

302 925 16
2oje.



UNIVERSIDAD FEMENINA DE MEXICO

DIFERENCIAS EPIDEMIOLOGICAS ENTRE PERSONAS SEROPOSITIVAS (HIV+) Y SERONEGATIVAS (HIV-) EN LO REFERENTE A CONDUCTA SEXUAL Y DATOS SOCIODEMOGRAFICOS, COMO UN MEDIO PARA ESTABLECER CRITERIOS DE PREVENCION.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A I
Mayra Citlalli Tovar Sánchez

MEXICO, D.F.

1994

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A MIS PADRES:

Con todo mi cariño y mi reconocimiento por todo el amor y apoyo recibido.

A MI ESPOSO:

Sin quien este camino y otros, hubieran sido más difíciles de andar.

A MI HERMANO:

Por el entusiasmo, riñas, alegrías y cariño de todos estos años.

A MIS ABUELOS:

Amores, todos ellos vivos en mí.

A PAPA MANDO:

Gracias por acompañarme desde mis primeros pasos, con la ayuda y respaldo de un padre.

A MIS PRIMOS Y TIOS

A GUITL

A CLARISA

A MIS AMIGOS

INDICE

página

INTRODUCCION	1
CAPITULO I. ANTECEDENTES	
1.1 Definición	4
1.2 Historia del descubrimiento	5
1.3 Teorías referentes al origen de la enfermedad.....	11
1.4 Situación a nivel mundial	15
1.5 Datos a nivel nacional	17
Referencias bibliográficas	23
CAPITULO II. AGENTE CAUSAL DEL SIDA	
2.1 Funcionamiento del sistema inmunológico	25
2.2 Características del HIV	27
2.3 Secreciones corporales donde se localiza	31
Referencias bibliográficas	33
CAPITULO III. TRANSMISION	
3.1 Condiciones necesarias para la transmisión	35
3.2 Transmisión sexual	40
3.2.1 Transmisión anal	41
3.2.2 Transmisión vaginal	42
3.2.3 Transmisión oro-genital	43
3.3 Transmisión sanguínea	46
3.4 Transmisión perinatal	49
3.4.1 Transmisión transplacentaria	49
3.4.2 Transmisión durante el parto	50
3.4.3 Transmisión postparto	50
Referencias bibliográficas	52

	página
CAPITULO IV. PRUEBAS DE DETECCION	
4.1 Técnica ELISA o EIA	54
4.2 Prueba Western Blot	56
4.3 El significado de las pruebas	57
Referencias bibliográficas	59
CAPITULO V. ETAPAS FISICAS Y PSICOLOGICAS DEL PACIENTE SEROPOSITIVO (HIV+) Y CON SIDA	
5.1 Etapas de la infección por HIV	61
5.2 Aspectos psicológicos del paciente seropositivo (HIV+) ...	65
Referencias bibliográficas	77
CAPITULO VI. PREVENCIÓN	
6.1 Sexo protegido	79
6.2 El condón y su uso	83
Referencias bibliográficas	90
CAPITULO VII. METODOLOGIA	
7.1 Problema	92
7.2 Hipótesis	92
7.3 Definición de variables	93
7.3.1 Definición formal de variables	93
7.3.2 Definición operacional de variables	94
7.4 Sujetos	95
7.4.1 Selección	95
7.5 Diseño de la investigación.....	96
7.6 Instrumento	96
7.7 Procedimiento	99
7.8 Estadística	101
Referencias bibliográficas	104

CAPITULO VIII. RESULTADOS

página

8.1 Nomenclatura	106
Cuadro 1. Resultados del cruce entre la variable estado civil y la variable edad	107
Cuadro 2. Resultados del cruce entre la variable escolaridad y la variable edad	108
Cuadro 3. Resultados del cruce entre la variable conducta sexual (número de parejas femeninas) y la variable edad	109
Cuadro 4. Resultados del cruce entre la variable conducta sexual (número de parejas masculinas) y la variable edad	110
Cuadro 5. Resultados del cruce entre la variable conducta sexual (uso del condón) y la variable edad	111
Cuadro 6. Resultados del cruce entre la variable estado civil y la variable escolaridad	112
Cuadro 7. Resultados del cruce entre la variable conducta sexual (número de parejas femeninas) y la variable escolaridad ...	113
Cuadro 8. Resultados del cruce entre la variable conducta sexual (número de parejas masculinas) y la variable escolaridad ..	114
Cuadro 9. Resultados del cruce entre la variable conducta sexual (uso del condón) y la variable estado civil	115
Cuadro 10. Resultados del cruce entre la variable conducta sexual (número de parejas femeninas) y la variable estado civil	116
Cuadro 11. Resultados del cruce entre la variable conducta sexual (número de parejas masculinas) y la variable estado civil ..	117
Cuadro 12. Resultados del cruce entre la variable conducta sexual (uso del condón) y la variable estado civil	118
Cuadro 13.2 Resultados de la prueba X^2 para la variable: datos sociodemográficos	119
Cuadro 13.2.1 Tabla de porcentajes para la variable: datos sociodemográficos (estado civil)	120

	página
Cuadro 14.1 Resultados de la prueba z para la variable: conducta sexual (pareja femenina)	121
Cuadro 14.2 Resultados de la prueba X^2 para la variable: conducta sexual (pareja femenina)	122
Cuadro 14.2.1 Tabla de porcentajes. Reactivo 28 a)	123
Cuadro 14.2.2 Tabla de porcentajes. Reactivo 28 b)	123
Cuadro 14.2.3 Tabla de porcentajes. Reactivo 28 c)	124
Cuadro 14.2.4 Tabla de porcentajes. Reactivo 28 d)	124
Cuadro 14.2.5 Tabla de porcentajes. Reactivo 28 e)	125
Cuadro 15.1 Resultados de la prueba z para la variable: conducta sexual (pareja masculina)	126
Cuadro 15.2 Resultados de la prueba X^2 para la variable: conducta sexual (pareja masculina)	127
Cuadro 15.2.1 Tabla de porcentajes. Reactivo 33 a)	128
Cuadro 15.2.2 Tabla de porcentajes. Reactivo 33 b)	128
Cuadro 15.2.3 Tabla de porcentajes. Reactivo 33 c)	129
Cuadro 15.2.4 Tabla de porcentajes. Reactivo 33 d)	129
Cuadro 15.2.5 Tabla de porcentajes. Reactivo 33 e)	130
Cuadro 15.2.6 Tabla de porcentajes. Reactivo 33 f)	130
Cuadro 15.2.7 Tabla de porcentajes. Reactivo 33 g)	131
Cuadro 15.2.8 Tabla de porcentajes. Reactivo 33 h)	131
Cuadro 15.2.9 Tabla de porcentajes. Reactivo 33 i)	132
Cuadro 16.1 Resultados de la prueba z para la variable: conducta sexual (uso del condón)	133
Cuadro 16.2 Resultados de la prueba X^2 para la variable: conducta sexual (uso del condón)	133
Cuadro 16.2.1 Tabla de porcentajes. Reactivo 37 a)	134
Cuadro 16.2.2 Tabla de porcentajes. Reactivo 37 b)	134
Cuadro 16.2.3 Tabla de porcentajes. Reactivo 37 c)	135
Gráfica 1 Variable: datos sociodemográficos (Edad)	136
Gráfica 2 Variable: datos sociodemográficos (Escolaridad)	137

	página
Gráfica 3 Variable: datos sociodemográficos (Estado civil)	138
Gráfica 4 Variable: conducta sexual (Número de parejas femeninas)	139
Gráfica 5 Variable: conducta sexual (Número de pa- rejas masculinas)	140
Gráfica 6 Variable: conducta sexual (Uso de Condón	141
CAPITULO IX. CONCLUSIONES	142
CAPITULO X. INTERPRETACION	144
CAPITULO XI. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	160
ANEXO	164
BIBLIOGRAFIA GENERAL	173

INTRODUCCION

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es un padecimiento relativamente nuevo, sus orígenes se remontan hacia el año 1959 en Zaire. A partir de este hallazgo, las hipótesis respecto al origen mismo de la enfermedad así como de las vías de transmisión han sido varias, provocando con su formulación múltiples reacciones sociales por parte de ciertos grupos, por

ejemplo los homosexuales, quienes protestaron y siguen protestando por la estigmatización de la que fueron objeto, ya que en un principio se les atribuyó la responsabilidad de la diseminación de la enfermedad. Eventos de esta clase y otros específicamente científicos, han llevado a los estudiosos en la materia a dar explicaciones más específicas a la etiología sexual de esta enfermedad. En este punto, las investigaciones epidemiológicas han tenido una importante intervención ya que sus objetivos son: el describir un problema de salud; establecer asociaciones causales y resolver preguntas de investigación, basando su conocimiento en el método científico, con el fin de estudiar la distribución de la enfermedad y los determinantes de su prevalencia en el hombre.

Las aportaciones hechas en el área epidemiológica han sido varias, por ejemplo, gracias a este tipo de estudios fue posible saber que la vía principal de transmisión es la sexual, y dentro de ésta, cuáles prácticas conllevan a un mayor riesgo de infección; así mismo se pudieron localizar las edades en las que era más frecuente observar la infección, y esto sólo por mencionar algunos de los descubrimientos hechos por esta rama de la medicina.

En base a la importancia que tienen los estudios epidemiológicos, se decidió realizar la presente investigación con el objetivo principal de describir algunos aspectos de la conducta sexual, así como datos sociodemográficos de aquellas personas que acuden a un centro especializado en la detección de anticuerpos contra el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV) y de esta manera conocer las diferencias que distinguen a tales individuos dependiendo del resultado de su serología.

La inquietud por realizar una investigación de esta índole surge de los resultados arrojados por otras investigaciones hechas en nuestro país, y donde se reportan características particulares de la población que acude a centros de detección de anticuerpos contra este virus. Sin embargo, en dichas investigaciones, se centra de manera especial la atención en realizar estudios comparativos en base a la preferencia sexual de los sujetos, aspecto que no se indaga

en este estudio ya que consideramos que esto sería motivo de otra investigación.

Así mismo, podemos afirmar que este estudio fue concebido bajo hipótesis iniciales relacionadas con los resultados derivados de investigaciones nacionales, las cuales hacían alusión al bajo nivel de estudios, al poco uso del condón y a la preferencia sexual homosexual de los individuos estudiados, entre otras características de importancia.

La relevancia de establecer la relación entre conducta sexual, datos sociodemográficos y seropositividad (HIV+), radica en que mediante este tipo de análisis podemos conocer los patrones de conducta que llevan a los individuos hacia la infección o a la adopción de medidas preventivas, con el fin de poder discernir en torno a los planteamientos educativos y preventivos que actualmente prevalecen en relación a este padecimiento.

Metodológicamente ésta es una investigación descriptiva, cuasi-experimental con un diseño de tipo ex-post-facto, es decir, que aunque no abarca los requisitos de una investigación experimental rigurosa, por no tener control directo sobre las variables independientes, el estudio en sí tiene su valor por seguir los pasos del método científico.

Cabe aclarar que el presente estudio incluye exclusivamente a la población masculina que acudió a un Centro de Información sobre SIDA, durante el segundo semestre de 1990 y primero de 1991.

Los resultados obtenidos hacen referencia a que en su mayoría, tanto seropositivos como seronegativos son solteros, siendo menor la edad de los seronegativos en comparación con los infectados. Otro dato importante es que las personas que acuden a realizarse la prueba, en su mayoría son profesionistas, los cuales en un gran porcentaje no han ejercido su sexualidad con mujeres. Así mismo, el uso del condón es deficiente en ambos grupos. Si bien los resultados de este estudio se circunscriben a una población muy pequeña del universo total de personas que acuden año tras año a realizarse la prueba de detección en todo el país, creemos que este estudio aporta el conocimiento referente al perfil del paciente que acude específicamente a este centro de información, mismo que posteriormente puede ser empleado, como ayuda, en la atención psicológica de las estas personas. Es así como podemos concluir que investigaciones como ésta son una invitación a futuros estudios que se propongan conocer más a fondo las características que distinguen a las personas que acuden a los distintos lugares donde se realizan estos análisis, con el fin de encauzar los esfuerzos hacia una mejor atención al paciente.

CAPITULO I
ANTECEDENTES.

1.1 DEFINICION

La término SIDA, es un conjunto de siglas que describen un nuevo complejo clínico de la medicina actual. El significado esta palabra se explicará a continuación:

SINDROME :

- a) Conjunto de síntomas, signos y condiciones que no son suficientemente específicas como para ser denominadas enfermedad.
- b) Enfermedad cuya causa se desconoce.
- c) Enfermedad de causas múltiples. (1)

(Aclaración: anteriormente, cuando se ignoraban las causas del SIDA, la palabra "síndrome" comenzó a utilizarse por falta de una más apropiada. A estas alturas del conocimiento sobre la epidemia, sería más correcto utilizar la palabra enfermedad. Sin embargo, dado que las siglas ya se usan universalmente quizá nunca se cambie el nombre).

INMUNODEFICIENCIA :

Incapacidad parcial o total del sistema de defensa (sistema inmunológico) del organismo, para protegerlo adecuadamente de infecciones. (2)

ADQUIRIDA :

Que no se nace con ella, ni se debe a un defecto en el desarrollo del individuo, sino que se adquiere durante el curso de la vida y de maneras específicas. (3)

Resumiendo, el SIDA es una enfermedad transmisible de origen viral, que se caracteriza por presentar deterioro grave del sistema de defensa del organismo (sistema inmunológico).

Representa la etapa final y más grave de la infección viral; sin embargo, para llegar a ella, el individuo debe de pasar por una serie de etapas previas, progresivas, cada una con sus propias manifestaciones, y solamente a la última de ellas se le da el nombre de SIDA.

1.2 HISTORIA DEL DESCUBRIMIENTO

El SIDA es una enfermedad relativamente nueva, que como ocurrió con la Sífilis y otras enfermedades en su tiempo, está secundada por múltiples creencias y mitos provenientes del desconocimiento de la misma. Esto no es de extrañarse, dado que a diferencia de otros padecimientos, el SIDA está íntimamente ligado a las relaciones humanas íntimas, es decir, a las relaciones sexuales (coito), y si a esto añadimos que hasta el momento es un padecimiento incurable, se torna entonces en un fenómeno generador de miedo, ansiedad y rechazo.

En el libro: " El SIDA " y sus Metáforas ", Susan Sontag menciona: " Basta ver a una enfermedad cualquiera como un misterio, y temerla intensamente, para que se vuelva moralmente, si no literalmente contagiosa " (4)

La situación anterior se presenta claramente en el caso del SIDA.

A continuación haremos referencia a los sucesos científicos y sociales que se originaron a raíz de la aparición de una serie de fenómenos clínicos, que derivaron en lo que ahora conocemos como Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

En la primavera de 1981, la comunidad científica americana hizo las primeras observaciones de lo que hasta entonces se vislumbraba como un padecimiento desconocido. Cinco hombres fueron hospitalizados por un tipo de neumonía causada por *Pneumocystis carinii*, enfermedad que es poco frecuente en gente joven, todos ellos presentaban enfermedades que generalmente afectan a personas cuyo sistema inmunológico se encuentra señaladamente deprimido (también llamadas enfermedades oportunistas).

Un mes después, se reportaron 26 casos de Sarcoma de Kaposi asociado a neumonía por *Pneumocystis carinii*, detectados en el periodo de enero de 1972 a Julio de 1981. El Sarcoma de Kaposi es un tumor de la piel que no se suscribe únicamente a ésta, sino que puede extenderse a otros órganos tales como el aparato digestivo, los pulmones o los huesos.

Además de presentar los signos y síntomas mencionados, los pacientes identificados, mostraban una característica común: eran homosexuales sexualmente activos. Debido a esto, se llegó a la conclusión de que se trataba de una nueva entidad clínica a la cual se le dio el nombre de GRID (Gay Related Immunodeficiency Inmunodeficiencia Relacionada a la Homosexualidad).

Sabemos que los grupos homosexuales han sido atacados por siglos, y en esta ocasión

no hubo excepción. Otros nombres no "científicos" que se le dieron: "plaga gay", "cáncer gay", "peste rosa" y "peste lila" entre otros.

Debido a los sucesos ya detallados, rápidamente se implementó un plan de ataque que incluía entrevistas, cuestionarios, historias médicas e indagaciones sobre el estilo de vida, incluyendo actividad coital homosexual y uso de drogas. Con el fin de obtener más datos que aportaran mayor información acerca del nuevo padecimiento.

En Julio de 1982, el CDC (Centro de Control de Enfermedades de Atlanta) reportó 3 casos de hemofilia, sugiriendo que se trataba de una posible transmisión por un agente a través de productos de sangre. Los hemofílicos requieren de un factor sanguíneo del que carecen para que su sangre pueda coagular. Dependiendo del tipo de hemofilia, el factor que necesitan, puede ser el factor VIII o el IX, los cuales se obtienen de la sangre de individuos no hemofílicos.

Hopp menciona: "el SIDA no discriminó a los niños." (5) En 1983, algunos casos pediátricos fueron reportados en la literatura. Este fenómeno se observó en lugares donde el número de casos de SIDA era significativo: Nueva York, San Francisco, Los Angeles y Miami. La mayoría de casos pediátricos involucraban niños nacidos de madres drogadictas intravenosas que se dedicaban a la prostitución. Más tarde otros casos fueron reportados a causa de transfusiones sanguíneas.

Hasta ese momento las pruebas de laboratorio para la detección de anticuerpos no habían sido desarrolladas aún, ya que tampoco la identificación misma del virus no había resultado posible; Gallo al respecto menciona: "...la identificación inequívoca solo resulta posible si se dispone de reactivos (como los anticuerpos) que distingan las proteínas que pertenecen a un virus y no a otro." (6)

Los datos acumulados hasta ese momento demostraban que la transmisión podía efectuarse por relaciones coitales homosexuales, transfusiones, incluyendo aquí los casos de hemofílicos, drogadictos que compartían agujas hipodérmicas y por transmisión perinatal.

A consecuencia de que se comenzaron a identificar los sectores de la población que resultaban afectados por el HIV, se acuñó el término: "**Grupos de Riesgo**", palabras que señalan y señalaron de manera negativa a personas que, por su preferencia sexual u origen geográfico, fueron consideradas "culpables" de la propagación de mal.

La población heterosexual, que hasta entonces se percibía inmune, en Febrero de 1983, recibió un fuerte impacto, cuando dos casos bien documentados de mujeres infectadas por sus parejas quienes eran drogadictos intravenosos, fueron reportados.

En 1983, el Dr. Luc Montagnier y su grupo del Instituto Pasteur en Francia, publicaron un informe en el cual señalaban haber identificado un retrovirus en el ganglio de un paciente con un cuadro clínico previo al SIDA, llamándole LAV (**Virus Asociado a la Linfadenopatía**, sin embargo, no pudieron en esos momentos establecer su relación con el agente causal del SIDA.

En 1984, el Dr. Gallo y sus colaboradores publicaron diversos trabajos en los cuales afirmaban que el virus descubierto, al que llamaron **HTLV-III, (Human T- Lymphotropic Virus III)** era el agente causal del SIDA. Este hallazgo ha permitido obtener grandes cantidades de virus para su estudio y fabricación de pruebas de laboratorio.

A principios de 1985, el International Committee on the Taxonomy of Viruses decidió elegir el nombre de HIV para designar al virus causante del SIDA. Esta designación, refleja el origen del virus (humano) y uno de sus principales efectos: la inmunodeficiencia.

A partir de que las pruebas de detección fueron creadas, el avance en cuanto a

tratamientos que permitan al paciente una digna calidad de vida, han seguido avanzando. Si bien no se ha encontrado una cura, los esfuerzos científicos no cesarán hasta lograr este objetivo y otros, como es el de hacer más asequible, a los estratos socioeconómicos bajos, la posibilidad de tener acceso a los medicamentos hasta ahora existentes. Como ejemplo podemos citar el AZT (Ziditimidina), medicamento que fue desarrollado años atrás pero que en ese momento no probó aplicación práctica ninguna. Años después, en Estados Unidos, como consecuencia de haberse realizado varias pruebas, se corroboró la eficacia del compuesto, para el caso del SIDA. Este tratamiento tiene la finalidad de inhibir la enzima que permite al virus incorporar su material genético a la célula que está infectando. Se ha observado que el AZT (Nombre comercial: **RETROVIR**) es sumamente tóxico ya que una proporción significativa de pacientes presentan depresión de las funciones de la médula ósea, desarrollan anemia, requieren de transfusiones continuas, hasta que las complicaciones indican que el medicamento debe suspenderse.

Hoy en día se han disminuido los efectos tóxicos del AZT al combinarlo con otros medicamentos, logrando así que el paciente llegue a una estabilidad física e incluso emocional, sin la necesidad de sufrir tantas agresiones por los medicamentos.

Todo este preámbulo, en la explicación del tratamiento más usado actualmente, fue necesario para ver la importancia y la complejidad en los avances médico-científicos además de cuan necesario puede ser un medicamento de este tipo para algunos pacientes (no todos aceptan el medicamento -fisiológicamente hablando-), y sin embargo, sólo una minoría puede tener acceso él, debido a su alto costo (casi 600,000 pesos un frasco que, dependiendo de las dosis, puede durar hasta 15 días)

Volviendo a lo que es la historia de este padecimiento, en México, en 1983 fueron diagnosticados los primeros casos de SIDA.

En 1986, el 22 de Mayo se dispuso que toda la sangre utilizada en transfusiones debe someterse a pruebas de laboratorio. Así mismo, con fecha posterior, (Mayo de 1987) se prohibió el comercio de sangre.

A partir de 1987, en nuestro país, el SIDA, se convirtió en una enfermedad sujeta a vigilancia epidemiológica, y la notificación de los casos tienen un carácter de obligatorio e inmediato.

En 1986, como efecto de los primeros casos reportados y el aumento de ellos, fue necesario crear el Comité Nacional para la Prevención del SIDA, **CONASIDA** "con el objetivo de evaluar la situación nacional en lo concerniente al SIDA y a la infección por HIV, así como establecer criterios para el diagnóstico, tratamiento, prevención y control; así como coordinar la implantación y evaluación de normas, pautas y actividades de control apropiadas". (7)

En Abril de 1987, se creó el primer Centro Nacional de Información sobre SIDA, dicho centro ha servido como modelo para crear nuevos centros en el resto del país y como ejemplo a seguir en otras partes del mundo.

El comité evolucionó, por la magnitud del problema hasta convertirse en lo que hoy es el **Consejo Nacional para Prevención y Control del SIDA (CONASIDA)** en 1988 por decreto presidencial.

Otro avance importante, en lo referente a la lucha contra el SIDA, fue la creación de la primera línea abierta de información (**HOTLINE**) sobre SIDA: **TELSIDA**.

" La línea de información de CONASIDA, comenzó a funcionar desde el principio de las actividades del Centro de Información" (8)

TELSIDA tiene como objetivos proporcionar información acerca de la enfermedad y brindar apoyo emocional a la persona que habla. Este medio, es una vía directa de información de manera anónima y confidencial. También resulta ser el primer contacto con los servicios del Centro.

Los esfuerzos por controlar la enfermedad no se han restringido al área médico-científica. Dentro de esta lucha se han creado un gran número de grupos no gubernamentales (ONG'S), que han incrementado la gama de opciones a las cuales pueden recurrir las personas infectadas o enfermas. Algunas de estas agrupaciones participan junto con el Sector Salud en una de las labores más arduas: Informar a la población acerca de los aspectos básicos del padecimiento e intentar un cambio de actitudes, con respecto a los conceptos de enfermo y enfermedad, bajo el contexto del SIDA.

1.3 TEORIAS REFERENTES AL ORIGEN DE LA ENFERMEDAD

Después de haber sido descubierto el agente causal del SIDA, la atención de los investigadores se focalizó, principalmente, en conocer el origen del virus, y en consecuencia, de la enfermedad misma. La justificación de esta búsqueda se encuentra en las raíces mismas del conocimiento científico, es decir, si se encontraba el origen del virus, muchas serían las dudas que se despejarían en cuanto a un conocimiento más profundo de éste, y por lo tanto,

menos largo el camino para encontrar la cura en un corto periodo. Si bien en un principio éste fue el motivo real, no tardaron en aparecer una serie de explicaciones en relación al origen de la enfermedad, que obedecían a prejuicios, mitos y estigmatizaciones gestados desde siglos atrás.

A continuación se mencionarán algunas teorías que han tratado de explicar el origen del SIDA, dejando a su paso, algunas de ellas, grandes movimientos de tipo social.

Después de analizar las historias clínicas de pacientes, los investigadores encontraron que un número pequeño, de probables casos de SIDA, datan de 30 años atrás, en tres continentes: Europa, Africa y América (específicamente en Haití).

Los investigadores sugieren que el origen del virus tiene sus antecedentes en Africa incluyendo partes de Kenia, Uganda y Tanzania.

Hopp menciona que en la sangre almacenada desde principios de 1959 en Zaire, se encontraron anticuerpos contra el HIV. 75 muestras de suero colectadas entre agosto de 1972 y julio de 1973, revelaron que 50 de ellas resultaron positivas a las pruebas.

Poco a poco fue creciendo el número de argumentos a favor del origen africano del SIDA. A las pruebas antes citadas, se aunó la evidencia en cuanto a la prevalencia de la enfermedad, haciendo una comparación entre Estados Unidos y Africa; mientras en el primero la prevalencia del SIDA en los hombres respecto a las mujeres es de 14 : 1 ; en Africa es de 1 : 1, esto se atribuyó a que en esa sociedad , las relaciones heterosexuales son principalmente anales.

Gallo y Montagnier suponen que el virus estuvo presente por años en pequeñas tribus aisladas y que la propagación del virus estaba delimitada por la separación geográfica entre

estos grupos, de esta manera el HIV pudo haber estado presente en ellos por décadas.

Esta teoría ha sido fuertemente atacada por científicos y grupos políticos, de la misma manera, mandatarios africanos han objetado toda referencia al origen del SIDA en esos países. Estas posturas son entendibles, ya que la respuesta lógica, desde el punto de vista social, ha sido afianzar más los prejuicios y señalamientos negativos hacia la raza negra.

Debido a la duda respecto al origen africano del SIDA, las investigaciones se dirigieron hacia otros objetivos que aportaran más datos, dando así pauta para establecer otra teoría que desafortunadamente no abandonó la idea, de la génesis del virus, en ese continente.

La atención se concentró sobre varias especies de primates, hasta focalizarse en el **MONO VERDE AFRICANO**.

En 1985 se aisló el STLV-3, un virus muy semejante al virus del SIDA.

Muestras de sangre de 200 monos fueron examinadas. Se halló que el 70% (9) de ellas estaban infectadas con un virus que tenía las características antes mencionadas, sin embargo, a pesar de la similitud con el virus humano, éste no provoca daño alguno en los monos.

Essex sospecha que la propagación del virus del mono al hombre ocurrió de 20 a 40 años atrás.

La explicación de cómo el virus del mono pudo ser transmitido al humano menciona que es muy frecuente que estos primates tengan una estrecha relación con el hombre y comúnmente estos son mordidos por los monos; otra hipótesis afirma que hay la posibilidad de que esta transmisión se haya dado por prácticas zoonóticas.

Estudios realizados en 289 muestras de suero provenientes de prostitutas de Senegal, demostraron que 30 de esas muestras, resultaron positivas al virus del mono verde, y lo más

interesante es que ninguna de las prostitutas cuyo resultado fue positivo mostraron síntomas de SIDA o de enfermedades relacionadas.(10)

Sin embargo, los investigadores suponen que aunque el virus no es patológico en el mono, aquél pudo haber mutado en el humano adquiriendo algunas propiedades destructivas.

Otra duda que sorprendió la mente de varios estudiosos fue el tratar de explicar cómo el HIV pudo viajar de un continente a otro. Una de las explicaciones más nombradas, afirma que el virus pudo propagarse por el resto de África central a principios de los 70's, pasando de ahí a Haití y desde este punto se difundió a Europa y América.

El problema de que las personas crean que el SIDA ha existido desde hace tiempo, las hace justificarse creando razones para no modificar conductas ni actitudes.

A pesar de todas estas explicaciones, varios son los investigadores que no aceptan esta teoría. El argumento en contra afirma que aunque los hallazgos publicados, referente a los anticuerpos encontrados en sueros de tribus antiguas de África y América, resultaron positivos a las pruebas, esos datos obtenidos pudieron deberse a falsos positivos. Debido a lo anterior, Richard Tedder del Hospital Middlesex de Londres menciona que los análisis practicados a las muestras almacenadas deberían hacerse públicos con especial cuidado.

Las especulaciones en torno al origen de la enfermedad no se han limitado a la génesis africana, sino que incluso se ha propuesto una explicación de tipo metafísico, sugiriendo que la enfermedad es un merecido castigo, de origen Divino, dirigido especialmente a todas las personas que han vivido en pecado. Es obvio que la gran lista abarca, entre otros grupos, a los homosexuales, personas con relaciones extramaritales o individuos en general que por alguna

u otra razón transgredieron las reglas que determinada creencia establece como "lo correcto".

Esta corriente favoreció el origen de algunos términos que desafortunadamente hasta nuestros días se siguen manejando, estos son: "víctima culpable", "víctima inocente", "grupos de riesgo o de alto riesgo" etc.

Así como las explicaciones arriba mencionadas, se han desarrollado muchas otras que han tenido menos relevancia. Por ahora la explicación que más aceptación ha tenido entre los estudiosos de la materia menciona que es muy probable que el virus del SIDA, como todo ser vivo que existe en la actualidad, sea una especie que a través de los siglos se ha hecho resistente a las agresiones del medio ambiente y del hombre mismo, mutando hasta alcanzar la malignidad que le caracteriza hoy en día y que por el momento no ha podido ser combatida con los recursos científicos con que cuenta la humanidad.

1.4 SITUACION A NIVEL MUNDIAL

Antes de dar inicio a este tema cabría hacer la aclaración respecto a las cifras que abajo se mencionarán. Dichas cantidades representan el número de personas que se calcula que pueden estar infectadas a nivel mundial. Si bien estos datos podrían resultar impactantes, están basados en los reportes hechos por cada uno de los países adheridos a la OMS (Organización Mundial de la Salud); por tal motivo habría que considerar en cada caso la muy particular forma de llevar el control epidemiológico en cada uno de ellos, así como el retardo en el reporte de casos e incluso el subregistro de estos.

Sabemos que los especialistas en la materia consideran todas las anteriores variables para poder así plantear esas proyecciones, a pesar de esto, esas cifras pueden superar en mucho a la realidad en cada uno de los decenios proyectados, (por lo menos eso es lo que se espera). mucho de ello depende de las medidas adoptadas en cada país.

A principios de la década de los 80's, alrededor de 100,000 personas en el mundo estaban infectadas con HIV. Durante los 80's, entre 5 y 10 millones de personas se infectaron. Si consideramos únicamente la cantidad conservadora de 5 millones; cerca de 2.5 millones de esas personas infectadas, estarían en Africa; 2 millones en América, 500 mil en Europa y alrededor de 100 mil en Asia y Oceanía.

Para predecir las tendencias de la infección por HIV y SIDA en los 90's se realizó un estudio llamado DELPHI en donde se recopilaron, de manera sintetizada, la opinión de los expertos.

El estudio DELPHI reportó que durante los 90's habrá al rededor de tres veces más infectados que los registrados en los 80's. Más de 1/3 de estas nuevas infecciones son consideradas como prevenibles mediante los programas mundiales en combinación con los programas nacionales.

Se predice que habrá aproximadamente nueve veces más de adultos que desarrollarán SIDA en los 90's en comparación con los 80's.

Cerca de la mitad de los casos de SIDA entre adultos durante los 90's , ocurrirán en infectados por HIV durante los 80's.

* Para el año 2000, 40 millones de personas podrían estar infectadas con el HIV. Más del 90% de estas personas viven en países en desarrollo como son: Africa subsahariana, el sur

y sureste de Asia, Latinoamérica y el Caribe. Más aún, durante los años 90's, las madres o ambos padres de más de 10 millones de niños habrán muerto por la infección por HIV/SIDA". (6)

1.5 DATOS A NIVEL NACIONAL.

Desde 1987, año en el cual se fundó el primer centro de información de CONASIDA, se comenzó a publicar el "Boletín Mensual SIDA" editado por la DGE (Dirección General de Epidemiología), el cual actualmente se llama "Boletín Mensual SIDA/ETS (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, Enfermedades de Transmisión Sexual) editado por el Instituto Nacional de Referencia Epidemiológica.

El objeto de este boletín es informar mes con mes, tanto al "personal médico como paramédico de las diferentes instituciones... sobre las características epidemiológicas del comportamiento de la infección por el VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana) y otras enfermedades de transmisión sexual en el país..." (12)

Es necesario resaltar que todos los datos expuestos en este boletín, corresponden a personas ya enfermas, es decir, individuos que presentan síntomas y cuyos casos han sido reportados por instituciones gubernamentales y no-gubernamentales mediante el formato correspondiente. En el boletín mencionado se ha presentado como una constante, dentro de los datos sociodemográficos, el hecho de que "El grupo más afectado es el de los jóvenes entre los 25 y 44 años de edad" (13)

A continuación se hará referencia a algunos estudios realizados en base a la encuesta CACP (mismas que serán empleadas en el presente trabajo).

El primero de estos estudios fue realizado por la Dra. Griselda Hernández Tepichín y colaboradores; dicha investigación fue presentada en la VII conferencia internacional sobre SIDA en la ciudad de Florencia, Italia en junio de 1991. La investigación lleva por título "Comportamiento sexual, seroprevalencia y uso del condón en hombres homosexuales y bisexuales en la ciudad de México", su objetivo es examinar la epidemiología del comportamiento sexual, la seroprevalencia del VIH y uso del condón entre hombres homosexuales y bisexuales; realizar pruebas sobre diferencias en los factores de riesgo entre dos grupos.

Se utilizó una entrevista estructurada para recabar información social y conductual de 2329 homosexuales y bisexuales durante 1989-90 en CONASIDA en la ciudad de México (no específica si se tomaron en cuenta los 2 años en su totalidad).

La seropositividad se determinó mediante pruebas ELISA positivas (ensayo inmunoenzimático) y Western Blot. Se usó el método SAS para calcular regresiones logísticas.

La seroprevalencia del 31% no cambió, con el tiempo fue menor para los bisexuales en comparación con homosexuales (21% vs 34% p.0001). Una regresión logística múltiple indicó factores de predicción independientes de seropositividad ($p = .05$) edad, escolaridad, comportamiento insertivo-receptivo (CIR), número de parejas sexuales masculinas durante la vida, tener relaciones sexuales con una persona con SIDA, estado civil y antecedentes de gonorrea o condiloma.

Los riesgos independientes asociados con una categoría CIR ($p < 0.0001$) fueron: casi

ninguna razón (rel. de probabilidades 1:1) solo insertivo (1:0); casi siempre insertivo (1:8); combinados (2:4); casi siempre receptivo (2:1); solo receptivo (1:2). Se estudiaron individuos que no mostraron ningún cambio en su comportamiento a partir del momento que supieron de la existencia del SIDA, que siempre usaban condón cuando practicaban el sexo anal receptivo. Estos individuos (1 % del total) experimentaron una disminución en la tasa de VIH (8% vs 32% $p = 0.08$).

Los hombres bisexuales practicaron más el sexo insertivo con otros hombres mientras que los homosexuales exclusivamente practicaron más el sexo receptivo y el comportamiento "combinado" de más alto riesgo (desempeñar ambos roles: activo, pasivo), había más bisexuales casados (20% vs 1% de los homosexuales), más bisexuales reportaron tener relaciones sexuales con prostitutas (44% vs 9%) y más bisexuales tenían contacto con hombres dedicados a la prostitución (15% vs 10%), los bisexuales generalmente practicaban el sexo vaginal con mujeres y reportaron usar muy poco el condón.

Conclusiones: Los bisexuales mostraron diferentes patrones de comportamiento sexual riesgoso en comparación con los exclusivamente homosexuales, la seroprevalencia considerable entre los bisexuales; su frecuente contacto sexual con mujeres y su bajo índice de uso de condón implican un riesgo continuo y significativo de infectar a más mujeres. Aún está por determinarse si este riesgo conduce a una epidemia heterosexual.

Por otro lado, y haciendo una investigación retrospectiva, se localizaron otros estudios que pueden dar una visión más amplia con respecto a la investigación que nos ocupa.

Durante la VI Conferencia Internacional sobre SIDA en San Francisco California, García y colaboradores presentaron un trabajo de investigación titulado Tendencias del VIH-1 y

factores de riesgo en 5040 hombres homosexuales y bisexuales en México. El objetivo de este trabajo era analizar la seroprevalencia del VIH-1, el perfil sociodemográfico, las prácticas sexuales, el conocimiento y las actitudes con respecto al SIDA, el uso del condón y los factores de riesgo de infección por VIH entre hombres homosexuales y bisexuales en México. En esta investigación se empleó la encuesta CACP en 15 ciudades entre 5040 hombres que refirieron haber tenido prácticas sexuales con otros hombres, entre 1985 y 1989. Las variables investigadas fueron datos sociodemográficos, estado de salud, prácticas sexuales, uso del condón, conocimiento y actitudes sobre el SIDA, así como seroprevalencia del VIH-1 (resultados confirmados con Inmunofluorescencia y Western Blot). Se practicaron pruebas gratuitas y se proporcionó asesoramiento y apoyo antes y después de las pruebas.

Resultados: Perfil sociodemográfico. 87% de los estudiados tenían entre 16 y 44 años, 35% tuvieron relaciones estables con mujeres, 56% habían cursado la primaria o tenían una escolaridad menor. Prácticas sexuales: 73% refirieron coito anal receptivo; 57% fellatio; 34% coito anal insertivo; 11% coito oro-anal; 45 parejas masculinas, en promedio, durante toda la vida; 49 parejas femeninas, en promedio, durante toda la vida. Uso del condón: 43% (ciudades grandes); 25% (ciudades medianas y pequeñas). Conocimiento y actitudes respecto al SIDA: En general, eran adecuados tanto el conocimiento de los mecanismos de transmisión y las medidas preventivas como las actitudes.

Las conclusiones a las cuales se llegaron en este estudio fueron que las prácticas de riesgo son frecuentes y el uso del condón es bajo a pesar de que el conocimiento y las actitudes con respecto al SIDA son adecuados en el grupo de hombres con prácticas homosexuales. También se menciona que las campañas educativas entre estos grupos, son urgentes.

Dentro de este mismo congreso, DiClemente y colaboradores presentaron, por parte de la Universidad de California, una investigación realizada entre grupos de adolescentes, y en donde se observaba la relación inversa que existe entre el número de parejas sexuales y la frecuencia en el uso del condón. Fueron estudiados 386 estudiantes de preparatoria los cuales eran sexualmente activos así como de diversas etnias.

Los datos analizados fueron los siguientes : edad, grado escolar, edad a la que tuvieron su primera relación sexual, frecuencia de las relaciones sexuales, número de parejas sexuales y la frecuencia del uso del condón (dicotomizada en "siempre" vs. "no siempre").

Los resultados fueron los siguientes: el incremento del número de parejas sexuales va asociado con una disminución en la frecuencia del uso del condón. Los adolescentes reportaron 1, 2, 3, 4, 5 y 6 o más de seis parejas sexuales, reportaron el uso del condón durante el 48.7%, 39%, 27.4% y 27.2% en esas relaciones respectivamente.

En 1988 se presentó otro trabajo en el Primer Simposio Internacional sobre Comunicación, Información y Educación sobre SIDA. El objetivo de este trabajo era conocer el nivel de conocimientos y grado de utilización de medidas preventivas para el SIDA en hombres homosexuales en 6 diferentes ciudades del país. Este estudio se basó en un diseño cuasi-experimental a través de las encuestas CACP. El grupo estudiado fue el de hombres homosexuales, entrevistados en la vía pública así como en centros de reunión en las siguientes ciudades: D.F., Guadalajara, Acapulco, Tijuana, Monterrey y Mérida.

Dentro de los resultados se reportó que el 96% de los 719 entrevistados tenía conocimiento de que el condón es útil para evitar la infección por VIH. El 99% reconoció visualmente el condón, el 63% lo utilizó alguna vez, el 45% lo utilizó en los 4 meses previos

a la entrevista, sin embargo sólo el 31% lo utilizó en su última relación sexual, el 83% le ha pedido a sus compañeros sexuales que utilicen el condón y el 82% estaría dispuesto a utilizarlo en su próxima relación sexual.

Las conclusiones de este estudio refieren que los hombres homosexuales de las ciudades estudiadas tienen un alto grado de conocimientos en torno al SIDA y sus medidas preventivas, sin embargo, la utilización de estas no es una práctica generalizada, por lo que sería conveniente implementar campañas educativas dirigidas a este grupo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Carrillo, Ma. Elvira; Carrillo Hector. Información sobre SIDA por vía Telefónica (Hot Line), Sn. Francisco AIDS Foundation y CONASIDA, México, 1989.
- 2.- Olaiz, Gustavo Dr.. SIDA la Epidemia que a todos afecta, Ed. Diana, México, 1988.
- 3.- Sn. Francisco AIDS Foundation, Definición de SIDA, Sn Francisco Ca., 1989.
- 4.- Sontag, Susan. El SIDA y sus Metáforas, Muchnik Editores, España, 1989.
- 5.- Hopp, Joyce; Rogers, Elizabeth. AIDS and the allied Health Professions, F.A. Davis Company.
- 6.- Gallo, Robert. The AIDS Virus, en Scientific American, Vol. 255, No. 1, Enero 1987.
- 7.- Sepúlveda, Amor Jaime Dr., (et. al.). SIDA, Ciencia y Sociedad en México. Fondo de Cultura Económica, México, 1989.
- 8.- Carrillo, Ma. Elvira; Carrillo Hector. op. cit.
- 9.- Africa and origin of AIDS, Science : Vol. 230, Diciembre 6 de 1985.
- 10.- Barré-Sinoussi, F. (et. al.). El SIDA en Preguntas, Edivisión, México, 1989.
- 11.- Mann, Jonathan M.D. MPH..Global AIDS in to the 1990's, V Conferencia Internacional sobre SIDA, Montreal, Canadá, 4 de Junio de 1989.
- 12.- Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos. Boletín Mensual SIDA (México) 5,8:1198 Agosto de 1991.
- 13.- Stanislawski, Estanislao. El Médico frente al SIDA, Pangea Editores, México, 1989.

CAPITULO II
AGENTE CAUSAL DEL SIDA.

2.1 FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA INMUNOLOGICO.

El sistema inmune es una red compleja de células especializadas, órganos y sustancias químicas, cuya función es la de atacar a microorganismos (bacterias, virus, hongos y parásitos), partes y productos de éstos y sus sustancias. A esos organismos microscópicos y sustancias capaces de "disparar" la respuesta inmune se les conoce con el nombre de antígenos.

Una de las habilidades principales de este sistema es la de distinguir entre "lo propio" y "lo no propio" o extraño.

Para funcionar adecuadamente, el sistema inmunológico debe coordinar muchos tipos de células y centenares de sustancias químicas. Algunas de estas células blancas o linfocitos producen los anticuerpos formados por proteínas, sustancias capaces de atacar y eliminar grandes cantidades de antígenos. Otras atacan y matan a células del propio organismo que se encuentran infectadas. Las hay que se encargan de capturar, procesar, y presentar los antígenos a las células encargadas de la respuesta inmunológica. Unas más actúan como apoyo a otras células, liberando proteínas que activan y controlan las diversas acciones defensivas. Existe otro grupo de células que se encargan de suprimir o "apagar" la respuesta inmunológica cuando esta ya no es necesaria.

El sistema inmunológico puede responder de varias maneras para atacar a los antígenos.

Una de estas reacciones está coordinada por las células T-cooperadoras, quienes hacen las veces de un director de orquesta. Informan a las demás células lo que deben hacer cuando ya ha sido activada la respuesta inmune.

Esta reacción es la que más nos interesa, ya que es precisamente ésta la más afectada por el HIV.

A continuación se presentará un resumen, que a groso modo explica cómo debería funcionar la reacción coordinada por las células T-cooperadoras.

Resulta importante resaltar que ésta es sólo una de las tantas reacciones inmunológicas que se llevan a cabo en nuestro organismo.

Cuando un microorganismo intenta penetrar, busca en primera instancia, una herida en piel o mucosas, las cuales no sólo constituyen una barrera física de protección, sino que son ricas en defensas o anticuerpos.

Si los antígenos burlan esta barrera, se enfrentan a defensas específicas, especiales para cada uno de ellos los antígenos son como un carnet de identidad, que permite a nuestro sistema inmune reconocer organismos extraños para destruirlos.

Es en este punto donde entran en acción los macrófagos, literalmente: gran comilón. El macrófago engulle el antígeno, lo digiere y deposita los fragmentos de aquél en su superficie para llamar la atención de las células T-cooperadoras, iniciando así la actividad inmunológica.

Una vez que las células T-cooperadoras han iniciado su actividad, llaman a las células B para que reconozcan los antígenos que el macrófago tiene en su superficie.

La célula B que está ahora activada, fabrica millones de anticuerpos específicos contra esos antígenos. Un anticuerpo es una proteína capaz de unirse a un antígeno en partícula. Por ejemplo : un anticuerpo de viruela se unirá únicamente con un virus de viruela.

La forma en que un anticuerpo embona con el antígeno, es muy similar a la manera cómo

embonan la llave y su cerradura o como una pieza de rompecabezas embona con su respectiva pieza.

Una vez que el anticuerpo se ha enganchado o atrapado al antígeno, emite una señal que dice: "Comeme a mi y a mi preso". Un macrófago recibirá esta señal y acudirá a la escena para engullir el complejo anticuerpo-virus, eliminando así al invasor.

Al continuar este proceso, los microorganismos extraños serán menos y por lo tanto será necesario detener la batalla desactivando las células que entraron en juego. Para hacer esto, otro tipo de célula T, la célula T-supresor emitirá una señal que detendrá la actividad de las demás células.

Si la célula T-supresora no existiera, las demás células seguirían luchando contra una enfermedad inexistente y eventualmente terminarían luchando contra sus propias células.

De esta manera se cierra el ciclo de este tipo de respuesta inmune.

Es necesario aclarar que el proceso antes descrito se observa tal cual en los organismos cuyo sistema inmune se encuentra íntegro o no tan dañado. De tal manera que al haber una falla en alguno de los componentes de este complejo sistema, la armonía y el equilibrio antes descrito puede verse afectado de un modo parcial o total.

2.2 CARACTERÍSTICAS DEL HIV.

El virus causante del SIDA pertenece a la familia de los **retrovirus**, es decir, un virus cuya información genética es una forma especial de RNA, no compatible con las células a las

que ataca. Para compensar esa deficiencia, el virus posee una enzima llamada transcriptasa reversa, que le permite transcribir o cambiar el RNA a DNA compatible con la célula blanco. De ahí el nombre de retrovirus.

Los retrovirus tienen una gran capacidad para cambiar su estructura hereditaria de 10^{-3} a 10^{-4} veces al año, así se explica la dificultad que tiene el sistema inmune para detectar y rechazar a estos agentes, así como los problemas a los cuales se enfrentan los científicos para desarrollar medicamentos y vacunas contra estos microorganismos.

El HIV también pertenece a la subfamilia de los lentivirus (lenti = lento), se le llama así porque se caracterizan por provocar infecciones con largos periodos de latencia, sin dañar a la célula ni inducir enfermedad. Tiempo después, por acción de un factor estimulador, despiertan de su latencia, se multiplican y destruyen las células parasitadas provocando el desarrollo de la enfermedad.

El agente causal del SIDA muestra tropismo selectivo hacia las células T4 (las cuales muestran el marcador CD4 en su superficie), esto se debe a que existe una gran homología entre una proteína de la cubierta del virus y la molécula CD4 del linfocito.

La estructura del HIV es esférica, tiene de 90 a 120 nanómetros de diámetro.

Sus componentes son:

- 1) **Envoltura externa.**
- 2) **Capa protéica interna.**
- 3) **Nucleocápside (núcleo) o nucleolde central.** (En el interior de éste se encuentran dos copias idénticas de RNA además de la transcriptasa reversa).

Este virus es sumamente lábil a las condiciones del medio ambiente, es decir, los cambios

de temperatura, la humedad, el pH o la acción de desinfectantes de uso común como el hipoclorito de sodio, alcohol y sustancias espermicidas como el nonoxynol-9 inactivan al virus.

Una vez que hemos visto la manera en que actúa el sistema inmune bajo condiciones normales, es decir, en un organismo sano, nos adentraremos en conocer el mecanismo de acción del HIV sobre el sistema inmunológico, así como las alteraciones que presenta éste al entrar en contacto con el virus.

El HIV dirige sus acciones contra los linfocitos T-cooperadores o linfocitos T4, en cuya superficie se encuentra el marcador CD4.

Mientras mayor sea el número de receptores (marcador CD4) que tengan las células, mayores serán las probabilidades de que sean reconocidas y atacadas por el virus. El número de receptores CD4, en las células es muy variable, depende de los cofactores, (situación, actividad o agente que incrementa la susceptibilidad o favorece las condiciones para adquirir una enfermedad) como la existencia de enfermedades causadas por diversos agentes virales, tales como: virus de la hepatitis B, virus herpes simple entre otros. Como dichos virus tienen un mecanismo de acción muy semejante al virus del SIDA, los individuos infectados por esos agentes, tienen mayor probabilidad de ser infectados por el HIV ya que sus células son más ricas en receptores CD4 en comparación con aquellas personas que se encontraban sanas en el momento de adquirir la infección por HIV.

Los linfocitos supresores (tienen en la superficie el marcador CD8) o T8 se mantienen sin cambio o se elevan de manera anormal, en cambio las células B aumentan la producción de defensas.

Cabe hacer mención que no es la infección por el virus del SIDA lo que mata al

organismo, sino la inmunodeficiencia o alteración en las células de defensa lo que permite que la persona sea susceptible a diversas enfermedades llamadas oportunistas (encuentran la "oportunidad" de establecerse en un organismo indefenso). Esas mismas enfermedades podrían ser benignas o pasar inadvertidas en personas sanas.

Para que el virus pueda entrar al organismo, necesita una puerta de entrada, dicho acceso puede ser una herida en piel o la penetración a través de mucosas.

Una vez que ha entrado el virus reconoce y se adhiere a las células que presentan en su superficie el marcador CD4. Hecho esto, penetra en la célula liberando su RNA viral (material genético que contiene el virus). Posteriormente la enzima transcriptasa reversa hace una copia del DNA de la célula huésped. Este falso DNA se incorpora al DNA de la célula infectada. Es así como el virus se convierte en un elemento permanente de las células de la persona infectada.

Después hay un período de calma (el virus permanece latente en la célula. Recordemos que se trata de un lentivirus) que puede ser de 6 meses hasta 6 años en promedio o tal vez más (11 años, hasta el momento). El virus sólo espera señales químicas que le indiquen el momento de empezar a multiplicarse. Esto sucede cuando llega al organismo una nueva infección. Cuando un antígeno entra al organismo activa a las células infectadas activando también los genes latentes del virus. Ante esta señal, la célula empieza a reproducir los genes virales en su forma original de RNA. Posteriormente los nuevos virus comienzan a brotar de la superficie de la célula huésped, la membrana de ésta envolverá a cada uno de los virus "hijos" los cuales migrarán disfrazados con parte de la membrana celular que los albergó durante un tiempo. De esta manera pueden pasar inadvertidos ante las células de defensa quienes identifican al virus como una célula más del organismo.

Debido a lo descrito, los linfocitos T4 decrecen, casi hasta su extinción, cesan sus funciones y se reduce la respuesta inmune. En consecuencia, los linfocitos T8 no son activados y pierden su capacidad para aniquilar células infectadas por el virus. Deja de haber linfocitos B activados desapareciendo así su capacidad para producir anticuerpos nuevos, al tiempo que se generarán anticuerpos antiguos, que resultarán inútiles.

El ciclo antes descrito se repetirá hasta que la destrucción de células sea tal que las enfermedades oportunistas completen el cuadro patológico.

2.3 SECRECIONES CORPORALES DONDE SE LOCALIZA.

Actualmente se tienen bien identificados los fluidos corporales por medio de los cuales es posible transmitir el virus del SIDA, sin embargo, resulta sorprendente constatar que la literatura existente en torno a este tema es relativamente poca.

Se encuentran investigaciones referentes a los fluidos que resultan infectantes, mas no al por qué lo son; ya que se da por hecho que tal situación es obvia, y sin embargo, no lo es tanto. A continuación se explicará cuáles fluidos son infectantes y por qué.

Las investigaciones de laboratorio han permitido conocer que debido a que el virus se localiza en las células blancas de la sangre (los linfocitos), no resulta sorprendente que el virus se encuentre en: Sangre (incluyendo sangre menstrual), semen, secreciones cérvico-vaginales, fluidos previos a la eyaculación (líquido preeyaculatorio), leche materna, saliva, orina, heces

fecales y lágrimas. Hasta aquí todo podría indicar que la idea sobre el riesgo de contraer la infección mediante el contacto cotidiano podría ser factible, por ejemplo: al besarse, al compartir el baño, la ropa y los utensilios. Pero como en toda enfermedad, todo es relativo, es decir, todo depende de algo. Los estudios realizados llegaron a resultados como los siguientes: la capacidad infectante de un fluido está en proporción de la concentración de virus que tenga, también de las condiciones bajo las cuales se dé la transmisión y de la susceptibilidad del huésped. Por tal motivo la sangre se encuentra en primer lugar, ya que la cantidad de linfocitos es muy alta, le sigue en capacidad infectante el semen, pues cada eyaculación contiene alrededor de 2,000,000 de linfocitos aproximadamente.

Las secreciones cérvico vaginales, contienen virus pero en un porcentaje mucho menor, aunque no por ello deja de ser infectante.

La preocupación mayor se concentra en torno a la capacidad infectante de la saliva, sin embargo se demostró que la concentración de virus podría ser 10,000 veces menor en ésta que en sangre, además la saliva posee sustancias que inactivan al virus.

La leche materna y la orina podrían ser infectantes si se consumen en gran cantidad o si existen lesiones en piel o mucosas. (En lo referente a la orina, recordemos que hay prácticas sexuales donde ésta se llega a consumir o a incluir como un factor excitante; este es el caso de la URODIPSIA y de los BAÑOS DORADOS). En conclusión, los fluidos que son eficientes vectores de la transmisión del HIV son: sangre, semen y fluidos cérvico-vaginales.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Moffat, Betty Clare (et.al.). AIDS: A Self-Care Manual, AIDS Project Los Angeles, Los Angeles, 1988.
- 2.- Sepúlveda, Amor Jaime (et.al). SIDA. Ciencia y Sociedad en México, Fondo de Cultura Económica, México, 1989.

CAPITULO III
TRANSMISION.

Desde que el virus del SIDA fue identificado, varias han sido las explicaciones que se generaron en torno a la manera en cómo podía ser transmitido: esto fue motivo de múltiples especulaciones que dieron origen a la discriminación y segregación de la que siguen siendo objeto personas infectadas y enfermas de SIDA.

Actualmente, los mecanismos de transmisión del HIV están plenamente identificadas, a saber son: la vía sexual, la vía sanguínea y la vía perinatal. Sin embargo, a pesar de que en todas ellas la probabilidad de transmisión existe, la eficiencia no es igual para todas. Por tal motivo, en el presente capítulo, se describirán cada uno de los mecanismos de transmisión arriba mencionados.

3.1 CONDICIONES NECESARIAS PARA LA TRANSMISION

En toda transmisión de un agente infeccioso, existen factores que determinan la probabilidad de que un individuo pueda infectarse. Las condiciones son:

- a) **FUENTE DE INFECCION**
- b) **VIA DE SALIDA**
- c) **VIABILIDAD DEL AGENTE**
- d) **VIA DE ENTRADA**
- e) **TAMAÑO DEL INOCULO**
- f) **SUSCEPTIBILIDAD DEL HUESPED**
- g) **EXPOSICION AL RIESGO**

a) **FUENTE DE INFECCION:** La fuente de infección son los individuos infectados, es decir, para que el HIV pueda ser transmitido, debe existir primero en el organismo de una persona. Esto parece ser obvio y sin embargo no lo es tanto, pues existió y sigue existiendo la creencia de que el coito por si mismo es un factor de riesgo. Esta es una idea totalmente errónea.

Aunque se han aislado virus semejantes a partir de simios, la evidencia con que se dispone indica que el reservorio para el HIV-1 y HIV-2 lo constituyen los seres humanos infectados.

b) **VIA DE SALIDA:** La vía de salida en la transmisión sexual son las secreciones donde el virus ha sido aislado, o sea, sangre, semen, fluidos cérvico-vaginales, saliva y orina. Pero como se mencionó, la mayor concentración de virus se encuentra en las tres primeras vías aunque entre ellas existen claras diferencias en cuanto a la eficiencia de la transmisión.

c) **VIABILIDAD DEL AGENTE:** El HIV es un virus sumamente lábil ante las condiciones del medio ambiente, por tal motivo, se asegura que sólo por transmisión directa, ya sea a través de la sangre, por contacto sexual o por vía perinatal puede transmitirse.

d) **VIA DE ENTRADA:** Actualmente existen varios estudios en los que se han analizado la eficiencia de la transmisión, es decir, no es suficiente haber entrado en contacto con el virus para contraerlo; es requisito indispensable que exista una herida, lastimadura, una rozadura abierta o el contacto con mucosas, ya sea en ano, genitales, ojos y boca para que el virus se introduzca en el torrente sanguíneo.

e) **TAMAÑO DEL INOCULO:** La concentración de virus, así como el volumen de los fluidos corporales que sean intercambiados, influyen en la eficacia de la transmisión. Se ha comprobado

que el semen y la sangre, por su alto contenido de linfocitos y en consecuencia también de partículas virales, resultan ser los fluidos corporales mas efectivos en la transmisión.

Ejemplificando lo anterior, podemos decir que ha sido posible comprobar que volúmenes tan reducidos como 1.4 micro-litros de sangre pueden ser infectantes en el caso de la punción ocupacional (es decir el riesgo que corren algunos profesionales dentro de las labores propias de su área, por ejemplo: las enfermeras, quienes pueden sufrir pinchazos con agujas -y donde es posible que alguna contenga cantidades mínimas de sangre -), hasta 400 ml en la transfusión de un paquete completo. La eficiencia de la transmisión en ambos casos es distinta, en la transfusión es de aproximadamente 70%, mientras que en la punción ocupacional la probabilidad es hasta de 0.7%. (1)

Para la transmisión sexual no está determinado el tamaño del inóculo mínimo necesario para que ocurra la infección.

ñ SUSCEPTIBILIDAD DEL HUESPED: Se ha mencionado que es posible que existan factores genéticos que influyan en la susceptibilidad del huésped, pero no se ha podido llegar a una conclusión definitiva pues el papel de estos factores, en las enfermedades infecciosas, son extremadamente complejos. A falta de una explicación completamente satisfactoria al respecto, se han formulado varias explicaciones, entre ellas una sobresale: **LA TEORIA DE LOS COFACTORES**, que si bien no ha sido completamente probada ha servido para fines de prevención.

Esta teoría menciona que hay factores y situaciones que favorecen la transmisión del HIV y el desarrollo de la enfermedad. Algunos de estos cofactores son: 1) **ENFERMEDADES POR MICRO-ORGANISMOS** como las producidas por Citomegalovirus, virus del Herpes, Hepatitis

B, Sífilis y Gonorrea entre otros. Al parecer esto se debe a que cuando un individuo se encuentra infectado por alguno de los microorganismos citados, manifiesta lesiones en piel o mucosas que facilitan la entrada del HIV.

Por otro lado, hay otra explicación que menciona que la entrada de el virus se facilita ya que el organismo se encuentra sobreestimulado (luchando contra otra u otras enfermedades).

Cuando la persona ya está infectada con el virus del SIDA (en un estado asintomático), el contacto con cualquier otro microorganismo puede activar la acción del HIV, haciendo que el individuo comience a manifestar síntomas propios del SIDA.

Otro grupo de cofactores son las **SUBSTANCIAS QUÍMICAS**. Algunas sustancias como el alcohol, las drogas intravenosas, los nitritos o poppers, la marihuana, la cocaína y otros químicos recreativos parecen facilitar la transmisión por HIV, así como el paso del estado asintomático a la enfermedad. Estos químicos actúan en tres distintos niveles:

- 1) La consecuencia más obvia del uso de éstas, es el debilitamiento o daño que producen al organismo y por ende al sistema inmunológico. Algunas investigaciones mencionan que la inhalación de nitritos (poppers) conducen a la disminución de células T; inhiben el funcionamiento del sistema inmune y además son cancerígenos (en el caso del SIDA, pueden provocar Sarcoma de Kaposi).
- 2) Quienes consumen drogas, presentan patrones conductuales que conllevan una mayor exposición al riesgo. Se han realizado estudios que han demostrado que las drogas son comúnmente usadas antes y durante actividades sexuales riesgosas.
- 3) El uso de químicos durante la seropositividad (HIV+) puede hacer la diferencia entre permanecer en ese estado y el desarrollo de la enfermedad en sí.

La calidad de la **NUTRICION** constituye un cofactor más. La fuerza del organismo y del sistema inmunológico depende de los nutrientes provenientes de la comida, es por eso que una nutrición deficiente puede devastar la calidad de las defensas, con las que cuenta el cuerpo, para luchar contra microorganismos invasores.

El **EMBARAZO** es también un cofactor. Cuando una mujer se embaraza, su sistema inmunológico se deprime de una manera natural para no rechazar al feto, es decir, el nuevo ser es un "extraño" para el organismo que lo alberga, por tal motivo es necesario que el cuerpo materno se adapte de una manera especial para asegurar la permanencia, durante nueve meses, de ese pequeño "extraño". La inmunodeficiencia puede debilitar a la madre, haciéndola más susceptible de contraer el virus y/o desarrollar SIDA.

La **REINFECCION** o **INFECCION REPETIDA** puede ser considerada un cofactor para el desarrollo del SIDA, ya que ésta incrementa la concentración de virus en el torrente sanguíneo, haciendo posible que el HIV (hasta entonces latente) inicie su actividad infectando más células T, dando inicio a la enfermedad.

TABAQUISMO: El fumar no sólo incrementa las probabilidades de tener cáncer, también introduce materias tóxicas (nicotina y alquitrán) al cuerpo que pueden trastornar, de manera importante, el equilibrio del sistema inmunológico.

ESTRES: Algunos estudios han demostrado que los niveles de estrés altos o prolongados, debilitan la habilidad del organismo para luchar contra las enfermedades.

Resulta conveniente hacer mención que el evitar los cofactores antes mencionados, no confieren ninguna garantía, a la persona que vive con el virus del SIDA, de que la enfermedad no se desarrollará en un corto periodo, sin embargo, estos individuos deben ser informados al

respecto, con el fin hacerlos conscientes y responsables, de una manera activa, respecto a su estado asintomático ya que algunos pacientes desplazan por completo el control de su salud, al virus, y es precisamente esta postura la que constituye el cofactor más riesgoso.

g) EXPOSICION AL RIESGO: Se desconoce el número exacto de exposiciones necesarias para la transmisión efectiva del HIV mediante contacto sexual, pero se han documentado casos atribuibles a un solo contacto.

La probabilidad de que una persona infecte a su pareja sexual es aleatoria y depende de distintas variables, es decir, está en función de las características de la relación, por ejemplo: si fue oral, anal o vaginal, entre otras. Sobre todo la probabilidad de infección aumenta con el número de contactos con una persona infectada.

La probabilidad de infección también puede aumentar por el número de parejas que se tenga (a mayor número de parejas, mayor será la probabilidad de infección), independientemente del número de contactos.

3.2 TRANSMISION SEXUAL

De manera general, podemos mencionar que el SIDA es una enfermedad transmisible, principalmente, por vía sexual.

Existen datos documentados de que la transmisión se puede dar de HOMBRE a MUJER, de HOMBRE a HOMBRE, de MUJER a HOMBRE y excepcionalmente de MUJER a MUJER. Aunque se ha podido demostrar que la eficiencia de transmisión no es igual en todos los casos.

Existen múltiples estudios a cerca de la efectividad de transmisión según las practicas sexuales empleadas y la vía de entrada del virus. Esto demuestra que, todas las personas, independientemente de su preferencia sexual, edad, condición socioeconómica, raza o residencia geográfica pueden estar en riesgo de contraer la infección, si no ponen en práctica las medidas preventivas necesarias.

3.2.1 TRANSMISION ANAL

Todavía hace algunos años atrás se tenía la creencia de que ciertas actividades sexuales eran privativas de determinada preferencia sexual, sin embargo, a excepción de la relación vaginal, esto es totalmente erróneo. Un ejemplo de esto es el coito rectal, que si bien por situaciones obvias, es principalmente practicado por homosexuales, también los heterosexuales la llevan a cabo.

En relación al tema que nos ocupa, podemos mencionar que cuando existe penetración del pene por el recto, el riesgo de transmisión por el HIV es mayor. Esto se explica debido a las características del epitelio rectal (tejido que tapiza la porción final del intestino grueso) que es de tipo cilíndrico, con una sola capa de células, ricamente vascularizado (la irrigación sanguínea es abundante) y está rodeado por abundante tejido linfoide (tejido rico en células del sistema inmune). Este epitelio con frecuencia sufre laceraciones que permiten de manera sencilla la entrada del virus al torrente sanguíneo.

En el caso del coito rectal, las secreciones que se ven involucradas son el semen y/o la

sangre, en este sentido, cuando cualquiera de estos dos vectores se depositan en la superficie mucosa del recto, de ahí puede pasar a las células con marcador CD4, presentes en dicha mucosa, infectando de esta forma al individuo.

En relación al penetrador, puede tener laceraciones en el pene, que al estar en contacto con la sangre infectada, provenientes de las lesiones rectales de su pareja, facilitan el acceso del virus a la circulación sanguínea. Por lo tanto, en este tipo de práctica sexual, existe riesgo de transmisión en ambos sentidos, además de ser la actividad sexual que tiene mayor eficiencia en cuanto a la transmisión del virus se refiere.

Entre algunas parejas se tienen otro tipo de prácticas en las que la introducción del puño u otros objetos por vía rectal es frecuente, así como la aplicación de enemas pre y post coito. Este tipo de actividades implican un riesgo importante debido a las lesiones que estas provocan en la mucosa rectal.

3.2.2 TRANSMISION VAGINAL

En el coito vaginal la transmisión parece ser menos efectiva en comparación con la relación rectal, esto se debe a las características anatomofisiológicas de la mucosa vaginal que consiste en un epitelio formado por varias capas de células aplanadas, el cual le confiere mayor resistencia a la fricción mecánica a la que se somete durante el coito.

Parece ser que el riesgo de ser infectado o de infectar, tanto para el hombre como para la mujer, aumenta durante el periodo menstrual debido a los cambios hormonales a los que está

expuesta la mucosa vaginal y la mayor accesibilidad del virus, al torrente sanguíneo de la mujer.

Para el hombre existe el riesgo de entrar en contacto con los fluidos cérvico-vaginales de la mujer infectada, en cualquier momento, ya que estos están presentes de manera permanente en la vagina; y con la sangre durante la menstruación o debido a heridas que permitan el sangrado.

Al parecer existe mayor riesgo de transmisión de HOMBRE a MUJER que de MUJER a HOMBRE porque el semen posee una concentración de partículas virales mayor que las secreciones cérvico-vaginales. Wassernheit afirma que estudios sobre la transmisión de HOMBRE a MUJER, sugieren que el riesgo de transmisión es menor al 0.1%, Graubard y otros autores mencionan que es menor del 0.2% y algunos más, afirman que esa probabilidad se encuentra entre " 0.1 y 0.2% , esto es la probabilidad de que 15% de personas expuestas se infecten después de 100 o más contactos no protegidos" (2), sin embargo, algunas personas se infectan después de un solo encuentro o después de unos cuantos, mientras que otras permanecen sin infectarse después de cientos de contactos no protegidos. Esto indica que la probabilidad de la infección puede verse afectada, de una manera importante, por las propiedades intrínsecas de la pareja infectada por el HIV, el virus mismo o a la pareja no infectada.

3.2.3 TRANSMISION ORO-GENITAL

La participación de la boca en las relaciones sexuales, implica el contacto de la mucosa oral con el pene (Fellatio), o con la mucosa rectal (Anilingus) o vaginal (Cunnilingus) e

intercambio de la saliva con las secreciones de esas mucosas.

Es probable que la transmisión pueda darse mediante esta vía, sin embargo, no se ha podido documentar su papel en forma exclusiva ya que, este tipo de acto sexual generalmente culmina en coito vaginal o rectal.

La forma en que ocurriría este tipo de transmisión sería al ponerse en contacto la mucosa oral, (que con frecuencia sufre lesiones microscópicas debido a los alimentos, uso de cepillo e hilo dental, etc.), con sangre, semen o secreciones cérvico-vaginales que estén infectados con el HIV. Resulta importante resaltar que la regeneración de la mucosa oral tarda aproximadamente 24 horas (en caso de heridas leves), antes de este tiempo, se forma una " falsa cicatrización " que fácilmente puede volverse a abrir.

Si la persona cuenta con una mucosa oral sana (situación difícil de constatar) y deglutiera sangre, semen o secreciones cérvico-vaginales infectados, éstos pasarían al tracto digestivo y al ponerse en contacto con los ácidos gástricos el virus se inactivaría.

La vía inversa, es decir, la transmisión mediante saliva es menos eficiente, ya que posee "10,000 veces menos cantidad de virus" (3). Para que la saliva resultara infectante, tendría que inyectársele a una persona 2 litros de esta secreción. Sin embargo, si la saliva llegara a contener sangre, existiría la probabilidad de que la infección se produjera; pero como se mencionó arriba, esto es difícil de evaluar pues este tipo de acto sexual suele culminar en coito vaginal o rectal.

Lifson refiere que algunos experimentos indican que la saliva total así como los nitratos de la saliva contienen componentes que inactivan al virus in vitro.

Hasta aquí, la mayoría de los datos expuestos indican que esta actividad no es tan

riesgosa, pero no se descarta la probabilidad de que se pueda adquirir el virus mediante esta vía.

Llegando a este punto cabría la conveniencia de hacer un comentario especial con respecto a un grupo que ha sido poco estudiado y del cual, erróneamente se cree, que el riesgo de infectarse con el HIV es mínimo: las lesbianas.

Diane Richardson menciona que algunas investigaciones realizadas en E.U. en 1989 reportan que la poca información que existe en torno a la homosexualidad femenina se debe a que hablar sobre ella no se hace de manera tan abierta. En dichas investigaciones se encontró que de 101 casos de mujeres lesbianas, 31 casos fueron positivos a las pruebas para detectar las defensas contra el HIV, 2 de ellas resultaron infectadas por vía sexual, de manera comprobada. Las 29 restantes se infectaron por transmisión intravenosa (drogas), por inseminación artificial, por prácticas de prostitución y por transfusión sanguínea.

La inseminación artificial juega un papel importante dentro de la transmisión del HIV y no sólo compete a las mujeres lesbianas sino a las heterosexuales también. Por tal motivo, se recomienda que el esperma del donador sea analizado en el momento y seis meses después se repite la misma operación, con el fin de garantizar el estado saludable de dicha secreción. Otras medidas son el que la persona lleve a su propio donador, a esta medida se le conoce como auto-inseminación (self-insemination).

Es un hecho que las lesbianas corren el mismo riesgo que el resto de la población. Si nos centramos en el área sexual podremos observar que las mujeres con esta preferencia sexual se encuentran en riesgo de infectarse por las situaciones que a continuación se mencionan: Contacto de la boca, recto, vagina o laceraciones en piel con sangre, fluidos cérvico-vaginales, leche materna, etc.

Es común entre ellas la práctica de introducir juguetes sexuales como son dildos y vibradores entre otros, que al quedar impregnados con fluidos cérvico-vaginales y/o sangre de la pareja portadora del virus, la mujer sana corre el riesgo de infectarse; y aunque ya se ha mencionado que la concentración viral que poseen los fluidos sexuales femeninos es menor comparado con el semen y la sangre, el riesgo no deja de ser importante.

3.3 TRANSMISION SANGUINEA

La aparición de casos de SIDA en receptores de productos sanguíneos, y la incidencia de la infección en donadores de estos productos, fue uno de los primeros indicadores de la naturaleza infecciosa de la enfermedad y de esta vía de transmisión.

La transmisión sanguínea del HIV ocurre en las siguientes situaciones:

- 1) Recepción de sangre o sus productos.
- 2) Utilización de agujas o jeringas inadecuadamente esterilizadas (drogadicción intravenosa, automedicación).
- 3) Punción ocupacional (es decir, el riesgo que corre un individuo debido a la naturaleza de su trabajo, por ejemplo: enfermeras, laboratoristas, etc.).

Los componentes involucrados en este tipo de transmisión son : sangre total, paquetes celulares (eritrocitos, plaquetas, leucocitos), plasma y factores de coagulación (factores VIII y IX). No se ha documentado la transmisión por otros componentes (inmunoglobulinas como la gamaglobulina, albúmina o vacunas obtenidas del plasma humano como la de la Hepatitis B)

En diferentes estudios se ha podido determinar la cantidad necesaria de sangre para transmitir la infección, demostrándose así que volúmenes tan reducidos como 1.4 microlitros, en casos de punción ocupacional, hasta 400 mililitros en la transfusión de sangre de un paquete completo pueden ser infectantes. Sin embargo, la eficiencia de la transmisión no es la misma en ambos casos. En la revista: Salud Pública en México se cita que para la transfusión, la probabilidad es de 70% y en la punción ocupacional es de 0.7% (4).

Un caso singular lo forman los hemofílicos, cuyo problema radica en la carencia de un factor de coagulación (factor VIII o factor IX). A causa de esa deficiencia, una pequeña herida, representa para estas personas, una hemorragia importante e incluso peligrosa.

Se menciona que los hemofílicos tienen mayor riesgo de contraer el HIV porque en promedio, un individuo con esta enfermedad necesita entre 800,000 y 100,000 unidades de factor VIII al año (5). Sobra mencionar que dicho factor es extraído de la sangre de cientos de donadores.

La frecuencia de infección por HIV, en estas personas, va del 28% al 67% (6), por otra parte, Stanislawski afirma que entre el 80 y 90% de ellos, se encuentran infectados en algunas partes del mundo. Sin embargo, en algunos estudios se menciona una característica que llama la atención: "... los hemofílicos transmiten menos la infección a sus parejas, aunque al igual que las otras formas de transmisión, ésta depende del grado de avance de la enfermedad, el tipo de práctica, la susceptibilidad de la pareja, etc." (7)

Las agujas contaminadas con sangre infectada constituyen un mecanismo más de la transmisión del HIV, esto tiene particular importancia para aquellos países donde la drogadicción intravenosa es frecuente, pues el intercambio de jeringas forma parte del rito en los grupos de

drogadictos intravenosos.

En México esta práctica es poco frecuente ya que el elevado costo de esas drogas las hace inaccesibles para muchas personas; sin embargo, la práctica que sí es común en nuestro medio y en otros países, es la capacidad de adquirir jeringas desechables, favoreciendo así la reutilización de éstas o el empleo de jeringas de vidrio que normalmente suelen estar mal esterilizadas.

Existen otras vías potenciales de transmisión como son: los tatuajes, la acupuntura, la pedicura o clínicas de belleza, pero hasta el momento no se han reportado casos atribuibles a estas prácticas ya que la cantidad de sangre y las condiciones en las que se realizan estas actividades, determinan que estos eventos no sean un problema para la transmisión.

A partir de 1985 se estipuló por ley que toda sangre donada debe ser previamente analizada y donada de manera voluntaria, es decir, no remuneradamente. Estas medidas han reducido de forma significativa los casos por transmisión sanguínea. Por último, una de las preocupaciones más frecuentes se relaciona con la posibilidad de que los insectos hematófagos sean vías eficientes de la transmisión del HIV. Podemos mencionar que, en la bibliografía, existe poca información al respecto, a pesar de esto, la SFAF (San Francisco AIDS Foundation) menciona que el HIV no es transmitido a través de los mosquitos, moscas, pulgas, abejas y otros insectos similares, pues si un insecto succiona sangre de alguna persona infectada con el virus del sida, el virus moriría casi instantáneamente en el aparato digestivo del insecto, además recordemos que el HIV es un virus exclusivamente humano. Por otro lado, si los insectos hematófagos transmitieran el HIV, uno esperaría ver incrementada la incidencia de la infección en lugares donde los insectos de este tipo abundan. No existe evidencia de que tales incrementos existan.

3.4 TRANSMISION PERINATAL

A mediados de la década de los 80's, la transmisión comenzó a aparecer en niños pequeños, por lo que se evidenció la transmisión de la madre a su producto.

La transmisión puede suceder en tres momentos: durante el embarazo, en el parto o por lactancia. A esta serie de mecanismos por los cuales se produce el contagio del HIV se le denomina transmisión perinatal. Sin embargo, "...recientemente se ha propuesto cambiar el término por el de TRANSMISION VERTICAL, debido a que el primero de ellos (perinatal) se refiere al corto periodo antes y después del parto, y no hay evidencia de que sólo en este periodo ocurra la transmisión. En cambio el término VERTICAL abarca la transmisión que ocurra en cualquier momento del embarazo, parto o posteriormente al nacimiento." (8). A pesar de la aclaración anterior, se empleará el término perinatal ya que es el que predomina en la literatura.

3.4.1 TRANSMISION TRANSPLACENTARIA

Sépúlveda (et.al.) y Uribe afirman que se ha detectado y demostrado la presencia del HIV en líquido amniótico y en fetos abortados de 15 semanas de gestación cuyas madres estaban infectadas por el virus. Cabe añadir que la sangre de la madre y del bebé circulan a través de esta estructura, y en sí, ésta se considera la vía más eficaz.

3.4.2 TRANSMISION DURANTE EL PARTO

Esto puede ocurrir al existir el contacto de la sangre materna con la del niño, además, como ya se mencionó, las secreciones cérvico vaginales contienen una cantidad importante de virus.

Una pregunta frecuente se relaciona a la posibilidad de que el producto nazca mediante cesárea, para evitar el contacto con el conducto vaginal. Se ha visto que en aquellos casos donde se ha optado por este método invasivo la salud de la madre puede peligrar. ya que durante el embarazo, de una manera natural, las defensas de la madre disminuyen para no rechazar al producto y si a este evento añadimos que cualquier intervención quirúrgica altera el equilibrio del organismo, entonces la mujer ya infectada por el virus del SIDA puede desarrollar la enfermedad de una manera más acelerada ya que durante una inmunodeficiencia el organismo se torna más susceptible de contraer otras enfermedades.

Por otro lado, esta vía de transmisión es muy difícil de comprobar debido a que la infección pudo haber ocurrido a través de la placenta.

3.4.3 TRANSMISION POSTPARTO

El virus de la inmunodeficiencia humana se excreta a través de la leche materna, más no todos aquellos que fueron amamantados han sido infectados por esta vía, por lo que aún su eficiencia en la transmisión sigue siendo valorada.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) ha manifestado la conveniencia de que las madres seropositivas sigan amamantando a su pequeño , pues se ha comprobado que el principal evento causante de mortalidad infantil se debe a las enfermedades diarréicas y desnutrición, aunado a esto, en los países en vías de desarrollo, la llamada leche de fórmula, no representa una buena opción dado que ésta suele ser diluída en exceso para su mayor rendimiento, provocando así grave desnutrición en los niños. Por tal motivo, la conveniencia de que la madre amamante a su pequeño debe ser perfectamente valorada y tomando en cuenta que el riesgo relativo, que representa la leche materna, es muy pequeño, comparado con la transmisión in útero, durante el parto y después de él. No todos los hijos de madres infectadas resultan afectados. Se calcula que existe de un 25 a un 50% (9) de probabilidades de que el producto contraiga la enfermedad. Otros autores mencionan que las probabilidades son del 40 al 70% (Uribe); 22 al 91% (Rico)

El diagnóstico en bebés es muy difícil ya que los anticuerpos contra el HIV pasan automáticamente, del torrente sanguíneo de la madre infectada al del producto, y es así como esas defensas "fabricadas" contra el virus, por el organismo materno, pueden perdurar en el pequeño hasta 15 meses o más después del nacimiento; de tal manera que al practicar la prueba de detección a una criatura menor de esta edad, podría reportar un resultado positivo aunque el pequeño no esté infectado, es decir, que dicho resultado aduciría a las defensas maternas aportadas al pequeño. En México, los primeros casos de SIDA pediátricos, se reportaron en 1987 (10). Actualmente existe gran inquietud por conocer más a fondo las características particulares que presentan los niños que desarrollarán SIDA, para establecer medidas adecuadas dirigidas a beneficiarlos con tratamientos oportunos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Sn. Francisco AIDS Foundation. Cofactor Theory, Julio 11, 1988.
- 2.- Sepúlveda, Amor Jaime Dr. (et. al). Características Epidemiológicas y Cognoscitivas de la Transmisión del VIH, en Salud Pública de México, Julio-Agosto, Vol. 30, No. 4.
- 3.- Linfson, Alan R. Dr. Do Alternative Modes for Transmission of Human Immunodeficiency Virus exist? a Review, en JAMA 259: 1353-1356; 1988.
- 4.- Sepúlveda, Amor Jaime Dr. (et.al.). SIDA, Ciencia y Sociedad en México, Fondo de Cultura Económica, México, 1989.
- 5.- Moffat, Betty Clare. AIDS: A self-care Manual, IBS Press AIDS Project Los Angeles, U.S.A., 1988.
- 6.- SIDA, Información Básica para el Personal de Salud, Dirección General de Epidemiología, Febrero, 1990.
- 7.- SIDA, Información Básica para el Personal de Salud, (ibid).
- 8.- Sepúlveda, Amor Jaime Dr. (et.al.). (op. cit.)
- 9.- CONASIDA, UNICEF, Centro Nacional de Transfusión Sanguínea. Los Niños y el SIDA una Calamidad Inminente, Equipo Editor S.C., 1991.
- 10.- Sepúlveda, Amor Jaime Dr. (et.al.). (op. cit.)

CAPITULO IV
PRUEBAS DE DETECCION.

El presente capítulo tiene como fin dar una información general respecto a las pruebas de detección.

Las pruebas que a continuación se mencionarán, son aquellas que con más frecuencia se utilizan en nuestro país, tanto en la Secretaría de Salud como en la mayoría de laboratorios particulares.

Es importante mencionar que únicamente se hablará de aquellas pruebas que fueron aplicadas a las personas que conforman la muestra de esta investigación.

4.1 TECNICA ELISA O EIA

ELISA o EIA es la conjunción de las iniciales de un término descriptivo, es decir, ELISA significa: Enzyme Linked Imuno Sorbant Assay (Ensayo inmuno enzimático) o EIA Enzimoimmunoanálisis. Comúnmente conocida como prueba ELISA.

La técnica ELISA o EIA, es un método indirecto de detección, o sea, que no se detecta directamente el virus sino que se buscan los anticuerpos o defensas producidas por el organismo en respuesta a la presencia de un microorganismo extraño (en este caso, el HIV).

Una vez que es tomada la muestra sanguínea, ésta se centrifuga con el fin de separar el suero del resto de los componentes sanguíneos.

Stanislowski menciona que "...la prueba consiste en una serie de reacciones entre el antígeno viral y el anticuerpo del paciente, cuyo producto final proporciona una reacción en

color" (1) El resultado es positivo cuando se obtiene un nivel de color igual o mayor a uno preestablecido como positivo. Para esto se puede emplear el suero de un individuo que se sabe que está infectado o que tiene anticuerpos. Soler afirma que para dar un resultado como positivo, se debe repetir la prueba ELISA y además practicar otra prueba confirmatoria.

No es válido proporcionar un diagnóstico positivo, cuando éste es el producto de una sola técnica. Tiene que existir la comparación de resultados entre dos o más pruebas distintas para evitar algún error.

En el proceso de detección, la técnica ELISA, es considerada una prueba de tamizaje, es decir, si el resultado es negativo entonces se considerará que la persona está libre de infección. Para dar un resultado así, se tomarán en cuenta las actividades de riesgo de la persona, así como cuánto tiempo después de esas actividades se realizó la prueba. CONASIDA toma como tiempo adecuado, para practicar la prueba al paciente, un periodo mínimo de dos meses, periodo en el cual el organismo ha producido suficientes defensas como para ser detectadas por la prueba.

Cuando la técnica ELISA reporta un resultado positivo el suero problema deberá ser sometido a la prueba confirmatoria.

Carlson y colaboradores afirman que la prueba ELISA es rápida, sencilla, económica y sobre todo, tiene la ventaja que para realizar la interpretación de los resultados no se necesita de personal con amplia experiencia, ya que su lectura es sencilla.

4.2 PRUEBA WESTERN BLOT

Como ya se mencionó anteriormente, para asegurar que el diagnóstico brinde un alto grado de confiabilidad, es necesario que además de la técnica ELISA se practique otra prueba. Las pruebas confirmatorias tienen como objetivo principal el establecer el diagnóstico positivo definitivo de la infección por el virus del SIDA. En consecuencia podría surgir la pregunta: Por qué no se someten, desde el principio, todos los sueros directamente a este tipo de pruebas, en vez de comenzar con la técnica ELISA?. La respuesta se basa en que estas pruebas confirmatorias son técnicamente más complicadas y por lo tanto, el personal necesario para la interpretación de los resultados, debe tener una amplia experiencia en esta área. Soler menciona que "...el costo es aproximadamente treinta veces más que el de una prueba de tamizaje." (2) . Es por eso que sólo se someterá a prueba confirmatoria aquellas muestras que sean repetidamente positivas a la técnica ELISA.

Una característica importante de las pruebas confirmatorias, en comparación con las pruebas de tamizaje, es que las primeras tienen una gran especificidad.

El estudio Western Blot, consiste en detectar individualmente, los anticuerpos que el virus ha generado contra las distintas proteínas que lo conforman. Para ello se separan las proteínas virales por su diferencia de peso molecular en angostas bandas de nitrocelulosa, bandas muy parecidas, en su forma, a las utilizadas para detectar el pH de las sustancias. Es así como estas proteínas virales se someten a una reacción con el suero problema. Si el resultado es positivo, la banda mostrará una coloración que va del gris al negro, en zonas donde dos o más proteínas virales fueron detectadas por anticuerpos específicos. En cambio, si la banda

permanece incolora implica que el suero está exento de anticuerpos contra el HIV y por lo tanto el resultado será negativo.

4.3 EL SIGNIFICADO DE LAS PRUEBAS

RESULTADO NEGATIVO

Un resultado negativo significa:

1.- Que en la muestra de sangre del paciente, no se han encontrado anticuerpos contra el HIV. Esto puede deberse a tres distintas circunstancias:

- a) Que el paciente no ha estado en contacto con el virus.
- b) Que la persona ha estado en contacto con el virus, pero no se ha contagiado, y por esta situación no ha creado anticuerpos o defensas.
- c) Que el paciente está infectado con el HIV, pero su organismo todavía no a creado anticuerpos.

Es importante ahondar más en este último inciso. El periodo que transcurre entre la infección y la aparición de anticuerpos es de 8 semanas aproximadamente, sin embargo hay gente que tarda más tiempo en elaborarlos, de ahí que se realiza una entrevista exhaustiva para evaluar el riesgo que la persona corrió. Si la actividad de riesgo se considera elevada, se realizará un seguimiento a los tres, seis y doce meses después de la primera prueba, para descartar cualquier posibilidad de que el paciente seroconvierta posteriormente.

Un resultado negativo no significa:

- 1.- Que la persona es inmune al HIV.
- 2.- Que no hay razones para adoptar medidas preventivas.
- 3.- Que no es necesario cambiar conductas sexuales que pueden poner en riesgo a la persona.

RESULTADO POSITIVO

Un resultado positivo significa:

- 1.- Que la muestra de sangre fue sometida a dos pruebas de detección inicial (ELISA) y a una prueba confirmatoria, y que todas ellas resultaron positivas.
- 2.- Que la persona ha sido contagiada con el HIV y que su organismo ha producido defensas contra este virus.

Un resultado positivo no significa:

- 1.- Que el paciente vaya a desarrollar SIDA inmediatamente, ya que como se sabe, el estado asintomático puede durar años.
- 2.- Que por el hecho de haberse infectado tenga que dejar de tomar medidas preventivas. Recordemos que si la persona infectada asintomática se recontagia, puede contribuir a que el proceso de latencia del virus cese, llevándola a etapas más avanzadas de la enfermedad.
- 3.- Que por el hecho de no mostrar síntomas no es infectante, bajo ciertas circunstancias, para los demás.
- 4.- Que el paciente tenga que suspender su vida sexual. Actualmente, mediante las técnicas de sexo protegido, las personas infectadas pueden seguir teniendo una vida sexual activa y plena.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Stanislowski, Estanislao. El Laboratorista frente al SIDA, Pangea Editores, México 1989.
- 2.- Soler, Carmen. Pruebas de laboratorio para detectar la infección por VIH en SIDA, Ciencia y Sociedad en México, Fondo de Cultura Económica, México 1989.

CAPITULO V.
ETAPAS FISICAS Y PSICOLOGICAS DEL
PACIENTE SEROPISITIVO (HIV+) Y CON SIDA.

5.1 ETAPAS DE LA INFECCION POR HIV.

Las etapas que describen el avance de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, son parámetros para clasificar las enfermedades que surgen a lo largo de este padecimiento. Dicha clasificación, así como otras herramientas de diagnóstico, tienen como fin principal la identificación del estado de salud del paciente, para que bajo este contexto, se tomen decisiones en lo referente al tratamiento más adecuado para el paciente.

Las clasificaciones que a continuación se citan, son empleadas a nivel mundial.

CLASIFICACION SEGUN LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

ESTADIO 1	Asintomático Linfadenopatía Generalizada Persistente.
ESTADIO 2 (TEMPRANO)	Pérdida de peso menor al 10%, manifestaciones mucocutáneas menores (dermatitis seborréica, prurito, onicomicosis, ulceraciones orales).
ESTADIO 3	Pérdida de peso mayor del 10% Diarrea crónica inexplicable mayor de un mes. Candidiasis oral. Leucoplaquia pilosa oral. Tuberculosis pulmonar (en el último año). Infecciones bacterianas severas (neumonía).
ESTADIO 4 (TARDIA)	Síndrome de desgaste por HIV (según definición de la CDC)*. Enfermedad por Citomegalovirus en un órgano diferente del hígado, bazo o ganglio linfático.

Leucoencefalopatía multifocal progresiva.

Cualquier micosis endémica diseminada.

Candidiasis del esófago, traquea, bronquios o pulmones.

Septicemia por Salmonella no tífica.

Tuberculosis extrapulmonar.

Sarcoma de Kaposi.

Encefalopatía por HIV.(según definición CDC)**

*** Síndrome de desgaste por HIV:** Pérdida de peso mayor al 10%, además diarrea crónica y fiebre prolongada inexplicable por un lapso mayor de un mes.

**** Encefalopatía por HIV:** Manifestaciones clínicas por disfuncionamiento cognitivo y/o motor incapacitante que altere las actividades cotidianas, con evolución de semanas a meses en ausencia de otra infección que aplique el cuadro clínico.

CLASIFICACION SEGUN LA CDC (Centro de Control de Enfermedades de Atlanta Georgia)

GRUPO I: INFECCION AGUDA

Generalmente asintomática, sin embargo, se han descrito varios síndromes.

Manifestaciones Clínicas: Síndrome de mononucleosis, Encefalopatía, Neuropatía y Mielopatía. El pronóstico inmediato, en los pacientes que pasan por infección aguda, es bueno, pero el riesgo de que la infección progrese a enfermedad permanece desconocido.

GRUPO II: INFECCION ASINTOMATICA

Se caracteriza por la ausencia de manifestaciones de la enfermedad y síntomas. Corresponde al periodo que se extiende entre la infección y la aparición de enfermedades clínicas. El diagnóstico sólo se realiza mediante las pruebas de detección.

GRUPO III: LINFADENOPATIA GENERALIZADA PERSISTENTE

Presencia de ganglios linfáticos de más de un centímetro de diámetro en dos o más regiones del cuerpo distintas de la ingle, durante tres meses o más, sin que aparezca ninguna anomalía.

La proporción de pacientes que presentan este cuadro, progresan a SIDA del 10 al 20%.

GRUPO IV: ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL HIV (SIDA)

Enfermedad constitucional o síndrome de desgaste (arriba definido).

Presencia de ataques importantes al estado general:

Pérdida de peso en más del 10%.

Fiebre.

Sudoraciones nocturnas.

Palidez.

Diarrea.

SINDROMES:

Síndrome febril.

Síndrome tumoral: El que con más frecuencia se desarrolla es el Sarcoma de Kaposi.

Cabe hacer la aclaración que los signos y síntomas arriba mencionados, no

aparecen exclusivamente en este síndrome. Es por eso que en el caso del SIDA, como en otras patologías, es necesario que se realice un exhaustivo diagnóstico diferencial basado en la observación clínica y en el empleo de herramientas de diagnóstico como son las pruebas indicadas para tal fin.

De manera general, podemos mencionar que los padecimientos que se presentan a consecuencia de la infección por HIV tienen características específicas que los distinguen de otros padecimientos:

1) Son signos o síntomas que por lo regular duran meses, es decir, cada enfermedad tiene un periodo de duración más o menos definido, dichos parámetros se definen en función de el agente patógeno y del estado del huésped. Cuando la duración de la enfermedad sobrepasa a lo "normal" en ella, entonces se hace necesario una revaloración del caso.

2) Presentan resistencia a tratamientos médicos. En ocasiones la ausencia de reacción a los medicamentos no indica que la persona tenga SIDA, probablemente se trate de una inadecuada prescripción de medicamentos o simplemente que el paciente no reacciona de la manera esperada ante un medicamento adecuadamente indicado.

Con el SIDA sucede que los medicamentos empleados pueden surtir efecto erradicando padecimiento o aminorándolo, sin embargo, una vez que éste se suspende, la sintomatología suele volverse a presentar.

3) Los cuadros patológicos, son comúnmente, de origen desconocido. Frecuentemente cuando una afección se presenta, puede encontrarse la causa de su aparición analizando la historia clínica del paciente, mediante una adecuada entrevista, por medio de la auscultación y/o por las pruebas indicadas. Desafortunadamente, con el SIDA la situación se complica, ya que debido

a la acción del virus sobre las defensas del organismo, los cuadros patológicos que se presentan parecen no tener relación alguna con la historia clínica ni con los sucesos recientemente vividos por el paciente.

5.2 ASPECTOS PSICOLOGICOS DEL PACIENTE SEROPOSITIVO (HIV+)

Como ya hemos visto, se denomina SIDA a la última etapa de este proceso, en ese sentido, no podemos decir que aquella persona que vive con el HIV sea un enfermo terminal, ya que puede vivir en estado asintomático varios años. Sin embargo, estos pacientes pueden pasar por etapas emocionales muy parecidas a las que presentan los pacientes terminales, tomando como base, las etapas por las cuales transcurren los pacientes moribundos según Elizabeth Kübler-Ross en su libro "On death and dying", este modelo explicativo no es aplicado al caso del SIDA de una manera caprichosa. pues son varios los estudiosos que han tratado el fenómeno SIDA desde este punto de vista por ser, tal vez, el más cercano a la praxis.

Antes de entrar en detalles, es conveniente mencionar, que las personas que acuden a los Centros de Información de CONASIDA lo hacen de manera voluntaria y con una información previa a la toma de muestra sanguínea proporcionada por Trabajadores Sociales, Psicólogos y Médicos. Es importante señalar que esta asesoría tiene como fin identificar la información que tiene el paciente en torno al SIDA para que, mediante ésta, sea posible alejar todos aquellos datos erróneos que pueden dificultar la aceptación de un posible resultado positivo o negativo, así como vislumbrar las reacciones más frecuentes que el paciente tiene y ha tenido en lo referente a pérdidas reales o simbólicas. Es así como estas primeras

entrevistas constituyen un soporte muy poderoso para el paciente, y en ocasiones, también para sus seres queridos, quienes tendrán que tolerar una angustiosa espera de aproximadamente 20 días, al término de los cuales, le será proporcionado el resultado.

Lo anterior es trascendente ya que estas entrevistas marcan una notoria diferencia entre aquellas personas que tienen un apoyo previo a la prueba y aquellos que se encuentran ante un resultado positivo solos y sin ninguna asesoría, como sería el caso de los pacientes que acuden a laboratorios particulares.

En el presente trabajo sólo nos referiremos a los pacientes que recibieron asesoría antes de que se les informara sobre su resultado.

A continuación comenzaremos a explicar cada una de las fases que Elizabeth Kübler-Ross menciona, así como algunos comentarios pertinentes hechos por otros autores.

CHOQUE: Cuando una persona recibe un resultado positivo comentan sentirse confundida y aturdida. La mente parece estar en constante movimiento, quizás ajustándose de un hecho a otro. Este estado puede durar unos minutos o durante toda la sesión de asesoría. En este estado muy probablemente la persona no pueda retener más información y es muy probable que una vez enterados del resultado, vuelvan a preguntar por él. Otros pacientes son muy emocionales y manifiestan llanto o agresividad. unos más, reaccionaran guardando silencio y/o aislándose. En esta etapa muy poco cuentan las palabras de aliento o esperanza en cuanto a los avances médicos ya que la noticia de infección o enfermedad tiene un significado de vida o muerte. En la etapa de choque los pacientes se vuelven poco predecibles en la manera cómo aparecerán sus reacciones. Miller menciona que cualquiera que sea la naturaleza de esas

reacciones, son una respuesta normal a las noticias que ponen en peligro la vida.

Una vez que ha pasado este estado inicial, algunas persona experimentan una sensación de pérdida de control, seguida por una sucesión de emociones, pensamientos y preguntas. En cuanto a este último punto: las preguntas, indican la necesidad de información por parte del paciente, sin embargo, algunas personas refieren que no fue suficiente o que no se respondió adecuadamente a sus preguntas. Esto ocasionalmente puede ser cierto, pero debemos recordar que ante una noticia impactante la capacidad de asimilación se reduce notablemente.

PRIMERA FASE: NEGACION Y AISLAMIENTO.

El negar el resultado de una prueba es una reacción común. La negación, por lo menos la negación parcial se presenta no sólo en las primeras fases de una enfermedad sino más adelante de vez en cuando. Los pacientes pueden considerar la posibilidad de su muerte durante algún tiempo, pero luego tienen que desechar estos pensamientos para seguir viviendo. Kübler-Ross menciona que esta negación funciona como un amortiguador frente a una noticia inesperada e impresionante. Permite al paciente recuperarse y tomar fuerzas para después utilizar otras defensas menos radicales.

Algunas de las expresiones verbales que manifiestan los pacientes que se encuentran en esta fase son : "No, no puedo ser yo", "Seguramente se equivocaron en el laboratorio", "Necesito hacerme otra prueba" etc.

En el inconsciente todos somos inmortales y por eso resulta tan difícil afrontar nuestra muerte. Concientemente sabemos que algún día moriremos, pero para llegar a una aceptación gradual de este hecho, dependerá de como sea comunicada la noticia y de cómo se haya

preparado el paciente a lo largo de su vida para afrontar situaciones de tensión.

Si bien la negación puede presentarse en el momento en que el paciente recibe la noticia, esta no es la única situación donde podrá manifestarse. A medida que se vayan presentando los síntomas, el paciente tratará de negar esta situación ya que de aceptarla totalmente sería dejarse vencer y reconocer que el virus está tomando control sobre su vida.

La mayoría de las personas admiten el temor de ser rechazadas. Algunos de estos temores se fundamentan en análisis realistas de la situación, ya que sabemos que debido a la falta de información, algunas personas reaccionan de manera negativa, cuando llegan a enterarse de que alguien cercano a ellas tiene el virus del SIDA. A pesar de esto y de que los temores sean realistas o no, algunos pacientes optan por el aislamiento. Una posible explicación de esto sería el que se sienten "contaminados" y temen que mediante la convivencia cotidiana, puedan infectar a sus seres queridos. Esto lo podríamos tomar como resultado de una inadecuada información, pero si analizamos más estos temores, podremos encontrar que el aislamiento es una forma velada de autocastigo, mediante el cual, la persona se niega la posibilidad de recibir apoyo de quienes más necesita en ese momento. El aislamiento, es entonces, una pena merecida por esas cosas "malas" hechas antes de infectarse, y el acceder al apoyo de alguien, bajo estas condiciones, sería como aceptar una gratificación a la que no se tiene derecho. Si esta gratificación se aceptara, crearía un poderoso sentimiento de culpa en el paciente, que aún haría más difícil el hecho de saberse infectado.

Dilley menciona que mantener la esperanza es una de las tareas principales de las personas infectadas, pero también es lo más difícil. Los sentimientos de esperanza fluctúan diariamente, son distintos de una persona a otra y está ligada a distintos factores entre los cuales

la negación juega un papel preponderante, ya que es mediante este mecanismo de defensa que la esperanza puede mantenerse.

SEGUNDA FASE: IRA.

Cuando aquello que se niega inicialmente, se comienza a comprender, es decir, cuando no se puede seguir manteniendo la fase de negación, el paciente experimenta sentimientos de ira, envidia, resentimiento y gran susceptibilidad.

En contraste con la negación, la ira es muy difícil de afrontar tanto para los familiares como para el personal de salud que atiende al paciente. Esto se debe a que la ira se desplaza en todas direcciones y se proyecta contra los que le rodean. En esta etapa, la pregunta que se hace el paciente es: "Por qué a mí?".

De igual manera externa opiniones agresivas contra el personal médico, menciona que el psicólogo no lo entiende, el auxilio que la familia presta (si llegara a ocurrir) es recibida con poco entusiasmo etc., esto provoca con frecuencia que los familiares y el mismo staff médico traten de evitar al paciente, quien a su vez, por esta situación, manifestará más rabia, lágrimas, envidia y dolor. Estas conductas y emociones tienen una razón de ser, el paciente sabe que tiene una enfermedad que probablemente no le dejará vivir mucho tiempo, que todo aquello que emprendió, se verá repentinamente truncado y que posiblemente serán otros u otros quienes lo concluyan. También existe la posibilidad de recibir el resultado de la prueba bajo condiciones avanzadas de la enfermedad, y donde la persona tiene que enfrentarse a múltiples pérdidas como son: pérdida de anteriores conductas sexuales y relaciones íntimas, cambio de pareja, pérdida de autoestima y en algunos casos, la muerte de la pareja por SIDA. Además, y quizás sea esto

la causa más profunda de su ira, la frustración provocada por la perspectiva de una muerte segura, cercana y probablemente muy dolorosa, que se añade a la suma de todas las frustraciones acumuladas a lo largo de su vida.

Bajo este contexto el personal que atiende al paciente, así como su familia, tienen que aprender a escuchar al paciente y aceptar su ira tanto racional como irracional, para ayudarlo a liberarse de la angustia del morir y para que pueda aceptar su muerte y encarar sin tantos conflictos el tiempo que le quede de vida. Para lograr esto, el psicólogo y la familia deben, antes, encarar a su propio miedo a la muerte, y a sus propias defensas que pueden interferir con el cuidado del paciente.

Cabe hacer mención que los enfermos con padecimientos graves, no pierden la esperanza en que haya algo que pueda alargarles la vida, en este sentido, la negación unida a la esperanza seguirá manifestándose a lo largo de las distintas fases.

TERCERA FASE: PACTO.

Esta etapa, afirma Kübler-Ross, "...es útil para el paciente, aunque por breves periodos de tiempo". (1)

Generalmente el paciente pacta con alguna forma sobrenatural de existencia y con la vida. Es aquí donde la persona sabe, por experiencias anteriores, que hay una ligera posibilidad de que se le recompense por su buena conducta. Lo que usualmente desea es ganar más tiempo de vida o pasar algunos días sin dolor o con el mínimo de molestias físicas. Esta promesa manifiesta que el paciente no pedirá algo más si se le concede el aplazamiento.

Reyes Zubiría, comenta, que esas promesas proyectan ocultos sentimientos de culpa, y

subraya la importancia psicológica de esta fase, en la que el paciente comienza a mirar la muerte de frente.

CUARTA FASE: DEPRESION.

Cuando el paciente se da cuenta de que no puede negar por más tiempo su estado de infección o enfermedad, cuando se ve forzado a sufrir cirugías y hospitalizaciones, cuando los síntomas se hacen más frecuentes o aparecen nuevas enfermedades. Y si a esto añadimos el serio problema económico que surge con un tratamiento u hospitalización larga, entonces, el paciente entra en franca depresión analizando sus pérdidas pasadas, actuales y futuras.

Para Rossi, la fórmula subjetiva de esta fase es: "Lo he perdido todo, ahora el mundo no tiene sentido, estoy infectado (o enfermo)".(2)

Cuando los pacientes reciben un resultado positivo, tratan de influir sobre su entorno para que se le devuelva la autoestima perdida. Es así como se crea una permanente necesidad de suministros externos afectivos que puedan elevar su autoestima. En esta continua búsqueda de comprensión por parte de los demás, tratan de llenar un vacío que nadie satisfará, ya que sienten que no son comprendidos. De ahí que algunos se niegan a participar en un proceso terapéutico.

En algunos casos, es la propia persona quien ha provocado las pérdidas sufridas, debido al monto de angustia y/o culpa que sienten respecto a la infección.

Durante esta fase, las personas que tratan de ayudar al paciente, contribuyen de manera importante, sin darse cuenta, en el aumento de culpa y de vergüenza que el paciente experimenta. Miller llama a este fenómeno "La tiranía del pensamiento positivo" (3) , es decir,

comúnmente los familiares y amigos del paciente, intentan animarlo y exhortarlo a que deje a un lado los pensamientos negativos (que en ocasiones podemos llamar realistas), y ante semejante aliciente, la persona se siente culpable, avergonzado y frustrado por no poder encontrar fuerzas ni razones suficientes para lograr lo que le piden. Reyes Zubirfa cita a Hagglund y Hagglund mencionando que existen también sentimientos de culpa ligados a sentimientos místico-religiosos y en donde se concibe a la enfermedad como un merecido castigo ante una conducta "mala" o "pecaminosa". Estos sentimientos pueden existir a nivel inconsciente, trayendo como consecuencia, la pérdida de autoestima.

Kübler-Ross habla de la depresión anticipatoria o preparatoria, es decir, aquella que surge ante las pérdidas futuras. El paciente no sabe (o en ocasiones si) en cuánto tiempo morirá, y deduce que perderá a sus seres queridos, y además, todo aquello que le dio satisfacción durante su vida. Este tipo de depresión generalmente se presenta cuando el paciente percibe que el fin se acerca.

En lo referente a personas seropositivas, Miller menciona la importancia de "tener un sentido de Historia" (4) , o sea, que se debe hacer entender a la persona, que el ser seropositivo no significa que la totalidad de su vida, nunca será lo que era antes. Cualquier cambio en su vida sólo incluirá actividades particulares sexuales o de otra índole diseñadas a conservar la buena salud.

Para aquellas personas enfermas físicamente, un "sentido de Historia" significa reconocer que muchas enfermedades que aparecen con la inmunodeficiencia, hoy en día, son controlables, haciendo que el individuo recupere la estabilidad física , mejorando así su calidad de vida. Lo anterior no lleva como fin último hacer sentir menos desdichados a los pacientes,

sino ayudarles a fomentar la esperanza sobre datos reales, que a fin de cuentas, es lo que les permitirá llegar a la aceptación de su infección o enfermedad, mediante la concientización de que ellos pueden llevar el control de su vida. Elevando así su autoestima.

QUINTA FASE: ACEPTACION.

Si la muerte no llega repentinamente, y si el paciente ha recibido ayuda emocional a lo largo de las etapas anteriores; si empieza a elaborar el duelo o la relación entre su realidad presente como enfermo y las pérdidas sufridas, entonces, dependiendo de su historia personal y patología predominante, podrá hacer cambios estructurales que le permitan incorporarse a la vida cotidiana con nuevos hábitos de conducta.

También podemos hablar de aceptación en la etapa final de la enfermedad.

En esta fase, la persona en estado terminal, sentirá cansancio, tendrá necesidad de dormir frecuentemente. Llegará al punto en que la muerte le parezca un gran alivio, siempre y cuando las cosas pendientes hayan sido resueltas. Podemos citar como ejemplos: el testamento, situación económica en la que deja a la familia, pero sobre todo, lo que más ayuda a paciente a morir con tranquilidad, es el haber resuelto el aspecto emocional con aquellas personas que le son importantes.

Reyes Zubiría menciona que el proceso de muerte es un evento único y personal, por eso la muerte será siempre un hecho diferente, sin calca y cien por ciento individual.

Refiriéndose a lo anterior, Kübler-Ross subraya que:

1.- Tanto la enfermedad como la muerte son vividas por cada paciente de formas muy diversas por diferentes aspectos que influyen en él (personalidad, sexo, umbral de dolor, historia

personal, cultura, etc.)

2.- Es diferente el modo como cada quien concibe su propia muerte (aniquilación, liberación, castigo, nacimiento a una nueva vida, etc.)

3.- Las diferentes reacciones de un mismo paciente, a lo largo de su enfermedad, hacen que las etapas no se manifiesten en un orden único, es decir, habrá etapas por las que algunos pacientes no pasarán o que tal vez dichas fases se entremezclen.

Durante todas esas fases, hay dos aspectos emocionales que se hacen presentes durante todo el proceso: la Angustia y la Esperanza.

Rossi se refiere a la angustia, como el resultado de la aparición o desarrollo de diversos síntomas y la irremediable certeza de que poco a poco va llegando el fin. Sobra decir que por más asumida que se tenga la muerte, siempre existirá miedo al dolor, a la prolongación de la agonía, y para algunos, la situación de creciente dependencia, situación que atenta totalmente contra su dignidad y autoestima.

Normalmente la angustia se manifiesta mediante frecuentes quejas y preocupaciones obsesivas sobre su estado de salud. Esas preocupaciones se ven acompañadas por ataques de pánico, presentando ataques psicósomáticos importantes.

Resulta sorprendente, en estos pacientes, la continua corroboración de su salud a través de las distintas pruebas que sirven como predictores de la progresión a SIDA; como si éstas fueran el reloj que marcara las horas de vida que les queda.

En cuanto a la esperanza, se puede mencionar, que es el motor que permite al paciente afrontar el dolor e inclusive los tratamientos más severos, con el firme deseo de que al final, todos los sufrimientos hayan servido de algo. En relación a esto Kübler-Ross menciona

: "...todos los pacientes mantenían una puerta abierta a la posibilidad de continuar existiendo, y ninguno de ellos sostuvo que no deseara vivir en absoluto." (5)

Además de las fases ya citadas, existe un aspecto muy importante que vale la pena mencionar: las ideaciones suicidas.

Dilley menciona que este tipo de ideaciones son comunes en aquellos pacientes que atraviesan por etapas de crisis; ellas son el reflejo del intento de manejar sus sentimientos, desesperación, pérdida de control y miedo hacia los eventos futuros.

Carovano refiere que hay que tomar muy en serio los comentarios, ya que estos representan un esfuerzo del paciente para informar a la familia o al Psicólogo, que efectivamente se siente tan desesperanzado respecto al futuro, que lo conveniente es terminar de una vez con el sufrimiento.

La autora menciona que hay señales que deben tomarse en cuenta, y dependiendo de cada una, será la posibilidad de que el paciente lleve a cabo el suicidio:

- 1.- Hay quienes refieren que han pensado en suicidarse pero no tienen un plan.
- 2.- Otros mencionan tener un plan, pero no los medios.
- 3.- El paciente que más riesgo corre, es aquél que tiene los medios, pues bastará sólo un pequeño estímulo para llevar a cabo sus planes.

Si durante las entrevistas que se le hagan al paciente, llegaran a surgir las ideaciones suicidas, la estrategia a seguir es abordar directamente este punto. Wood afirma que hay estudios que comprueban que la idea del suicidio no puede ser implantada. Si bien pueden ser distintas las razones por las que un paciente decida suicidarse, también es necesario tener en cuenta, que a causa de la acción del virus, son frecuentes las afecciones neurológicas, por lo cual algunos

mostrarán deterioro cognoscitivo, provocado en ocasiones, por demencia, toxoplasmosis y meningitis entre otras.

Después de haber analizado algunas de las variables que intervienen de manera contundente en la conducta del paciente; podemos observar lo trascendente del apoyo Psicológico, ya que es mediante esta ayuda, que la persona podrá afrontar con menor dificultad los cambios que el SIDA planteará en todos los ámbitos de su vida, cambios que no necesariamente serán negativos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Kübler, Ross Elizabeth. On Deathand Dying, The Macmillan Publishing Company, New York, 1972.
- 2.- Rossi, Luisa. Asistencia Psicológica a Pacientes infectados por VIH, en SIDA, Ciencia y Sociedad en México, Fondo de Cultura Económica, México, 1989.
- 3.- Miller, David. Viviendo con SIDA y HIV, Editorial El Manual Moderno, México, 1989.
- 4.- Miller, David. Atención a pacientes de SIDA, Editorial El Manual Moderno, México, 1989.
- 5.- Kübler, Ross Elizabeth. (op. cit.)

CAPITULO VI. PREVENCION

Antes de abordar directamente el tema de prevención, es necesario definir dicho término con el fin de enfocar adecuadamente su trascendencia.

Según el diccionario Océano, la prevención es: " La preparación y disposición que se hace con vistas a evitar un riesgo o ejecutar una cosa". (1)

Dentro de este contexto la gama de situaciones a las cuales esta definición se podría aplicar son infinitas. De igual manera la inclusión de esta idea en el área de la salud es innumerable, por tal motivo nos centraremos especialmente en el ámbito sexual para la prevención del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

6.1 SEXO PROTEGIDO

Se conoce como sexo protegido a todas aquellas técnicas dirigidas a prevenir el contagio de enfermedades de transmisión sexual (ETS). Si bien éste es el fin último, no es su única aplicación.

A medida que el SIDA sigue avanzando, el concepto de sexo protegido ha cobrado nuevas dimensiones, es decir, también es una poderosa herramienta para descubrir la eroticidad de diversas zonas del cuerpo que han sido relegadas a un segundo plano debido a la primacía otorgada exclusivamente a los órganos genitales, en lo referente a la obtención de placer.

La idea central de este concepto es el considerar a todo el cuerpo como fuente de placer, y que al igual que muchas otras facultades que el ser humano posee, es necesario desarrollarla mediante un proceso de aprendizaje, y es por medio de dicho proceso se pretende que la persona llegue al orgasmo sin necesidad de ser penetrada o de penetrar.

Para tener una visión más amplia respecto a este concepto dividiremos las actividades

sexuales en tres tipos, tomando como base el riesgo que corre una persona de contraer una ETS, y en este caso específico: SIDA, dependiendo de la práctica sexual empleada. Así mismo resulta indispensable recalcar que no es la preferencia sexual de una persona lo que la hace susceptible de contraer SIDA o ETS, sino las prácticas sexuales ejercidas.

PRACTICAS SEXUALES RIESGOSAS

Se considera riesgosa toda actividad que permite el contacto de fluidos sexuales y sangre de una persona infectada con la boca, ano, vagina, pene, torrente sanguíneo, heridas o llagas de otra persona.

Algunas de estas actividades son:

*** PENETRACION ANAL SIN CONDON:** Esta actividad es la más riesgosa para la transmisión del HIV ya que la membrana del recto es muy delgada y fácilmente escoriable (aún durante la defecación). Las escoriaciones pueden proveer un medio directo para que el virus penetre y se deposite en el torrente sanguíneo.

La persona que penetra también corre riesgo, debido a que los virus contenidos en la sangre o en las heces pueden penetrar por la mucosa de la uretra.

*** PENETRACION VAGINAL SIN CONDON:** La mucosa vaginales más resistente que la membrana del recto, sin embargo, esta mucosa resistente sólo se extiende hasta el cervix (cuello uterino).

*** FELLATIO CON EYACULACION:** Ingerir el semen es muy riesgoso, el mayor riesgo no estriba en tragarlo, sino en que el semen entre en contacto con la mucosa orofaríngea o con heridas en ésta, y lo que resulta más interesante es que el virus puede penetrarla aunque

la mucosa no tenga escoriaciones; éstas últimas únicamente facilitan el contacto del virus con el torrente sanguíneo.

* **INGESTA DE HECEAS (RIMMING):** Se sabe que las heces pueden contener cantidades pequeñas de sangre, por eso el ingerirlas es muy riesgoso.

* **LLUVIA DORADA INTERNA (WATERSPORTS):** El ingerir orina o el que ésta sea depositada en el ano es riesgoso por las mismas razones que se debe evitar el contacto con el semen.

* **COMPARTIR JUGUETES SEXUALES:** Cualquier juguete sexual que pueda estar impregnado de sangre, semen o fluidos cérvico-vaginales no debe ser compartido.

* **PENETRACION CON PUÑO (FISTING):** Este tipo de penetración puede ser practicado tanto en ano como en vagina. La penetración con puño causa traumas considerables en la membrana del recto y mucosa de la vagina. Si cualquiera de los fluidos infecciosos está presente, puede haber un riesgo adicional, ya que el virus puede entrar a través de heridas en mano o en cutícula.

PRACTICAS SEXUALES DE MEDIANO RIESGO

Se consideran prácticas de mediano riesgo aquellas actividades en las cuales existe la posibilidad de intercambios de fluidos.

Entre estas prácticas se encuentran:

* **BESO FRANCES (BESO HUMEDO):** Puede ser riesgoso si la pareja infectada, debido

a lesiones, sangra de la boca.

*** MASTURBACION MUTUA:** Tocar los genitales de la pareja puede ser riesgoso si se tienen heridas en las manos.

El riesgo puede reducirse al usar guantes de cirujano.

*** COITO VAGINAL Y ANAL USANDO CONDON:** El empleo del condón se considera de mediano riesgo ya que existe la probabilidad de que éste se rompa (posteriormente se abundará en este tema).

*** SEXO ORAL (FELLATIO, COITO BOCA-PENE):** Para disminuir el riesgo, el hombre debe usar condón.

*** SEXO ORAL (CUNNILINGUS, COITO BOCA-GENITALES FEMENINOS):** La mujer debe usar una pieza delgada de latex (dique dental o dental dam; otra opción puede ser un rectángulo de KLEEN PACK o EGA PACK (plástico con que envuelven productos perecederos en supermercados) entre la boca de la pareja y sus genitales.

*** CONTACTO EXTERNO CON FLUIDOS SEXUALES Y ORINA (LLUVIA DORADA):** Siempre y cuando no haya lesiones en piel.

PRACTICAS SEXUALES SEGURAS

Las prácticas sexuales seguras son aquellas que evitan que la persona se exponga a fluidos sexuales infectantes durante las relaciones coitales.

Algunos ejemplos de éstas son:

- * **FROTAR LOS PECHOS.**
- * **BESAR EL CUERPO**
- * **FROTAR LOS GENITALES EN EL CUERPO DE LA PAREJA :** Siempre y cuando la piel no tenga heridas.
- * **BAÑARSE JUNTOS.**
- * **OBSERVAR COMO SE MASTURBA LA PAREJA.**
- * **TOCAR LOS GENITALES PROPIOS MIENTRAS LA PAREJA TOCA LOS SUYOS.**
- * **MASAJE.**
- * **ABRAZOS.**
- * **FROTAMIENTO CUERPO CON CUERPO.**
- * **BESOS SECOS.**
- * **COMPARTIR FANTASIAS SEXUALES Y REALIZAR AQUELLAS QUE NO INCLUYAN ACTIVIDADES INSEGURAS.**
- * **UTILIZAR JUGUETES SEXUALES:** Sólo para uso propio. Si se comparten, desinfectarlo y ponerle un condón nuevo cada vez que se intercambie.
- * **VOUYERISMO.**
- * **SEXO POR TELEFONO.**

Las prácticas antes mencionadas, sobre todo aquellas que implican alto y mediano riesgo, mediante el empleo de técnicas profilácticas adecuadas, pueden convertirse en actividades seguras.

6.2 EL CONDON Y SU USO

El condón o preservativo en últimas fechas ha tomado una importancia fundamental

en lo que a prevención de enfermedades de transmisión sexual y SIDA se refiere. No podemos negar que a pesar de los beneficios en cuanto a la protección de la salud y prevención de embarazos, es un profiláctico sumamente atacado por algunos sectores de la sociedad; la razón principal puede ser que al estar íntimamente ligado a lo que es sexualidad e intimidad, toca puntos sumamente sensibles que son objeto de tabúes ancestrales en nuestra cultura.

El condón no es el resultado de la necesidad de mantenerse al margen de determinadas infecciones transmitidas sexualmente a raíz de la liberación sexual de décadas pasadas. El origen del condón, según cita un documento español llamado EFECTO BARRERA AL VIH, se remonta hace 400 años en donde se le empleaba como profiláctico, y como contraceptivo hace unos 250 años. Algunos autores atribuyen su origen a los egipcios. También se menciona que el preservativo fue usado por reyes para evitar descendencia fuera de las normas monárquicas, o sea ilegítima, y que el poder, por ellos ostentado, fuera a caer en manos de gente de bajo status. con fines políticos.

La primera descripción fue hecha por el italiano Fallopio en 1564. Posteriormente fue citado por Casanova (1725 - 1798) en sus memorias explicando su uso. En aquel tiempo eran manufacturados con tripa de animales (el ciego de la oveja).

El nombre "condón" es probable que proceda del latín "condus" (recipiente), palabra latina que proviene del persa "Kondu" que significa recipiente largo.

Actualmente la mayoría de los condones son fabricados con latex; aquellos que son de membrana animal no se recomiendan, debido a que la porosidad que les es característica puede ser traspasada por microorganismos (p.e. el HIV), además de resultar más caros.

Dentro de la enorme variedad de condones podemos encontrar diferentes características, por ejemplo: los hay de diferentes tamaños, grososres, aromas, sabores e

incluso fosforescentes sin olvidar aquellos que resultan atractivos a la vista por su forma. Lo citado anteriormente, viene a colación, ya que independientemente de los intereses creados por los fabricantes alrededor de este profiláctico, se hace necesario atraer más al cliente para erradicar la idea de que la seguridad implica el cese del placer sexual, en este sentido, tanto en México como en otros países del mundo se han venido fortaleciendo los talleres de erotización del condón, en los cuales se intenta persuadir y convencer a la persona que el primer paso, consiste en aceptar, que el condón es necesario si no se tiene una pareja estable y si se quiere conservar la salud, y segundo la importancia de incluir al preservativo como un medio disfrutable y cotidiano dentro de la relación sexual. Sin embargo, la concientización de la necesidad del uso del preservativo tiene que ir acompañada de las indicaciones adecuadas en cuanto a la adquisición de éste así como de su uso.

Es conveniente que la persona no desplace totalmente la responsabilidad de su salud a un receptáculo hecho de látex, sino que sea una parte activa en la búsqueda de su bienestar.

A continuación citaremos algunos puntos importantes que deben ser tomados en cuenta para que el condón brinde un rango mayor de protección.

Algunos estudios reportan una tasa de efectividad del condón hasta de un 97% (2), si bien éste es un porcentaje alto, el 3% restante implica un riesgo considerable.

Para lograr que ese 97% se convierta en una seguridad absoluta, es requisito indispensable que se consideren algunas características en el momento de comprar un condón.

a) Observar en la caja o en la envoltura del condón la fecha de caducidad señalada por las siglas EXP. y de manufactura o fecha en que fue fabricado el condón, la cual se señala con las iniciales MFG.

Los fabricantes estiman la "vida" del condón, bajo un almacenamiento adecuado, de 3 a 5 años. En aquellos casos en que el almacenamiento haya sido inadecuado, o sea, en

lugares donde los preservativos hayan sido expuestos a temperaturas elevadas, humedad, plagas animales e insectos, moho u hongos, el deterioro de los condones puede ocurrir en 1 año. Por tal motivo se considera que después de 2 años y medio de haber sido fabricado el preservativo, la resistencia de éste comienza su declive.

Es por eso que se recomienda que si la fecha de manufactura indica que esos 2 y medio años ya han transcurrido, es mejor comprar un condón cuya fabricación haya sido más reciente; y en el caso de la caducidad utilizar sólo aquellos que estén lo más lejos posible de la fecha de expiración.

b) Verificar que el empaque que envuelve por separado a cada preservativo contenga aire en su interior, es decir, que al tacto debe sentirse inflado el empaque. Esto asegura que la humedad del látex pueda ser suficiente para que éste tolere el estiramiento y la fricción sin romperse, además de que así se puede certificar que el lubricante (si acaso lo contiene) aún esté en buen estado.

c) Tomar en cuenta, en el momento de la compra, el estado y lugar donde se encuentran a la vista del público los condones, en otras palabras, cuidar que los condones no estén expuestos a la luz solar o luz de interiores ya que éstas dañan el látex, también considerar que no estén expuestos a cambios bruscos de temperatura o humedad excesiva.

Ahora explicaremos propiamente lo que es el uso del condón.

a) Para abrir la envoltura que contiene al condón debe emplearse únicamente la yema de los dedos. Algunas marcas de preservativos

marcan el sitio donde debe ser abierta la envoltura mediante unas pequeñas muescas. Nunca emplear los dientes ni objetos punzocortantes para este fin.

b) Una vez sacado de su envoltorio, se puede observar que el condón viene enrollado y de su centro sobresale una protuberancia conocida como receptáculo o depósito de semen.

También los condones tienen un lado por el que deben ser usados, éste será marcado por la facilidad para desenrollarlo.

c) El preservativo podrá colocarse sólo hasta que el pene esté completamente erecto.

d) Para colocarlo, se oprimirá el receptáculo de semen con las yemas de los dedos índice y pulgar. Se desenrollará con la mano que queda libre hasta la base del pene sin abarcar los testículos. Sólo hasta que se haya desenrollado totalmente se soltará la punta del condón. La presión que se ejerce sobre el receptáculo de semen sirve para que no quede aire dentro del preservativo, evitando de esta manera que se formen burbujas que pueden ser productoras de roturas en el momento de la penetración o de la fricción.

e) Una vez que ha concluido el coito y antes de que el pene se torne flácido, se sujetará la base del pene junto con la parte del condón que queda fuera de la región penetrada, la persona debe separarse de su pareja, cuidando que el condón no quede dentro del orificio penetrado.

f) Se retira el condón del pene, se anuda y de preferencia se mete en la envoltura para tirarlo finalmente a la basura. (Ver fig. 1)

Otras observaciones pertinentes:

1) Los condones solo deben ser usados una vez, el reutilizarlos implica un gran riesgo, pues hay mayor probabilidad de que se rompan.

2) Hay personas que manifiestan que el lubricante que contienen algunos condones no les es suficiente. En esos casos se recomienda utilizar lubricantes de base acuosa, estos lubricantes tienen la ventaja de no dañar al preservativo y confieren mayor sensibilidad a los estímulos.

Jamás utilizar aceites de origen mineral como lo son los aceites para bebé y la vaselina entre otros, ya que estos, en cuestión de segundos, tornan chicloso al látex provocando aberturas de gran tamaño.

Los lubricantes de base acuosa pueden emplearse depositando una gota dentro del deposito de semen o distribuyéndolo en la parte externa de todo el condón (una vez que ha sido colocado) o hacer ambas acciones, o sea, por dentro y por fuera.

3) Procurar no poner en contacto del calor corporal los preservativos. Es común que se porten dentro de las bolsas de los pantalones o en la billetera así como almacenarlos en la guantera del coche. Todas estas prácticas conllevan a disminuir la vida de los condones.

Después de analizar lo anteriormente citado, podemos reflexionar en torno a la importancia que tiene el que el usuario de estos profilácticos participe de manera activa en la protección de su salud, y aunque esto es lo adecuado, desafortunadamente la mujer, hasta hace poco, no podía tener la misma prerrogativa que el hombre en cuanto a esta capacidad de protección. Las opciones que podía tener eran: Confiar en la apariencia saludable de su pareja; tratar de conocer más a su pareja indagando, entre otras cosas, su anterior vida sexual y exigir a la pareja la utilización del condón, situación sumamente difícil para muchas, ya que el pedir la utilización del preservativo en una relación que por años jamás se había empleado, implica la desconfianza de la pareja hacia la fidelidad que ella debía sostener, provocando en muchos casos, la furia del marido o pareja que se siente ofendido (a) ante tal solicitud.

Poco a poco observamos que postura de la mujer latina (principalmente), ante la protección de su salud, está sufriendo cambios, como ocurre ya en países desarrollados. En lugares como Suiza, Inglaterra, Francia y Estados Unidos el CONDON FEMENINO ya es una realidad. Algunos fabricantes lo describen como " una bolsa intravaginal, de 7 pulgadas

(17.5 cm.) de largo, de plástico transparente. Por dentro del extremo superior cerrado, tiene un anillo flexible y otro colocado en el extremo abierto. La mujer lo introduce con sus dedos, empujando el anillo superior hacia atrás del hueso púbico. Durante la relación sexual, es sostenido por el anillo inferior, el cual hace presión contra el cuerpo de la mujer" (3)

Alternativas como esta facilitarán que la mujer sea cada vez más participativa en la toma de decisiones responsables dentro de su vida sexual.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Océano Uno. Diccionario Enciclopédico Ilustrado, Ediciones Océano Gallach, Colombia, 1991.
- 2.- Comprobación de la Calidad de los Preservativos, Outlook, Septiembre 1987.
- 3.- Selligmann, Jean. Condón Femenino. Newsweek Febrero, 10, 1992.

CAPITULO VII. METODOLOGIA

7.1 PROBLEMA

¿Existen diferencias significativas con respecto a aspectos sociodemográficos, conducta sexual y uso de condón entre personas seropositivas (HIV+) y seronegativas (HIV-)?

7.2 HIPOTESIS

Ho₁ No existen diferencias estadísticamente significativas, con respecto a los aspectos sociodemográficos entre personas seropositivas (HIV+) y seronegativas (HIV-).

Ha₁ Si existen diferencias estadísticamente significativas, con respecto a los aspectos sociodemográficos entre personas seropositivas (HIV+) y seronegativas (HIV-).

Ho₂ No existen diferencias estadísticamente significativas, con respecto a la conducta sexual con pareja femenina, entre personas seropositivas (HIV+) y seronegativas (HIV-).

Ha₂ Si existen diferencias estadísticamente significativas, con respecto a la conducta sexual con pareja femenina, entre personas seropositivas (HIV+) y seronegativas (HIV-).

Ho₃ No existen diferencias estadísticamente significativas, con respecto a la conducta sexual con pareja masculina, entre personas seropositivas (HIV+) y seronegativas (HIV-).

Ha₃ Si existen diferencias estadísticamente significativas, con respecto a conducta sexual con pareja masculina, entre personas seropositivas (HIV+) y seronegativas (HIV-).

H₀, No existen diferencias estadísticamente significativas, con respecto al uso del condón, entre personas seropositivas (HIV+) y seronegativas (HIV-).

H_a, Si existen diferencias estadísticamente significativas, con respecto al uso del condón, entre personas seropositivas (HIV+) y seronegativas (HIV-).

7.3 DEFINICION DE VARIABLES

VI₁ Datos sociodemográficos

VI₂ Conducta sexual

VD Seropositividad (HIV+)

7.3.1 DEFINICION FORMAL DE VARIABLES

VI₁ DATOS SOCIODEMOGRAFICOS: Son los datos que se refieren al estudio de la población por medio de estadísticas llamadas sociovitales: nacimientos, muertes y otras que están relacionadas con la vida cotidiana del hombre. (1)

VI2 CONDUCTA SEXUAL: La conducta sexual humana es sobretodo, resultado del aprendizaje social, de forma que los factores no hormonales determinan en gran parte el momento, la incidencia y la naturaleza de las actividades sexuales de hombres y mujeres.(2)

VD SEROPOSITIVIDAD (HIV+): Situación en la que existe presencia de anticuerpos en la sangre, producidos por el organismo como respuesta a algún microorganismo extraño. En el caso del SIDA, se dice que un individuo infectado por el HIV es aquel sujeto que ha resultado repetidamente positivo en pruebas presuntivas de detección (ensayo inmunoenzimático, aglutinación, hemaglutinación y otras) y adicionalmente en pruebas confirmatorias (prueba de inmunoelectrotransferencia o Western Blot e Inmunofluorescencia) o en quien se ha demostrado la presencia de virus por otros métodos (cultivo, detección de antígeno, otros) y que no reúne criterios para el caso de SIDA.(3)

SERONEGATIVIDAD (HIV-): Situación en la cual no pueden detectarse anticuerpos contra el agente específico en un suero determinado.(4)

7.3.2 DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES

VI₁ DATOS SOCIODEMOGRAFICOS: Definido por los aspectos que la encuesta valora:

EDAD

ESCOLARIDAD

ESTADO CIVIL

VI, CONDUCTA SEXUAL: Se ha dividido, el presente estudio, en dos grupos: a) Pareja(s) sexual(es) (incluye pareja(s) femenina(s) o masculina(s)) y b) Utilización de medidas preventivas (uso del condón).

VD SEROPOSITIVIDAD: Se considera seropositiva a aquella persona que resulta positiva a las dos pruebas ELISA (ensayo inmunoenzimático, prueba tamiz) y a la prueba confirmatoria Western Blot. El resultado positivo en ambas pruebas indica la presencia de anticuerpos y de partículas virales respectivamente.

SERONEGATIVIDAD: Se considera seronegativa a la persona cuya muestra serológica ha sido sometida a dos pruebas ELISA, resultando ambas negativas. Esto indica la ausencia de anticuerpos y de partículas virales.

7.4 SUJETOS.

7.4.1 SELECCION.

La muestra estudiada abarcó desde el 2º semestre de 1990 al 1º semestre de 1991. Esta se dividió en dos grupos: El grupo control (seronegativos) está constituido por 1787 encuestados y el grupo experimental (seropositivos) consta de 455 sujetos, dando un total de 2242 individuos

encuestados con edades comprendidas entre los 15 y 71 años. Es necesario hacer mención que todos los encuestados fueron hombres, dado que sólo a ellos les fue aplicada la encuesta.

7.4.2 TIPO DE MUESTREO.

El tipo de muestro fue accidental no probabilístico, puesto que los sujetos seleccionados fueron aquellos a los cuales les fue aceptada la solicitud de prueba después de haber sido entrevistados para la valoración de sus prácticas de riesgo. Dichos pacientes acudieron al Centro de Información sobre SIDA zona Centro de CONASIDA.

Una vez hecha la valoración de riesgo, los pacientes contestaron la encuesta CACP.

Por lo tanto hablamos de una selección no aleatoria (Al no ser éste un muestreo probabilístico).

7.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACION.

El tipo de investigación que se empleará es el diseño *ex-post-facto*, debido a que este tipo de investigación es ".... una búsqueda sistemática empírica, en la cual el científico no tiene control directo sobre las variables independientes porque ya acontecieron sus manifestaciones o por ser intrínsecamente no manipulables. Se hacen inferencias sobre las relaciones de ellas, sin intervención directa, a partir de la relación concomitante de las variables independientes y dependientes" (5).

manera en cómo se presenta esta interrelación resulta más clara cuando se examina el proceso que precede a la infección al HIV y a la enfermedad. El campo de estudio de las encuestas CACP lo constituyen los factores cognoscitivos, psicológicos y de comportamiento que determinan los factores de riesgo. Los estudios epidemiológicos a su vez, estudian los factores de riesgo asociados a la adquisición de la infección.

Las encuestas CACP están divididas en varias secciones donde cada una de ellas se ocupa de medir diferentes aspectos relacionados con la enfermedad. A continuación se hará alusión a las variables que la encuesta mide y que están incluidas dentro de las secciones que fueron empleadas para la realización de esta investigación.

1) Contexto demográfico y sociocultural: El conocer el contexto demográfico y sociocultural de la población blanco es un punto indispensable a considerar puesto que es uno de los factores que modifica el que los conocimientos y destrezas se transformen en comportamientos de autocuidado.

Dentro de este apartado están comprendidos entre otros, edad, sexo, estado civil, escolaridad etc.

2) Sexualidad: Este tema es fundamental por su relación con la transmisión del HIV, asimismo es de los más difíciles de explorar y predecir puesto que involucra aspectos relacionados con la intimidad de los individuos. Dentro de esta variable se miden creencias, actitudes, conocimientos y prácticas. El conocimiento de las distintas prácticas sexuales es muy importante dado que la conducta sexual es la que involucra directamente el riesgo de infección. A través de la investigación de la sexualidad es factible determinar qué prácticas implican mayor riesgo de infección.

asimismo es de los más difíciles de explorar y predecir puesto que involucra aspectos relacionados con la intimidad de los individuos. Dentro de esta variable se miden creencias, actitudes, conocimientos y prácticas. El conocimiento de las distintas prácticas sexuales es muy importante dado que la conducta sexual es la que involucra directamente el riesgo de infección. A través de la investigación de la sexualidad es factible determinar qué prácticas implican mayor riesgo de infección.

3) **Condón:** La exploración de este tema es fundamental en las encuestas CACP. Por ser uno de los comportamientos de autocuidado más importante que se busca promover. Se exploran conocimientos, actitudes, creencias y prácticas sobre el condón y su utilización.

4) **Papeles genéricos sexuales:** Los estudios etnográficos y cualitativos han demostrado que en algunas culturas los papeles genéricos sexuales no determinan necesariamente las prácticas sexuales, es por eso que dentro de las encuestas CACP se diferencian entre papel genérico y prácticas sexuales. La evaluación de esta dualidad ha desmitificado varias de las creencias que se tenían en torno a la sexualidad y ante la idea de que ciertos grupos practicaban actividades sexuales exclusivas.

Se analizaron las encuestas CACP (encuesta sobre conocimientos, actitudes, creencias y prácticas) de los pacientes que acudieron a realizarse la prueba para la detección de anticuerpos contra VIH. Entre el 2º semestre de 1990 y el 1º semestre de 1991 (de julio de 1990 a julio de 1991) abarcando de esta manera un año en el que fueron recopilados dichos datos.

Cabe hacer mención que dichas pruebas son autoaplicables, salvo en aquellos casos donde el paciente es analfabeta o muestra impedimentos físicos para contestar la encuesta.

La Encuesta CACP es confidencial.

reactivos 4, 7, 9 de la encuesta CACP.

En el análisis de la variable: conducta sexual se utilizaron los reactivos 25, 26, 27, 27 a), 27 b), 27 c), 27 d), 28 a), 28 b), 28 c), 28 d), 28 e), para estudiar la conducta sexual con pareja femenina.

Para valorar la conducta sexual con pareja masculina se emplearon: 29, 30, 31, 31 a), 31 b), 31 c), 31 d), 31 e), 31 f), 31 g) y 31 h), 32, 33 a), 33 b), 33 c), 33 d), 33 e), 33 f), 33 g), 33 h), 33 i).

Para valorar el uso del condón, los reactivos estudiados fueron: 35, 36, 37 a); b), c).

7.7 PROCEDIMIENTO.

El presente estudio se realizó en un Centro de Información sobre SIDA.

Cuando una persona llega al Centro de Información con la intención de realizarse la prueba, pasa por el siguiente proceso de selección:

1) Las personas que acuden a este lugar con el objetivo de hacerse la prueba, son atendidos en primer término por trabajadores sociales quienes determinan, mediante una entrevista, aquellos que son posibles candidatos a practicarse la prueba.

2) Aquellos que por sus prácticas de riesgo o estado emocional son elegidos, pasan al departamento de Psicología, donde un profesional realiza una evaluación (entre otras) de las repercusiones a nivel social laboral, familiar y personal de un probable resultado positivo además de proporcionar información básica respecto a la enfermedad y en la mayoría de los casos, la

labor de intervención en crisis. Durante la estancia del paciente con el Psicólogo pueden presentarse cualquiera de dos situaciones: a) debido a la practica de riesgo del paciente, el profesional determina que la toma de muestra sanguínea es necesaria o b) si la tranquilidad emocional del paciente se ve determinada de manera importante por el resultado de la prueba, entonces ésta es viable. De tal manera que si la persona no presenta prácticas de riesgo y/o su estado emocional de angustia puede ser controlado mediante el apoyo psicológico entonces, no se le practica la prueba.

3) Posteriormente, el paciente que ha sido aceptado para la prueba, pasa al departamento de Medicina donde se le realiza un chequeo clínico y se le da asesoría cuando la sintomatología ya se ha manifestado.

4) A continuación la persona contesta la encuesta CACP de manera individual o en algunos casos, como ya se mencionó, es necesario auxiliar a la persona cuando ésta es analfabeta o tiene discapacidades físicas para el llenado de la encuesta.

5) Sólo hasta que ha sido realizado todo lo anterior, la persona es conducida al departamento de enfermería en donde se le extraen aproximadamente 12 ml. de sangre, depositados en 2 tubos de ensayo que son identificados mediante una misma clave alfanumérica; ésta es también anotada en un libro de control donde se escribe la fecha de la toma, el nombre del paciente (opcional) y la clave que le corresponde. Así mismo, dicha clave se registra en una credencial que le es proporcionada al paciente, para que pasado un periodo de 15 a 20 días hable por teléfono para verificar la existencia de su clave. si esto ocurre, procederá a solicitar una cita con el psicólogo o médico que lo(a) atendió, para que sea éste(a) quien le de el resultado.

ésta es también anotada en un libro de control donde se escribe la fecha de la toma, el nombre del paciente (opcional) y la clave que le corresponde. Así mismo, dicha clave se registra en una credencial que le es proporcionada al paciente, para que pasado un periodo de 15 a 20 días hable por teléfono para verificar la existencia de su clave, si esto ocurre, procederá a solicitar una cita con el psicólogo o médico que lo(a) atendió para que sea éste(a) quien le de el resultado.

6) Las muestras son enviadas al Instituto Nacional de Referencia Epidemiológica (INDRE). Posteriormente las claves junto con el resultado son clasificados para ser registrados en el banco de datos por una persona. El resultado es entregado exclusivamente al interesado, previa presentación de su credencial.

Posterior a este proceso de selección fue necesario pedir autorización a la Directora de este Centro de Información para tener acceso a dichos datos los cuales fueron proporcionados por medios magnéticos (diskettes). A continuación se procedió a verificar cuáles de los datos eran viables para la investigación. Para determinar la diferencia entre el grupo seropositivo y seronegativo, en las distintas preguntas, fue empleada la prueba z y la prueba X^2 (ji cuadrada). La decisión de emplear dichas pruebas en cada reactivo dependió de las características del mismo, es decir, si los datos se comportaban de manera normal entonces la utilización de la prueba z era lo indicado, en cambio, si los datos no mostraban ese tipo de distribución, la X^2 se empleaba.

7.8 ESTADISTICA

Como se puede observar, el número de sujetos que constituye cada una de las

elemento contra elemento, además de que la unión de ambos subconjuntos es la muestra total, por lo tanto, la diferencia de elementos entre ellos no afecta los resultados.

Como primer paso se procedió a identificar, de entre los reactivos utilizados de la encuesta CACP, cuáles serían tratados con la prueba z y cuáles con la prueba X^2 , dicha toma de decisión se basó en que el comportamiento de los reactivos tuviera distribución normal o una distribución X^2 .

La aplicación de la prueba X^2 se efectuó en aquellos casos donde los reactivos tenían una distribución X^2 , dado que los ítems eran de opción múltiple. La fórmula es como sigue:

$$X^2 = \frac{(f_i - f_e)^2}{f_e}$$

Donde: f_i es la frecuencia muestral.
 f_e es la frecuencia esperada, y se calcula como sigue:

$$f_e = \frac{\text{Total marginal de renglón} \cdot \text{Total marginal de columna}}{N}$$

Con grados de libertad:

$$gl = (r-1)(c-1)$$

Donde: r = número de renglones.
 c = número de columnas.
 N = Total de sujetos.

La H_0 se rechazó cuando la X^2 calculada era mayor o igual a la de la tabla (6) con $\alpha = 0.05$.

La H_0 fue aceptada cuando la X^2 calculada era menor a la X^2 de la tabla con $\alpha = 0.05$

Por otro lado, en aquellos reactivos cuyo comportamiento tenía distribución normal, se aplicó la prueba z. La fórmula es como sigue:

$$z = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sigma_{diff}}$$

Donde: \bar{X}_i = La media de cada muestra; y

$$\sigma_{diff} = \sqrt{\sigma_{X_1}^2 + \sigma_{X_2}^2}$$

Donde: el error estandar es:

$$\sigma_{X_i} = \frac{S_i}{\sqrt{N-1}}$$

Donde: la desviación estandar es:

$$S_i = \sqrt{\frac{\sum X_i^2}{N} - \bar{X}^2}$$

En estos casos la H_0 se rechazó cuando la probabilidad obtenida era menor o igual a **0.05**.

La H_0 fue aceptada cuando la probabilidad era mayor a **0.05**.

Dado que la X^2 sólo muestra la similitud o no en cuanto a la tendencia de las respuestas en los dos grupos, fue necesario para mostrar más claramente los resultados, realizar tablas que describieran porcentualmente las frecuencias, o sea, que a todo reactivo tratado con la prueba X^2 le corresponde una tabla con la descripción porcentual de frecuencias.

Por último, se realizaron cruces entre aquellos reactivos que resultaron estadísticamente significativos, con el fin de obtener información más específica respecto al comportamiento de las respuestas de las personas seropositivas y seronegativas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Thomlyson, Ralf. Dinámicas demográficas, causas y consecuencias del cambio demográfico en el mundo. O.N.U., N.Y., E.U., 1980.
- 2.- Alvarez, Gayou Juan Luis, Elementos de Sexología, Interamericana, México, 1983.
- 3.- Manual de Vigilancia Epidemiológica VIH/SIDA, Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología, Num. 4, 1990.
- 4.- Stanislawski, Estanislao. El Médico frente al SIDA, Editorial Pangea, 1989.
- 5.- Kerlinger, Frederick. Investigación del comportamiento, técnicas y metodología, Mc Graw-Hill, México, 1988.
- 6.- Mendenhall, William (et. al.). Estadística Matemática con aplicaciones, Grupo Editorial Iberoamericana, México, 1986.

CAPITULO VIII

RESULTADOS

8.1 NOMENCLATURA

En las tablas de resultados, de los cuadros 13.1, 14.1, 15.1 y 16.1, la nomenclatura empleada fue la siguiente:

N = Número de sujetos.

\bar{x} = Media.

σ = Desviación Estándar.

E = Error Estándar.

z = Prueba z .

En las tablas de resultados, de los cuadros 13.2, 14.2, 15.2 y 16.2, la nomenclatura empleada fue la siguiente:

$f(x_1)$ = Frecuencia de x_1 .

$f(x_2)$ = Frecuencia de x_2 .

X^2 calculada = Chi cuadrada calculada.

$g.l.$ = Grados de libertad.

X^2 = Chi cuadrada

ESTADO CIVIL

HIV+

EDAD	SOLTERO	CASADO	SEPARADO	UNION LIBRE	DIVORCIADO	VIUDO	SIN RESPUESTA
<15							
15-24	95	2	1	6			1
25-44	265	33	8	14	4	1	2
45-64	11	6		3		2	
>64	1						
%	81.8	9.1	1.9	5.1	0.9	0.6	0.6

107

HIV-

EDAD	SOLTERO	CASADO	SEPARADO	UNION LIBRE	DIVORCIADO	VIUDO	SIN RESPUESTA
<15							
15-24	788	38	3	47	2		13
25-44	478	204	23	64	23	3	6
45-64	24	37	6	9	6	1	3
>64	2	3		1	2	1	
%	72.3	15.8	1.8	6.8	1.8	0.3	1.2

CUADRO 1

ESCOLARIDAD

HIV+

EDAD	ANALFABETA	SABE LEER Y ESCRIBIR	PRIMARIA INCOMPLETA	PRIMARIA COMPLETA	CARRERA TECNICA	SECUNDARIA INCOMPLETA	SECUNDARIA COMPLETA	BACHILLERATO	PROFESIONAL	POSGRADO	SIN RESPUESTA
< 15											
15-24			1	7	5	7	21	34	29	1	
25-44	2	6	17	25	10	18	47	60	130	10	2
45-64		1	3	3	3		3		9		
> 64		1									
%	0.4	1.7	4.6	7.7	4.0	5.5	15.7	20.6	36.9	2.5	0.4

HIV-

EDAD	ANALFABETA	SABE LEER Y ESCRIBIR	PRIMARIA INCOMPLETA	PRIMARIA COMPLETA	CARRERA TECNICA	SECUNDARIA INCOMPLETA	SECUNDARIA COMPLETA	BACHILLERATO	PROFESIONAL	POSGRADO	SIN RESPUESTA
< 15											
15-24		7	18	80	32	75	239	257	175	1	7
25-44	5	6	22	46	29	47	84	176	329	53	4
45-64		2	8	13		10	12	8	26	5	2
> 64		1	1	2		1	1	1	2		
%	0.3	0.9	2.7	7.9	3.4	7.5	18.8	24.8	29.7	3.3	0.7

NUMERO DE PAREJAS FEMENINAS

HIV+

EDAD	NINGUNA	1	2	3	4	5	6-10	11-50	51-100	MAS DE 100	SIN RESPUESTA
<15											
15-24	279	180	93	83	40	45	93	59	7	4	8
25-44	133	61	66	41	53	68	160	161	33	17	8
45-64	13	6	4	2	6	6	8	25	6	9	1
>64	1			1			2	3		2	
%	23.8	13.8	9.2	7.2	5.5	6.7	14.7	13.9	2.5	1.8	0.9

601

HIV-

EDAD	NINGUNA	1	2	3	4	5	6-10	11-50	51-100	MAS DE 100	SIN RESPUESTA
<15											
15-24	44	9	13	8	7	3	9	7	1		4
25-44	112	31	25	23	26	18	42	23	5	3	19
45-64	7	3	2	2			3	3			2
>64	1										
%	36.1	9.5	8.8	7.2	7.2	4.7	11.8	7.2	1.4	0.6	5.5

CUADRO 3

NOTA: PARA CONSULTAR EL CONTENIDO DE CADA REACTIVO REMITASE AL ANEXO

NUMERO DE PAREJAS MASCULINAS

HIV+

EDAD	NINGUNA	1	2	3	4	5	6-10	11-50	51-100	MAS DE 100	SIN RESPUESTA
<15											
15-24	18	3	4	4	5	8	20	21	13	7	2
25-44	55	14	12	8	9	17	52	92	30	34	4
45-64	7		1		2	2	1	2	4	3	
>64								1			
%	17.6	3.7	3.7	2.6	3.5	5.9	16.2	25.5	10.4	9.6	1.3

110

HIV-

EDAD	NINGUNA	1	2	3	4	5	6-10	11-50	51-100	MAS DE 100	SIN RESPUESTA
<15											
15-24	552	58	25	27	27	28	58	78	19	9	10
25-44	428	54	31	15	16	20	69	97	32	28	11
45-64	46	5	3		1	3	6	7	3	11	1
>64	7						2				
%	57.8	6.5	3.3	2.4	2.5	2.9	7.5	10.2	3.1	2.7	1.2

CUADRO 4

NOTA: PARA CONSULTAR EL CONTENIDO DE CADA REACTIVO REMITASE AL ANEXO

USO CONDON EN
LOS 3 ULTIMOS MESES

EDAD	HIV+			HIV-		
	SI	NO	SIN RESPUESTA	SI	NO	SIN RESPUESTA
< 15						
15 - 24	52	51	2	252	618	21
25 - 44	128	191	8	279	504	18
45 - 64	5	17		26	58	2
> 64		1		1	8	
%	40.7	57.2	2.2	31.2	66.5	2.3

CUADRO 5

NOTA: PARA CONSULTAR EL CONTENIDO DEL REACTIVO REMITASE AL ANEXO

ESCOLARIDAD

HIV+

ESTADO CIVIL	ANALFABETA	SABE LEER Y ESCRIBIR	PRIMARIA INCOMPLETA	PRIMARIA COMPLETA	CARRERA TECNICA	SECUNDARIA INCOMPLETA	SECUNDARIA COMPLETA	BACHILLERATO	PROFESIONAL	POSGRADO	SIN RESPUESTA
SOLTERO	2	7	12	19	17	19	60	83	143	8	2
CASADO			3	7		3	7	7	14		
SEPARADO			2	2	1		1	1	1	1	
UNION LIBRE			4	4		3	2	3	5	2	
DIVORCIADO		1		1			1		1		
VIUDO				1					2		
SIN RESPUESTA				1					2		
%	0.4	1.8	4.6	7.7	3.9	5.5	15.6	20.7	37.0	2.4	0.4

HIV-

ESTADO CIVIL	ANALFABETA	SABE LEER Y ESCRIBIR	PRIMARIA INCOMPLETA	PRIMARIA COMPLETA	CARRERA TECNICA	SECUNDARIA INCOMPLETA	SECUNDARIA COMPLETA	BACHILLERATO	PROFESIONAL	POSGRADO	SIN RESPUESTA
SOLTERO	3	11	17	78	52	83	263	347	399	32	7
CASADO	1	2	13	35	7	29	39	55	82	17	2
SEPARADO			2	4		5	4	4	10	3	
UNION LIBRE		1	14	23	1	13	18	22	26	3	
DIVORCIADO			2	1		1	6	7	12	4	
VIUDO	1	1					2		1		
SIN RESPUESTA		1	1		1	2	4	7	2		4
%	0.3	0.9	2.8	7.9	3.5	6.9	18.9	24.8	29.8	3.4	0.7

NUMERO DE PAREJAS FEMENINAS

HIV+

ESCOLARIDAD	NINGUNA	1	2	3	4	5	6-10	11-50	51-100	MAS DE 100	SIN RESPUESTA
ANALFABETA	1							1			
SABE LEER Y ESCRIBIR	4	1			1		1	1			
PRIMARIA INCOMPLETA	6	2	3	2	2	1	3	1			
PRIMARIA COMPLETA	9	5	1	5	4		6	3	1	1	
CARRERA TECNICA	10		2		2		1	1	1		1
SECUNDARIA INCOMPLETA	9	3		2	2	1	5	1	1	1	
SECUNDARIA COMPLETA	30	8	5	4	6	5	9	4			
BACHILLERATO	40	11	14	7	2	2	10	6			2
PROFESIONAL	62	19	14	12	12	12	19	14	3		1
POSGRADO	2		1	2	2	2	2				
SIN RESPUESTA				1			1				
%	38.1	10.8	8.8	7.7	7.2	5.1	12.3	7.1	1.3	0.7	0.9

113

HIV-

ESCOLARIDAD	NINGUNA	1	2	3	4	5	6-10	11-50	51-100	MAS DE 100	SIN RESPUESTA
ANALFABETA	2	1	1				1				
SABE LEER Y ESCRIBIR	1	1	1	1	1	2	6	2	1		
PRIMARIA INCOMPLETA	13	2	2	5	3	3	3	14	1	2	1
PRIMARIA COMPLETA	26	35	10	18	7	9	14	14	3	5	
CARRERA TECNICA	21	12	3	6	1	4	6	6	1		1
SECUNDARIA INCOMPLETA	30	23	12	5	110	10	16	20	3	3	
SECUNDARIA COMPLETA	111	57	33	33	216	21	36	16	5	5	3
BACHILLERATO	108	51	47	23	22	35	77	56	14	5	4
PROFESIONAL	107	59	50	33	33	34	86	100	17	9	4
POSGRADO	5	4	2	2	6	1	15	20	1	3	
SIN RESPUESTA	2	2	2	1			3				3
%	23.8	13.8	9.2	7.2	5.5	6.7	14.7	13.9	2.6	1.7	0.9

NUMERO DE PAREJAS MASCULINAS

HIV+

ESCOLARIDAD	NINGUNA	1	2	3	4	5	6-10	11-50	51-100	MAS DE 100	SIN RESPUESTA
ANALFABETA									2		
SABE LEER Y ESCRIBIR	2		1			1	1	1		2	
PRIMARIA INCOMPLETA	4	1	4		1	1	4	2	2	2	
PRIMARIA COMPLETA	17			1	3			5	2	5	2
CARRERA TECNICA	3	1			1	2	3	4	4		
SECUNDARIA INCOMPLETA	7	1	2			3	6	5		1	
SECUNDARIA COMPLETA	10	4	3	1	4	5	15	9	10	8	
BACHILLERATO	9	1	3	4	1	6	18	34	12	5	1
PROFESIONAL	23	9	4	6	6	9	24	51	14	21	1
POSGRADO	3						2	5	1		
SIN RESPUESTA	2										
%	17.7	3.7	3.7	2.6	3.5	5.9	16.2	25.6	10.4	9.8	0.9

114

HIV-

ESCOLARIDAD	NINGUNA	1	2	3	4	5	6-10	11-50	51-100	MAS DE 100	SIN RESPUESTA
ANALFABETA	3				1					1	
SABE LEER Y ESCRIBIR	9	2			1		3		1	1	
PRIMARIA INCOMPLETA	33	2	3		2		2	3	2	1	3
PRIMARIA COMPLETA	107	11	3	2		1	4	10	2		1
CARRERA TECNICA	28	5	2	2	2	5	10	5	1	1	
SECUNDARIA INCOMPLETA	89	8	4	3	1	1	12	8	3	2	2
SECUNDARIA COMPLETA	224	25	7	11	5	7	19	20	7	16	5
BACHILLERATO	238	31	17	10	13	19	32	47	13	16	7
PROFESIONAL	263	33	15	14	19	18	50	83	21	14	2
POSGRADO	31		7				3	6	4	5	3
SIN RESPUESTA	8		1							1	3
%	57.8	6.5	3.4	2.3	2.5	2.8	7.5	10.1	3.1	2.6	1.4

USO CONDON EN
LOS 3 ULTIMOS MESES

ESTADO CIVIL	HIV+			HIV-		
	SI	NO	SIN RESPUESTA	SI	NO	SIN RESPUESTA
SOLTERO	156	206	10	422	842	28
CASADO	12	29	1	79	196	7
SEPARADO	4	5		9	21	2
UNION LIBRE	11	12		31	90	
DIVORCIADO	2	2		12	21	
VIUDO		3			4	1
SIN RESPUESTA		3		5	14	3
%	40.6	57.1	2.4	31.2	66.5	2.3

115

NUMERO DE PAREJAS FEMENINAS

HIV+

ESTADO CIVIL	NINGUNA	1	2	3	4	5	6-10	11-50	51-100	MAS DE 100	SIN RESPUESTA
SOLTERO	168	41	33	25	27	15	38	19	5	1	
CASADO	4	5	3	4	2	4	9	9	1	1	
SEPARADO	1		2	2	2		2				
UNION LIBRE	4	1	2	3		3	7	2			
DIVORCIADO	1				1	1		1			
VIUDO		2						1			
SIN RESPUESTA				1	1		1				
%	39.1	10.7	8.8	7.7	7.2	5.0	12.5	7.0	1.3	0.7	

911

HIV-

ESTADO CIVIL	NINGUNA	1	2	3	4	5	6-10	11-50	51-100	MAS DE 100	SIN RESPUESTA
SOLTERO	405	204	128	92	67	72	159	129	23	13	
CASADO	12	21	24	22	24	29	63	65	13	9	
SEPARADO	2	3	2	1	2	1	5	15		1	
UNION LIBRE	11	15	6	11	3	12	24	28	8	3	
DIVORCIADO	2	1	2	1	2	2	5	10	2	6	
VIUDO	1					2	2				
SIN RESPUESTA	10	3	1		1	1	5	1			
%	24.8	13.8	9.1	7.1	5.5	6.6	14.7	13.8	2.5	1.8	

NUMERO DE PAREJAS MASCULINAS

HIV+

ESTADO CIVIL	NINGUNA	1	2	3	4	5	6-10	11-50	51-100	MAS DE 100	SIN RESPUESTA
SOLTERO	48	14	15	12	9	22	69	109	42	40	
CASADO	27	2	1		3	2	3	2		2	
SEPARADO	3	1			2		1	2			
UNION LIBRE	11		1			3		2	4	2	
DIVORCIADO	2				2						
VIUDO	3										
SIN RESPUESTA	1							1	1		
%	19.1	3.7	3.7	2.6	3.5	5.9	16.0	25.5	10.3	9.6	

117

HIV-

ESTADO CIVIL	NINGUNA	1	2	3	4	5	6-10	11-50	51-100	MAS DE 100	SIN RESPUESTA
SOLTERO	698	83	39	32	38	43	119	162	48	38	
CASADO	224	18	12	5	2	4	6	6	2	3	
SEPARADO	23	3	2				1	1	1	1	
UNION LIBRE	83	6	4	3	1	2	6	10	1	3	
DIVORCIADO	17	3	2		2	1	3	2	1	2	
VIUDO	5										
SIN RESPUESTA	13	2		2	1	1		1	1	1	
%	59.0	6.5	3.3	2.3	2.5	2.8	7.5	10.2	3.1	2.7	

USO CONDON EN
LOS 3 ULTIMOS MESES

ESTADO CIVIL	HIV+			HIV-		
	SI	NO	SIN RESPUESTA	SI	NO	SIN RESPUESTA
SOLTERO	156	206	10	422	842	28
CASADO	12	29	1	79	196	7
SEPARADO	4	5		9	21	2
UNION LIBRE	11	12		31	90	
DIVORCIADO	2	2		12	21	
VIUDO		3			4	1
SIN RESPUESTA		3		5	14	3
%	40.6	57.1	2.4	31.2	66.5	2.3

CUADRO 12

HIPOTESIS 1

REACTIVO	GRUPO 1				GRUPO 2				Z	PROBABILIDAD
	N	\bar{x}	σ	E	N	\bar{x}	σ	E		
4	455	30.6219	14.7253	0.048	1787	26.8520	22.6041	0.032	4.31	0.012
7	455	7.3238	4.1153	0.072	1787	7.3402	4.1260	0.046	0.079	94.422

CUADRO 13.1

REACTIVO	GPO. 1		GPO. 2		g.l.	χ^2 CALCULADA
	$f(x_1)$	$f(x_2)$	$f(x_1)$	$f(x_2)$		
9	455	1787	9.162951	4		9.48773

CUADRO 13.2

CUADRO 13.1 PRUEBA Z PARA LA VARIABLE: DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

CUADRO 13.2 PRUEBA χ^2 PARA LA VARIABLE: DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

GRUPO 1 = SUJETOS SEROPositIVOS (HIV+)

GRUPO 2 = SUJETOS SERONEGATIVOS (HIV-)

NOTA: Para consultar el contenido de cada reactivo, remitirse al anexo.

ESTADO CIVIL

	HIV+ %	HIV- %
SOLTERO	81.7	72.3
CASADO	9.2	15.8
SEPARADO	2.0	1.8
UNION LIBRE	5.1	6.8
DIVORCIADO	0.9	1.8
VIUDO	0.7	0.3
SIN RESPUESTA	0.4	1.2

CUADRO 13.2.1

HIPOTESIS 2

GRUPO 1

GRUPO 2

REACTIVO	N	\bar{X}	σ	E	N	\bar{X}	σ	E	Z	PROBABILIDAD
25	455	3.4659	3.7099	0.090	1787	4.3188	3.2772	0.43	4.4284	0.01%
26	278	17.4148	7.4454	0.048	1334	16.9925	10.5882	0.014	0.7839	43.54%
27	278	0.3381	2.4397	0.032	1524	0.7965	10.2353	0.001	1.5258	12.86%
27a)	278	0.2733	5.3866	0.003	1524	0.6895	5.0974	0.013	0.9632	33.78%
27b)	278	0.1942	5.4558	0.003	1524	0.2946	5.3681	0.007	0.2823	77.94%
27c)	278	0.2014	5.4495	0.000	1524	0.3884	5.2867	0.004	0.5277	60.38%
27d)	278	0.1366	5.5064	0.007	1524	0.2088	5.4437	0.009	0.1986	84.94%

CUADRO 14.1

HIPOTESIS 2

	GPO. 1 GPO. 2				
REACTIVO	$f(x_1)$	$f(x_2)$	χ^2 CALCULADA	g.l.	χ^2
28a)	455	1787	30.56722	5	11.0705
28b)	455	1787	66.40627	5	11.0705
28c)	455	1787	68.05954	3	7.81473
28d)	455	1787	14.49537	3	7.81473
28e)	455	1787	73.08477	5	11.0705

CUADRO 14.2

CUADRO 14.1 PRUEBA Z PARA LA VARIABLE: CONDUCTA SEXUAL (PAREJA FEMENINA)

CUADRO 14.2 PRUEBA χ^2 PARA LA VARIABLE: CONDUCTA SEXUAL (PAREJA FEMENINA)

GRUPO 1 = SUJETOS SEROPositIVOS (HIV+)

GRUPO 2 = SUJETOS SERONEGATIVOS (HIV-)

NOTA: Para consultar el contenido de cada reactivo, remitirse al anexo.

28.- En sus relaciones sexuales con mujeres, ¿con qué frecuencia ha realizado las siguientes actividades?

28a) ¿Penetra Usted a su compañera por la vagina?

	HIV-	%		HIV+	%
Siempre	942	52.8	Siempre	231	50.8
La mayoría de las veces	186	10.4	La mayoría de las veces	158	34.7
La mitad de las veces	43	2.4	La mitad de las veces	35	7.7
Casi ninguna vez	33	1.8	Casi ninguna vez	8	1.7
Ninguna vez	38	2.1	Ninguna vez	5	1.1
Sin respuesta	545	30.5	Sin respuesta	18	4.0
T O T A L	1787		T O T A L	455	

123

CUADRO 14.2.1

28b) Cuando penetra Usted a su compañera por la vagina, ¿Utiliza condón?

	HIV-	%		HIV+	%
Siempre	127	7.1	Siempre	25	5.5
La mayoría de las veces	159	8.9	La mayoría de las veces	18	4.0
La mitad de las veces	116	6.5	La mitad de las veces	15	3.3
Casi ninguna vez	197	11.0	Casi ninguna vez	31	6.8
Ninguna vez	639	35.7	Ninguna vez	125	27.5
Sin respuesta	549	30.7	Sin respuesta	241	52.9
T O T A L	1787		T O T A L	455	

CUADRO 14.2.2

28c) ¿En sus relaciones sexuales penetra a su compañera por el año?

	HIV- 11	%		HIV+ 4	%
Siempre	11	0.6	Siempre	4	0.9
La mayoría de las veces	14	0.9	La mayoría de las veces	4	0.9
La mitad de las veces	57	3.1	La mitad de las veces	4	0.9
Casi ninguna vez	261	14.6	Casi ninguna vez	40	8.8
Ninguna vez	892	49.9	Ninguna vez	159	34.9
Sin respuesta	552	30.9	Sin respuesta	244	53.6
T O T A L	1787		T O T A L	455	

124

CUADRO 14.2.3

28d) Cuando penetra Usted a su compañera por el año, ¿Utiliza condón?

	HIV- 40	%		HIV+ 2	%
Siempre	40	2.2	Siempre	2	0.4
La mayoría de las veces	28	1.6	La mayoría de las veces	4	0.9
La mitad de las veces	14	0.8	La mitad de las veces	9	2.0
Casi ninguna vez	48	2.7	Casi ninguna vez	15	3.3
Ninguna vez	549	30.7	Ninguna vez	110	24.2
Sin respuesta	1108	62.0	Sin respuesta	315	69.2
T O T A L	1787		T O T A L	455	

CUADRO 14.2.4

28e) En sus relaciones sexuales con mujeres realiza masturbación mutua, caricias o contacto corporal de manera sensual o erótica sin penetración.

	HIV-	%		HIV+	%
Siempre	170	9.5	Siempre	14	3.1
La mayoría de las veces	191	10.7	La mayoría de las veces	28	6.2
La mitad de las veces	160	8.9	La mitad de las veces	31	6.8
Casi ninguna vez	268	15.0	Casi ninguna vez	31	6.8
Ninguna vez	361	20.2	Ninguna vez	87	19.1
Sin respuesta	637	35.7	Sin respuesta	264	58.0
T O T A L	1787		T O T A L	455	

CUADRO 14.2.5

HIPOTESIS 3

GRUPO 1

GRUPO 2

REACTIVO	N	\bar{x}	σ	E	N	\bar{x}	σ	E	Z	PROBABILIDAD
29	455	5.0725	3.0872	0.389	1787	2.0928	3.9502	0.234	17.2807	0.01X
30	369	16.3712	9.9850	0.078	724	16.9060	14.3753	0.019	0.7167	47.70X
31	369	2.0406	11.3855	0.013	302	3.2152	12.2479	0.013	1.2735	20.40X
31a)	369	0.6883	5.0308	0.027	732	0.6010	5.1046	0.017	0.2700	78.72X
31b)	369	0.5907	5.1133	0.027	232	1.7025	4.2263	0.081	2.8863	0.40X
21c)	369	0.6747	5.0422	0.032	732	0.6079	5.0988	0.021	0.2067	84.14X
31d)	369	0.6205	5.0880	0.037	732	0.5000	5.1908	0.023	0.3683	71.88X
31e)	369	1.0406	4.7395	0.073	732	0.9275	4.8318	0.061	0.3707	71.14X
31f)	369	0.3008	5.5122	0.010	732	0.0901	5.5474	0.009	0.5966	55.52X
31g)	369	0.0379	5.5936	0.000	732	0.0573	5.5764	0.004	0.0544	96.02X
31h)	369	0.5663	5.1341	0.016	732	0.4945	5.1954	0.004	0.2181	86.36X
32a)	369	0.9241	2.5456	0.005	732	0.7800	3.8019	0.005	0.7445	45.92X
32b)	369	0.9972	4.3835	0.002	732	1.0355	8.1974	0.002	0.1006	92.04X

HIPOTESIS 3

GPO. 1 GPO. 2

REACTIVO	$f(x_1)$	$f(x_2)$	x^2 CALCULADA	g.l.	χ^2
33a)	455	1787	243.2131	5	11.0705
33b)	455	1787	230.0688	5	11.0705
33c)	455	1787	208.9327	5	11.0705
33d)	455	1787	206.7926	5	11.0705
33e)	455	1787	200.4358	5	11.0705
33f)	455	1787	220.5430	5	11.0705
33g)	455	1787	193.2280	5	11.0705
33h)	455	1787	220.9386	5	11.0705
33i)	455	1787	192.3939	5	11.0705

CUADRO 15.2

CUADRO 15.1 PRUEBA Z PARA LA VARIABLE: CONDUCTA SEXUAL (PAREJA MASCULINA)

CUADRO 15.2 PRUEBA χ^2 PARA LA VARIABLE: CONDUCTA SEXUAL (PAREJA MASCULINA)

GRUPO 1 = SUJETOS SEROPOSITIVOS (HIV+)

Grupo 2 = SUJETOS SERONEGATIVOS (HIV-)

NOTA: Para consultar el contenido de cada reactivo, remitirse al anexo.

33.- En sus relaciones sexuales con hombres, ¿con qué frecuencia ha realizado las siguientes actividades?

33a) ¿Es Usted penetrado por el ano?

	HIV-	%		HIV.	%
Siempre	61	3.4	Siempre	49	10.8
La mayoría de las veces	94	5.3	La mayoría de las veces	69	15.2
La mitad de las veces	197	11.0	La mitad de las veces	126	27.7
Casi ninguna vez	168	9.5	Casi ninguna vez	88	19.3
Ninguna vez	176	9.8	Ninguna vez	27	5.9
Sin respuesta	1091	61.0	Sin respuesta	96	21.1
T O T A L	1787		T O T A L	455	

128

CUADRO 15.2.1

33b) ¿Las veces que Usted ha sido penetrado por el ano, su pareja utiliza condón?

	HIV-	%		HIV.	%
Siempre	91	5.0	Siempre	56	12.3
La mayoría de las veces	92	5.1	La mayoría de las veces	57	12.5
La mitad de las veces	57	3.2	La mitad de las veces	43	9.5
Casi ninguna vez	85	4.8	Casi ninguna vez	57	12.5
Ninguna vez	256	14.3	Ninguna vez	131	29.3
Sin respuesta	1206	67.5	Sin respuesta	109	23.9
T O T A L	1787		T O T A L	455	

CUADRO 15.2.2

33c) ¿Penetra Usted por el ano a la otra persona?

	HIV-	%		HIV+	%
Siempre	110	6.2	Siempre	44	9.7
La mayoría de las veces	134	7.5	La mayoría de las veces	86	18.9
La mitad de las veces	187	10.5	La mitad de las veces	124	27.3
Casi ninguna vez	133	7.4	Casi ninguna vez	65	14.3
Ninguna vez	118	6.6	Ninguna vez	40	8.8
Sin respuesta	1105	61.8	Sin respuesta	96	21.0
T O T A L	1787		T O T A L	455	

129 CUADRO 15.2.3

33d) ¿Cuando penetra a la otra persona por el ano ¿Utiliza condón?

	HIV-	%		HIV+	%
Siempre	102	5.7	Siempre	60	13.3
La mayoría de las veces	112	6.3	La mayoría de las veces	61	13.4
La mitad de las veces	60	3.4	La mitad de las veces	11	6.8
Casi ninguna vez	83	4.6	Casi ninguna vez	67	14.7
Ninguna vez	273	15.3	Ninguna vez	128	28.1
Sin respuesta	1157	64.7	Sin respuesta	108	23.7
T O T A L	1787		T O T A L	455	

CUADRO 15.2.4

33e) Contacto oral-genital (introduce su pene en la boca de él):

	HIV-	%		HIV+	%
Siempre	102	5.7	Siempre	42	9.2
La mayoría de las veces	170	9.5	La mayoría de las veces	89	19.6
La mitad de las veces	136	7.6	La mitad de las veces	92	20.2
Casi ninguna vez	141	7.9	Casi ninguna vez	75	16.5
Ninguna vez	112	6.3	Ninguna vez	56	12.3
Sin respuesta	1126	63.0	Sin respuesta	101	22.2
T O T A L	1787		T O T A L	455	

130 CUADRO 15.2.5

33f) Contacto oral-genital (el pene de él en su boca):

	HIV-	%		HIV+	%
Siempre	68	3.8	Siempre	40	8.8
La mayoría de las veces	153	8.6	La mayoría de las veces	82	18.0
La mitad de las veces	134	7.5	La mitad de las veces	99	21.7
Casi ninguna vez	152	8.5	Casi ninguna vez	89	19.6
Ninguna vez	168	9.4	Ninguna vez	49	10.8
Sin respuesta	1112	62.2	Sin respuesta	96	21.1
T O T A L	1787		T O T A L	455	

CUADRO 15.2.6

33g) El introduce la mano o puño en su ano:

	HIV-	%		HIV+	%
Siempre	2	0.1	Siempre	3	0.7
La mayoría de las veces	11	0.6	La mayoría de las veces	4	0.9
La mitad de las veces	19	1.1	La mitad de las veces	2	0.4
Casi ninguna vez	92	5.1	Casi ninguna vez	48	10.5
Ninguna vez	548	30.6	Ninguna vez	299	65.7
Sin respuesta	1115	62.4	Sin respuesta	99	21.8
T O T A L	1787		T O T A L	455	

131 CUADRO 15.2.7

33b) Se masturban mutuamente (manipulación de genitales con eyaculación):

	HIV-	%		HIV+	%
Siempre	39	2.2	Siempre	21	4.6
La mayoría de las veces	127	7.1	La mayoría de las veces	61	13.4
La mitad de las veces	168	9.4	La mitad de las veces	94	21.5
Casi ninguna vez	182	10.2	Casi ninguna vez	108	28.1
Ninguna vez	156	8.7	Ninguna vez	54	11.9
Sin respuesta	1115	62.4	Sin respuesta	71	20.4
T O T A L	1787		T O T A L	455	

CUADRO 15.2.8

331) ¿Se hacen caricias o tienen contacto corporal de manera sensual o erótica en lugar de la penetración?

	HIV-	%		HIV+	%
Siempre	41	2.3	Siempre	27	5.9
La mayoría de las veces	117	6.6	La mayoría de las veces	57	12.5
La mitad de las veces	180	10.0	La mitad de las veces	103	22.6
Casi ninguna vez	181	10.1	Casi ninguna vez	113	24.9
Ninguna vez	144	8.1	Ninguna vez	47	10.3
Sin respuesta	1124	62.9	Sin respuesta	108	23.8
T O T A L	1787		T O T A L	455	

132

CUADRO 15.2.9

HIPOTESIS 4

REACTIVO	GRUPO 1				GRUPO 2				Z	PROBABILIDAD
	N	\bar{x}	σ	E	N	\bar{x}	σ	E		
35a)	455	1.5494	1.2853	0.021	1787	1.6418	1.2719	0.022	1.4428	14.98%
35b)	455	0.4769	1.1876	0.188	1787	0.3777	1.2573	0.154	1.5711	11.64%

CUADRO 16.1

REACTIVO	GPO. 1		GPO. 2		x^2
	$f(x_1)$	$f(x_2)$	x^2 CALCULADA	g.l.	
37a)	455	1787	18.9329	5	11.0765
37b)	455	1787	17.1916	5	11.0765
37c)	455	1787	18.5614	5	11.0765

CUADRO 16.2

CUADRO 16.1 PRUEBA Z PARA LA VARIABLE: CONDUCTA SEXUAL (USO DEL CONDOM)

CUADRO 16.2 PRUEBA χ^2 PARA LA VARIABLE: CONDUCTA SEXUAL (USO DEL CONDOM)

GRUPO 1 = SUJETOS SEROPOSITIVOS (HIV+)

GRUPO 2 = SUJETOS SERONEGATIVOS (HIV-)

37.- En los últimos 3 meses si Usted usó condón ¿Quién lo sugirió?

37a) Usted lo sugirió

	HIV-	%		HIV+	%
Ninguna vez	42	2.4	Ninguna vez	18	3.9
Menos de la mitad de las veces	27	1.5	Menos de la mitad de las veces	7	1.5
La mitad de las veces	47	2.6	La mitad de las veces	16	3.6
Más de la mitad de las veces	87	4.8	Más de la mitad de las veces	28	6.2
Siempre	254	14.5	Siempre	86	18.9
Sin respuesta	1326	74.2	Sin respuesta	300	65.9
T O T A L	1787		T O T A L	455	

CUADRO 16.2.1

37b) El o Ella lo sugirió

	HIV-	%		HIV+	%
Ninguna vez	88	4.9	Ninguna vez	25	5.5
Menos de la mitad de las veces	62	3.4	Menos de la mitad de las veces	17	3.8
La mitad de las veces	61	3.4	La mitad de las veces	22	4.8
Más de la mitad de las veces	59	3.3	Más de la mitad de las veces	32	7.0
Siempre	127	7.2	Siempre	44	9.7
Sin respuesta	1390	77.8	Sin respuesta	315	69.2
T O T A L	1787		T O T A L	455	

CUADRO 16.2.2

37c) Decisión mutua

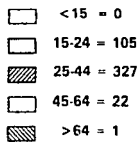
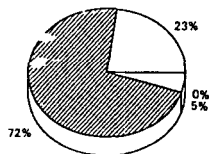
	HIV-	%
Ninguna vez	64	3.5
Menos de la mitad de las veces	34	1.9
La mitad de las veces	55	3.1
Más de la mitad de las veces	64	3.6
Siempre	161	9.0
Sin respuesta	1409	78.9
T O T A L	1787	

	HIV+	%
Ninguna vez	15	3.3
Menos de la mitad de las veces	10	2.2
La mitad de las veces	17	3.7
Más de la mitad de las veces	29	6.4
Siempre	55	12.1
Sin respuesta	329	72.3
T O T A L	455	

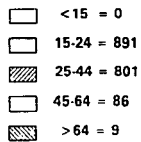
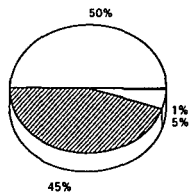
CUADRO 16.2.3

EDAD

HIV +



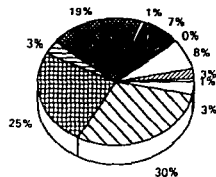
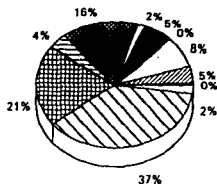
HIV-



ESCOLARIDAD

HIV +

HIV -



HIV + HIV-		HIV + HIV-		HIV + HIV-	
	ANALFABETA = 2 5		CARRERA TECNICA = 18 61		PROFESIONAL = 168 532
	SABE LEER Y ESCRIBIR = 8 16		SECUNDARIA INCOMPLETA = 25 133		POSTGRADO = 11 59
	PRIMARIA INCOMPLETA = 21 49		SECUNDARIA COMPLETA = 71 336		SIN RESPUESTA = 2 13
	PRIMARIA COMPLETA = 35 141		BACHILLERATO = 94 442		

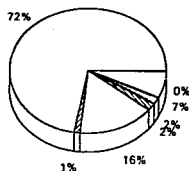
GRAFICA 2

ESTADO CIVIL

HIV +



HIV-

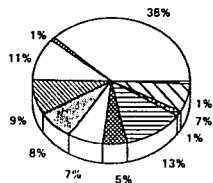


	HIV +	HIV -
SOLTERO	= 3	22
CASADO	= 372	1292
SEPARADO	= 41	282
UNION LIBRE	= 9	32

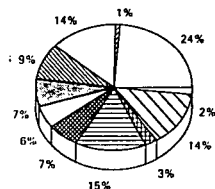
	HIV +	HIV -
DIVORCIADO	= 23	121
VIUDO	= 4	33
SIN RESPUESTA	= 3	5

NUMERO DE PAREJAS FEMENINAS

HIV +



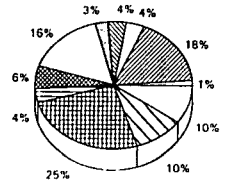
HIV-



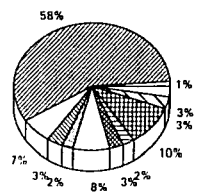
	HIV +	HIV-		HIV +	HIV-		HIV +	HIV-			
	NINGUNA	= 173	426		4	= 33	99		51 - 100	= 6	46
	1	= 49	247		5	= 23	119		MAS DE 100	= 3	32
	2	= 40	163		6 - 10	= 57	263		SIN RESPUESTA	= 4	17
	3	= 35	127		11 - 50	= 32	248				

NUMERO DE PAREJAS MASCULINAS

HIV +



HIV-

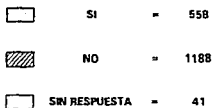
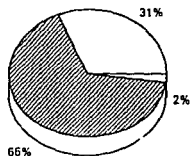


	HIV +	HIV -		HIV +	HIV -		HIV +	HIV -
	NINGUNA	= 80 1033		4	= 16 44		51 - 100	= 47 54
	1	= 17 117		5	= 27 51		MAS DE 100	= 44 48
	2	= 17 59		6 - 10	= 73 135		SIN RESPUESTA	= 6 22
	3	= 12 42		11 - 50	= 116 182			

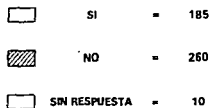
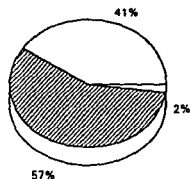
140

USO DEL CONDON EN LOS ULTIMOS 3 MESES

HIV +



HIV-



CAPITULO IX
CONCLUSIONES

1.- Se rechaza H_{01} y se acepta H_{a1} , con una probabilidad de 0.01 %, por lo que:

Si existen diferencias estadísticamente significativas, con respecto a los aspectos sociodemográficos entre personas seropositivas (HIV+) y seronegativas (HIV-).

2.- Se rechaza H_{02} y se acepta H_{a2} , con una probabilidad de 0.01 %, por lo que:

Si existen diferencias estadísticamente significativas, con respecto a la conducta sexual con pareja femenina, entre personas seropositivas (HIV+) y seronegativas (HIV-).

3.- Se rechaza H_{03} y se acepta H_{a3} , con una probabilidad de 0.01 %, por lo que:

Si existen diferencias estadísticamente significativas, con respecto a la conducta sexual con pareja masculina, entre personas seropositivas (HIV+) y seronegativas (HIV-).

4.- Se acepta la H_{04} , por lo que:

No existen diferencias estadísticamente significativas, con respecto al uso del condón, entre personas seropositivas (HIV+) y seronegativas (HIV-).

CAPITULO X

INTERPRETACION

El SIDA, como sabemos, es una de las enfermedades que con más fuerza ha impactado a la sociedad en general, sobre todo por su íntima relación con la sexualidad, debido a esto, se han movilizad o una serie de recursos tanto tecnológicos como humanos para dar explicación a una serie de fenómenos, principalmente de orden social, para ayudar a desacelerar el crecimiento de esta pandemia que día a día cobra más vidas.

Ultimos reportes del recientemente celebrado Congreso Internacional sobre SIDA, llevado a cabo en Berlín, afirman que no hay indicios de que se encuentre una cura para este mal, por lo menos no durante este siglo; por tal motivo todos los esfuerzos desplegados en relación a la educación e investigación que ayuden a informar a la población, serán las herramientas más poderosas para detener este síndrome. Es así como el presente estudio pretende analizar más a fondo el tipo de población que acude al Centro de Información (zona centro), con el fin de conocer el perfil de este grupo y así entender más su dinámica.

A continuación se analizarán aquellos reactivos en los que se demostró, mediante pruebas estadísticas, la existencia de diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos (Ver en el anexo los reactivos 4, 7, 9, 25, 29 y 35)

Es pertinente aclarar que si bien los reactivos que corresponden a los datos sociodemográficos no mostraron diferencias estadísticamente significativas, a excepción de la edad, fue necesario tomarlos en cuenta, en su totalidad, para realizar los diferentes cruces, ya que ellos constituyen la variable independiente.

Comenzaremos por analizar el factor edad. Podemos observar que la edad de las personas seropositivas es mayor en relación con las seronegativas por casi 4 años (Cuadro 1 reactivo 4), lo cual puede indicar que las personas de mayor edad tienen mayor resistencia a adoptar

medidas de autocuidado ya que han pasado más tiempo sin la necesidad de emplearlas, por el contrario, muchos de los que obtienen un resultado negativo han iniciado su vida sexual con la idea de autocuidado más desarrollada y sobre todo más asimilada.

La edad en que más infectados aparecen es entre los 25 y 44 años de edad, siendo el grupo de los solteros el más afectado, sin embargo, en el caso de los negativos, acudieron a hacerse la prueba un mayor número de personas con edades entre 15 y 24 años de edad, también en su mayoría solteros. (Cuadro 5)

En cuanto a la edad relacionada con la escolaridad, podemos decir que en ambos grupos un porcentaje alto de sujetos son profesionistas (Cuadro 6), dato que se contrapone con el estudio presentado por García y colaboradores en relación a hombres bisexuales y homosexuales (ver Cap.1 Datos a nivel Nacional), donde el 56% de ellos habían cursado la primaria o tenían una escolaridad menor, esto demuestra que el nivel de escolaridad no va íntimamente relacionado con la educación sexual y a la vez hace pensar en las estrategias, que hasta el momento se han empleado, para concientizar a la población sobre el empleo de medidas preventivas, no han sido las más adecuadas y en consecuencia deben ser más específicas, es decir, que las campañas de concientización e información deberían ser "confeccionadas" de acuerdo a las características de los grupos más afectados, no con el fin de sectarizar y estigmatizar, sino con el propósito de que el mensaje que se desea transmitir sea verdaderamente captado por la población blanco.

Por otro lado, es interesante observar que un gran porcentaje de la población, en ambos grupos estudiados, no han ejercido su sexualidad con mujeres durante toda su vida (Cuadro 7), la característica mencionada sobresale en los infectados vislumbrándose una concentración mayor en edades de 25 a 44 en los positivos y de 15 a 24 en los negativos. En contraste, el número de

parejas masculinas , en el grupo positivo, ha sido igual o mayor a 11; por el contrario, en el grupo de seronegativos, más de la mitad de ellos, no han tenido contacto sexual con hombres durante toda su vida (Cuadro 8). La concentración mayoritaria de individuos, en relación a la edad, conserva la misma distribución que en los datos arriba descritos.

De acuerdo con la información obtenida, la conducta homosexual, y más que ésta, el número de parejas sexuales es lo que determinó de manera importante la seropositividad en el grupo estudiado. El problema de llegar a este tipo de conclusiones es que se vuelve a hacer referencia a una serie de ideas que por años han sido totalmente atacadas, como el que los homosexuales son los que principalmente contraen la enfermedad (ver Capítulo 1), sin embargo, sabemos que existen personas con preferencia homosexual que mantienen relaciones estables de pareja, es por eso que en este caso la variable que más peso conlleva es el número de parejas que una persona tiene para exponerse al riesgo de contraer la enfermedad. Esta afirmación cobra sentido si nos remitimos al cuadro 9 en donde se aprecia que el uso del condón es deficiente en ambos grupos (más de la mitad no lo utiliza). Una vez más observamos que los HIV+ con edades de 25 a 44 y que los HIV- entre los 15 y 24 años de edad no usan el preservativo, situación que resulta sumamente grave, si consideramos que este grupo se encuentra en pleno ejercicio de su sexualidad, exponiéndose no sólo a este síndrome sino a enfermedades de transmisión sexual en general.

Ahora toca el turno de otro de los aspectos que constituyen la variable independiente (datos sociodemográficos): la Escolaridad. En relación a este rubro podemos comentar que existe, entre el grupo de seropositivos un porcentaje alto de personas solteras con estudios de profesional, de igual manera esta situación se aprecia entre los sujetos seronegativos (Cuadro

10). Esto nos hace pensar que al ser este grupo el más afectado y a la vez el más interesado en realizarse la prueba, es el que de alguna manera ha tenido contacto con la información difundida en los diferentes medios de comunicación. Esto parece contradictorio pero no lo es. Cada día el número de artículos y programas, así como eventos que giran en torno a las personas que viven con la infección o en cuanto a la información sobre sida, es más grande y el interés sobre ellos depende del que las personas se sientan aludidas, es decir, que se sientan en riesgo potencial de adquirir la infección. Esta es una de las características del grupo estudiado. Probablemente si se realizaran programas a nivel popular en donde se empleara un lenguaje llano y entendible, comenzaríamos a ver un incremento importante de personas con escolaridad menor que desean hacerse el examen.

Por otro lado, el que un número mayor de personas profesionistas y solteros sean los más afectados, indica que no por el hecho de poseer la información estén identificados con ésta. Existen personas que hasta hoy, 12 años después de haber sido reportado el primer caso de SIDA en el mundo, siguen pensando que esta enfermedad es exclusiva de homosexuales y prostitutas (Ver Capítulo 1), y con esta idea ejercen su sexualidad de manera irresponsable y podríamos decir que hasta suicida.

En lo relacionado al número de parejas femeninas que han tenido durante toda la vida, podemos mencionar que existe una cantidad mayor de personas que no han tenido relaciones sexuales con mujeres (Cuadro 11), esto es más señalado en el grupo de los positivos. En comparación, más del 50% de las personas con resultado negativo afirma no haber tenido relaciones sexuales en toda su vida con hombres (Cuadro 12), en cambio las personas que viven con el virus del SIDA afirman, en un porcentaje alto, haber tenido entre 11 y 50 parejas

hombres en toda su vida. Esto habla de una mayor prevalencia de conducta homosexual dentro de los seropositivos y en donde el grado escolar prevaeciente es el profesional. Conviene señalar una vez más que no es la preferencia homosexual lo que pone en riesgo a los individuos, sino el tipo de actividad sexual que se tiene, Sabemos que una de las prácticas sexuales que algunos homosexuales emplean es la penetración anal (Capítulo 6) y si a esto añadimos la falta de una pareja estable, entonces podemos entender por qué hay más infectados homosexuales.

Ahora, si analizamos el uso del condón y la escolaridad de los encuestados, vemos con sorpresa que el grupo de los seronegativos usa menos el condón que los seropositivos (Cuadro 13). Una vez más, el número de encuestados se ubica, en mayor número, dentro de los profesionistas. Probablemente esto se relacione con el número de parejas que se tienen. Se puede apreciar que si bien los negativos utilizaron menos el condón, el porcentaje de ellos que tenían más de 11 parejas (tanto femeninas como masculinas) es mínimo comparándolo con los seropositivos.

Como tercer factor a estudiar se encuentra el estado civil de los sujetos estudiados. Al hacer la comparación con los datos anteriormente expuestos, en relación al estado civil, volvemos a concluir que es el grupo de personas solteras el más afectado (entre los seropositivos supera el 80%) y en segundo término están las personas casadas (Cuadro 1.2.1), lo cual indica que el sector que se encuentra en más riesgo es el que está en pleno ejercicio de su sexualidad y en total despliegue de su fuerza de trabajo, lo que significa que al no emplearse medidas adecuadas para hacer llegar la información a este grupo en especial, tomando en cuenta todos los status sociales, el país se encontrará en grave crisis.

Una vez más se vuelve a presentar una mayor concentración de personas solteras que no

han tenido relaciones sexuales en toda su vida con mujeres, aspecto que es más notorio en los seropositivos (Cuadro 14), así mismo, en relación al número de parejas masculinas, que los grupos estudiados, han tenido durante toda la vida, vuelve a presentarse el mismo comportamiento estadístico, es decir, se aprecia una concentración mayor de sujetos infectados que han tenido entre 11 y 50 parejas, no así los seronegativos quienes, en casi el 60%, no han tenido parejas hombres (Cuadro 15). Como se vuelve hacer notar, en el grupo de personas con resultado positivo prevalece la conducta homosexual con múltiples parejas en comparación con las personas seronegativas, quienes presentan una conducta más tendiente a la heterosexualidad y con una cantidad menor de parejas, así como un uso menor del condón entre las personas solteras; en cambio, vemos que entre los seropositivos hay una tendencia ligeramente mayor en el uso del condón, de igual manera entre las personas solteras (Cuadro 16), pero como ya se concluyó anteriormente, tal parece que es el número de parejas lo que influye, de manera importante, para que una persona contraiga el virus.

Hasta este punto concluimos el análisis de datos con diferencias estadísticamente significativas, por lo que a continuación se realizará un perfil de los sujetos estudiados, con aquellos datos que no mostraron diferencias estadísticamente significativas, con el fin de formarnos una panorámica más amplia de aquellas conductas, que si bien no son determinantes para que una persona se infecte, influyen dentro de determinados contextos para que un individuo se exponga al riesgo.

Como ya habíamos mencionado anteriormente, no son la escolaridad ni el estado civil de una persona lo que contribuye a que un individuo incurra en conductas de riesgo, esto se observa tanto en personas con resultado negativo como positivo (Cuadros 1.1, 1.2), un ejemplo

de ello es el que se presenta específicamente en el estado civil de los individuos estudiados, en ambos grupos la mayoría son solteros, 81.7% en los HIV+ y 72.3% en los HIV-. (Cuadro 1.2.1).

En lo referente a la edad en que los sujetos tuvieron su primera relación sexual, observamos que los seropositivos tuvieron dicha experiencia a una edad mayor (en meses) que los seronegativos (Cuadro 2.1, reactivo 26). Por otro lado, en cuanto al número de mujeres distintas con las que tuvieron relaciones con penetración, en los últimos 3 meses, llama la atención que en ambos grupos ninguna persona tuvo relaciones con mujeres durante ese periodo, observándose en los seronegativos una tendencia a dar una respuesta más concreta, es decir, su respuesta se acerca a la primera opción que presenta la encuesta (Cuadro 2.1, reactivo 27). Del mismo modo, si estudiamos el número de parejas femeninas con las que tuvieron relaciones sexuales con penetración vaginal sin condón, en los últimos tres meses, veremos que la respuesta en los grupos estudiados fue la misma, reportan no haber tenido pareja alguna con la que hayan tenido relaciones sexuales sin condón (Cuadro 2.1, reactivo 27 a), en cambio si analizamos el número de mujeres con las que ambos grupos utilizaron condón durante la relación sexual con penetración utilizando condón, observamos que ambos grupos reportan no haber tenido pareja con la que hayan utilizado el profiláctico (Cuadro 2.1, reactivo 27 b).

El análisis del número de parejas femeninas estables que se han tenido durante los últimos tres meses, reporta que en ambos grupos, no tuvieron parejas estables (Cuadro 2.1, reactivo 27 c). Este mismo fenómeno se presenta cuando los encuestados respondieron respecto al número de parejas que fueron prostitutas (Cuadro 2.1, reactivo 27 d).

Cabe resaltar que en todo el grupo de respuestas correspondientes a las preguntas del

cuadro 2.1, se aprecia como común denominador, que hay una mayor tendencia a promedios ligeramente más elevados en el caso de los seronegativos, esto puede deberse a que en dicho grupo hay una tendencia mayor a la heterosexualidad.

Ahora estudiaremos Con qué Frecuencia los encuestados realizaron las siguientes actividades sexuales con mujeres:

Penetración Vaginal: Más del 50% en los dos grupos siempre realiza esta actividad, aunque llama la atención el porcentaje de HIV- que no respondieron esta pregunta, esto probablemente se deba a que dentro de este porcentaje se encuentren las personas con preferencia homosexual (Cuadro 2.2.1).

Penetración Vaginal con Condón: Existe un porcentaje mayor de personas, entre los seronegativos, que afirman no utilizar el condón en este tipo de prácticas en comparación con los seropositivos, sin embargo, este último grupo se abstuvo de responder en más de un 50% (Cuadro 2.2.2). También podemos afirmar que el uso del condón, aunque en bajo porcentaje, es mayor en los seronegativos que en los seropositivos, lo cual habla de que aunque hay un mayor porcentaje entre los HIV- que no usan el condón, el uso de éste está más difundido en ese grupo.

Penetración Anal: En los dos grupos se aprecia una marcada tendencia a no realizar esta práctica sexual; pudiéndose apreciar más esto en los HIV-, casi un 50%. Por otro lado, los HIV+ muestran que aunque esta práctica sexual no es muy usada (los porcentajes son muy bajos) existe una ligera tendencia mayor a practicarla y una vez más se muestra entre ellos la característica a no responder, en su mayoría (Cuadro 2.2.3.)

Penetración Anal con Condón: Una vez más, en los dos grupos, se presenta la tendencia a no

contestar, enmarcada por los porcentajes más altos, así mismo se puede afirmar que los seronegativos utilizan el condón con menos frecuencia que los seropositivos. a pesar de esto y como arriba se señaló, aunque los porcentajes de uso de preservativo es bajo en ambos grupos. no deja de llamar la atención que si bien los HIV- lo usan menos, los porcentajes que reportan su uso son más altos que los de los HIV+ (Cuadro 2.2.4)

Masturbación Mutua, Caricias o Contacto Corporal de manera Sensual o Erótica: Es notable el hecho de que en ambos grupos los porcentajes mayores se refieren a que este tipo de prácticas, que caen dentro de la categoría de sexo protegido o sexo más seguro, no es practicada por los grupos estudiados casi en base al mismo porcentaje, pero es más notoria la poca práctica de estas actividades en el grupo con resultado positivo, es decir, que se aprecian porcentajes más bajos en las opciones de respuesta donde se reporta su empleo (Cuadro 2.2.5)

A continuación proseguiremos con la serie de reactivos que indagan diversos aspectos, en relación a parejas masculinas.

En el reactivo 30 (Cuadro 3.1) se concluye que la edad en que los encuestados tuvieron su primera relación sexual con una pareja masculina, fue en promedio de 16 años para ambos grupos.

El número de parejas masculinas con las cuales se haya tenido relaciones sexuales, durante los últimos 3 meses, en los seronegativos la cantidad asciende a 3 parejas, mientras que para los seropositivos la cantidad es 2 (Cuadro 3.1, reactivo 31).

En cuanto al número de parejas masculinas con las que se ha tenido relaciones sexuales y ante las cuales, se ha asumido una conducta sexualmente receptiva, sin condón (durante los últimos 3 meses), podemos mencionar que en los dos grupos hay una tendencia a afirmar la

inexistencia de parejas con las cuales hayan tenido este tipo de práctica (Cuadro 3.1,reactivo 31 a)). Por otro lado, la respuesta a la misma pregunta, pero donde se añade el uso del condón, presenta una variante, en el grupo de los seronegativos ya que se acepta la existencia de este tipo de conducta sexual receptiva con condón con una pareja (el promedio de las respuestas se acercan a esa opción), situación contraria con los seropositivos, quienes niegan el tener por lo menos una pareja (Cuadro 3.1, reactivo 31 b)).

Ahora hablaremos del numero de parejas masculinas, con quienes se haya asumido una conducta sexual insertiva (penetrador) y en donde no se haya utilizado el condón. Bajo estas circunstancias vemos que ambos grupos niegan haber tenido parejas con las que practicasen este tipo de conducta, sin embargo, en el grupo de los positivos, se observa un ligero incremento en cuanto a esta práctica (Cuadro 3.1, reactivo 31 c)). El mismo fenómeno se observa cuando se utiliza el condón durante la conducta anal insertiva (Cuadro 3.3, reactivo 31 d)).

Como ya se ha mencionado, la transmisión anal es la que más riesgo conlleva (Apartado 3.2.1). Se observa que en los seronegativos se acentúa más la conducta receptiva, así como el uso del condón en la misma (reactivo 31 b)), en cambio los seropositivos tienden a la conducta insertiva sin condón (reactivo 31 c)). Aunque las diferencias entre estas respuesta no son estadísticamente significativas, podemos ver que esos pequeños variantes traducidos a decimales, pueden hacer la diferencia entre infectarse o no. Se observa muy claramente que aunque en ambos grupos la práctica anal se da, el uso del condón, en estos casos, es una variable de importancia.

Al preguntar en relación al número de parejas masculinas, casuales o no estables, durante los últimos tres meses, las respuestas de los seropositivos tienden a afirmar que tuvieron una

pareja, en cambio los encuestados con resultado negativo niegan esta situación (Cuadro 3.1, reactivo 31 e)).

También el tema de prostitución es abordado en la encuesta CACP, por eso al preguntar acerca del número de veces que los encuestados recibieron dinero por tener relaciones sexuales; en ambos grupos la respuesta fue negativa, aunque el promedio de los seropositivos es ligeramente mayor (Cuadro 3.1, reactivo 31 f)). Así mismo, los dos grupos dieron una respuesta negativa cuando se les inquirió respecto al número de veces que recurrieron a tener relaciones con personas que se dedican a la prostitución (Cuadro 3.1, reactivo 31 g)).

En lo relacionado al número de parejas estables o no casuales en los últimos tres meses, tanto seropositivos como seronegativos, reportan no haber tenido pareja alguna con estas características (Cuadro 3.1, reactivo 31 h)).

Ahora, si analizamos el número de coitos que se realizan, cuando existe una conducta receptiva, durante la actividad sexual podremos observar que ninguno de los grupos reporta tener coitos bajo estas circunstancias; lo mismo se concluye cuando la conducta es insertiva, sin embargo, aunque en ambas preguntas se niega la existencia de coitos, es notorio que la media en ambos grupos es mayor cuando se trata de conducta insertiva (Cuadro 3.1, reactivos 32 a) y 32 b)).

A continuación haremos referencia a la frecuencia de las actividades que los encuestados reportaron haber practicado.

Al indagar si los encuestados asumían una conducta receptiva durante el coito anal, vemos que más de la mitad de los seronegativos prefirió no responder, y en contraste, el mayor porcentaje que se obtuvo de los seropositivos se ubica en que la mitad de las veces ellos llevaron a cabo

esta práctica (Cuadro 3.2.1); ahora, al preguntar si bajo esta práctica sexual la pareja utilizó condón, se aprecia nuevamente la resistencia a responder por parte de las personas con resultado negativo, y por otro lado, con los HIV+ su pareja, en un porcentaje alto, no usa el condón (Cuadro 3.2.2).

Respecto a la frecuencia de la conducta sexual insertiva de los encuestados, encontramos que nuevamente los HIV-, en más de la mitad, se niegan a responder y en cambio, en los HIV+, casi el mismo porcentaje que apareció en la conducta receptiva aparece en la conducta insertiva (Cuadro 3.2.3). El mismo patrón de respuesta se presenta en los seronegativos cuando se indaga la utilización del condón en estas prácticas sexuales (se niegan a responder) y de igual manera vemos que los HIV+ en un porcentaje alto no utilizan condón (Cuadro 3.2.4). Ante esto podemos concluir que los HIV+ tienden a practicar tanto el coito anal receptivo como insertivo y donde el uso del condón es relativamente poco; por lo tanto, puede explicarse en cierta medida el riesgo que corrieron .

Al valorar la actividad oro-genital (donde los encuestados hayan tenido la parte pasiva), encontramos que los seropositivos, en un porcentaje mayor, practican esta actividad la mitad de las veces, mientras que los seronegativos, en más de un 60% se niegan a contestar (Cuadro 3.2.5). De la misma manera el mismo patrón de respuestas, por parte de los dos grupos, se muestra al preguntárseles acerca de la relación oro-genital pero cuando los encuestados asumen la parte activa, es decir, cuando ellos son quienes estimulan a la pareja (Cuadro 3.2.6).

En el cuadro 3.2.7 se valora la penetración anal con mano o puño y vemos que en los grupos de estudio, los porcentajes más altos de respuesta mencionan que ninguna vez se ha dado esta práctica. Se vuelve a presentar el mismo patrón por parte de los seronegativos, en más del

60% se abstienen de contestar.

Al evaluar la frecuencia con que se realiza la masturbación mutua de genitales con eyaculación, observamos que tanto los seropositivos como seronegativos casi ninguna vez la llevan a la práctica. La mayoría de este último grupo no contestó (Cuadro 3.2.8).

Al preguntar en torno a la ejecución de caricias eróticas y contacto corporal en lugar de la penetración, es decir, lo que sería sexo seguro propiamente dicho, las respuestas de ambos grupos fueron que casi nunca la practican. Del mismo modo, se ve una gran resistencia a contestar por parte de las personas sanas (Cuadro 3.2.9).

El uso del condón, durante los tres últimos meses, en ambos grupos si se llevó a cabo, al igual que no reportaron ruptura de éste (Cuadro 4.1, reactivos 35 a) y 35 b))

Quando se investigó quién había sugerido el uso del preservativo, en los últimos tres meses, se encontró que los más altos porcentajes (después de aquellos que corresponden a la abstinencia a contestar) se refieren, en primer lugar a que el interesado siempre lo sugirió; en segundo término, siempre fue decisión mutua y en tercer lugar corresponde a que la sugerencia siempre fue hecha por la pareja. Curiosamente aunque ambos grupos coinciden, en sus más altos porcentajes, en los rubros antes mencionados, son los seropositivos los que al parecer reportaron mayor interés en usar el condón. (Cuadros 4.2.1, 4.2.2, 4.2.3) Sin embargo, no olvidemos que es precisamente este grupo el que mayor número de parejas reportaron tener, al igual que mayor empleo de actividades sexuales riesgosas. Probablemente de aquí se pueda concluir que a mayor número de parejas, el uso del condón disminuye, resultado que coincidiría con la investigación hecha por la Universidad de California en un grupo de adolescentes (Apartado 1.5).

Como conclusión podemos afirmar que los aspectos sociodemográficos, en especial la escolaridad y el estado civil, no se relacionan de manera importante con el riesgo de que un individuo pueda infectarse con el virus del SIDA. Sin embargo, es de llamar la atención el observar que un porcentaje alto de personas seropositivas son profesionistas y solteros, así mismo, se aprecia que tanto en personas sanas como infectadas el uso del condón es poco frecuente, y es precisamente este último aspecto uno de los puntos más relevantes, ya que aquellos que aún son seronegativos estarán en riesgo de infectarse si no incluyen dentro de sus actividades sexuales el uso del preservativo y el empleo de prácticas de sexo seguro. Por lo que concierne a las personas infectadas, al no emplear este profiláctico, no sólo pueden incurrir en prácticas irresponsables para con los demás, sino también consigo mismos ya que al no protegerse corren el riesgo de reinfectarse y de esta manera acelerar la aparición de la enfermedad.

Por otro lado, es sorprendente que en general la población estudiada no recurre a prácticas de sexo seguro o protegido como una medida para preservar la salud ni como una opción más para incrementar el goce sexual con la pareja.

Creemos que los esfuerzos hechos por las autoridades, en materia de prevención, son de tomarse en cuenta si consideramos la distorsionada educación sexual que como pueblo tenemos. Si se piensa, como algunos sectores minoritarios de la población han proclamado, que las campañas de información deben ser más agresivas y directas, es necesario primero erradicar mitos y temores en torno a la sexualidad desde la familia misma. Tal vez esto parezca utópico, pero cuando volvemos la cara hacia países como España, Suecia, Francia etc. donde las campañas de información mencionan directamente y sin temor a las palabras ni a las imágenes,

aspectos elementales de la información haciendo de esta manera que los objetivos se cumplan, es decir, educar e informar.

Por lo tanto, las conclusiones a las que se ha llegado en esta investigación confirman una vez más, desafortunadamente, lo distante que resulta el control de la enfermedad (en cuanto a la disminución de casos) por medio de la información y educación que actualmente se aplica, sin embargo, si el avance se ha logrado en otros países, cabe la posibilidad de que uniendo más esfuerzos para una mayor concientización, se logren cambios de actitud hacia la sexualidad, hacia la enfermedad y en consecuencia hacia las personas infectadas.

CAPITULO XI
LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Una de las limitaciones más importantes dentro de este estudio, fue en sí el diseño de investigación que se empleó, es decir, la investigación *ex-post-facto*, pues en ésta a diferencia de la investigación experimental, no incluye el control sobre la variable independiente por medio de la manipulación ya que sus manifestaciones ya acontecieron.

Por otro lado, aunque en ambos tipos de investigaciones (experimental y *ex-post-facto*), se eligen los sujetos al azar, en la investigación *ex-post-facto* no es posible asignar aleatoriamente los sujetos ni los tratamientos a los grupos.

Los resultados arrojados en este estudio, no pueden ser generalizados a otros tipos de poblaciones, ya que hablamos de grupos cuyas características difícilmente podrían ser reunidas por otros grupos, es decir, son personas que acuden voluntariamente a hacerse el examen con la conciencia, en muchos de los casos, del riesgo que han corrido y que además son previamente entrevistados e informados a cerca de la enfermedad misma. Podríamos decir que la generalización de resultados a la que nos referimos, tampoco podría hacerse extensiva al otro centro de información de CONASIDA, ya que la población que ahí acude, tiene otro tipo características debido a la ubicación, entre otras aspectos, de dicho centro.

Otro tipo de limitación es aquél que se observó en las respuestas a algunos reactivos del instrumento, es decir, en ciertas preguntas la resistencia a contestar superaba el 60%. Esto puede deberse a la manera tan directa en que están formulados los reactivos. Algunos

sujetos, durante la aplicación de la encuesta, se quejan de que hay preguntas que hacen alusión a aspectos muy íntimos de su conducta sexual o creen que al dar información tan específica sobre su persona, pueden ser objeto de represalias por parte de las autoridades, como es el privarlos de su libertad. Cabe aclarar que todas estas inquietudes que tienen los pacientes tratan de ser aclaradas antes de contestar la encuesta, sin embargo habrá quienes no hagan evidentes estos temores y prefieran no contestar.

Sabemos que no sólo son los aspectos sociodemográficos los que influyen de una manera trascendente para que una persona incurra en conductas de riesgo. Dentro de la misma encuesta existen una gran cantidad de datos que pueden ser aprovechados para realizar otro tipo de estudios, que como éste, ayuden a profundizar más en aquellos puntos, que en conjunto, pueden dar una idea más amplia respecto al perfil de las personas que se infectan y de las que no.

Podría tomarse como limitación el que no se haya estudiado, por separado, las diferentes preferencias sexuales que están incluidas dentro de cada uno de los grupos estudiados, sin embargo, el objetivo de esta investigación no era ese, hacer este tipo de distinciones entre preferencias sexuales, sería volver a incurrir en antiguos errores, como es el de estigmatizar a ciertos sectores de la población cayendo en la tan sonada frase "grupos de riesgo".

Por otro lado, no se niega la importancia que podría tener las aportaciones de otras investigaciones que, junto con ésta, aporten más datos en relación a la conducta sexual de personas del público en general, es decir de personas que no estén tan interesadas en que se les

realice la prueba; los resultados obtenidos podrían aportar datos interesantes en relación a aquellos que no creen estar en riesgo, y al mismo tiempo, esos resultados podrían servir de base para campañas de prevención.

Se sugiere también la realización de investigaciones en relación a la conducta sexual de los adolescentes y a su conocimiento sobre el SIDA. Después de observar los datos obtenidos de la presente investigación, podemos afirmar que el grupo antes mencionado sería un excelente objeto de estudio, ya que por características propias y por lo poco propensos al riesgo que se creen, es necesario que dichas investigaciones aporten opciones en cómo hacer llegar la información a estos grupos.

ANEXO.

INFORMACION ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL.

4.- Edad _____ Años

7.- **Escolaridad** (Encierre en un círculo la respuesta)

- 1) Analfabeta
- 2) Sabe leer y escribir
- 3) Primaria incompleta
- 4) Primaria completa
- 5) Carrera técnica
- 6) Secundaria incompleta
- 7) Secundaria completa
- 8) Bachillerato
- 9) Profesional
- 10) Posgrado

9.- **Estado civil**

- | | | |
|----------------|---------------|-------------|
| 1) Soltero | 2) Casado | 3) Separado |
| 4) Unión libre | 5) Divorciado | 6) Viudo |

NOS GUSTARIA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS ACERCA DE CUALQUIER PAREJA FEMENINA QUE PUDO HABER TENIDO.

(Encierre en un círculo la respuesta)

25.- ¿En toda su vida con cuántas mujeres ha tenido relaciones sexuales (con penetración)?

- | | |
|------------|----------------|
| 1) Ninguna | 6) 5 |
| 2) 1 | 7) 6 - 10 |
| 3) 2 | 8) 11 - 50 |
| 4) 3 | 9) 51 - 100 |
| 5) 4 | 10) Más de 100 |

(Si contestó ninguna, por favor pase a la pregunta 29)

26.- ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual con una mujer?

_____ años

27.- En los últimos tres meses ¿Con cuántas mujeres distintas ha tenido relaciones sexuales (con penetración)? _____

a) En los últimos tres meses ¿Con cuántas mujeres distintas ha tenido relaciones sexuales (con penetración vaginal) sin condón?

- | | |
|------------|----------------|
| 1) Ninguna | 6) 5 |
| 2) 1 | 7) 6 - 10 |
| 3) 2 | 8) 11 - 50 |
| 4) 3 | 9) 51 - 100 |
| 5) 4 | 10) Más de 100 |

b) En los últimos tres meses ¿Con cuántas mujeres distintas ha tenido relaciones sexuales (con penetración vaginal) con condón?

- | | |
|------------|----------------|
| 1) Ninguna | 6) 5 |
| 2) 1 | 7) 6 - 10 |
| 3) 2 | 8) 11 - 50 |
| 4) 3 | 9) 51 - 100 |
| 5) 4 | 10) Más de 100 |

c) En los últimos tres meses ¿Cuántas de estas parejas femeninas fueron estables (no casual)?

- | | |
|------------|----------------|
| 1) Ninguna | 6) 5 |
| 2) 1 | 7) 6 - 10 |
| 3) 2 | 8) 11 - 50 |
| 4) 3 | 9) 51 - 100 |
| 5) 4 | 10) Más de 100 |

d) En los últimos tres meses ¿Cuántas de estas parejas fueron prostitutas?

- | | |
|------------|----------------|
| 1) Ninguna | 6) 5 |
| 2) 1 | 7) 6 - 10 |
| 3) 2 | 8) 11 - 50 |
| 4) 3 | 9) 51 - 100 |
| 5) 4 | 10) Más de 100 |

28.- En sus relaciones sexuales con mujeres, con qué "frecuencia" ha realizado las siguientes actividades? (Encierre en un círculo la respuesta)

a) ¿Penetra usted a su compañera por la vagina?

- | | | | | |
|------------|----------------------------|--------------------------|------------------------------|-----------------|
| 1) Siempre | 2) La mayoría de las veces | 3) La mitad de las veces | 4) Casi ninguna de las veces | 5) Ninguna vez. |
|------------|----------------------------|--------------------------|------------------------------|-----------------|

b) ¿Cuando penetra usted a su compañera por la vagina, Utiliza condón?

- | | | | | |
|------------|----------------------------|--------------------------|------------------------------|-----------------|
| 1) Siempre | 2) La mayoría de las veces | 3) La mitad de las veces | 4) Casi ninguna de las veces | 5) Ninguna vez. |
|------------|----------------------------|--------------------------|------------------------------|-----------------|

c) ¿En sus relaciones sexuales, Penetra a su compañera por el ano?

- | | | | | |
|------------|----------------------------|--------------------------|------------------------------|-----------------|
| 1) Siempre | 2) La mayoría de las veces | 3) La mitad de las veces | 4) Casi ninguna de las veces | 5) Ninguna vez. |
|------------|----------------------------|--------------------------|------------------------------|-----------------|

d) ¿Cuando penetra a su compañera por el ano, Utiliza condón?

- | | | | | |
|------------|----------------------------|--------------------------|------------------------------|-----------------|
| 1) Siempre | 2) La mayoría de las veces | 3) La mitad de las veces | 4) Casi ninguna de las veces | 5) Ninguna vez. |
|------------|----------------------------|--------------------------|------------------------------|-----------------|

e) En las relaciones sexuales con mujeres realiza masturbación mutua; caricias o contacto corporal de manera sensual o erótica sin penetración?

- | | | | | |
|------------|----------------------------|--------------------------|------------------------------|-----------------|
| 1) Siempre | 2) La mayoría de las veces | 3) La mitad de las veces | 4) Casi ninguna de las veces | 5) Ninguna vez. |
|------------|----------------------------|--------------------------|------------------------------|-----------------|

AHORA QUEREMOS PREGUNTARLE ACERCA DE SUS PAREJAS MASCULINAS

29.- ¿En toda su vida, con cuántos hombres distintos ha tenido relaciones sexuales? (que lo penetren o haya penetrado usted)

(Encierre en un círculo la respuesta)

- | | |
|------------|----------------|
| 1) Ninguno | 6) 5 |
| 2) 1 | 7) 6 - 10 |
| 3) 2 | 8) 11 - 50 |
| 4) 3 | 9) 51 - 100 |
| 5) 4 | 10) Más de 100 |

(Si contestó número, por favor pise a la pregunta 35)

30.- ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual con un hombre?

(que lo penetren o haya estado penetrado)

_____ años

31.- En los últimos tres meses, ¿Con cuántos hombres distintos ha tenido relaciones sexuales? (que usted penetró o haya sido penetrado)

a) En los últimos tres meses, ¿Con cuántos hombres distintos ha tenido relaciones sexuales que lo penetren por el ano sin condón?

- | | |
|------------|----------------|
| 1) Ninguno | 6) 5 |
| 2) 1 | 7) 6 - 10 |
| 3) 2 | 8) 11 - 50 |
| 4) 3 | 9) 51 - 100 |
| 5) 4 | 10) Más de 100 |

b) En los últimos tres meses, ¿Con cuántos hombres distintos ha tenido relaciones sexuales que lo penetren por el ano con condón?

- | | |
|------------|----------------|
| 1) Ninguno | 6) 5 |
| 2) 1 | 7) 6 - 10 |
| 3) 2 | 8) 11 - 50 |
| 4) 3 | 9) 51 - 100 |
| 5) 4 | 10) Más de 100 |

c) En los últimos tres meses ¿Con cuántos hombres distintos ha tenido relaciones sexuales que haya usted penetrado por el ano sin condón?

- | | |
|------------|----------------|
| 1) Ninguna | 6) 5 |
| 2) 1 | 7) 6 - 10 |
| 3) 2 | 8) 11 - 50 |
| 4) 3 | 9) 51 - 100 |
| 5) 4 | 10) Más de 100 |

d) En los últimos tres meses ¿A cuántos hombres distintos ha usted penetrado por el ano con condón?

- | | |
|------------|----------------|
| 1) Ninguna | 6) 5 |
| 2) 1 | 7) 6 - 10 |
| 3) 2 | 8) 11 - 50 |
| 4) 3 | 9) 51 - 100 |
| 5) 4 | 10) Más de 100 |

e) En los últimos tres meses ¿Cuántas de estas parejas masculinas, fueron no estables o amigos casuales?

- | | |
|------------|----------------|
| 1) Ninguna | 6) 5 |
| 2) 1 | 7) 6 - 10 |
| 3) 2 | 8) 11 - 50 |
| 4) 3 | 9) 51 - 100 |
| 5) 4 | 10) Más de 100 |

f) En los últimos tres meses ¿De estas relaciones sexuales en cuántas ocasiones le han pagado?

- | | |
|------------|----------------|
| 1) Ninguna | 6) 5 |
| 2) 1 | 7) 6 - 10 |
| 3) 2 | 8) 11 - 50 |
| 4) 3 | 9) 51 - 100 |
| 5) 4 | 10) Más de 100 |

g) En los últimos tres meses ¿De estas relaciones sexuales cuántas ocasiones usted ha pagado?

- | | |
|------------|----------------|
| 1) Ninguna | 6) 5 |
| 2) 1 | 7) 6 - 10 |
| 3) 2 | 8) 11 - 50 |
| 4) 3 | 9) 51 - 100 |
| 5) 4 | 10) Más de 100 |

h) En los últimos tres meses ¿Cuántas de estas parejas masculinas, fueron estables (No casuales)?

- | | |
|------------|----------------|
| 1) Ninguna | 6) 5 |
| 2) 1 | 7) 6 - 10 |
| 3) 2 | 8) 11 - 50 |
| 4) 3 | 9) 51 - 100 |
| 5) 4 | 10) Más de 100 |

32.- En una relación sexual:

- a) ¿Cuántos coitos realiza cuando a usted lo penetran? _____
- b) ¿Cuántos coitos realiza cuando usted penetra? _____

33.- ¿Con qué "frecuencia" realiza las siguientes actividades?
(Encierre en un círculo la respuesta)

a) ¿Es usted penetrado por el año?

- | | | | | |
|------------|----------------------------|--------------------------|------------------------------|-----------------|
| 1) Siempre | 2) La mayoría de las veces | 3) La mitad de las veces | 4) Casi ninguna de las veces | 5) Ninguna vez. |
|------------|----------------------------|--------------------------|------------------------------|-----------------|

b) ¿De las veces que usted es penetrado por el año, su pareja utiliza condón?

- | | | | | |
|------------|----------------------------|--------------------------|------------------------------|-----------------|
| 1) Siempre | 2) La mayoría de las veces | 3) La mitad de las veces | 4) Casi ninguna de las veces | 5) Ninguna vez. |
|------------|----------------------------|--------------------------|------------------------------|-----------------|

c) ¿Penetra usted por el año a la otra persona?

- | | | | | |
|------------|----------------------------|--------------------------|------------------------------|-----------------|
| 1) Siempre | 2) La mayoría de las veces | 3) La mitad de las veces | 4) Casi ninguna de las veces | 5) Ninguna vez. |
|------------|----------------------------|--------------------------|------------------------------|-----------------|

d) ¿Cuándo penetra a la otra persona por el ano, utiliza condón?

- | | | | | |
|------------|----------------------------|--------------------------|------------------------------|-----------------|
| 1) Siempre | 2) La mayoría de las veces | 3) La mitad de las veces | 4) Casi ninguna de las veces | 5) Ninguna vez. |
|------------|----------------------------|--------------------------|------------------------------|-----------------|

e) ¿Contacto oral-genital (introduce su pene en la boca de él)?

- | | | | | |
|------------|----------------------------|--------------------------|------------------------------|-----------------|
| 1) Siempre | 2) La mayoría de las veces | 3) La mitad de las veces | 4) Casi ninguna de las veces | 5) Ninguna vez. |
|------------|----------------------------|--------------------------|------------------------------|-----------------|

f) ¿Contacto oral-genital (el pene de él en su boca)?

- | | | | | |
|------------|----------------------------|--------------------------|------------------------------|-----------------|
| 1) Siempre | 2) La mayoría de las veces | 3) La mitad de las veces | 4) Casi ninguna de las veces | 5) Ninguna vez. |
|------------|----------------------------|--------------------------|------------------------------|-----------------|

g) El introduce la mano o puño en su ano:

- | | | | | |
|------------|----------------------------|--------------------------|------------------------------|-----------------|
| 1) Siempre | 2) La mayoría de las veces | 3) La mitad de las veces | 4) Casi ninguna de las veces | 5) Ninguna vez. |
|------------|----------------------------|--------------------------|------------------------------|-----------------|

h) Se masturban mutuamente (manipulación de genitales con eyaculación)

- | | | | | |
|------------|----------------------------|--------------------------|------------------------------|-----------------|
| 1) Siempre | 2) La mayoría de las veces | 3) La mitad de las veces | 4) Casi ninguna de las veces | 5) Ninguna vez. |
|------------|----------------------------|--------------------------|------------------------------|-----------------|

i) ¿Se hacen caricias o tienen contacto corporal de manera sensual o erótica, en lugar de la penetración?

- | | | | | |
|------------|----------------------------|--------------------------|------------------------------|-----------------|
| 1) Siempre | 2) La mayoría de las veces | 3) La mitad de las veces | 4) Casi ninguna de las veces | 5) Ninguna vez. |
|------------|----------------------------|--------------------------|------------------------------|-----------------|

AHORA QUEREMOS HACERLE UNA SERIE DE PREGUNTAS ACERCA DEL USO DEL CONDON CON SUS COMPAÑEROS (AS) SEXUALES:

35.- En los últimos tres meses:

- | | | |
|--------------------------|-------|-------|
| a) Ha usado condón? | 1) Sí | 2) No |
| b) Se le ha roto alguno? | 1) Sí | 2) No |

37.- En los Últimos tres meses si usted usó condón, quién lo sugirió?

a) Usted lo sugirió:

- | | | | | |
|----------------|-----------------------------------|---------------------------|----------------------------------|-------------|
| 1) Ninguna vez | 2) Menos de la mitad de las veces | 3) La mitad de las veces. | 4) Más de la mitad de las veces. | 5) Siempre. |
|----------------|-----------------------------------|---------------------------|----------------------------------|-------------|

b) El o Ella lo sugirió:

- | | | | | |
|----------------|-----------------------------------|---------------------------|----------------------------------|-------------|
| 1) Ninguna vez | 2) Menos de la mitad de las veces | 3) La mitad de las veces. | 4) Más de la mitad de las veces. | 5) Siempre. |
|----------------|-----------------------------------|---------------------------|----------------------------------|-------------|

c) Decisión mutua:

- | | | | | |
|----------------|-----------------------------------|---------------------------|----------------------------------|-------------|
| 1) Ninguna vez | 2) Menos de la mitad de las veces | 3) La mitad de las veces. | 4) Más de la mitad de las veces. | 5) Siempre. |
|----------------|-----------------------------------|---------------------------|----------------------------------|-------------|

BIBLIOGRAFIA GENERAL.

- 1.- Africa and the origin of AIDS. Science : Vol. 230. Diciembre 6 de 1985.
- 2.- Alvarez, Gayou Juan Luis, Elementos de Sexología, Interamericana, México, 1983.
- 3.- Baena, Paz Guillermina. Manual para elaborar trabajos de investigación documental, Editores Mexicanos Unidos, México, 1989.
- 4.- Barré-Sinoussi, F. (et.al.). El SIDA en Preguntas, Edivision, México, 1989.
- 5.- Castro, Luis. Diseño Experimental en estadística... usos y restricciones en su aplicación a las ciencias de la conducta, Trillas, México, 1976.
- 6.- Cardenas, Arroyo Jorge. Manejo Psicológico del paciente con SIDA por el Médico no Psiquiatra, Instituto Mexicano de Psiquiatría, México 1989.
- 7.- Carlson, James R. Una prueba Rápida, sencilla y económica para la detección de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana, en The Lancet (ed. Esp.) Vol 10, No. 6, 1987.
- 8.- Carovano, Kathryn y Madrigal Ramos M., A Través del Espejo: El papel del consejero en la prevención del SIDA, AIDSCOM, Washington D.C., 1991.
- 9.- Carrillo, Ma. Elvira; Carrillo Hector. Información sobre SIDA por vía Telefónica (Hot Line), San Francisco AIDS Foundation y CONASIDA, México, 1989.
- 10.- Clare, Moffatt, Betty. (et.al.). AIDS: A Self-Care Manual, AIDS Project Los Angeles, Los Angeles, 1988.
- 11.- Comprobación de la Calidad de los Preservativos, Outlook, Septiembre, 1987.
- 12.- CONASIDA. Manual de encuestas sobre Conocimientos, Actitudes, Creencias y Prácticas (CACP) sobre SIDA y ETS.
- 13.- CONASIDA, UNISEF. Centro Nacional de Transfusión Sanguínea. Los Niños y el SIDA una Calamidad Inminente, Equipo Editor S.C., 1991.
- 14.- Cruz Roja Americana, Manual del Instructor sobre el HIV SIDA, 1991.
- 15.- Curtis, Helena. Biología, Ed. Panamericana, México, 1985.
- 16.- Dilley, James W. Face to Face. A guide to AIDS Counseling AIDS Health Project, E.U., 1989.

- 17.- Dirección General de Epidemiología, Boletín mensual de SIDA, (México), 2, 1-2: ? Enero-Febrero 1988
- 18.- Dirección General de Epidemiología, Boletín mensual de SIDA (México), 2, 11-12: 497-534 Noviembre-Diciembre 1988.
- 19.- Edison, Ted. The AIDS Caregiver's Handbook, St. Martin's Press, New York, 1988.
- 20.- Efecto Barrera al VIH, preservativos de Látex y SIDA, España, 1989.
- 21.- Factores Biológicos de la Transmisión Sexual, Año 4, No. 1 Enero 1990.
- 22.- Gallo, Robert. The AIDS Virus, en Scientific American, Vol.255, No.1 ,Enero 1987.
- 23.- Galván Díaz, Francisco. El SIDA en México: Los aspectos sociales, Ediciones de Cultura Popular UAM.,México, 1988.
- 24.- García, Pelayo Ramón. Diccionario Larousse Usual, Ediciones Larousse, 6a edición, México, 1985.
- 25.- García, R. et. al.. Tendencias del VIH y y factores de riesgo en 5040 hombres homosexuales y bisexuales en México, VI Conferencia Internacional sobre SIDA, San Francisco California, EEUU, Junio 1990.
- 26.- Gordon, Gill. Hablando del SIDA una guía para trabajar en la comunidad, Federación de Planificación Familiar, Bogotá Colombia, 1987.
- 27.- Gordon, Gill; Charnock Deborah, Mujeres Negociando: El Sexo más Seguro, Gaceta CONASIDA, 1991, 4 (2).
- 28.- Graubard, Stephen R. Living with AIDS, The MIT Press, London, England, 1990.
- 29.- Gupta, Sunetra. et.al. Networks of Sexual Contacts: Implication for the Pattern of Spread of HIV, AIDS, Vol. 3, No. 12 1989.
- 30.- Hernández, G. et. al. Comportamiento sexual, seroprevalencia y uso del condón en hombres homosexuales y bisexuales en la ciudad de México, VII Conferencia Internacional sobre SIDA, Florencia, Italia, Junio 1991.
- 31.- Herrera, Norma. Avances en el tratamiento, en Gaceta CONASIDA, año 1, vol.1, Mayo/Junio, 1988.
- 32.- Hopp, Joyce; Rogers, Elizabeth. AIDS and the allied Health Professions, F.A. Davis Company.

- 33.- INDRE, Técnicas de Laboratorio, Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología, México, 1991.
- 34.- Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos, Boletín mensual SIDA (México) 1,4:80 Abril de 1987.
- 35.- Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos. Boletín mensual SIDA (México) 2, 497-533 Noviembre-Diciembre 1988.
- 36.- Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos. Boletín mensual SIDA (México) 4,7:908-933 Julio de 1990.
- 37.- Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos. Boletín mensual SIDA/ETS (México) 5,8:1180-2001 Agosto de 1991.
- 38.- Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos. Los Primeros 10 años de la Epidemia del SIDA, Boletín mensual SIDA/ETS (México) 5,10 : 2024-2041, Octubre de 1991.
- 39.- Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos, Boletín mensual SIDA/ETS (México) 5,12:2021-2030 Diciembre de 1991.
- 40.- Kerlinger, Frederick Nichols. Investigación del comportamiento, técnicas y metodología, Mc Grow Hill, México, 1988.
- 41.- Kübler-Ross, Elizabeth. On death and dying, The Macmillan Publishing Company, New York, 1972.
- 42.- Lactancia, Leche materna y HIV, en Gaceta CONASIDA, Año 3, No.2, Marzo-Abril 1990.
- 43.- Levin, Jack. Fundamentos de estadística en la investigación social, Harla, México, 1977.
- 44.- Lewis, John E.. History of the Acquired Immunodeficiency Syndrome, en JAMA 140:84-90, 1987.
- 45.- Lifson, Alan R.. Do Alternate Modes for Transmission of Human Immunodeficiency Virus Exist? a Review, en JAMA 259:1353 -1356; 1988.
- 46.- Mann, Jonathan M. MD. MPH. . Global AIDS in to the 1990's. V Conferencia Internacional sobre SIDA, Montreal, Canadá, 4 de Junio de 1989.

- 47.- Manual de Vigilancia Epidemiológica, Secretaria de Salud, Dirección General de Epidemiología, Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos. Num. 4, México, 1990.
- 48.- Masters, H. Williams. Johnson, E. Virginia. Comportamiento Heterosexual en la Era del SIDA. Crisis, Ed. Diana, México, 1988.
- 49.- McLaws, M. et.al. The effect of Lubricants on Condoms in AIDS Prophylaxis. Medical Journal of Australia.
- 50.- Miller, David. Atención a pacientes de SIDA. Editorial El Manual Moderno, México, 1989.
- 51.- Miller, David. Viviendo con SIDA y HIV. Editorial El Manual Moderno, México, 1989.
- 52.- Moffatt, Betty Clare. AIDS: A self-care Manual. IBS Press-AIDS Project Los Angeles, U.S.A., 1988.
- 53.- Morales, Rodolfo. Sexo con Plenitud a pesar del VIH/SIDA. Sociedad y SIDA. 13. 1991, Novedades.
- 54.- Océano Uno Diccionario Enciclopédico Ilustrado, Ediciones Océano Gallach, Colombia, 1991.
- 55.- Olaiz, Gustavo Dr.. SIDA la epidemia que a todos afecta. Ed. Diana, México, 1988.
- 56.- Population Reports, No. 6, Abril de 1987.
- 57.- Rietmeijer, et.al. Los Preservativos como Barreras Físicas y Químicas contra el virus de inmunodeficiencia humana. Journal of American Association, Vol. 259, No. 12, March 25, 1988.
- 58.- Reyes, Zubirfa Alfonso. Las Etapas del Morir y su Psicoterapia, en "Vida". boletín de la Asociación Mexicana de Tanatología y Prevención del Suicidio, 1,1 Marzo de 1988.
- 59.- Richardson, Diane. Women and AIDS. Methuen, New York, 1988.
- 60.- Romero, Ma. Guadalupe y Morales Vera Catalina, Diagnóstico Serológico del SIDA Transfusión sanguínea a la Segura. Información Científica y Tecnológica, Vol.9. No. 132, Septiembre 1987.
- 61.- Rossi, Luisa. Asistencia Psicológica a pacientes infectados por VIH. SIDA. Ciencia y Sociedad en México, Fondo de Cultura Económica, México, 1989.

- 62.- Sabatier, René. Blaming Others Prejudice, Race and world wide AIDS. The Panos, 1989.
- 63.- San Francisco AIDS Foundation, Cofactor Theory. Julio 11 1988.
- 64.- San Francisco AIDS Foundation (SFAF). Inmunología, Sn. Francisco, 1988.
- 65.- San Francisco AIDS Foundation, Manual de Entrenamiento. Línea de Información sobre SIDA, SFAF, Agosto 1991.
- 66.- Sauvy, Alfred. Teoría general de la población, O.N.U., N.Y. E.U., 1965.
- 67.- Science, Vol. 230, Diciembre 6 de 1985.
- 68.- Seligman, Jean. Condon Femenino, Newsweek, Febrero 10, 1992.
- 69.- Sepúlveda, Amor Jaime. et. al. Características Epidemiológicas y Cognoscitivas de la Transmisión del VIH, en Salud Pública de México, Julio-Agosto, Vol.30, No. 4.
- 70.- Sepúlveda, Amor, Jaime. SIDA, Ciencia y Sociedad en México, Fondo de Cultura Económica, México, 1989.
- 71.- SIDA, Información Básica para el Personal de Salud, Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología, Febrero, 1990.
- 72.- SIDA: Qué pasa en México?, México, UNAM, 1990.
- 73.- Sontag, Susan. El SIDA y sus Metáforas, Muchnik Editores, España, 1989.
- 74.- Stanislawski, Estanislao Dr. Etiopatogenia, El SIDA: Un Problema de Salud Universal. Simposio Syntex, 4 de Julio de 1987.
- 75.- Stanislawski, Estanislao. El laboratorista frente al SIDA, Pangea Editores, México, 1989.
- 76.- Stanislawski, Estanislao. El Médico frente al SIDA, Editorial Pangea, México, 1989.
- 77.- Stanislawski, Estanislao. El Odontólogo Frente al SIDA, Ed. Pangea, México 1988.
- 78.- Stanislawski, Estanislao. Patogenia en Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA): Manual de Información para Médicos y Estudiantes de Medicina, México, CONASIDA, 1989.
- 79.- Talleres de Capacitación para voluntarios de TeSIDA.

- 80.- Thomlynsn, Ralf. Dinámicas demográficas. Causas y consecuencias del cambio demográfico en el mundo. O.N.U., N.Y. E.U., 1965.
- 81.- Time. Agosto 12 de 1985, pg. 32.
- 82.- Transmisión Sexual. Infectología, Año 9, No. 7, 1989.
- 83.- Urquiza, Gabriela. Una Historia de Espionaje Viral, cómo ataca el VIH al Sistema Inmunológico, en ICYT 1987;9 (132).
- 84.- Uribe, Patricia Dra. Cómo se transmite el virus del SIDA de Madre a Hijo?, en Gaceta CONASIDA, Año 1, No. 3, Septiembre-Octubre, 1988.
- 85.- Velazco, Morales Victor. Vida Erótica Protegida, Sociedad y SIDA, 1992, 19, Novedades.
- 86.- Villanueva, Erika; Velazco Victor. Cachondeando Nuestra Seguridad, Sociedad y SIDA, 1992, 20, Novedades.50.- Wassernheit, Judith N. et. al. Research Issues in Human Behavior Sexually Transmitted Diseases in the AIDS Era, American Society for Microbiology, Washington D.C., 1990.
- 87.- Wolberding, Paul, Jacobson, Mark A. AIDS Clinical Review 1990, Marcel Dekker Inc., New York, 1990.
- 88.- Woods, S. Lydia. Understanding the Immune System, U.S., Department of Health and Human Services, July 1991.