

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO ORREGO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



**“ALCOHOLISMO Y MIGRACION EN RELACION AL GENERO DE PACIENTES
CON VIH QUE ACUDEN A PROGRAMAS DE ATENCION DEL HOSPITAL
GENERAL DE JAEN, MINSA, 2005-2013”**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

AUTOR: WILDER PINEDO TAPIA

ASESOR: Dr. CARLOS EDUARDO VENEGAS TRESIERRA

TRUJILLO – PERÚ

2015

MIEMBROS DEL JURADO:

Dr. PEDRO DIAZ CAMACHO

PRESIDENTE

Dr. DANTE CABOS YEPEZ

SECRETARIO

Dr. WILMER GUZMAN VENTURA
VOCAL

ASESOR:

Dr. VENEGAS TRESIERRA CARLOS

DEDICATORIA

*A Dios quién guió mis pasos
día tras día y
darme fuerzas para seguir
adelante y no claudicar ante las
dificultades*

*A mis padres Ricardo y Maria, quienes fueron
el apoyo para la realización
de un sueño que tuve desde niño,
en especial a mi madre
quien nunca dudó de su realización*

AGRADECIMIENTOS

Le agradezco a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad.

Le doy gracias a mis padres por apoyarme en todo momento, por los valores que me han inculcado, y por haberme dado la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de mi vida.

A mis hermanos (Flor, Gladys, Janeth, Violeta, Leiter, Lucy, Sonia) y Marilú y Yovanny en el cielo, por ser parte importante de mi vida y por estar siempre a mi lado en todo momento, tanto los buenos como los malos.

A mis amigos por haber compartido tantas experiencias a lo largo de todos los años de esta hermosa carrera.

A mi asesor, Dr. Carlos Eduardo Venegas Tresierra, por toda la orientación y ayuda brindada en la realización de este trabajo.

A todos y cada uno de mis docentes; por sus enseñanzas, su dedicación y su tiempo.

A mí querido jurado Dr. Diaz Camacho, Dr. Cabos Yopez y Dr. Guzman Ventura, por formar el grupo de personalidades y eternos maestros que llevare por siempre sus enseñanzas.

ABSTRACT

Objective: Check Correlation of gender with alcoholism and Migration in HIV patients attending one Social Care Programs General Hospital of Jaén.

Material and Methods: We conducted a quantitative research correlational descriptive, retrospective, cross-sectional. The sample consisted of 126 patients of the "Strategy of TB and HIV" General Hospital Jaén, 2005-2013.

Results: The age of the patients ranged between 17-58 years. In women the means WAS 29.02 ± 7.98 and 31.05 ± 9.30 Men in the statistical sin Significant Difference. Men accounted for 67.5% 32.5% Against Women, with a ratio 2.07: 1. The history of alcoholism reached 81.7% of all patients. The history of migration totaled 37.3%. The frequency in Men By history of alcoholism WAS superior to women and Mostro A Very Significant statistical difference ($p < 0.005$). Also male gender was more frequent than female is the antecedent of Migration, sin embargo Non Significant statistical difference was ($p > 0.05$).

Conclusions: Male gender was correlated with a history of alcoholism. Neither Genres correlated with a history of migration.

Keywords: HIV, alcoholism, Migration, Gender.

RESUMEN

Objetivo: Comprobar la correlación del género con alcoholismo y migración en pacientes con VIH que acuden a programas de atención del Hospital General de Jaén.

Material y Métodos: Se llevó a cabo una investigación cuantitativa de tipo descriptiva, retrospectiva, transversal y correlacional. La muestra estuvo constituida por 126 pacientes del programa “Estrategia de TBC y VIH” del Hospital General de Jaén, 2005-2013.

Resultados: La edad de los pacientes fluctuó entre 17 a 58 años. En mujeres la media fue 29.02 ± 7.98 y en hombres 31.05 ± 9.30 , sin diferencia estadística significativa. Los hombres constituyeron el 67.5% frente a 32.5% de mujeres, con una razón 2.07:1. El antecedente de alcoholismo alcanzó el 81.7% de todos los pacientes. El antecedente de migración totalizó el 37.3%. La frecuencia en hombres por antecedente de alcoholismo fue superior a la de mujeres y mostró una diferencia estadística altamente significativa ($p < 0.005$). El género masculino también fue más frecuente que el femenino en el antecedente de migración, sin embargo la diferencia estadística no fue significativa ($p > 0.05$).

Conclusiones: El género masculino se correlacionó con antecedente de alcoholismo. Ninguno de los géneros se correlacionó con el antecedente de migración.

Palabras Clave: VIH, alcoholismo, migración, género.

INDICE:

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTOS	
TABLA DE CONTENIDOS	
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCION	1
MATERIAL Y METODOS	13
RESULTADOS	17
DISCUSION	23
CONCLUSIONES	25
SUGERENCIAS	26
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	27
ANEXOS	32

I. INTRODUCCION

La enfermedad más devastadora a la que ha podido enfrentarse un ser humano por todas las consecuencias que en su salud produce es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Hoy en día se sabe que la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) es factor causal de la primera.

Sabemos también que la distribución de casos de VIH/SIDA es mundial sin distinción de raza, profesión, género, condición social y cualquier otra variable, por lo que su prevención se hace clave.

Se ha estudiado a esta infección y con el tiempo se determinaron diversos factores que potencian el riesgo de su aparición. Además de los ya conocidos hoy en día producto del desarrollo masivo de las comunicaciones y uso de la tecnología posibilitan la aparición de otros no tradicionales como lo es la migración, misma que se da en distintas formas y pone en riesgo a la persona al tener un sentimiento de pertenencia por el lugar en el que transitoriamente se encuentra.

Por otro lado, uno de los fenómenos sociales de nuestro medio es aún la frecuencia considerable del abuso de alcohol, como parte de nuestra idiosincrasia. Esto coloca a la persona también en una situación vulnerable para la infección.

Fue propósito de este trabajo, por un lado establecer la frecuencia de ambos factores y por otro lado identificar por género si existe una correlación de éstos con la infección por VIH.

En el presente trabajo se estudian entonces ambas situaciones, además de conocer la edad media en cada uno de los géneros y se determinó la correlación respectiva.

Los resultados encontrados nos permiten sugerir medidas encaminadas a mejorar la situación hallada y con ello favorecer un mejor control de la enfermedad.

1.1. Marco teórico:

Los inicios del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) se remontan al año 1980, cuando se proponen diversas teorías sobre su origen, desde haber sido un arma creada para una guerra biológica o que había pasado de algunas especies de monos al hombre hasta la más aceptada, que planteaba la existencia de sueros guardados desde los años 50 hasta hoy en día, esparciéndose en los años setenta en coincidencia con la liberación sexual. (1)

Fue precisamente en la década de los 80 cuando médicos estadounidenses empezaron a observar que había grupos de pacientes con enfermedades muy poco comunes. Los primeros casos se detectaron entre homosexuales de Nueva York y California. Estas personas padecían enfermedades como el sarcoma de Kaposi, un tipo raro de cáncer de piel, así como un tipo de infección pulmonar que transmiten los pájaros. (2)

Entre mayo de 1980 y junio de 1981, según el trabajo de Lamotte, Gotlied junto a otros publicó informes sobre hombres jóvenes homosexuales de Los Ángeles, California, que presentaban neumonía por *Pneumocystis carinii* y en junio del propio año se dio a conocer 26 casos de hombres homosexuales con sarcoma de Kaposi, solo o asociado a la neumonía o a otros tipos de infecciones oportunistas. (3)

Fue en el año de 1983 donde el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) se asoció finalmente al VIH en forma causal. (4)

El SIDA es una pandemia global que afecta a todos los países del mundo. En 2006, se calculó que 39,5 millones de personas han tenido el VIH/SIDA. De ellas, casi tres millones han muerto. (2)

Reportes de hace 10 años indicaban que cerca de 40,000 nuevas infecciones por VIH ocurrían en los Estados Unidos cada año. (5)

De acuerdo con el programa de las Naciones Unidas de lucha contra el SIDA (ONUSIDA), a finales de 2010 había en el mundo 34 millones de personas viviendo con el VIH. Durante el mismo año se confirmaron 2,7 millones de nuevos casos, principalmente en países pobres en los que murieron 1,8 millones de personas por esta causa. (6)

Según datos de la Organización Mundial de la Salud, en el año 2010 confirmaba también la estimación de que alrededor de 34 millones de personas [31,6 millones-35,2 millones] vivían con el VIH en todo el mundo. (7).

El VIH sigue siendo un importante problema de salud pública mundial, después de haber cobrado más de 36 millones de vidas hasta el año 2013. En 2012 había unos 35,3 millones de personas infectadas por el VIH. El África subsahariana, donde uno de cada 20 adultos está infectado por el VIH, es la región más afectada. El 69% de la población mundial VIH-positiva vive en esta región. (8)

Cifras de investigaciones recientes indican que de los infectados con VIH, 3.2 millones tienen menos de 15 años de edad y se estima que en el año 2012 2.1 millones de adolescentes, es decir de 10 a 19 años vivían en países con bajos a medianos ingresos. (9)

En México, la estimación realizada por el Centro Nacional para la Prevención y Control del Sida (Censida), en colaboración con Onusida, con base en información histórica disponible, sugería para 2011 una prevalencia de VIH en población de 15 a 49 años de 0.24%, lo cual representaba 147 137 personas viviendo con VIH en este rango de edad. (10)

Los jóvenes, a nivel global, representan el grupo más afectado por la epidemia del virus, sobre todo en aquellos países con baja capacidad para el manejo de riesgos y acceso limitado a servicios preventivos. (11)

En los últimos años, el número de nuevas infecciones por VIH en el mundo ha tenido tendencia a la baja, en gran medida atribuida a los esfuerzos globales en materia de prevención; no obstante, este decremento aún no es suficiente para conseguir la meta planteada al 2015 acerca de la reducción a 50% del número de nuevas infecciones por VIH. (12)

Por otro lado, según una publicación norteamericana, a pesar que desde hace 6 años existe la disponibilidad de nuevos fármacos antirretrovirales y con ello ha mejorado el pronóstico de las personas con la infección, el tener una supervivencia mayor posibilita que desarrollen diferentes problemas de salud que están en aumento y que también pueden afectar a la población general. (13)

La prevalencia del VIH en Perú es de 0,5 %. La epidemia es catalogada como concentrada (prevalencia en población vulnerable > 5%). (14)

En Perú aún no se puede disminuir la tasa de transmisión de la enfermedad. Cada año hay nuevos casos y las personas que más contraen el virus son varones jóvenes, de entre 15 y 25 años. Según el Ministerio de Salud, (MINSA), hasta el año 2009 fueron notificados 39 890 casos de VIH y 25 636 de SIDA (15) y de enero a setiembre de 2014 se diagnosticaron 2,348 nuevos casos de VIH. (16)

En adultos y niños mayores de 18 meses, se considera como persona infectada con el VIH a toda persona que tenga una prueba confirmatoria (Inmuno Fluorescencia Indirecta {IFI} o Western Blot) positiva o pruebas de antígeno positivas y cumpla con los criterios de caso SIDA. (17)

El VIH ataca el sistema inmunitario y debilita los sistemas de vigilancia y defensa contra las infecciones y algunos tipos de cáncer. A medida que el virus destruye las células inmunitarias y altera su función, la persona infectada se va volviendo gradualmente inmunodeficiente. La fase más avanzada de la infección por el VIH se conoce como Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y puede tardar entre 2 y 15 años en manifestarse, dependiendo del sujeto. (8) El VIH ataca a un tipo de glóbulo blanco llamado CD4. Una vez dentro del organismo, el virus se reproduce con rapidez y finalmente son miles de millones los que invaden el cuerpo. El sistema inmunológico entonces se debilita y el cuerpo y el virus libran una encarnizada batalla. Durante la batalla miles de millones de células CD4 pueden llegar a destruirse en un sólo día. Al reducirse el número de células defensoras, el sistema inmunológico empieza a fallar y hacen su aparición infecciones oportunistas como la tuberculosis (2)

La patogenia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un proceso complejo y variable. Las personas infectadas muestran diferentes patrones de progresión al síndrome de inmunodeficiencia adquirida; la mayoría, es decir de un 80 a 90%, desarrollan la inmunodeficiencia en un promedio de 6 a 10 años. Entre 5 y 10% se consideran progresores lentos o no progresores, mientras que un 10% desarrolla el síndrome en menos de 5 años y se denominan progresores rápidos. (18)

El VIH se puede transmitir por el contacto con diversos líquidos corporales de personas infectadas, como la sangre, la leche materna, el semen o las secreciones vaginales. La Organización Mundial de la Salud confirma que hay ciertos comportamientos y

afecciones que incrementan el riesgo de que una persona contraiga el VIH, como practicar coito anal o vaginal sin protección, ya mencionados previamente, así como padecer alguna otra infección de transmisión sexual como sífilis, herpes, clamidiasis, gonorrea o vaginosis bacteriana; compartir agujas o jeringuillas contaminadas, soluciones de droga u otro material infeccioso para consumir drogas inyectables; recibir inyecciones o transfusiones sanguíneas sin garantías de seguridad o ser objeto de procedimientos médicos que entrañen corte o perforación con instrumental no esterilizado; pincharse accidentalmente con una aguja infectada, lesión que afecta en particular al personal sanitario, por lo que en este último caso es necesario asegurar prácticas laborales apropiadas, con un adecuado control y equipo personal de protección. (8, 19)

En relación a las infecciones de transmisión sexual, se documenta que una persona VIH positiva que las padece es un transmisor por contacto sexual más efectivo que otra persona viviendo con VIH. (20)

Se ha documentado la influencia de variables sociales, económicas, culturales y políticas, tanto en la adquisición y desarrollo de enfermedad en poblaciones vulnerables, como en la efectividad de los protocolos de prevención, tratamiento y control. (21) Respecto a este último punto, varios factores personales pueden afectar la adherencia, efectos adversos y resultados de los tratamientos antirretrovirales. Entre estos factores se cita la depresión, alcohol y uso de drogas. (22)

Desde el inicio de la epidemia, se catalogó a algunos grupos como de alto riesgo para contraer la infección; así, se consideraron como factores de riesgo más importantes la relación homosexual entre hombres, la prostitución y el uso de drogas inyectables y tatuajes sobre todo en centros de reclusión. Posteriormente se han considerado otros factores importantes tales como la ocupación, las condiciones socioeconómicas, culturales y el nivel educativo para la prevención de las infecciones de transmisión sexual, así como prácticas de sexo premarital, antecedentes de transfusiones sanguíneas con sangre de donadores infectados y migraciones poblacionales. Se ha considerado que los trabajadores de la salud constituyen una población con alto riesgo de contraer la infección por VIH. (23)

Algunos investigadores indican que la diseminación de las infecciones de transmisión sexual y el VIH se asocia con pobreza y bajo nivel educativo. La mayoría de las

personas que habitan en zonas marginadas viven en condiciones precarias y de hacinamiento, características que favorecen la adquisición de estas infecciones. El limitado conocimiento que las personas tienen sobre el VIH y el SIDA se relaciona con la vulnerabilidad, determinada especialmente por las condiciones de vida, el contexto sociocultural, los hábitos, la experiencia sexual, las relaciones de género, las composiciones étnicas, la edad, el desempleo, la falta de oportunidades, las prácticas sexuales y la presencia de otras infecciones de transmisión sexual, estas últimas por compartir la misma puerta de entrada del VIH. (21)

Según reportes previos más de la mitad de las nuevas infecciones por el VIH afectan a personas entre 15 y 24 años de edad, período en el que la mayoría de los individuos inician su vida sexual y están enfrentados a otros factores de vulnerabilidad tales como la falta de competencia para el ejercicio de una sexualidad responsable, la baja percepción del riesgo, las presiones de grupo, el alto número de parejas sexuales, el abuso de alcohol y sustancias psicoactivas, el desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos y la deficiente e inadecuada información sobre transmisión y prevención de las infecciones de transmisión sexual como el VIH y el SIDA. (24)

Información avalada por la Organización Mundial de la Salud de unos años atrás indicaba que seguían siendo bajos los niveles de conocimiento de las relaciones sexuales seguras y el VIH en muchos países, incluso en los que tenían una prevalencia elevada y creciente. (25)

Hoy en día se vuelven a mencionar factores adicionales que condicionan la distribución de la epidemia en los diferentes países y grupos de población, uno de estos es la movilidad de personas en rutas, puertos y fronteras de tránsito, lo que se ha presentado como un elemento para comprender la dinámica de diseminación de la epidemia en contextos de vulnerabilidad social. (11)

Se debe tomar en cuenta que desde inicios de la epidemia, la infección por el VIH estuvo vinculada a los movimientos poblacionales. La epidemiología planteó que el aumento de la diseminación de esta infección estaba relacionado con el número de poblaciones móviles, así como con la diversidad de rutas migratorias existentes en diferentes regiones del mundo. (26, 27)

Además de lo anteriormente citado, en el caso de los migrantes, no todos están expuestos al mismo tipo de riesgos, algunos son vulnerables a la infección en su lugar

de destino, este suele ser el caso de hombres que trabajan lejos del hogar y viven en campamentos donde sólo hay hombres. Para otros, el mayor riesgo ocurre en el tránsito, este es el caso de mujeres que tienen que comerciar sexo para poder sobrevivir. En lo que respecta a los países de origen, los cónyuges de trabajadores migrantes corren mayor riesgo de infección cuando éstos retornan, tras haber trabajado en países donde existe una elevada prevalencia de VIH/SIDA. (28)

En el trabajo de Alarid-Escudero se menciona que los migrantes son considerados vulnerables por sus propias características sociodemográficas y su condición de movilidad; a su vez presentan una relativa carencia de protección al enfrentarse con situaciones que ponen potencialmente en riesgo la salud. Esto último los posiciona en desventaja o con una mayor vulnerabilidad a contraer la infección del VIH/SIDA, en comparación con la población general. Este fenómeno ha sido atribuido a una serie de determinantes como la falta de atención y acción por parte de los gobiernos en las necesidades de la población migrante tanto en su tránsito hacia un destino específico como a su llegada. (29)

Para su estudio es apropiado señalar que se debe entender a la migración como un proceso complejo y multietápico que involucra a 5 fases que son pre-partida, tránsito, destino, interceptación y retorno. Durante éstas, diferentes factores pueden influir conductas de riesgo para la infección entre los migrantes, independientemente de la fase en la que se encuentre. (30)

En relación específica al sexo femenino se ha considerado que dentro de los factores protectores para la infección se encuentra el uso sistemático del preservativo y la decisión por parte de la mujer de cuando tener relaciones sexuales. También podemos considerar factores de carácter sociodemográfico, en específico el nivel educativo, la edad, la zona de residencia, refiriéndose a la no migrante y el estado conyugal de las mujeres. En relación al nivel educativo se sabe que provee a las personas de valiosos recursos para afrontar distintas contingencias sociales. Además, las zonas rurales cuentan históricamente con peores condiciones de nivel educativo, acceso a servicios de salud, transporte e infraestructura. En cuanto a la edad se plantea que las mujeres se infectan con el VIH a edades más tempranas que los hombres por la relación frecuente con hombres mayores que pueden tener el antecedente de un mayor número de contactos sexuales y mayor posibilidad de adquirir el virus. La condición de unión es otro factor puesto que existen relaciones de poder entre hombres y mujeres que

conlleven un nivel de autonomía diferenciado en el ámbito de las relaciones sexuales y esto limita el uso del preservativo por parte de las mujeres. (31)

En diferentes estudios sobre comportamientos y factores de riesgo asociados a la infección por VIH y otras infecciones de transmisión sexual en indígenas en Canadá se encontraron relacionados el consumo de alcohol, el uso de drogas inyectadas, el comercio sexual, el desempleo y la violencia de género. (6)

En Latinoamérica, los factores que han contribuido para la infección de VIH/SIDA incluyen la relación sexual sin protección, múltiples compañeros, inicio sexual temprano, sexo entre hombres, uso de drogas intravenosas, transmisión de madre a hijo, migración, mezcla de la población, entre otros. (32)

En la mayor parte de los países de Latinoamérica, la epidemia se esparce primordialmente dentro y alrededor de las redes de personas que forman parte del grupo de hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Algunos estudios regionales han documentado prevalencias de al menos 10% en el grupo de HSH en nueve países, que incluso llegan a ser tan altas como 19%. Cabe mencionar que las personas que usan drogas inyectables representan un grupo de concentración de la epidemia en nuestra región, especialmente en países del Cono Sur de Sudamérica y en México; no debemos olvidar también el grupo de riesgo de las personas que se dedican al trabajo sexual, especialmente el de los hombres trabajadores sexuales. (12)

En Colombia, en un estudio previo realizado en una comunidad indígena, dentro de los principales factores asociados se encontraron el intercambio sexual con no indígenas, es decir personas no nativas del lugar, el sexo sin protección, el sexo de hombres con hombres y el consumo de licor. En Colombia la prevalencia de VIH, para marzo 2012 en población general, era 0,22%. (6)

Por otro lado, una investigación publicada por Girón en 2013 para establecer diferencias en comportamientos sexuales de riesgo para VIH entre jóvenes de 15 a 24 años de dos áreas de la Ciudad de Cali, Colombia mostró en sus resultados que la prevalencia de relaciones sin condón en los últimos 12 meses y de relaciones con múltiples compañeros fue 70% y la prevalencia de relaciones sexuales bajo efectos del licor fue 38%. (33)

En cuanto a Perú, según una guía del Ministerio de Salud (MINSA) del año 2006, se ha encontrado una alta prevalencia de infección por VIH en hombres que tienen sexo con otros hombres y pacientes de clínicas de enfermedades de transmisión sexual. (10) También, la prevalencia de la infección es mayor en hombres que tienen sexo con hombres, con 10,8% y trabajadoras sexuales con 0,5%. Desde 1983 hasta el año 2009 se notificaron 35362 casos de VIH. (14)

Según estrategias sanitarias a nivel nacional, en el Perú se recomienda la prueba de tamizaje para la infección por el VIH a individuos con las siguientes características: personas con enfermedades de transmisión sexual, con parejas que muestran comportamientos de riesgo, trabajadores sexuales (hombres y mujeres y sus clientes), farmacodependientes, pacientes multitransfundidos, compañeros sexuales de seropositivos, hijos de madres VIH positivas, pacientes con algunos síntomas sugerentes como baja de peso, muguet oral, herpes zoster, tuberculosis pulmonar y extrapulmonar, diarrea crónica o fiebre >38.5 persistente por más de un mes, entre otros aspectos. (17)

Dentro de los antecedentes para nuestra investigación documentamos resultados obtenidos de diversas investigaciones, así podemos citar al trabajo realizado por Croce y cols., en África, hace unos años atrás sobre factores de riesgo para HIV/SIDA en una zona de bajo riesgo, que incluyó a 2803 personas que acudieron a un hospital en cuatro semanas consecutivas. El nivel educativo de las mujeres fue significativamente inferior y aquellos que asistieron a secundaria o universidad fueron principalmente varones. Las amas de casa, con 36.7% e IC 95% 34.8-38.8 y los campesinos con 24.5% e IC 95% 22.7-26.3 fueron las ocupaciones más comunes. Las ocupaciones de bajo nivel fueron practicadas más frecuentemente por mujeres. Casi todos los hombres fueron trabajadores migrantes o móviles y la pesca fue declarada en casi el 50% de los sujetos incluidos en esos grupos. (34)

Una investigación publicada por Sánchez y cols. en el año 2009 sobre incidencia de infección por VIH en personas con factores de riesgo que acudían a consulta externa de una unidad médico familiar de México, encontró que de los 1,070 pacientes revisados, 200 resultaron positivos al VIH, de los cuales 152 (76%) fueron del sexo masculino y 48 (24%) del sexo femenino (proporción de 3:1). Los grupos etarios más afectados fueron los comprendidos entre los 16 y los 55, con predominio de positividad en el sexo masculino. En cuanto a la escolaridad, se encontró que la mayor positividad se presentó

en las personas que no habían terminado la secundaria (37%) y en lo relativo a la ocupación, se encontró que los sobrecargos y trabajadores relacionados con la industria del turismo (16.5%) conformaron el grupo con mayor positividad al VIH, no así los trabajadores de la salud, los cuales sólo arrojaron el 5% de positividad. (23)

En el trabajo de Uribe y cols. del año 2010 se hace mención a una investigación anterior llevada a cabo por López-Rosales y col., quienes investigaron las diferencias que existen en la autoeficacia frente al VIH/SIDA de acuerdo al género, hallando que los hombres presentan mayor autoeficacia en el uso del preservativo, mientras que las mujeres tienen mayor nivel de autoeficacia en los comportamientos preventivos, como negarse a tener un acto sexual. (35)

En un estudio llevado a cabo en Cuba y publicado en el año 2010 por Miranda y cols. en 9260 personas VIH positivas se obtuvo que el 80.57% fueron hombres y el 84.34% tenían relaciones sexuales con otros hombres. El grupo de edad entre 20 a 24 años fue el de mayor incidencia, con 21.58%. (36)

Un trabajo publicado por Ángel-Müller y cols. en Colombia en el año 2012 sobre prevalencia y factores asociados a infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH encontró que de 1835 mujeres incluidas el 8.3% eran trabajadoras sexuales, con un OR de 2.0 y un I.C. 95% de 1.2-3.4. El grupo de casos presentó 14.1% de frecuencia de infección y el grupo de controles, es decir sin infección, 7.5%. El consumo de licor con frecuencia entre diaria a semanal fue mayor en las mujeres con infección, con un OR de 2.6 y un I.C. 95% de 1.4-4.5 y una frecuencia de casos de 13.5% a comparación de 6.0% de los controles. El tener parejas ocasionales representó el 30.8% en los casos de infección frente al 23.1% de controles sin este problema, con OR de 1.5. (37)

1.3. Identificación del problema

El Hospital General de Jaén es una institución de salud de categoría II – 1, perteneciente al MINSA, con una población asignada de 34,526 y un área de influencia en la Provincia Jaén, así como San Ignacio, Bagua, Cutervo, Huarmaca, Huancabamba y Chota. Cuenta con los servicios de Medicina. Gineco-obstetricia, Cirugía-traumatología y Pediatría y Neonatología (38) El hospital lleva a cabo programas de atención y control de pacientes con diversas patologías. Dentro de ellos está el denominado “Estrategia de TBC-VIH” donde acuden pacientes que padecen la infección por el virus. Se ha observado en dicho programa que, dentro de los casos de pacientes infectados, se

identifica el antecedente de migración, además de que el hábito de consumo de bebidas alcohólicas es común en la población.

1.4. Justificación:

El presente trabajo pretende conocer si la migración de las personas y el hábito de consumo de alcohol se correlacionan con la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, tanto en el género masculino como femenino.

Esta investigación es relevante debido a que el hospital en estudio lleva a cabo un programa de control de pacientes con infección por VIH y al ser un centro con un área de influencia considerable es necesario conocer el comportamiento de las variables propuestas, para una mejor comprensión del problema y, en el caso de confirmar una correlación, favorecer la aplicación de estrategias más efectivas para la prevención motivando a las personas sexualmente activas a que se efectúen estudios de control si presentan dichos antecedentes.

Al mismo tiempo nuestra investigación, como parte de nuestra formación profesional, deja un aporte teórico y metodológico valioso. Por el lado teórico nos ayuda a reforzar nuestro conocimiento sobre los aspectos propuestos y que, en algún momento se han dejado de mencionar o se han subestimado para los casos actuales de infección; por el lado metodológico, aporta una manera formal de identificación de las eventualidades en estudio.

1.4. Problema:

¿Están el alcoholismo y la migración correlacionados al género de los pacientes con VIH que acuden a programas de atención del Hospital General de Jaén 2005-2013?

1.5. Hipótesis:

Hipótesis Alternativa: El alcoholismo y la migración se correlacionan con el género de los pacientes.

Hipótesis Nula: El alcoholismo y la migración no se correlacionan al género de los pacientes.

1.6. Objetivos:

1.6.1. General:

Comprobar la correlación del género con alcoholismo y migración en pacientes con VIH que acuden a programas de atención del Hospital General de Jaén.

1.6.2. Objetivos específicos

- Estimar la frecuencia de pacientes con infección por VIH que acuden a programas de atención del Hospital General de Jaén por género
- Identificar el antecedente de alcoholismo en los pacientes en estudio.
- Identificar el antecedente de migración en los pacientes estudiados.
- Establecer el antecedente de alcoholismo según género.
- Establecer el antecedente de migración según género.

II.-MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 Material:

Población diana:

Pacientes con VIH que acuden a programas de control hospitalario.

Población de estudio:

Historias clínicas de pacientes con VIH que acuden a programas de control del Hospital General de Jaén durante el periodo 2005-2013

Criterios de inclusión:

- Historias Clínicas registradas y pertenecientes al periodo 1 de enero de 2005 al 31 de diciembre de 2013.
- Pacientes pertenecientes al programa de “Estrategia de TBC y VIH”

Criterios de exclusión:

- Historias clínicas mutiladas o deterioradas.
- Historias clínicas con datos incompletos.
- Historias clínicas no ubicables al momento de la captura de información.
- Historias clínicas que pertenezcan a pacientes referidos de otro hospital o centro de salud o similar.
- Pacientes menores de 17 años de edad.

2.2. Muestra:

TIPO DE MUESTREO: Determinístico, no aleatorio.

UNIDAD DE ANALISIS: Historia clínica del paciente del programa “Estrategia de TBC y VIH” del Hospital General de Jaén.

UNIDAD DE MUESTREO: Historias clínicas de pacientes del programa “Estrategia de TBC y VIH” del Hospital General de Jaén, 2005-2013.

TAMAÑO MUESTRAL: 126

2.3. Diseño del estudio:

2.3.1. Tipo de estudio: Cuantitativo descriptivo, retrospectivo.

2.3.1.1. Diseño Específico: Descriptivo transversal, correlacional.

$$\begin{array}{l} X_1 \quad \text{---} \quad Y_1 \\ X_2 \quad \text{---} \quad Y_2 \end{array}$$

2.4. VARIABLES Y ESCALA DE MEDICIÓN

VARIABLE	TIPO	ESCALA	INDICADOR	INDICE
Género	Cualitativa	Nominal	Historia clínica del programa de control de VIH	Femenino Masculino
Alcoholismo	Cualitativa	Nominal	Historia clínica del programa de control de VIH	Si : Consumo de alcohol diario a semanal No: Sin consumo de alcohol
Migración	Cualitativa	Nominal	Historia clínica del programa de control de VIH	Si: Otro lugar de residencia previo. No: Lugar de residencia permanente.
COVARIABLES				
Edad	Cuantitativa	Discreta	Historia clínica del programa de control de VIH	En años

2.5. Definición de variables

- Género: Rasgos físicos sexuales de los pacientes que acudieron al programa de control para el VIH del hospital General de Jaén, registrado en la historia clínica.

- Alcoholismo: Cantidad en ml. del Consumo de alcohol referido por los pacientes del programa de control para el VIH, el cual puede ser diario a semanal como máximo, registrado en la historia clínica.
- Migración: Antecedente de cambio de lugar de residencia referido por el paciente controlado por VIH y que está registrado en la historia clínica de nuestro lugar de estudio.
- Edad: Número de años referidos por el paciente al acudir al programa de control en estudio y que están registrados en la historia clínica.

2.6 Método:

Se dirigió previamente una solicitud de permiso al Director del Hospital General de Jaén, para tener acceso al Archivo Clínico, tal permiso se adjunta en el ANEXO I

Se procedió a identificar las historias clínicas pertenecientes al programa “Estrategia de TBC y VIH” de dicho hospital.

Una vez ubicadas, se seleccionaron únicamente todas las historias pertenecientes a pacientes con infección por VIH, tomando en cuenta los criterios de selección propuestos para esta investigación.

Se aplicó la técnica de observación directa para determinar la condición de cada una de las historias, cuyos datos fueron registrados en nuestro instrumento de recolección de datos.

El instrumento de recolección de datos se denominó ficha de recolección de datos y consta de cuatro ítems donde se consideran datos generales del paciente, así como la variable edad, migración y alcoholismo. Dicho instrumento de recolección se adjunta en el ANEXO II.

Los datos obtenidos se vaciaron en un archivo Excel 2013 para su posterior análisis estadístico y con ello generar los resultados, discusión y conclusiones del trabajo.

2.7 Análisis e interpretación de la información:

Una vez recolectados los datos en nuestro instrumento de recolección se hizo uso del programa estadístico SPSS v 22.0.

2.7.1. Estadística descriptiva:

Para el análisis de datos se utilizó estadística descriptiva. Para ello se aplicó el cálculo de frecuencias. Además se utilizaron medidas de tendencia central en base al cálculo de la media. Se aplicó también las medidas de dispersión en base al cálculo de la desviación estándar.

2.7.2. Estadística analítica:

La estadística inferencial pudo utilizarse en el caso de establecer diferencias significativas para lo que se propuso el uso de pruebas no paramétricas en base a chi cuadrado.

Las herramientas para la elaboración y presentación final de los resultados constaron de representaciones tabulares. (39)

2.8 Consideraciones éticas:

Se tomaron en cuenta los criterios establecidos en la Declaración de Helsinki.

El investigador mantuvo la confidencialidad de los datos recolectados durante el transcurso del estudio así como al final de éste, conservando de esta manera el anonimato de los pacientes cuyas historias clínicas fueron revisadas.

El presente proyecto de investigación no realizó ningún experimento en seres humanos, ni animales. Por lo tanto no se hizo uso del consentimiento informado, ya que la investigación sólo se basó en recolectar datos.

Para acceder a los archivos se solicitó el permiso necesario a la autoridad correspondiente donde se llevó a cabo el estudio. Así también, el trabajo de investigación fue sometido a revisión por el área de tesis correspondiente a la escuela profesional de medicina humana a la que pertenece el investigador.

Por otro lado, el Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú en su artículo 86 considera que atenta contra la ética falsear o inventar datos obtenidos en el marco de investigaciones médicas, por lo que fue otro de los aspectos a considerar por el investigador. (40)

III.- RESULTADOS

La muestra en estudio se obtuvo de pacientes del programa “Estrategia de TBC y VIH” del Hospital General de Jaén, 2005-2013. De los 190 pacientes disponibles, 126 formaron parte de nuestra investigación y cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Estos pacientes presentaron los siguientes resultados:

CUADRO N°1

EDAD DE LOS PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH

EDAD	Media	Desviación estándar	Rango
Mujeres	29.02	±7.98	17-48
Hombres	31.05	±9.30	17-58

Prueba t comparación de medias = 1.266

p= 0.2087

Fuente: Historias clínicas de pacientes que acuden al programa “Estrategia de TBC y VIH” del Hospital General de Jaén, 2005-2013

Como se puede apreciar el género masculino tuvo un promedio de edad más elevado aunque no fue una amplia diferencia, incluso el rango fue más amplio.

De acuerdo con los objetivos de nuestro trabajo se precisó la frecuencia de pacientes con infección por VIH distribuidos por género, la cual se presenta en el Cuadro 2.

CUADRO N°2

FRECUENCIA DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH SEGÚN GÉNERO

GÉNERO	N° de casos	Frecuencia
Mujeres	41	32.5%
Hombres	85	67.5%

Razón: 2.07

Fuente: Historias clínicas de pacientes que acuden al programa “Estrategia de TBC y VIH” del Hospital General de Jaén, 2005-2013

La distribución de los pacientes por género mostró que la mayoría fueron casos de hombres comparados a los de mujeres.

En el siguiente cuadro N°3 se presenta el antecedente de alcoholismo

CUADRO N°3

ANTECEDENTE DE ALCOHOLISMO EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH

ANTECEDENTE DE ALCOHOLISMO	N° DE CASOS	FRECUENCIA
SI	103	81.7%
NO	23	18.3%
TOTAL	126	100.0%

Fuente: Historias clínicas de pacientes que acuden al programa “Estrategia de TBC y VIH” del Hospital General de Jaén, 2005-2013

Se observa que 81.7% de todos los pacientes con infección por VIH del programa presentaron el antecedente de alcoholismo.

A continuación, en el cuadro N°4 se presenta el antecedente de migración:

CUADRO N°4

ANTECEDENTE DE MIGRACIÓN EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH

ANTECEDENTE DE MIGRACIÓN	N° DE CASOS	FRECUENCIA
SI	47	37.3%
NO	79	62.7%
TOTAL	126	100.0%

Fuente: Historias clínicas de pacientes que acuden al programa “Estrategia de TBC y VIH” del Hospital General de Jaén, 2005-2013

Podemos ver que 37.3% de todos los pacientes con infección por VIH del programa presentaron el antecedente de migración.

Se estableció el antecedente de alcoholismo según el género de los pacientes estudiados:

CUADRO 5

ANTECEDENTE DE ALCOHOLISMO EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH SEGÚN GÉNERO

<i>GÉNERO</i>	ANTECEDENTE DE ALCOHOLISMO	SIN ANTECEDENTE DE ALCOHOLISMO
<i>MASCULINO</i>	78	7
<i>FEMENINO</i>	25	16
<i>TOTAL</i>	103	23

Chi²: 17.57

$p = 0.0000$

Fuente: Historias clínicas de pacientes que acuden al programa “Estrategia de TBC y VIH” del Hospital General de Jaén, 2005-2013

El género masculino fue superior en frecuencia frente al femenino y muestra una $p < 0.05$

Se estableció el antecedente de migración según el género de los pacientes estudiados:

CUADRO 6

ANTECEDENTE DE MIGRACIÓN EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH SEGÚN GÉNERO

<i>GÉNERO</i>	ANTECEDENTE DE MIGRACIÓN	SIN ANTECEDENTE DE MIGRACIÓN
<i>MASCULINO</i>	33	52
<i>FEMENINO</i>	14	27
<i>TOTAL</i>	47	79

Chi²: 0.2587

$p = 0.6110$

Fuente: Historias clínicas de pacientes que acuden al programa “Estrategia de TBC y VIH” del Hospital General de Jaén, 2005-2013

El género masculino mostró más casos de antecedente de migración, sin embargo el valor p fue mayor a 0.05.

IV. DISCUSIÓN

Este trabajo comprobó la correlación del género con alcoholismo y migración en pacientes con VIH que acuden a programas de atención del Hospital General de Jaén en el periodo 2005 a 2013. Debemos tomar en cuenta que fueron 190 los pacientes que estaban registrados en dicho programa, sin embargo la investigación abarcó a 126 de ellos, esto debido a que varios de los casos pertenecieron a pacientes entre lactantes mayores y preescolares, mientras que en otros casos el expediente no fue ubicado. Consideramos que en el caso de estos grupos etáreos, las variables de alcoholismo y migración propuestas mostrarían sesgo debido a que la posibilidad de presentarlas no dependería directamente de estos pacientes, por su escasa edad.

Se hizo la estimación del promedio de edad tanto para hombres como para mujeres en el cuadro 1 y nos mostró una media de 31.05 ± 9.30 frente a 29.02 ± 7.98 respectivamente. El rango mínimo en ambos casos fue de 17 años debido a nuestros criterios de selección. Por otro lado, el rango máximo en mujeres fue de 48 años y en hombres 58. A pesar que la edad promedio fue más alta en los varones, la aplicación de la prueba para comparación de medias no arrojó diferencia estadísticamente significativa, por lo que deducimos que la edad no fue un factor determinante en nuestros resultados.

En el cuadro 2 se pudo apreciar que todos los pacientes fueron clasificados por género y de los 126 estudiados el 67.5% correspondiente a 85 pacientes fueron varones. Este resultado también determinó que por cada 2.07 hombres se presentó un caso en el género femenino. La mayor frecuencia en casos de hombres coincide con el estudio de Sánchez y cols. en México publicado en el año 2009 sobre incidencia de infección por VIH en personas con factores de riesgo que acudían a consulta externa, donde se encontró que de 200 pacientes positivos al VIH, 152 (76%) fueron del sexo masculino y 48 (24%) del sexo femenino, con una proporción de 3:1 (23). Además de ello, nuestro resultado también coincide con otro estudio llevado a cabo por Miranda y cols., en Cuba, en el año 2010, en 9260 personas VIH positivas, donde se obtuvo que el 80.57% fueron hombres (36). Esta información nos hace ver que la preponderancia en hombres sigue siendo manifiesta.

En el cuadro 3 el total de pacientes se agrupó según antecedente de alcoholismo y observamos superioridad en cuanto a su frecuencia, misma que fue de 81.7%, correspondiendo a 103 casos. El hecho de confirmar la alta frecuencia del abuso de

alcohol refuerza el conocimiento científico documentado en este trabajo por Velásquez y cols., quien hace ver que dentro de las nuevas infecciones por VIH que afectan a las personas jóvenes existen factores de vulnerabilidad como el abuso de alcohol (24). Sin embargo, en nuestro trabajo queda la duda de la edad de inicio del alcoholismo, ya que Velásquez incluye personas entre 15 y 24 años de edad, mientras que en nuestro trabajo sólo pudimos determinar la edad media aunque el rango comprendió a una edad mínima de 17 años. Por otro lado, en el cuadro 4 el antecedente de migración no fue tan frecuente ya que, de los 126 pacientes en estudio, el 37.3% equivalente a 47 casos lo presentó, mientras que la mayoría no.

Aunque en el cuadro 3 se mostró la mayor frecuencia de antecedente de alcoholismo, nuestro objetivo principal fue determinar si esta eventualidad estaba correlacionada con el género. Por ello, en el cuadro 5 se pudo observar que de 85 varones 78 presentaron este antecedente, frente a 25 mujeres de un total de 41. En el primer caso hablamos de 91.76% frente a prácticamente 61%. La aplicación de la estadística inferencial arrojó como resultado que se presentó una diferencia altamente significativa entre la probabilidad de ser hombre frente a ser mujer cuando se habla de mostrar el antecedente de alcoholismo, por lo que deducimos que el género masculino se correlacionó.

Por otro lado, en el cuadro 6 se hizo la misma comparación aunque en este caso para el antecedente de migración. Se pudo apreciar que solo 33 de 85 varones lo presentó, mientras que 14 de 41 mujeres también lo refirió. Esto nos da una frecuencia de 38.8% frente a 34.1% respectivamente. El análisis estadístico pudo establecer una $p > 0.05$, por lo que no hubo diferencia estadística y concluimos que el género no se correlacionó con este antecedente. El resultado que obtuvimos contradijo lo esperado en nuestros pacientes y tampoco coincide con la investigación llevada a cabo por Sánchez y cols., ya citada previamente en 200 pacientes positivos al VIH donde se estableció que el grupo de sobrecargos y trabajadores relacionados con la industria del turismo conformaron el grupo de mayor positividad para VIH (23). Además de ello, tampoco coincide con el trabajo realizado por Croce y cols., en África, hace unos años atrás sobre factores de riesgo para HIV/SIDA en una zona de bajo riesgo, que incluyó a 2803 personas donde casi todos los hombres fueron trabajadores migrantes o móviles (34).

V. CONCLUSIONES

1. Se incluyeron 126 pacientes que acudieron a programas de atención del Hospital General de Jaén en el periodo 2005 a 2013, 85 hombres y 41 mujeres.
2. La edad por género de los pacientes no mostró diferencia en sus medias ($p>0.05$).
3. El sexo masculino estuvo correlacionado con el antecedente de alcoholismo ($p<0.05$).
4. Ninguno de los géneros mostró correlación con el antecedente de migración ($p>0.05$).

VI. SUGERENCIAS

1. El establecimiento de medidas de salud pública a nivel preventivo y con frecuencia constante se hace necesario para disminuir los índices de alcoholismo.
2. Las campañas de información sobre vida sexual saludable deben ser prioritarias en personas jóvenes.
3. La necesidad de establecer conciencia en los pacientes para evitar la transmisión de su enfermedad es igualmente importante.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García C. Factores de riesgos frente a la transmisión del VIH/SIDA en estudiantes universitarios de pregrado del área de psicología de los semestres octavo, noveno y décimo de la Universidad Pontificia Bolivariana de la ciudad de Bucaramanga. [Tesis de grado] Universidad Pontificia Bolivariana 2010.
2. National Geographic. SIDA. Disponible en URL: <http://nationalgeographic.es/ciencia/salud-y-cuerpo-humano/sida>
3. Lamotte J. Infección-enfermedad por VIH/SIDA. MEDISAN 2004; 8(4):49-63.
4. Palmisano L, Vella S. A brief history of antiretroviral therapy of HIV infection: success and challenge. Ann Ist Super Sanità 2011; 47(1): 44-48.
5. Smith DK, Grohskopf LA, Black RJ, Auerbach JD, Veronese F, Struble KA, et al. Antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection-drug use, or other nonoccupational exposure to HIV in the United States: recommendations from the U.S. Department of Health and Human Services. MMWR 2005; 54(2):7.
6. Zambrano R, Castro D, Lozano M, Gómez N, Rojas C. Conocimientos sobre VIH y comportamientos en Salud Sexual y Reproductiva en una comunidad indígena de Antioquia. INVESTIGACIONES ANDINA 2012. 26(15):640-652.
7. Videla M, Leiva T, Valenzuela C. Propuesta de protocolo de atención nutricional para pacientes viviendo con VIH sin terapia antirretroviral, atendidos en el centro de referencias diagnósticas del Hospital San Martín de Quillota. Nutr Hosp. 2015; 31 (2):980-987.
8. OMS. VIH/SIDA. Nota descriptiva N°360. Octubre 2013. Centro de Prensa. [citado 5 Feb 2015] Disponible en: URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/>
9. Rutakumwa R, Zalwango F, Richards E, Seeley J. Exploring the Care Relationship between Grandparents/Older Carers and Children Infected with HIV in South-Western Uganda: Implications for Care for Both the Children and Their Older Carers. Int. J. Environ. Res. Public Health 2015; 12: 2120-2134.

10. Gutiérrez J, Sucilla-Pérez H, Conde-González C, Izazola J, Romero-Martínez M, Hernández-Ávila M. Seroprevalencia de VIH en población mexicana de entre 15 y 49 años: resultados de la Ensanut 2012. *Salud Pública de México* 2014; 56 (4):323-332.
11. Frías S, Leyva-Flores R, Castellón K, Duarte B, Valin J, Vázquez L. Prevención de ITS/VIH en jóvenes de comunidades fronterizas de Centroamérica. *Salud Pública de México* 2013; 55(1): 39-46.
12. CENSIDA/Secretaría de Salud 2012. El VIH/SIDA en México 2012. [citado 5 Feb 2015] Disponible en: URL: http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CBsQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.censida.salud.gob.mx%2Fdescargas%2Fbiblioteca%2FVIHSIDA_MEX2012.pdf&ei=9fjUVKcJIXggwTzIPYCQ&usg=AFQjCNEBTH4If5laE2YGEWKkQfDPT3g&bvm=bv.85464276.d.eXY
13. Aberg JA, Gallant JE, Ghanem KG, Emmanuel P, Zingman B, Horberg MA. Primary Care Guidelines for the Management of Persons Infected With HIV: 2013 Update by the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. *Clinical Infectious Diseases Advance Access* 2013. [citado 1 Mar 2015] Disponible en: URL: <http://cid.oxfordjournals.org/content/early/2013/11/12/cid.cit665.full.pdf+html>
14. Ministerio de Salud. Situación del VIH/SIDA en el Perú. Estrategia Sanitaria Nacional P y C ITS, VIH y SIDA Ministerio de Salud del Perú 2009. [citado 6 Feb 2015] Disponible en: URL: http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CBsQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ins.gob.pe%2Frepositorioaps%2F0%2F2%2Fnot%2Fnot_congreso%2FSituaci%25C3%25B3n%2520del%2520VIH%2520SIDA%2520en%2520el%2520Per%25C3%25BA.pdf&ei=3v3UVOP4GcOqNt3-gvgE&usg=AFQjCNHir3YsXxkl2Uaeu0r3ND1-oYKtWw
15. Caballero P, Gutiérrez C, Rosell G, Yagui M, Alarcón J, Espinoza M, et al. Análisis bibliométrico de la producción científica sobre VIH/SIDA en el Perú 1985 – 2010. *Rev. Perú. Med. Exp. Salud Publica* 2011; 28(3): 470-476.

- 16.** Sausa M. Perú: Hay 65,000 personas con VIH, pero solo la mitad tiene diagnóstico. Perú 21 2014 01 Dic; Sec. Actualidad. [citado 31 Ene 2015]
Disponible en: URL:
http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CBsQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ins.gob.pe%2Frepositorioaps%2F0%2F2%2Fnot%2Fnot_congreso%2FSituaci%25C3%25B3n%2520del%2520VIH%2520SIDA%2520en%2520el%2520Per%25C3%25BA.pdf&ei=3v3UVOP4GcOqNt3-gvgE&usg=AFQjCNHir3YsXxkl2Uaeu0r3NDI-oYKtWwhhttp://peru21.pe/actualidad/vihsida-contagios-son-mas-frecuentes-entre-personas-15-y-25-anos-2204660
- 17.** Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las personas. Guía Nacional de Atención Integral de la Persona viviendo con el VIH/SIDA (PVVIH/S) MINISTERIO DE SALUD. Segunda Edición. San Miguel, Lima Ediciones Atenea EIRL; 2006.
- 18.** Rodríguez Y, Pérez J, Kouri V, Fonseca C, Baly A, Tapanes T. Factores asociados a la progresión rápida a sida en individuos cubanos. Rev Cubana Med Trop 2010; 62(2):146-153.
- 19.** Kuhar et al. Infection Control and Hospital Epidemiology. Chicago Journals 2013; 34(9):875-892.
- 20.** Serván-Mori E, Leyva-Flores R, Heredia-Pi I, García-Cerde R. Infecciones de transmisión sexual. Perfil de atención en zonas fronterizas de Centroamérica (2007-2010). Salud Pública de México 2013; 55(1): 47-57.
- 21.** Pinzón M, Fernández, Mueses H, Galindo J. Factores sociodemográficos, conocimientos y comportamientos relacionados con sífilis y VIH en población desplazada de Colombia. Revista Cubana de Salud Pública. 2013; 39 (3):474-488.
- 22.** Wilkins E, Nelson M, Agarwal K, Awoyemi D, Barnes E, Bhagani S, et al. British HIV Association guidelines for the management of hepatitis viruses in adults infected with HIV 2013. HIV Medicine 2013; 14 (4): 1–71.
- 23.** Sánchez J, Ruiz D, Tay J, López M, Ortiz J, Calderón L, et al. Seropositividad al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en pacientes con factores de riesgo en una unidad de 1er nivel de atención médica. Rev Fac Med UNAM 2009; 52(2): 54-58.

24. Velásquez S, Bedoya B. Los jóvenes: población vulnerable del VIH/SIDA. *MEDICINA UPB* 2010; 29(2): 144-154.
25. ONUSIDA/OMS. VIH/SIDA. Las tasas de infección por el VIH están disminuyendo en algunos países, pero el número de personas que viven con el VIH sigue aumentando en todo el mundo. Ginebra, Noviembre 2005. [citado 1 Mar 2015] Disponible en URL: <http://www.who.int/hiv/epiupdate2005/es/>
26. Leyva R, Quintino F, Caballero M, Infante C. Migración internacional y VIH/SIDA en México. En: Dimensiones sociales de la migración con perspectiva binacional. México: Conapo.gob Publicaciones; 2010. p. 249-263.
27. Leyva R, Castillo J, Infante C, Quintino F. Movilidad poblacional y VIH: una experiencia de cooperación regional en Centroamérica y México. *Salud Pública de México* 2013; 55(1): 4-6.
28. Moya J, Uribe M. Migración y VIH/SIDA en América Latina y el Caribe. OPS: 1-9. [citado 04 Feb 2015] Disponible en: URL: http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCEQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.portalsida.org%2Frepos%2Fmigracion_vih.pdf&ei=1RHUVIbVC4W0ggTlnYTQCg&usg=AFQjCNGKi mLtb EUirZ4NKhnRb3RIItXECg
29. Alarid-Escudero F, Sosa-Rubí S, Fernández B, Galárraga O. Análisis de costo-beneficio: prevención del VIH/sida en migrantes en Centroamérica. *Salud Pública Méx* 2013; 55(1): 23-30.
30. Martínez-Donate A, Hovell M, Rangel M, Zhang X, Sipan C, Magis-Rodríguez C, et al. Migrants in Transit: The Importance of Monitoring HIV Risk Among Migrant Flows at the Mexico–US Border. *American Journal of Public Health* 2015; 105(3):497-509.
31. Fernández D, Venegas L. Factores de vulnerabilidad al VIH/sida en las mujeres costarricenses sexualmente activas. Proyecto Análisis secundario de la ENSSR-10 para el apoyo de programas y políticas en materia de VIH/Sida 2014: 3-11.
32. Gough E, Edwards P. HIV seroprevalence and associated risk factors among male inmates at the Belize Central Prison. *Rev Panam Salud Pública* 2009; 25(4): 292-29.

33. Girón S, Palacio H, Mateus J. HIV sexual risk behaviors in youth 15-24 years of age in Cali, Colombia: Do differences exist among neighborhoods. *Colombia Médica* 2013; 44 (1): 72-29.
34. Croce F, Fedeli P, Dahoma M, Deho L, Ramsan M, Adorni F, et al. Risk factors for HIV/AIDS in a low HIV prevalence site of sub-Saharan Africa. *Tropical Medicine and International Health* 2007; 12 (9): 1011–1017.
35. Uribe A, Orcasita L, Vergara T. Factores de riesgo para la infección por VIH/SIDA en adolescentes y jóvenes colombianos. *Acta Colombiana de Psicología* 2010; 13 (1): 11-24.
36. Miranda O, Fariñas A, Coutín G. Desigualdades de salud en la infección por el VIH en Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública* 2010; 36(4):301-305.
37. Ángel-Müller E, Rodríguez A, Núñez-Forero L, Moyano L, González P, Osorio E. Prevalencia y factores asociados a la infección por *C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae*, *t. vaginalis*, *C. albicans*, sífilis, VIH y vaginosis bacteriana en mujeres con síntomas de infección vaginal en tres sitios de atención de Bogotá, Colombia, 2010. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* 2012; 63(1): 14-24.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTARIA

38. Organización Panamericana de la Salud. Ministerio de Salud. Comisión Europea. Plan de emergencia hospitalario a emergencias sanitarias y desastres. Hospital General de Jaén 2011. [citado 05 Feb 2015] en: URL: http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=13&ved=0CFsQFjAM&url=http%3A%2F%2Fwww.paho.org%2Fper%2Fimagenes%2Fstories%2FDengue2011%2Fphrd_jaen.pdf&ei=zj60VKmeKYmngwS32oGIAQ&usg=AFQjCNHQGTrSLWmYJ FXxZXcvW2bhbd0IA
39. Lizaraso F, Medina J. Fundamentos de Estadística Médica. 1ª. ed. Lima: Tarea Asociación Gráfica Educativa; 2013.
40. Colegio Médico del Perú. Código de Ética y Deontología. [citado 12 Ene 2015] Disponible en: URL: http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CBsQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.cmp.org.pe%2Fdoc_norm%2Fcodigo_etica_cmp.pdf&ei=NXe0VPTYF8yzggSeuIPACA&usg=AFQjCN GfOfjDSFeCtxVq2BIPHBVIVEjRvA

ANEXO I

SOLICITO: PERMISO PARA REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

Sr. DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL DE JAEN

Dr. Gastón Campos Urbina:

Yo, **WILDER PINEDO TAPIA**, interno de Medicina del Hospital General de Jaén, la Facultad de Medicina de la UPAO, identificado con DNI: 46135130, respectivamente, me presento respetuosamente ante Ud. y expongo:

Que por motivo de realización de mi proyecto de tesis el cual se titula: **“ALCOHOLISMO Y MIGRACION EN RELACION AL GENERO DE PACIENTES CON VIH QUE ACUDEN A PROGRAMAS DE ATENCION DEL HOSPITAL GENERAL DE JAEN, MINSA, 2005-2013”** _solicito a Ud. la autorización correspondiente para poder revisar las historias clínicas de pacientes que acuden al programa de “Estrategia de TBC y VIH”.

Por lo expuesto, espero contar con su apoyo y permiso

Jaén, ____ de Febrero del 2015

FIRMA

DNI:

ANEXO N°2

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“ALCOHOLISMO Y MIGRACION EN RELACION AL GENERO DE PACIENTES CON VIH QUE ACUDEN A PROGRAMAS DE ATENCION DEL HOSPITAL GENERAL DE JAEN, MINSA, 2005-2013”

I. DATOS GENERALES DE IDENTIFICACIÓN:

- **N° de Historia Clínica:**
- **Año:**
- **Edad del paciente:**_____

II. GÉNERO:

- **Masculino** ()
- **Femenino** ()

III. ANTECEDENTE DE MIGRACIÓN:

- **Sí** ()
- **No**()

IV. ALCOHOLISMO:

- **Sí:** ()
- **No:**()

FRECUENCIA DEL CONSUMO:

- Diario** ()
- Semanal** ()
- Mensual** ()
- Ninguno** ()