

**Factores de riesgo y adherencia terapéutica en pacientes infectados por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana en Cotopaxi, Ecuador.**  
**Risk factors and therapeutic adherence in patients infected with Human Immunodeficiency Virus in Cotopaxi, Ecuador.**

PhD. Lizette Elena Leiva Suero \*Mg. Lic. Esp. Graciela de las Mercedes Quishpe Jara\*\*, PhD. Elena Vicenta Hernández Navarro\*\*\*, Ing. Mónica Caiza Vega\*\*\*\*, Dra. Esp. Sandra Elizabeth Villacís Valencia\*\*\*\*\*, Dr. Esp. Josué Acosta Acosta\*\*\*\*\*, Dra. Andrea Alejandra Chicaiza Quishpe\*\*\*\*\*, Ricardo Xavier Proaño\*\*\*\*\*. Mg. Dra. Margarita Guadalupe Acosta\*\*\*\*\*

\* PhD. Doctora en Ciencias Médicas. Especialista de Medicina Interna. Profesor Titular Agregado I de Fisiología. Universidad Técnica de Ambato, Carrera de Medicina.

\*\*Magíster en Gestión de los Servicios Hospitalarios, Magíster en Gerencia en Salud y Desarrollo Local, Licenciada en Enfermería, Especialista en Enfermería en Medicina Crítica. Universidad Técnica de Ambato. Carrera de Enfermería.

\*\*\* PhD. Doctora en Pedagogía. Especialista de Embriología. Universidad Técnica de Ambato, Carrera de Medicina.

\*\*\*\*Ingeniera en Organización de Empresas. Magíster en Gerencia en Instituciones de Salud. Docente de Bioestadística. Universidad Técnica de Ambato, Carrera de Medicina.

\*\*\*\*\* Especialista de Medicina Interna. Profesor Titular Agregado III de Agentes Biológicos. Universidad Técnica de Ambato, Carrera de Medicina.

\*\*\*\*\* Especialista de Inmunología. Profesor Titular Agregado III de Inmunología y Genética. Universidad Técnica de Ambato, Carrera de Medicina

\*\*\*\*\*Doctora en Medicina y Cirugía. Hospital Provincial General de Latacunga.

\*\*\*\*\*Magíster en Interconectividad de Redes. Ingeniero en Sistemas. Docente de Informática Médica de la Carrera de Medicina. Universidad Técnica de Ambato.

\*\*\*\*\*Magister en Salud y Seguridad Ocupacional. Docente de la Carrera de Medicina de la Universidad Técnica de Ambato

[le.leiva@uta.edu.ec](mailto:le.leiva@uta.edu.ec)

### Resumen.

Introducción: Ecuador se ubica entre los cinco países de América Latina con mayor transmisión de VIH. Las estadísticas de ONUSIDA en el 2017, demostraron un incremento, 33.000 PVVS en Ecuador, de ellos 32.000 son adultos con edades comprendidas entre 15 y 49 años: 9.900 mujeres y 22.000 hombres. La novedad de esta investigación viene dada por la identificación de los factores de riesgo para la infección por VIH y estimación de la adherencia terapéutica de los pacientes infectados, en una de las provincias más pobladas.

Objetivo: Evaluar los factores predisponentes a la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana y la adherencia al tratamiento antirretroviral en los pacientes de la Provincia Cotopaxi en Ecuador.

Material y métodos: Estudio explicativo observacional de cohorte prospectivo. La población estuvo constituida por todos los pacientes con diagnóstico de VIH atendidos en la Clínica de VIH del Hospital Provincial General de Latacunga durante el periodo 18 de septiembre del 2018 al 18 de septiembre del 2020. La muestra estuvo compuesta por 80 casos nuevos de infección por VIH que se diagnosticaron a partir del 18 de septiembre del 2018 al 31 de diciembre del 2019, acepten ser incluidos en la investigación.

Resultados: Predominó el sexo masculino en 97,1 %, la raza mestiza en el 100 %, el grupo de edad de 35-45 años en el 52,8 %, el estatus laboral empleado en 42,5% y la escolaridad secundaria en 54,4%. Entre los factores predisponentes a la infección: el número de parejas sexuales mayor de 2 en el 92%, la preferencia sexual bisexualidad 58%, la preferencia homosexual en el 25,2 % de las personas privadas de la libertad, el tiempo de detección de la infección fue mayor a 3 años en el 54,5 %. En cuanto a hábitos tóxicos: el hábito alcohólico en el 12%, el tabáquico en el 52%, el cafeico en el 78% y la adicción a las drogas en el 12 %. El esquema terapéutico predominante en el 95,2% de los pacientes incluye

Tenofovir + Efavirenz + Emtricitabina, la causa principal de cambio fue la resistencia. Las causas de no adherencia terapéutica identificadas son: accesibilidad y disponibilidad del tratamiento, lejanía de la farmacia, costo del transporte.

Conclusiones: En los aspectos sociodemográficos se evidenció que predominó: el sexo masculino, la raza mestiza, el grupo de edad de 35-45 años, el estatus laboral empleado y la escolaridad secundaria. En cuanto a los factores predisponentes a la infección por el VIH se constató: el número de parejas sexuales mayor de 2, la bisexualidad y en el caso de las personas privadas de la libertad la preferencia homosexual, el tiempo de detección de la infección superior a 3 años y entre los hábitos tóxicos: la adicción al alcohol, café, tabaco y drogas. Predominó el esquema terapéutico combinado (Tenofovir+Efavirenz+Emtricitabina), la principal causa de cambio fue la resistencia, la mayoría de los pacientes considera que el tratamiento ha mejorado su calidad de vida. Las causas de no adherencia terapéutica identificadas son: accesibilidad y disponibilidad del tratamiento, lejanía de la farmacia y costo del transporte.

Palabras clave: Serodiagnóstico del SIDA, causalidad, cumplimiento y adherencia al tratamiento

#### **Abstract.**

Introduction: Ecuador ranks among the five countries in Latin America with the greatest transmission of HIV. UNAIDS statistics in 2017 showed an increase, 33,000 plwha in Ecuador, of which 32,000 are adults aged between 15 and 49 years: 9,900 women and 22,000 men. The novelty of this research is given by the identification of risk factors for HIV infection and estimation of the therapeutic adherence of infected patients, in one of the most populated provinces.

Objective: : To evaluate the predisposing factors to the infection by the human immunodeficiency Virus and adherence to antiretroviral treatment in patients in the province of Cotopaxi in Ecuador.

Material and methods: observational explanatory study of Prospective cohort. The population was made up of all patients diagnosed with HIV who were treated at the HIV clinic at the Latacunga Provincial General Hospital during the period September 18, 2018 to September 18, 2020. The sample was composed of 80 new cases of HIV infection that were diagnosed from September 18, 2018 to December 31, 2019, agree to be included in the investigation.

Results: Predominated the male sex in 97.1%, the mestizo race in 100%, The age group of 35-45 years in 52.8%, the employment status employed in 42.5% and secondary schooling in 54.4%.

Among the predisposing factors for infection: the number of sexual partners greater than 2 in 92%, sexual preference bisexuality 58%, the homosexual preference in 25.2% of people deprived of freedom, the time of detection of the infection was greater than 3 Years at 54.5%. In terms of toxic habits: the alcohol habit in 12%, the smoking in 52%, the CAFFEIC in 78% and the drug addiction in 12%. The predominant therapeutic scheme in 95.2% of patients includes Tenofovir + Efavirenz + emtricitabine, the main cause of change was resistance. The causes of non-adherence therapeutically identified are: Accessibility and availability of treatment, remoteness of the pharmacy, cost of transportation.

Conclusions: In the demographic aspects it was evident that predominated: The male sex, the Mestizo race, the age group of 35-45 years, the employment status employed and the secondary schooling. With regard to the factors predisposing to HIV infection, it was found: the number of sexual partners greater than 2, the bisexuality and in the case of persons deprived of freedom homosexual preference, the time of detection of the infection more than 3 years and in (e) Toxic habits: addiction to alcohol, coffee, tobacco and drugs. The combined therapeutic Scheme (Tenofovir + Efavirenz + emtricitabine) predominated, the main cause of change was resistance, most patients consider that the treatment has improved their quality of life. The causes of non-adherence therapeutically identified are: Accessibility and availability of treatment, remoteness of the pharmacy and cost of transportation.

Keywords: AIDS Serodiagnosis, causality, Treatment adherence and compliance

Recibido: 28-1-2019

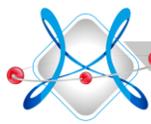
Revisado: 11-2-2019

Aceptado: 21-2-2019

#### **Introducción.**

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es consecuencia de la infección por el

VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana), un retrovirus humano de la familia de los lentivirus, cuyo blanco o diana natural son células que



expresan en su membrana la molécula CD4, incluidos los linfocitos T (LTC<sub>4</sub><sup>+</sup>) cooperadores o helper, y las células de la línea monocito - macrófago. Los infectados por el VIH se convierten en portadores de la infección en forma crónica, pudiendo o no presentar síntomas. El paciente VIH positivo solo se considerará que está en etapa SIDA cuando en la evolución de la infección llega a un estado de inmunodeficiencia severa y/o desarrolla una de las enfermedades marcadoras específicas de dicho estadio. El ingreso a esta etapa corresponde a la fase final de la infección, caracterizada por una rápida evolución hacia una inmunodepresión severa, con padecimiento de infecciones oportunistas, desarrollo de neoplasias malignas, deterioro neurológico y repercusión general significativa (1,2).

En la actualidad más del 10 % de los infectados son mayores de 50 años, según datos del último informe anual del Programa de Naciones Unidas para el SIDA (ONUSIDA). De un total de 35,6 millones de personas que viven con el VIH/SIDA (PVVS), se estima que 3,6 millones son mayores de 50 años de edad. Entre este grupo, cada año ocurren 100.000 nuevas infecciones. Día a día, más de 7.000 personas contraen el VIH en el mundo y, en 2009, murieron 1,8 millones de personas por causas relacionadas con esta afección. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), para el programa UNAIDS, se recogen unas cifras preocupantes, con una estimación de 4,8 millones de nuevos infectados y de 2,9 millones de fallecidos (3,4).

Por otra parte, la distribución de los pacientes infectados es muy desigual, dado que en África se concentra el 70% de los adultos y el 80% de los niños infectados por VIH y, sin embargo, ese continente tiene el 11% de la población mundial. Hay más de 16 países con una prevalencia de infección con VIH superior al 10% entre los habitantes de 15 a 49 años. En los países ricos, más de una tercera parte de las personas infectadas son mayores de 50 años, mientras tanto, la incidencia de la enfermedad entre los adultos jóvenes está decreciendo (2); Sin embargo, las estadísticas indican que el número de nuevas infecciones no han cambiado mucho en la última década: tan sólo cayeron un 0,7% al año, entre

2005 y 2015 (en la década anterior este porcentaje fue del 2,7). Y, en Argentina los casos aumentaron un 7,8% al año en ese periodo de tiempo. La incidencia del VIH en Argentina indica que en 2015 se infectaban 14,4 personas por cada 100.000. Los 5 países de América Latina con más contagios nuevos de VIH en el periodo 2005-2015 resultaron ser: Argentina con 7,8% nuevos casos al año; Paraguay con 4,9%; Bolivia con 4,8%; Colombia con 4,6% y Ecuador con 3,9% (5).

Más de dos millones de PVVS en América Latina, y cien mil fallecidos por causas relacionadas con esta enfermedad, lo cual convierte a la región en la tercera del mundo con mayor índice de mortalidad relacionada con esta enfermedad (5,7). Alrededor de un tercio de los pacientes presentan complicaciones nerviosas, que provocan considerable morbilidad y mortalidad y las principales manifestaciones dependen de la infección primaria por el VIH, asociado a infecciones oportunistas secundarias o por complicaciones de la terapia antirretroviral.

En Ecuador se estimaba que a finales del 2015 más de 29 000 personas eran portadoras del VIH y que 3000 personas fallecieron a causa del SIDA. En comparación con el censo del 2011 desarrollado por la Cruz Roja del Ecuador, las cifras se incrementaron significativamente, los datos en ese año mostraban 18.000 personas portadoras del virus. Las estadísticas de ONUSIDA en el 2017 demostraron un incremento, 33.000 PVVS en Ecuador, de ellos 32.000 son adultos con edades comprendidas entre 15 y 49 años: 9.900 mujeres y 22.000 hombres. Los niños por su parte no alcanzan la cifra de 500 (11). La mayor cantidad de PVVS están bajo tratamiento en las unidades operativas del residen en la provincia de Guayas (68,8%), seguido de Pichincha (15,2%). Se identifica como vía de transmisión predominante en el país el contacto sexual en el 96% de los casos, otra de las vías es la transmisión perinatal y en menos proporción por transfusión de sangre (13).

La novedad de esta investigación viene dada por la identificación de los factores de riesgo para la infección por VIH y estimación de la adherencia terapéutica de los pacientes infectados, en una de las provincias más pobladas de Ecuador, lo cual permitirá hacer inferencias al resto del país,

favoreciendo el control de la epidemia que a su vez favorecerá el desarrollo de estrategias de prevención que son muy necesarias al ser Ecuador uno de los países latinoamericanos más afectados por esta infección. A partir de los resultados generados con esta investigación, se pretende impactar positivamente en la transmisibilidad y morbilidad, al contribuir a un uso racional de los recursos terapéuticos disponibles, todo lo cual redundará en un aporte científico y un beneficio económico. Mientras que desde el punto de vista social al influir en el control de la epidemia que sucede en personas fundamentalmente jóvenes, garantiza su aptitud laboral, reincorporación social y que los gastos en salud por esta causa se reduzcan.

**Objetivo:**

Evaluar los factores predisponentes a la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana y la adherencia al tratamiento antirretroviral en los pacientes de la Provincia Cotopaxi en Ecuador.

**Material y métodos:**

Estudio explicativo observacional de cohorte prospectivo. La población estuvo constituida por todos los pacientes con diagnóstico de VIH atendidos en la Clínica de VIH del Hospital Provincial General de Latacunga durante el periodo 18 de septiembre del 2018 al 18 de septiembre del 2020. La muestra estuvo compuesta por 80 casos nuevos de infección por VIH que se diagnosticaron a partir del septiembre del 2018 al 31 de diciembre del 2019, acepten ser incluidos en la investigación previo consentimiento informado (Anexo 1) y cumplan criterio para inicio de tratamiento antirretroviral. Se utilizó un grupo control histórico conformado por los casos diagnosticados de infección por VIH dos años antes (del 18 de septiembre del 2016 al 17 de septiembre del 2018) por pacientes que de haber sido diagnosticados en el periodo de estudio hubiesen sido incluidos en la investigación.

**Criterios de inclusión**

- Aceptar ser incluido en la investigación previa firma de aprobación del modelo de consentimiento informado
- Edad mayor de 18 años y menor de 60 años

- Diagnostico confirmado de infección por VIH a partir del 18 de septiembre del 2018 hasta el 31 de diciembre del 2019.

- Tener resultados de chequeo médico previo con prueba diagnóstica de VIH negativo al menos 6 meses antes

- Cumplir criterios para inicio de tratamiento antirretroviral según lo establecido en la Guía de Atención Integral para Adultos y Adolescentes con infección por VIH/SIDA del Ministerio de Salud Pública de Ecuador.

- Tratamiento antirretroviral de primera línea: TDF (300 mg diarios) /FTC (200 mg diarios) /EFV (600 mg diarios)

**Criterios de exclusión**

- No aceptar ser incluido en la investigación previo consentimiento informado
- Coinfección por Mycobacterium tuberculosis
- Coinfección por virus de la Hepatitis B
- Coinfección por virus de la Hepatitis C
- Cambio de tratamiento

A todos los pacientes incluidos se les aplicará el modelo de consentimiento informado (Anexo 1) y una vez cumplidos los restantes criterios de inclusión criterios de inclusión, se procederá según el diagrama:

Diagrama de flujo de pacientes en la investigación





Se aplicarán los cuatro instrumentos previamente validados:

1. Se utilizó el Cuestionario Confidencial sobre Vida Sexual Activa (CCVSA)110 validado por Uribe Rodríguez, Bermúdez y Buena-Casal (2005) modificado, el cual recoge información específica de variables sociodemográficas tales como el estrato socioeconómico, el sexo, la edad, el tipo de institución educativa, institución laboral, el nivel de escolaridad, así como las personas con las que vive actualmente el o la paciente. Asimismo, evalúa aspectos relacionados con las fuentes de información sobre la transmisión y las formas de prevención en comportamientos de riesgo. El cuestionario consta de 27 ítems que recogen información sobre las relaciones sexuales (vaginal, oral y anal), el uso del preservativo, el número de parejas sexuales, el consumo de sustancias psicoactivas en las relaciones sexuales y las formas de prevenir la infección por VIH que practican los estudiantes universitarios. El análisis factorial confirmó la estructura de la escala y el análisis de confiabilidad con un alfa de cronbach 0,66 para este instrumento.

2. Para medir el Apoyo Social se utilizó el Cuestionario MOS111 validado por Revilla Ahumada, Luna del Castillo y colaboradores, el cual permite indagar junto al apoyo global, otras cuatro dimensiones: 1) afectiva (demostración de amor, cariño y empatía); 2) de interacción social positiva (posibilidad de contar con personas para comunicarse); 3) instrumental (posibilidad de ayuda doméstica); y 4) emocional/informacional (posibilidad de asesoramiento, consejo, información). Tiene 20 ítems, los cuales tienen una evaluación, mediante escala de tipo Likert puntuando de 1 (nunca) a 5 (siempre). (Martínez et al., 2004).

3. El APGAR Familiar113, validado por Bellón Saameño, Delgado Sánchez y Luna del Castillo en 1996. El cual determina el grado de satisfacción que percibe el encuestado con respecto a la función familiar; consta de 5 ítems que evalúan las cinco áreas diferentes en que los autores subdividen la función familiar: 1) adaptabilidad o capacidad de movilizar recursos; 2) cooperación o capacidad de participación; 3) desarrollo o capacidad de apoyar en la maduración física, emocional y la autorrealización; 4) afectividad o

expresión de cariño; y, 5) capacidad de resolución o compromiso de dedicar tiempo a la familia. Cada pregunta se evalúa con un valor de 0 (casi nunca) a 2 (casi siempre) sobre una escala de Likert, obteniéndose al final un índice entre 0 y 10. Se clasifican las familias en normofuncionales ( $>6$ ) y disfuncionales ( $\leq 6$ ).

4. Para evaluar la adherencia y actitudes acerca del tratamiento se empleará el Test de Morisky – Green114 que se aplicará después de seis meses de iniciado el tratamiento. Si el paciente responde de forma incorrecta alguna de las cuatro preguntas se considerará incumplidor.

1. ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?

2. ¿Toma los fármacos a la hora indicada?

3. Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlos?

4. Si alguna vez le sientan mal, ¿deja de tomar la medicación?

En caso de que el paciente se considere incumplidor según la aplicación del Test de Morisky – Green, se efectuará el siguiente cuestionario elaborado por la autora para precisar los factores que están influyendo en la insuficiente adherencia al tratamiento:

1- Existe buena comunicación con su médico?

2- Entiende la explicación de su médico acerca de su tratamiento?

3- El médico le entrega por escrito las orientaciones sobre el tratamiento?

4- Conoce usted la importancia de su tratamiento para la infección por VIH?

5- El tratamiento ha provocado cambios en su estilo de vida?

6- El tratamiento le ha provocado algún efecto adverso o reacción indeseada?

7- Alguna vez ha acudido a la Farmacia y no ha existido disponibilidad del medicamento?

Los resultados de la aplicación de cada Test por separado se plasmarán en el modelo de recogida de datos creado a los fines de esta investigación. Anexo 2

A partir de los resultados de la aplicación de estos instrumentos se elaborará una estrategia educativa dirigida a la población y al personal de salud que labora en la Atención Primaria en la Provincia de

Cotopaxi, liderada por la Mg. Lic. Graciela Quishpe, que constará de 3 fases:

**FASE I:**

-Entrenamiento al personal de salud (médicos y enfermeras) del Nivel Primario de Atención en la Identificación de Factores de Riesgo para la Infección por VIH en la población, dirigido al personal de salud (médicos y enfermeras) del Nivel Primario de Atención, haciendo énfasis en los resultados identificados en este estudio (Taller metodológico docente).

-Simposio sobre Adherencia Terapéutica en pacientes infectados por VIH de la Provincia de Cotopaxi, donde se hará énfasis en los factores de no adhesión identificados en este estudio y se aportarán recursos didácticos para su identificación (Simposio).

**FASE II:**

-Charla de Educación para la Salud y Prevención de VIH/SIDA dirigida a la población de Cotopaxi, a impartirse en los Centros y Subcentros de Salud, acerca de los Factores de Riesgo para la Infección por VIH incidentes en la Provincia.

- Charla de Educación para la Salud y Promoción de Adherencia Terapéutica dirigida a pacientes infectados por VIH estén o no en fase de tratamiento, haciendo énfasis en los factores que influyen en la adhesión y los determinantes en la Provincia con vistas a un mejor control de la epidemia.

**FASE III**

-Aplicación de un Test Diagnóstico a los asistentes para evaluar el impacto de la Estrategia Educativa para la modificación de Factores de Riesgo para la Infección por VIH en la población presumiblemente no infectada.

- Aplicación de un Test Diagnóstico a los asistentes para evaluar el impacto de la Estrategia Educativa en la Adherencia Terapéutica de los pacientes infectados por VIH.

-Aplicación de un Test Diagnóstico al personal de salud del Nivel Primario de Atención para evaluar la competencia en la identificación de Factores de Riesgo para VIH en la población de Cotopaxi y la Adherencia Terapéutica en los pacientes infectados.

Los resultados de la investigación se incluirán en una base de datos en Excel y se procederá al análisis estadístico por métodos descriptivos e

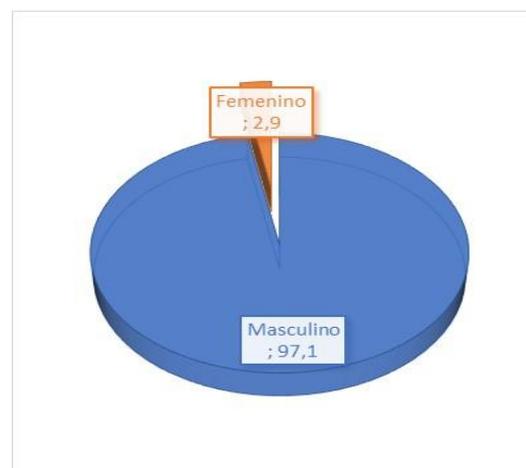
inferenciales. El descriptivo se basa en la construcción de tablas y gráficos ilustrativos de las características epidemiológicas de los pacientes infectados por el VIH, los factores de riesgo identificados y los factores de adherencia terapéutica. El inferencial se concreta en las comparaciones entre el grupo de estudio y el grupo control, se utilizará la prueba de ji cuadrado para la comparación de proporciones. En la evaluación de los factores de riesgo se calculará el odds ratio (OR) y en la evaluación de la adherencia terapéutica el riesgo relativo (RR), según sea posible. Los análisis estadísticos y representación gráfica se ejecutarán con el Paquete de Programas Estadísticos SPSS para Windows.

**Resultados**

Ecuador ocupa el quinto puesto en América Latina, se estima en las estadísticas ONUSIDA del 2017 que 33000 personas viven con VIH en este país, de ellos 32000 son adultos con edades comprendidas entre 15 y 49 años: 9900 mujeres y 22000 hombres<sup>1</sup>. Los niños por su parte no alcanzan la cifra de 500, pero no cabe dudas de que a pesar del incremento importante anual en las cifras, existe un subregistro. La mayor población de personas diagnosticadas con VIH está en las edades comprendidas entre los 20 y 39 años, representando la población sexualmente más activa.

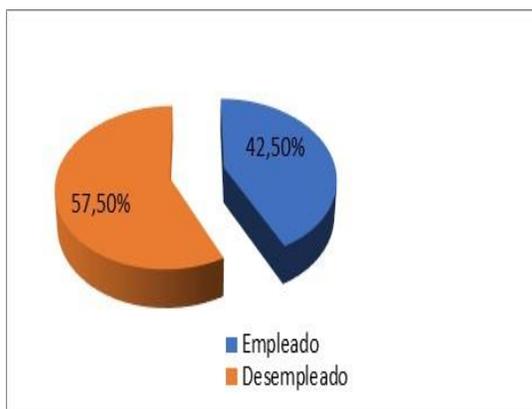
En cuanto a las características sociodemográficas: Predominó el sexo masculino en 97,1 %.

**Figura 1. Sexo**



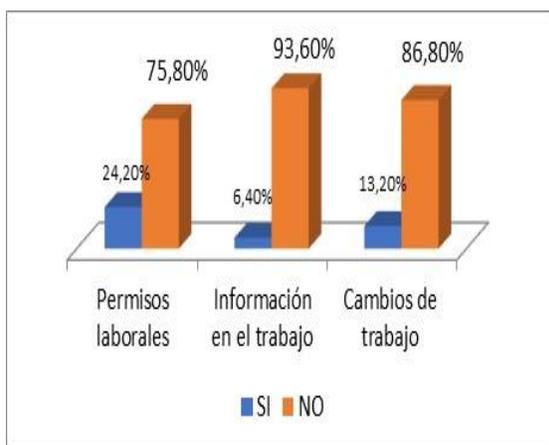
**Fuente:** Departamento de Estadísticas HPGL  
 - Predominó la raza mestiza en el 100 %.  
 - Predominó el grupo de edad de 35-45 años en el 52,8 %.  
 - Predominó el estatus laboral empleado en 42,5%.  
 Predominó el estatus laboral empleado en 42,5%.

**Figura 2.** Inserción laboral



**Fuente:** Departamento de Estadísticas HPGL  
 Predominó la escolaridad secundaria en 54,4%.  
 En el 62,3% de los pacientes, la familia conoce su enfermedad.  
 El 24,2 % cuenta con los permisos necesarios en el trabajo para acudir a sus citas médicas. En el 6,4% de los pacientes refieren que en su trabajo conocen su enfermedad. El 13,2 % refiere haber tenido que cambiar de trabajo por su enfermedad.

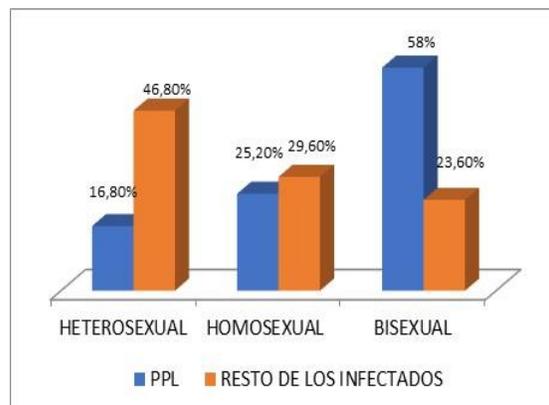
**Figura 3.** Aspectos laborales en relación con la enfermedad



**Fuente:** Departamento de Estadísticas HPGL

**Factores predisponentes a la infección por VIH**  
 El número de parejas sexuales mayor de 2 se encontró en el 92% de los casos. En las personas privadas de la libertad predominó como preferencia sexual bisexualidad 58%. La preferencia sexual homosexual predominó en las personas privadas de la libertad en 25,2%.

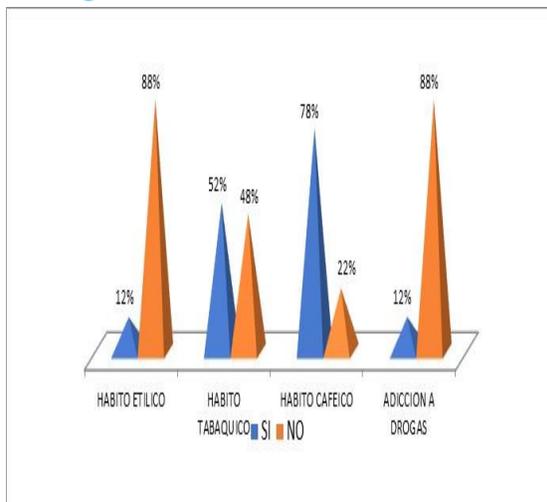
**Figura 4.** Preferencia Sexual



**Fuente:** Departamento de Estadísticas HPGL

El tiempo de detección de la infección fue mayor a 3 años en el 54,5 %.  
 En cuanto a hábitos tóxicos: El hábito alcohólico se constató en el 12%, el tabáquico está presente en el 52%, el caféico está presente en el 78% y la adicción a las drogas se constató en el 12 % (todos se correspondían con personas privadas de la libertad).  
 El 42 % realiza actividad física.  
 El jefe de familia es obrero no calificado en el 48% de los pacientes.

**Figura 5.** Hábitos tóxicos



**Fuente:** Departamento de Estadísticas HPGL

Existen vulnerabilidades diferenciadas para hombres y mujeres, en cuanto a la infección por VIH, muchas de las cuales son consecuencia del proceso por el cual la sociedad dicta diferentes pautas de comportamiento a cada uno de los géneros, como se verá más adelante.

Para el caso de la vulnerabilidad biológica se ha comprobado que en las relaciones heterosexuales la mujer es de 2 a 4 veces más vulnerable a la infección por el VIH que el hombre, porque la zona de exposición al virus durante la relación sexual es de mayor superficie en la mujer, porque la carga viral es mayor en el semen que en los fluidos vaginales, y porque las infecciones de transmisión sexual (ITS) (co-factores de infección por el VIH) son más frecuentemente asintomáticas y no tratadas en la mujer que en el hombre,<sup>8</sup> lo que debilita la mucosa vaginal permitiendo la entrada del virus, más aún en las adolescentes, cuyo aparato genital todavía está inmaduro<sup>1-30</sup>.

Epidemiológicamente los patrones de formación de pareja vigentes en la gran mayoría de las sociedades llevan a que mujeres más jóvenes mantengan relaciones sexuales y establezcan pareja con hombres de mayor edad, lo que hace que dichas mujeres estén en un riesgo mayor de infectarse por el VIH y demás ITS, debido a que practican sexo desprotegido con hombres de una franja de edad en la que son más elevados los niveles de prevalencia del VIH e ITS. Por otro lado, las mujeres suelen necesitar más transfusiones sanguíneas que los hombres.<sup>31-38</sup>

En cuanto a la vulnerabilidad social, las mujeres del tercer mundo siguen teniendo menor acceso a la educación y al trabajo asalariado, lo que las vuelve más dependientes de los hombres y con escasas posibilidades de acceder a información y a servicios adecuados de salud. Es importante notar que la cuestión central aquí es que "los dos géneros son tratados desigualmente en términos políticos, culturales y socioeconómicos, lo que puede observarse tanto en el ámbito de las parejas y familias, como de la sociedad o de las culturas nacionales o supranacionales".<sup>1-10</sup>

La vulnerabilidad de las mujeres por cuestiones de género<sup>36-42</sup> se refuerza cuando, además, se suman otras desigualdades como la pobreza o la discriminación por razones étnicas o de preferencias sexuales, es decir, el VIH/SIDA afecta a las mujeres en tanto mujeres, pero no las afecta a todas por igual. Si bien existe una vulnerabilidad específica para las mujeres, aquellas que están particularmente en riesgo son las trabajadoras de la salud, las compañeras sexuales de personas que tienen prácticas de riesgo, las parejas sexuales de personas que viven con el VIH, las mujeres expuestas a situaciones especiales de riesgo como abuso sexual, violencia, transfusiones sanguíneas sin precaución, y las mujeres indígenas/rurales, migrantes o parejas de migrantes, las mujeres privadas de la libertad o parejas de personas privadas de la libertad, entre otras. Una gran proporción de mujeres pertenece a uno o más de estos "grupos", y tiene así "vulnerabilidades acumuladas". Un ejemplo de esta situación es el de las mujeres migrantes, que además de la vulnerabilidad específica de género □ que las convierte constantemente en víctimas de violencia y abuso y a veces de infección por el VIH, pierden al migrar sus derechos de ciudadanía, sus redes sociales y sus recursos, lo que muchas veces las obliga a practicar sexo de supervivencia o a tolerar maltratos que, en una situación de menor vulnerabilidad, no tolerarían.<sup>12</sup> Género, origen étnico, situación socioeconómica, status de ciudadanía, entre otras formas de discriminación, se combinan así para formar situaciones de vulnerabilidad acumulada y, por lo tanto, extrema.

Los factores de la cultura de sexo-género que incrementan la vulnerabilidad<sup>36-42</sup> en ambos géneros, lo hacen a través de su influencia directa o indirecta en las prácticas sexuales. Por una parte las mujeres tienden a ignorar o bien aceptar

pasivamente las múltiples parejas del compañero, que en más casos de los que se acepta son también otros hombres. La llamada bisexualidad masculina, algunas veces tiene como contracara y causa indirecta a la homofobia, es decir, el rechazo social a la homosexualidad, que puede llegar a adquirir rasgos de violencia extrema. Este rechazo obliga a algunos hombres, que de lo contrario asumirían con mayor libertad sus preferencias sexuales, a llevar una doble vida, teniendo en algunas ocasiones prácticas homosexuales, al mismo tiempo que mantienen una imagen social de heterosexuales y "padres de familia", incluso ante sí mismos. Más aún, en ciertos contextos culturales, muchas veces se cree que el tomar la parte "activa" en una relación entre hombres no solamente deja intacta la identificación con la heterosexualidad, sino que antes bien, refuerza la hipermasculinidad (machismo). En determinados grupos de la sociedad esta compleja configuración de la sexualidad masculina constituida por prácticas bisexuales no reconocidas implica aún más riesgo: el no asumir abiertamente esta preferencia sexual, hace que muchos hombres asistan a lugares semiclandestinos donde mantienen relaciones sexuales sin protección, comúnmente precedidas por un fuerte consumo de alcohol o drogas, como sustancias que liberan pero a la vez relajan los cuidados. El reprimir este deseo hace que no se vaya "preparado" a tener una relación sexual ocasional, por ejemplo, llevando y usando condones, lo que incrementa el riesgo de infectarse o de infectar a otros(as).<sup>22</sup> Una situación similar sucede con la valoración social de la virginidad en la vida de las mujeres solteras. Este requisito social hace que muchas jóvenes no "anticipen" sus encuentros sexuales premaritales y los tengan sin haber tomado medidas de protección. Otro gran "malentendido compartido", producto también de la construcción social de la sexualidad, es la idea de que sólo los jóvenes tienen relaciones sexuales, lo que impide que muchas mujeres y hombres mayores sexualmente activos, consideren la conveniencia de hacerse la prueba del VIH o de usar condones en sus encuentros sexuales<sup>43-55</sup>.

Al hablar de negociación del uso del condón muchas veces se asume que las mujeres, a diferencia de los hombres, siempre quieren usarlo. Sin embargo, el ejercicio de la sexualidad basado en la noción de amor romántico implica, para

muchas, un ideal de amor sin condiciones ni infidelidades por lo que el condón es visto como señal de pérdida de confianza en la pareja, haya o no fundamentos para tenerla. Para otros la sexualidad implica renuncia, sufrimiento y desigualdad como constitutivos del lugar de lo femenino.<sup>23</sup> Estos factores agravan el problema de la falta de conciencia de riesgo en las mujeres, en especial las monógamas que basan su ideal de vida en el ideal de la pareja estable, la confianza y la supuestamente mutua fidelidad. El resultado es la imposibilidad de pensar en la necesidad de sexo más seguro y menos aún de practicarlo<sup>56-62</sup>.

Para reducir el riesgo de SIDA, es preciso entre otras cosas poseer conocimientos sobre la enfermedad, prácticas de un sexo seguro y control sobre las infecciones, así como mantener actitudes e influencias sociales y culturales positivas.

La falta de conocimientos puede guardar relación con una actitud negativa y una conducta peligrosa, se deben tratar de fomentar los conocimientos en campos en que se haya mostrado que éstos son deficientes.

La llamada "Revolución Sexual" trajo consigo un cambio de conductas. Las relaciones sexuales precoces obedecen a procesos biológicos dados por una maduración sexual más temprana que hace 100 años atrás; y en lo social, a los cambios en los estilos de vida motivados por el desarrollo de la urbanización, turismo, mayor acceso al transporte, mayor aceptabilidad por parte de estas relaciones, los problemas económicos y los patrones de conducta social (machismo), que favorecen estas relaciones para el sexo masculino sobre el femenino.

En cuanto al no uso del preservativo en las personas con vida sexual activa, existe un bajo porcentaje de uso del condón en los hombres, puede deberse a una información deficiente en cuanto a sus y desconocimiento de los riesgos a que se exponen, y en el caso de las mujeres el temor de sentirse rechazada y constituir una prueba de desconfianza hacia su pareja sexual.

La tendencia a la liberalización sexual, que se manifiesta por aumento en el número de parejas sexuales e inestabilidad en las mismas, parece ser un fenómeno universal a juzgar por los informes provenientes de otros países. En ello intervienen múltiples causas, entre ellas la necesidad de exploración sexual que tienen los adolescentes fundamentalmente los varones en esta sociedad, y que los puede llevar a consecuencias perjudiciales

para su desarrollo ulterior, sobre todo si no se han orientado e instruido al respecto.

Los hábitos sexuales orogenital y genitoanal están considerados de riesgo por la transmisión del VIH. Otro factor de riesgo presente en nuestra población es las personas privadas de la libertad, donde se suman el uso de drogas, las conductas homosexuales y heterosexuales no protegidas.

**Adherencia terapéutica**

El esquema terapéutico predominante en el 95.2% de los pacientes incluye Tenofovir + Efavirenz + Emtricitabina (300/600/200mg)

El 4,8 % de los pacientes ha cambiado su esquema antiretroviral una vez.

La causa principal del cambio de esquema terapéutico fue resistencia.

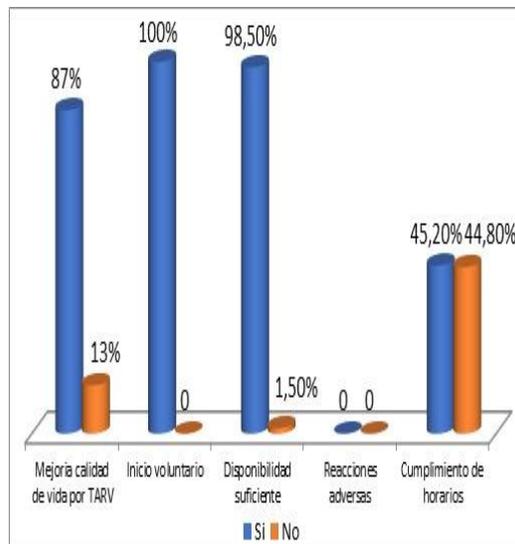
**Figura 6.** Esquemas TARV



**Fuente:** Departamento de Estadísticas HPGL

El 87 % considera que su calidad de vida ha mejorado con TARV. El 100% inició tratamiento voluntariamente. Sólo el 15% toma tranquilamente el tratamiento frente a otras personas. El 72 % no ingiere sus comidas a la misma hora. El 98,5 % dispone de sus medicamentos en cantidad suficiente. No se han detectado reacciones adversas. El 8% ha dejado en ocasiones de tomar el medicamento por problemas de disponibilidad, son PPL.. El 45,2% cumple estrictamente los horarios de administración del tratamiento.

**Figura 7.** Terapia antiretroviral



**Fuente:** Departamento de Estadísticas HPGL

El 62% considera que el personal de salud le brinda confianza suficiente para contarle sus problemas.

El 89,6% refiere mantener buena comunicación con el personal de salud.

El 78,6 % considera que no necesita la opinión del personal de salud para tomar sus decisiones.

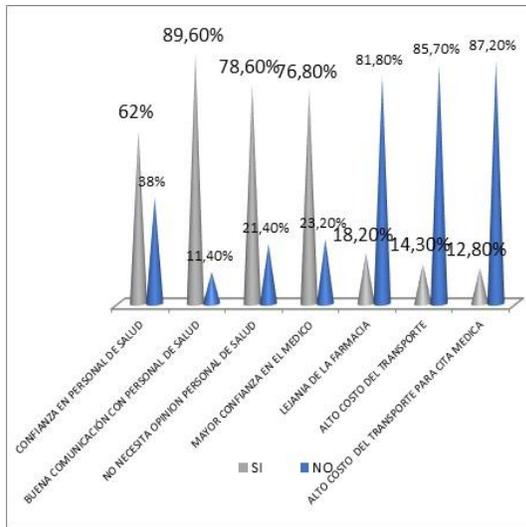
El 76,8 % refiere que el miembro del equipo que le ofrece mayor confianza es el médico.

El 18,2 % considera que es lejana la farmacia.

El 14,3% considera que es costoso el transporte para ir a retirar la TARV.

El 12,8 % considera costoso acudir a sus citas médicas.

**Figura 8.** Otros factores que influyen en la adherencia terapéutica

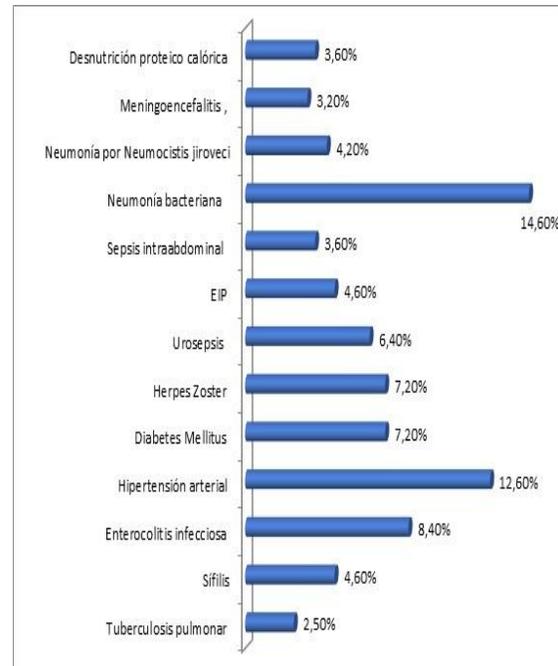


Fuente: Departamento de Estadísticas HPGL

El 59,6% considera que los beneficios del TARV superan los costos de transportación. La TARV es gratuita.

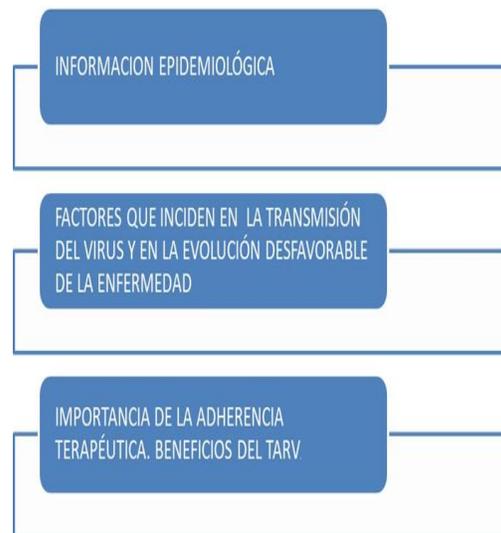
En cuanto a la adherencia terapéutica debemos destacar que en la actualidad el cumplimiento de las indicaciones médicas tiene gran trascendencia por sus implicaciones médicas, sociales y familiares para los pacientes —sobre todo de los que padecen enfermedades crónicas— y porque incide en el aumento del costo de la asistencia sanitaria. Al analizar la adherencia terapéutica como categoría y como un componente fundamental de los aspectos subjetivos comportamentales a tenerse en cuenta en el curso y evolución de la enfermedad. Se destaca el carácter complejo, multidimensional y multifactorial de este fenómeno, donde existen algunas reflexiones acerca de los principales problemas teóricos y metodológicos a los que se enfrenta el investigador que intente abordar con rigor y seriedad el tema. Finalmente, se plantea la necesidad de investigarlo para mejorar la comprensión del papel del comportamiento humano en el proceso de salud-enfermedad y el perfeccionamiento de la práctica médica, a la vez que puede convertirse en una contribución importante al desarrollo de este campo.

Figura 9. Otros diagnósticos coexistentes en pacientes con VIH



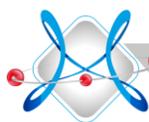
Fuente: Departamento de Estadísticas HPGL

Estrategia educativa para el paciente.



Programa para el paciente

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE CUMPLIMIENTO
1-Charla educativa sobre	Mg. Lic. Esp. Graciela	4to trimestre 2018



aspectos epidemiológicos de la infección por VIH en la provincia Cotopaxi	Quishpe	
2- Interpretación de roles sobre factores que inciden en la transmisión del virus y en la evolución desfavorable de la enfermedad	Mg. Lic. Esp. Graciela Quishpe	1er trimestre 2019
3-Intervención educativa sobre importancia de la adherencia terapéutica. Beneficios del TARV	Mg. Lic. Esp. Graciela Quishpe	2do trimestre 2019

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE CUMPLIMIENTO
1-Conferencia magistral sobre epidemiología del VIH en la provincia del Cotopaxi	Mg. Lic. Esp. Graciela Quishpe	4to trimestre 2018
2-Seminario papel del enfermero (a) en la modificación de factores que inciden en la transmisión del VIH y en la evolución desfavorable de la enfermedad	Mg. Lic. Esp. Graciela Quishpe	1er trimestre 2019
3-Clase práctica sobre estrategias por enfermería para mejorar la adherencia terapéutica a la TARV	Mg. Lic. Esp. Graciela Quishpe	2do trimestre 2019

La efectividad de las estrategias educativas propuestas será objeto de evaluación en otro estudio.

#### Estrategia para el profesional de enfermería del hospital y atención comunitaria



#### Programa para el profesional de enfermería del hospital y atención comunitaria

#### Conclusiones

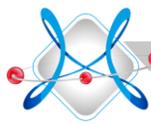
-En la evaluación de los aspectos sociodemográficos se evidenció que predominó: el sexo masculino, la raza mestiza, el grupo de edad de 35-45 años, el estatus laboral empleado y la escolaridad secundaria.

-En la evaluación de factores predisponentes a la infección por el VIH se constató: el número de parejas sexuales mayor de 2, la bisexualidad y en el caso de las personas privadas de la libertad la preferencia homosexual, el tiempo de detección de la infección superior a 3 años y entre los hábitos tóxicos: la adicción al alcohol, café, tabaco y drogas.

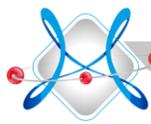
-En la evaluación de la terapia antiretroviral, predominó el esquema terapéutico combinado (Tenofovir+Efavirenz+Emtricitabina), la principal causa de cambio fue la resistencia, la mayoría de los pacientes considera que el tratamiento ha mejorado su calidad de vida.

-Las causas de no adherencia terapéutica identificadas son: accesibilidad y disponibilidad del tratamiento, lejanía de la farmacia y costo del transporte.

#### Referencias bibliográficas



1. Quishpe G, Leiva L, Hernández E, Cáceres S, Villacís S, Ramos M. Aspectos epidemiológicos de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en Cotopaxi. *MEDICIENCIAS UTA*.2018;2 (2):49-55
2. Organization, World Health. World report: rapport on sida sur l'épidémie mondiale de sida 2015. World Health Organization; 2016
3. OMS, O, UNICEF. La riposte mondiale du VIH/sida. Rapport de situation 2011. 2012
4. ONUSIDA, I. Informe de ONUSIDA para el día mundial del SIDA 2011; 2012;
5. ONUSIDA, C del. Ginebra. ONUSIDA; 2012
6. (ONUSIDA), De las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Informe mundial: informe OMS, O. ONUSIDA–Guide technique destiné aux pays pour la définition des objectifs nationaux pour l'accès universel à la prévention, au traitement, Rapport mondial sur les drogues 2008. 2013
7. de ONUSIDA sobre la epidemia mundial de SIDA 2012. ONUSIDA Ginebra; 2012
8. Mancilla, JC. Gasto público en salud en el Ecuador. *Medicina*. editorial.ucsg.edu.ec; 2013
9. Calvopina, M, Aguirre, C, Cevallos, W, Castillo, A. Human Immunodeficiency Virus–Acquired Immune Deficiency Syndrome: Report of a Case of Disseminated Cutaneous Leishmaniasis in Ecuador. *The American journal of ASTMH*; 2017
10. Bernier, A, Acosta, ME, Castro, DR. Factores asociados a establecer contacto con asociaciones de lucha contra el VIH/sida en Ecuador: resultados de un estudio comunitario de Salud Pública. *SciELO Public Health*; 2015
11. Bernier, A, Acosta, ME, Castro, DR. HIV/AIDS associations in Ecuador: results of a community study/Factores asociados a establecer contacto con asociaciones de lucha contra el VIH/sida en Ecuador. *Salud Publica*. go.galegroup.com; 2015
12. Chicaiza, AK Tingo. Análisis de los factores de riesgo para enfermedades de transmisión sexual en la comunidad de Tanguarín durante el año 2016. *repositorio.utn.edu.ec*; 2018;
13. Nyee, AN, Nkoum, BA, Bassong, O. Facteurs de non Adhésion au Programme de la Prévention de la Transmission du VIH à L'Hôpital Central de Yaoundé. *HEALTH SCIENCES*. hsd-fmsb.org; 2018
14. Díaz, R Besse, Saní, V Puente, Cantillo, L Martínez. Aspectos clínicos y epidemiológicos en pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida de la provincia de Santiago de Cuba. *MEDISAN*. scielo.sld.cu; 2018
15. Livinec, B, Kaboré, S. Plus d'inégalités de revenus c'est plus de VIH/sida Plaidoyer pour des coefficients de Gini en dessous de 0, 3. *Médecine et Santé Tropicales*. jle.com; 2015
16. Lepère, P, Milleliri, JM. VIH: rattraper le retard thérapeutique est une priorité en Afrique de l'Ouest et du Centre. *Médecine et Santé Tropicales*. jle.com; 2017
17. Labbé, F, Mercure, SA, Bédard, A, Bédard, E, Aider, s' aider, s'entraider: expériences de femmes travailleuses du sexe de rue et utilisatrices de drogues par injection dans une recherche-action. *Drogues, santé et erudit.org*; 2013
18. Akilimali, PZ, Mutombo, PB, Kayembe, PK. Les déterminants de la survie des patients vivant avec le VIH sous thérapie antirétrovirale dans la ville de Goma, RD-Congo. *Revue d'Épidémiologie*. Elsevier; 2014
19. Agbobli, EKM. Méthodologie de la recherche et initiation à la préparation des mémoires et des thèses. Editions L'Harmattan; 2014
20. Feigin, VL, Forouzanfar, MH, Krishnamurthi, R. Global and regional burden of stroke during 1990–2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*. Elsevier; 2014
21. Villacís, B, Carrillo, D. Estadística demográfica en el Ecuador: diagnóstico y propuesta. Centro Nacional de Estadística. *ecuadorencifras.gob.ec*; 2011
22. Rodríguez-Contreras, R. La estrategia de ONUSIDA-OMS frente al VIH. Análisis epidemiológico. *Academia de Medicina y Cirugía*; 2011;
23. Teva, I, Bermúdez, M, Ramiro, MT. Situación epidemiológica actual del VIH/SIDA en Latinoamérica en la primera década del siglo XXI: Análisis de las diferencias entre países. *SciELO Chile*; 2012
24. Garzón, KA Cayambe, Minchala, ME Peñafiel. Análisis de las estadísticas de VIH en los últimos dos años en la zona 2. *repositorio.unemi.edu.ec*; 2017
25. Bernier, A, Acosta, ME, Castro, DR. HIV/AIDS associations in Ecuador: results of a

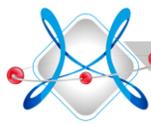


- community study/Factores asociados a establecer contacto con asociaciones de lucha contra el VIH/sida en Ecuador. Salud Publica. go.galegroup.com; 2015
26. Moncerrad, Q, Xavier, L. Perfil epidemiológico del VIH SIDA en pacientes de el Hospital Leon Becerra Camacho de Milagro, periodo 2014-2015. repositorio.ug.edu.ec; 2016
27. CERCA, P. Estadísticas de Salud Sexual y Reproductiva en adolescentes Análisis de sus determinantes y Guía de Atención psicológica. Revista Estadística N°2. researchgate.net; 2012
28. Crespo, T Cajas. Estudio epidemiológico de enfermedades oportunistas en pacientes con Vih/Sida. Hospital “Dr. José Garcés Rodríguez” cantón Salinas. Periodo 2009-2013. repositorio.ug.edu.ec; 2016
29. Coka, MAC. VIH-SIDA la verdad detrás del mito. Ciencia Unemi. ojs.unemi.edu.ec; 2015
30. FRYXELL, PA. SIDUS SIDARUM—V. THE NORTH AND CENTRAL AMERICAN SPECIES OF SIDA. SIDA, Contributions to Botany. JSTOR; 1985
31. Perez, AJ García. Perfil epidemiológico en pacientes con VIH/SIDA en categoría C en el Hospital de Infectología Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña desde el 2014 al 2015. repositorio.ug.edu.ec; 2016
32. Cortez, AA Reyes, Intriago, MG Holguin. Epidemiología en pacientes VIH positivo con Síndrome Diarreico por Encephalitozoon Intestinales. repositorio.unemi.edu.ec; 2017
33. Ponce, P, Muñoz, R, Stival, M. Pueblos indígenas, VIH y políticas públicas en Latinoamérica: una exploración en el panorama actual de la prevalencia epidemiológica, la prevención, la Salud Colectiva. SciELO Public Health; 2017
34. Bandera, V de la, Verónica, KA, Leiva L. Epidemiología de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en el primer semestre del 2015 en la provincia de Cotopaxi. 186.3.45.37; 2016
35. Lima, YX Ordoñez. Perfil epidemiológico y complicaciones de tuberculosis intestinal y peritoneal en pacientes con VIH del Hospital Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña, periodo 2014 repositorio.ug.edu.ec; 2016
36. Alvarado, JC Ramirez. Análisis de las estadísticas de virus de inmunodeficiencia humana en los dos últimos años en la zona 1. repositorio.unemi.edu.ec; 2017
37. Bernier, A, Acosta, ME, Castro, DR. HIV/AIDS associations in Ecuador: results of a community study/Factores asociados a establecer contacto con asociaciones de lucha contra el VIH/sida en Ecuador. Salud Publica. go.galegroup.com; 2015
38. Priscila, JA. Prevalencia del VIH/Sida en el Hospital General” Dr. Liborio Panchana Sotomayor” de Santa Elena. Año 2016-2017. repositorio.ug.edu.ec; 2017
39. Rodríguez, MF, Wolff, M, Cortés, C. Características clínicas y epidemiológicas de la infección por VIH en inmigrantes latinoamericanos versus chilenos: estudio comparativo. Revista chilena de infectología. SciELO Chile; 2015
40. Samudio, M, Vesga, JF, Cohenca, B. Revista Panamericana de Salud Pública. SciELO Public Health; 2015
41. Berbesí, D, Segura-Cardona, Á. Prevalencia y factores asociados al VIH en habitante de calle de la ciudad de Medellín Colombia. revistaestudiospoliticos.udea.edu.co; 2015
42. García, GG Gaviria, Trejos, AM. Prevalencia del VIH/SIDA y conductas de riesgo en internos de centro carcelario del distrito de Barranquilla. rcientificas.uninorte.edu.co; 2015
43. Fernández, D Berbesi, Cardona, Á Segura. Índice de vulnerabilidad al VIH en población habitante de calle. Enfermería. SciELO Espana; 2017
44. Earnshaw, VA, Lang, SM, Lippitt, M, Jin, H. HIV stigma and physical health symptoms: Do social support, adaptive coping, and/or identity centrality act as resilience resources? AIDS and Behavior. Springer; 2015
45. Sweeney, SM, Venable, PA. The association of HIV-related stigma to HIV medication adherence: a systematic review and synthesis of the literature. AIDS and Behavior. Springer; 2016
46. Veras, MASM, Calazans, GJ, Ribeiro, MCS de Almeida. High HIV prevalence among men who have sex with men in a time-location sampling survey, São Paulo, Brazil. AIDS and Behavior. Springer; 2015
47. Bauermeister, JA, Pingel, ES, Jadwin-Cakmak, L. Acceptability and preliminary efficacy of a tailored online HIV/STI testing

- intervention for young men who have sex with men: the Get Connected! program. *AIDS and Behavior*. Springer; 2015
48. Dzangare, J, Takarinda, KC, Harries, AD. HIV testing uptake and retention in care of HIV-infected pregnant and breastfeeding women initiated on 'Option B+' in rural Zimbabwe. *Tropical medicine*. Wiley Online Library; 2016
49. Shannon, K, Strathdee, SA, Goldenberg, SM, Duff, P. Global epidemiology of HIV among female sex workers: influence of structural determinants. *The Lancet*. Elsevier; 2015
50. Frómeta, L, Vilató, Alfonso, L Martín. Adherencia terapéutica y apoyo social percibido en personas que viven con VIH/sida. *Revista Cubana de Salud Pública*. SciELO Public Health; 2015
51. Hernández, ÁH Castañeda. Calidad de vida y adherencia al tratamiento de personas con enfermedad crónica oncológica. *Revista Cuidarte*. redalyc.org; 2015
52. Hernández, ÁH Castañeda. Calidad de vida y adherencia al tratamiento de personas con enfermedad crónica oncológica. *Revista Cuidarte*. redalyc.org; 2015;
53. Herrera, C, Campero, L. La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. *Salud pública de México*. SciELO Public Health; 2002
54. Vera, LM, López, N, Ariza, ND, Díaz, LM, Flórez, Y. Asociación entre el área de estudio y los conocimientos y comportamientos frente a la transmisión del VIH/SIDA en los estudiantes de la Universidad. *Colombia.redalyc.org*; 2004
55. Teva, I, Bermúdez, M, Buela-Casal, G. Variables sociodemográficas y conductas de riesgo en la infección por el VIH y las enfermedades de transmisión sexual en adolescentes: España, 2007. *Revista Española de Salud*. SciELO Espana; 2009
56. López, JA Piña, Rascón, AE Corrales. Instrumento para medir variables psicológicas y comportamientos de adhesión al tratamiento en personas seropositivas frente al VIH (VPAD-24) *Revista de Salud Pública*. SciELO Public Health; 2006
57. Gómez, O Miranda, Reinoso, AT Fariñas. Comportamiento de la epidemia de VIH en Cuba. *scielo.sld.cu*; 2012
58. Piña-López, JA. Validación de un instrumento para medir competencias conductuales en personas VIH positivas. *salud pública de México*. SciELO Public Health; 2003
59. Martínez, P, Olea, A, Chiu, M. Situación epidemiológica de la infección por VIH y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida en Chile. *Revista chilena de infectología*. SciELO Chile; 2006
60. Prada, H Guerra, Blanco, N Trujillo. Intervención educativa para elevar conocimientos sobre las ITS/VIH/SIDA en jóvenes. *Archivo Médico*. scielo.sld.cu; 2009
61. Cohen, MS, Chen, YQ, McCauley, M. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *New England journal of Medicine*. Mass Medical Soc; 2011
62. Marks, G, Crepaz, N, Senterfitt, JW. Meta-analysis of high-risk sexual behavior in persons aware and unaware they are infected with HIV in the United States: implications for HIV prevention programs. *JAIDS*. journals.lww.com; 2005
63. Shiels, MS, Cole, SR, Kirk, GD. A meta-analysis of the incidence of non-AIDS cancers in HIV-infected individuals. *Journal of acquired.ncbi.nlm.nih.gov*; 2009
64. Ministerio de Salud Pública de Ecuador: Guía para la atención integral de adultos y adolescentes con VIH/SIDA. <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/GUIA-AT.ADULTOS-VIH.pdf>.2014
65. (CDC, for Disease Control and Prevention. Integrated prevention services for HIV infection, viral hepatitis, sexually transmitted diseases, and tuberculosis for persons who use drugs illicitly: summary guidance and reports: *Morbidity*. ncbi.nlm.nih.gov; 2012
66. Organization, World Health. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach. *apps.who.int*; 2016
67. Beyrer, C, Baral, SD, Griensven, F Van, Goodreau, SM. Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men. *The Lancet*. Elsevier; 2012
68. Shisana, O, Rehle, T, Simbayi, LC, Zuma, K, Jooste, S. South African national HIV prevalence, incidence and behaviour survey, 2012. *repository.hsra.ac.za*; 2014



69. Deeks, SG, Lewin, SR, Havlir, DV. The end of AIDS: HIV infection as a chronic disease. *The Lancet*. Elsevier; 2013
70. Anglemyer, A, Horvath, T, Rutherford, G. Antiretroviral therapy for prevention of HIV transmission in HIV-discordant couples. *Jama*. jamanetwork.com; 2013
71. (CDC, for Disease Control and Prevention. HIV testing and risk behaviors among gay, bisexual, and other men who have sex with men-United States.. *MMWR*. Morbidity.ncbi.nlm.nih.gov; 2013
72. Villa, IC, Vinaccia, S. Adhesión terapéutica y variables psicológicas asociadas en pacientes con diagnóstico de VIH-sida. *Psicología y salud*. revistas.uv.mx; 2014;
73. Castillo, JA Lamotte. Infección por VIH/sida en el mundo actual. *Medisan*. scielo.sld.cu; 2014
74. Ballester, R. Adhesión terapéutica: revisión histórica y estado de la cuestión en la infección por VIH/SIDA. *Revista de psicopatología y psicología clínica*. espacio.uned.es; 2013
75. Marco, A, Hoya, P Saiz. Estudio Multicéntrico de Prevalencia de Infección por el VIH y factores asociados en las prisiones de España. *SciELO Espana*; 2012
76. Ballester, R, Gil-Llario, MD, Ruiz-Palomino, E. Autoeficacia en la prevención sexual del Sida: la influencia del género. *SciELO Espana*; 2013
77. Gómez, O Miranda, Reinoso, AT Fariñas. Comportamiento de la epidemia de VIH en Cuba. *Revista Médica de Salud Pública*. scielo.sld.cu; 2012
78. Fernández, AL Fadragas. Intervención sobre ITS/VIH/sida en adolescentes pertenecientes a dos consultorios del policlínico "Plaza". *Revista Cubana de Medicina General Integral*. scielo.sld.cu; 2012
79. Bermúdez, MP, Teva, I. Situación actual del VIH/SIDA en México: análisis de las diferencias por entidad federativa. *Psicología y Salud*. revistas.uv.mx; 2014
80. Nacional, Panel de expertos de Gesida y Plan. Documento de consenso de Gesida/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia. *Microbiología Clínica*. Elsevier; 2012
81. Guimarães, RA, Silva, LN, França, DDS. Risk behaviors for sexually transmitted diseases among crack users. *SciELO Brasil*; 2015
82. Castillo, JA Lamotte. Infección por VIH/sida en el mundo actual. *Medisan*. scielo.sld.cu; 2014
83. Alegría, M Acosta, Gómez, A Morales. Epidemia de VIH/sida. Su comportamiento municipio La Habana Vieja períodos 1997-2002 y 2003-2008. *Revista Habanera* scielo.sld.cu; 2012
84. Gutiérrez, MR Bolaños. Implicaciones éticas, legales y sociales del diagnóstico de VIH/sida en la mujer. *Revista Cubana de Salud Pública*. scielo.sld.cu; 2013
85. Lugo, C Cañas, Capote, R Menéndez. Intervención educativa sobre el VIH con adolescentes de la Escuela Militar " Camilo Cienfuegos" de Arroyo Arenas. *Revista Cubana de Medicina*. scielo.sld.cu; 2012
86. Alfaro, A Cortés, Roche, R García. Intervención en el conocimiento, creencias y percepción de riesgo sobre infecciones de transmisión sexual y el vih/sida. *Medicentro* scielo.sld.cu; 2014
87. Araújo, LF de. El origen del SIDA después de tres décadas desde sus primeros diagnósticos. *Revista Psicología & Sociedade*. ufrgs.br; 2014
88. Silva-Santisteban, A, Raymond, HF, Salazar, X. Understanding the HIV/AIDS epidemic in transgender women of Lima, Peru: results from a sero-epidemiologic study using respondent driven sampling. *AIDS and Behavior*. Springer; 2012
89. Oliveira, MTC, Latorre, MRDO, Greco, DB. The impact of late diagnosis on the survival of patients following their first AIDS-related hospitalization in Belo Horizonte, Brazil. *AIDS care*. Taylor & Francis; 2012
90. Iwuji, C, Newell, ML. Towards control of the global HIV epidemic: Addressing the middle-90 challenge in the UNAIDS 90-90-90 target. *PLoS medicine*. journals.plos.org; 2017
91. Donalisio, MR, Cordeiro, R. The AIDS epidemic in the Amazon region: a spatial case-control study in Rondonia, Brazil. *Revista de saude*. SciELO Public Health; 2013
92. Waard, J De, Nogal, B Del, Chang, S, Hurtado, JL. Factores de riesgo para infección por VIH en indígenas de la etnia warao del Municipio Antonio Díaz, Estado Delta Amacuro, Venezuela. *Bol. venez. infectol*. 2017



93. Constituyente, EA. Constitución de la República del Ecuador. repositorio.dpe.gob.ec; 2008
94. Cobo, MP. Guía de prevención y control de la transmisión materno infantil del VIH y sífilis congénita y de atención integral a niños con VIH/SIDA. 2013
95. Afani, A, Pérez, C, Vásquez, P, Wolff, M. Guía clínica de VIH/SIDA. Revista chilena de infectología. SciELO Chile; 2010
96. TOMO, I. GUÍAS PARA EL ABORDAJE INTEGRAL DE LA SALUD DE ADOLESCENTES EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN. programaedusex.edu.uy. 2017
97. Kerouedan, D. Chapitre 4. Les bonnes pratiques de la Global Health. Améliorer la santé ou bien gérer l'argent? Les bonnes pratiques des organisations. cairn.info; 2015
98. BO3, PIK. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA). apps.who.int.
99. Lepère, P, Mongonou, V. Entretien avec Michel Sidibé, directeur exécutif de l'ONUSIDA. Médecine et Santé Tropicales. jle.com; 2017
100. Sculier, D, Calmy, A. VIH: l'année 2014 en revue. Nouveautés en médecine 2014. Médecine et Hygiène; 2015
101. Castillo, JA Lamotte. Infección por VIH/sida en el mundo actual. Medisan. scielo.sld.cu; 2014
102. Almeida, JGD. Cuba: primer país del mundo en eliminar la transmisión materno-infantil del VIH/SIDA y la sífilis. Archivos del Hospital Universitario "General Calixto García. revcalixto.sld.cu; 2017
103. Alcamí, J, Bermejo, M, Coiras, MT. Inmunopatología del sida. Avances en vacunas. Gatell Artigas JM.media.axon.es; 2013
104. Ballester, R. Adhesión terapéutica: revisión histórica y estado de la cuestión en la infección por VIH/SIDA. Revista de psicopatología y psicología clínica. espacio.uned.es; 2013
105. Segura, O, Porras, OC. Panorama del VIH-SIDA en Colombia 1983-2010: un análisis de situación. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social Fondo de población de Naciones Unidas; Revista de la Facultad de Medicina. revistas.unal.edu.co; 2014
106. Araújo, LF de. El origen del SIDA después de tres décadas desde sus primeros diagnósticos. Revista Psicologia & Sociedade. ufrgs.br; 2014
107. GOBIERNO, IV, PANAMÁ, VG DE, PANAMÁ, VIH. FE-ÉTICA. atlapa.net.2017
108. Monge, S. Living with HIV and dying with AIDS: Diversity, inequality and human rights in the global pandemic. Gaceta Sanitaria. SciELO Espana; 2014
109. Montoya, JHE. Educación para la prevención del VIH destinada a jóvenes: un análisis desde la Determinación Social de la Salud. Acta Odontológica Colombiana. search.proquest.com; 2013
110. Vilardebó, S. Citopenias en VIH. clinicamedical.com.uy; 2016
111. González, JS. Epidemiología y prevención del VIH. Infección por VIH: Revisión 2013. dialnet.unirioja.es; 2013
112. \*\*\*\*Rodríguez, AF Uribe, Pineda, LT Orcasita. Conductas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios de la ciudad de Cali-Colombia. Revista Virtual Universidad .... redalyc.org; 2009
113. Ahumada, L Revilla, Castillo, J Luna Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. samfyc.es; 2005
114. Guedes, DP, Lopes, CC. Validation of the Brazilian version of the 2007 youth risk behavior survey. Revista de Saúde Pública. SciELO Brasil; 2010;
115. Arias, L. El APGAR familiar en el cuidado primario de salud. Colombia Médica. colombiamedica.univalle.edu.co; 1994
116. Peralta, ML, Carbajal, P. Adherencia a tratamiento. Rev Cent Dermatol Pascua. promsalud.udenar.edu.co; 2008
117. Evans L, Seplman M. The problem of not compliance with drug therapy. Drugs 1983; 2: 63-76.
118. Morisky, DE, Ang, A, Krousel-Wood, M. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. The Journal of Clinical. Wiley Online Library; 2008
119. Ben, AJ, Neumann, CR. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. Revista de Saúde. SciELO Public Health; 2012
120. Senplades, SN. Plan Nacional del Buen Vivir. Recuperado el. 2013
121. DE, AYAIO. LA EDUCACIÓN SUPERIOR (CEAACES). ceaaces.gob.ec; 2015