VIH/SIDA

En pacientes con VIH del municipio de Centro todos los grupos de edad se encuentran con casos, los grupos de edad más

afectados son los de 20 a 34 años con un total de 255 casos (25 a 29 años con un total de 91 pacientes, seguido del grupo de 30 a 34 con 83 casos y de 20 a 24 con 81casos) (gráfico 2).

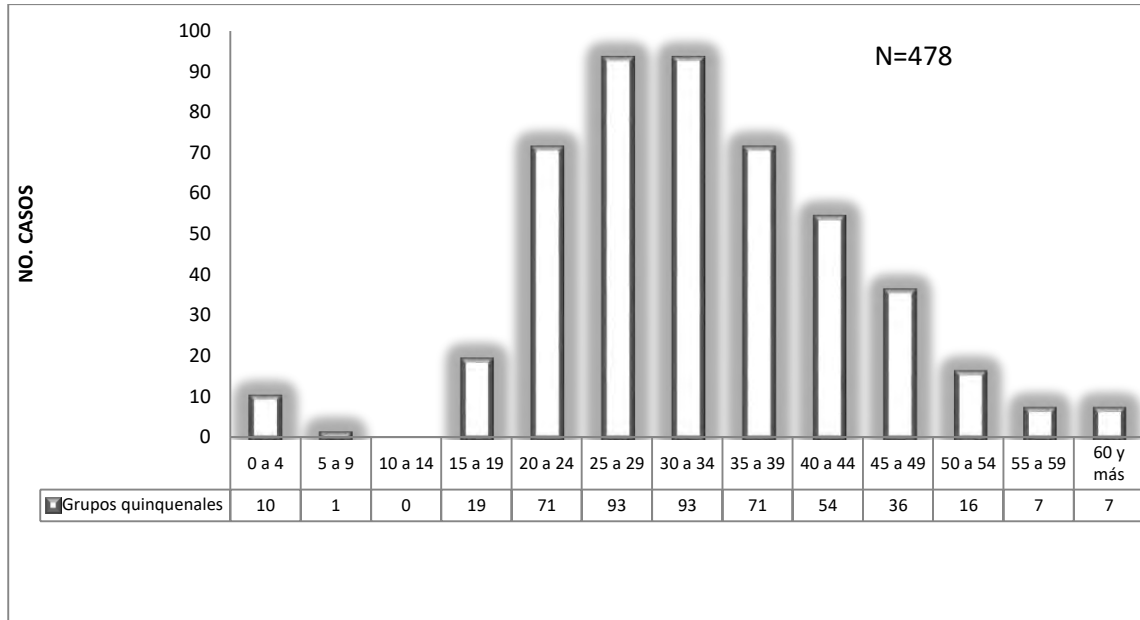
Gráfico 2. Pacientes con VIH por grupo quinquenal, Centro, Tabasco 1987-2011



Fuente: Registro Nacional de VIH/SIDA

En casos de SIDA en el registro nacional, se encontraron pacientes de todos los grupos de edad siendo los grupos más afectados son el de 25 a 34 años con 186 casos (93 cada grupo quinquenal), seguidos de los grupos de 20 a 24 años y el de 35 a 39 años con 71 casos cada uno, los menos afectados los menores de quince años, de 0 a 4 años con 10 casos, de 5 a 9 años con 1 caso y el otro extremo de la vida, el grupo de 55 a 59 años y de 65 y más años con 7 casos cada uno (ver gráfico 3).

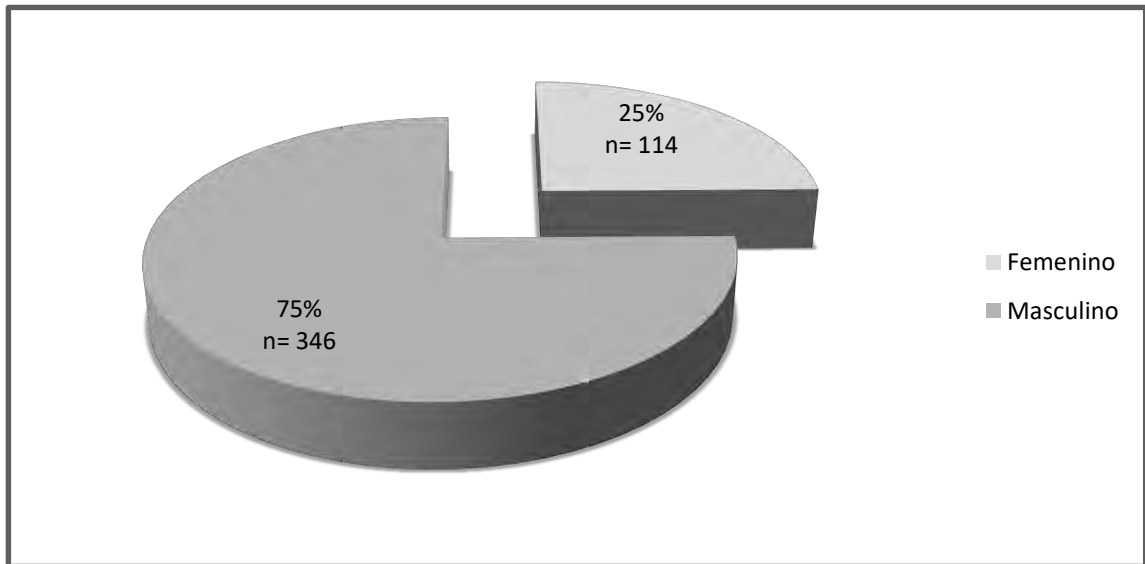
Gráfico 3. Pacientes con SIDA por grupo quinquenal, Centro, Tabasco 2011.



Fuente: Registro Nacional de VIH/SIDA

De VIH hay 460 pacientes reportados, de los cuales 114 son mujeres y 346 son hombres, con una razón hombre-mujer de 3:1 (ver gráfico 4).

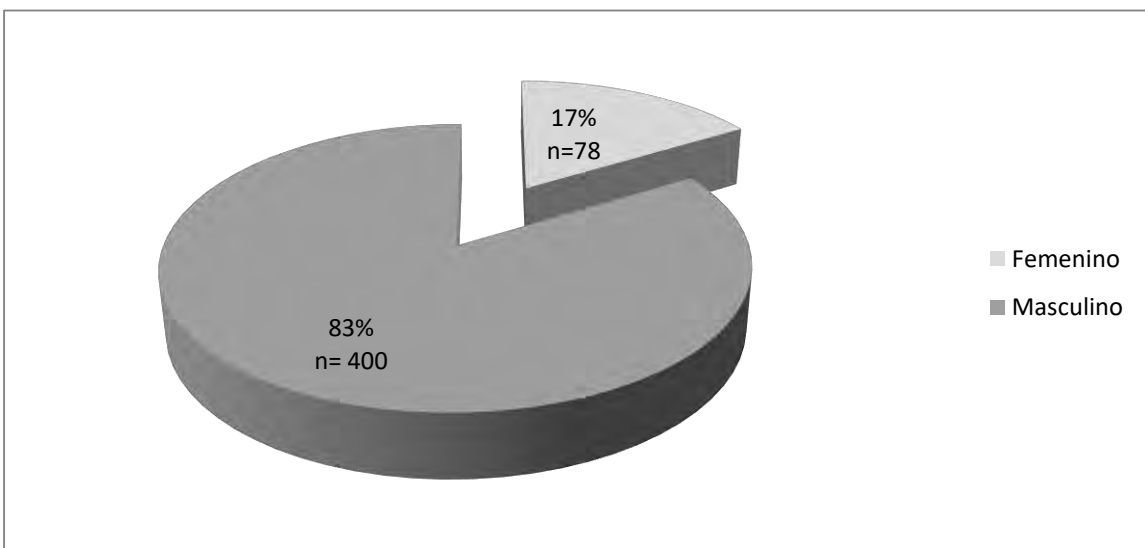
Gráfico 4. Sexo de Pacientes con VIH, Centro, Tabasco 2011



Fuente: Registro Nacional de VIH/SIDA

Se han reportado 478 pacientes de SIDA, de los cuales 78 son mujeres y 400 son hombres, con una razón hombre-mujer de 5.1:1 (ver gráfico 5).

Gráfico 5. Sexo de Pacientes con SIDA, Centro, Tabasco 2011



Fuente: Registro Nacional de VIH/SIDA

De acuerdo a la población CONAPO 2011⁵⁶ para el municipio de Centro, Tabasco, la prevalencia de VIH/SIDA se encontró de 1.5 por cada 1000 habitantes.

De acuerdo con lo obtenido en la aplicación del instrumento de recolección de información, se presentan a continuación los siguientes resultados:

a) Frecuencia de acuerdo a la conducta sexual de los pacientes con VIH/SIDA

El promedio de inicio de vida sexual en los casos de VIH/SIDA estudiados fue de 15,4 años (hombre 15,33 y mujer 15,55) con un mínimo de 11 y una edad máxima de 20 años.

Con respecto al tipo de población se encontró con mayor frecuencia a los heterosexuales con múltiples parejas (40.3% n=62), seguido de los hombres homosexuales (29.9 % n=46), otras que se definieron como heterosexuales con una pareja (16.9% n=26) y en último lugar bisexuales (13% n=20) (Tabla 1).

Tabla 1. Tipo de población de pacientes con VIH/SIDA, municipio Centro, Tabasco, 2011.

Tipo de población	Frecuencia	Porcentaje
Heterosexual con múltiples parejas	62	40,3
Hombres homosexuales	46	29,9
Otra	26	16,9
Bisexual	20	13,0
Total	154	100,0

Fuente: Cuestionario para determinar los factores de riesgo asociados a VIH/SIDA.

b) Actividades sexuales de riesgo en pacientes con VIH/SIDA del municipio de Centro, Tabasco.



En cuanto a las parejas sexuales estables la gama de posibilidades fue abierta desde aquella persona que nunca estableció una, hasta el que tuvo n cantidad de estas. El 13.6% (n=21) no tuvo ninguna, con 1 pareja sexual el 33.1% (n=51), con 2 parejas sexuales el 31.2 % (n=48), el 12.3 % (n=19) tuvo 3 parejas, con 4 parejas el 3.2% (n=5), y en último lugar el 2.6% que tuvo 12 parejas (n=4), (tabla 2).

Tabla 2. Número de parejas estables de pacientes con VIH/SIDA y personas sanas, municipio Centro, Tabasco, 2011.

No. Parejas	n	%
0	21	13,6
1	51	33,1
2	48	31,2
3	19	12,3
4	5	3,2
5	6	3,9
12	4	2,6
Total	154	100

Fuente: Cuestionario para determinar los factores de riesgo asociados a VIH/SIDA

En la encuesta hubo personas que reportaron nunca haber tenido alguna relación no estable. En cuanto al número a parejas no estables fue variable desde 0 a 50, predominando quienes tenían desde 0 hasta 7 parejas representando el 67.84% (n= 104), con 10 parejas el 20.1% (n=31), con 15 y 20 parejas ambos representaron el 3.2 % (n=5, cada uno) y con 50 parejas represento el 5.8% (n=9) (tabla 3).

Tabla 3. Número de parejas no estables de pacientes con VIH/SIDA, municipio Centro, Tabasco, 2011.

No. Parejas	n	%
0	41	26,6
1	6	3,9
2	6	3,9
3	17	11,0
4	4	2,6
5	5	3,2
6	15	9,7
7	10	6,5
10	31	20,1
15	5	3,2
20	5	3,2
50	9	5,8
Total	154	100,0

Fuente: Cuestionario para determinar los factores de riesgo asociados a VIH/SIDA

En cuanto a los sujetos en estudio a quienes les pagaron por tener relaciones sexuales fue variable desde 0 a 20, el 90.9% (n=140) no recibieron remuneración por la relación sexual, a los que le pagaron 2 y 6 personas por el

intercambio sexual ambos representaron el 3.2% para cada uno (n=5), con 20 parejas representó el 2.6% (n=4) (ver tabla 4).

Tabla 4. Número de parejas que les pagaron a pacientes con VIH/SIDA, municipio Centro, Tabasco, 2011.

No. Parejas	n	%
0	140	90,9
2	5	3,2
6	5	3,2
20	4	2,6
Total	154	100,0

Fuente: Cuestionario para determinar los factores de riesgo asociados a VIH/SIDA

En cuanto a parejas a las que le pagó por tener relaciones sexuales fue menor la variación desde 0 a 10, el 92.9% (n=143) no dieron remuneración por la relación sexual, el 3.9% (n=6) le pagaron a 3 personas por tener relaciones sexuales y el 3.9% (n=5) le pagaron a 10 personas por el intercambio sexual (tabla 5).

Tabla 5. Número de parejas a quien les pagó los pacientes con VIH/SIDA, municipio Centro, Tabasco, 2011.

No. Parejas	n	%
0	143	92,9
3	6	3,9
10	5	3,9
Total	154	100,0

Fuente: Cuestionario para determinar los factores de riesgo asociados a VIH/SIDA

El 34.4 % (n=53) no usaba condón por que no había disponible, el 23.4% (n=36) no lo utilizó porque su pareja no quiso usarlo, el 19.5 % (n=30) no creyó necesario utilizarlo, porque tenía confianza en su pareja, el 13% (n=20), el 9.7% (n=15) no lo uso porque no le gusta. (Tabla 6).

Tabla 6. Motivos para no usar condón en pacientes con VIH/SIDA, municipio Centro, Tabasco, 2011.

Motivo	n	%
--------	---	---

No había condón disponible	53	34,4
Mi pareja no quiso usarlo	36	23,4
No creí necesario usarlo	30	19,5
Tengo confianza en la pareja	20	13,0
No me gusta usarlo	15	9,7
Total	154	100

Fuente: Cuestionario para determinar los factores de riesgo asociados a VIH/SIDA

Con respecto al uso del lubricante, el 40.3% del total de los encuestados nunca lo utilizó (n=62). El 25.3% (n=39) de los encuestados algunas veces utilizó lubricante, seguido del 14.9 % (n=23) que casi nunca lo usa, el 9.7% de los encuestados siempre o casi siempre lo utiliza (n=15). (Tabla 7).

Tabla 7. Frecuencia del uso del lubricante en pacientes con VIH/SIDA, municipio Centro, Tabasco, 2011.

Frecuencia Del Uso Del Lubricante	n	%
Nunca	62	40,3
Algunas Veces	39	25,3
Casi Nunca	23	14,9
Siempre	15	9,7
Casi Siempre	15	9,7
Total	154	100,0

Fuente: Cuestionario para determinar los factores de riesgo asociados a VIH/SIDA

El antecedente de haber cursado alguna infección de transmisión sexual como factor de riesgo no se observó en el 70.1% de los encuestado (n=108). Dentro de las infecciones de transmisión sexual, se encontraron primeramente los condilomas genitales en el 20.8% de los encuestados (n=32), el herpes genital y sífilis ambos con el 3.2 % (n=5), el 2.6% (n=4) cursó con gonorrea. (Tabla 8).

Tabla 8. Infecciones de transmisión sexual que presentaron pacientes con VIH/SIDA, municipio Centro, Tabasco, 2011.

Infección De Transmisión Sexual	n	%
Ninguna	108	70,1
Condilomas genitales	32	20,8
Sífilis	5	3,2
Herpes genital	5	3,2
Gonorrea	4	2,6
Total	154	100,0

Fuente: Cuestionario para determinar los factores de riesgo asociados a VIH/SIDA

c) Funcionalidad familiar en pacientes con VIH/SIDA del municipio de Centro, Tabasco.

Se aplicó el cuestionario FACES III encontrándose 12 tipos de familias de los 16 que maneja esta escala. El rango balanceado ocupó el 38 % (n=59) del total de pacientes con VIH, en el que se observaron 3 variantes: Flexiblemente conectado 19% (n=29), Flexiblemente Separado 6% (n=9), Estructuralmente separado 14% (n=21). (Tabla 9).

Tabla 9. Rango balanceado de la escala de FACES III que presentaron pacientes con VIH/SIDA, municipio Centro, Tabasco, 2011.

Categoría	n	%
Flexiblemente Conectado	29	19
Flexiblemente Separado	9	6
Estructuralmente Conectado	0	0
Estructuralmente Separado	21	14
Total	59	38

Fuente: Cuestionario FACES III aplicado a pacientes con VIH/SIDA del municipio de Centro.

Al rango medio le correspondió el 31 % (n=48) del total de pacientes con VIH, en el que se encontraron 5 subdivisiones: Caóticamente separado 10% (n=6), Flexiblemente aglutinado 2% (n=3), Flexiblemente desligado 16% (n=10), Estructuralmente Aglutinado 3% (n=4), Estructuralmente desligado 10% (n=15). (Tabla 10).

Tabla 10. Rango medio de la escala de FACES III que presentaron pacientes con VIH/SIDA, municipio Centro, Tabasco, 2011.

Categoría	n	%
Caóticamente Conectado	0	0
Caóticamente Separado	10	6
Flexiblemente Aglutinado	3	2
Flexiblemente Desligado	16	10
Estructuralmente Aglutinado	4	3
Estructuralmente Desligado	15	10
Rígidamente Conectado	0	0
Rígidamente Separado	0	0
Total	48	31

Fuente: Cuestionario FACES III aplicado a pacientes con VIH/SIDA del municipio de Centro.

El rango extremo ocupó el 31 % (n=47) del total de pacientes con VIH, en el que se observaron de todas las variantes: caóticamente aglutinado 10% (n=6), caóticamente desligado 16% (n=24), rígidamente conectado 4% (n=6%) rígidamente separado 1% (n=1). (Tabla 11).

Tabla 11. Rango Extremo de la escala de FACES III que presentaron pacientes con VIH/SIDA, municipio Centro, Tabasco, 2011.

Categoría	n	%
Caóticamente Aglutinado	16	10
Caóticamente Desligado	24	16
Rígidamente Conectado	6	4
Rígidamente Separado	1	1
Total	47	31

Fuente: Cuestionario FACES III aplicado a pacientes con VIH/SIDA del municipio de Centro.

Discusión

El VIH/SIDA sigue siendo uno de los más graves problemas de salud pública del mundo, especialmente en los países de ingresos bajos o medios.⁵⁷

Las estimaciones de adultos y niños infectados para el 2010 en el mundo son 34.0 millones de gente viviendo con VIH, 2.7 millones de nuevos infectados para ese año y 1.8 millones de muertes por SIDA.⁵⁸

La prevalencia de infección varía de acuerdo con la edad y es mayor en los sujetos más jóvenes. Se encontró más afectado el grupo de 20 a 29 años, y el sexo masculino con mayor riesgo datos similares reportaron Valdespino *et al.*⁵⁹

En el presente estudio se encontró que el inicio de vida sexual fue de 20 años y menos, siendo mayor a los 15-16 años de edad, resultados similares a los reportados en otros estudios.^{60,61}

El inicio temprano de las relaciones sexuales de acuerdo al sexo no tuvo gran variación en este estudio, en comparación con lo que encontró Sierra *et al.*, quienes encontraron la edad 17 para mujeres y 15 para hombres.⁶²

El 26.3% de los pacientes no cree necesario el uso del condón con ninguna relación sexual, correspondiente con el 26.6% que refirió no utilizarlo con ningún tipo de relación sexual, datos similares observados por Vera *et al.*, quienes reportaron únicamente 26.4%.⁶³

Faílde *et al.*, encontró que el sexo femenino suelen tener menor número de parejas sexuales, que usan el condón en menor medida en las prácticas bucogenitales y coito-anales, resultados similares a los hallados en este estudio.⁶⁴



La funcionalidad familiar en pacientes con VIH/SIDA del municipio de Centro se encontró mayormente en el rango balanceado mientras que en el rango medio y extremo no se encontró diferencia significativa.

Conclusiones

La prevalencia de VIH/SIDA en Tabasco es ligeramente mayor que las cifras encontradas a nivel nacional.

Tienen mayor posibilidad de enfermar las personas con las siguientes características: el sexo masculino, en etapa adulta temprana, solteros con nivel académico medio superior e ingreso económico medio bajo.

En los pacientes con VIH/SIDA se encontraron que las frecuencias relacionadas a conductas sexuales de riesgo para infectarse por VIH/SIDA que se hallaron en la población estudiada fueron: antecedentes de haber padecido alguna infección de transmisión sexual, el bajo uso del condón con parejas estables en las relaciones sexuales anales, nulo en las orales. El uso y frecuencia de lubricante es bajo.

En las parejas de los pacientes con VIH/SIDA tuvieron como condiciones de riesgo alguna de las siguientes características: ser infectados por VIH, tener prácticas bisexuales, ser pareja sexual de infectado por VIH/SIDA, trabajador del sexo comercial, pareja usuario de drogas intravenosas, prácticas sexuales de riesgo.

Los factores de riesgo asociados a VIH/SIDA en el municipio de Centro que se encontraron fueron el estado civil casado, heterosexuales con una o más parejas sexuales, con nivel académico de preparatoria, con inicio de vida sexual a los 20 años o más tienen mayor riesgo para desarrollar VIH/SIDA.

La funcionalidad familiar juega un papel importante en el proceso de la enfermedad de VIH/SIDA por lo cual se debe reforzar esta área ya que en suma los rangos medio y extremo representan la mayoría de casos.

Recomendaciones

La prevención del VIH/SIDA se ha estado enfocando a hombres homosexuales, la mayor parte de estudios es sobre este tipo de población, pero el incremento del VIH en heterosexuales con una o múltiples parejas se ha ido incrementando, como lo encontrado en este estudio, por lo que sería bueno un plan de acción encaminado a este tipo de población.

Sería necesario estudiar a los casos de VIH/SIDA con su(s) respectivas pareja (s), así como a los controles, para ver asociación de riesgo, ya que los resultados obtenidos no son del todo concordantes con lo reportado en la bibliografía.

La promoción del condón a la población en general debe hacerse en todas las formas de práctica sexual (vaginal, anal, oral).

Para estudios a futuro sería un punto muy importante investigar la asociación del alcohol y drogas con las relaciones sexuales ocasionales, que pudieran jugar un papel importante como factor de riesgo para desarrollar VIH/SIDA, así mismo, que la recopilación de datos fuera en 2 o más ocasiones, una para crear vínculo y empatía entre el entrevistado y el investigador, ya que no se puede obtener con mucha confianza la información sobre la conducta sexual de los usuarios, debido a desconfianza, pena o miedo a ser etiquetados, delatados con la pareja o discriminados por sus preferencias sexuales.

Así mismo, se recomienda que el pareado de los casos con los controles, tome en cuenta no sólo el grupo de edad, sino además el sexo de los usuarios para parear ambas variables y obtener resultados disminuyendo los posibles sesgos.

Valdría la pena agregar más variables relacionadas con la conducta sexual, como el inicio de vida sexual, ser más específicos en las preguntas, no dejarlas tan abiertas, así como incluir el no lo práctica, porque es diferente a la simple respuesta no.

Bibliografía

1 Zaldívar-Pérez. Funcionamiento familiar saludable. Disponible en la World Wide Web: {http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/funcionamiento_familiar.pdf}

2 Rangel José L, Valerio L, Patiño J, García M. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. Rev Fac Med UNAM. [Citado 2011 Abr 26]; México. 2004. 47(1):25-27. Disponible en la World Wide Web: {<http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2004/un041g.pdf>}
<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=271019811003>

3 Ancil-Adrian Paul. VIH/SIDA. Inclusive Security: Women Waging Peace cannot vouch for the accuracy of this translation. 2003:1-18. Disponible en la World Wide Web: {http://www.huntalternatives.org/download/1300_spanish_sec5_hiv_aids.pdf}

4 Valdés Enrique, Sepúlveda Alvaro, Candia Paula, Sepúlveda Carolina, Lattes Karinna. VIH/SIDA: comportamiento epidemiológico de la transmisión vertical en el contexto general de la infección en Chile. Rev. chil. obstet. ginecol. [revista en la Internet]. [citado 2011 Mayo 14]; 2011. 76(1): 52-7. Disponible en la World Wide Web: {http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262011000100011&lng=es. doi: 10.4067/S0717-75262011000100011}

5 Oliva-Venereo Dinorah, Saavedra-Ramírez Clarivel, Viñas-Martínez Arturo. Las mujeres y el VIH: ¿Por qué un problema? Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2009.8(5):113-20. Disponible en la World Wide Web: {<http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v8s5/rhcm16509.pdf>}

6 Abrahantes-Rodríguez Yeissel, Pérez-Ávila Jorge, Kourí-Cardellá Vivian, Fonseca-Gómez Carlos, Baly-Gil Alberto, Tápanes-Fernández Thelma. Factors linked to rapid progression to AIDS in Cuban subjects. Rev Cubana Med Trop [revista en la Internet]. [citado 2011 Abr 26]; 2010. 62(2): 146-53. Disponible en la World Wide Web: {http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602010000200010&lng=es.}

7 Osorio Adriana. Curso especial de posgrado en gestión local de salud. Introducción a la salud familiar. Costa Rica. 2004, 1:12. Disponible en la World Wide Web: {<http://www.cendeisss.sa.cr/modulos/modulo11.pdf>}

8 Estremero Judith, Gacia-Bianchi Ximena. La **familia**: concepto, cambios y nuevos modelos...Familia y ciclo vital familiar. La Revue du REDIF. 2008, 1; 19-22. Disponible en la World Wide Web:{<http://www.foroaps.org/files/4%20familia%20y%20ciclo%20vital.pdf>}

9 González- Benítez. Reflexiones acerca de la salud familiar. Rev Cubana Med Gen Integr 2000;16(5):508-12. Disponible en la World Wide Web: {http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16_5_00/mgi15500.pdf}

10 Osorio-Rodríguez Adriana, Álvarez-Mora Alejandro. Curso especial de posgrado en gestión de salud. Introducción a la salud familiar. 1 ed. Costa Rica. 2004; 12. Disponible en la World Wide Web:{<http://www.cendeisss.sa.cr/modulos/modulo11.pdf>}

11 Informe sobre la salud en el mundo 2003. VIH/SIDA: Resistir a un agente mortífero. 3: 50. Disponible en la World Wide Web: <http://www.who.int/whr/2003/en/Chapter3-es.pdf>

12 Publication PAHO.ORG. Información sólida y actualizada al servicio de la salud pública internacional. ¿Qué es el SIDA? Disponible en la World Wide Web: <http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/sida.pdf>

13 Dirección general de Epidemiología. Información Epidemiológica del VIH/SIDA en México, 2009. Disponible en la World Wide Web: http://www.dgepi.salud.gob.mx/download/SIDA2009/Nota%20Tecnica%20Dia%20Mundial%20SIDA_2009.pdf

14 Cortés-Alfaro Alba, García-Roche René, Lantero-Abreu Marisela, González-Cruz Roberto, Suárez-Medina Ramón. El VIH/SIDA en la adolescencia, Cuba, 1987 hasta abril 2004: un enfoque epidemiológico. Rev Cubana Med Trop [revista en la Internet]. [citado 2011 Abr 15] ; 2006.58(3).Disponible en la World Wide Web: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602006000300013&lng=es

15 García-Roche René, Cortés-Alfaro Alba, Vila-Aguilera Luis, Hernández-Sánchez Mariela, Mesquía-Valera Alina. Sexual relation and the use of condom in adolescents and young people from a health area. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. [citado 2011 Mar 19]; 2006. 22(1). Disponible en la World Wide Web: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000100003&lng=es

16 ONUSIDA. Medidas para dar respuesta al VIH y al SIDA. Manual para parlamentarios, 2007, 15. Disponible en la World Wide Web: <http://www.ipu.org/PDF/publications/aids07-s.pdf>

17 De Luca Marcelo, Magis-Rodríguez Carlo, Bravo-García Enrique, Rivera-Reyes Pilar, Ortiz-Mondragón Raúl, Gayet Cecilia. La epidemia de SIDA en México al 2008. Gac Méd Méx Vol. 146 No. 1, 2010. 45-49. Disponible en la World Wide Web: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2010/gm101d.pdf>

18 Castilla Jesús, Lorenzo José Manuel, Izquierdo Ana, Lezaun María Eugenia, López Irene, Moreno-Iribas Conchi *et al.* Características y tendencias de los nuevos diagnósticos de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (2000-2004). Gac Sanit [serial on the Internet]. 2006 Dec [cited 2011 Mar 19]; 20(6): 442-448. Disponible en la World Wide Web: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112006000600005&lng=en. doi:10.1590/S0213-91112006000600005

19 De Bedout-Hoyos Andrés. El VIH-SIDA: Factores Psicosociales y comportamentales. Revista de la facultad de Ciencias de la salud. Duazary, 2008, 5 (2): 129-140. Disponible en la World Wide Web: <http://arimaca.unimagdalena.edu.co/editorial/revistas/index.php/duazary/article/viewFile/47/52>

20 Infante César, Zarco Ángel, Cuadra Silvia Magali, Morrison Ken, Caballero Marta, Bronfman Mario *et al.* El estigma asociado al VIH/SIDA: el caso de los prestadores de servicios de salud en México. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2006 Mar [citado 2011 Abr 15]; 48(2): 141-150. Disponible en la World Wide Web: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000200007&lng=es

21 InfoRed SIDA. Guía para tener relaciones más seguras. 2012. 15. Disponible en la World Wide Web:

{http://www.aidsinfonet.org/uploaded/factsheets/20_spa_151.pdf}

22 Campo Rafael E, Scerpella Ernesto G. Avances recientes en HIV/SIDA: Patogénesis, historia natural y carga viral. *Rev Med Hered.* [online]. [citado 04 enero 2012]. 1996. 7(4): 182-188. Disponible en la World Wide Web:

{http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1018-130X1996000400007&lng=es&nrm=iso&tlng=}

23 Babylon. Diccionario. [online]. Disponible en la World Wide Web:{http://diccionario.babylon.com/periodo_de_ventana./}

24 Pasquau-Liaño Juan, Valera-Bestard Bárbara, García-López Pablo. La infección por el VIH: Guía Práctica. Mecanismos de transmisión del VIH. [citado 10 enero 2012]. 3.55-65. Disponible en la World Wide Web: {<http://saei.org/hemero/libros/c03.pdf>}

25 Lamotte-Castillo José A. Infección-enfermedad por VIH/SIDA. [online]. MEDISAN. [citado 14 enero 2012]. 2004;8(4):49-63. Disponible en la World Wide Web:{http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol8_4_04/san06404.pdf}

26 Paz-Bermúdez María, Teva- Álvarez Inmaculada. Situación actual del VIH/SIDA en Europa: análisis de las diferencias entre países. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud* 2003; 3 (1), 89-106. Disponible en la World Wide Web: {http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-62.pdf}

27 ONUSIDA. Informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial de SIDA 2010. [citado 14 enero 2012]. 2010; 16-62. Disponible en la World Wide Web en: {<http://www.slideshare.net/DanteVallesH/reporte-onusida-2010>}

28 Dávila María E, Tagliaferro Antonieta Z, Bullones Xiomara, Daza Damelis. Nivel de Conocimiento de Adolescentes sobre VIH/SIDA. Rev. salud pública [serial on the Internet]. 2008 Dec [cited 2011 Mar 19] ; 10(5): 716-722. Disponible en la World Wide Web:{http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642008000500004&lng=en. doi: 10.1590/S0124-00642008000500004}

29 Cortés-Alfaro Alba, García-Roche René, Lantero-Abreu Marisela, González-Cruz Roberto, Suárez-Medina Ramón. El VIH/SIDA en la adolescencia, Cuba, 1987 hasta abril 2004: un enfoque epidemiológico. Rev Cubana Med Trop [revista en la Internet]. [citado 2011 Mayo 06]; 2006. 58(3). Disponible en la World Wide Web:{http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602006000300013&lng=es}

30 Girón Maziel, Segura Eddy, Salazar Víctor, *Valverde Rocío, Salazar Ximena, Cáceres Carlos*. Percepciones de las personas viviendo con VIH/SIDA sobre los servicios de salud y el tratamiento antirretroviral de gran actividad: un estudio transversal en cinco ciudades del Perú. *Rev. Perú. med. exp. salud pública*. [online]. [Citado 19 Marzo 2011], 2007. 24 (3):211-17. Disponible en la World Wide Web:{http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342007000300003&lng=es&nrm=iso}

31 Alva-Isaac E, Blas-Magaly M, García-Patricia J, *Cabello Robinson, Kimball Ann M, Holmes King K*. Riesgos y beneficios del uso de internet entre personas

viviendo con VIH/SIDA en Lima, Perú. *Rev. Perú. med exp salud pública*. [online]. [citado 19 Marzo 2011], 2007. 24(3):248-53. Disponible en la World Wide Web: {http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342007000300008&lng=es&nrm=iso}

32 Secretaría de Salud. Dirección General Adjunta de Epidemiología. Registro Nacional de VIH/SIDA. 2010.

33 Schmidt Vanina, Barreyro Juan P, Maglio Ana L. Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores?. *Escritos de Psicología*. 2010; 3(2): 330-36. Disponible en la World Wide Web:{<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=271019811003>}

34 Citado en la referencia 1.

35 Mendoza-Solís LA, Soler-Huerta E, Sainz-Vázquez L, Gil-Alfaro I, Mendoza-Sánchez HF, Pérez-Hernández C. Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria. México. 2006; 8 (1): 27-32. Disponible en la World Wide Web:{<http://www.mediagraphic.com/pdfs/medfam/amf-2006/amf061d.pdf>}

36 Gómez-Clavelina Francisco, Irigoyen-Coria Arnulfo. Faces III alcances y limitaciones. Órgano informativo del departamento de medicina familiar. Disponible en la World Wide Web: {<http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/atfm121/originalesbreves.html>}

37 Soler Martínez R. Calidad de vida. *Revista médica*. España. 2008;12 (3):1-4.

38 Martin. Conceptos Centrales en Medicina Familiar. Medicina familiar 2005[citado 2011 junio 22]; México. 2:1-5.

39 Zegers Beatriz, Larraín M. Elena, Polaino-Lorente Aquilino, Trapp Alejandro, Diez Isabel. Validez y confiabilidad de la versión española de la escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (CAF) de Olson, Russell & Sprenkle para el diagnóstico del funcionamiento familiar en la población chilena. Rev. chil. neuro-psiquiatr. [revista en Internet]. 2003 [citado 2011 Sep 06] ; 41(1): 39-54. Disponible en la World Wide Web: {http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272003000100006&script=sci_arttext#10}

40 Martínez-Pampliega Ana, Iraurgi Ioseba, Galíndez Eudurne, Sanz Mireia. Family adaptability and cohesion evaluation scale (faces): Desarrollo de una versión de 20 ítems en español. Int J Clin Health Psychol. 2006; 6 (2): 317-338. Disponible en la world wide web: {<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/337/33760207.pdf>}

41 Herrera Santí Patricia Ma., González Benítez Idarmis, Soler Cárdenas Silvio. Metodología para evaluar el impacto de los acontecimientos vitales de la familia en la salud familiar. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2002 Abr; 18(2): 169-172. Disponible en la World Wide Web: {http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000200013&lng=es}.

42 Medellín Fontes Martha M, Rivera Heredia María Elena, López Peñaloza Judith, Kanán Cedeño ME Gabriela, Rodríguez-Orozco Alain R. Funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social en una muestra de Morelia, México. Salud Ment [revista en la Internet]. 2012 Abr; 35(2): 147-154.

Disponible en la World Wide Web:
{http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000200008&lng=es}

43 Citado en la referencia 1.

44 Araujo A, Guerra ME, Tovar V. Prevalencia de infecciones de transmisión sexual en personas VIH/SIDA que solicitaron asistencia odontológica en el centro de atención a personas con enfermedades infecciosas (CAPEI/UCV). 2000-2005. Acta odontol. Venez. [online]. 2009 [citado 2011 Mayo 14]; 47 (2):355-61. Disponible en la World Wide Web: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S000163652009000200011&script=sci_arttext}

45 World Health Organización. Data and statistics by topic. 2011. Disponible en la World Wide Web en: <http://www.who.int/hiv/data/en/index.html#>} Y http://www.who.int/hiv/data/2011_epi_core_en.pps}

46 Dirección general de Epidemiología. Información Epidemiológica del VIH/SIDA en México, 2010. Disponible en la World Wide Web: <http://www.dgepi.salud.gob.mx/2010/PDFS/SIDA/NotatecnicaSIDA2010.pdf>}

47 Citado en la referencia 25.

48 Mortalidad por VIH/SIDA. Resultados 2008. Evolución 1981-2008. Disponible en la World Wide Web: { <http://www.isciii.es/htdocs/pdf/mortalidad.pdf>}

49 Secretaría de Salud. Centro nacional para la prevención y control del VIH/SIDA. El VIH/SIDA en México 2009: 15. Disponible en la World Wide Web

en:

{<http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2009/VIHSIDAenMexico2009.pdf>}

50 Hernández-Sampieri, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 2006.4ª Edición. Mc Graw Hill.

51 Citado en la referencia 28.

52 Fundación Mexicana para la Salud. Plan de Monitoreo y Evaluación. “Fortalecimiento de las estrategias de prevención y reducción de daño dirigidas a HSH, HSHTS y UDI de ambos sexos, en 44 ciudades de México”. 2010. Disponible en la World Wide Web: { http://mex-910-g01-h.funsalud.org.mx/aprobados_fm/MX_Plan_Monitoreo.pdf}

53 Secretaría de Salud. Subsecretaría de prevención y promoción de la salud. Dirección general de epidemiología. Manual De Procedimientos Estandarizados Para La Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA. 2012. Disponible en la World Wide Web: {http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/vig_epid_manuales/30_2012_Manual_VIH-SIDA_vFinal_1nov12.pdf}

54 Ley general de salud. Disponible en la World Wide Web: {<http://www.cddhcu.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>}

55 Secretaría de Salud. Dirección General Adjunta de Epidemiología. Registro Nacional de VIH/SIDA. 2011.

56 Secretaría de Gobernación. Consejo Nacional de Población. México en cifras>Proyecciones>De la población de México 2005-2050>Municipales.

Disponible en la World Wide Web:
{<http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Municipales>}

57 Organización Mundial de la salud. 10 datos sobre el VIH/sida. 2011.
Disponible en la World Wide Web en:
{<http://www.who.int/features/factfiles/hiv/es/index.html>}

58 World Health Organization. Data and statistics by topic. Disponible en la
World Wide Web en: {<http://www.who.int/hiv/data/en/index.html#>}

59 Valdespino José Luis, García-García Ma. de Lourdes, Conde-González
Carlos J, Olaiz-Fernández Gustavo, Palma Oswaldo, Sepúlveda Jaime.
Prevalencia de infección por VIH en la población adulta en México: una
epidemia en ascenso y expansión. Salud pública de Méx. 2007; 49(S3):S386-
S394. Disponible en la World Wide Web en:
{http://bvs.insp.mx/rsp/files/File/2007/supl_3/8-VIH.pdf}

60 Citado en la referencia 13.

61 Valencia Claudia P, Canaval Gladys E, Reyes Luisa F, Hassan Saín, García
Angel. Reconociendo mi salud sexual: encuesta asistida por computador para la
identificación de factores protectores y de riesgo para VIH/SIDA en jóvenes
universitarios. Revista Cultura del Cuidado Enfermería. 2011. 1(8):24-33.
Disponible en la World Wide Web en:
{<http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:Bb5li8fVwsoJ:scholar.g>}

[oogle.com/+FACTORES+DE+RIESGO+ASOCIADOS+A+VIH-SIDA&hl=es&as_sdt=0&as_ylo=2008&as_vis=1](http://www.google.com/+FACTORES+DE+RIESGO+ASOCIADOS+A+VIH-SIDA&hl=es&as_sdt=0&as_ylo=2008&as_vis=1)

62 Sierra Manuel, Alger Jackeline, Espinoza Eleonora, Espinoza-Salvadó Iván, Gonzales Mauricio, Maradiaga Edna, et al. Vulnerabilidad a la epidemia de ITS/VIH/SIDA en zonas rurales de Honduras. REV MED HONDUR 2009; 77(4): 153-192. Disponible en la World Wide Web en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2009/pdf/Vol77-4-2009-3.pdf>

63 Vera Lina M, López Nahyr, Ariza Nelsy D, Díaz Luz M, Flórez Yaneth, Franco Sahira Gimena, et al. Asociación entre el área de estudio y los conocimientos y comportamientos frente a la transmisión del VIH/SIDA en los estudiantes de la Universidad Industrial de Santander . Colombia Médica. 2004. 35 (2): 62-8. Disponible en la World Wide Web: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/viewArticle/289>

64 Faílde-Garrido José M, Lameiras-Fernández María, Bimbela-Pedrola José L. Prácticas sexuales de chicos y chicas españoles de 14-24 años de edad. Gac Sanit [revista en la Internet]. 2008 Dic [citado 2012 Jul 9] ; 22(6): 511-519. Disponible en la World Wide Web: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112008000600002&script=sci_arttext&tlng=pt

65 Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana 010-SSA2-2010. Disponible en la World Wide Web: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5166864&fecha=10/11/2010

Abreviaturas

FACES III. Family Adaptability and Cohesion Evaluation scale

HTS. Hombre Trabajador Sexual.

ITS. Infecciones de transmisión sexual.

MTS. Mujer Trabajadora Sexual.

ONUSIDA. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA.

PVVS. Personas diagnosticadas que viven con el VIH/SIDA

RNS. Registro Nacional de SIDA.

SIDA. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

SPSS. Statistical Packeger for the Social Science

TAR. Tratamiento Anti-Retroviral.

UDVP. Usuarios de Drogas por Vía Parenteral

VIH. Virus de la inmunodeficiencia Humana.

Glosario

CAPASITS. Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual. Se constituyen como la unidad operativa de las políticas públicas, programas de prevención, atención médica, promoción social, ejecución de recursos y de vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA e ITS en Tabasco, que ofrece promoción de salud sexual, mejora el acceso a los servicios ofreciendo atención integral a las personas que viven con el VIH/SIDA e ITS, que incluyen aspectos psicológicos, sociales, culturales y étnicos.

Factores de riesgo. Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

Incidencia. Mide el número de casos nuevos que surgen en un área geográfica y periodo de tiempo determinado.

Incidencia acumulada. Es la probabilidad de desarrollar el evento, es decir, la proporción de individuos de una población que, en teoría, desarrollarían una enfermedad si todos sus miembros fuesen susceptibles a ella y ninguno falleciese a causa de otras enfermedades. También se ha definido simplemente como la probabilidad, o riesgo medio de los miembros de una población, de contraer una enfermedad en un periodo específico.

Morbilidad. Tasa de afección o enfermedad dentro de una población determinada.



Mortalidad. Expresa la magnitud con la que se presenta la muerte en una población en un momento determinado.

Prevalencia. Es el número de casos de una enfermedad o evento en una población y en un momento dado. Mide la proporción de personas que en un área geográfica y periodo de tiempo establecidos sufren una determinada enfermedad, se calcula dividiendo el número de individuos que padecen el trastorno (numerador) por el del número total de habitantes del área considerada incluyendo a los que la padecen.


Anexos

1.- Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA VALORES	INDICADOR
Edad	Periodo de vida comprendido desde el nacimiento hasta el día de ocurrido el evento	Cuantitativa Continúa.	< 9 años 10 - 19 años 20 - 59 años > 60 años	Por grupo quinquenal y decenal.
• Sexo	Género humano	Cualitativa nominal, dicotómica	Hombre Mujer	Razón hombre: Mujer
• Mujer trabajadora sexual (MTS)	Mujer que tiene sexo a cambio de una remuneración.	Cualitativa nominal, dicotómica.	Si No	% MTS del total de casos
• Hombre trabajador sexual (HTS)	Hombre que tiene sexo a cambio de una remuneración.	Cualitativa nominal, dicotómica.	Si No	% HTS del total de casos
• Mujer y hombre heterosexual	Mujer y Hombre que su preferencia sexual es tener relaciones coitales con el sexo opuesto.	Cualitativa nominal, dicotómica.	Si No	% Hombres y mujeres heterosexuales del total de casos

<ul style="list-style-type: none"> • Mujer y hombre homosexual 	<ul style="list-style-type: none"> • y Mujer y Hombre que su preferencia sexual es tener relaciones coitales con el personas de su mismo sexo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cualitativa nominal, dicotómica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	<ul style="list-style-type: none"> • % Mujer y Hombre homosexuales del total de casos
<ul style="list-style-type: none"> • Mujer y hombre bisexual 	<ul style="list-style-type: none"> • Mujer y Hombre que su preferencia sexual es tener relaciones coitales con ambos sexos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cualitativa nominal, dicotómica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	<ul style="list-style-type: none"> • % Mujer y Hombre bisexuales del total de casos
<ul style="list-style-type: none"> • Actividad Sexual de riesgo ⁶¹ 	<ul style="list-style-type: none"> • Toda práctica sexual sin condón o barrera mecánica de protección, independientemente de la preferencia sexual de una persona. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cualitativa nominal, politómica 	<ul style="list-style-type: none"> • Múltiples parejas sexuales • Falta del uso del Condón • Inicio de vida sexual a edad temprana 	<ul style="list-style-type: none"> • % de actividad de riesgo.
<ul style="list-style-type: none"> • No. sexuales 	<ul style="list-style-type: none"> • Cantidad de personas con las que ha tenido relaciones sexuales desde el inicio de su vida sexual hasta la fecha en que se diagnóstico VIH-SIDA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuantitativa continua 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 persona • 2 personas • 3 personas • 4 personas • 5 o más personas 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción del número de parejas sexuales.
<ul style="list-style-type: none"> • Cohesión 				
<ul style="list-style-type: none"> • Adaptabilidad 				

2.1- Instrumento de recolección de información

 SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO CUESTIONARIO PARA DETERMINAR LA CONDUCTA SEXUAL ASOCIADA A VIH/SIDA	
Número de Expediente/Número de control _____ FECHA: _____	
Dirección _____ Localidad _____ Entidad Federativa _____	
1	Cuántos años cumplidos tiene? _____ 2 FECHA DE NACIMIENTO _____
INSTRUCCIONES: FAVOR DE LEER DETENIDAMENTE CADA PREGUNTA Y COLOCAR UNA X EN EL CUADRO DE LA RESPUESTA QUE USTED CONSIDERE LA RESPUESTA APROPIADA. EN LAS PREGUNTAS ABIERTAS, ANOTE LO QUE CONSIDERE, SIENDO LO MAS ESPECIFICO POSIBLE.	
3	Sexo : Femenino _____ Masculino _____
4	Hasta que año estudio? Primaria _____ Secundaria _____ Preparatoria/Bachillerato _____ Carrera técnica _____ Profesional _____ Postgrado _____ No sabe leer ni escribir _____
5	Habla alguna lengua indígena ? Si _____ NO _____ No responde _____
6	Antes que le diagnosticaran el VIH/SIDA ¿Cuál era su estado Civil? Soltero _____ Viudo _____ Divorciado _____ Casado _____ Separado _____ Unión libre _____
7	¿Cuánto gana aproximadamente al mes? DE \$ 35,000.00 HASTA \$ 85,000 o más _____ DE \$ 11,600.00 HASTA \$ 34,999.000 _____ DE \$ 6,800.00 HASTA \$ 11,599.00 _____ DE \$ 2,700.00 HASTA \$ 6,799.00 _____ DE \$ 00.000 HASTA \$ 2,699.00 _____
8	¿A que grupo de personas pertenece usted? Hombre que tiene sexo con _____ Persona privada de su libertad _____ Hombres _____ Migrante a Estados Unidos _____ Trabajadora sexual _____ Bisexual _____ Trabajador _____ Niño(a) en condición de la calle _____ Usuario de drogas inyectables _____ Heterosexual con multiples parejas _____ Otra (especifique) _____ Heterosexual con multiples parejas _____ Persona con Tuberculosis _____
9	¿A qué edad tuvo su primera relación sexual? _____
10	Antes que le diagnosticaran el VIH/SIDA ¿Con quienes tenía relaciones sexuales? Mujeres _____ Hombres _____ Hombres y mujeres _____
11	Desde que inicio su vida sexual hasta antes que le diagnosticaran el VIH/SIDA ¿cuántas parejas sexuales tuvo (anote la cantidad de personas con las que ha tenido sexo)? Parejas estables _____ Parejas no estables _____ Parejas que le pagaron _____ Parejas a quien pagó _____
12	Antes que le diagnosticaran el VIH/SIDA ¿con qué tipo de pareja utilizó condón? Con pareja estable _____ Con pareja no estables _____ Con parejas que le pagaron _____ Con pareja a quien pagó _____
13	Antes que le diagnosticaran el VIH/SIDA, en caso de no haber usado condón en su última relación sexual, señale cual o cuales fueron sus razones No había condón disponible _____ No creí necesario usarlo _____ Mi pareja no quiso usarlo _____ Yo no quise usarlo _____ No sé usarlo _____ Tengo confianza en la pareja _____ No me gusta usarlo _____



Universidad Nacional Autónoma de México
Medicina Familiar

14 Antes que le diagnosticaran el VIH/SIDA ¿En sus relaciones sexuales VAGINALES, usaba condón?
SI _____ NO _____ NO LO PRACTICA _____
15 Antes que le diagnosticaran el VIH/SIDA ¿En sus relaciones sexuales ANALES, usaron condón?
SI _____ NO _____ NO LO PRACTICA _____
16 Antes que le diagnosticaran el VIH/SIDA. Las veces que tuvo sexo ORAL, ¿usaron condón?
SI _____ NO _____ NO LO PRACTICA _____
17 Antes que le diagnosticaran el VIH/SIDA. En sus relaciones sexuales ¿Usó lubricante?
SI _____ NO _____ NO LO UTILIZA NUNCA _____
Si utilizaba el lubricante en sus relaciones sexuales, con que frecuencia lo hacia.
SIEMPRE _____ CASI SIEMPRE _____ ALGUNAS VECES _____ CASI NUNCA _____ NUNCA _____
18 ¿Cómo le diagnosticaron VIH/SIDA? _____
19 ¿Usted padece hemofilia?
SI _____ NO _____ NO SABE _____
20 Le han transfundido sangre? SI _____ En que año? _____
21 ¿A usted le han realizado algun transplante? SI _____ En que año? _____ NO _____
22 ¿Usted tuvo algun accidente laboral, como haber tenido contacto con sangre y/o tejidos de pacientes con VIH/SIDA?
SI _____ NO _____
23 ¿Qué enfermedad le diagnosticaron? VIH _____ SIDA _____ Fecha de diagnóstico _____
24 ¿Cuáles fueron los síntomas clínicos previos al diagnóstico?
Condilomas Genitales _____ Infecciones genitales frecuentes _____
Lesiones en la boca _____ Infecciones respiratorias frecuentes _____
Diarrea persistente _____ Otros (especifique) _____
Pérdida de peso _____
25 ¿&&&Si la transmisión fue perinatal, a que edad del embarazo se diagnostico el VIH-SIDA? _____
26 ¿&&&Recibió tratamiento antiretroviral la madre, a partir de que mes? _____
27 Antes que le diagnosticaran el VIH/SIDA ¿Se inyectó drogas con agujas o jeringas que alguien más había usado?
SI _____ No _____ NUNCA LO HA PRACTICADO _____
28 ¿Ha usted padecido alguna infección de transmisión sexual?
SI _____ No _____ NO SABE _____
29 Si su respuesta fue afirmativa ¿De cual fue? _____
30 Antes que le diagnosticaran el VIH/SIDA ¿ALGUNA PAREJA SEXUAL TENIA ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES?
A) INFECTADO DE VIH/SIDA SI _____ NO _____ NO SABE _____
B) BISEXUAL SI _____ NO _____ NO SABE _____
C) PAREJA SEXUAL DE INFECTADO POR VIH/SIDA SI _____ NO _____ NO SABE _____
D) TRABAJADOR DEL SEXO COMERCIAL SI _____ NO _____ NO SABE _____
E) TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS DESPUÉS DE 1980 SI _____ NO _____ NO SABE _____
F) HEMOFILIA SI _____ NO _____ NO SABE _____
G) USUARIO DE DROGAS INTRAVENOSAS (INYECTABLES) SI _____ NO _____ NO SABE _____
H) DONACIÓN REMUNERADA SI _____ NO _____ NO SABE _____
I) EXPOSICIÓN OCUPACIONAL A SANGRE O SECRECIONES CON VIH SI _____ NO _____ NO SABE _____
J) PAREJA SEXUAL CON PRÁCTICAS DE RIESGO. SI _____ NO _____ NO SABE _____
&&&Si la transmisión fue perinatal, mencionar quién de los padres cursa con alguna de _____
Nombre completo de la persona que llenó la encuesta _____
Firma de la persona que llenó la encuesta _____
Fecha de elaboración _____
Día _____ Mes _____ Año _____
MUCHAS GRACIAS



2.2- Instrumento de recolección de información

Nombre: _____ Edad _____ Sexo M o F

Domicilio _____

Edo. Civil _____ Ocupación _____

Instrucciones: Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija según el número indicado

Describe a su familia	Nunca 1	Casi nunca 2	Algunas veces 3	Casi siempre 4	Siempre 5
1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí					
2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas					
3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia					
4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina					
5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos					
6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad					
7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia					
8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas					
9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia					
10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos					
11. Nos sentimos muy unidos					
12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones					
13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente					
14. En nuestra familia las reglas cambian					
15. Con facilidad podemos planear actividades en familia					
16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros					
17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones					
18. En nuestra familia es difícil identificar quién tiene la autoridad					
19. La unión familiar es muy importante					
20. Es difícil decir quién hace las labores del hogar					

FACES III (D.H. Olson, J. Portner e Y. Lavee).
Versión en español (México): C. Gómez y C. Irigoyen



3.-Consentimiento informado para realizar la encuesta a pacientes de VIH-SIDA.

Villahermosa Tabasco, 17 de enero del 2011

DR. CARLOS GARCÍA LARA

JEFE DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA 04

P R E S E N T E.

ASUNTO: Solicitud de autorización.

De la manera más atenta me dirijo a Usted para solicitar su AUTORIZACIÓN para llevar a efecto una investigación denominada “CONDUCTA SEXUAL Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON VIH/SIDA, CENTRO, TABASCO, 2011”. Investigación que se llevará a efecto en las instalaciones de la Institución médica que Usted dignamente dirige a través de encuestas a pacientes VIH/SIDA en el Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS).

No omito manifestarle que ésta investigación es de SIN RIESGO de acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

Agradezco sus finas atenciones y que de Usted como su Atento y Seguro Servidor.

A T E N T A M E N T E

KAREM ALAMILLA LÓPEZ

Alumna de la Especialidad de Medicina Familiar



4.- Consentimiento informado para realizar la encuesta a pacientes de VIH-SIDA
Secretaría de Salud del Estado de Tabasco

Carta de explicación y consentimiento informado

Título: Conducta sexual asociada a VIH/SIDA, en Centro, Tabasco, 2011.

Investigador: Karem Alamilla López, Medico, TEL. 9933999329.

Objetivo

El objetivo de este estudio es evaluar e identificar la conducta sexual y la funcionalidad familiar en personas con VIH/SIDA en el municipio de Centro, Tabasco, 2011. Se llevará a cabo a través de la aplicación de dos cuestionarios que se aplicaran a personas con VIH/SIDA para obtener los factores de riesgo y la funcionalidad familiar.

Método

Con este estudio se quiere identificar la conducta sexual asociada al VIH/SIDA por grupo de edad y la funcionalidad familiar. Para lograrlo usted podrá participar en la investigación mediante la aplicación de un cuestionario para poder obtener información sobre las conductas que favorecen padecer VIH/SIDA.

Por tal motivo se requerirá conteste el cuestionario, el cual está compuesto de preguntas abiertas y de opción múltiple que abarcan temas que den respuesta a los factores de riesgo asociados al VIH/SIDA.

La segunda encuesta que se realizará es un cuestionario de 20 preguntas de opción múltiple denominado FACES III para determinar la funcionalidad familiar con la finalidad de recabar los datos pertinentes que puedan ayudar a contestar las interrogantes en esta investigación.

Posibles riesgos

Durante la investigación no se realizaran procedimientos ni acciones que dañen su integridad.

Posibles ventajas

No obtendrá ganancia alguna en la participación de esta investigación. Los resultados obtenidos servirán para implementar medidas de prevención para disminuir en la medida posible las conductas sexuales de riesgo asociadas al VIH/SIDA y la implementación de medidas para mejorar la funcionalidad familiar.

Otra posibilidad

Si usted no participa en este estudio se perderá la oportunidad de poder determinar la conducta sexual asociada a su condición en relación a la enfermedad.

Confidencialidad

Todos los datos recogidos en este estudio serán tratados de forma confidencial, todo el material escrito será codificado y la lista central que contiene el nombre de usted y su código se conservarán en un lugar seguro en el CESSA la Manga 1ra. Los resultados podrán ser presentados más tarde, pero los nombres de los participantes no serán identificados en forma individual.

Los datos personales serán incorporados a una base de datos en poder del investigador, que están amparados por el secreto estadístico de acuerdo a la Ley Orgánica de Protección de datos y que serán utilizados de manera confidencial.

Los resultados del grupo estarán disponibles para posteriores investigaciones y/o para quienes así lo soliciten.

Participación

No se le impone a ser parte de esta investigación, su decisión es en forma libre y sin presiones. Si usted no acepta ser parte de este estudio continuará recibiendo todas las atenciones como si participara en el mismo. Si forma parte de esta investigación en el momento que lo requiera puede retirarse sin que ello implique sea discriminado en el trato hacia su persona en los cuidados médicos de calidad del hospital al que acudo para mi control.

5. Gráficos y tablas

Anexo 5.1. Casos acumulados de SIDA en la República mexicana, 2010.

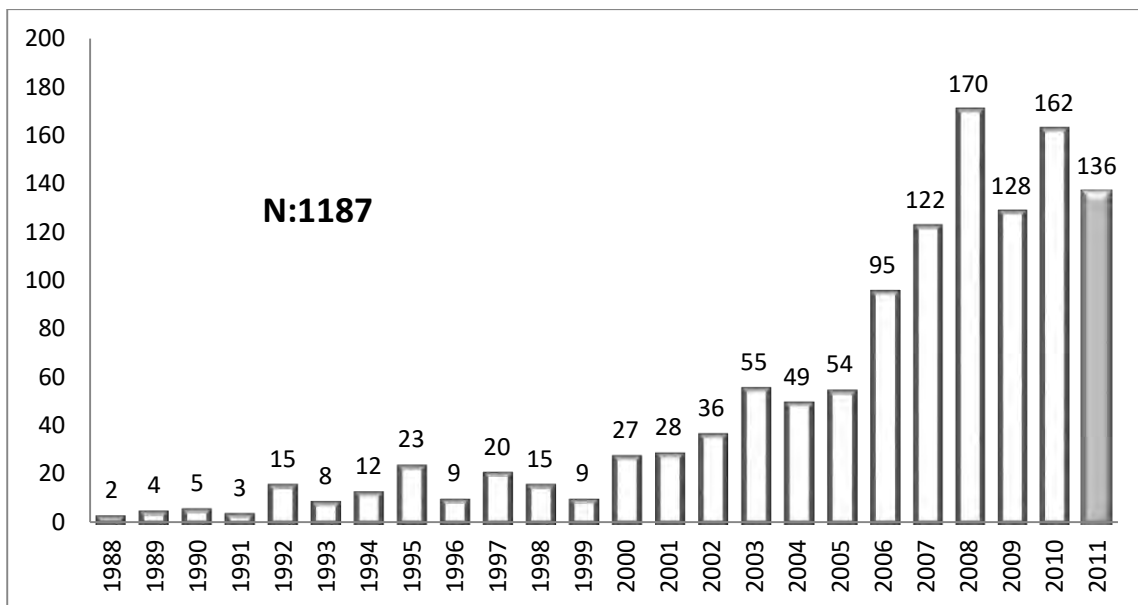
No.	Entidad Federativa	Casos Acumulado de SIDA	Incidencia Acumulada 2010 ⁽¹⁾	% ⁽²⁾
1	Distrito Federal	23,811	269.0	16.1
2	México	16,392	107.7	11.1
3	Veracruz	13,633	186.5	9.2
4	Jalisco	11,242	157.8	7.6
5	Puebla	6,858	119.1	4.6
6	Baja California	6,712	200.9	4.5
7	Guerrero	6,376	203.9	4.3
8	Chiapas	5,923	128.8	4.0
9	Oaxaca	5,091	143.6	3.4
10	Nuevo León	4,158	91.3	2.8
11	Chihuahua	4,144	120.1	2.8
12	Michoacán	4,031	102.5	2.7
13	Tamaulipas	3,628	111.1	2.4
14	Yucatán	3,495	177.4	2.4
15	Morelos	3,256	191.6	2.2
16	Guanajuato	3,226	63.4	2.2
17	Tabasco	2,853	137.8	1.9
18	Sinaloa	2,704	107.7	1.8
19	Sonora	2,543	99.6	1.7
20	Quintana Roo	2,280	161.7	1.5
21	San Luis Potosí	1,923	76.8	1.3
22	Nayarit	1,811	185.9	1.2
23	Coahuila	1,736	64.8	1.2
24	Hidalgo	1,642	67.2	1.1
25	Campeche	1,408	172.9	1.0
26	Querétaro	1,206	67.7	0.8
27	Durango	1,166	74.7	0.8
28	Tlaxcala	1,151	98.9	0.8
29	Aguascalientes	893	75.9	0.6
30	Colima	836	135.7	0.6
31	Baja California Sur	816	137.6	0.6
32	Zacatecas	774	56.3	0.5
	Extranjero	340	-	0.2
	Se desconoce	72	-	0.0
	Nacional	148,130	135.6	100.0

Fuente: SS/DGE Registro Nacional de Casos de SIDA al 31 MAR 2011

⁽¹⁾ Tasa por 100,000 habitantes

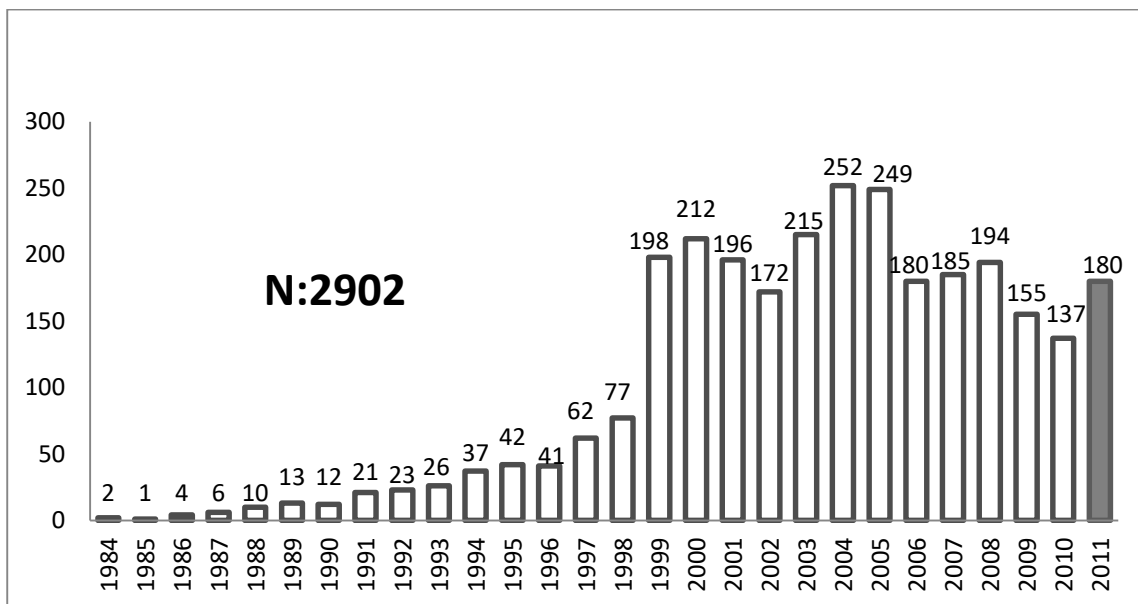
⁽²⁾ Porcentaje con relación al total de casos de SIDA acumulados.

Anexo 5.2. Histórico de la Incidencia de VIH, Tabasco, 1988-2011.



Fuente: Registro Nacional de VIH/SIDA. Sem. 35/2011.

Anexo 5.3. Histórico de incidencia de SIDA, Tabasco, 1984-2011.



Fuente: Registro Nacional de VIH/SIDA. Corte a la semana 35/2011.