

31921
1 25



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

FACTORES PSICOSOCIALES Y PRACTICAS DE RIESGO EN DONADORES DEL BANCO CENTRAL DE SANGRE DEL CENTRO MEDICO LA RAZA

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIATURA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N
GUADALUPE MELINA BRIZUELA MADRID
ISRAEL RUBIO PELAEZ

ASESOR: DRA. GABINA VILLAGRAN VAZQUEZ
DICTAMINADOR: MTRA. SUSANA ROBLES MONTIJO
DICTAMINADOR: LIC. MARIA ELENA MARTINEZ CHILPA



IZTACALA

TLALNEPANTLA, EDO. DE MEXICO

2003

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecemos a:

Las tutoras de tesis,

Gabi Villagrán...
por tu asesoría, conocimientos y calidez humana que guiaron este trabajo.

Susana Robles y Malena Martínez...
por su gran apoyo profesional y moral en la elaboración del presente.

Al personal del Banco de Sangre del Centro Médico "La Raza"...
que apoyaron el proyecto, y en especial al Dr. Ángel Guerra.

A los participantes que fueron entrevistados quienes dieron vida a esta investigación.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Agradezco...

A Isra, por compartir y lograr este gran reto, por tu apoyo, comprensión y amor durante estos 6 años juntos.

A mi papá y hermanos por el cariño y apoyo que me han brindado desde el día en que nací.

A todas mis amigas por sus palabras de aliento que me impulsaron justo cuando lo necesite.

En especial a mi mamá, donde quiera que te encuentres: mira tu retoño está dando frutos.

Melina

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Agradezco a:

Mi familia...

por la formación que me han brindado,

A mis amigos...

por compartir los buenos momentos,

y a Melina...

***por su compañía llena de ternura, amor
y comprensión en los momentos
difíciles y en los de gran alegría.***

Los amo

Israel

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
 <i><u>PRIMERA PARTE</u></i>	
CAPITULO I.	
VIH/SIDA, HEPATITIS B Y C	15
1.1 VIH/SIDA.....	15
1.1.1 Etiología y Fisiopatología.....	17
1.1.2 Epidemiología.....	19
1.1.3 Formas de Transmisión.....	23
1.1.4 Formas de Prevención.....	25
1.2 HEPATITIS.....	27
1.2.1 HEPATITIS B (VHB).....	27
1.2.1.1 Etiología y Fisiopatología.....	27
1.2.1.2 Epidemiología.....	29
1.2.1.3 Formas de Transmisión.....	30
1.2.1.4 Formas de Prevención.....	30
1.2.2 HEPATITIS C (VHC).....	32
1.2.2.1 Etiología y Fisiopatología.....	33
1.2.2.2 Epidemiología.....	35
1.2.2.3 Formas de Transmisión.....	36
1.2.2.4 Formas de Prevención.....	39
 CAPITULO II.	
FACTORES PSICOSOCIALES.....	40
2.1 Conocimientos y Creencias sobre VIH/SIDA, HEPATITIS B y C	41
2.2 Prácticas de Riesgo.....	47
2.3 Percepción de Riesgo	53
2.4 Norma Subjetiva.....	60

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

CAPITULO III.

MODELOS PSICOLÓGICOS DE PREVENCIÓN PARA LA SALUD-----	64
3.1 Teoría de la Acción Razonada-----	65
3.2 Modelo de Creencia en la Salud-----	66
3.3 Modelo de Reducción de Riesgo-----	68

SEGUNDA PARTE

1. OBJETIVOS-----	77
2. METODO-----	79
2.1 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA-----	79
2.2 DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO-----	80
2.3 ESCENARIO-----	81
2.4 DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES-----	81
2.5 PROCEDIMIENTO-----	87
2.6 DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO-----	88
2.7 TIPO DE MUESTREO-----	89
2.8 ANÁLISIS DE DATOS-----	89

TERCERA PARTE

RESULTADOS-----	90
I. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA-----	90
II. DESCRIPCIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS Y CREENCIAS DE VIH/SIDA, HEPATITIS B Y HEPATITIS C-----	90
A. Conocimientos y Creencias sobre VIH/SIDA-----	90
B. Conocimientos y Creencias sobre Hepatitis B (VHB)-----	96
C. Conocimientos y Creencias sobre Hepatitis C (VHC)-----	101
III. DESCRIPCIÓN DE LAS PRACTICAS DE RIESGO-----	106
A. Patrón Sexual-----	106
1. Actividad Sexual-----	106
2. Núm. de parejas en la vida/ en el último año-----	106

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3. Última relación sexual y uso de condón-----	107
4. Orientación Sexual-----	107
5. Tipo de coito con la Pareja Regular y Uso de condón-----	108
6. Tipo de coito con la Pareja Ocasional y Uso de condón-----	111
7. Tipo de coito con Trabajadoras (es) sexuales y Uso de condón-----	114
8. Relaciones Sexuales con uso de drogas y alcohol-----	116
9. Antecedentes de ITS adquiridas-----	116
B. Patrón Parenteral (Uso de sangre y equipo no esterilizado)-----	116
IV. DESCRIPCIÓN DE LA SUSCEPTIBILIDAD PERCIBIDA-----	117
A. Patrón Sexual-----	118
B. Patrón Parenteral (Uso de sangre y equipo no esterilizado)-----	134
V. DESCRIPCIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE RIESGO DE CONTRAER VIH, VHB y VHC-----	136
VI. DESCRIPCIÓN DE LA NORMA SUBJETIVA-----	139

CUARTA PARTE

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES-----	151
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS-----	163
REFERENCIAS-----	165
PÁGINAS WEB-----	171
BIBLIOGRAFÍA-----	173
ANEXOS	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESUMEN

El propósito de este trabajo fue determinar y comparar los factores psicosociales que propone la primera etapa del Modelo de Reducción de Riesgo de Catania y cols. (1990) y las prácticas de riesgo en candidatos a donar sangre y donadores diagnosticados como infectados de VIH/SIDA, Hepatitis B (VHB) y Hepatitis C (VHC) del Banco Nacional de Sangre del Centro Médico la Raza del IMSS a través de la aplicación de un instrumento psicológico.

Se trabajó con 296 donadores (148 infectados o seropositivos y 148 no infectados o seronegativos). El instrumento aplicado fue de 47 reactivos generales. La muestra se compuso de 245 hombres y 51 mujeres con escolaridad de secundaria, bachillerato y profesional principalmente. El 94.3% de la muestra dijo haber tenido relaciones sexuales. Los resultados más relevantes indican que: 1) Entre los participantes existen conocimientos básicos sobre VIH/SIDA pero continúa la desinformación y creencias erróneas; en cambio el VHB y VHC aún se desconocen en términos generales; 2) Se encontraron más prácticas de riesgo sexuales que por contacto sanguíneo con objetos punzo-cortantes, procedimientos médicos, etc. (parenterales); 3) Los seropositivos tuvieron más prácticas de riesgo que los seronegativos; 4) Los seropositivos tienen mayor susceptibilidad de riesgo y mayor número de prácticas de riesgo; 5) La mayoría de las personas (sin importar su serología) tienden a creer que las personas y medios más importantes de su entorno (sus significantes) promueven las prácticas preventivas y están de acuerdo con ellos la mayoría de la veces (creencias normativas), sin embargo esto no siempre concuerda con sus conductas de riesgo; y 6) En general los participantes se perciben con poco o nulo riesgo de infección y no relacionan sus prácticas riesgosas con sus creencias normativas.

Se corrobora que el conocimiento no es suficiente para tener conductas preventivas; y se discuten las posibilidades de intervención en dos direcciones: 1. Concientizar a las personas sobre sus prácticas de riesgo y 2. Se propone una alternativa de intervención que ayude a los candidatos a adoptar conductas preventivas

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCIÓN

La salud del hombre ha sido desde los inicios de su historia una preocupación constante en todas sus sociedades, que paulatinamente ha ido mejorando y creciendo al lado de la ciencia médica. A través del tiempo se han logrado identificar enfermedades hereditarias (que se transmiten de una generación a otra); y algunas otras que son adquiridas por circunstancias biológicas relacionadas con los estilos de vida de las personas y su hábitat.

Existen dentro de los padecimientos adquiridos, una serie de infecciones que comparten al menos una de las formas de transmisión que involucra elementos sociales que son difíciles de abordar debido al tabú que la sexualidad ha representado tanto individual como socialmente. Estos padecimientos se han definido recientemente como infecciones de transmisión sexual (ITS) y los efectos que causan en el organismo van desde malestares, hasta la muerte cuando algunos de ellos no son tratados de forma adecuada.

Los que ahora interesan en esta investigación también presentan otra característica, no existe forma de eliminarlos del organismo y son vigilados con especial cuidado en los bancos de sangre ya que su propagación también representa un peligro para la salud mediante el contacto sanguíneo.

En el contexto de la instituciones de salud, actualmente existen en el mundo tres sistemas básicos de cuidados médicos: asistencia pública, seguros de enfermedad y servicios sanitarios nacionales. El primero de ellos predomina en 108 países, que constituyen el 49% de la población mundial, están localizados en Asia, África y América Latina (OPS, 2000). Para la gran mayoría de estos países, cualquier tipo de asistencia médica disponible es suministrada por un sistema de asistencia pública para gente desfavorecida. Esto incluye los hospitales del gobierno y los centros de salud financiados a través de los impuestos de los trabajadores, tal como el Instituto Mexicano del Seguro Social en nuestro país.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La Salud pública en México tiene como fin brindar protección y mejorar la salud de los ciudadanos a través de la acción comunitaria. La salud pública comprende cuatro áreas fundamentales: 1) fomento de la vitalidad y salud integral; 2) prevención de lesiones y enfermedades infecciosas y no infecciosas; 3) organización y provisión de servicios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, y 4) rehabilitación de personas enfermas o incapacitadas para que alcancen el grado más alto posible de actividad por sí mismas. La presencia de estas cuatro importantes áreas entre las preocupaciones de las instituciones de salud pública quedó de manifiesto a escala mundial en 1948, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) incluyó en su definición de salud el *bienestar físico, mental y social* y no sólo la ausencia de dolencias o enfermedades (Enciclopedia Encarta, 2001).

Es claro que en esta definición se incluye un objetivo importante que involucra no solo a la investigación que realizan las ciencias médicas, sino también se refiere a las aportaciones de las ciencias sociales. La investigación en las ciencias sociales se centra en los problemas de los individuos en distintos contextos como el familiar o el laboral. Ejemplo de este trabajo es la *investigación epidemiológica*, que consiste en elaborar estadísticas de incidencia de las distintas enfermedades en un área geográfica concreta y su relación con otras variables de índole psicosocial, económica, ambiental o cultural.

Una de las infecciones que ha estado bajo la vigilancia epidemiológica en las últimas dos décadas, es el VIH/SIDA. Esta enfermedad recibió reconocimiento a nivel mundial a principios de los 80's. Los primeros 5 casos se informaron, todavía sin ese nombre, en la ciudad de los Ángeles en 1981. El reporte clínico se basó en la anormal presencia de neumonía por *Pneumocystis Carinii*; se señalaba que era de llamar la atención que los cinco casos procedieran de pacientes homosexuales y se sugería en dicho informe, una posible asociación de la enfermedad con el estilo de vida homosexual o con la adquisición de P. Carinii

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

por contacto sexual. Este artículo no fue la nota principal de la revista oficial de los centros para el Control de Enfermedades, (Centers for Disease Control, 1981; cit. en Magis, 2002) debido a que según una de las crónicas más completas de esos años, se consideró que podía ofender a la comunidad homosexual en Estados Unidos.

Ya para mediados de Septiembre de 1982 se habían detectado 593 casos de lo que se decidió llamar *Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS)*, traducido como Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Desde los primeros casos, ligados a homosexuales, a principios de 1982 se presentaron casos en drogadictos intravenosos hetero y homosexuales, y simultáneamente empezaron a documentarse otros grupos afectados: hombres bisexuales, receptores de transfusiones sanguíneas, parejas sexuales de pacientes con SIDA y algunos hijos de estos. El agente causal del padecimiento se describió en 1983 en el Instituto Pasteur. En 1984 se diseñaron pruebas para detectar los anticuerpos, y en 1985 se iniciaron las pruebas rutinarias en bancos de sangre. En mayo de 1986, la Organización Mundial de la Salud propuso nombrar al virus descubierto como *Virus de la Inmuno Deficiencia Humana*. La extrema novedad de la epidemia del SIDA no consiste sólo en sus características clínicas y en su modo de expansión, sino que también aparece en una nueva época de la salud pública y de la investigación básica mundial. Aparece en un momento en que se consideraba a las enfermedades infecciosas como un problema resuelto y se daba mayor importancia a las enfermedades degenerativas (Op. cit.).

Sin embargo por otra parte, nunca como en este caso el "arsenal" de investigación básica, redes informáticas, redes de decisión, etc., estaban tan bien preparadas para "atacar" un fenómeno nuevo. El SIDA desencadenó con sorprendente rapidez respuestas políticas, clínicas, ideológicas, editoriales e informáticas de gran magnitud (Magis, op. cit).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

No obstante el virus del SIDA no es el único que amenaza a la población mundial. Los hay mucho más extendidos, contagiosos y resistentes. Entre estos se hallan algunos de los virus de la hepatitis, patología que se caracteriza por una inflamación del hígado que, al cronificarse, puede degenerar en la destrucción del tejido hepático (cirrosis) o un cáncer de hígado. Y en casos extremos puede sobrevenir la muerte.

Aunque ya Hipócrates describe una epidemia de ictericia (un síntoma de la hepatitis que se caracteriza por la pigmentación amarilla de la piel y el blanco de los ojos) el origen viral no quedó establecido hasta 1942. Desde entonces, los hepatólogos han conseguido conocer detalles íntimos de algunos de estos virus hepáticos, como son la estructura de su genoma y sus ciclos celular y molecular. No obstante existen numerosas "lagunas" acerca de cómo se comportan estos agentes infecciosos en el organismo, qué hace el sistema inmunológico humano para hacerles frente y cuál es el mejor abordaje terapéutico para destruirlos (Coperias, 2001).

Tomando en cuenta que el descubrimiento de los virus de la Hepatitis y del VIH se hicieron durante la segunda mitad del siglo XX, se puede afirmar que aún falta mucho por saber. Sin embargo, en la actualidad se conocen aspectos tan importantes como lo son las vías de transmisión de estos agentes infecciosos y por ende, las formas en que pueden prevenirse. Es así como hoy en día se sabe que el virus de la inmunodeficiencia humana y de las hepatitis B y C pueden transmitirse, entre otras formas, por la vía sexual, y por medio de las transfusiones sanguíneas.

El tema de las transfusiones sanguíneas conlleva una larga historia, pues desde los tiempos más remotos la sangre ha sido celebrada en ritos y ceremonias religiosas como una fuerza de vida. Existen testimonios de distintas culturas y sociedades primitivas que han expresado de alguna forma veneración por la sangre.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Los indios precolombinos de Norteamérica sangraban sus cuerpos en autoflagelación como sacrificio a los dioses; los egipcios tomaban baños de sangre como un medida vigorizante; los romanos bebían la sangre de los gladiadores vencidos en un esfuerzo por curar la epilepsia. Ellos mismos también practicaban una ceremonia llamada *taurobolium*: un baño de sangre para la restauración espiritual. Un ciudadano que buscaba un renacimiento espiritual descendía a una fosa; sobre él en una plataforma un sacerdote sacrificaba un toro y la sangre del animal caía en cascada bañando al beneficiario. Entonces en una magnífica imagen visual, el sujeto emergía por el lado opuesto de la fosa, cubierto de sangre y "renacido".

El folklore que fluía junto con la sangre no se acompañaba de información exacta. Los antiguos griegos creían que la sangre se formaba en el corazón y pasaba a las venas a través del resto del cuerpo donde se consumía. Las arterias eran parte de un sistema independiente de transporte de aire de los pulmones. Erasistratos (cerca del 270. A.C.) imaginó el corazón como una bomba aunque la idea prevalectante de que las venas y arterias eran canales que transportaban sangre y aire no eran compatible con la idea de una bomba tal. Galeno (131-201 A.C.) finalmente comprobó que las arterias transportaban sangre aunque no se sospechaba una comunicación con el sistema venoso. La sangre, formada en el hígado simplemente pasaba a través de los vasos sanguíneos y del corazón en su camino a la periferia. Estas enseñanzas prevalectieron durante 1400 años hasta que fueron desechadas en 1628, por el descubrimiento de la circulación sanguínea realizada por Harvey

El descubrimiento de que la sangre se mueve en un flujo circular abrió el camino a experimentos sobre infusión vascular. Hacia 1665 se llevaron a cabo los primeros experimentos de transfusión en animales vivos por Richard Lower quien publicó la primera transfusión directa realizada de una arteria carótida de un perro a la vena yugular de otro. Estos estudios inevitablemente condujeron a la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

transfusión de sangre de un animal a un hombre. En esa época se pensaba que la transmisión sanguínea era capaz de alterar el comportamiento y de alcanzar el rejuvenecimiento. Así, la sangre de perros jóvenes revitalizaba perros viejos; la sangre del león fue propuesta como una cura para la cobardía (Rossi, 1994).

Jean Baptiste Denis realizó la primera transfusión en humanos en 1667, cuando transfundió 9 onzas de sangre arterial de cordero en un joven de 15 años, mostrando éste una notable mejoría, suficiente para publicar el reporte de este acontecimiento. Denis continuó con sus experimentos transfundiendo en total a cuatro personas. Los dos primeros no mostraron efectos adversos pero el tercero y cuarto murieron. La muerte del tercer sujeto fue fácilmente atribuible a otras causas. Sin embargo, la muerte del cuarto sujeto inició una secuencia de eventos que pusieron fin a las transfusiones durante 150 años.

La transfusión fue "resucitada" hacia 1818 por un obstetra londinense llamado James Blundell, preocupado por la frecuencia de las hemorragias posparto y la muertes consecuentes. El fue el primero en dejar claramente establecido que solamente la sangre humana podría ser empleada para transfusión en humanos.

En 1890 Karl Landsteiner descubrió el sistema sanguíneo A, B y O por el cual recibió el premio nobel en 1930. Su trabajo estableció las bases para la *inmunoematología* y fue una herramienta para importantes descubrimientos en genética, antropología y medicina forense. A pesar de esto, la repercusión del descubrimiento de Landsteiner en la práctica transfusional tomó muchos años. Al inicio del siglo XX la transferencia efectiva de sangre de un individuo a otro representaba una tarea formidable. Los problemas de coagulación, aún no controlable rápidamente ocluían los aparatos de transfusión y frustraban la mayoría de los esfuerzos, de tal manera que en 1901 los métodos usados en la transfusión eran demasiados primitivos para demostrar la importancia del descubrimiento de Landsteiner.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Las dos guerras mundiales fueron el estímulo para el desarrollo de los anticoagulantes de citrato y la introducción de las transfusiones indirectas. Por primera vez, el proceso de donación pudo ser separado en espacio y tiempo del procedimiento de transfusión.

Aproximadamente en los inicios de la década de 1930, Fantus empezó la operación del primer Banco de Sangre en el Hospital del condado de Cook en Chicago. Su interés había sido estimulado por un reporte sobre el uso de sangre de cadáver en Rusia. Aparte de los escrúpulos relativos al uso de sangre de cadáver, Fantus razonó que un servicio de transfusiones basado en tal fuente de suministro resultaba poco práctico. Como consecuencia estableció el principio de "Banco de Sangre" en el cual la sangre podría ser proporcionada asumiendo que existía un depósito previo (una persona no puede retirar dinero de un banco a menos que se haya depositado). El descubrimiento de los anticoagulantes y el concepto de banco de sangre, proporcionaron una infraestructura sobre la cual pudiera constituirse una organización más elaborada de los servicios de transfusiones. La segunda guerra mundial fue catalizadora de tales desarrollos. Un programa de la Cruz Roja Americana brindó el apoyo de un programa de recolección de sangre y el envío de plasma a Europa. A través de sus unidades locales logró recolectar 13 millones de unidades hasta el fin de la guerra.

El programa de la Cruz Roja Americana cesó con la guerra; sin embargo muchas de sus unidades continuaron recolectando donadores para los bancos de sangre locales, y en 1948 se inauguró el primer Centro de Sangre Regional de la Cruz Roja de Rochester N.Y. Para 1950, en los E. U. el sistema de procuración de sangre incluía 1500 Bancos de Sangre hospitalaria, de los cuales 1100 realizaban todas las funciones de un Banco de Sangre.

Durante este tiempo la sangre se recolectaba a través de agujas de acero y tuberías de hule con botellas con tapón de hule, este material era utilizable una

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

vez lavado y esterilizado. Ocasionalmente se usaron botellas al vacío para acelerar la recolección. No obstante, la alta incidencia de reacciones *pirogénicas* pronto condujeron al desarrollo de equipos de recolección de sangre de plástico desechable.

Con el tiempo, el vidrio fue reemplazado por el plástico y empezó a surgir la terapia de componentes. La terapia de componentes y derivados se inició durante la segunda guerra mundial, cuando Edwin J. Cohn y sus colaboradores desarrollaron el sistema de fraccionamiento de plasma por etanol y frío. La separación de componentes llegó a ser una práctica rutinaria y la introducción de los separadores automáticos de células dieron una capacidad más grandes a estas áreas.

Los concentrados de factores de coagulación para tratamiento de los pacientes de hemofilia y otros desordenes hemorrágicos fueron desarrollados durante la era de la posguerra. Los programas de autoinfusión hechos posibles por los avances de la tecnología en el fraccionamiento del plasma permitieron una terapia oportuna y una reducción significativa de incapacidades y desempleo. Esta fue una "edad de oro" en la transfusión que terminó bruscamente con la aparición del SIDA.

En contraste con el siglo XIX, en el cual muchas vidas se perdieron por falta de sangre, la práctica transfusional en el siglo XX ha salvado incontables vidas. Sin embargo, con el incremento de las unidades de sangre transfundidas, un problema inadvertido comenzó a surgir. Beeson escribió su descripción clásica de la hepatitis transfusional, alertando a cerca de problema de la aparición de ictericia, que se presentaba después de la administración de suero humano durante la segunda guerra mundial.

Se estaba iniciando una nueva era; los componentes sanguíneos no solo salvaban vidas, también eran capaces de transmitir enfermedades. El

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

descubrimiento del antígeno de Australia y la definición subsecuente de la hepatitis A y hepatitis B aún dejaron una enfermedad residual llamada NoA-NoB, una brecha que pudo haber sido llenada por el reciente descubrimiento del virus de la hepatitis C. Sin embargo, fue la aparición de SIDA la que galvanizó la atención del público por las transfusiones sanguíneas.

La preocupación por la hepatitis postransfusional no fue suficiente para disminuir el número de transfusiones. Aunque el uso de sangre total disminuyó en la medida en que la terapia con componentes se popularizaba, la utilización de sangre total en los E.U. se duplicó entre 1971 y 1980. Este patrón cambió con la emergencia del SIDA. Aunque a través de la selección de donadores y las pruebas serológicas (es decir, los procedimientos que estudian el "suero" sanguíneo, componente de la sangre) el riesgo de VIH ha disminuido, la posibilidad real de que una transfusión puede transmitir una enfermedad casi invariablemente fatal, han producido el efecto de una baño de agua fría en el público. Esto también ha disminuido el empleo de sangre. Entre 1982 y 1985 las transfusiones de paquetes globulares y plasma dejaron de incrementarse y empezaron a estabilizarse. Únicamente la utilización de plaquetas ha continuado incrementándose debido a la demanda derivada de la quimioterapia del cáncer. Si la sangre fuera utilizada más juiciosamente habría una disminución aun más acentuada de la incidencia de enfermedades transfusionalmente transmisibles (Rossi, 1994).

De esta manera ha quedado registrada la presencia e importancia de la propagación del VIH; VHB y VHC por medio de las transfusiones sanguíneas. Ante esta importante situación, todos los Bancos de Sangre del mundo han tenido que tomar diversas medidas de selección durante el proceso de donación para garantizar sangre saludable y segura.

Tan deseable como pudiera ser, la sangre 100% segura no existe. Todo componente sanguíneo empleado con fines transfusionales lleva implícito un

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

riesgo, el cual puede ser de dos tipos: infeccioso o inmunológico, ambos prevenibles pero no del todo.

El riesgo infeccioso asociado a la terapia transfusional ocurre por donaciones efectuadas durante el llamado de periodo de ventana inmune, definido como el periodo que transcurre desde el momento en que ocurre la infección hasta que ésta es documentable por métodos serológicos .

Los Bancos de Sangre realizan un proceso de selección del donador en el cual emplean las siguientes estrategias para disminuir el riesgo infeccioso salvando el periodo de ventana: 1) procesos educativos, 2) historia clínica del donador, 3) autoexclusión confidencial, y 4) tamizaje serológico.

Los *procesos o estrategias educativas* están destinados a informar a las personas que presentan conductas de riesgo a abstenerse de donar sangre, si dichas estrategias son administradas antes de iniciar el proceso de selección; o bien, hacer al donador un participante activo e informado en su proceso de selección si se administran una vez iniciado el proceso.

La *historia clínica del donador* consiste en una entrevista que el médico aplica al donante, con la ayuda de un cuestionario estandarizado que incluye preguntas sociodemográficas del donador, y explora potenciales situaciones de riesgo sexual y *parenterales* (conductas asociadas con el uso de jeringas e instrumentos punzo cortantes) para la adquisición de agentes infecciosos particularmente VIH, VHB y VHC. Este cuestionario se basa en la normatividad que regula a los Bancos de Sangre en el país y su éxito en detectar donadores con conductas riesgosas se basa en la disposición del donador de informar correctamente sobre conductas y prácticas de riesgo; esta disposición depende en buena medida, de la capacidad del donador de comprender y asimilar la información que recibe durante los procesos educativos que se efectúan en el Banco de Sangre.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La *autoexclusión confidencial* es una estrategia descrita por primera vez en 1985, la cual permite a los donadores indicar, confidencialmente, si se ha involucrado en conductas o prácticas de riesgo y en consecuencia indicar mediante el cuestionario de autoexclusión, si su sangre debe ser o no empleada con fines transfusionales.

Por último, el *tamizaje serológico* es la estrategia cumbre del proceso de selección del donador, y consiste en analizar mediante pruebas de laboratorio la sangre de los candidatos a donar. Como es comprensible, algunos donadores infectados no son excluidos durante las anteriores estrategias por diversas razones que serán estudiadas más a fondo a lo largo del presente trabajo, pero es deseable que sean identificados en el tamizaje serológico. Sin embargo, aún con pruebas que son muy específicas se observa una alta tasa de falsos resultados positivos a la presencia de virus, como es común en poblaciones con baja frecuencia de enfermedad como los donadores de sangre, lo que obliga a realizar pruebas por duplicado y practicar una prueba confirmatoria con el fin de informar al donador sobre su estado serológico.

Ninguna de las pruebas de tamizaje serológico son capaces de detectar por completo a donadores potencialmente infectados. En algunos casos porque los *marcadores* serológicos (sustancias químicas que hacen evidente la presencia de un virus en la sangre) están por debajo del nivel de detección de la prueba; en otros, los resultados falsos negativos a la presencia de un agente viral ocurren por el período de ventana el cual varía para cada tipo de virus. Por ejemplo, en el caso del VIH, el período de ventana se ha reducido de 45, a 18 días con una prueba de laboratorio (ensayo inmuno-enzimático) de tres generaciones. Se ha propuesto el uso de otros "marcadores" para cerrar el período de ventana; no obstante se ha reportado que el número de casos anuales que ayudarían a prevenir, es muy bajo en comparación con el costo monetario que implicaría su implementación para las instituciones de salud pública en nuestro país.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A pesar de que hoy en día los bancos de sangre efectúan un estricto control en lo que se refiere a la selección de los donadores, las pruebas de análisis de laboratorio no garantizan la detección de agentes virales en todos los casos; y la indagación del historial sobre las prácticas de riesgo en donadores no es suficiente (Guerra, 2000).

De aquí se desprende un factor relevante para el proceso de selección del donador, el cual consiste en que sepa identificar y reconocer cuáles de sus conductas pueden representar un riesgo para la donación, y sobre todo para su propia salud.

En este sentido, el presente proyecto pretende determinar los factores psicológicos que llevan al individuo a identificar y calificar sus conductas como riesgosas para preservar su salud; tomando como parámetro de estudio un modelo de prevención de la salud propuesto desde el ámbito de la psicología.

Catania, Coates y Kegeles crearon el Modelo de Reducción de Riesgo (1990) en el cual proponen durante la primera etapa del modelo los factores que intervienen para que una persona reconozca su propia conducta como riesgosa. Estos factores son: 1) los conocimientos sobre el VIH, (VHB y VHC fueron añadidas en esta investigación); 2) la susceptibilidad percibida de contraer estas infecciones; y 3) la norma subjetiva o grupos de referencia del individuo.

Este estudio se llevó a cabo con la aplicación de un cuestionario a dos grupos de donadores del Banco Central de Sangre del Centro Médico la Raza de la ciudad de México, un grupo de candidatos a donar sangre, y el otro de donadores diagnosticados como seropositivos a una de dichas infecciones.

De esta manera, en la primera parte se abordan los aspectos causales (etiológicos); funciones en el organismo (fisiopatológicos); epidemiológicos; formas

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

de transmisión y formas de prevención del VIH, VHB y VHC; posteriormente se describen algunos factores psicológicos que influyen en las prácticas de riesgo de los donadores desde la perspectiva de varios estudios empíricos y modelos psicológicos, relacionándose con el objetivo de esta investigación. En la segunda parte se refieren los aspectos metodológicos que se utilizaron para medir los factores psicológicos. En la tercer parte se describen y analizan los resultados obtenidos; y en la cuarta y última parte se plantea la discusión y conclusiones que darán pauta para dar continuidad a esta investigación.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PRIMERA PARTE
“MARCO TEÓRICO”

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO I.

VIH/SIDA, HEPATITIS B Y C

1.1 El VIH/SIDA.

La proporción de casos registrados con respecto a cierta población (morbilidad) y el impacto de las infecciones de transmisión sexual (ITS) se han modificado en los últimos años a consecuencia de varios factores. Podemos afirmar que uno de los factores principales es sin duda, la epidemia del VIH/SIDA. Pues estamos hablando de un trastorno de la salud que a tan sólo 20 años de su descubrimiento cuenta con más de 30 millones de personas que viven infectadas en el mundo, y con aproximadamente 12 millones de muertes por su causa, lo que ha dado como resultado invariablemente una grave problemática de salud, económica y política que afecta a todos los sectores de la sociedad (Del Río, 1998).

El VIH/SIDA sigue causando estragos al mundo; hasta ahora no hay cura para esta enfermedad. Por esto se ha hecho indispensable el trabajo multidisciplinario en el campo de la salud para abordar esta problemática; y es aquí donde el trabajo del psicólogo toma especial importancia para difundir y reforzar el única arma efectiva para contrarrestar la acción maligna del SIDA y otras infecciones de transmisión sexual: la prevención.

El SIDA ha sido llamado la "plaga del s. XX "; por eso es necesario que la población sepa que, si bien el SIDA no se puede curar hasta la fecha, aún así se puede combatir mediante la prevención. Un buen comienzo para poder prevenir este peligroso mal, es conocer su definición. SIDA quiere decir Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida; lo cual significa:

Síndrome: Es un conjunto de síntomas y signos. Una persona con SIDA puede desarrollar una serie de síntomas tales como: pérdida de peso, fiebre, diarrea, secreción blanca en la boca, glándulas inflamadas, tos y enfermedades de la piel

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

principalmente; lo que quiere decir que no por tener algunos de estos síntomas se tiene necesariamente SIDA, además previo a estos síntomas se debe detectar la presencia del virus (VIH) en el organismo.

Inmuno: Este término se refiere al sistema inmunológico del cuerpo, que entre otras funciones se encarga de combatir infecciones y enfermedades, mediante la producción de anticuerpos. La tarea de un anticuerpo consiste precisamente en eliminar del cuerpo cualquier virus.

Deficiencia: Esta palabra hablando de SIDA se vincula con "inmuno"; lo cual explica que una persona con SIDA es "inmunodeficiente" porque su sistema de defensas no trabaja como debería para proteger a la persona contra infecciones y enfermedades.

Adquirida: Indica que el SIDA es algo que se obtiene. El SIDA no es hereditario. (Jayme y Juárez, 1995).

El SIDA es causado por un "virus", este es un microorganismo que necesita estar dentro de una célula para poder multiplicarse. Es tan pequeño que sólo puede verse con microscopio electrónico. Las siglas VIH quieren decir Virus de Inmunodeficiencia Humana, lo cual significa:

Virus: agente infeccioso pequeño que invade las células vivas para poder sobrevivir.

Inmunodeficiencia: indica que el sistema de defensas está débil.

Humano: que exclusivamente daña al ser humano.

1.1.1 Etiología y Fisiopatología.

El VIH pertenece a un grupo de virus denominados "virus lentos" porque los síntomas de la enfermedad que causan aparecen de una forma muy gradual y después de un largo período de incubación en el sistema inmunológico del ser humano.

El sistema inmunológico desempeña la función de defensa contra las infecciones producidas por distintos tipos de agentes que originan enfermedades, así como la destrucción o eliminación de "cuerpos extraños", entre los que se incluyen las células cancerosas. Hoy en día se sabe que el VIH, el agente causal del SIDA, debilita el sistema inmunitario o inmunológico como resultado de su efecto mortal sobre las células que lo componen. Cuantas más células del sistema inmunitario mueren a raíz de la infección por el VIH, más difícil le resulta al organismo defenderse contra otras infecciones (Fernández, 1999).

El sistema inmunológico está compuesto por células procedentes de la médula ósea, timo, bazo, ganglios linfáticos y agregados linfoides. Dichos órganos se encargan de producir células de defensa de dos tipos ("B" y "T") que a su vez se encuentran en la sangre y se conocen como glóbulos blancos o más específicamente linfocitos "B" y "T", que se encuentran permanentemente en nuestro organismo. La función de los linfocitos "B" es la producción de sustancias llamadas anticuerpos, específicos para cada microorganismo maligno; y la función de los linfocitos "T", es atacar directamente a los agentes extraños. Un subtipo de linfocitos T, son los linfocitos "T4" que actúan dirigiendo las operaciones de defensa e identifican los agentes extraños que entran en el organismo.

Cuando el virus entra en el torrente sanguíneo es recibido por los linfocitos T4, posteriormente la pared del virus se abre y permite la salida del ARN (ácido ribonucleico) viral, que por medio de la enzima llamada transcriptasa reversa se transcribe en ADN (ácido desoxiribonucleico) y se introduce en el núcleo del

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

linfocito, pasando a formar parte del código genético de la célula, con lo cual T4 deja de funcionar como defensa del organismo. El virus se replica dentro de la célula huésped hasta que ésta libera un gran número de virus que infectarán a otros linfocitos T4. Cuando una cantidad importante de células T4 del organismo han sido destruidas a consecuencia de la infección por el virus, las defensas del organismo se encuentran muy debilitadas y el riesgo de aparición de los síntomas de SIDA es altamente elevado (InfoRed, 1997). El desarrollo de la infección constituye todo un proceso que va evolucionando paulatinamente, sin embargo en él se pueden diferenciar claramente 4 etapas debido a las características que en cada una se presentan.

Las etapas de la infección por el VIH/SIDA son las siguientes:

1. Fase de infección aguda. Se refiere particularmente al período comprendido desde que el VIH ingresa al organismo de una persona, hasta la formación de anticuerpos específicos contra el VIH, esta etapa por lo regular es de 8 a 12 semanas, y en la mayoría de los casos puede pasar inadvertida o con manifestaciones clínicas que pueden semejar las de un resfriado (COESIDA, 1998).

2. Fase de infección asintomática. Etapa después de la infección, en la que el virus ya se puede detectar mediante una prueba de laboratorio, pero no existe ninguna manifestación evidente de síntomas relacionados al SIDA. Pueden pasar de 7 a 10 años promedio, antes de que existan los primeros indicios de algún síntoma.

3. Fase de Linfadenopatía. Durante esta etapa se presenta una inflamación de ganglios linfáticos, como un signo evidente de que se encuentran activamente trabajando para contrarrestar la infección viral por VIH; es posible que aquí se presenten las primeras manifestaciones como fiebres ocasionales, diarreas de corta duración, sudoraciones nocturnas, pérdida de peso, fatiga, etc.

4. Fase de SIDA o terminal. Esta constituye la última etapa de la infección por el VIH se relaciona con la presencia de enfermedades sistémicas como el síndrome de desgaste (síntomas asociados al debilitamiento del sistema de defensas) y una serie de infecciones, llamadas oportunistas, es decir aquellas producidas por agentes no extraños al organismo sano, que aprovechan la oportunidad para producir enfermedades, estas pueden ser tan graves que ocasionen la muerte de las personas en etapas de SIDA (COESIDA, 1998).

1.1.2. Epidemiología.

El origen del virus todavía no está probado, pero la hipótesis más difundida es que de 40 a 100 años atrás, un virus semejante al VIH perteneciente al mono verde de África, se alojó en el organismo humano y tras un largo periodo de adaptación, se convirtió en dañino para nuestra especie.

Los primeros seis casos de SIDA en México se diagnosticaron en 1983, en el Instituto Nacional de la Nutrición. Dos años después de su identificación, en 1985, se iniciaron las primeras encuestas seroepidemiológicas. En esta primera etapa (1983-1986), hubo un crecimiento moderado de casos. En una segunda etapa (1987-1989) se observó un crecimiento exponencial, con tiempos de duplicación en el número de casos. La tercera etapa (1989-1994) corresponde a un crecimiento exponencial amortiguado. En una cuarta etapa (1994-1999) la epidemiología se ha estabilizado con alrededor de 4000 casos por año (Magis, 2000).

Los principales cambios observados en términos generales a lo largo de estos años se podrían sintetizar de la siguiente manera: 1) mientras los primeros casos provenían de personas extranjeras o mexicanas que habían adquirido el virus fuera del territorio mexicano, actualmente, en cambio, la transmisión se da dentro del territorio nacional; 2) aunque la mayoría de los casos todavía se concentra en las grandes urbes, hoy en día se observa que el padecimiento se

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

está extendiendo a las zonas rurales; 3) el SIDA comenzó a manifestarse en la población homosexual, la cual continua concentrando la mayor proporción de casos, pero actualmente la epidemia ha ido en aumento entre la población heterosexual; 4) de predominar en la población de nivel socioeconómico medio y alto, el SIDA ha pasado a afectar a las clases más desprotegidas; 5) la mayoría de los casos en la población pediátrica se debe a transmisión perinatal; 6) la transmisión en drogadictos intravenosos, aunque escasa en nuestro país, muestra una discreta tendencia ascendente en regiones específicas; 7) al inicio, la transmisión sanguínea era responsable de un número considerable de casos, sobre todo entre las mujeres. Este mecanismo de transmisión ha disminuido gracias a las medidas gubernamentales adoptadas para evitar dicha forma de contagio; 8) las manifestaciones clínicas son diferentes a los de Estados Unidos y otros países, y están asociadas a padecimientos infecciosos como la tuberculosis; y 9) la sobrevida de los pacientes es también menor a la que se informa en países desarrollados (Magis, 2000).

En cuanto a la atención de los pacientes, la sociedad civil avanzó más rápido que el Estado (por ejemplo, se fundaron diferentes organizaciones civiles de solidaridad y atención a enfermos, y sumado a esto, la aparición del novedoso concepto de atención altruista de pacientes y cuidado de enfermos terminales). Por su parte, en cuanto al control y prevención del SIDA, el Estado fue innovador y se adelantó a la epidemia (por ejemplo en cuanto a la vigilancia de las transfusiones de sangre, con un control estricto de donadores y con el lanzamiento de tempranas campañas de prevención). En un principio, el Estado procuró canalizar los casos de SIDA a través de su propio sistema de atención de salud, concentrando los casos de SIDA en las unidades de tercer nivel del IMSS, ISSSTE y Secretaría de Salud, hasta que esta respuesta fue rebasada de manera cuantitativa y cualitativa. La propia dinámica del aumento de casos obligó a redistribuir al interior de estas organizaciones el manejo de los pacientes. Esto se ha complicado por problemas de demanda de atención, éticos – en cuanto al

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

manejo de paciente estigmatizado-, dificultades por los costos de atención de casos, etcétera (Op.cit.).

Desde el inicio de la epidemia hasta el 30 de diciembre del 2000, se habían registrado 47 mil 617 casos según CENSIDA, aunque pudierá incrementarse hasta 64 mil casos debido al subregistro (el número de casos que no son diagnosticados) y el retraso en la notificación (que se refiere a los casos de SIDA ocurridos en un año determinado y que son notificados a la autoridad sanitaria después de varios meses, e incluso años después de la fecha en que fueron diagnosticados). Hasta esa fecha la transmisión sexual ha sido la vía de infección del 86.7% de los casos; la vía sanguínea es la causa de infección en el 10.7% de los casos; y la infección por vía perinatal corresponde al 2% de los casos y es también la principal vía de transmisión en enfermos menores de 15 años (Botello y Hernández, 2001).

Dentro de las estadísticas más actuales CENSIDA (2002) reporta que en los años 2000 y 2001 el índice de personas infectadas ha disminuido considerablemente hasta 2874 nuevos casos en el primer año y 1172 en el segundo. Asimismo, reporta que en el cuarto trimestre del año 2001, la distribución porcentual de los casos de SIDA diagnosticados en el año según el factor de riesgo, indica que la categoría por infección sexual tiene un 92.9% de transmisión (heterosexual 53.6%, homo y bisexual 39,3%), la vía perinatal tiene un 1.5%, en otro 5.5% de los casos se desconoce la causa y sorprendentemente los casos por vía sanguínea tienen un 0%. Esto implica que de alguna manera se ha tenido un mayor control en la prevención de la infección por la vía sanguínea, no obstante el alto índice de casos por la vía sexual sigue siendo preocupante y representa un motivo de especial cuidado, aún para las instituciones de salud que han salvaguardado la infección por esta vía.

María del Pilar Rivera, infectóloga del Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CENSIDA) informó además que el SIDA en México afecta

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

mayormente a la población en edad productiva y reproductiva es decir, aquella entre 15 y 49 años la cual representa aproximadamente el 78% del total de casos acumulados (Aguirre, 2001).

Por otra parte, datos del Programa VIH-SIDA del gobierno capitalino y del INEGI señalan que desde hace unos 5 años el SIDA es la tercera causa de muerte entre hombres jóvenes capitalinos de 20 a 35 años, la primera es en accidentes y la segunda es la violencia. Carmen Soler, coordinadora del programa capitalino, confirma que el virus aún sigue siendo transmitido principalmente por vía sexual, y que la enfermedad es contraída sobre todo por hombres; sin embargo declara un dato interesante, pues admite que no hay estudios precisos sobre la evolución real de la enfermedad por lo menos en la ciudad de México al comparar los datos que maneja el programa capitalino, a través de la Clínica Condesa que tiene detectados 400 casos de febrero a diciembre del año 2000 en comparación con los 97 casos que CENSIDA reporta en todo ese año. Por consiguiente, dicho programa informa que la cifra diaria de casos de SIDA en el Distrito Federal aumentó con respecto al año pasado de 1.2 a 1.9 casos diarios (Botello y Hernández, 2001).

Otras cifras estadísticas de la epidemia en México que ayudan a situar el problema desde el punto de vista de los bancos de sangre son: la razón de masculinidad es de 6 hombres por cada mujer infectada, el grupo de edad más afectado es el de 20 a 39 años, que representa el 66% de los casos acumulados desde 1983. La región centro sigue siendo la más afectada (Distrito Federal, Estado de México) con una tasa acumulada de 98.1 por 100,000 habitantes, lo que nos indica que existe un enfermo por cada 1000 habitantes; la posibilidad de encontrar un donador portador de VIH es de 3 por cada 1000 habitantes (Herrera, 2000).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.1.3 Formas de Transmisión.

El VIH como ahora lo conocemos sólo se transmite entre humanos y se adquiere a través de las vías sexual, sanguínea o perinatal (Del Río, Hernández y Rodríguez, 1996).

La transmisión por vía sexual es la forma más frecuente de transmisión, en las relaciones sexuales existe intercambio de semen, líquido preeyaculatorio, moco anal, secreciones vaginales o sangre mediante el contacto oral, anal o vaginal, en relaciones hombre-mujer, mujer-hombre, como relaciones hombre-hombre o mujer-mujer, que implican riesgos de adquirir el VIH, tanto para la persona que penetra como para la que es penetrada cuando hay intercambio de fluidos sexuales que contengan el VIH. También existe riesgo por compartir juguetes sexuales, o por el contacto de genital con genital (CONASIDA, OPS y ONUSIDA, 1999).

Durante una relación sexual desprotegida, el riesgo se incrementa si se producen lesiones o irritaciones durante la penetración, ya que existe un punto de entrada que permite el contacto de los fluidos infectantes con el torrente sanguíneo de la persona en quien se produce la lesión. También se incrementa el riesgo cuando existe algún otro tipo de infección, más aún si existen úlceras genitales (por ejemplo en casos de herpes genital, sífilis, o cualquier infección crónica que produzca cervicitis y/o úlceras cervicales).

El riesgo de transmisión del VIH, de hombre a mujer es mayor que de mujer a hombre, porque el epitelio vaginal tiene una mayor superficie expuesta. Durante el periodo de menstruación puede incrementarse el riesgo de transmisión para la pareja por la presencia de sangre, y para la misma mujer porque durante este periodo se facilita el contacto del semen o líquido preeyaculatorio con el endocervix y el endometrio. En la penetración anal hay mayor riesgo de que se produzca lesiones en la mucosa anal y en la uretra del pene, y por lo tanto, de que

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ocurra la transmisión del VIH. Las relaciones orales genitales desprotegidas pueden transmitir el VIH, ya que la parte interna de la boca está recubierta por mucosa y al entrar en contacto con los fluidos de riesgo: semen o líquido preeyaculatorio en la relación boca-pene, con fluidos vaginales en la relación boca-vagina y con moco anal en la relación boca-ano, puede ocurrir la infección. En el caso de contacto de manos con genitales (manipulación de genitales o dedeo) el riesgo se presenta cuando existen heridas abiertas en las manos o dedos, que tengan contacto con fluidos de riesgo (CONASIDA, 1997; y CONASIDA, OPS y ONUSIDA, 1999).

Se ha demostrado que otro factor importante en lo que se refiere a la transmisión sexual es el hecho de que existe una interrelación entre las ITS convencionales y el VIH, que conduce a una mayor transmisión de éste en presencia de otras ITS, a una progresión acelerada de la infección por VIH en presencia de algunas ITS y a un cambio en la historia natural y la respuesta al tratamiento de las ITS en presencia de infección por VIH. De estas tres interacciones la que está más fundamentada y parece no haber dudas al respecto, es que, las ITS facilitan la transmisión del VIH. Se puede afirmar que, en poblaciones donde existe una alta prevalencia en ITS, habrá un crecimiento explosivo de la epidemia del VIH/SIDA (CONASIDA, 1997). Algunas otras infecciones que se transmiten sexualmente son: la gonorrea, la sífilis, la clamydia, herpes simple, hepatitis, citomegalovirus, virus del papiloma humano, virus del molusco contagioso, etc. La importancia actual de las ITS, en particular de la ulcerativas, radica en su capacidad de aumentar la transmisibilidad del VIH hasta diez veces.

La transmisión por vía sanguínea, como ya se ha visto, ocurre por transfusión de sangre, productos sanguíneos y órganos de transplante que contengan el VIH. Desde 1987 se encuentra legislado en la Ley General de Salud y desde 1995 en la Norma Oficial Mexicana para el Control y Prevención de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (cit. en Estévez, Herrera y

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Hernández, 1999), que se deben aplicar una serie de medidas en el control de la sangre y sus derivados, lo que ha permitido la disminución de casos de transmisión sanguínea gracias al uso de sangre segura (sangre previamente analizada con la prueba de detección de anticuerpos al VIH).

Otra forma de transmisión sanguínea es por el uso de agujas (por vía intravenosa o intramuscular) o materiales punzocortantes contaminados con el VIH, como agujas de acupuntura y tatuaje, hojas de afeitar, navajas, tijeras, bisturí, instrumentos de intervención odontológica, etc.

La transmisión por vía perinatal es una probabilidad que existe de un 8 a un 30%, dependiendo de si la madre que vive con VIH ha recibido o no terapia antirretroviral durante el embarazo; los momentos de riesgo son:

- a. Durante el embarazo a través de la placenta.
- b. Durante el parto, a través del contacto del bebé con sangre y fluidos vaginales.
- c. Durante la lactancia, cuando el bebé ingiere leche materna.

1.1.4 Formas de Prevención.

A partir de los conocimientos actuales sobre las formas de transmisión del VIH, las medidas recomendables para reducir el riesgo de infección por medio del comportamiento sexual (donde es más alto el índice de infección) son: 1) tener una sola pareja sexual, 2) Evitar tener relaciones sexuales con una persona que ha tenido relaciones con muchas otras, 3) Desarrollar prácticas como el sexo seguro, en el cual no hay riesgo de infección, ya que no existe penetración ni hay intercambio de fluidos sexuales y/o sangre; donde hay intercambio de caricias mutuas, abrazos, besos, eyaculación en la piel sana del otro, etc. Otra práctica es el sexo protegido que disminuye en un alto porcentaje la posibilidad de infección (utilizando correctamente el condón en las penetraciones, guantes de látex o

cualquier barrera de plástico para evitar el contacto directo entre genitales, ano y/o boca).

Para prevenir la infección por vía sanguínea se recomienda no inyectarse drogas y utilizar agujas e instrumentos punzo-cortantes esterilizados o desechables. Exigir que en el caso de transfusión de sangre u órganos se cuente con la certificación de seguridad por parte de la Institución Médica. Además como otra forma de prevención, se recomienda la higiene personal no compartiendo objetos como cepillo de dientes, rastrillos, cortaúñas, equipos para lavativas y duchas vaginales, etc. con otras personas.

Respecto a la prevención en la infección por vía perinatal, se recomienda valorar la conveniencia de evitar el embarazo recibiendo información sobre el riesgo de transmisión y dar sustitutos de leche, pero si esto no es posible, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda no suspender el amamantamiento ya que los beneficios que proporciona la leche materna sobrepasan el riesgo de infección. También es posible darle al niño la leche materna de una madre sustituta sana y eliminar el riesgo de infección.

Estas formas de prevención son apoyadas por la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por VIH (NOM-010-SSA2-1993), en la cual además señalan otras medidas fundamentales para la prevención de la infección en la comunidad, en su apartado 5.5 como informar respecto a la magnitud y trascendencia del problema de salud pública que representa la infección por VIH; difundir ampliamente información sobre los mecanismos de transmisión y las formas de prevención; además de que ordena recomendar a la población con prácticas de alto riesgo evitar la donación de sangre, órganos, tejidos y células germinales; y practicarse periódicamente pruebas de detección de anticuerpos para VIH (Estévez, Herrera y Hernández, 1999).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.2. Hepatitis.

La Hepatitis es un término que se originó de las palabras griegas hepa (significa hígado) y titis (significa inflamación), es decir, es una enfermedad viral que produce la inflamación del hígado, como consecuencia de ésta se bloquea el paso de la bilis que produce el hígado al descomponer la grasa y se alteran las funciones del hígado de eliminar las toxinas de la sangre, de producir diversas sustancias importantes (entre ellas proteínas y nutrientes) y de almacenar y distribuir la glucosa, vitaminas y minerales (López, 2000).

1.2.1 Hepatitis B (VHB).

La Hepatitis B es una infección que ataca las células del hígado, causada por un virus llamado VHB (virus de la hepatitis B). El VHB puede afectar a cualquier persona, esto la convierte en un problema de salud pública; para evitarlo los avances médicos han permitido desarrollar una vacuna para prevenirla, sin embargo una vez que los individuos no vacunados se infectan no existe cura para ella, aunque existen tratamientos para detener su avance (CONASIDA y SSA, 1998).

1.2.1.1 Etiología y Fisiopatología.

El ciclo de vida del VHB se desarrolla en cuatro etapas distintas (Lee, 1997; cit. en Uribe y Poo, 2000). La fase 1 o periodo de incubación del virus se caracteriza por la tolerancia inmunológica. El virus se replica activamente con poco aumento en los niveles de aminotransferasas y sin síntomas de enfermedad, esta etapa también es conocida como de infección aguda. La fase 2 en los pacientes con hepatitis B se conoce como crónica, y puede durar 10 años o más. En la fase 3 el virus se hace indetectable y los niveles de aminotransferasa se

normalizan. La fase 4 representa la inmunidad completa al virus después del desarrollo del anticuerpo AgsHB (antígeno de superficie de hepatitis B).

La infección aguda con VHB no requiere tratamiento y cerca del 90% al 95% de los adultos rechazan espontáneamente el virus recuperándose sin secuelas; y del 5% al 10% de los adultos con infección aguda desarrollarán la enfermedad. Sin embargo, en 2 al 5% de los casos en adultos, la infección se vuelve crónica (Davis, 1997; cit. en Uribe y Poo, 2000). El riesgo de la infección crónica con VHB es dependiente de la edad. La infección crónica se desarrolla en el 90% de los niños infectados al nacer y en 25 a 50% de los niños infectados entre las edades de 1 a 5 años.

La Hepatitis B crónica es una enfermedad del hígado seria que puede llevar al desarrollo de cirrosis y carcinoma hepatocelular (CHC), disminuyendo el período de supervivencia (Ladenheim, Yao, Martin, Mangels y García, 1993; cit. en Uribe y Poo, 2000). La hepatitis B crónica resulta en la muerte prematura del 15 al 25% de los individuos afectados (Lee, 1997; cit. en Uribe y Poo, *op. cit.*). De estas muertes hasta el 22% se deben al CHC (McMahon, Alberts, Wainwright, Bulkow y Larnier, 1990; cit. en Uribe y Poo, 2000).

Cuando una persona ya está infectada con el virus de la Hepatitis B pueden transcurrir de 6 semanas a 6 meses antes de que aparezcan los primeros signos de la enfermedad, que son los siguientes: cansancio, disminución del apetito y del peso, fiebre, dolor muscular y/o de articulaciones, dolor abdominal, náusea, vómito, diarrea. También puede presentarse coloración amarilla en la piel y ojos, orina de color oscuro y excremento de color claro. Sin embargo la mayoría de los pacientes tienen pocas manifestaciones clínicas ya que la progresión de la enfermedad es normalmente silenciosa y en caso de tener algún síntoma suele atribuirse a la edad y el estrés (CONASIDA y SSA, 1998).

1.2.1.2 Epidemiología.

El virus de la hepatitis B infecta a más de 350 millones de personas en el mundo al año y es causa de un millón de muertes en el mismo lapso (Lee, 1997; cit. en Uribe y Poo, 2000). Además, el trasplante de hígado rara vez es una opción para los pacientes con hepatitis B crónica por la alta tasa de reinfección y la rápida progresión de la enfermedad después del trasplante. Por estas razones, todos los pacientes HvsAg-positivos deben ser remitidos a un gastroenterólogo o a un hepatólogo para su evaluación y tratamiento posteriores.

En México, como en otros países en desarrollo, el conocimiento de la situación epidemiológica de las ITS se dificulta por existir subregistro. La Hepatitis B muestra un comportamiento estable de 0.6 (tasa por 100 mil habitantes) de 1990 a 1996. Al integrarse el registro de VHB en 1990 ha representado desde entonces el 60% de la mortalidad, seguida por el 35% de sífilis. La población expuesta se compone en su mayor parte de jóvenes, 34% corresponde a la década de 15 a 24 años, seguido por el grupo de 25 a 44 años que integra dos décadas en un 41%. El 17%, por el grupo de más de 60 años (Bernal y Hernández, 1997).

A pesar de estas estadísticas, se reporta que en los años de 1997 y 1998 la tasa de incidencia en la República Mexicana incrementó a 1.10 y 1.01 respectivamente, lo que representa 2016 casos registrados en tan solo esos dos años (CONASIDA, OPS, ONUSIDA; 1999)

Desde el punto de vista de los bancos de sangre en México, el Centro Nacional de Transfusión Sanguínea (Herrera, 2000) reporta que la prevalencia para hepatitis B en donadores de toda la república ha disminuido en un 78% (de .32% en 1994 a .07% en 1999); sin embargo este decremento sigue representando un gran número de casos (alrededor de 3663 entre 1998 y 1999).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.2.1.3 Formas de Transmisión.

Las personas con el VHB pueden infectar a otras incluso antes de que se presenten signos de la enfermedad (que aparentemente se vean bien y se sientan bien) y también después de que los signos de la enfermedad desaparecen. El VHB se encuentra en todos los líquidos corporales y se transmite de persona a persona principalmente por: sangre, semen y secreciones vaginales. La saliva, la orina y la materia fecal no contienen una cantidad suficiente del virus para transmitirlo de una persona a otra, amén que haya también sangre presente en estos fluidos (López, 2000).

Las formas de contraer el VHB son: a) por relaciones sexuales (oral, vaginal y/o anal) con una persona infectada, b) por compartir agujas con una persona infectada que se inyecta drogas, c) por compartir objetos personales (rastrillos, cortaúñas, cepillo de dientes) con una persona infectada, d) por hacerse tatuajes o acupuntura en caso de que las agujas no estén debidamente desinfectadas y e) si una mujer está infectada se lo puede transmitir a su bebé durante el nacimiento; en estos casos se aconseja vacunar al bebé al nacer y durante su primer año de vida. El VHB no puede transmitirse por contacto casual o a través del aire, es decir, saludar de mano o por abrazos, o sentarse junto a una persona infectada. (CONASIDA y SSA, 1998).

1.2.1.4 Formas de Prevención.

Una forma de protección contra la Hepatitis B es la vacuna, que es segura para todos incluyendo mujeres embarazadas y niños, consta de tres dosis en un período de 6 meses, que se deben aplicar para una protección completa o no se tendrá protección a largo plazo y una vez vacunado se necesitan refuerzos luego de 4 o 5 años. Hay dos tipos de vacunas, ambas son efectivas en un 95% y duran por lo menos doce años en personas con sistemas inmunológicos sanos. Existen pruebas de sangre para saber si el sistema inmunológico ha respondido bien a la

vacuna. Los efectos secundarios de la vacuna incluyen dolor en el lugar de la inyección, síntomas de gripe y reacciones alérgicas. Esta vacuna es también segura para las personas con VIH, puesto que no contiene virus vivo (López, 2000).

La Secretaría de la Salud y la Organización Mundial de la Salud recomiendan la inmunización de todos los lactantes y niños con la vacuna para protegerlos (Uribe y Poo, 2000).

Para las personas con alto riesgo de contraer el VHB es muy necesaria la vacuna. Se recomienda la aplicación de la vacuna en especial en los siguientes casos: si se tiene vida sexual activa con más de una pareja, si se utilizan agujas para inyectarse drogas, si se exponen a sangre y/u otros líquidos corporales, si su pareja utiliza drogas inyectables y si se vive con personas infectadas.

Además de la vacuna es necesario que siempre se use correctamente un condón de látex durante las relaciones sexuales con cualquier persona (tanto con pareja estable como con parejas casuales o múltiples parejas). Existen otras formas de protegerse como el mantener relaciones sexuales únicamente con una pareja que no esté infectada ni utilice drogas, hablando con la pareja acerca de la Hepatitis y otras infecciones de transmisión sexual antes de tener relaciones, si no hay mucha confianza en la pareja evitar tener contacto sexual y en caso de que lo haya, usar condón, considerar otras maneras para demostrar afecto (abrazos, caricias, etc), no compartir agujas con nadie y utilizar agujas desechables. Si se convive con una persona infectada es importante que no se compartan cepillo de dientes, rastrillos, equipos para lavativas, cortañas, limas y tijeras; ya que estos objetos pueden estar contaminados y pueden infectar a las personas cercanas. También se debe usar gasa o bandas adhesivas para proteger heridas y raspones; y cuando se someta a un tratamiento de acupuntura o tatuaje exigir material desechable o estéril (CONASIDA y SSA, 1998).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.2.2 Hepatitis C (VHC).

El virus de la Hepatitis C (VHC) es un micro-organismo que forma parte de los más de diez mil microbios que pueden ocasionar infección y enfermedad en nuestro cuerpo. No es posible visualizarlo a simple vista pero se conoce su estructura molecular y se le puede identificar en nuestra sangre. Dentro de la clasificación de los virus se le ubica en la familia *flaviviridae*, junto con los virus de fiebre amarilla y el dengue. Se caracteriza por tener ácido ribonucleico (ARN) lo cual le permite reproducirse en el interior de las células del hígado.

Una de las características biológicas más llamativas de este virus es su enorme capacidad para presentar mutaciones espontáneas. Las mutaciones representan cambios en la forma del virus con lo cual se dificulta su eliminación por nuestro propio sistema de defensa. Esta peculiaridad de cambiar frecuentemente de forma también limita la posibilidad de fabricar una vacuna efectiva.

Si se quisiera imaginar al virus C se podría visualizar como una especie de hormiga microscópica que se reproduce en nuestro cuerpo y que trata de sobrevivir. Las hormigas tienen muchas formas y colores e incluso se especializan en sus funciones, en sus terrenos ideales de reproducción y en su capacidad de producir reacción en nuestro cuerpo. En el caso de los virus también existe una multitud de opciones; los hay pequeños, medianos, grandes, de rápido y lento crecimiento, con preferencia para reproducirse en la piel (virus del sarampión o de la varicela), en la neuronas (poliomielitis o rabia), en los linfocitos de la sangre (virus de la inmunodeficiencia humana, VIH), en el intestino (rotavirus de los niños) o bien en el hígado. Los virus que tienen preferencia por el hígado llevan los nombres de las letras del alfabeto occidental y se les denomina A, B, C, D y E. Existen otros menos frecuentes como los virus G, TT Y SEN cuyo potencial dañino en nuestro cuerpo está por definirse. Conviene mencionar también al virus de la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

mononucleosis que es relativamente frecuente como agente causal de la hepatitis en niños y adultos jóvenes (Poo, Sánchez-Ávila y Uribe, 2001).

1.2.2.1 Etiología y Fisiopatología.

El virus de la Hepatitis C puede vivir por mucho tiempo fuera del cuerpo. Cualquier cantidad de sangre que cae fuera de la jeringuilla o herida en el torniquete, la mesa o en cualquier superficie puede vivir por varios días o más tiempo (Thiemann, 2000).

La Hepatitis C puede ser muy apacible o puede no mostrar ningún síntoma cuando alguien se infecta por primera vez, pero puede causar daño serio al hígado luego de un periodo de silencio de 10 a 15 años después de la infección inicial (López, 2000).

La progresión de las infecciones agudas con VHC son en su mayoría asintomáticas y los pacientes no buscan atención médica, por lo que pocas veces son diagnosticados. La mayoría de las infecciones crónicas con VHC también son asintomáticas, con una concentración fluctuante de *alanina aminotransferasa* que puede ser normal por periodo de doce meses o más, a pesar de la evidencia histológica de la enfermedad hepática (Alter, 1995; cit. en Uribe y Poo, 2000). Casi todos los infectados por VHC se vuelven portadores, no tienen síntomas graves y ni siquiera saben que lo tienen. Sólo una de cada 4 personas con la enfermedad saben que la tienen (López, 2000).

La Hepatitis C crónica puede progresar hacia la insuficiencia hepática o el CHC (Carcinoma Hepatocelular) y la muerte. La heterogeneidad del VHC le permite engañar al sistema inmunológico humano, lo que conlleva a una tasa elevada de enfermedad hepática más seria, que es extremadamente variable y puede ser tan corta como 2 años o tan larga como 20 o 30 años después de la infección (Takahashi, Yamada, Miyamoto, Doi, Endo y Tsuji, 1993; cit. en Uribe y

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Poo, *op. cit.*) La enfermedad puede progresar más rápidamente en pacientes de edad avanzada y en aquellos con enfermedad hepática alcohólica (Voigt y Smuts, 1994; cit. en Uribe y Poo *op. cit.*). Sin embargo es difícil predecir qué pacientes presentarán progresión. El curso natural de la enfermedad varía de acuerdo a la geografía, la carga viral, la ingesta de alcohol, la coinfección con otros virus y otras variables no explicables.

De la misma manera que en la hepatitis B crónica, los síntomas de la hepatitis C pueden consistir en fatiga y una sensación general de malestar que sólo son aparentes al observar cambios en los hábitos de sueño y en los niveles de actividad. Algunos pacientes pueden sufrir de incomodidad en el cuadrante superior derecho del abdomen (Maddrey, 1993; cit. en Uribe y Poo, *op. cit.*). También pueden experimentar síntomas, que pueden variar desde pérdida de apetito, dolor de las coyunturas, ictericia, náusea y vómito. La ictericia y oscurecimiento de la orina le ocurre sólo a un 10-15% de las personas con VHC.

Los factores de riesgo para la adquisición de hepatitis C difieren un poco a los de la hepatitis B. Mientras que entre adultos, la forma de transmisión más común para la B es la actividad sexual de alto riesgo, la forma de transmisión más eficiente del VHC está relacionada con la exposición directa percutánea a sangre o productos sanguíneos. Actualmente el mayor factor de riesgo para la infección con VHC es el uso de drogas intravenosas; y recientemente se ha documentado la transmisión por compartir cocaína inhalada (Guerra, 2000) La literatura sugiere que existe transmisión de la hepatitis C materno-neonatal pero a tasas muy bajas, mientras que la hepatitis B es una enfermedad de transmisión sexual con una elevada tasa de transmisión materno-neonatal.

El periodo de silencio de la infección del virus del VHC puede ser reducido en las personas con VIH. Dichas personas pueden morir por causas relacionadas a la hepatitis en lugar de SIDA. Un hígado dañado puede también hacer más difícil

el uso de muchas de las drogas necesitadas para el tratamiento de la infección de VIH (López, 2000).

1.2.2.2 Epidemiología.

Anteriormente, las transfusiones de sangre o de productos sanguíneos eran una fuente importante de infección con hepatitis C. Desde 1990 la incidencia de hepatitis C por transfusión ha disminuido marcadamente gracias al uso rutinario de pruebas diagnósticas. De manera semejante a la hepatitis B, hasta un 40% de los pacientes con hepatitis C, no presentan factores de riesgo aparentes. Estudios recientes demuestran que el virus de la hepatitis C se puede transmitir por contacto sexual (Alter, 1994; Alter, 1995; Alter, Hadler, Judson, 1990; Alter y Margolis, 1990; cit. en Uribe y Poo, 2000).

En cuanto a estadísticas nacionales, Herrera (2000) reporta que la prevalencia para la Hepatitis en donadores del país ha disminuido en un 57% (de .65% en 1994 a .325% en 1999); no obstante este decremento representa alrededor de 6129 casos seropositivos confirmados entre 1998 y 1999.

La infección por virus C en nuestro país afecta probablemente de 1.5 a 2 millones de mexicanos. La forma de calcular esta frecuencia se basa en estudios realizados en bancos de sangre en donde se han detectado cifras que van de 0.5 al 1.5%. Sin embargo, las estadísticas basadas en esta fuente de información representan únicamente a las personas que se sienten sanas o que consideran que no han tenido contacto previo con infecciones o factores de riesgo. Si se pudiera disponer de estudios en población abierta (personas sanas o enfermas con o sin antecedentes de riesgo) se tendría una cifra más exacta del número de personas infectadas. Este tipo de estudios tiene un costo elevado ya que para lograr la representatividad de una país se requieren tomar muestras de un número muy grande de participantes de diferentes regiones geográficas. En Brasil se han hecho estudios de esta naturaleza encontrándose una frecuencia global del 1.8%.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En los Estados Unidos se calcula que el 1% de la población general tiene la infección (2.5 millones de personas aproximadamente). Las cifras en Europa, Asia y América Latina son similares (1 a 2% de la población). En resumen la frecuencia de infección viral C en México y el mundo es alta y justifica la realización de campañas preventivas, de detección temprana y de tratamiento especializado (Poo, Sánchez-Avila y Uribe, 2001).

El Centro para el Control y Prevención de las Enfermedades ha proyectado que las muertes debidas al VHC se triplicarán para el año 2010 a más de 25,000 por año (López, 2000)

1.2.2.3 Formas de Transmisión.

Existen diversas formas de transmisión del virus de la hepatitis C:

La forma más frecuente de adquisición del virus C es por contacto con sangre contaminada. Sin embargo en ocasiones se desconoce la forma específica en que ingresa a nuestro cuerpo.

Desde 1992 se dispone de un método de cuadro de detección por lo cual el número de casos relacionados con esta vía de infección prácticamente ha desaparecido. La Secretaría de Salud exige que todos los Bancos de Sangre de los hospitales realicen la prueba denominada Elisa de tercera generación antes de autorizar el uso de la sangre con propósitos de donación. Lamentablemente, antes de disponer de esta prueba se realizaron muchas transfusiones a pacientes que lo requerían (por anemia o hemorragia, por ejemplo) sin que hubiera forma de detectar la presencia de este virus. Los pacientes que recibieron una donación hace 30 o 40 años pueden haberse infectado y por lo tanto se recomienda la búsqueda rutinaria del virus aún si no tienen sintomatología alguna.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Infectarse con jeringas contaminadas es una forma de infección que en el pasado fue muy frecuente en Europa del este en donde se utilizaban jeringas de cristal que no estaban adecuadamente esterilizadas. Con el uso de jeringas desechables prácticamente se ha eliminado esta vía de infección; no obstante, los drogadictos intravenosos frecuentemente comparten las dosis de droga y pueden infectarse unos a otros. Se ha descubierto que adicionalmente del riesgo por compartir drogas inyectadas, también al compartir sorbetos (popotes, pajas) mientras se inhala por vías nasales, o pipas de "Crack" mientras se fuma la cocaína pueden existir transmisión del virus (Thiemann, 2000).

Las agujas contaminadas son otro mecanismo de transmisión similar al de las jeringas contaminadas por lo tanto puede prevenirse mediante el uso de dispositivos desechables. A nivel de la medicina acupunturista o en establecimientos dedicados a practicar tatuajes se siguen utilizando agujas de uso múltiple. Los trabajadores de la salud, o bien los familiares que conocen los métodos de inyección deben tener especial cuidado en evitar una punción accidental. La forma más frecuente de auto-inocularse ocurre al intentar taponar la jeringa recién utilizada. Cuando esto ocurre se debe buscar asistencia médica; los procedimientos tradicionales incluyen realizarse una prueba de detección de virus C, repetirla al mes, a los tres meses y a los seis meses. Si sale positiva debe iniciarse tratamiento inmediatamente. Para todos los casos es fundamental asegurarse que las agujas sean nuevas y utilizadas por un solo paciente.

Otro modo de transmisión son los instrumentos quirúrgicos contaminados. Cuando son del tipo de los bisturí deben ser desechables. Las tijeras, pinzas, separadores y aspiradores deben ser esterilizados de manera apropiada con el procedimiento rutinario; lo mismo ocurre con los gabinetes odontológicos, razón por la cual es necesario que se disponga de métodos de esterilización apropiada. Asimismo los instrumentos utilizados para la realización de escopías digestivas, respiratorias, urológicas o en articulaciones deben ser esterilizados

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

apropiadamente tal y como se realiza de manera rutinaria en los grandes hospitales.

A veces se minimiza el riesgo de un cepillo de dientes, de un cortaúñas o de agujas para la colocación de aretes. Sin embargo, estos productos deben ser de uso estrictamente particular, sobre todo cuando ya se sabe que alguien tiene el virus de la hepatitis C.

El virus C ha sido identificado también en el semen y en la sangre de la menstruación. La cantidad de partículas eliminadas en el semen o la saliva generalmente es insignificante y se requiere además que el semen o la saliva entren a la sangre de la pareja lo cual solo ocurre si hay una herida en los genitales o en la boca. Los estudios de transmisión por vía sexual realizados en las parejas de pacientes infectados muestran que la transmisión es poco frecuente 1 a 3%. En las relaciones homosexuales entre parejas masculinas, la fricción o traumatismo puede ocasionar micro hemorragias en el recto o en pene que faciliten la infección por esta vías. De igual forma puede ocurrir en caso de prácticas sexuales traumáticas (con instrumentos traumáticos o punzocortantes).

El virus C también ha sido identificado en pequeñas cantidades en la saliva o en la secreción mamaria; para adquirir la infección por esta vía se requiere que la persona expuesta tenga una herida en la encías, el paladar, en los labios o en la vía respiratoria o digestiva alta. Durante el nacimiento pasado de la madre al niño, el amamantamiento con laceraciones o sangrado de los pezones, se considera una vía de infección muy poco frecuente.

En conclusión, la vías de adquisición del virus C son múltiples y pueden ocurrir de manera accidental o inadvertida, se recomienda conocerlas y prevenir a nuestros amigos o familiares. Todo el personal de salud debe ser notificado si un paciente tiene una infección por VHC con el fin de prevenir punciones

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

accidentales. La infección no se transmite por saludos, abrazos, uso compartido de ropa, utensilios de cocina o baño (Poo, Sánchez y Uribe, 2001).

1.2.2.4 Formas de Prevención.

Actualmente no existe una vacuna disponible para el VHC, por lo que la forma más importante para prevenir la infección es evitar comportamientos que puedan poner en riesgo de adquirirla (López, 2000).

El National Institutes of Health durante una conferencia en Washington, DC en marzo de 1997 (cit. en Uribe y Poo, 2000) hizo varias recomendaciones para prevenir la transmisión de Hepatitis C:

- a) Los individuos VHC-positivos y los usuarios de drogas intravenosas deben abstenerse de donar sangre, órganos o tejidos.
- b) Se deben promover las prácticas de sexo seguro (donde no hay penetración, ni intercambio de fluidos) y protegido (usando condones de látex) con todos los compañeros sexuales y en especial entre aquellas personas con compañeros sexuales múltiples.
- c) Se debe desalentar el uso compartido de navajas de afeitar y cepillos de dientes en hogares con un miembro de VHC-positivo y.
- d) Se deben extender los programas de no intercambio de agujas para reducir la tasa de transmisión del VHC, y asegurarse de éstas sea nuevas o esterilizadas para tatuajes, perforaciones corporales y acupuntura.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO II

FACTORES PSICOSOCIALES

Hasta aquí se han tratado tres de las principales infecciones de transmisión sexual (I. T. S.) de mayor peligro de incidencia y preocupación en los bancos de sangre. Se ha podido observar que son padecimientos adquiridos a través de conductas de riesgo muy específicas; conductas que han sido claramente documentadas. El VIH y las hepatitis B y C son consideradas como enfermedades bajo vigilancia epidemiológica dado el impacto que tienen en la población. El costo económico que implica proporcionar medicamentos (entre otros) para paliar los efectos de las infecciones (especialmente del VIH/SIDA) es alto, lo que obliga ir en busca de otras alternativas, entre las que se destacan la prevención primaria (Del Río, 1998; Bernal y Hernández, 1997).

La prevención primaria es una estrategia para la detección de factores de riesgo (cualquier exposición, condición o característica asociada a una mayor probabilidad de desarrollar una enfermedad) activando conductas anticipadoras para evitar el daño que pueden provocar los factores de riesgo identificados. Pretende realizar un cambio en el estilo de vida, atacando los factores de riesgo y evitando así la iniciación del evento dañino. Es un proceso concerniente a la comunidad, la familia y a la persona en concreto (Gené, 1989; cit. en García y Raya, 1998).

La psicología como disciplina cuyo objeto de estudio es la conducta, juega un papel preponderante en el trabajo preventivo. Entonces como primer paso para la prevención es necesario que la población conozca de lo que tiene que prevenirse y cómo prevenirse.

De acuerdo a las investigaciones realizadas en psicología se sabe que las conductas o comportamientos preventivos están determinados y asociados a un sin número de variables. Sin embargo, en el presente estudio se han seleccionado

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4 variables que en conjunto constituyen indicadores específicos dirigidos a la prevención de infecciones sustentadas en distintos modelos teóricos y metodológicos aplicables a la práctica psicológica, estas variables son: 1) Conocimientos y Creencias sobre determinada infección, 2) Prácticas de Riesgo de infección, 3) Susceptibilidad de riesgo de contraer esa infección y 4) La Norma Subjetiva del individuo respecto a sus prácticas de riesgo. Por esta razón se describen a continuación algunos de los hallazgos más relevantes que se han encontrado en torno a las variables mencionadas, para delimitar la importancia y justificación del modelo elegido en este trabajo, cuya estructura será explicada posteriormente.

2.1. Conocimientos y Creencias sobre VIH/SIDA, HEPATITIS B y C

Pepitone (1991, cit. en Villagrán, 1993) define a la palabra **conocimiento** como la información organizada que los sujetos poseen sobre algún tema o sobre un conjunto de temas. El conocimiento está ligado a la objetividad y la información documentada científicamente.

En relación a los conocimientos sobre VIH/SIDA la Organización Mundial de la Salud (OMS) decide establecer entre sus principales objetivos, la propuesta de que todos los países proporcionen a la población en general información documentada sobre las principales formas de transmisión y prevención del SIDA a causa de su mortalidad. Esto con la hipótesis de que si los individuos adquieren dichos conocimientos evitarán las conductas de riesgo y/o tendrán conductas de prevención (Villagrán y Díaz-Loving, 1999).

En la actualidad, el personal de salud en algún momento de su ejercicio profesional se verá atendiendo a alguna persona portadora de VIH o que vive con SIDA, por lo que debe tener información suficiente y adecuada, conocer las medidas de control, prevención y manejo de estos pacientes y en algunas

ocasiones tendrá que transmitir información a diferentes niveles: paciente, familia, población en general y equipo multidisciplinario (Del Río, et.al. 1996).

Al respecto señaló Rosario Robles Berlanga, exjefa del gobierno capitalino, durante la instalación del Comité del Distrito Federal para la Prevención, Control y Atención del VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CODFSIDA):

"No hay peor virus que la ignorancia, la discriminación, la intolerancia y el prejuicio, pues estos factores son los que hacen que este virus mortal (el VIH) siga transmitiéndose e infectando a más y más gente. Por ello debemos esforzarnos por desterrar estos cuatro elementos de nuestras relaciones sociales" (CONASIDA, 2000 p. 1) Aunque esta cita menciona ideas atinadas, se enfoca principalmente al VIH/SIDA, siendo que el discurso sirvió para inaugurar un organismo social destinado a luchar contra todas las ITS, incluidas las hepatitis B y C.

A pesar de que se le ha puesto más atención al VIH, a finales de la década pasada el descubrimiento de la Hepatitis C fue el primer paso para una profunda revisión de los conocimientos acerca de las hepatitis y permitió revelar una verdadera epidemia silenciosa. Y aunque los casos de la Hepatitis B han disminuido, se considera que ambas infecciones podrían alcanzar en un período aproximado de 20 años o antes, una mortalidad muy similar a la del SIDA (www.iladiba.com/centros/htm/CEHEPC.htm).

No obstante, se ha obtenido hasta nuestros días poca información documentada en lo que se refiere al nivel de conocimientos que las personas en general tienen sobre las Hepatitis B y C. Sólo existen ciertos folletos y manuales sobre los aspectos básicos de las Hepatitis editados por parte de las principales instituciones de salud pública (CONASIDA y SSA, 1998) y algunos laboratorios médicos.

TEL. CON
FALLA DE ORIGEN

La Fundación Mexicana para Enfermedades Hepáticas (1995) creó un manual dirigido a personas que viven con Hepatitis crónica B o C. Dicho manual aborda la importancia del conocimiento de estos padecimientos. Resalta que aprendiendo más sobre la enfermedad, se puede adquirir mayor confianza para ayudar a otros y entender lo que es seguro y lo que no lo es. Aluden específicamente al testimonio de dos casos sobre Hepatitis crónica, y cómo el conocimiento sobre su enfermedad les ha ayudado a manejarla.

Con respecto al conocimiento y la información como clave para manejar las hepatitis, este manual menciona otros aspectos interesantes, los cuales se refieren a que muchas personas están infectadas con estos virus y no lo saben (por el período de ventana); señalan también, que el saber que se padece hepatitis crónica B o C puede causar confusión y miedo; y que aunque la ciencia médica ha progresado mucho en su conocimiento sobre la hepatitis, los mismos médicos aún tienen muchas interrogantes sobre dichas infecciones y por tal motivo exhortan a los pacientes a informar al personal de salud sobre las especificidades de su caso para que este pueda conocer mejor el padecimiento y brindarles mejor atención.

Estas enfermedades, al igual que el SIDA son incapacitantes y mortales. Debido a sus características, las transfusiones continúan transmitiendo infecciones, y esto sin importar que los resultados de las pruebas para su detección sean negativos o no reactivos. Y es aquí donde la Medicina debe ser preventiva y no curativa. Se debe realizar una campaña permanente de educación, donde se den a conocer las prácticas de riesgo y la forma de prevenir su adquisición, por eso debe darse información y educación sobre aspectos de la sexualidad desde una edad muy temprana quitando la idea de que esto favorezca el inicio de la vida sexual activa en los adolescentes (Selva-Pallares, 2000). Al respecto comenta el autor: "La Organización Mundial de la Salud, ha demostrado con diversos estudios, que por el contrario, el inicio de la vida sexual activa se retrasa, que el tener consejería sobre el uso de anticonceptivos no

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

promueve el incremento de la actividad sexual y que la educación sexual favorece la adopción de prácticas sexuales seguras en jóvenes que tienen vida sexual activa, en ellos mismos recae la decisión de cuándo, cómo y con quién iniciarán el ejercicio de su vida sexual, lo cual tiene una estrecha relación con el grupo al que pertenecen" (*op.cit.*; p. 2).

De esta manera se ha dado una muestra de la importancia que tienen los conocimientos como parte fundamental de la adopción de conductas de prevención ante las ITS, y en especial para el presente estudio del VIH y las hepatitis B y C. Es por esta razón que se han hecho diversas investigaciones en las que se pretende evaluar el grado de conocimientos de distintos sectores de la población, encontrándose interesantes hallazgos para la psicología. Desafortunadamente, dichas investigaciones han sido más exhaustivas en cuanto al tema del VIH/SIDA y no así con las hepatitis. A continuación se mencionan algunas de las más importantes.

En una investigación realizada en Yucatán se evaluaron los conocimientos respecto al SIDA y el impacto de la enseñanza con video, la exposición con el apoyo de diapositivas y una conferencia en la enseñanza de conceptos sobre esta temática en un grupo de estudiantes universitarios. Los resultados señalaron que en un grupo de 584 alumnos, (60.8% hombres y 39.2% mujeres) con una edad promedio de 20.4 (17-28) años, 37.3% tenían vida sexual activa (el 4.6% refirió preferencias homosexuales, 14.1% preferencias bisexuales y el 81.3% heterosexuales). El 60% de este grupo estudiantil refirió nunca usar condón o usarlo sólo algunas veces. Como conclusión se observó un incremento en el conocimiento posterior a la intervención, indistintamente del método usado, aunque el impacto del uso del video y de las diapositivas fue mayor que el de la conferencia sin el apoyo de material audiovisual. Sin embargo, algunos conceptos erróneos (creencias) asociados a la realización de prácticas sexuales sin llegar al coito, transmisión por besos, lágrimas, etc., no fueron modificados, lo que sugiere

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

la necesidad de reforzarlos al diseñar las estrategias de enseñanza (Castro, López y Góngora, 2000).

Estos resultados señalaron un cambio categóricamente relativo en la adquisición de información sobre el VIH en estudiantes universitarios que suponen cierto nivel de preparación y que además se encuentran en un ambiente controlado por los métodos de enseñanza aprendizaje y con técnicas especializadas de información. En este sentido hubiera sido interesante evaluar posteriormente, el impacto que la adquisición de estos nuevos conocimientos tuvieron en sus conductas de prevención hacia el VIH.

Asimismo, es conveniente observar que los conocimientos sobre VIH/SIDA de los estudiantes van acompañados de todo un conjunto de *creencias*, propiciadas por su entorno social y su propia historia personal; mismo que pudo facilitar u obstaculizar la adquisición de dichos conocimientos.

Las *creencias* son entendidas como conceptos normativos creados y fuertemente enraizados en determinados grupos culturales; Pepitone las define así: "son estructuras relativamente estables que representan lo que existe para el individuo, más allá de la percepción directa (...de) cosas, eventos, personas y procesos" (1991, p.63; cit. en Villagrán, 1993).

En un estudio realizado por Ramos, Díaz-Loving, Saldivar y Martínez en 1992 (en Díaz-Loving y Torres, 1999) se analizaron las creencias en estudiantes universitarios de 25 carreras (3,064 en total) a partir de los conocimientos sobre SIDA, la actitudes hacia éste, el uso del condón, la vida sexual y la percepción de riesgo mediante la aplicación de un cuestionario autoadministrado. Los resultados obtenidos destacan que las creencias sobre el origen del SIDA que tuvieron mayor aceptación, fueron explicaciones como que esta infección es resultado de la pérdida de valores, la irresponsabilidad, la falta de higiene, la vida inmoral, la relaciones con prostitutas, el no controlar la ansiedad sexual y el tener relaciones

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

con ambos sexos. Entre las explicaciones de menor aceptación están: es castigo de Dios, las relaciones sexuales con más de una persona, y tener relaciones sexuales sin usar preservativos. Resulta interesante destacar el hecho de que estas dos últimas conductas relacionadas con la infección del VIH no hayan sido consideradas como riesgosas por los estudiantes. Los autores plantean que estos resultados permiten hacer reflexiones acerca de la importancia de las creencias como una dimensión subyacente a las actitudes y los conocimientos relacionados con esta infección.

En otro estudio Rodríguez, Amuchástegui, Rivas y Bronfman (1994, cit. en Bronfman, Amuchástegui, Martina, Minello, Rivas y Rodríguez, 1995) realizaron entrevistas grupales para conocer cuales eran los mitos y creencias sobre sexualidad y SIDA en el discurso de estudiantes de educación media que tenían entre 14 y 16 años. Se encontró en términos generales que el SIDA no ha adquirido presencia en la vida de los jóvenes de la población estudiada. Si bien esta enfermedad se reconoce como incurable e inmortal y como una enfermedad de transmisión; también es la única conocida dentro de las infecciones venéreas. Entre los comentarios referentes al SIDA dicen: es cáncer en la sangre, se envenena la sangre, ir al doctor no ayuda en nada porque ya no se cura, quien lo tiene ya está podrido, etc. Entre los jóvenes predomina la idea de que existen grupos de riesgo (homosexuales y prostitutas) más que prácticas de riesgo. Los errores informativos más frecuentes sobre "contagio casual" se refieren a la saliva, lágrimas y uso de sanitarios públicos. Los mitos, creencias y narrativas dominantes con respecto a la sexualidad y al SIDA, parecen efectivamente funcionar como obstáculos para la recepción, comprensión y asimilación de los mensajes preventivos a los que tienen acceso.

En otra investigación (Micher y Silva, 1997) se planteó como objetivo identificar el nivel de conocimientos sobre ETS (enfermedades de transmisión sexual, ahora redefinidas como ITS) y las prácticas sexuales de riesgo de los adolescentes y jóvenes del Distrito Federal. Para ello se utilizó el examen médico

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

de primer ingreso a los niveles de bachillerato y licenciatura de la UNAM, realizado en el período 1995-1996. Fue aplicado a 31,766 bachilleres y 22,447 estudiantes de Licenciatura. Los resultados obtenidos indican que el 69% de la población se considera medianamente informada sobre sexualidad y que el 35% de las mujeres y el 42.2% de los hombres iniciados sexualmente, utilizaron el condón en su primera relación sexual. Los autores de esta investigación afirman que los datos obtenidos muestran que los estudiantes reconocen al condón como un método de prevención del VIH/SIDA y aún más, citan que es el método que utilizan con mayor frecuencia; sin embargo el objeto de su uso se limita a la prevención de embarazos no planeados, dejando a un lado la prevención del VIH debido a que no se ubican como un grupo social y étareo en riesgo de infección. Esto sugiere una actitud de omnipotencia y que los adolescentes consideran que el cuerpo joven es un certificado de salud en sí mismo y que la enfermedad es un dominio del otro.

2.2 Prácticas de Riesgo.

Hasta este momento se ha revisado que el nivel de conocimientos que se tiene sobre las infecciones de transmisión sexual mencionadas, es un factor que parece incidir en la disminución de *conductas o prácticas de riesgo*. Sin embargo, las creencias de una persona, la mayoría de las veces, genera información incorrecta e insuficiente sobre las enfermedades, originando y/o manteniendo conductas riesgosas. Por ejemplo, las personas que creen que el SIDA es una enfermedad de homosexuales, y además dichas personas *no son* homosexuales o *no se consideran* homosexuales, creen que no tienen posibilidad de infectarse, y de esta manera se siguen exponiendo (Mejía, 1995).

En primer lugar es necesario definir qué es lo que se entiende por prácticas de riesgo. Las conductas o prácticas de riesgo son aquellas actividades en las que existe cierto grado de exposición al virus del SIDA o a cualquier otra infección de transmisión sexual, dándose principalmente (dentro de las actividades

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

sexuales) cuando no se utiliza el condón u otra barrera que impida el contacto o intercambio de fluidos infectados, o cuando se usa el condón pero no de forma correcta. Además debe señalarse que si es obvio que existe riesgo al sostener relaciones sexuales con una pareja, el riesgo se multiplica cuando se tienen con más de una pareja sin protección. Las conductas sexuales de mayor a menor riesgo son: penetración anal, penetración vaginal, eyacuación en boca, contacto boca-año o boca-vagina y compartir juguetes sexuales (CONASIDA, 1994).

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana elaborada por el Consejo Nacional para la Prevención y Control de Sida (CONASIDA) las *Prácticas de alto riesgo* son: "actividades en las que existe una alta posibilidad de que se intercambien o compartan fluidos potencialmente infectantes". Y específicamente las prácticas sexuales de alto riesgo se definen como "actividades en la que existe penetración pene-vagina o pene-año, sin el uso de una barrera mecánica como el condón de látex o poliuretano (condón femenino), para evitar el intercambio de secreciones sexuales o de sangre" (Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por VIH; cit. en Estévez, Herrera y Hernández, 1999, p. 97).

En este mismo documento se hace mención de cuáles son los líquidos considerados como infectantes, estos son: la sangre, el líquido preeyaculatorio, el semen, las secreciones vaginales, el líquido amniótico, el líquido pericárdico, líquido peritoneal, líquido pleural, líquido sinovial y el líquido cefalorraquídeo.

Por lo tanto se entiende que específicamente las prácticas que conlleven el intercambio de cualquiera de estos fluidos son las que ponen en riesgo de adquirir alguna ITS. Además de las prácticas sexuales, se incluyen las *prácticas parenterales* (Mejía, 1995) y entre estas se destacan

- Intercambiar agujas y/o jeringas que puedan contener sangre infectada.
- Recibir una transfusión de sangre que pueda estar infectada.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Recibir un transplante de algún órgano no analizado y que pueda estar infectado.

Cabe señalar que existe un proyecto de modificación a la Norma Oficial Mexicana publicado en el Diario Oficial de la Federación el 22 de Septiembre de 1999, el cual busca la mejora constante de sus propios lineamientos, conceptos y políticas para ayudar en la prevención y control de la infección por el VIH en los distintos sectores sociales donde ejerce su influencia, tal como la práctica jurídica, los avances de la ciencia médica, y las propias necesidades de la población. A manera de ejemplo, destaca la propuesta de quitar el término de "alto" riesgo en las prácticas sexuales, con el objetivo de facilitar la interpretación de las conductas que pueden definirse como riesgosas y evitar la permanencia de la discriminación de las personas infectadas por medio de conceptos tales como "grupos de alto riesgo", causa de incontables repercusiones en el infectado.

En el caso de las Hepatitis B y C las consideraciones que estipula la Norma Oficial para el VIH pueden ser aplicadas también a dichas infecciones debido a la similitud que existe entre sus formas de transmisión y prevención con las del VIH/SIDA. Al respecto Jagger (1995) comenta en su estudio sobre los mecanismos para prevenir las exposiciones ocupacionales a patógenos sanguíneos: "tenemos poca información sobre las circunstancias que llevan a la transmisión ocupacional de las hepatitis B y C. Sabemos que el riesgo de transmisión por exposición es más alto para las hepatitis que para el VIH, aunque creemos que las circunstancias que favorecen el riesgo de transmisión tienen que ser similares. Por eso suponemos que las medidas de prevención que reducen el riesgo de transmisión del VIH, también van a disminuir el riesgo de transmisión de las hepatitis B y C" (p. 84).

En este sentido se puede afirmar que las investigaciones que se han realizado sobre prácticas de riesgo, demuestran el grado de prevención que las personas tienen en su vida diaria con respecto a la adquisición de ITS en general,

y no sólo al riesgo que se refiere a la adquisición del VIH. Sin embargo, el enfoque que ha predominado en los estudios de este tipo, la mayoría de las veces es dirigido hacia el VIH/SIDA. A continuación tenemos algunos ejemplos de los trabajos que se han realizado en relación a las prácticas de riesgo.

Caballero y Villaseñor (1996) realizaron un estudio sobre las "Subculturas sexuales y grado de riesgo de adquisición del VIH en adolescentes de un barrio marginado ("La Inmaculada" Guadalajara, Jal.). Exploraron actitudes y conductas sexuales y su correlación con diversas subculturas de expresión sexual con 20 varones y 20 mujeres de 15 a 19 años. Los resultados más importantes señalan que en los varones predomina la subcultura de libre expresión (tener más de una pareja) asociada a conductas de alto riesgo, en las mujeres la subcultura célibe a conductas de bajo riesgo; solo 18 varones (14 de ellos con más de una pareja, y 4 solo con su pareja o monogámicos) y 5 mujeres (3 son monogámicas y 2 de libre expresión) declararon tener vida sexual activa, de los 18 varones 3 refirieron usar siempre condón y de las mujeres ninguna notificó el uso constante por parte de su pareja. Por lo que los adolescentes de este estudio están en alto riesgo de adquisición del VIH al predominar en ellos la práctica sexual sin protección.

Bronfman y Minello (1993; cit. en Bronfman, Amuchástegui, Martina, Minello, Rivas y Rodríguez, 1995) llevaron a cabo un estudio para conocer los hábitos sexuales de los migrantes temporales mexicanos a los Estados Unidos (Michoacán-California). Se realizaron algunas entrevistas tanto a los migrantes como a sus esposas y a prostitutas, y se muestran los siguientes resultados: los entrevistados coinciden en que sus prácticas sexuales son heterosexuales y vaginales; la posibilidad de realizar otras prácticas distintas (sexo oral, anal y masturbación) es factible con prostitutas aunque no es consistente el uso del condón debido a que los clientes no les gusta y ellas lo exigen solo cuando no lo conocen, pero después de 2 o 3 salidas dejan de exigirlo ("porque existe confianza"). Lo mismo pasa con las esposas, por la confianza no solicitan el uso del condón y tienen relaciones, solamente si se sospecha de otra relación lo piden

(en las relaciones personales resulta contradictorio cuidarse de alguien que se conoce bien). Se indicó solamente un caso de práctica homosexual. En conclusión como se pudo observar, la migración se asocia a cambios de comportamiento sexual que favorecen el riesgo de la infección. A pesar de que la migración incrementa el nivel de conocimientos sobre el SIDA y que los migrantes manifestaron tener la información adecuada y suficiente sobre los aspectos generales de la enfermedad, esta no se traduce en la incorporación de medidas preventivas en sus prácticas sexuales cotidianas, lo que incluye también a las prácticas aprendidas durante su estancia en "el norte": en la gran mayoría no hay un uso consistente del condón.

De esta manera se puede observar que además de la existencia de estudios que evalúan las prácticas de riesgo cuando se desconoce el nivel de conocimientos sobre los modos de transmisión y prevención, de igual manera se hallan investigaciones que muestran que aun cuando se tiene cierto nivel de información, siguen prevaleciendo las conductas de riesgo en las poblaciones estudiadas. Un ejemplo singular dentro de este tipo de trabajos, es el estudio realizado por Royo, Viladrich y Bayés (1994) en el que entrevistaron a 80 heroinómanos seropositivos al VIH de Barcelona, con el fin de explorar el impacto que el conocimiento del diagnóstico de seropositividad tuvo en sus comportamientos preventivos o de riesgo en los ámbitos sexual y adictivo. De acuerdo a sus resultados, los autores afirman que el saberse seropositivos parece aumentar la probabilidad de abstinencia y reducir los comportamientos de riesgo en los dos ámbitos, aunque de forma no correlacionada, es decir que a pesar de que en todas las relaciones sexuales posteriores al resultado serológico se observó una tendencia al cambio en dirección preventiva, esto no presentó relación con el hecho de dejar o no, de consumir heroína. No obstante, también señalaron los autores que dichos cambios no son generales ni absolutos, ya que persisten los comportamientos de compartir jeringuillas y penetración sin preservativo en los sujetos seropositivos, lo que facilita la aceleración de su proceso de infección y a la vez expone a otras personas a infectarse.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Es preocupante evidenciar que a pesar de que el nivel de conocimiento de riesgo sobre una enfermedad, aún siendo personal, no es un determinante por sí mismo para modificar las prácticas riesgosas de los individuos. Lo anterior resulta más alarmante, si se toma en cuenta que la inconciencia del peligro que implican enfermedades como las hepatitis y el SIDA en muchos grupos de la sociedad de nuestro país el conocimiento sobre las ITS puede ser escaso e incluso nulo, como en los niños de la calle.

Al respecto Jayme y Juárez (1995) realizaron una investigación donde estudiaron los *hábitos de alto riesgo* en la infección por VIH en el menor de la calle de la Ciudad de México. Utilizaron la observación participante como herramienta de evaluación y el teatro como instrumento de sensibilización de un grupo de niños de la calle (cuyas edades oscilaron entre 8 y 25 años) del Distrito Federal. Destacaron básicamente tres hábitos que se involucran con la principal causa de infección, la vía sexual: la prostitución, tener relaciones sexuales con varias personas y el abuso sexual; los cuales se van constituyendo en estilos de vida, debido a que los niños realizan estas prácticas paulatinamente con más frecuencia y en gran medida como fuente remuneradora. Esto representa una situación muy crítica, ya que este sector no tiene acceso a la educación y orientación exponiéndose a contraer la infección y diseminarla. Es interesante destacar que para las autoras los resultados obtenidos no coincidieron con los objetivos iniciales del trabajo porque "los niños no relacionaron la enfermedad con la muerte", y que a pesar de que se detectaron los hábitos que implican un alto riesgo, la *información básica de VIH/SIDA* no logró crear la conciencia necesaria para tomar precauciones frente a ellos. Asimismo señalan las autoras que esto es explicable a partir de la forma en que se jerarquizan sus necesidades y los peligros a los que se ven enfrentados al satisfacerlas, y dicha jerarquización se da en función de la inmediatez de sus requerimientos y la acelerada dinámica que les impone la calle.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Nuevamente, en el estudio anterior las autoras sugieren que la información no fue suficiente para provocar un cambio de conducta, reafirmando que la información, aunque es necesaria no basta para provocar un cambio en las conductas de alto riesgo (Mejía, 1995; Villagrán, 1993; Díaz-Loving y Torres, 1999) lo que sugiere investigar otros aspectos involucrados en los procesos psicosociales relacionados con las conductas de alto riesgo y de prevención hacia las ITS.

2.3. Percepción de Riesgo.

La percepción es un proceso íntimamente ligado a las sensaciones y a la capacidad del organismo de *darse cuenta* de la existencia de las mismas, dándoles algún tipo de interpretación. En el mecanismo de la percepción, para que podamos interpretar las sensaciones captadas por nuestros sentidos, intervienen tres procesos complementarios entre sí: a) Evocación, mediante la influencia de nuestra memoria, percibimos aquello que esperamos percibir; b) Rectificación, mediante ella las sensaciones que llegan a nuestra mente también se ven modificadas de tal forma que somos capaces de completar, integrar o eliminar elementos que nos dificulten interpretar cierto evento; c) Organización, al percibir estímulos les damos una organización con base en nuestros aprendizajes anteriores, de tal manera que cuando un objeto se encuentra cerca de otro tendemos a relacionarlos (principios de proximidad, similitud y continuidad). Los factores que afectan los procesos perceptuales son: a) la motivación de la persona, ya que quienes tienen una necesidad específica tienden a satisfacerla, b) las expectativas que tiene la persona la influyen en su capacidad de percibir, c) los estilos cognoscitivos, o sea la forma en que nos relacionamos con el ambiente aprendemos de él, y d) los antecedentes culturales, que juegan un importante papel en las percepciones (Raugnan, 1980).

Un tipo específico de percepción, es la **percepción de riesgo**, definida como la estimación que el sujeto emite acerca de la probabilidad de que suceda un

evento. La autopercepción o estimación del riesgo de llegar a enfermar es importante para entender porqué la gente realiza conductas que ponen en riesgo su salud o bien, saber cuales son los factores que motivan a la gente a buscar el cuidado de su salud (Prohaska, Albrecht, Levy, Sugrue y Kim, 1990).

Para Gómez y Muñóz (1993) la percepción de riesgo (de contraer SIDA) es la conciencia del riesgo de "contagio", protección contra el SIDA y precauciones para no adquirir la enfermedad. Influyen en su estructura dos factores: el miedo y la comprensión o incomprensión del riesgo.

En una definición más la percepción de riesgo, según Johnson (1991, cit. en Villagrán, 1993 y Mejía 1995) se basa en los elementos que se enumeran a continuación:

- a). Surge la atención (¿Qué eventos capta la persona en el medio y le llaman la atención porque le resultan significativamente amenazantes?).
- b). Estimación del riesgo (¿Qué tan grande es el riesgo?).
- c). Evaluación del riesgo (¿Qué tan serio es el riesgo?).
- d). Atribución de la causa y culpa (¿Quién causa el riesgo y quién es el culpable de la distribución?).
- e). El control del peligro (¿Cómo trata la persona de controlar el riesgo?).
- f). Estrategia (¿Qué acciones elige la persona para conseguir un control sobre el riesgo?).

Respecto a la percepción de riesgo y sus elementos, Yates (1992) escribió un trabajo que aborda el estudio del concepto y la dinámica de la percepción de

riesgo en los problemas de salud. Preliminarmente explica la conducta de riesgo como un valor subjetivo de las alternativas de decisión que muestra una persona, en el cual distingue tres elementos esenciales del riesgo: a) La pérdida potencial; b) el significado de esa pérdida y c) la incertidumbre asociada con la posible pérdida. Expone en el caso específico de la transmisión del VIH que cambiar las conductas de alto riesgo es el único medio para su prevención. Menciona que una gran parte de la investigación está continuamente enfocada a entender los factores que envuelven el porqué las personas continúan poniéndose a sí mismas en riesgo de adquirir el VIH, y usar esa información para el desarrollo de programas de prevención del SIDA.

Con frecuencia, los estudios acerca de la percepción de riesgo, se han ligado a otros factores que intervienen en la ejecución de las conductas preventivas; sin embargo dichos factores han recibido distintas denominaciones y marcan sutiles diferencias en la definición de variables que impiden definir con claridad un criterio unánime de los componentes que conforman a la percepción de riesgo. No obstante, también se puede afirmar que existen variables que aparecen con mayor regularidad y son entendidas siempre con la misma definición, tal como lo son los conocimientos y creencias que se tienen respecto de lo que hay que protegerse (el SIDA en este caso; aplicable a su vez a las Hepatitis B y C). A continuación se dará una breve semblanza de los resultados encontrados en torno a la investigación de la percepción de riesgo de adquirir una enfermedad (en su suma de VIH/SIDA).

En relación con la investigación sobre la percepción de riesgo en México, Villagrán (1993) elaboró un estudio cuyo objetivo fue analizar una serie de variables epidemiológicas y psicológicas en relación a la autopercepción de riesgo de desarrollar SIDA en estudiantes universitarios, así como obtener información que predijera la determinación de variables que conducen a la realización de conductas preventivas asociadas a la infección de VIH por vía sexual tales como el uso del condón. Se encontró que los mejores predictores de la percepción de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

riesgo son la *preocupación de infección, el estatus o vida sexual* y área a la que pertenecían los estudiantes. Los estudiantes con menor percepción de riesgo son los del área médica. Para la frecuencia de uso de condón con la pareja sexual regular, los mejores predictores fueron: la orientación sexual y el área de pertenencia de los estudiantes, se encontró que los estudiantes con orientación homo-bisexual, de las áreas económico-administrativas en primer lugar, y subsecuentemente los de ciencias sociales, médicas y de la construcción son los que con más frecuencia lo usan, esta misma población es la que usa con mayor frecuencia el condón con la pareja sexual ocasional. Paralelamente se encontraron algunas evidencias sobre sesgos en los procesos cognoscitivos (*representatividad, disponibilidad y ajuste-anclaje*) al estimar el riesgo de contraer SIDA. En general, se encontró que la percepción de riesgo, la preocupación de infección y los conocimientos sobre SIDA son variables que indirectamente están afectando la toma de decisión de conductas preventivas.

Ramírez (1993) realizó también un estudio de la percepción de riesgo de contraer SIDA en estudiantes universitarios, y cuando se les preguntó que posibilidad habría de que determinadas personas se infectaran de SIDA de acuerdo a sus prácticas sexuales, se obtuvieron los siguientes resultados: en lo que se refiere al hombre y la mujer homosexual con una pareja contestaron 33.5% y 52.4% (respectivamente) que tienen muchas posibilidades, el hombre y la mujer homosexual con más de una pareja (88.5% y 80.6%), el hombre o la mujer heterosexual con una pareja (39.3% y 40.1%) y el hombre o mujer heterosexual con más de una pareja (72.6% y 73.7%) y bisexuales (72.5%). Sin embargo al preguntarles sobre la autopercepción de riesgo el 72.5% contestó que no había ninguna posibilidad y únicamente el 3.7% dijo que muchas. Por lo que se concluye que los estudiantes perciben en riesgo a todas las personas, menos a ellos mismos. Aunque los estudiantes saben que las relaciones sexuales son un mecanismo a través del cual se puede transmitir el SIDA, al parecer solo manejan la información pero no la han utilizado para tomar decisiones preventivas. Y además los resultados obtenidos muestran que para la mayoría de los estudiantes

el condón no es un medio que disminuya la infección de SIDA. Y en cuanto al área académica, difiere la percepción de los estudiantes de Sociales del resto de los estudiantes, ya que perciben más riesgo en las personas con una sola pareja. También difiere la percepción entre los estudiantes de Sociales, Humanidades y Médicas con respecto a los de Construcción, porque estos últimos presentan una percepción mucho más baja respecto a las personas en general que el resto de los estudiantes; sin embargo su autopercepción es más alta que los alumnos de las demás áreas.

En otro estudio sobre percepción de riesgo de infección y conductas de alto riesgo en adultos jóvenes de la ciudad de México (Mejía, 1995) se obtuvo en general que la percepción de riesgo es baja entre adultos jóvenes, a pesar de que estiman un riesgo relativamente adecuado en grupos a los cuales pueden pertenecer. Sin embargo, también se destacó que la población continúa con la práctica de conductas de "alto" riesgo y que éstas no tienen relación con la percepción de riesgo de los sujetos. Adicionalmente esto se apoya con el resultado de que el uso del condón tiende a ser irregular, lo cual incrementa el peligro de infección.

Asimismo, se encontró entre los jóvenes una educación sexual deficiente, lo cual provoca que persistan mitos y creencias erróneas sobre lo que es el SIDA, vías de transmisión y poblaciones afectadas principalmente. No obstante, Mejía reportó un incremento en la preocupación por adquirir la "enfermedad", lo cual califica como "alentador", esto principalmente en jóvenes de 30 a 36 años que como dato importante fueron quienes reportaron mayor percepción de riesgo comparándose con otros.

Por último, esta autora señaló que existe un claro locus de control externo, pues los jóvenes piensan que ellos no se van a infectar y que el gobierno o las autoridades de salud deben de tomar medidas o hacer algo para detener la pandemia, sintiéndose a salvo de una posible infección.

En un estudio más reciente realizado por Becerra (1999) se pretendió conocer los estilos de enfrentamiento utilizados por los adolescentes mexicanos ante la amenaza del SIDA, así como determinar cual es la *percepción de riesgo* de la enfermedad y saber si existe relación entre los estilos y la percepción de riesgo. Se plantearon en el instrumento cuatro situaciones respecto a la posibilidad de que el novio (a), un amigo (a), un compañero (a) o un familiar tuvieran SIDA. Por desgracia los resultados encontrados indican que a pesar de las campañas informativas y los programas de educación sexual, nuevamente en esta población se encuentra una baja percepción de riesgo no existiendo diferencias entre hombres y mujeres, aunque en los hombres hay una tendencia de *autopercibirse* con mayor riesgo que las mujeres; y a la inversa, en las mujeres existe una tendencia de aumento en la *percepción de riesgo* de otras personas, en comparación con los hombres. Además se puede rescatar que la relación entre los estilos de enfrentamiento ante tal situación y la percepción de riesgo indica que los adolescentes que señalaron poner esfuerzos para analizar la situación y buscar personas que los apoyaran con información, tienen *mayor percepción de riesgo* y los que solo mencionaron expresarse en forma directa y abierta respecto a sus sentimientos, tienen una *menor percepción de riesgo* de infección.

En Yucatán México se elaboró un estudio en el laboratorio de Hematología del Centro de Investigaciones Regionales "Dr. Hideyo Noguchi" (Castro, Pavía, Lara, Alonzo y Góngora, 2000) el cual da cuenta de cómo puede afectar la percepción de riesgo ante cierta práctica sexual que no se percibió como riesgosa y después de una consecuencia negativa dicha práctica cambió radicalmente. Se destacó que la infección por el VIH es predominantemente una enfermedad de transmisión sexual; en donde la transmisión por prácticas heterosexuales se ha incrementado en los últimos años, particularmente en mujeres cuyo factor de riesgo son las prácticas bisexuales de sus parejas. Entre marzo de 1994 y noviembre de 1997 se estudiaron 251 parejas heterosexuales que acudieron al laboratorio a realizarse de manera voluntaria la prueba del VIH como evaluación

prenupcial. De cada persona se recabaron datos epidemiológicos y demográficos además de la muestra sanguínea. Durante los 44 meses del estudio se reportó un caso de seropositividad al VIH en un hombre de 24 años.

La encuesta epidemiológica demostró antecedentes de bisexualidad en el caso índice, antecedente que desconocía su futura cónyuge. Previamente la pareja había tenido relaciones sin protección, sin que la mujer se infectara y la seropositividad no fue impedimento para que contrajeran matrimonio. Un seguimiento de 29 meses a la pareja demostró un avance de la enfermedad en el caso índice. Durante ese lapso han tenido relaciones sexuales usando condón el 100% de las veces y hasta diciembre de 1997, la serología de la esposa seguía siendo negativa. Como discusión se justifica la detección prenupcial del VIH con el fin de prevenir a la pareja no infectada, de la misma forma que en la donación sanguínea se busca proteger al futuro receptor.

En un estudio realizado en el Banco Central de Sangre de Centro Médico La Raza se informó que casi el 80% de los 34 donadores positivos al VIH captados durante 1997 había donado porque consideraban no contar con algún factor de riesgo de exposición al VIH. Del total de donadores (32 hombres y 2 mujeres) 17 se describieron como heterosexuales y 17 como homo o bisexuales. El 73.5% tenían más de una pareja sexual, 38% tenían como pareja sexual a una persona que sostenía relaciones sexuales con varias más, 17% habían tenido contacto sexual con trabajadoras (es) sexuales, y el 6% tenía como pareja sexual a una persona de quien sabían era portadora o enferma de SIDA. El autor indica que estos resultados son relevantes porque muestran que entre la población de donadores no existe una percepción de riesgo personal de exposición al VIH, lo que llevó a que no consideraran importante comunicar sobre sus actividades sexuales durante el interrogatorio dirigido que realiza el médico de selección del donador y por el mismo motivo no se abstuvieron de donar mediante el cuestionario de autoexclusión. Un motivo poderoso para no considerarse en riesgo es su conocimiento previo de que se les practicaría la prueba de detección

del anticuerpos contra el VIH, a pesar de haber recibido información por escrito acerca del período de ventana inmune (Guerra, 2000). De esta manera se ha observado a lo largo de este apartado que los estudios muestran como las personas no se perciben a sí mismas en riesgo de infección, sin embargo cuando las prácticas de riesgo son divulgadas en un contexto social, puede cambiar esta percepción, e incluso mostrarse como un muy posible predictor de conductas preventivas.

2.4. Norma Subjetiva.

Otro elemento importante que forma parte del entorno psicosocial del individuo y que influye en su decisión para protegerse o no de alguna ITS, es la manera en que se relaciona con los distintos grupos de personas que conviven con él, como su familia, amigos, su pareja, etc. Personas que en cierta forma comparten las costumbres, ideas y creencias propias de la vida cotidiana del individuo. Y es aquí donde se introduce el concepto de norma subjetiva.

La norma subjetiva es un factor psicosocial que ha sido ampliamente evaluado como posible predictor de las conductas sexuales (preventivas y de riesgo). Este factor es definido como la percepción personal de un individuo acerca de las presiones sociales de su entorno (Ajzen y Fishbein, 1980). Esto implica la racionalidad cultural o normativa de un individuo, medida por razón de la opinión favorable-desfavorable de la otras personas significativas en su entorno ante una conducta específica y la disposición a seguir esta opinión o no (Boyd y Wandersman, 1991; cit. en León, Páez, Ubillos y Pizarro 1994).

Desde esta perspectiva, la Norma Subjetiva es entendida como la motivación para aceptar y seguir las *creencias normativas* (Sutton, McVey y Glanz, 1999). Las creencias normativas se pueden explicar como *la perspectiva que tiene una determinada persona acerca de las normas sociales.*

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Varios estudios han demostrado que las normas sociales, tanto a favor como en contra de la prevención, afectan a la motivación de realizar las prácticas de prevención sexual en diferentes niveles, entre hombres homosexuales, estudiantes de bachillerato y usuarios de drogas intravenosas (por ej. Catania, Dolcini, Coates, Kegeles, Greenblatt, Puckett, Corman y Miller, 1989; cit en Fisher y Fisher, 1992).

Este hallazgo también es confirmado por Coates (1990) quien afirma que si una conducta que atenta contra la salud ha adquirido valor político o económico dentro de una comunidad, la misma comunidad puede apoyar dicha conducta, a pesar de tener conciencia del riesgo de salud. El autor menciona un ejemplo de este fenómeno, el cual puede ser visto en la respuesta de la comunidad gay de San Francisco (Estados Unidos) a la información respecto a los riesgos de los intercambios sexuales con múltiples parejas masculinas. La comunidad fue insensible al cambio de esta actividad de alto riesgo en una manera unificada porque la actividad fue vista por algunos miembros de la comunidad como parte de su identidad (Shilts, 1987; cit. en Coates 1990).

Respecto a la investigación de la Norma Subjetiva en nuestro país, Bronfman y Minello (1993; cit. en Bronfman, Amuchástegui, Martina, Minello, Rivas y Rodríguez, 1995) citan en un estudio anteriormente señalado sobre las prácticas sexuales de migrantes de una comunidad michoacana, que además de las asociaciones de: las personas significativas del entorno-creencias-prácticas de riesgo (por ejemplo, Esposas-fidelidad-relaciones sexuales sin condón, o trabajadoras sexuales-"confianza"-uso de condón sólo en la primera relación) se encontró que los grupos entrevistados otorgaron mayor credibilidad a la televisión como fuente de información así como a las pláticas educativas que reciben en los campos y en las escuelas, algunos confían en los médicos, existe poca confianza frente a la información transmitida por los amigos y por último se menciona al cura como un personaje dotado de baja credibilidad con respecto a la información

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

sobre sexualidad. Sin embargo, se puede observar que sus prácticas sexuales no corresponden a la intención de seguir sus creencias normativas.

En otra investigación realizada en México, Micher y Silva, (1997) sugirieron con respecto a la norma subjetiva, en su trabajo realizado para evaluar el nivel de conocimientos y prácticas de riesgo para ITS en adolescentes y jóvenes; que es conveniente identificar las creencias que tienen los familiares y amigos de los adolescentes, ya que ellos ejercen tal presión social que el adolescente se compromete en actividades sexuales aún antes de estar preparado para ellas (por ejemplo los adolescentes que ya ejercían su sexualidad reportaron que utilizan el ritmo como método de prevención cuando la mayoría mostró total desconocimiento sobre el período de fertilidad durante el ciclo menstrual) e incluso se ven limitadas sus posibilidades de adoptar conductas preventivas a causa de la misma presión social (una mujer que solicite a su pareja usar condón es calificada como promiscua y desconfiable, que evita la procreación, que ha tenido relaciones sexuales previas, lo cual es condenable).

En Veracruz México, se efectuó una investigación (Pérez, 1999) que comparó los intereses, actitudes y conocimientos en dos grupos de estudiantes de bachillerato de distintos entornos sociales, uno urbano (Jalapa) y uno rural (Catemaco). Dentro de los resultados obtenidos se destaca (en torno a lo que es entendido como norma subjetiva), que las fuentes de información sexual que prefieren ambos grupos son los padres, seguidos de los maestros, pero en tercer término se encuentra una diferencia importante por género en ambos grupos, mientras que los hombres ubican a los amigos, las mujeres a las lecturas personales; la autora señala como interesante que ningún género mencione a la televisión o al cine, como fuentes de información sexual asumidas.

En un estudio más, realizado en los municipios del estado de Morelos con más alto índice de seropositividad al VIH (Cuernavaca, Temixco y Cuautla) se exploró el estado de mitos, conocimientos y creencias en relación al SIDA en una

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

población de adolescentes. Los resultados encontrados refieren que los adolescentes reportan hablar más de sexualidad, SIDA y otras "enfermedades" de transmisión sexual con sus amigos o amigas, seguido de los padres (22 y 21% respectivamente); no obstante, esta preferencia se invierte en el caso de las drogas, ya que es con los padres con quienes hablan sobre este tema (26%), mientras que con los amigos lo hace el 19%. Es importante señalar que los adolescentes prefieren hablar sobre el condón con sus amigos más que con otras personas (27%): la diferencia es notable con respecto a la preferencia reportada hacia los padres (12%) (De León, Pelcastre y Rojas, 1999).

A través de los trabajos revisados sobre la norma subjetiva se puede afirmar que este factor psicosocial representa un elemento importante en las acciones individuales de las personas en torno a su sexualidad, sobrepasando en muchas ocasiones el impacto que causa el nivel de información sobre determinadas prácticas de riesgo. Asimismo se ilustran algunos indicadores de los significantes que más influencia ejercen en la decisión de adoptar o no alguna conducta para ciertos sectores de la población.

Para cerrar este capítulo se pueden identificar algunas tendencias interesantes en torno a las variables psicosociales descritas: El conocimiento es necesario pero insuficiente para vencer posibles barreras para la adopción de prácticas preventivas, y aunque tiene la característica de poseer la objetividad y validez científica deseada tiene un serio obstáculo frente a las creencias, definidas como conceptos fuertemente enraizados entre las personas. La gente se sigue poniendo en riesgo; y predominantemente por conductas sexuales. En general las personas no se perciben en riesgo, pero cuando su conducta de riesgo es expuesta en algún contexto social, puede cambiar su nivel de percepción e incluso influir en la adquisición de conductas preventivas. De esta manera, la norma subjetiva se perfila como una variable que puede causar un cambio en la conducta riesgosa del individuo, teniendo como antecedente información documentada y como consecuente un cambio en la percepción de riesgo.

64

CAPÍTULO III

MODELOS PSICOLÓGICOS DE PREVENCIÓN

PARA LA SALUD

Hasta aquí se han revisado numerosas investigaciones que dan muestra de algunos factores que influyen en que las personas tengan o no conductas preventivas. Algunas de las investigaciones revisadas están hechas con base en la teoría formal, la cual ofrece principios y métodos sobre la prevención de infecciones y el comportamiento que han probado su utilidad en el área de la Salud.

La Teoría puede dar a los planificadores de programas de prevención un marco para lograr las metas de intervención, o ayudar a explicar aspectos del comportamiento de riesgo al trabajar con una nueva población. Usar modelos teóricos para diseñar intervenciones de la prevención del VIH, y en este caso VHB y VHC, puede ayudar a mejorar programas y ahorrar tiempo y recursos. Por tales motivos, la presente investigación se apoyará en el marco de un modelo teórico que ha sido probado en el campo de la Psicología, aplicado a la preservación de la Salud.

Dentro de la psicología para la salud se han desarrollado modelos teóricos para el estudio y comprensión de las conductas del ser humano que se ubican en una aproximación conceptual cognitivo-conductual, y en este caso Yates (1992) describe la existencia de tres modelos de conducta que son comúnmente usados para guiar la investigación en el área de prevención para la Salud, SIDA, otras ITS y conductas de riesgo.

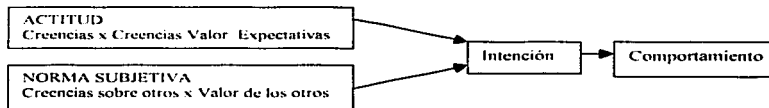
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

3.1. Teoría de la Acción Razonada.

El primer modelo es el de **la Teoría de Acción Razonada**, el cual no está desarrollado específicamente para examinar conductas riesgosas en el campo de la salud, pero puede ser aplicado para entenderlas (Yates, 1992). En este modelo el factor clave es la actitud, la cual puede ser definida como la predisposición del individuo para valorar de manera favorable o desfavorable algún aspecto; mientras que el comportamiento es la respuesta del razonamiento y del uso de información disponible. Por ende, se postula que las personas antes de comprometerse a realizar o no determinado comportamiento o conducta consideran las implicaciones que sus actos puedan provocar. Es decir, un comportamiento está determinado en función de la intención que tiene el sujeto de realizarlo. (Ajzen y Fishbein, 1980). Por lo tanto, para cambiar o mantener un comportamiento determinado, en una población dada, se deben entender las determinantes de ese comportamiento, en esa población (Ver Fig. 1).

De esta manera, la multiplicación del valor de un atributo con la expectativa de un individuo que se asocie a la conducta en suma, compone la dimensión actitudinal. La multiplicación de la opinión de los otros por la motivación del individuo a hacerles caso, sumada en total, compone la norma subjetiva (León, Páez, Ubillos y Pizarro 1994).

Fig. 1 Esquema del Modelo de la Teoría de Acción Razonada.



*Tomado de León, Páez, Ubillos y Pizarro 1994, p. 145.

Esta teoría reconoce la importancia de los siguientes factores: de personalidad (autoritarismo, intro y extra versión y la necesidad de realización), demográficos (sexo, edad y escolaridad), rol social, socialización, estatus social, inteligencia, entre otros. Sin embargo, los considera como variables externas, ya que no influyen directamente en la conducta, sino en las creencias. Algunas veces dichas variables pueden tener relación, pero inconsistente por ejemplo por el cambio de población y el tiempo (Perelló, 2000).

3.2. Modelo de Creencia en la Salud.

El segundo modelo es el de *Creencia en la Salud* desarrollado por Becker y Main (1975, cit. en Yates, 1992) el cual originalmente plantea que un individuo no puede tomar la decisión de emprender una acción saludable encaminada a evitar la amenaza de una enfermedad específica a menos que dicho individuo esté psicológicamente listo para actuar (Ver Fig. 2). Este modelo supone que las acciones preventivas son función de : a) la preocupación general del sujeto por la salud; b) el riesgo percibido de adquirir la enfermedad; c) la seriedad percibida de la enfermedad; d) el resultado de la comparación de los beneficios percibidos por realizar la conducta preventiva con los costos de ésta, también denominadas barreras y facilitadores psico-sociológicos; y e) los indicadores o señales de la información-acción que focalizan la atención del sujeto en conductas preventivas específicas.

De esta manera , *la susceptibilidad percibida* se entiende como la estimación de la probabilidad de adquirir la enfermedad; y *la seriedad percibida*, como la estimación de tener la enfermedad y morir por su causa. Estas dos variables integran lo que se conoce como la *percepción de riesgo* de desarrollar la enfermedad. Por otra parte, los beneficios y las barreras se refieren a que el individuo piense que el uso de las medidas preventivas pueda protegerlo, o bien perjudique algún aspecto de su vida personal (p.ej. el placer en sus relaciones sexuales) (Janz, y Becker, 1984).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El Modelo de Creencia en la Salud también incluyó la variable "claves para la acción" como un buen determinante en una conducta de la salud. Estas, pueden ser externas, tal como los recordatorios de las tarjetas postales de un proveedor que cuida la salud o alguna campaña de información de la salud dirigida a la gente en general. Las claves también pueden ser internas, tal como las percepciones individuales del estado corporal. Estas claves fueron sugeridas para inducir acciones que favorezcan la salud de los individuos que están psicológicamente listos para actuar basados en sus creencias acerca de la susceptibilidad personal, severidad, beneficios y barreras (Rosenstock, 1966; cit en Yates, 1992).

De acuerdo con este modelo, Conner y Graham, (1992; cit. en Villagrán y Díaz-Loving, 1999) realizaron un estudio en el cual señalan que las variables de este modelo que mejor predicen la conducta preventiva del uso del condón fueron dos: la susceptibilidad percibida (uno de los componentes de la percepción riesgo) y el factor de claves para la acción (solicitar o aceptar el uso del condón).

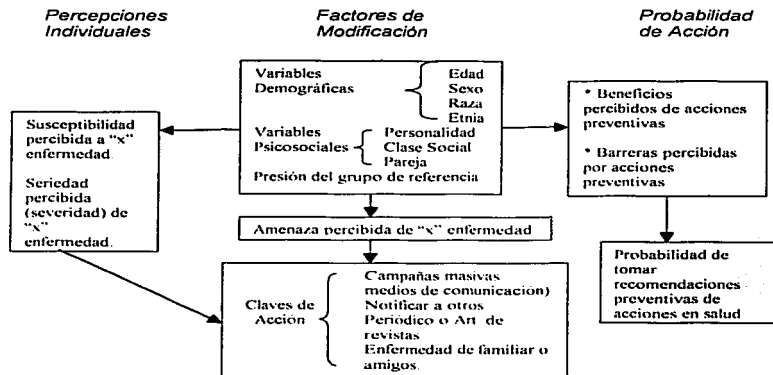
Asimismo, Stone (1982; cit. en León y cols. 1994) afirma que la relación entre el riesgo o susceptibilidad percibida de adquirir la enfermedad y las conductas preventivas es más fuerte que la relación entre la severidad percibida de la enfermedad y la conducta preventiva. Fisher y Fisher (1992) en una revisión de estudios afirman que la baja variabilidad de la seriedad o severidad percibida al SIDA hacen que esta variable tenga baja capacidad explicativa y predictiva porque en general es homogéneamente alta. Además, con respecto a la susceptibilidad o riesgo percibido ante el SIDA se ha asociado, positivamente, a conductas preventivas en 7 investigaciones, mientras que en otras 7 no se ha encontrado esta asociación.

Prohaska y cols. (1990) hacen una crítica importante respecto a los estudios de percepción de riesgo y mencionan que aunque los investigadores reconocen la importancia de entender el riesgo como una variable tanto en la teoría como en la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

intervención, ellos prestan poca o nada de atención para descubrir qué factores causan que la gente se perciba en riesgo, y el modelo de Creencia en la Salud propone que el riesgo percibido da resultados en el cambio de conductas, pero no se ocupa sobre dar cuenta del origen o variación en la interpretación del riesgo.

Fig. 2 Esquema del Modelo de Creencia en la Salud.



* Tomado de Yates 1992, p. 234.

3.3. Modelo de Reducción de Riesgo.

El más reciente de estos modelos en materia de prevención para la salud incorpora componentes de los dos anteriores en una organización diferente, y es llamado **Modelo de Reducción de Riesgo** del SIDA (de Catania, Kegeles y Coates, 1990) el cual identifica tres etapas individuales a través de las que se puede reducir el riesgo o cambiar las actividades sexuales; la primera consiste en que el individuo reconozca que sus actividades sexuales lo ponen en riesgo de adquirir el VIH, en la segunda el individuo tiene que tomar una decisión que altere

la conducta de alto riesgo y lo haga comprometerse en esa decisión y en la tercera requiere vencer barreras para decretar la decisión. Sin embargo, este modelo postula que es necesario que el individuo tenga un grado de angustia o ansiedad con respecto al SIDA para atravesar dichas etapas, aunque irse a los extremos puede obstaculizar el cambio en las conductas riesgosas.

Más explícitamente, en la etapa uno, donde el individuo debe identificar y calificar sus actividades como riesgosas; se sugiere la inclusión de tres variables hipotéticas para el logro de esta tarea: 1) conocer de que forma el VIH es transmitido, lo que es necesario pero insuficiente para identificar actividades de alto riesgo (Brant, 1988; cit. en Yates, 1992); 2) la segunda es la susceptibilidad personal percibida al SIDA, (paralela a uno de los elementos de la percepción de riesgo en el modelo de creencia en la salud), se asume que los individuos que son sensibles o vulnerables de contraer el SIDA, deben calificar antes sus conductas como riesgosas y 3) las normas sociales respecto del riesgo constituyen la tercer variable de esta etapa. Paralela al componente normativo del modelo de acción razonada, el modelo de reducción de riesgo plantea que si los referentes grupales de un individuo (es decir, las personas que lo rodean, como su pareja, familiares, amigos, etc.) reconocen ciertas prácticas sexuales como riesgosas, estos referentes pueden influir en que el individuo califique las mismas conductas como riesgosas. Por ejemplo, si la visión que prevalece en un grupo de individuos es: "realizar el acto sexual sin usar condón no es particularmente riesgoso", entonces será poco probable que un individuo de ese mismo grupo, califique como riesgoso el no usar condón en sus relaciones sexuales (Yates, op.cit.).

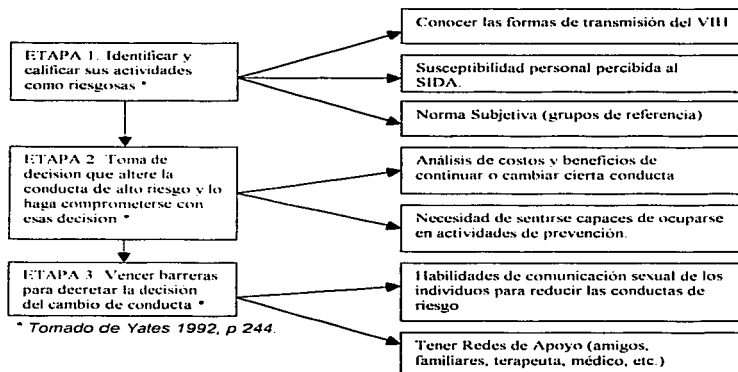
La segunda etapa del modelo plantea un compromiso del individuo para ocuparse de disminuir el riesgo en sus actividades. Dado que un individuo califica su conducta como riesgosa, dos tipos de variables pueden influir en la probabilidad de que esa persona pueda comprometerse en conductas menos riesgosas: a) el hecho de hacer un análisis de costos-beneficios (consecuencias positivas y/o negativas) de continuar cierta conducta o cambiarla, b) los individuos

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

necesitan sentirse capaces de ocuparse en actividades que puedan prevenir la infección del VIH.

En la última etapa del modelo debe existir un cambio de conductas. Las dos variables que influyen en la probabilidad de que las personas puedan comprometerse en el cambio de sus conductas son: a) las habilidades de comunicación sexual de los individuos, para reducir las conductas de riesgo las personas necesitan comunicar sus intenciones en sus patrones sexuales; los individuos pueden comprometerse a tener un patrón de uso de condón pero si a ellos les faltan las habilidades sociales para comunicar esto, lo más probable es que no lleven a cabo estas intenciones; b) Redes de Apoyo, finalmente las personas pueden buscar ayuda informal y soporte social de amigos, familiares o ayuda profesional de un terapeuta o médico para reducir conductas riesgosas (Ver Fig. 3). Esquemáticamente se representa de la siguiente manera:

Fig. 3 Esquema del Modelo de Reducción de Riesgo.



En un estudio realizado con una comunidad *gay* (homo y bisexuales) en San Francisco, Estados Unidos se llevaron a la práctica los elementos de este Modelo con una muestra de 318 hombres con una edad promedio de 31 años. Se encontró que el 52% de los sujetos habían tenido relaciones sexuales anales desprotegidas durante los últimos 6 meses; el 38% había tenido sexo con trabajadores(as) sexuales alguna vez en su vida y el 25% nunca se había hecho la prueba para el VIH. Esta población se dividió en tres grupos de intervención: uno de triple sesión, uno de una sola sesión y un grupo control en "lista en espera". De los tres grupos, la intervención de la triple sesión demostró ser la más eficaz. Ésta consistió en tres reuniones de grupo semanales de tres horas; se utilizaron cintas del material de entrenamiento, video, juegos, y material de papel que fueron experimentalmente probados en su entorno cultural (es decir, representados y expresados en su lenguaje común por personas de su misma raza y con experiencias, actitudes y comportamientos similares a sus preferencias sexuales). Las tres sesiones fueron encausadas alrededor de los siguientes temas:

1. Auto-identidad y Desarrollo de la Ayuda Social, inicialmente los facilitadores procuraron reforzar la identidad de cada participante como miembros de un grupo sexual y racial particular, con el fin de promover la sensación de orgullo y autoestima entre los participantes, y para ayudarlos a entender las posibles consecuencias de una auto-identidad pobre para la toma de comportamientos de riesgo. Los participantes primero vieron escenas de video que mostraban testimonios de hombres homosexuales afro-americanos. Entonces discutieron sus experiencias negativas y positivas asociadas a la condición de pertenecer a una minoría en el sentido racial y sexual.

2. Educación del Riesgo de SIDA, los participantes se engancharon a dos actividades diseñadas para mejorar su conocimiento de la reducción del riesgo y del uso eficaz de condones. Se agruparon en equipos para jugar con una dinámica que demostró las actividades de riesgo al VIH. Después del juego, los facilitadores discutieron las respuestas incorrectas, presentando la información sobre los

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

riesgos de transmisión sexual, por drogas, la importancia del anticuerpo del VIH, y respondieron las preguntas de los participantes. Durante una segunda dinámica llamada "los juegos del Condón" los participantes examinaron sus emociones positivas y negativas sobre las actividades de prevención.

3. Entrenamiento de la asertividad, las siguientes actividades de la intervención enseñaron diversas maneras de negociar comportamientos sexuales de poco riesgo en dos diferentes contextos: el inicio de actividades preventivas y el rechazo de actividades altamente riesgosas con una pareja sexual actual y con una persona con alta probabilidad de ser una nueva pareja sexual. Después que los facilitadores dieron instrucciones y demostraron con ejemplos prácticos cómo se hacen las negociaciones, los participantes formaron diadas y ensayaron situaciones similares, pero nunca iguales a las demostraciones.

4. Comisión del Comportamiento, en un esfuerzo por consolidar el compromiso para reducir el riesgo, la actividad pasada permitió que los participantes compartieran estrategias que habían utilizado para la reducción de riesgo y hacer un compromiso verbal ante el grupo para cambiar sus comportamientos de riesgo.

Los resultados más relevantes de este programa señalaron el aumento de comportamientos sexuales más seguros. Los índices de la cópula anal desprotegida bajaron de un 45 a un 20% en una evaluación posterior de 18 meses. Comparativamente, los hombres que acudieron a una sesión demostraron solamente índices leves en el cambio de comportamiento, y los hombres que no fueron a ninguna sesión no demostraron cambio alguno en sus comportamientos de riesgo (Peterson, Coates, Catania, Hauck, Acree, Daigle, Hilliard, Middleton y Hearst, 1996).

En otra investigación basada en el Modelo de Reducción de Riesgo, se trabajó con 215 mujeres seropositivas al VIH, en Nueva Jersey Estados Unidos con el propósito de encontrar los mejores predictores del uso del condón. Se

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

encontraron 6 variables representativas de los constructos más importantes del modelo. Los factores que influyeron en el uso del condón fueron: 1) la percepción de tener una alta autoeficacia para influir en la pareja; 2) que la pareja fuera seronegativa al VIH; y 3) que las parejas no quisieran tener más hijos. Por otro lado, los factores que estuvieron negativamente correlacionados al uso del condón fueron: 1) los conflictos con la pareja, 2) el uso de drogas y alcohol en las cuatro últimas semanas; y 3) la creencia de que el condón reduce el placer en las relaciones sexuales (Kline y Vanlandingham, 1994).

En una revisión de los modelos, teorías y constructos de carácter psicológico aplicados en el campo de la Salud (UNAIDS, 1999) se menciona a el Modelo de Reducción de Riesgo como uno de los más frecuentemente usados al lado del Modelo de Creencias en la Salud y la Teoría de la Acción Razonada entre otros modelos y teorías; incluso se da muestra de los trabajos que han utilizado en la práctica la combinación de varios modelos y se resumen los resultados de cada intervención. Cabe señalar para propósito del presente estudio, que existen varios autores que proponen la utilización de las variables propuestas en la primera etapa del MRR para dar cuenta del nivel de riesgo conductual y programar intervenciones que promuevan el cambio conductual a favor de la prevención. Por ejemplo esta revisión documentada menciona los trabajos de Walter y Vaughan 1993 en Estados Unidos; Ford y cols, 1995, 1996 y 1998 en Indonesia; así como los de Gregson y cols, 1998 en Zimbawe donde se asocian los conocimientos sobre VIH e ITS y el nivel de susceptibilidad percibida al uso del condón. De manera similar, las investigaciones de Jemmott y cols., 1992 en Estados Unidos; Buunk y cols, 1998 en Holanda; Levy y cols, 1998 en Estados Unidos destacan a la Norma Subjetiva como una variable predictora de las conductas de riesgo y prevención, además de una variable clave para la intervención (*op. cit.*).

Una vez explicada la importancia del MRR en este capítulo, es necesario señalar que de acuerdo a los fines de esta investigación, la propuesta del Modelo

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

de Catania y cols. (1990) puede determinar las etapas individuales a través de las cuales se puede reducir el riesgo o cambiar las actividades sexuales; así como los elementos psicosociales que participan en cada etapa tanto en el caso del VIH/SIDA como en el de las hepatitis B y C .

Si se toma en cuenta que en la primer etapa, el modelo plantea que el individuo debe de identificar y calificar sus actividades sexuales y parenterales como riesgosas, y que para hacerlo se necesitan: 1) los *conocimientos* básicos de qué son las infecciones y cómo se transmiten y previenen; 2) la *susceptibilidad percibida* de contraer las infecciones (esto es: que los individuos valoren que están en riesgo o que son susceptibles de adquirir las infecciones); y 3) que la norma subjetiva respecto a sus prácticas riesgosas sea favorable para su salud, se puede observar que estos tres elementos deben ser los primeros en ser analizados, ya que son condición necesaria para que se realicen las conductas de las etapas subsecuentes del modelo, que describen variables asociadas a la toma de decisiones que alteran las conductas de alto riesgo del individuo y lo hacen comprometerse en esas decisiones; así como las habilidades sociales que necesita para vencer posibles barreras para efectuar las conductas preventivas (por ejemplo, el pedir el uso del condón a la pareja). Además las investigaciones revisadas sugieren que el individuo en general, antes de tomar una decisión que altere su conducta de riesgo, y de que negocie con su pareja esta decisión, ni siquiera se siente susceptible o en riesgo de infección y más aún muestra serias confusiones entre sus conocimientos y creencias por lo menos en lo que respecta al VIH/SIDA, ya que se puede suponer por la escasa investigación en VHB y VHC, que los conocimientos y por ende la susceptibilidad de infección son aún más bajos.

Como se ha enfatizado a lo largo del marco teórico, la epidemia del VIH/SIDA significa una calamidad biológica, psicológica y social no sólo por ser mortal, sino también por la facilidad con que se puede transmitir y por la larga agonía que sufre

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

un individuo infectado (y su familia) hasta que fallece. En torno a estos daños, existen dos factores fundamentales, que hoy en día están vigentes:

- a) la principal causa de que se extienda el SIDA es por la transmisión sexual y
- b) la única forma efectiva de combatir las ITS es por medio de la prevención.

Por otro lado, las hepatitis virales crónicas son de las enfermedades hepáticas más frecuentes a nivel mundial y representan una causa importante de morbilidad y mortalidad. Además, en el plano social tanto el VIH como las VHB y VHC afectan a todos los sectores de la sociedad, esto sin contar el gran desgaste económico y humano que constituyen.

El éxito de la prevención se puede explicar en campos específicos de acción tal como en los bancos de sangre, que gracias a los esfuerzos en tecnología y a su estricto control en la selección de sus donadores, ha logrado reducir cuantiosamente la infección por vía sanguínea.

Sin embargo, hoy por hoy la sangre 100% segura no existe. El alto índice de infección por la vía sexual sigue representando una grave amenaza para el control de la sangre, ya sea por el prolongado periodo de ventana de estas infecciones o porque los individuos en general no perciben estar en riesgo.

Por ende, existe la necesidad de intervenir de alguna forma para tener sangre segura y contribuir a disminuir el número de personas infectadas por VIH, VHB y VHC en general. No obstante, existen muy pocos estudios que documenten los factores psicológicos en los donantes, tal como la susceptibilidad percibida de adquirir alguna ITS. Conocerlos implicaría entender al fenómeno, establecer relaciones entre variables de riesgo, definir planes y estrategias de acción y

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

proponer una base teórica, empírica y metodológica más sólida para concretar diversos proyectos en el campo aplicado, tales como:

*Aplicar el mismo instrumento al personal de salud para mejorar los propios procesos preventivos y de selección de los bancos de sangre;

*Diseñar material educativo que se administre en los propios bancos de sangre para contribuir al proceso preventivo de las epidemias, no sólo desde la selección óptima de donantes, sino también atacando la incidencia de los hábitos de riesgo por la vía sexual.

Es así como el presente trabajo tuvo como propósito determinar los elementos de esta primera etapa del modelo en los posibles donadores de sangre registrados, y compararlos con los mismos elementos de donadores identificados por el mismo banco de sangre como seropositivos a VIH, VHB o VHC. a través de un instrumento que abordó dichos puntos, por lo que la pregunta de investigación fue la siguiente:

¿Cuál es la relación de las variables de la primera etapa del modelo de reducción de riesgo en los donadores diagnosticados como portadores de VIH, VHB y VHC y los candidatos registrados?

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SEGUNDA PARTE
"INVESTIGACIÓN"

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1. OBJETIVOS

1.1. Objetivo General:

1. Determinar y comparar los datos sociodemográficos, los factores psicosociales (conocimientos y creencias, la susceptibilidad percibida de contraer VIH, VHB y VHC, norma subjetiva) de la primera etapa del Modelo de Reducción de riesgo y las prácticas de riesgo (sexuales y parenterales) de los donadores diagnosticados como seropositivos y de los candidatos registrados para donar sangre del Banco de Sangre del Centro Médico Nacional la Raza, a través de la aplicación un instrumento psicológico.

1.2. Objetivos Específicos:

1. Determinar y comparar los datos sociodemográficos de los donadores diagnosticados como seropositivos y los candidatos registrados del Banco Central de Sangre del Centro Médico la Raza, a través de la aplicación un instrumento psicológico.

2. Determinar y comparar los conocimientos y creencias básicos de VIH, VHB y VHC de los donadores diagnosticados como seropositivos y los candidatos registrados del Banco Central de Sangre del Centro Médico la Raza, a través de la aplicación un instrumento psicológico.

3. Determinar y comparar las prácticas de riesgo (sexuales y parenterales) de los donadores diagnosticados como seropositivos y los candidatos registrados del Banco Central de Sangre del Centro Médico la Raza, a través de la aplicación un instrumento psicológico.

4. Determinar y comparar la susceptibilidad de riesgo de contraer VIH, VHB y VHC de los donadores diagnosticados como seropositivos y los candidatos

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

registrados del Banco Central de Sangre del Centro Médico la Raza, a través de la aplicación un instrumento psicológico.

5. Determinar y comparar la norma subjetiva de los donadores diagnosticados como seropositivos y los candidatos registrados del Banco Central de Sangre del Centro Médico la Raza, a través de la aplicación un instrumento psicológico.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2. MÉTODO

2.1. Descripción de la Muestra.

Candidatos a donar sangre que acuden al Banco Central de Sangre del Centro Médico La Raza y los donadores con serología positiva a VIH, Hepatitis B y C. Los criterios de selección fueron los que fundamenta la Norma Oficial Mexicana para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos (NOM-003-SSA2-1993, Diario Oficial de la Federación 18 de junio de 1994).

Criterio de Inclusión para Candidatos a donación:

*Los candidatos a donación que fueron registrados para el proceso de selección en el Banco de Sangre.

Criterios de Eliminación para los Candidatos a donación:

*Candidatos que se negaron a contestar el cuestionario.

*Candidatos que se retiraron sin haber completado el cuestionario.

Criterio de Inclusión para Donadores Seropositivos:

*Donadores que tuvieron resultados positivos en la pruebas de laboratorio.

Criterio de Exclusión para Donadores Seropositivos:

*Donadores que no fueron a su cita para recoger resultados positivos a VIH, VHB y VHC.

Se formaron dos grupos, uno de ellos fue conformado por 148 personas registradas como candidatos a donación, y el otro se integró de 148 donadores que fueron diagnosticados como seropositivos al VIH (7), VHB (52) y VHC (89).



2.2. Descripción del Instrumento.

La encuesta para esta investigación está basada a partir de muchos de los indicadores utilizados por el CONASIDA (1994) para la investigación sobre el comportamiento sexual, y en los estudios hechos sobre conocimientos del VIH y las ITS, prácticas de riesgo y percepción de riesgo realizados por Villagrán, 1993; Mejía, 1995; Becerra, 1999; Ramírez, 1993. Para este estudio se realizaron reactivos que sondean las siguientes variables: a) Conocimientos y creencias sobre VIH/SIDA, (se incluyeron los conocimientos y creencias de HVB y HVC), b) Prácticas de Riesgo (sexual y parenteral), c) Susceptibilidad percibida, d) Percepción de Riesgo, y e) Norma Subjetiva (ANEXO 1). En esta encuesta se utilizaron dos escalas, una escala cualitativa intervalar "Likert" que permite tener varias opciones de respuesta (p. ejem. Siempre, A veces, Nunca) y la escala cualitativa nominal que permite dos opciones de respuesta (por ejem. Si o No); las puntuaciones asignadas estuvieron en función de los datos ya documentados (tanto teóricos como empíricos). Se usaron preguntas abiertas y la codificación de las respuestas se hizo de acuerdo a una clasificación con base en la información teórica al respecto de dichos items. Se hizo un estudio piloto con 25 personas que laboran en el Banco de Sangre, con el fin de corroborar únicamente si se entendía el sentido de las preguntas y esto sirvió para realizar las últimas correcciones y comenzar la aplicación con los donadores. El cuestionario fue aplicado por los investigadores, quienes realizaron la encuesta persona a persona, con una duración de aplicación del instrumento de 15 minutos en promedio. Las respuestas de los sujetos fueron confidenciales y anónimas.

Por otro lado las pruebas que se llevaron a cabo en el laboratorio del Banco Central de Sangre para el diagnóstico de VIH, VHB y VHC de los donantes infectados fueron las siguientes: *Examen de Seroestatus para el VIH, examen de seroestatus para la VHB (AgHBs) y el examen de seroestatus para la VHC*. El procedimiento para cada una de las pruebas se explica en el ANEXO 2.

2.3. Escenario.

Se llevó a cabo en las instalaciones del Banco Central de Sangre del Centro Médico La Raza del IMSS, dentro de un cubículo (de 2 x 4m) que fue proporcionado por los médicos.

2.4. Definición Conceptual y Operacional de las Variables.

A. Variables Sociodemográficas.

1) *Edad*. El tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de contestar el cuestionario. Se evaluó en años cumplidos. Es una variable continua que tiene un rango de 18 a 65 años.

2) *Sexo*. Diferencia física y de conducta que distingue a los organismos individuales, según las funciones que realizan en los procesos de reproducción, por esta diferencia existen machos o hembras. Se evaluó con la descripción categórica que haga un individuo con respecto a sus órganos genitales (hombre o mujer).

3) *Estado Civil*. Descripción legal de un individuo sobre su vida de pareja. Se evaluó en las siguientes categorías: Soltero (con pareja o sin pareja), Casado, Divorciado (con pareja o sin pareja), Viudo (con pareja o sin pareja), Unión Libre y Separado (con pareja o sin pareja)

4) *Escolaridad*. Grado escolar alcanzado o años de estudio del individuo. Se evaluó de acuerdo a las siguientes opciones: Primaria, Secundaria, Bachillerato o Técnica o Comercial y Profesional, Especialidad, Posgrado y Diplomado.

B. Variables Dependientes.



1) *Conocimientos y Creencias sobre VIH/SIDA.* Se refiere a la información tanto documentada (conocimientos); como no documentada (creencias), que maneja el individuo sobre el VIH/SIDA. Esta variable se integró por seis frases complementarias para cada uno de los siguientes reactivos: 1) El VIH es..., 2) El SIDA es..., 3) La infección por VIH se transmite por..., 4) La infección por VIH se previene....

Los participantes tuvieron 3 opciones de respuesta para cada una de las frases complementarias (SI, NO o NO SE), cada respuesta correcta tuvo un valor de 2 puntos, cada respuesta incorrecta tuvo valor de 0 puntos y cuando eligieron la opción de NO SE fue calificada con 1 punto; la puntuación máxima para cada reactivo fue de 12 puntos. Se evaluaron a partir de la respuesta proporcionada a cada una de las seis frases complementarias, de la cuales 3 son conocimientos y 3 son creencias. Las seis frases fueron distribuidas de manera aleatoria. En el quinto y último reactivo se preguntó sobre el periodo de ventana en donde existieron las mismas opciones de respuesta (SI=2, NO SE=1 y NO=0 puntos) pero con verificación de la respuesta es decir, se les pidió que explicaran ¿porqué?. Cuando la respuesta hizo mención referente al periodo de ventana se les otorgó 2 puntos, cuando la respuesta se relacionó con algo erróneo la puntuación fue de 0, y cuando decían no saber la respuesta obtuvieron 1 punto. La suma de la puntuación total máxima por los 5 reactivos fue de 52 y una mínima de 0.

2) *Conocimientos y Creencias sobre Hepatitis B (VHB).* Se refiere a la información tanto documentada (conocimientos); como no documentada (creencias), que maneja el individuo sobre la Hepatitis B. Esta variable se integró por seis frases complementarias para cada uno de los siguientes reactivos: 1) La Hepatitis "B" es..., 2) La Hepatitis "B" se trasmite por..., 3) La infección por Hepatitis "B" se previene....

Los participantes tuvieron 3 opciones de respuesta para cada una de las frases complementarias (SI, NO o NO SE), cada respuesta correcta tuvo un valor de 2 puntos, cada respuesta incorrecta tuvo valor de 0 puntos y cuando eligieron

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

la opción de NO SE fue calificada con 1 punto; la puntuación máxima para cada reactivo fue de 12 puntos. Se evaluaron a partir de la respuesta proporcionada a cada una de las seis frases complementarias, de las cuales 3 son conocimientos y 3 son creencias. Las seis frases fueron distribuidas de manera aleatoria. En el cuarto y último reactivo se preguntó sobre el periodo de ventana en donde existieron las mismas opciones de respuesta (SI=2, NO SE=1 y NO=0 puntos) pero con verificación de la respuesta es decir, se les pidió que explicaran ¿porqué?. Cuando la respuesta hizo mención referente al periodo de ventana se les otorgó 2 puntos, cuando la respuesta se relacionó con algo erróneo la puntuación fue de 0, y cuando decían no saber la respuesta obtuvieron 1 punto. La suma de la puntuación total máxima por los 4 reactivos fue de 40 y una mínima de 0.

3) *Conocimientos y Creencias sobre Hepatitis C (HVC)*. Se refiere a la información tanto documentada (conocimientos); como no documentada (creencias), que maneja el individuo sobre la Hepatitis C. Esta variable se integró por seis frases complementarias para cada uno de los siguientes reactivos: 1) La Hepatitis "C" es..., 2) La Hepatitis "C" se trasmite por..., 3) La infección por Hepatitis "C" se previene....

Los participantes tuvieron 3 opciones de respuesta para cada una de las frases complementarias (SI, NO o NO SE), cada respuesta correcta tuvo un valor de 2 puntos, cada respuesta incorrecta tuvo valor de 0 puntos y cuando eligieron la opción de NO SE fue calificada con 1 punto; la puntuación máxima para cada reactivo fue de 12 puntos. Se evaluaron a partir de la respuesta proporcionada a cada una de las seis frases complementarias, de las cuales 3 son conocimientos y 3 son creencias. Las seis frases fueron distribuidas de manera aleatoria. En el cuarto y último reactivo se preguntó sobre el periodo de ventana en donde existieron las mismas opciones de respuesta (SI=2, NO SE=1 y NO=0 puntos) pero con verificación de la respuesta es decir, se les pidió que explicaran ¿porqué?. Cuando la respuesta hizo mención referente al periodo de ventana se les otorgó 2 puntos, cuando la respuesta se relacionó con algo erróneo la

puntuación fue de 0, y cuando decían no saber la respuesta obtuvieron 1 punto. La suma de la puntuación total máxima por los 4 reactivos fue de 40 y una mínima de 0.

4) *Prácticas de Riesgo*. Actividades en las que existe posibilidad de que se intercambien o compartan fluidos potencialmente infectantes" (Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por VIH, cit. en Estévez, Herrera y Hernández, 1999, Pág. 97). Comprende el patrón sexual y el patrón parenteral (uso de sangre y equipo no esterilizado); y se dividieron de la siguiente forma:

I. Patrón Sexual. Se define como la serie de conductas sexuales que ha venido realizando la persona desde que inició su vida sexual activa (la primera pregunta en este rubro fue, si ha tenido relaciones sexuales el SI =0 puntos y NO=1 punto) y se incluyeron los siguientes elementos:

A) Número de parejas en la vida, en el último año y última relación sexual: Se evaluaron con preguntas abiertas respecto a la cantidad de parejas sexuales que ha tenido desde su primera relación, en el último año y la última relación sexual específicamente (dentro de este reactivo se hizo una pregunta cerrada sobre el uso del condón, con escala de SI=2 y NO=1).

B) Orientación Sexual: Es la preferencia sexual de la persona de tener relaciones con personas del sexo diferente, de su mismo sexo o con ambos sexos (heterosexual, homosexual o bisexual, respectivamente). Se evaluó con una pregunta cerrada con opción a elegir una de seis situaciones.

C) Tipo de relación sexual o coito y Uso de condón: Se especifica como han sido las penetraciones pene-ano, pene-vagina, pene-boca, vagina-boca, sexo protegido (usando condón) y sexo seguro (sin

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

penetración, ni intercambio de fluidos). Se evaluó con una pregunta cerrada con opción a elegir más de una situación, a través de dos tipo de respuesta SI y NO; para las primeras tres situaciones el valor de SI=1 y NO=2 para las dos últimas situaciones la puntuación se invirtió (SI=2 y NO=1). El uso del condón es la frecuencia con que utiliza el condón en el coito. Se evaluó con una pregunta cerrada en una escala de 5 a 1 que va de "siempre" a "nunca", subsecuente a cada situación sobre el tipo de penetración, dentro del rubro tipo de relación sexual. Es una variable categórica con 5 opciones, las cinco posibles al mismo tiempo.

a) Con la Pareja Regular: Se refiere a la persona que ha tenido solo una pareja sexual estable por lo menos durante un año.

b) Con la Pareja Ocasional: La o las pareja(s) sexual(es) ocasional(es), con la(s) que se tuvo coito una o varias veces.

c) Con Trabajadoras (es) Sexuales: La pareja sexual que demanda dinero por sus servicios.

La puntuación en lo que se refiere a la variable de patrón sexual fue: la máxima de 86 y la mínima de 1.

D) Relaciones sexuales con uso de drogas y alcohol: pregunta cerrada con opción a elegir más de una situación propuesta en el cuestionario, dos de ellas se refieren a situaciones de riesgo con respecto al uso de drogas y alcohol con condón (valor 2 puntos en cada pregunta); y las otras dos se refieren a situaciones de riesgo con respecto al uso de drogas y alcohol sin condón (con valor de 1 punto cada una).

II. Patrón Parenteral (Uso de sangre y equipo no esterilizado). Se refiere a transfusiones de sangre, utilización de material que no estuviera esterilizado (en

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

el dentista, en el uso de drogas intravenosas, tatuajes, perforaciones o acupuntura); o si ha tenido alguna operación y/o trasplante que pueda significar un riesgo de infección en caso de haberse utilizado material contaminado. Se evaluó mediante una pregunta cerrada con opción a elegir más de una situación en cuanto a las prácticas de riesgo, cada situación señalada tuvo la siguiente puntuación: SI=2 y NO=1. Esta variable lleva a una puntuación máxima de 10 y mínima de 5.

5) *Susceptibilidad percibida* de contraer infecciones de transmisión sexual. Es cuando los individuos valoran que están en riesgo o que son susceptibles de adquirir las infecciones (Yates, 1992) Se evaluó con una pregunta que se refiere a la susceptibilidad de contraer VIH, VHB y VHC en una escala de cinco opciones (NADA=1, POCO=2, REGULAR=3, BASTANTE=4 Y MUCHO=5) que fue simultánea en cada uno de los planteamientos sobre las prácticas de riesgo de las preguntas 17 a la 22 y la 24. Lo cual llevó a una puntuación máxima de 245 y mínima de 0.

6) *Percepción de Riesgo*. Es la estimación personal de riesgo de infección (Villagrán, 1993) de VIH, VHB y VHC. Se evaluó a partir de la respuesta dada a una pregunta cerrada referente a la percepción de riesgo de contraer VIH, VHB y VHC en una escala de NADA=1, POCO=2, REGULAR=3, BASTANTE=4 y MUCHO=5. Lo cual llevó a una puntuación máxima de 15 y mínima de 3.

7) *Norma Subjetiva*. Es la motivación para aceptar y seguir las *creencias normativas* (Sutton, McVey y Glanz, 1999). Por el carácter de esta definición, y con fines metodológicos, esta variable fue subdividida en dos partes, las creencias normativas y la motivación a obrar de acuerdo con ellas.

* Creencias normativas. Son la perspectiva que tiene una determinada persona acerca de las normas sociales de su entorno. Como un medio de medir las normas subjetivas en la pregunta 26, los donantes respondieron a 5

enunciados (de prácticas sexuales y parenterales) acerca de los puntos de vista de cada una de las personas significantes (pareja sexual regular, ocasional, amigos, familiar de confianza y medios de comunicación) respecto a las prácticas de riesgo usando una escala de respuestas. Con tres opciones SIEMPRE=1, A VECES=2 y NUNCA=3. En el primer enunciado los valores se invierten.

* Motivación para actuar de acuerdo con ellas. Esta parte complementa la anterior, por cada uno de los 5 referentes significantes, los donantes fueron cuestionados para responder a las opciones: TOTAL ACUERDO=1, ACUERDO=2, INDIFERENTE=3, DESACUERDO=4 Y TOTAL DESACUERDO=5, con el punto de vista de los significantes (es decir responder si ellos son motivados a obrar de acuerdo con los deseos de las personas o no). Al igual que en las creencias, en el primer enunciado se invierte el puntaje. Entonces el puntaje máximo de 200 y mínima de 0.

Por último, una medida indirecta de la norma subjetiva fue calculada por la multiplicación de cada creencia normativa por la correspondiente motivación para obrar de acuerdo con ellas y se sumaron los productos sobre los 5 referentes.

2.5. Procedimiento.

Los candidatos a donar sangre fueron recibidos y registrados en el Banco Central de Sangre del Centro Médico Nacional la Raza, enviados de los Hospitales de la Región Norte del Valle de México.

FASE I. Se aplicó el instrumento a los candidatos registrados, una vez que se efectuó la toma de signos vitales del candidato a donación (ya que en este momento existe un espacio de tiempo en lo que le llaman para hacerle el examen médico). Para el mayor entendimiento del proceso de selección de donadores en el Banco de Sangre ver ANEXO 3.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FASE II. Se aplicó el instrumento a los donadores diagnosticados como seropositivos al VHB y VHC cuando se les citó para entregarles su resultado y canalizarlos a la Institución Médica correspondiente para su tratamiento. A los donadores diagnosticados como VIH positivos se les aplicó el cuestionario cuando acudieron a la toma de una segunda muestra para confirmar el resultado.

La aplicación del cuestionario a todos los donantes en ambas fases, se llevó a cabo de la siguiente manera: como primer paso los investigadores se presentaron con el participante pidiéndole que contestara el cuestionario y explicándole que los fines de investigación (la futura elaboración de un material educativo y preventivo gracias a los datos que resultaran de la aplicación del instrumento) y que sus respuestas serían confidenciales; posteriormente el candidato fue llevado a un cubículo proporcionado por los médicos del Banco de Sangre para la privacidad del participante. El investigador administró persona a persona la encuesta, de esta manera el proceso fue más eficaz y se ahorró tiempo (la aplicación fue de 10 minutos aproximadamente). Por último se les agradeció su cooperación y el otorgar parte de su tiempo para ello.

Este procedimiento se llevó a cabo en un periodo de 1 año hasta que se completó el tamaño de la muestra, de Lunes a Viernes en un horario variable.

2.6. Diseño y Tipo de Estudio.

Diseño: No Experimental, Transversal Descriptivo y Comparativo, por la recolección de datos en un solo momento, por indagar la incidencia y los valores en que se manifiesta una o más variables y por la comparación de dos grupos (Mendez, Namihra, Moreno y Sosa, 1984).

Tipo de Estudio: Exploratorio, por la novedad del problema de investigación. (Hernández, Fernández y Baptista, 1998).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.7. Tipo de Muestreo.

Muestreo No Probabilístico por cuotas. Se buscaron los individuos con las características ya mencionadas, tomando en cuenta los criterios de eliminación e inclusión. En el teorema de límite central se señala que una muestra de más de 100 casos, será una muestra con una distribución normal en su características. Esto es necesario para efectuar pruebas estadísticas. (Hernández, et. al. 1998).

2.8. Análisis de Datos.

Se hizo un análisis descriptivo de los resultados mediante la obtención de las frecuencias esperadas, para verificar la veracidad de los datos capturados; y posteriormente se les aplicaron las medidas de tendencia central y de variabilidad para conocer los valores de la distribución de la muestra y de su dispersión (media, moda, desviación estándar y rango). A continuación se realizó una recodificación de variables para analizar los datos mediante una matriz de tabulación cruzada de ji cuadrada (χ^2) para evaluar la relación entre dos variables con una o más categorías, de acuerdo con los objetivos de esta investigación (Hernández, et. al. 1998).

Posteriormente se corrió la prueba "t" de student para evaluar si los grupos (seropositivos y seronegativos) difieren entre sí de manera significativa respecto a sus medias, en las variables referentes a conocimientos, creencias, uso de condón, susceptibilidad percibida, percepción de riesgo y norma subjetiva. En las mismas variables, se corrió un Análisis de Varianza unidireccional (ANOVA, oneway) para conocer si hubo diferencias significativas entre las medias y varianzas de los grupos recodificados por sexo y seroestatus (hombres seropositivos, hombres seronegativos, mujeres seropositivas y mujeres seronegativas). En los casos en los que la F fue significativa, se aplicaron pruebas post-hoc (Scheffé).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TERCERA PARTE

“RESULTADOS”

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS

I. Descripción de la Muestra.

La muestra total está integrada por 148 candidatos a donación y 148 diagnosticados con positivos a VIH, VHB y VHC (7, 52 y 89 respectivamente); hubo 245 hombres y 51 mujeres con una edad promedio de 34.5 años. La mayor parte de los entrevistados (80.4%) manifiestan tener pareja (solteros, casados, divorciados, viudos y separados), en cuanto a la escolaridad, la muestra presenta estudios de secundaria, bachillerato y profesional principalmente (ver Tabla 1, anexo 4).

Cabe señalar que para efectos de la descripción de resultados, en lo sucesivo se denominarán "seronegativos" a los candidatos a donación, partiendo del supuesto de que son personas que se consideraron a sí mismas aptas para donar sangre segura; además de que en ese momento de la selección todavía no se les aplicó alguna prueba de laboratorio que diera resultado alguno de su estado de salud. Para los portadores del virus del VIH, así como de las hepatitis B y C se les describirá como donadores "seropositivos" como se había mencionado anteriormente a lo largo de este trabajo

II. Descripción de los Conocimientos y Creencias de VIH/SIDA, Hepatitis B y Hepatitis C.

A. Conocimientos y Creencias sobre: VIH; SIDA; Formas de transmisión y Formas de prevención del VIH/SIDA.

Cada uno de los puntos presenta seis afirmaciones: tres que corresponden a creencias y tres a conocimientos. Las opciones de respuesta para las afirmaciones fueron de tres tipos: Si, No se, No.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1. ¿El VIH es...? Esta pregunta fue respondida como se muestra en la **Tabla 2** (ver Anexo 4) de la siguiente manera:

a. Creencias

a.1 Un virus inducido por homosexuales. Este reactivo no arrojó asociación significativa entre el seroestatus y el tipo de respuesta. Sin embargo se puede observar que aún existe la creencia errónea de que el virus es inducido por homosexuales y/o carecen de información al respecto (54.4%).

a.2 Una sustancia química de laboratorio. En este reactivo no se encontró asociación significativa entre seroestatus y tipo de respuesta. No obstante la mayoría (71.6%) afirma que el VIH no es una sustancia química de laboratorio, el 21.3% ignoran esta afirmación, y el 7.1% respondieron que el VIH sí es una sustancia química de laboratorio, es decir, estos últimos tienen una creencia errónea.

a.3 Un virus hereditario. No se presentó asociación significativa seroestatus--tipo de respuesta. Sin embargo la tendencia es a afirmar que no es un virus hereditario, pero aún el 44.6% considera que es un virus hereditario o bien lo ignoran.

b. Conocimientos

b.1 Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Un 69.5% tienen información correcta, pero aún el 30.5% tienen información incorrecta o no lo saben.

b.2 Virus que ataca las defensas del cuerpo. No se encontró asociación seroestatus—tipo de respuesta. Un 86.5% conocen de los efectos del virus, pero el 13.5%, no saben o tienen información incorrecta.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

b.3 Un virus mortal. No fue posible conocer la asociación seroestatus-tipo de respuesta debido a la falta de un mínimo de frecuencia en una de las casillas. Sin embargo, la tendencia es que la muestra sabe que se trata de un virus que puede ocasionar la muerte y un 12.9% lo ignoran o bien niegan el daño que puede causar.

2. *¿El SIDA es...?* Esta pregunta fue respondida como se muestra en la Tabla 2 (ver Anexo 4) de la siguiente manera:

a. Creencias

a.1 El resultado de la infidelidad. Se encontró asociación significativa ($X^2 = 13.69$ $p = .001$) entre el tipo de respuesta y el seroestatus. Proporcionalmente más seropositivos no saben si como resultado de la infidelidad se adquiere el SIDA y proporcionalmente más seronegativos niegan esta relación. Por otra parte, más de la mitad de la muestra (52%) consideran que el SIDA es el resultado de la infidelidad.

a.2 Un tipo de cáncer incurable. Se encontró asociación significativa ($X^2 = 6.57$ $p = .03$) entre el tipo de respuesta y el seroestatus. Proporcionalmente más seropositivos ignoraron la respuesta, pero más seronegativos niegan que el SIDA sea un tipo de cáncer. Se puede observar que más de las dos terceras partes de la población no lo saben o tienen creencias erróneas al respecto.

a.3 El resultado de la pérdida de valores. Se encontró asociación significativa ($X^2 = 7.73$ $p = .02$) entre el tipo de respuesta y el seroestatus. Proporcionalmente hay más seropositivos que dicen ignorar la respuesta y más seronegativos consideran que el SIDA no es el resultado de la pérdida de valores. Más de un tercio de la población confunde la enfermedad con inmoralidad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

b. Conocimientos

b.1 Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Se encontró asociación significativa ($\chi^2 = 7.67$ $p = .02$) entre el tipo de respuesta y el seroestatus. Proporcionalmente se encuentran más seropositivos que ignoran la respuesta y más seronegativos que tienen conocimientos correctos. Por otra parte, se observa que un 83.1% saben del significado de las siglas. Un 16.8% dicen que no o no lo saben.

b.2 La Etapa terminal de la infección por VIH. Se observa que el 64.9% de la población sabe que el SIDA es referido para mencionar que es la etapa terminal de la infección y 34.1% no lo saben o lo desconocen.

b.3 Conjunto de Síntomas que facilitan enfermedades oportunistas. Un 35.5% indican no saber o ignorar la respuesta correcta y un 64.5% señalan que efectivamente el SIDA es un conjunto de síntomas que facilitan enfermedades oportunistas. Se encontró una asociación significativa ($\chi^2 = 9.3$ $p = .01$) entre el tipo de respuesta y el seroestatus: proporcionalmente más seronegativos niegan que el SIDA sea un conjunto de síntomas y más seropositivos indican que no lo saben.

3. ¿La infección por VIH se transmite...? Esta pregunta fue respondida como se muestra en la **Tabla 2** (ver Anexo 4) de la siguiente manera:

a. Creencias

a.1 Picadura de un mosquito que haya picado a alguien infectado. Un 52% indican que no es posible la transmisión de esta manera, pero un 47.9% consideran que si es posible la transmisión por esta vía o no saben si es posible o no. No se encontró asociación significativa entre seroestatus y tipo de respuesta.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

a.2 Compartir trastes con personas infectadas. No se encontró asociación significativa entre seroestatus y tipo de respuesta. Un 78.4% consideran que no es posible la infección por compartir trastos de personas infectadas; pero existe un 21.5% que consideran aún que si es posible la infección por esta vía o no lo saben.

a.3 Por besos y abrazos con alguien infectado. Se encontró asociación significativa ($X^2=7.6$ y $p=.02$) entre seroestatus y tipo de respuesta. Proporcionalmente hay más seropositivos que respondieron ignorar si se transmite de esta forma y más seronegativos que opinan lo contrario, que si es posible infectarse por esta vía.

b. Conocimientos

b.1 Intercambiar agujas con alguien infectado. Un 92.9% indican que si es posible adquirir la infección por esta vía, pero persiste aún un 7.1% que lo niegan o lo ignoran. No se encontró asociación significativa seroestatus y tipo de respuesta.

b.1 Relaciones sexuales sin condón con alguien infectado. Un 95.9% indicó que es posible infectarse por vía sexual, cuando no se utiliza condón y un 4.1% que no lo sabe o lo niega. No se encontró asociación significativa por seroestatus y tipo de respuesta.

b.3 Intercambio de fluidos maternos de una madre infectada a su hijo. Se encontró asociación significativa ($X^2= 13.3$ y $p=.001$) entre seroestatus y tipo de respuesta; proporcionalmente más seronegativos consideran que no es posible la transmisión por esta vía; también proporcionalmente más seropositivos ignoran esta relación. En general un 65.5% saben que es posible la transmisión por esta vía.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4. ¿La infección por VIH se previene...? Esta pregunta fue respondida como se muestra en la **Tabla 2** (ver Anexo 4) de la siguiente manera:

a. Creencias

a.1 Utilizando pastillas anticonceptivas. Se encontró asociación significativa ($X^2=12.05$ y $p=.002$) entre seroestatus y tipo de respuesta; así, proporcionalmente respondieron más seropositivos que ignoran si esta es una forma de prevención y más seronegativos saben que esta no es una forma de prevención. En general un 80.3% niegan la posibilidad de prevención por este método.

a.2 Siendo fiel a mi pareja. Se encontró asociación significativa ($X^2=10.39$ y $p=.006$) entre seroestatus y tipo de respuesta; así más seronegativos consideran que ser fiel no es una forma de prevención y más seropositivos ignoran si es posible prevenir de esta forma. Un 83.7% consideran que esta es una forma posible de prevención y 15.3% lo niegan o no lo saben.

a.3 Rezando. Un 87.7% consideran que rezar no es una forma de prevención y un 12.3% lo ignoran o lo niegan. No se encontró asociación significativa.

b. Conocimientos

a.1 Utilizando siempre el condón durante las relaciones sexuales. Un 90.9% saben que este es un método preventivo, pero aún el 9.1% lo niega o lo ignora. No se encontró asociación significativa.

a.2 Utilizando jeringas o instrumental nuevo o esterilizado. Se encontró asociación significativa ($X^2=7.13$ y $p=.02$), proporcionalmente más seropositivos desconocen esta forma de prevención y más seronegativos la niegan como posibilidad de adquirir la infección. En general el 85.8% saben de esta forma de prevención y un 14.3% lo ignoran o lo niegan.

a.3 Evitando el intercambio de semen, fluidos vaginales y sangre durante las relaciones sexuales. Un 78.9% saben de esta forma de prevenir la infección, pero aún el 21.1% lo ignoran o lo niegan.

Periodo de Ventana del VIH

1. Una persona que se ve sana ¿puede transmitir el VIH? Esta pregunta fue contestada como se indica en la **Tabla 3** (ver Anexo 4) a continuación:

El 79.4% de personas de la muestra saben que una persona puede aparentar estar sana y existe la posibilidad de que transmita el virus. El 20.6% lo niega o no lo sabe.

En la segunda parte de esta misma pregunta donde se les pidió a las personas que explicaran el porqué de su respuesta se obtuvo lo siguiente: el 79.3% mencionó alguna frase relacionada con el periodo de ventana; mientras que el 20.7% ignoran o niegan la razón del periodo asintomático o de ventana del VIH.

B. Conocimientos y Creencias sobre: Hepatitis "B" (VHB); Formas de transmisión y Formas de prevención del VHB.

Cada uno de los puntos presenta seis afirmaciones: tres que corresponden a creencias y tres a conocimientos. Las opciones de respuesta para las afirmaciones son de tres tipos: Si, No se. No.

1. ¿La **Hepatitis "B"** es...? Esta pregunta fue respondida como se muestra en la **Tabla 4** (ver Anexo 4) de la siguiente manera:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

a. Creencias

a.1 Un microbio que causa un tumor en el apéndice. Se encontró asociación significativa ($X^2=12.32$ y $p=.002$) entre seroestatus y tipo de respuesta. Proporcionalmente más seropositivos dicen ignorar la respuesta y más seronegativos niegan que la hepatitis B causa tumor en el apéndice.

a.2 Una infección que ataca las células del cerebro. Se encontró asociación significativa ($X^2=7.13$ y $p=.02$) entre seroestatus y tipo de respuesta. Proporcionalmente más seropositivos dicen ignorar y más seronegativos lo niegan. También más seronegativos que seropositivos tienen la creencia errónea de que ataca al cerebro.

a.3 Una enfermedad que se puede manifestar por granos y comezón. Se encontró asociación significativa ($X^2=6.6$ y $p=.03$) entre seroestatus y tipo de respuesta. Proporcionalmente más seropositivos afirmaron no saber la respuesta y más seronegativos niegan que la Hepatitis B se manifiesta de esa forma.

b. Conocimientos

b.1 Una infección que ataca las células del hígado. Se encontró asociación significativa ($X^2=12.32$ y $p=.002$) entre seroestatus y tipo de respuesta. Proporcionalmente más seropositivos saben que la Hepatitis B afecta al hígado y más seronegativos declararon no saber, o bien negaron la veracidad de esta afirmación.

b.2 Una enfermedad que se puede manifestar por coloración amarilla en piel y ojos. No se encontró asociación significativa entre el seroestatus y tipo de respuesta. El 58.3% de la muestra afirma que éstos, si son síntomas de la hepatitis B mientras el 41.4% declararon no saberlo y tan sólo hubo una persona que lo negó erróneamente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

b.3 Un virus que puede causar cáncer en el hígado. En este reactivo tampoco se encontró asociación significativa. Sin embargo, los datos señalan que 66.6% (31.8% seronegativos y 34.8% de los seropositivos) ignoraron si ésta es una consecuencia del VHB. El 28% supo la respuesta correcta (14.2% seronegativos y 13.9% de seropositivos).

2. ¿La Hepatitis "B" se transmite por...? Esta pregunta fue respondida como se muestra en la **Tabla 4** (ver Anexo 4) de la siguiente manera:

a. Creencias

a.1 Usar cierto tipo de analgésicos. Se encontró asociación significativa entre seroestatus y tipo de respuesta ($X^2= 6.76$ y $p=.03$). Más seropositivos que seronegativos ignoran si usar cierto tipo de analgésicos puede transmitir el virus de la hepatitis B y más seronegativos afirman que no es un modo de transmisión.

a.2 Tomar bebidas alcohólicas. Se halló asociación significativa entre los grupos y el tipo de respuesta ($X^2=6.77$ y $p=.034$). Más seropositivos ignoran y proporcionalmente más seronegativos niegan la veracidad de esta afirmación. Se pudo observar que 15% de los seronegativos y 9.5% de los seropositivos confunden la infección del virus con los efectos que puede causar el alcohol en el organismo.

a.3 Saludar de mano a una persona infectada. No se encontró asociación significativa en este ítem. No obstante, se encontró que el 62.7% de la muestra (56.5% de los seronegativos y 68.9% de los seropositivos) ignoran si esta es una forma de transmisión; y el 29.8% tienen información correcta y sólo 7.5% tiene la creencia de que el virus se transmite con un saludo de mano.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

b. Conocimientos

b.1 Compartir objetos de higiene personal con un alguien infectado. No se encontró alguna asociación significativa entre seroestatus y tipo de respuesta. Nuevamente, se encontró que más de la mitad de las personas encuestadas (60.1%) declararon ignorar si el enunciado es verdadero o no. El 34.5% afirmó que esta es una forma de transmisión.

b.2 Relaciones sexuales sin protección con una persona infectada. No se encontró alguna asociación significativa entre seroestatus y tipo de respuesta. Un 22.4% (8.1% seronegativos y 14.2% seropositivos) reconocen que esta es una forma de transmisión. Sin embargo, otra vez se pudo determinar que el 63.1% de la muestra lo ignora; y el 14.6% niega que esta se pueda transmitir así.

b.3 Intercambiar agujas con sangre de alguien infectado. No se encontró alguna asociación significativa entre seroestatus y tipo de respuesta. El 55.9% de los encuestados declararon ignorar si compartir agujas usadas puede infectar del VHB. En cambio 41.7% si identificaron correctamente esta forma de transmitir el virus.

3. ¿La infección por Hepatitis "B" se previene...? Esta pregunta fue respondida como se muestra en la **Tabla 4** (ver Anexo 4) de la siguiente manera:

a. Creencias

a.1 Utilizando pastillas anticonceptivas. Se encontró asociación significativa entre los grupos de acuerdo a sus respuestas ($X^2= 8.9$ y $p=.01$) proporcionalmente más seropositivos ignoran la respuesta verdadera; y más seronegativos saben que esta no es una forma de prevención.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

a.2 Evitando el consumo excesivo de chile y grasa. No se encontró alguna asociación significativa entre seroestatus y tipo de respuesta. El 69.2% desconocen si esta es una forma de prevenir la infección del virus. Paralelamente se encontró que 18% dice que no es una forma de prevención y el 12.9% dice que si la es.

a.3 Evitando cambios bruscos de temperatura. Se encontró asociación significativa entre los grupos de acuerdo a sus respuestas ($X^2= 7.4$ y $p=.02$) proporcionalmente más seropositivos ignoran la respuesta verdadera; y más seronegativos niegan que sea una forma de prevención.

b. Conocimientos

b.1 Con la vacuna para la Hepatitis "B". No se encontró alguna asociación significativa entre seroestatus y tipo de respuesta. Más de la mitad de la muestra (59.8%) no sabe si la hepatitis B se previene con una vacuna, y 39.2% conoce de la existencia de la vacuna.

b.2 Utilizando condón. Se localizó una alta asociación significativa entre grupos y tipo de respuesta ($X^2= 39.33$ y $p=.000$) Proporcionalmente más seronegativos que seropositivos (32.7% y 5.4% respectivamente) niegan que el uso del condón sea una forma de prevención; y más seropositivos (27.7%) saben que este es un método de prevención. A pesar de estas tendencias, se observó que del total de la muestra, el 61% declararon ignorar si este es un método preventivo

b.3 Evitando intercambiar agujas usadas. Se encontró asociación significativa entre los grupos de acuerdo a sus respuestas ($X^2=10.03$ y $p= .007$) proporcionalmente más seropositivos ignoran la respuesta verdadera; y más seronegativos niegan que sea una forma de prevención.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Período de Ventana del VHB

1. Una persona que se ve sana ¿puede transmitir el VHB? Esta pregunta fue contestada como se indica a continuación (ver **Tabla 5**, Anexo 4):

Se encontró asociación significativa entre el tipo de respuesta y el grupo de pertenencia ($X^2=13.54$ y $p=.001$) proporcionalmente más seropositivos afirman que una persona sana sí puede transmitir la hepatitis B; y más seronegativos niegan que esto se pueda dar. En total el 63.1% de personas de la muestra ignoran que una persona puede parecer sana y estar infectada.

En la segunda parte de esta misma pregunta donde se les pidió a las personas que explicaran el ¿porqué? de su respuesta se obtuvo una asociación significativa entre seroestatus y tipo de respuesta ($X^2=13.86$ y $p=.001$) proporcionalmente más seropositivos conocen de la existencia del período de incubación del virus, y proporcionalmente más seronegativos contestaron erróneamente. No obstante 63.7% de la muestra total lo ignora.

C. Conocimientos y Creencias sobre: Hepatitis "C" (VHC); Formas de transmisión y Formas de prevención del VHC.

Cada uno de los puntos presenta seis afirmaciones: tres que corresponden a creencias y tres a conocimientos. Las opciones de respuesta para las afirmaciones son de tres tipos: Si. No se. No.

1. ¿La Hepatitis "C" es...? Esta pregunta fue respondida como se muestra en la **Tabla 6** (ver Anexo 4) de la siguiente manera:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

a. Creencias

a.1 Una infección que ataca las células del riñón. No se encontró asociación significativa entre seroestatus y tipo de respuesta. El 82.7% de la muestra no tiene conocimiento sobre este ítem. Solamente 9.8% contestaron que no ataca las células del riñón.

a.2 Una enfermedad que se puede manifestar con úlceras en la piel. No se encontró asociación significativa entre seroestatus y tipo de respuesta. Nuevamente se encontró que la mayoría de las personas encuestadas (85.1%) dicen ignorar si esta es o no una manifestación de la hepatitis C.

a.3 Un microbio que causa derrame cerebral. En este ítem tampoco se encontró asociación significativa entre seroestatus y tipo de respuesta. Aquí al igual que en las dos anteriores se obtuvo que el 83.7% de las personas no saben si esta afirmación es cierta o no.

b. Conocimientos

b.1 Un virus que puede causar cirrosis hepática. No se encontró asociación significativa entre seroestatus y tipo de respuesta. El 75.7% de la muestra ignora que esta sea una consecuencia del virus C y un 22% si la reconoce.

b.2 Una infección que ataca las células del hígado. Se encontró asociación significativa entre el tipo de respuesta y el grupo de pertenencia ($\chi^2=24.7$ y $p=.000$) proporcionalmente más seronegativos ignoran y más seropositivos afirman que el virus ataca las células del hígado.

b.3 Una enfermedad que se puede manifestar por orinar de color oscuro. Se encontró asociación significativa entre el tipo de respuesta y el grupo de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

pertenencia ($X^2=10.8$ y $p=.004$) proporcionalmente más seronegativos no saben si este es un síntoma de la hepatitis C y más seropositivos afirman que si lo es.

2. ¿La Hepatitis "C" se transmite por...? Esta pregunta fue respondida como se muestra en la **Tabla 6** (ver Anexo 4) de la siguiente manera:

a. Creencias

a.1 Por convivir con una persona infectada. No se encontró asociación significativa seroestatus y tipo de respuesta. Un 74.6% de la muestra ignora si conviviendo con una persona portadora del virus C se pueden infectar de hepatitis C; y un 11.9% afirma que esta no es una forma de transmisión.

a.2 Por nadar en una alberca pública. Se encontró asociación significativa entre el tipo de respuesta y el grupo de pertenencia ($X^2=10.8$ y $p=.004$) proporcionalmente más seronegativos negaron que esta sea una forma de adquirir el virus C y más seropositivos ignoran que se pueda transmitir de esta forma. No obstante el 78.3% de la muestra ignora si esta es una forma de transmisión.

a.3 Por exponerse a gases tóxicos. No se encontró asociación significativa seroestatus y tipo de respuesta. Se observó que el 81% de las personas no saben si esta afirmación es verdad o no; y solamente un 15 3% coincidieron en que no es una forma de adquirir el virus C.

b. Conocimientos

b.1 Por usar agujas que no estén debidamente desinfectadas. Se encontró asociación significativa entre el tipo de respuesta y el grupo de pertenencia ($X^2=10.04$ y $p=.007$) proporcionalmente más seropositivos conocen que esta si es una forma de transmisión y más seronegativos lo ignoran.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

b.2 Por relaciones sexuales sin protección con una persona infectada. Se encontró asociación significativa entre el tipo de respuesta y el grupo de pertenencia ($X^2=20.16$ y $p=.000$) proporcionalmente más seropositivos afirmaron que tener relaciones sexuales sin protección es una forma en que se puede transmitir el virus; y más seronegativos no saben si se transmite o no de esta manera.

b.3 Por compartir cocaína inhalada. Se encontró asociación significativa entre el tipo de respuesta y el grupo de pertenencia ($X^2=6.36$ y $p=.04$) proporcionalmente más seronegativos negaron esta forma de transmisión y más seropositivos ignoran que así se puede transmitir la hepatitis C.

3. ¿La infección por Hepatitis "C" se previene...? Esta pregunta fue respondida como se muestra en la **Tabla 6** (ver Anexo 4) de la siguiente manera:

a. Creencias

a.1 Con la vacuna para la Hepatitis "C". No se encontró asociación significativa seroestatus y tipo de respuesta. El 75% de las personas ignora si esta afirmación es cierta o no. Sin embargo se observó que el 22.3% dijo que la Hepatitis C si previene con la vacuna.

a.2 Utilizando pastillas anticonceptivas. No se encontró asociación significativa seroestatus y tipo de respuesta. También en este ítem un 76.6% de la muestra señaló no saber si este es un método preventivo; y un 22.7% negó que esto sea cierto.

a.3 Evitando el consumo de alimentos enlatados. No se encontró asociación significativa seroestatus y tipo de respuesta. El 80.7% de los encuestados dijo no tener conocimiento sobre esta afirmación y el 14.9% negó que esta fuera una forma de prevención.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

b. Conocimientos

b.1 Utilizando condón. Se encontró asociación significativa entre el tipo de respuesta y el grupo de pertenencia ($X^2=17.18$ y $p=.000$) proporcionalmente más seropositivos reconocieron que utilizar condón es un método de prevención y más seronegativos lo negaron. Sin embargo el 75.3% de la muestra ignora esta forma de prevención.

b.2 Evitando los pactos de sangre. Se encontró asociación significativa entre el tipo de respuesta y el grupo de pertenencia ($X^2=14.75$ y $p=.001$) proporcionalmente más seropositivos afirmaron que esta es una forma de prevenir la infección y más seronegativos negaron que lo fuera. También en este ítem un 71.4% de la muestra dijo no saber si se previene de esta manera o no.

b.3 Evitando intercambiar agujas usadas para tatuaje y acupuntura. Se encontró asociación significativa entre el tipo de respuesta y el grupo de pertenencia ($X^2=10.6$ y $p=.005$) proporcionalmente más seropositivos aceptaron esta afirmación como una posible forma de prevención y más seronegativos expresaron ignorarlo.

Periodo de Ventana del VHC

1. Una persona que se ve sana ¿puede transmitir el VHC? Esta pregunta fue contestada como se indica en la **Tabla 7** (ver Anexo 4) a continuación.

Se encontró asociación significativa entre el tipo de respuesta y el grupo de pertenencia ($X^2=26.79$ y $p=.000$) proporcionalmente más seropositivos afirman que una persona sana sí puede transmitir la hepatitis C; y más seronegativos lo desconocen; y también más seronegativos lo niegan. Sin embargo del total de la muestra 72.5% ignoran que una persona puede parecer sana y estar infectada.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En la segunda parte de esta misma pregunta donde se les pidió a las personas que explicaran el porqué de su respuesta, se obtuvo una asociación significativa entre seroestatus y tipo de respuesta ($X^2=30.07$ y $p=.000$) proporcionalmente más seropositivos conocen de la existencia del período de incubación del virus C; y proporcionalmente más seronegativos declararon ignorar la respuesta e incluso tienen más creencias erróneas que los seropositivos. No obstante se observó que el 73.1% de la muestra total señaló ignorarlo.

IV. Descripción de las Prácticas de Riesgo.

A. Patrón Sexual.

1. Actividad Sexual. Esta pregunta fue respondida como se muestra en la Tabla 8 (ver Anexo 4) de la siguiente manera:

a. ¿Has tenido relaciones sexuales? En esta pregunta 94.3% de los encuestados respondieron que sí han tenido relaciones sexuales, de los cuales 46.3% son seronegativos y 48% seropositivos. Del 5.7% restante de la muestra que dijo nunca haber tenido relaciones sexuales, 3.7% fueron seronegativos y 2% fueron seropositivos. No se encontró asociación significativa entre seroestatus y tipo de respuesta.

2. Núm. de parejas sexuales en la vida/ en el último año. Esta pregunta fue respondida como se muestra en las Tablas 9 y 10 (ver Anexo 4) de la siguiente manera:

a. ¿Cuántas parejas sexuales has tenido en toda tu vida? De las 279 personas que respondieron esta pregunta, 49.1% pertenece al grupo seronegativo y 50.9% al seropositivo. La media de número de parejas fue 4.32, la moda 1, la desviación estándar 5.12 y el rango de 29.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

b. ¿Cuántas parejas sexuales has tenido en el último año? Se encontró que en esta pregunta tuvieron en promedio 1.15 parejas por persona, la moda fue de 1, la desviación estándar 0.85, la varianza de 0.73 y el rango de 10. No se observó asociación significativa entre seroestatus y tipo de respuesta.

3. Última relación sexual y uso de condón. Esta pregunta fue respondida como se muestra en la **Tabla 11** (ver Anexo 4) de la siguiente manera:

a. ¿Cuándo fue la última vez que tuviste una relación sexual? En esta pregunta se obtuvo una media de 94.4 días (poco más de tres meses) del último contacto sexual de las personas de la muestra, la moda es de 7 días, la desviación estándar es de 338.98 y el rango fue de 4,014. No se encontró asociación significativa entre seroestatus y tipo de respuesta.

b. Y...¿usaste condón? Se encontró asociación significativa entre el seroestatus y tipo de respuesta ($X^2=20.92$ y $p=.000$) proporcionalmente más seropositivos declararon no haber usado el preservativo y más seronegativos (el doble) dijeron que si lo habían usado.

4. Orientación Sexual. Esta pregunta fue respondida como se muestra en la **Tabla 12** (ver Anexo 4) de la siguiente manera:

a. Cuando has tenido relaciones sexuales ¿ha sido con...? En este reactivo no se encontró asociación significativa entre seroestatus y tipo de respuesta. Se identificó en la muestra de los seronegativos que 1.45% de las personas tienen relaciones sexuales con personas de su mismo sexo (2 hombres), 1.45% que han tenido relaciones sexuales tanto con hombres como con mujeres (2 hombres) y 97.08% que han tenido relaciones sexuales con personas de sexo diferente; y en la de los seropositivos, que .705% personas tuvieron relaciones sexuales con personas de su mismo sexo (un hombre), 3.6% que han tenido relaciones

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

sexuales tanto con hombres como con mujeres (5 hombres) y 95.7% que han tenido relaciones sexuales con personas de sexo distinto.

5. Tipo de relaciones sexuales con Pareja Regular y Uso de condón. Este apartado fue respondido como se muestra en las Tablas 13 y 14 (ver Anexo 4) de la siguiente manera:

a. Cuando tú penetras has tenido sexo anal. No se encontró asociación significativa entre seroestatus y tipo de respuesta. El 23.4% del total de personas afirmó haber penetrado en forma anal durante sus relaciones sexuales con su pareja regular; de los cuales 11% fueron seronegativos y 12.4% seropositivos.

b. Cuando tú penetras has tenido sexo vaginal. No se encontró asociación significativa entre seroestatus y tipo de respuesta. A excepción de 2 personas seronegativas (0.9%) que sostuvieron no haber tenido relaciones vaginales con su pareja regular, el 99.1% de las personas dijeron tener relaciones vaginales con su pareja regular (46.1% seronegativos y 53% seropositivos).

c. Cuando tú penetras has tenido sexo oral. No se encontró asociación significativa entre seroestatus y tipo de respuesta. Del total de los encuestados el 50.7% afirmó haber tenido relaciones sexuales de tipo oral con su pareja regular (24.7% de los seronegativos y 26% de los seropositivos); mientras que el 49.3% del total de ambas muestras respondieron que no lo han hecho (22.4% de seronegativos y 26.9% de seropositivos).

d. Cuando tú penetras has tenido sexo protegido. Se encontró asociación significativa entre el seroestatus y el tipo de respuesta ($X^2= 6.607$ y $p= 0.010$) proporcionalmente más seropositivos que seronegativos respondieron que no sostienen relaciones con preservativo y más seronegativos que seropositivos dijeron que si lo han hecho.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

e. Cuando tú penetras has tenido sexo seguro. Se encontró asociación significativa entre el seroestatus y el tipo de respuesta ($X^2=7.95$ y $p=0.005$) proporcionalmente más seronegativos que seropositivos dijeron no haber tenido sexo seguro con su pareja regular cuando penetran; y proporcionalmente más seropositivos que seronegativos dijeron si haber tenido sexo seguro.

*Durante las relaciones sexuales con tu pareja regular, cuando penetras: ¿Con que frecuencia usas el condón?. Se encontró asociación significativa entre el seroestatus y el tipo de respuesta ($X^2=14.28$ y $p=0.006$) proporcionalmente más seropositivos que seronegativos afirmaron nunca haber usado condón con su pareja regular cuando penetran; y proporcionalmente más seronegativos que seropositivos declararon que siempre utilizan el condón con su pareja regular durante las relaciones sexuales. Adicionalmente se observó en cada uno de los grupos que los seronegativos respondieron más a la opción de nunca (por lo menos el doble) que a cualquier otra; por su parte el grupo seropositivo respondió de modo similar (por lo menos el triple) en la opción nunca que al resto de ellas. Cabe señalar que el 39.9% del total de las personas encuestadas respondió a las opciones de casi nunca, a veces y casi siempre (lo cual significa el uso inconsistente del condón); específicamente el 18.8% corresponde a los seropositivos y el 21.1% a los seronegativos.

Para considerar las diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los grupos divididos por seroestatus se corrió la prueba "t" de Student, la cual tuvo un valor de $t=3.642$ con $p=.000$; el grupo seropositivo ($X=1.94$) en promedio usa menos el condón que el grupo seronegativo ($X=2.64$). ver tabla 48 (Anexo 4).

f. Cuando te penetran has tenido sexo anal. No se encontró asociación significativa entre seroestatus y tipo de respuesta. Del total de las personas encuestadas 43 personas contestaron esta pregunta; 34 (12 seropositivos y 22 seronegativos) respondieron no practicar sexo anal y solo 9 (4 seronegativos y

5 seropositivos) afirmaron haber sido penetradas analmente por su pareja sexual regular.

g. Cuando te penetran has tenido sexo vaginal. No se encontró asociación significativa entre seroestatus y tipo de respuesta. El 100% (43) de las mujeres activas sexualmente afirmaron haber sido penetradas vaginalmente; 60.5% (26) pertenecen al grupo seronegativo y 39.5% (17) al seropositivo.

h. Cuando te penetran has tenido sexo oral. No se encontró asociación significativa entre seroestatus y tipo de respuesta. De las 43 personas que respondieron a este reactivo, el 44.2% respondieron afirmativamente (27.9% fueron seronegativos y el 16.3% seropositivos). El 55.8% respondieron que no (32.6% fueron seronegativos y 23.3% seropositivos).

i. Cuando te penetran has tenido sexo protegido. No se encontró asociación significativa entre seroestatus y tipo de respuesta. Del total de personas que respondieron este reactivo (43) el 44.2% respondió que sí (el 27.9% fueron seronegativos y 16.3% seropositivos). El 55.8% contestó que no, de cual 32.6% fueron seronegativos y 23.3% seropositivos.

j. Cuando te penetran, has tenido sexo seguro. No se encontró asociación significativa entre seroestatus y tipo de respuesta. El 74.4% de 43 respondieron que sí; 41.9% fueron seronegativos y 32.6% fueron seropositivos. El 25.6% respondió que no ha tenido sexo seguro (18.6% fueron seronegativos y 17.6% fueron seropositivos).

*Durante las relaciones sexuales con tu pareja regular, cuando te penetra:
¿Con qué frecuencia usas el condón? No se encontró asociación significativa entre seroestatus y tipo de respuesta. Del total de personas (43) sólo 2 (seronegativos) respondieron que siempre usaron el condón en sus relaciones sexuales cuando eran penetradas por pareja regular; 25 personas respondieron

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

nunca usarlo (13 seronegativos y 12 seropositivos) y 16 respondieron las opciones de casi nunca, a veces y casi siempre (11 seronegativos y 5 seropositivos).

No obstante, se corrió la prueba *t* de Student para determinar si estadísticamente había alguna diferencia significativa entre las medias de los grupos divididos por seroestatus, y se encontró una $t=2.031$ con $p=.049$, donde el grupo seronegativo ($X=2.35$) tuvo una tendencia mayor que el grupo seropositivo ($X=1.53$) hacia el uso del condón, ver tabla 48 (Anexo 4).

6. Tipo de relaciones sexuales con Pareja (s) Ocasional (es) y Uso de condón. Este apartado fue respondido como se muestra en las **Tablas 15 y 16** (ver Anexo 4) de la siguiente manera:

a. Cuando tú penetras, has tenido sexo anal. En este reactivo no se encontró asociación significativa entre seroestatus y tipo de respuesta. Del total de participantes que respondieron esta pregunta (100), 81% respondió que no han tenido sexo anal con alguna pareja ocasional (32% de seronegativos y 49% de seropositivos), mientras el 19% respondió afirmativamente (8% seronegativos y 11% seropositivos).

b. Cuando tú penetras, has tenido sexo vaginal. En este reactivo, tampoco se encontró asociación significativa entre seroestatus y tipo de respuesta. El 98% de las 100 personas que contestaron afirmaron haber penetrado al tener relaciones sexuales vaginales con sus parejas ocasionales (39% seronegativo y 59% seropositivo). Sólo el 2% negó haber tenido esta práctica (una persona de cada grupo).

c. Cuando tú penetras has tenido sexo oral. Nuevamente, en este reactivo no se encontró asociación significativa entre seroestatus y tipo de respuesta. El 36% de las personas afirmaron tener sexo oral al penetrar con parejas ocasionales

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

(16% seronegativos y 20% seropositivos), en tanto que el 64% declararon no tener este tipo de práctica sexual (24% seronegativos y 40% seropositivos).

d. Cuando tú penetras has tenido sexo protegido. Se encontró asociación significativa entre el seroestatus y el tipo de respuesta ($X^2=3.92$ y $p= 0.04$) proporcionalmente más seropositivos dijeron no tener sexo protegido durante sus relaciones con parejas ocasionales (25%). A pesar de esto el 35% de los seropositivos mencionaron si usar protección. Por otra parte, 31% de los seronegativos afirmaron también usar el condón, y tan solo el 9% de ellos no lo usan.

e. Cuando tú penetras has tenido sexo seguro. No se encontró asociación significativa entre seroestatus y tipo de respuesta. De las 100 personas que contestaron esta pregunta 78% contestó que si práctica el sexo seguro con sus parejas ocasionales (30% fueron seronegativos y 48% fueron seropositivos). El 22% contestó que no tiene este tipo de práctica (10% seronegativos y 12% seropositivos).

*Durante las relaciones sexuales, con tu(s) pareja(s) ocasional(es) cuando penetras: ¿Con que frecuencia usas el condón? Se encontró asociación significativa entre el seroestatus y el tipo de respuesta ($X^2=13.08$ y $p= 0.01$) proporcionalmente más seropositivos que seronegativos contestaron nunca haber usado el condón con su pareja ocasional y proporcionalmente más seronegativos que seropositivos respondieron que siempre utilizaron el preservativo en sus relaciones. Adicionalmente se encontró que en las opciones de casi nunca, a veces y casi siempre, se observó un 12% en los seronegativos y un 20% en los seropositivos de irregularidad en el uso del condón.

Para calcular si hubo diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los grupos divididos por seroestatus se corrió la prueba "t" de student, la cual indicó una $t = 2.758$ con $p = .007$. El grupo seronegativo ($X= 3.78$) en

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

promedio señaló usar más el condón que el grupo seropositivo ($X = 2.85$), ver tabla 48 (Anexo 4).

f. Cuando te penetran has tenido sexo anal. No hubo asociación significativa entre el seroestatus y tipo de respuesta debido a que solo 5 personas contestaron este ítem. Dos personas del grupo seropositivo (hombres) afirmaron haber sido penetradas analmente por su pareja ocasional y dos más de este mismo grupo negaron tener esta práctica (mujeres) y tan solo una persona del grupo seronegativo (mujer) contestó que no tiene este tipo de práctica sexual.

g. Cuando te penetran has tenido sexo vaginal. No hubo asociación significativa entre el seroestatus y tipo de respuesta debido a que solo 5 personas contestaron este ítem. Los hombres seropositivos contestaron que no y las 3 mujeres (2 seropositivas y 1 seronegativa) afirmaron tener esta práctica.

h. Cuando te penetran has tenido sexo oral. No hubo asociación significativa entre el seroestatus y tipo de respuesta debido a que solo 5 personas contestaron este ítem. En esta pregunta solo una persona seropositiva (hombre) afirmó tener esta práctica y el resto de las personas dijeron no tener sexo oral con sus parejas ocasionales.

i. Cuando te penetran has tenido sexo protegido. No hubo asociación significativa entre el seroestatus y tipo de respuesta debido a que solo 5 personas contestaron este ítem. Una persona de cada grupo (ambas mujeres) mencionaron si usar condón con sus parejas ocasionales, mientras que los 3 restantes (2 hombres y una mujer seropositivos) negaron el uso del preservativo.

j. Cuando te penetran has tenido sexo seguro. No hubo asociación significativa entre el seroestatus y tipo de respuesta debido a que solo 5 personas contestaron este ítem. Un hombre seropositivo y una mujer seronegativa dijeron no tener sexo

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

seguro con sus parejas ocasionales, en tanto un hombre y dos mujeres seropositivos afirman tener esta práctica preventiva.

* Durante las relaciones sexuales con tu(s) pareja(s) ocasional(es) cuando te penetran: **¿Con que frecuencia usas el condón?** No se encontró asociación significativa entre el seroestatus y el tipo de respuesta. Un hombre seropositivo dijo que casi siempre utilizó el condón al ser penetrado por sus parejas ocasionales, la mujer seronegativa mencionó que a veces los utilizó y el resto (que fueron seropositivos, un hombre y dos mujeres) declararon no haber usado nunca el condón.

7. Tipo de relaciones sexuales con Trabajadoras (es) Sexuales y Uso de condón. Este apartado fue respondido como se muestra en la **Tabla 17** (ver Anexo 4) de la siguiente manera:

a. Cuando tú penetras has tenido sexo anal. No se encontró asociación significativa entre el seroestatus y el tipo de respuesta. Del total de las personas encuestadas 30 contestaron esta pregunta, de las cuales el 93.3% respondió que no ha tenido relaciones anales con algún (a) trabajador (a) sexual; de este porcentaje el 83.3% corresponde a los seropositivos y el 10% a los seronegativos. Solo dos personas seropositivas (6.7%) afirmaron tener esta práctica cuando penetran.

b. Cuando tú penetras has tenido sexo vaginal. No se encontró asociación significativa entre el seroestatus y el tipo de respuesta. En este reactivo el 96.7% de 30, declararon tener relaciones vaginales con este tipo de pareja (10% de seronegativos y 86.7% de seropositivos) Solo un seropositivo (3.3%) dijo no tener sexo vaginal.

c. Cuando tú penetras has tenido sexo oral. No se encontró asociación significativa entre el seroestatus y el tipo de respuesta. El 76.7% de personas que

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

contestaron no han tenido sexo oral con trabajadores (as) sexuales, el 66.7% fueron seropositivos y 10% seronegativos. Únicamente 23.3% de los seropositivos indicó haber realizado esta práctica.

d. Cuando tú penetras has tenido sexo protegido. No se encontró asociación significativa entre el seroestatus y el tipo de respuesta. En este ítem 18 seropositivos (60%) mencionaron no haberse protegido durante sus relaciones con trabajadores (as) sexuales; mientras que 9 seropositivos y 3 seronegativos (30% y 10% respectivamente) si usaron el condón.

e. Cuando tú penetras has tenido sexo seguro. No se encontró asociación significativa entre el seroestatus y el tipo de respuesta. El 60% afirmó haber tenido sexo seguro (53.3% de seropositivos y 6.7% de seronegativos); y el 40% (36.7% de seropositivos y 3.3% de seronegativos) declararon no tener este tipo de práctica.

*Durante las relaciones sexuales con Trabajadoras(es) Sexuales cuando penetras: ¿Con que frecuencia usas el condón? No se encontró asociación significativa entre el seroestatus y el tipo de respuesta. Mientras el 50% (46.7% seropositivos y 3.3% seronegativos) de 30 personas que respondieron este ítem dijeron nunca haber usado el condón, el 33.3% (el 26.7% seropositivo y el 6.7% seronegativo) afirmó que siempre lo ha utilizado. En cuanto a las respuestas del uso inconsistente del condón (casi siempre y a veces) contestó el 16.6% de las personas, que fueron exclusivamente seropositivos.

En los ítems de si has tenido relaciones sexuales con trabajadores (as) cuando te penetran no se registró ningún caso, por lo que no se describirá ningún resultado de este apartado.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

8. Relaciones Sexuales con uso de drogas/alcohol y uso de condón. Este apartado fue respondido como se muestra en la **Tabla 18** (ver Anexo 4) de la siguiente manera:

a. Cuando tomas bebidas alcohólicas y tienes relaciones sexuales ¿usas el condón? No se encontró asociación significativa entre el seroestatus y el tipo de respuesta. El 62.6% de 91 personas que contestaron esta pregunta declaró que no usa el condón cuando bebe y tiene relaciones sexuales (35.2% fueron seronegativos y 27.5% fueron seropositivos). Solo el 37.4% afirmó usar el condón (27.5% de seronegativos y 9.9% de seropositivos).

b. Cuando consumes drogas y tienes relaciones sexuales ¿usas el condón?. Este reactivo fue contestado por 9 personas, de las cuales 6 seropositivos dijeron no usar condón cuando consumen drogas y tienen relaciones sexuales; y 2 seronegativos dijeron que si lo usan en esta situación. Únicamente un seropositivo dijo si usar el preservativo.

9. Antecedentes de Infecciones de Transmisión Sexual. Este apartado fue respondido como se muestra en la **Tabla 19** (Anexo 4) de la siguiente manera:

Este apartado fue contestado por 19 personas (4 seronegativas y 15 seropositivas). De los seronegativos 2 han tenido antecedentes de gonorrea, uno de herpes y uno de condilomas. Por la parte de los seropositivos, 2 tuvieron sífilis, 8 hepatitis B o C y 5 gonorrea.

B. Patrón Parenteral (Uso de sangre y equipo no esterilizado). Este apartado fue respondido por el total de las personas encuestadas (296) como se muestra en la **Tabla 20** (Anexo 4) de la siguiente manera:

1. Me han transfundido sangre. Se encontró asociación significativa entre el seroestatus y el tipo de respuesta ($\chi^2= 27.544$ $p= .000$) proporcionalmente más

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

seropositivos (13.5% de 296) contestaron que sí han sido transfundidos, que los seronegativos que afirmaron esto (2.4%). Inversamente, más seronegativos (47.6%) respondieron que no han sido transfundidos, a diferencia de los seropositivos (36.5%) que negaron esta práctica parenteral de riesgo.

2. Me han realizado un trasplante de órgano. No se encontró asociación significativa entre los grupos y el tipo de respuesta, puesto que una sola persona seropositiva afirmó haber recibido trasplante de órgano.

3. Me he picado con jeringas usadas. Aquí tampoco se halló alguna asociación significativa entre el seroestatus y el tipo de respuesta. Únicamente seis personas seropositivas (aproximadamente el 2% del total de personas) expresó haberse picado con jeringas usadas y también una persona seronegativa.

4. He hecho pactos de sangre. No se encontró asociación significativa entre el seroestatus y el tipo de respuesta. Del total de la muestra respondieron solo una persona de cada grupo afirmando haber tenido pactos de sangre.

5. Me hice un tatuaje. Nuevamente, no se encontró asociación significativa entre el seroestatus y el tipo de respuesta. Sin embargo se pudo observar que el 8.8% de los seropositivos por tan solo el 4.7% de los seronegativos contestaron que si tienen tatuajes; en tanto que resto de los participantes respondió que nunca se ha hecho algún tatuaje (95.3% de los seronegativos y 91.2% de los seropositivos).

V. Susceptibilidad Percibida.

Esta conducta me pone en riesgo de adquirir una Infección de Transmisión Sexual. Tuvo 5 opciones NADA, POCO, REGULAR, BASTANTE y MUCHO. Se preguntó simultáneamente a los reactivos de Prácticas de riesgo sexuales y parenterales y se describen a continuación:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A. Patrón Sexual.

1. Susceptibilidad Percibida en Actividad Sexual. Esta pregunta fue respondida como se muestra en la **Tabla 21** (Anexo 4) de la siguiente manera:

a. ¿Has tenido relaciones sexuales? Esta pregunta fue respondida por todas las personas de la muestra. Sin embargo de las personas que declararon haber tenido relaciones sexuales, 64 seronegativos no se percibieron en riesgo (eligieron la opción de "Nada") por tan solo 36 seropositivos que marcaron la misma opción; esta tendencia se fue atenuando: 21 seronegativos contra 15 seropositivos escogieron la opción de "Poco" riesgo; después se invirtió: 24 seronegativos señalaron sentirse en "Regular" riesgo mientras que 35 seropositivos también eligieron esa opción; 10 seronegativos y 13 seropositivos respondieron en "Bastante" ; y por último 18 seronegativos por 43 seropositivos afirmaron sentirse en "Mucho" riesgo.

Para evaluar si hubo diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los grupos divididos por seroestatus se corrió la prueba "t" de student, observándose una $t = 4.829$ con $p = .000$; el grupo seropositivo ($X = 3.00$) en promedio indicó mayor susceptibilidad de adquirir una ITS que el grupo seronegativo ($X = 2.116$) respecto a tener relaciones sexuales (ver tabla 49, Anexo 4).

Para elaborar una análisis más detallado de los participantes, se buscaron las diferencias por seroestatus y género con un Análisis de Variancia Unidireccional (ANOVA-oneway) en el que se obtuvo una $F_{3,295} = 8.215$ y $p = .000$ observándose variaciones estadísticamente significativas. Adicionalmente se realizó una prueba post-hoc (scheffé) para saber la magnitud de las diferencias; en la cual se encontró que a un nivel de significancia $p = .000$ el grupo de hombres seropositivos tuvo una media mayor ($X = 3.05$) que el grupo de hombres seronegativos ($X = 2.17$); y el grupo de mujeres seropositivas tuvo una media

mayor que el de las mujeres seronegativas ($X=2.09$) en un nivel de significancia $p=.016$. Esto confirma que los hombres seropositivos tuvieron más susceptibilidad que los participantes (hombres y mujeres) seronegativos de adquirir una ITS respecto de tener relaciones sexuales (ver tabla 53, Anexo 4).

2. Susceptibilidad Percibida en Número de parejas en la vida/ en el último año. Esta pregunta fue contestada como se muestra en las **Tablas 22 y 23** (ver Anexo 4) de la siguiente manera:

a. ¿Cuántas parejas sexuales has tenido en toda tu vida? Este ítem fue contestado por 279 personas, de los cuales 142 fueron seropositivos y 137 seronegativos. Para observar los datos de esta pregunta se recodificaron los resultados en cinco categorías. De las personas que han tenido una pareja sexual en toda su vida, 32 seronegativos y 27 seropositivos respondieron sentirse en "Nada" de riesgo, mientras que 11 seronegativos y 13 seropositivos contestaron en el resto de las opciones ("Poco", "Regular", "Bastante" y "Mucho"). De quienes declararon haber tenido dos parejas en la vida, se encontró que 17 seronegativos y 13 seropositivos afirmaron no sentirse en riesgo (opción de "Nada"), mientras que 14 y 11 respectivamente eligieron alguna de las demás opciones. De los que expresaron haber tenido 3 parejas, se encontró que 9 seronegativos y 5 seropositivos escogieron la opción "Nada" de riesgo, 5 y 3 respectivamente se sienten en "Poco" riesgo, 7 seronegativos y 9 seropositivos señalaron alguna de las opciones restantes. De las personas que han tenido de 4 a 9 parejas, se contaron 9 seronegativos y 10 seropositivos que no asumieron algún riesgo (opción de "Nada"), 5 y 8 respectivamente indicaron "Poco" riesgo, 6 negativos y 6 positivos mencionaron "Regular riesgo", 3 negativos y 6 portadores del algún virus se consideraron en "Bastante" riesgo, por último 4 y 11 de cada grupo se percibieron en "Mucho" riesgo. De los que han tenido más de 10 parejas, se encontró que las respuestas estuvieron repartidas de la siguiente manera: 4 personas de cada grupo no se sienten en riesgo, 7 seronegativos y 8 seropositivos

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

señalaron "Poco" o "Regular" riesgo, 5 y 4 respectivamente indicaron "Bastante" riesgo, y 3 negativos por 7 positivos se percibieron en "Mucho" riesgo.

Para conocer si hubo diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los grupos divididos por seroestatus se corrió la prueba "t" de student, observándose una $t = 2.232$ con $p = .026$; el grupo seropositivo ($X = 2.51$) en promedio indicó mayor susceptibilidad de adquirir una ITS que el grupo seronegativo ($X = 2.11$) respecto al número de parejas que han tenido en toda su vida (ver tabla 49, Anexo 4).

b. ¿Cuántas parejas sexuales has tenido en el último año? Este ítem fue contestado por 279 personas, de los cuales 142 fueron seropositivos y 137 seronegativos. De los que declararon tener una pareja durante el último año, 88 seronegativos y 84 seropositivos no se percibieron en riesgo, 14 y 17 respectivamente asumieron "Poco" riesgo, 10 y 12 "Regular", y un negativo y 3 positivos señalaron las opciones de "Bastante" o "Mucho". De quienes dijeron haber tenido de 2 a 3 parejas, solo 4 seronegativos declararon sentirse en "Nada" de riesgo, 3 más y 2 seropositivos marcaron la opción de "Poco" riesgo, 2 negativos y 5 positivos eligieron la de "Regular", mientras que 5 y 4 respectivamente eligieron las opciones de "Bastante" y "Mucho". En el caso de quien mencionó haber tenido más de 4 parejas en el último año, una persona de cada grupo dijo estar en "Nada" o "Poco" riesgo, en tanto que 2 personas seronegativas si asumieron sentirse en "Mucho" riesgo de adquirir a una ITS por esta conducta

3. Susceptibilidad Percibida en Última relación sexual y uso de condón. Esta pregunta fue respondida como se muestra en la **Tabla 24** (ver Anexo 4) de la siguiente manera:

a. ¿Cuándo fue la última vez que tuviste una relación sexual? La opción donde se encontraron más respuestas nuevamente fue la de "Nada" (103

seronegativos y 96 seropositivos); cabe señalar que 54 negativos y 60 positivos habían tenido su última relación sexual hace una semana o menos, 19 y 16 respectivamente la tuvieron de 1 a 4 semanas atrás, 25 negativos y 16 positivos de 1 a 12 meses antes y las 9 restantes hace un año o más. La opción de "Poco" riesgo para adquirir una ITS fue la segunda más contestada y tan sólo se registraron 22 respuestas de seronegativos y 20 seropositivos.

Para saber si hubo diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los grupos divididos por seroestatus se corrió la prueba "t" de student, observándose una $t = 2.204$ con $p = .028$; el grupo seropositivo ($X = 1.65$) en promedio señaló tener mayor susceptibilidad de adquirir una ITS que el grupo seronegativo ($X = 1.39$) en cuanto a la última vez que tuvieron una relación sexual. (ver tabla 49, Anexo 4).

b. Y...¿usaste condón? Se encontró asociación significativa entre el seroestatus y el tipo de respuesta ($X^2 = 17.66$ y $p = .000$ en la opción de "Nada") proporcionalmente más seropositivos (70) que seronegativos (56) no usaron condón y no se percibieron en riesgo de adquirir una ITS; y proporcionalmente más seronegativos (47) que seropositivos (14) si usaron condón y de igual forma no se percibieron en riesgo. La siguiente opción más representativa fue la de "Poco" riesgo con 41 casos en total repartidos de la siguiente manera 14 seronegativos y 19 seropositivos que no usaron condón y 6 por cada grupo que eligieron esta misma opción y si usaron condón. De acuerdo al orden de importancia la siguiente opción fue la de "Mucho", ya que 18 seropositivos y 5 seronegativos que no usaron condón se percibieron en este nivel de riesgo de adquirir una Infección de Transmisión Sexual.

Para indagar si hubo diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los grupos divididos por seroestatus se corrió la prueba "t" de student, observándose una $t = 3.366$ con $p = .001$; el grupo seropositivo ($X = 1.92$) en promedio mostraron mayor susceptibilidad de adquirir una ITS que el grupo

seronegativo ($X = 1.44$) con respecto a la frecuencia con que usan el condón (ver tabla 49, Anexo 4).

Con el propósito de averiguar las diferencias por seroestatus y género entre los encuestados, se corrió un Análisis de Variancia Unidireccional (ANOVA-oneway) en el que se obtuvo una $F_{3,278}=5.876$ y $p=.001$ observándose variaciones estadísticamente significativas. Después se realizó una prueba post-hoc (scheffé) para saber la magnitud de las diferencias; en la cual se encontró que a un nivel de significancia $p=.013$ el grupo de hombres seropositivos tuvo una media mayor ($X=1.86$) que el grupo de hombres seronegativos ($X= 1.35$); y el grupo de mujeres seropositivas ($X=2.35$) tuvo una media mayor que el de los hombres seronegativos en un nivel de significancia $p=.014$. Esto corrobora que todos los participantes seropositivos tuvieron mayor susceptibilidad de adquirir una ITS a comparación de los hombres seronegativos (ver tabla 53, Anexo 4).

4. Susceptibilidad Percibida en Orientación Sexual. Esta pregunta fue respondida como se muestra en la **Tabla 25** (ver Anexo 4) de la siguiente manera:

a. Cuando has tenido relaciones sexuales ¿ha sido con...? Este reactivo fue contestado por 142 personas positivas y 137 negativas a Hepatitis B, C o VIH. La opción con más respuestas registradas fue la de "esta conducta me pone en Nada de riesgo de adquirir una ITS", con 130 personas; de las cuales 59 seronegativos y 47 seropositivos han sostenido relaciones únicamente con mujeres; 12 seronegativos y 10 seropositivos solo han sostenido relaciones con hombres y 2 seropositivos tuvieron relaciones con hombres y mujeres. En la opción de "Poco" riesgo respondieron 50 sujetos, de los cuales se encontraron 25 seronegativos y 18 seropositivos que han sostenido relaciones sexuales solo con mujeres, 6 seronegativos que lo han hecho solo con hombres, y un seropositivo que ha tenido relaciones sexuales con hombres y mujeres. Quienes se percibieron en "Regular" riesgo de adquirir una ITS fueron 38, de los cuales 9 seronegativos y 22

seropositivos únicamente han sostenido relaciones sexuales con mujeres y 7 seronegativos más con hombres. Quince personas respondieron en "Bastante" riesgo, la mayoría dijo haber tenido relaciones sexuales solo con mujeres (3 seronegativos y 9 seropositivos), 2 seropositivos que solo habían sostenido relaciones sexuales con hombres y una persona seropositiva que lo ha hecho con ambos. Por último en la opción de "Mucho" 46 personas se percibieron en riesgo de adquirir una ITS; 10 seronegativos y 23 seropositivos que han tenido relaciones solo con mujeres, 4 y 6 respectivamente que las han tenido con hombres, y 2 seronegativos y 1 seropositivo que las tuvieron con hombres y mujeres.

Para calcular las diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los grupos divididos por seroestatus se corrió la prueba "t" de student, observándose una $t = 3.117$ con $p = .002$; el grupo seropositivo ($X = 2.54$) en promedio mostraron mayor susceptibilidad de adquirir una ITS que el grupo seronegativo ($X = 1.99$) con respecto a su orientación sexual (ver tabla 49, Anexo 4).

Se estudiaron las diferencias por seroestatus y género entre las personas entrevistadas con un Análisis de Variancia Unidireccional (ANOVA-oneway) en el que se observó una $F_{3,278} = 3.565$ y $p = .015$ indicando variaciones estadísticamente significativas. Consecuentemente se realizó una prueba post-hoc (scheffé) para saber la magnitud de las diferencias; en la cual se encontró que a un nivel de significancia $p = .036$ el grupo de hombres seropositivos tuvo una media mayor ($X = 2.51$) que el grupo de hombres seronegativos ($X = 1.95$). Este resultado sugiere que los hombres seropositivos tuvieron mayor susceptibilidad de riesgo que los hombres seronegativos respecto del tipo de prácticas que ejercen (ver tabla 53, Anexo 4).

5. Susceptibilidad Percibida en Tipo de relaciones sexuales con Pareja Regular y Uso de condón. Este apartado fue respondido como se muestra en las Tablas 26, 27, 28 y 29 (ver Anexo 4) de la siguiente manera:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

a. Cuando tú penetras has tenido sexo anal. De las personas que si tuvieron relaciones sexuales anales y estiman "Nada" probable adquirir una ITS, fueron 9 personas seronegativas y 16 seropositivas. En la opción de "Poco" respondieron 15 personas (10 seronegativos y 5 seropositivos); contestaron 11 personas en el resto de las opciones ("Regular", "Bastante" y "Mucho") 5 seronegativas y 6 seropositivas.

b. Cuando tú penetras has tenido sexo vaginal. De las personas que si tuvieron relaciones sexuales vaginales y estimaron "Nada" probable adquirir una ITS, fueron 54 personas seronegativas y 73 seropositivas. En la opción de "Poco" respondieron 51 personas (26 seronegativos y 25 seropositivos); contestaron 38 personas en el resto de las opciones ("Regular", "Bastante" y "Mucho") 20 seronegativas y 18 seropositivas.

c. Cuando tú penetras has tenido sexo oral. De las personas que si practican el sexo oral y estiman "Nada" probable adquirir una ITS, fueron 31 personas seronegativas y 38 seropositivas. En la opción de "Poco" respondieron 20 personas (13 seronegativos y 7 seropositivos); contestaron 20 personas en las opciones "Regular" y "Mucho" (9 seronegativas y 11 seropositivas).

d. Cuando tú penetras has tenido sexo protegido. Se encontró asociación significativa entre el seroestatus y el tipo de respuesta (en la opción "Nada". $X^2= 7.4$ y $p= 0.006$) proporcionalmente más seropositivos que no han tenido esta práctica estiman que no hay probabilidad de adquirir una ITS y más seronegativos que si tuvieron sexo protegido estiman nada probable adquirir una ITS. En la opción de "Poco" con las personas que si tuvieron esta práctica se obtuvieron 17 respuestas (10 de seronegativos y 7 de seropositivos); contestaron 10 personas en el resto de las opciones ("Regular", "Bastante" y "Mucho") 4 seronegativas y 6 seropositivas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

e. Cuando tú penetras has tenido sexo seguro. Se encontró asociación significativa entre el seroestatus y el tipo de respuesta (en la opción de "Nada", $X^2=9.33$ y $p= 0.002$) proporcionalmente más seropositivos que si han practicado el sexo seguro estiman que no existe probabilidad de adquirir una ITS y más seronegativos que no han tenido sexo seguro estiman la misma probabilidad de adquirir una ITS. En la opción de "Poco" con las personas que si tuvieron esta práctica se obtuvieron 15 respuestas (10 de seronegativos y 5 de seropositivos); contestaron 4 personas (1 seronegativa y 3 seropositivas) en el resto de las opciones "*Regular*", "*Bastante*" y "*Mucho*".

*Durante las relaciones sexuales con tu pareja regular, cuando penetras: ¿Con que frecuencia usas el condón?. Se encontró asociación significativa entre el seroestatus y el tipo de respuesta (en la opción de "Nada" probable adquirir una ITS, $X^2=11.35$ y $p= 0.02$) proporcionalmente más seropositivos que seronegativos que "*Nunca*" han usado el condón con su pareja regular estiman "*Nada*" probable adquirir una infección (49 y 26 respectivamente) y más seronegativos que "*Siempre*" lo han utilizado (14 y 5 respectivamente) tienen la misma susceptibilidad de riesgo ("*Nada*"); entre las personas que *Casi Nunca. A veces y Casi siempre* han utilizado el condón y con la misma susceptibilidad de riesgo se encontraron en total 25 seronegativos y 21 seropositivos. En la opción de que es "*Poco*" probable adquirir una ITS se observó que en las cinco respuestas desde *Nunca* hasta *Siempre* respecto al uso del condón hubo una baja frecuencia; sin embargo en *Nunca* respondieron 6 seronegativos y 10 seropositivos, en *Siempre* 4 seronegativos y 1 seropositivo, las demás tuvieron en total 16 seronegativos y 11 seropositivos. La opción de "*Regular*" probabilidad de riesgo de adquirir una ITS solo mostró un caso seropositivo en *Siempre* uso condón y en las respuesta desde *Nunca* hasta *Casi Siempre* se encontraron 15 personas (8 seronegativos y 7 seropositivos). En las opciones desde *Nunca* hasta *Casi siempre* hubo 3 seronegativos y 11 seropositivos.

f. Cuando te penetran has tenido sexo anal. De las personas que si practican el sexo anal se encontraron 9 casos repartidos en 4 opciones: 1 seropositivo que estima "*Nada*" probable adquirir una ITS, 1 seronegativo y 2 seropositivos que estiman "*Poco*" riesgo de infectarse, 3 seronegativos que estiman "*Regular*" riesgo, y 2 seropositivos respondieron en la opción de "*Mucho*" riesgo.

g. Cuando te penetran has tenido sexo vaginal. En este ítem contestaron 43 mujeres, de las cuales, se encontraron 16 casos en la opción donde estiman "*Nada*" probable adquirir una ITS (8 seropositivos y 8 seronegativos), 7 que estiman "*Poco*" riesgo (5 seronegativos y 2 seropositivos), 8 seronegativos en la opción de "*Regular*"; 1 por cada grupo en la de "*Bastante*" y 10 en la opción de "*Mucho*" (4 seronegativos y 6 seropositivos).

h. Cuando te penetran has tenido sexo oral. De las personas que si practicaron el sexo oral se encontraron 5 casos tanto en la opción de los que estiman "*Nada*" probable adquirir una ITS como en la de "*Mucho*" (2 seronegativos y 3 seropositivos en cada una), los que estiman "*Poco*" riesgo (2 seronegativo y 1 seropositivo), en la opción de "*Regular*" (4 seronegativos) y en la de "*Bastante*" (2 seronegativos).

i. Cuando te penetran has tenido sexo protegido. Se encontraron 19 casos de personas que si han practicado el sexo protegido; 7 de ellos estiman "*Nada*" probable adquirir una ITS (5 seronegativos y 2 seropositivos), 2 estiman "*Poco*" riesgo (1 seronegativo y 1 seropositivo), 5 seronegativos respondieron en la opción de "*Regular*"; 2 seropositivos en la de "*Bastante*" y 3 en la opción de "*Mucho*" (1 seronegativo y 2 seropositivos).

Para determinar las diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los grupos divididos por seroestatus se corrió la prueba "t" de student, observándose una $t = 2.344$ con $p = .024$; el grupo seropositivo ($X = 2.59$) en

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

promedio manifestaron mayor susceptibilidad de adquirir una ITS que el grupo seronegativo ($X = 1.58$) respecto a la práctica del sexo protegido cuando su pareja sexual regular hace la penetración (ver tabla 49, Anexo 4).

j. Cuando te penetran, has tenido sexo seguro. De las personas que si han practicado el sexo seguro, se encontraron 26 casos de los que estiman “Nada” probable adquirir una ITS (15 seronegativos y 11 seropositivos), 4 que estiman “Poco” riesgo (2 seronegativos y 2 seropositivos), 1 seronegativo en la opción de “Regular”; y 1 seropositivo en la opción de “Mucho”.

*Durante las relaciones sexuales con tu pareja regular, cuando te penetra: ¿Con que frecuencia usas el condón? De las 13 personas que estiman “Nada” probable adquirir una ITS, 10 *Nunca* han usado el condón con su pareja regular cuando las penetran (5 seronegativas y 5 seropositivas); 2 seronegativos que respectivamente, *Casi Nunca* y *A veces* han utilizado el condón; y sólo 1 seronegativo que “Siempre” lo ha utilizado. Las personas que señalaron la opción de esta conducta me pone en “Poco” riesgo de adquirir una ITS fueron 10, se observó adicionalmente que 4 de ellas respondieron *Nunca* haber usado el condón (3 seronegativos y 1 seropositivo); 5 (3 seronegativos y 2 seropositivos) que *A veces* y *Casi Siempre* lo usan; y sólo una persona seronegativa que *Siempre* usó condón. La opción de “Regular” probabilidad de riesgo de adquirir una ITS solo mostró 9 casos seronegativos (4 en *Nunca*, 2 en *A veces* y 3 en *Casi Siempre*). La opción de que es “Bastante” probable adquirir una ITS solo se encontraron 2 casos seropositivos que nunca han utilizado condón. Y en la de “Mucho” riesgo de adquirir una ITS se identificaron 9 personas (1 seronegativo y 4 seropositivos que respondieron *Nunca* usar el condón, 1 seropositivo que *Casi Nunca*, 2 seropositivos que *A Veces* y 1 seronegativo que *Casi Siempre*).

6. Susceptibilidad Percibida en tipo de relaciones sexuales con Pareja (s) Ocasional (es) y Uso de condón. Este apartado fue respondido como se muestra en las Tablas 30, 31, 32 y 33 (ver Anexo 4) de la siguiente manera:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

a. Cuando tú penetras, has tenido sexo anal. De los participantes que respondieron que si practican el sexo anal se encontraron 19 casos repartidos en 4 opciones: 3 seropositivos que estiman "*Nada*" probable adquirir una ITS, 7 que estiman "*Poco*" riesgo (5 seronegativos y 2 seropositivos), 4 en la opción de "*Regular*" (2 seronegativos y 2 seropositivos) y 5 en la opción de "*Mucho*" (1 seronegativo y 4 seropositivos).

b. Cuando tú penetras has tenido sexo vaginal. De los 98 participantes que respondieron haber practicado el sexo vaginal se encontraron 29 casos en la opción de los que estiman "*Nada*" probable adquirir una ITS (13 seronegativos y 16 seropositivos), 25 que estiman "*Poco*" riesgo (13 seronegativos y 12 seropositivos); 16 en la opción de "*Regular*" (4 seronegativos y 12 seropositivos); 11 en la opción "*Bastante*" (7 seronegativos y 4 seropositivos) y 17 en la de "*Mucho*" (2 seronegativos y 15 seropositivos).

c. Cuando tú penetras has tenido sexo oral. De las 33 personas que contestaron que si practican el sexo oral se encontró que 11 estiman "*Nada*" probable adquirir una ITS (5 seronegativos y 6 seropositivos), 12 que estiman "*Poco*" riesgo (7 seronegativos y 5 seropositivos), 7 respondieron en la opción de "*Regular*" (3 seronegativos y 4 seropositivos); 2 en la de "*Bastante*" (uno y uno de cada grupo) y 4 seropositivos en la opción de "*Mucho*".

d. Cuando tú penetras has tenido sexo protegido. De los 66 participantes que respondieron que si han tenido sexo protegido se encontraron 33 casos en opción de los que estiman "*Nada*" probable adquirir una ITS (19 seronegativos y 14 seropositivos), 18 que estiman "*Poco*" riesgo (10 seronegativos y 8 seropositivos), 11 en la opción de "*Regular*" (2 seronegativos y 9 seropositivos); las opciones de "*Bastante*" y "*Mucho*" tuvieron solo 2 seropositivos respectivamente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Para establecer si existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los grupos divididos por seroestatus se corrió la prueba "t" de student, observándose una $t = 3.382$ con $p = .001$; el grupo seropositivo ($X = 2.42$) en promedio declararon mayor susceptibilidad de adquirir una ITS que el grupo seronegativo ($X = 1.55$) con respecto a la práctica del sexo protegido cuando penetran a su pareja sexual ocasional (ver tabla 49, Anexo 4).

e. Cuando tú penetras has tenido sexo seguro. De las 78 personas que contestaron que sí han practicado el sexo seguro se encontraron 63 casos en opción de los que estiman "Nada" probable adquirir una ITS (24 seronegativos y 39 seropositivos), los que estiman "Poco" riesgo fueron 10 (6 seronegativos y 4 seropositivos), 4 seropositivos en la opción de "Regular" y 1 seropositivo en la opción de "Mucho".

*Durante las relaciones sexuales, con tu(s) pareja(s) ocasional(es) cuando penetras: ¿Con que frecuencia usas el condón?. En este reactivo se encontró asociación significativa entre el seroestatus y tipo de respuesta en la opción de esta conducta me pone en "Nada" de riesgo de adquirir una ITS. ($X^2=10.45$ y $p=0.015$); sin embargo en 3 de las 6 celdas en que hubo respuesta de esta opción se encontraron menos de 4 casos, por lo que esta asociación debe considerarse con reservas. Proporcionalmente más seropositivos que seronegativos que "Nunca" han usado el condón con su pareja ocasional no estiman riesgoso tener relaciones sin condón (8 y 1 respectivamente) y más seronegativos que seropositivos que "Siempre" lo han utilizado (14 y 6 respectivamente) estiman de igual forma nada riesgosa su conducta, mientras que entre las personas que tienen la misma susceptibilidad y que A veces y Casi siempre han utilizado el condón se encontraron 2 seronegativos. En la opción de que es "Poco" probable adquirir una ITS se observó que respondieron 2 seronegativos y 4 seropositivos que nunca han usado el condón; 7 seronegativos y 8 seropositivos que utilizan el preservativo con irregularidad; y 14 que Siempre lo usan (mitad seronegativos y mitad seropositivos) dentro de este nivel de estimación. La opción de "Regular"

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

probabilidad de riesgo de adquirir una ITS mostró 7 casos que Nunca han usado condón (2 seronegativos y 5 seropositivos), 5 seropositivos que A veces lo usan y 3 que *Siempre* (1 seronegativo y 2 seropositivos). En la opción de *"Bastante"* probabilidad de riesgo de adquirir una ITS se observaron 3 seropositivos (uno que Nunca ha usado el condón y 2 que Casi Siempre). Y en la opción de *"Mucho"* riesgo de adquirir una ITS se identificaron 16 personas; de las cuales 7 Nunca han usado el condón (1 seronegativo y 6 seropositivos); 8 que Casi Nunca, A veces y Casi Siempre lo usan (3 seronegativos y 5 seropositivos) y solo hubo un seropositivo que *Siempre* usa condón y estima mucho riesgo de adquirir una ITS.

Para conocer si existen las diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los grupos divididos por seroestatus se corrió la prueba "t" de student, observándose una $t = 2.626$ con $p = .01$; el grupo seropositivo ($X = 2.67$) en promedio expresaron mayor susceptibilidad de adquirir una ITS que el grupo seronegativo ($X = 1.95$) con respecto a la frecuencia de uso de condón cuando penetran a su pareja sexual ocasional (ver tabla 49, Anexo 4).

f. Cuando te penetran, has tenido sexo anal. El número de personas que contestaron esta pregunta fueron cinco. De los participantes que respondieron que si han practicado el sexo anal fueron solamente 2 seropositivos en la opción de los que estiman *"Bastante"* probable adquirir una ITS.

g. Cuando te penetran, has tenido sexo vaginal. El número de personas que contestaron esta pregunta fueron cinco. Respondieron 3 mujeres que si han practicado el sexo vaginal 1 seronegativa y 1 seropositiva en la opción *"Nada"* probable adquirir una ITS y 1 seropositiva en la opción de *"Mucho"*.

h. Cuando te penetran has tenido sexo oral. El número de personas que contestaron esta pregunta fueron cinco. Un solo seropositivo que ha realizado el sexo oral respondió que estima *"Bastante"* probable adquirir una ITS.

i. Cuando te penetran has tenido sexo protegido. De los 5 participantes que respondieron; 1 seronegativo eligió la opción "*Nada*" probable adquirir una ITS y 1 seropositivo en la opción de "*Bastante*".

j. Cuando te penetran has tenido sexo seguro. Cinco personas que contestaron esta pregunta. De los participantes que si han practicado el sexo seguro, 2 personas seropositivas respondieron en la opción de esta conducta me pone en "*Nada*" de riesgo de adquirir una ITS y 1 seropositivo en la opción de "*Poco*".

*Durante las relaciones sexuales, con tu(s) pareja(s) ocasional(es) cuando te penetran: **¿Con que frecuencia usas el condón?** Solo una persona seronegativa, y una seropositiva que han usado el condón inconsistentemente con su pareja ocasional cuando las penetran, estimaron "*Poco*" probable adquirir una ITS. La opción de que es "*Bastante*" probable adquirir una ITS solo se encontraron 2 casos seropositivos. Y en la de "*Mucho*" riesgo de adquirir una ITS se identificó a 1 persona seropositiva que respondió *Nunca* usar el condón.

7. Susceptibilidad Percibida en tipo de relaciones sexuales con Trabajadoras (es) Sexuales y Uso de condón. Este apartado fue respondido como se muestra en las **Tablas 34 y 35** (ver Anexo 4) de la siguiente manera:

a. Cuando tú penetras has tenido sexo anal. Treinta personas contestaron esta pregunta. De las 2 personas seropositivas que si han practicado el sexo anal una respondió en la opción de los que estiman "*Nada*" probable adquirir una ITS y la otra en la de "*Mucho*".

b. Cuando tú penetras has tenido sexo vaginal. El número de personas que contestaron esta pregunta fueron 30. De las personas que si han practicado el sexo vaginal, 2 personas seropositivas respondieron que estiman "*Nada*" probable adquirir una ITS, 5 personas estimaron "*Poco*" probable que esta conducta los

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

pusiera en riesgo (1 seronegativo y 4 seropositivos), 4 seropositivas eligieron en la de *"Regular"*; 3 personas en *"Bastante"* (1 seronegativo y 2 seropositivos) y 15 personas en la opción de *"Mucho"* riesgo (1 seronegativo y 14 seropositivos).

c. Cuando tú penetras has tenido sexo oral. De las 30 personas que respondieron este ítem; 7 han realizado el sexo oral: 2 personas seropositivas respondieron en la opción de los que estiman *"Poco"* probable adquirir una ITS, 1 persona seropositiva en la de *"Bastante"* y 4 seropositivas en la de *"Mucho"*.

d. Cuando tú penetras has tenido sexo protegido. Treinta participantes contestaron esta pregunta. De los participantes que si han practicado el sexo protegido con trabajadores(as) sexuales, 4 personas (2 seronegativas y 2 seropositivas) respondieron en la opción de *"Nada"* probable adquirir una ITS, 2 personas seropositivas en la de *"Poco"* ; 3 personas (1 seronegativa y 2 seropositivas) en la opción de *"Regular"* y 3 seropositivas en la de *"Mucho"*.

e. Cuando tú penetras has tenido sexo seguro. El número de personas que contestaron esta pregunta fueron treinta. De las personas que si han realizado el sexo seguro, 12 personas seropositivas respondieron en la opción *"Nada"* probable adquirir una ITS (2 seronegativos y 10 seropositivos), 4 personas seropositivas en la de *"Poco"* y una seropositiva tanto en la opción de *"Regular"* como en la de *"Mucho"*.

"Durante las relaciones sexuales, con trabajadoras(es) sexuales cuando tú penetras: ¿Con que frecuencia usas el condón?. Las personas que estiman *"Nada"* probable adquirir una ITS y *Siempre* han usado el condón con trabajadoras (es) sexuales cuando penetran fueron 3 (1 seronegativa y 2 seropositivas). En la opción de que es *"Poco"* probable adquirir una ITS se observó respondieron 2 seropositivos que nunca han usado del condón; 1 seropositivo que casi siempre lo usa y 3 seronegativos que declararon usarlo siempre. La opción de *"Regular"* probabilidad de riesgo de adquirir una ITS solo mostró 2 casos seropositivos (uno

en *Nunca* y uno en *Siempre*). La opción de que es "*Bastante*" probable adquirir una ITS solo se encontraron 2 casos seropositivos que nunca usan el condón, 1 seropositivo que a veces lo usa y 1 seronegativo respondió siempre usarlo. La opción de "*Mucho*" riesgo de adquirir una ITS mostró 1 seronegativo y 9 seropositivos que nunca usan condón, 3 seropositivos que en ocasiones lo utilizan y 2 seropositivos que siempre usan preservativo.

En los ítems de si has tenido relaciones sexuales con trabajadores (as) cuando te penetran no se registró ningún caso, por lo que no se describirá ningún resultado de este apartado.

8. Susceptibilidad Percibida en relaciones sexuales con uso de drogas/alcohol y uso de condón. Este apartado fue respondido como se muestra en la Tabla 36 (ver Anexo 4) de la siguiente manera:

a. Cuando tomas bebidas alcohólicas y tienes relaciones sexuales ¿usas el condón? El número de personas que contestaron esta pregunta fueron 91. De las personas que si han utilizado el condón cuando tienen relaciones sexuales y consumen bebidas alcohólicas, 22 personas respondieron en la opción "*Nada*" probable adquirir una ITS en dicha situación (17 seronegativos y 5 seropositivos), 5 personas (4 seronegativas y 1 seropositiva) en la de "*Poco*"; 6 personas (4 seronegativos y 2 seropositivos) en "*Regular*" y 1 seropositiva en la opción de "*Mucho*".

Para conocer si existen las diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los grupos divididos por seroestatus se corrió la prueba "t" de student, distinguiéndose una $t = 2.243$ con $p = .048$; el grupo seropositivo ($X = 2.38$) en promedio indicó mayor susceptibilidad de adquirir una ITS que el grupo seronegativo ($X = 1.75$) con respecto al uso del condón cuando tienen relaciones sexuales y toman bebidas alcohólicas (ver tabla 49, Anexo 4).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

b. Cuando consumes drogas y tienes relaciones sexuales ¿usas el condón?. Se registraron 9 personas que contestaron esta pregunta. De las personas que si han utilizado el condón cuando tienen relaciones sexuales y consumen drogas 1 persona seronegativa respondió en la opción de "Nada" probable adquirir una ITS en dicha situación, 1 seronegativo en "Regular" y 1 seropositiva en la opción de "Mucho".

B. Susceptibilidad Percibida en Patrón Parenteral (Uso de sangre y equipo no esterilizado). Este apartado fue respondido por el total de las personas encuestadas (296) como se muestra en las Tablas 37, 38, 39, 40 y 41 (ver Anexo 4) de la siguiente manera:

1. Me han transfundido sangre. De las personas que han sido transfundidas 8 respondieron en la opción de "Nada" probable adquirir una ITS en dicha situación (3 seronegativos y 5 seropositivos), 17 personas (1 seronegativa y 16 seropositivas) en la de "Poco"; 8 personas (2 seronegativos y 6 seropositivos) en "Regular"; 4 personas seropositivas en la de "Bastante"; y 10 personas en la opción de "Mucho" (1 seronegativo y 9 seropositivos).

Para establecer si existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los grupos divididos por seroestatus se corrió la prueba "t" de student, observándose una $t = 4.227$ con $p = .000$; el grupo seropositivo ($X = 1.51$) en promedio declararon tener mayor susceptibilidad de adquirir una ITS que el grupo seronegativo ($X = 1.04$) con respecto a que les hayan practicado alguna transfusión (ver tabla 49, Anexo 4).

Al correrse el Análisis de Variancia Unidireccional (ANOVA-oneway) para conocer las diferencias por seroestatus y género entre los encuestados, se obtuvo una $F_{3,295} = 6.037$ y $p = .001$ indicando variaciones estadísticamente significativas. Posteriormente se realizó una prueba post-hoc (scheffé) para saber la magnitud de las diferencias; en la cual se encontró que a un nivel de significancia $p = .002$ el

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

grupo de hombres seropositivos tuvo una media mayor ($X=1.50$) que el grupo de hombres seronegativos ($X= 1.08$). Lo cual indica que los hombres seropositivos tuvieron mayor susceptibilidad de riesgo que los hombres seronegativos respecto a las transfusiones sanguíneas (ver tabla 53, Anexo 4).

2. Me han realizado un transplante de órgano. De las personas que respondieron que les han realizado un transplante de órgano respondieron solo una persona seropositiva contestó en la opción de las que estiman "Nada" probable adquirir una ITS en dicha situación.

3. Me he picado con jeringas usadas. Entre las personas que si se han picado con jeringas usadas, 2 personas seropositivas estiman "Nada" probable adquirir una ITS en dicha situación; 1 persona seropositiva estimó un riesgo "Regular"; 2 personas señalaron "Bastante" riesgo (un seronegativo y un seropositivo); y 2 personas seropositivas eligieron la opción de "Mucho".

4. He hecho pactos de sangre. De las 2 únicas personas que si han hecho pactos de sangre (1 seronegativo y 1 seropositivo) respondieron que estiman "Nada" probable adquirir una ITS en dicha situación. El resto la mayoría respondió en la opción de "Nada" (141 seronegativos y 147 seropositivos) y en las opciones de "Regular" y "Mucho" hubo 3 seronegativos en cada una.

Para calcular si existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los grupos divididos por seroestatus se corrió la prueba "t" de student, observándose una $t = 2.359$ con $p = .001$; el grupo seropositivo ($X= 1.00$) en promedio afirmaron tener menor susceptibilidad de adquirir una ITS que el grupo seronegativo ($X = 1.2$) con respecto a tener pactos de sangre (ver tabla 49, Anexo 4).

5. Me hice un tatuaje. De las personas que si se hicieron un tatuaje; 6 personas respondieron (2 seronegativas y 4 seropositivas) en la opción de las que

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

estiman *"Nada"* probable adquirir una ITS en esta situación, 6 personas (1 seronegativa y 5 seropositivas) en la de *"Poco"*; 2 personas seronegativas en *"Regular"*; 2 personas (una seronegativa y una seropositiva) en la de *"Bastante"* y 4 personas en la opción de *"Mucho"* (1 seronegativo y 3 seropositivos).

VI. Percepción de Riesgo de contraer VIH, VHB y VHC. Este apartado fue respondido como se muestra en la **Tabla 42** (ver Anexo 4) de la siguiente manera:

1. Que tan en riesgo estás de contraer... VIH/SIDA. Esta pregunta fue contestada por las 296 personas. El 49.3% del total de las personas encuestadas respondió que esta en **0%** (Nada) de riesgo de contraer el VIH, de los cuales **27.7%** fueron del grupo seronegativo y **21.6%** fueron del seropositivo. El **29.1%** de la población total afirmó estar en **25%** (Poco) de contraer el VIH, el **14.9%** fue seronegativo y **14.2%** seropositivo. El **12.2%** del total de la muestra aseveró estar en un **50%** (Regular) de riesgo de infectarse con este virus, de los cuales el **3.7%** pertenece al grupo seronegativo y el **8.4%** al seropositivo. Solo el **3.7%** del total (**1.7%** seronegativo y **2%** seropositivo) respondió estar en **75%** (Bastante) de riesgo de contraer VIH/SIDA. De manera similar, el **5.7%** (**2%** seronegativos y **3.7%** seropositivos) observó un **100%** (Mucho) de posibilidad de contraer el virus.

Para conocer las diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los grupos divididos por seroestatus se corrió la prueba "t" de student, observándose una $t=2.552$ con $p = .011$; el grupo seropositivo ($X=2.04$) en promedio afirmaron tener mayor percepción de riesgo de adquirir VIH que el grupo seronegativo ($X = 1.71$) (ver tabla 50, Anexo 4).

2. Que tan en riesgo estás de contraer... VHB. Esta pregunta fue contestada por 253 participantes. Se encontró asociación significativa entre el seroestatus y el tipo de respuesta ($X^2=29.93$ $p= .000$ con menos de 4 respuestas en 2 ceidas) proporcionalmente más seronegativos que seropositivos dijeron percibirse en

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

0% (Nada) de riesgo de contraer hepatitis B (73 seronegativos contra 40 seropositivos); adicionalmente más seropositivos (33) que seronegativos (15) señalaron estar en 50% (Regular) de riesgo de adquirir VHB. En total, el 44.7% de todas las personas encuestadas respondió que esta en 0% (Nada) de riesgo de contraer el VHB, de los cuales 28.9% fueron del grupo seronegativo y 15.8% fueron del seropositivo. El 25.7% de la población total afirmó estar en 25% (Poco) de contraer el VHB, el 11.9% fue seronegativo y 13.8% seropositivo. El 19% del total de la muestra aseveró estar en un 50% (Regular) de riesgo de infectarse con este virus, de los cuales el 5.9% pertenece al grupo seronegativo y el 13.1% al seropositivo. Únicamente el 3.6% del total (0.4% seronegativo y 3.2% seropositivo) respondió estar en 75% (Bastante) de riesgo de contraer VIH/SIDA. Por último en este apartado, el 7.1% (1.2% seronegativos y 5.9% seropositivos) indicó un 100% (Mucho) de posibilidad de contraer esta enfermedad.

Se corrió la "t" de student con el fin de obtener las diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los grupos divididos por seroestatus, indicándose una $t=5.625$ con $p=.000$; el grupo seropositivo ($X=2.41$) en promedio afirmaron tener mayor percepción de riesgo de adquirir VHB que el grupo seronegativo ($X=1.61$) (ver tabla 50, Anexo 4).

Se estudiaron las diferencias por seroestatus y género entre las personas entrevistadas con un Análisis de Variancia Unidireccional (ANOVA-oneway) en el que se observó una $F_{3,252}=12.243$ con $p=.000$ mostrando variaciones estadísticamente significativas. Consecutivamente se realizó una prueba post-hoc (scheffé) para conocer la magnitud de las diferencias; en la cual se encontró que a un nivel de significancia $p=.014$ el grupo de mujeres seropositivas tuvo una media mayor ($X=2.34$) que el grupo de mujeres seronegativas ($X=1.78$); también a un nivel $p=.000$ las mujeres seropositivas tuvieron una media mayor que los hombres seronegativos ($X=1.57$); y a un nivel $p=.000$ el grupo de hombres seropositivos tuvo una media mayor ($X=2.34$) que el grupo de hombres seronegativos. Este resultado indica que respecto a esta pregunta las mujeres seropositivas señalaron

mayor porcentaje de percepción riesgo que el resto de los participantes seronegativos. Y adicionalmente se observó que entre los hombres, los seropositivos tuvieron mayor "percepción de riesgo" que los seronegativos (ver tabla 52, Anexo 4).

3. Que tan en riesgo estás de contraer... VHC. Este ítem fue contestado por 240 personas. Se encontró asociación significativa entre el seroestatus y el tipo de respuesta ($\chi^2= 38.15$ $p= .000$ con menos de 4 respuestas en 2 celdas) proporcionalmente más seronegativos (67) que seropositivos (38) afirmaron estar en 0% (Nada) de riesgo de contraer hepatitis C; también más seropositivos que seronegativos (24 y 14 respectivamente) dijeron percibirse en 50% (Regular) de riesgo de infectarse con VHC. El 43.8% de todas de las personas encuestadas respondió que esta en 0% (Nada) de riesgo de contraer hepatitis C, de los cuales 27.9% fueron del grupo seronegativo y 15.8% fueron del seropositivo. El 24.2% de la población total afirmó estar en 25% (Poco) de contraer el VHC, con 12.1% de respuestas por cada grupo. El 15.8% del total de la muestra manifestó estar en un 50% (Regular) de riesgo de infectarse con este virus, de los cuales el 5.8% pertenece al grupo seronegativo y el 10% al seropositivo. De modo similar que en los otros padecimientos, el 3.8% del total (todos seropositivos) respondió estar en 75% (Bastante) de riesgo de contraer este tipo de hepatitis. El 12.5% (1.3% seronegativos y 11.3% seropositivos) subrayó un 100% (Mucho) de posibilidad de contraer el virus.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los grupos divididos por seroestatus al correrse la "t" de student, señalándose una $t=6.522$ con $p=.000$; el grupo seropositivo ($X=2.67$) en promedio afirmaron tener mayor percepción de riesgo de adquirir VHC que el grupo seronegativo ($X=1.61$) (ver tabla 50, Anexo 4).

Se investigaron las diferencias por seroestatus y género entre los encuestados con un Análisis de Variancia Unidireccional (ANOVA-oneway) en el

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

que se observó una $F_{3,239}=14.324$ con $p=.000$ mostrando variaciones estadísticamente significativas. Seguidamente se realizó una prueba post-hoc (scheffé) para conocer la magnitud de las diferencias; en la cual se encontró que el grupo de mujeres seropositivas tuvo una media mayor ($X=2.88$) que el grupo de mujeres seronegativas ($X= 1.71$ con $p= .044$) y que el de los hombres seronegativos ($X= 1.58$ y a un nivel $p=.003$); también se observó que el grupo de hombres seropositivos tuvo una media mayor ($X=2.64$ y nivel $p=.000$) que el grupo de hombres seronegativos y que el de las mujeres seronegativas (con $p=.014$). Este resultado apunta que respecto la "percepción de riesgo" en la hepatitis C, las mujeres seropositivas nuevamente señalaron mayor porcentaje de percepción riesgo que el resto de los participantes seronegativos. De igual forma se observó que los hombres seropositivos tuvieron en promedio mayor percepción de riesgo que los todas las personas seronegativos (ver tabla 52, Anexo 4).

VI. Norma Sujetiva. Este apartado fue respondido como se muestra en las Tablas 43, 44, 45, 46 y 47 (ver Anexo 4) de la siguiente manera:

1. Creencias Normativas y Motivación para actuar de acuerdo a ellas.

a. Mi pareja sexual regular...

a.1 Aprueba el uso del condón en nuestras relaciones sexuales. Este ítem fue respondido por 263 participantes. Se encontró asociación significativa entre el seroestatus y tipo de respuesta ($X^2= 18.73$ y $p= .000$) proporcionalmente más seropositivos (63) que seronegativos (26) consideran que su pareja regular *Nunca* ha aceptado el uso del condón y están *totalmente de acuerdo* con eso y más seronegativos (47) que seropositivos (29) consideran que su pareja *Siempre* acepta el uso del condón y están *totalmente de acuerdo*; además hubo 43 personas que dijeron que su pareja *A veces* lo aprueba y también están en *total acuerdo*. De las personas que respondieron estar de *acuerdo* la opción más

representativa fue cuando su pareja A veces aceptaba el uso del condón (13 seronegativos y 6 seropositivos).

Para registrar las diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los grupos divididos por seroestatus se corrió la prueba "t" de student, la cual indicó $t = 3.965$ con $p = .000$; donde el grupo seronegativo ($X = 2.12$) en promedio declaró que sus parejas sexuales regulares aprueban más el uso del condón que el grupo seropositivo ($X = 1.72$), ver tabla 51 (Anexo 4).

También se corrió un Análisis de Variancia Unidireccional (ANOVA-oneway) para distinguir las diferencias por seroestatus y género entre los encuestados, en el que se observó una $F_{3,262} = 6.406$ con $p = .000$ mostrando variaciones estadísticamente significativas. Después se realizó una prueba post-hoc (scheffé) para conocer la magnitud de las diferencias; en la cual se encontró que a un nivel de significancia $p = .007$ el grupo de hombres seronegativos tuvo una media mayor ($X = 2.15$) que el grupo de mujeres seropositivas ($X = 1.41$) y que el grupo de hombres seropositivos ($X = 1.76$) al mismo nivel. Estos datos señalan que los hombres seronegativos en promedio afirmaron que con mayor frecuencia su pareja sexual regular aprueba el uso del condón en sus relaciones a comparación de todos de los participantes seropositivos (ver tabla 54, Anexo 4).

Adicionalmente se encontró una variación estadísticamente significativa ($F_{3,262} = 3.717$ con $p = .012$) en referencia al nivel de motivación para actuar de acuerdo con su pareja sexual de las mujeres seropositivas ($X = 2.00$) a comparación de los hombres seropositivos ($X = 1.25$) quienes en promedio estuvieron más de acuerdo con sus parejas respecto al uso del condón.

a.2 Aprueba tener relaciones sexuales con varias parejas. De las 262 personas que contestaron este ítem, la mayoría de las personas dijeron que su pareja regular *Nunca* ha aprobado tener relaciones sexuales con varias parejas (109 seronegativos y 117 seropositivos) y están en *total acuerdo* con esa situación. De

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

las personas que respondieron estar de *acuerdo* cuando su pareja *A veces* aceptaba tener relaciones con varias parejas (1 y 1 de cada grupo) y cuando *Nunca* (9 y 7 respectivamente).

a.3 Aprueba el uso de drogas inyectadas o inhaladas. De las 263 personas que contestaron este ítem, se encontró que la mayoría de las personas dijeron que su pareja regular *Nunca* ha aprobado el uso de drogas (115 seronegativos y 123 seropositivos) y están en *total acuerdo* con ellos.

a.4 Aprueba los pactos de sangre. De las 263 personas que contestaron este ítem, se observó que la mayoría de las personas dijeron que su pareja regular *Nunca* lo aprueba (116 seronegativos y 119 seropositivos) y están en *total acuerdo* con ellos. Hubo 13 que estuvieron solo de acuerdo con que su pareja *Nunca* aceptara esta situación y de las 10 personas seropositivas que respondieron que su pareja *A veces* aprueba este tipo de práctica una esta de *acuerdo*, 4 *indiferentes*, 2 en *desacuerdo* y 3 en *total desacuerdo*.

a.5 Aprueba beber alcohol y tener relaciones sexuales. De las 263 personas que contestaron este ítem, la mayoría de las personas dijeron que su pareja regular *Nunca* ha aprobado tomar alcohol y tener relaciones sexuales (70 seronegativos y 74 seropositivos) y están en *total acuerdo* con esa situación, de las personas que respondieron estar de *total acuerdo* cuando su pareja *A veces* lo aceptaba fueron 29 seronegativos y 28 seropositivos; y estar de *total acuerdo* cuando *Siempre* lo aprueban, fueron 2 y 5 respectivamente. De las personas que respondieron estar de *acuerdo* cuando su pareja *Nunca* aceptaba esta situación fueron 7 seronegativos y 5 seropositivos, cuando *A veces* lo acepta 7 y 4 respectivamente; y cuando *Siempre* lo acepta fueron sólo 2 seronegativos.

b. Mi familiar de más confianza...

b.1 Aprueba el uso del condón en nuestras relaciones sexuales. Este ítem fue respondido por 222 participantes. Se observó que 136 (83 seronegativos y 53 seropositivos) consideran que su familiar *Siempre* acepta el uso del condón y están *totalmente de acuerdo*; además hubo 10 personas que dijeron que su familiar *A veces* lo aprueba y 23 que mencionaron que *Nunca* y ellos están en *total acuerdo*. De las personas que respondieron estar *indiferentes*, en *desacuerdo* y en *total desacuerdo* cuando su familiar *Nunca*, *A veces* y *Siempre* aceptaba el uso del condón fueron 16 seronegativos y 13 seropositivos.

b.2 Aprueba tener relaciones sexuales con varias parejas. De las 223 personas que contestaron este ítem, hubo 170 personas (93 seronegativos y 77 seropositivos) quienes dijeron que su familiar *Nunca* (opción más representativa) ha aprobado tener relaciones sexuales con varias parejas y están en *total acuerdo* con esa situación. De las personas que respondieron estar de *acuerdo* cuando su familiar *Nunca* acepta esta situación fueron 14 seronegativos y 1 seropositivo, cuando *A veces* lo acepta (5 seronegativos). Por otro lado las personas que respondieron estar *indiferentes*, en *desacuerdo* y en *total desacuerdo* cuando su familiar *Nunca* aceptaba tener relaciones sexuales con varias parejas fueron 7 seronegativos y 2 seropositivos y cuando *A veces* lo acepta (12 seronegativos y 3 seropositivos).

Para identificar las diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los grupos divididos por seroestatus se corrió la prueba "t" de student, en la que se encontró a $t = 3.12$ con $p = .002$; donde el grupo seronegativo ($X = 1.6$) en promedio estuvo más de acuerdo con la opinión de su familiar de más confianza que el grupo seropositivo ($X = 1.18$) respecto a tener relaciones sexuales con varias parejas (ver tabla 51, Anexo 4).

b.3 Aprueba el uso de drogas inyectadas o inhaladas. De las 226 personas que contestaron este ítem, se encontró que 200 personas (117 seronegativos y 83 seropositivos) dijeron que su familiar *Nunca* (única opción con casos) ha aprobado

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

el uso de drogas y están en *total acuerdo* con esa situación. De las personas que respondieron estar de *acuerdo* cuando su familiar *Nunca* acepta esta situación fueron 15 seronegativos y 1 seropositivo.

b.4 Aprueba los pactos de sangre. De las 225 personas que contestaron este ítem, se observó a 196 personas (117 seronegativos y 79 seropositivos) quienes dijeron que su familiar *Nunca* (opción más representativa) ha aprobado esta práctica y están en *total acuerdo* con esa situación. De las personas que respondieron estar de *acuerdo* cuando su familiar *Nunca* acepta esta situación fueron 15 seronegativos y 1 seropositivo.

b.5 Aprueba beber alcohol y tener relaciones sexuales. De las 221 personas que contestaron este ítem, se obtuvo que a 138 personas (80 seronegativos y 58 seropositivos) quienes dijeron que su familiar *Nunca* (opción más representativa) ha tenido relaciones sexuales y bebido alcohol están en *total acuerdo* con esa situación; cuando su familiar *A veces* lo aprueba y están en *total acuerdo* se encontraron 12 y 11 casos respectivamente.

c. Mis amigos...

c.1 Aprueban el uso del condón en nuestras relaciones sexuales. Este ítem fue respondido por 226 participantes. Se registraron 105 personas (60 seronegativos y 45 seropositivos) quienes dijeron que sus amigos *Siempre* (opción más representativa) han aprobado el uso del condón en las relaciones sexuales y están en *total acuerdo* con esa situación. Se obtuvieron 20 respuestas cuando los amigos *A veces* lo aceptan y los participantes están totalmente de acuerdo (11 y 9 respectivamente). De las personas que respondieron estar de *acuerdo* cuando sus amigos *Siempre* aceptan esta situación fueron 8 seronegativos y 2 seropositivos y cuando *A veces* la aceptan fueron 15 y 2 respectivamente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

c.2 Aprueban tener relaciones sexuales con varias parejas. De las 227 personas que contestaron este ítem, se observó que 98 personas (61 seronegativos y 37 seropositivos) dijeron que sus amigos *Nunca* (opción más representativa) han aprobado las relaciones sexuales con varias parejas y están en *total acuerdo* con esa situación; y cuando sus amigos *A veces* lo aceptaban 6 y 2 respectivamente. Por otro lado las personas que respondieron estar *indiferentes*, en *desacuerdo* y en *total desacuerdo* cuando su amigos *A veces* aceptan tener relaciones sexuales con varias parejas fueron 27 seronegativos y 26 seropositivos; y cuando lo aceptan *Siempre* 25 y 16.

c.3 Aprueban el uso de drogas inyectadas o inhaladas. De las 229 personas que contestaron este ítem; se observaron 171 personas (102 seronegativos y 69 seropositivos) quienes dijeron que sus amigos *Nunca* (opción más representativa) han aprobado las drogas y están en *total acuerdo* con esa situación. De las personas que respondieron estar de *acuerdo* cuando sus amigos *Nunca* aceptan esta situación fueron 13 seronegativos y 2 seropositivos. Por otro lado las personas que respondieron estar *indiferentes*, en *desacuerdo* y en *total desacuerdo* cuando su amigos *A veces* aceptan tener relaciones sexuales con varias parejas (opción con más casos) fueron 16 y 12 respectivamente.

c.4 Aprueban los pactos de sangre. De las 227 personas que contestaron este ítem, 186 personas (114 seronegativos y 72 seropositivos) dijeron que sus amigos *Nunca* (opción más representativa) han aprobado esta práctica y están en *total acuerdo* con esa situación.

Para sondear si existieron diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los grupos divididos por seroestatus se calculó una $t = 3.195$ con $p = .002$; donde el grupo seronegativo ($X = 2.96$) en promedio declaró en menor medida a comparación del grupo seropositivo ($X = 1.72$) que sus amigos aprueban los pactos de sangre (ver tabla 51, Anexo 4).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Asimismo se corrió un Análisis de Variancia Unidireccional (ANOVA-oneway) para distinguir las diferencias por seroestatus y género entre los participantes, en el que se observó una $F_{3,223}=3.835$ con $p=.010$ señalando variaciones estadísticamente significativas. Después se realizó una prueba post-hoc (scheffé) para conocer la magnitud de las diferencias; en la cual se encontró que a un nivel de significancia $p=.011$ el grupo de hombres seronegativos tuvo una media mayor ($X=2.97$) que el grupo hombres seropositivos ($X=2.79$). Lo que sugiere que los hombres seronegativos en promedio afirmaron más número de veces que sus amigos aprueban con menor frecuencia los pactos de sangre a comparación los hombres seropositivos (ver tabla 54, Anexo 4).

c.5 Aprueban beber alcohol y tener relaciones sexuales. De las 226 personas que contestaron este ítem, se observó que 76 personas (43 seronegativos y 33 seropositivos) dijeron que sus amigos *Nunca* (opción más representativa) han aprobado beber alcohol y tener relaciones sexuales y están en *total acuerdo* con esa situación; los que dijeron que sus amigos *A veces* lo hacen y están en *total acuerdo* fueron 10 y 9 respectivamente; y los que dijeron que *Siempre* lo hacen y están en *total acuerdo* fueron 8 y 4. De las personas que respondieron estar de *acuerdo* cuando sus amigos *A veces* (opción con más casos) aprueban esta situación, fueron 10 seronegativos y 7 seropositivos. Por otro lado las personas que respondieron estar *indiferentes*, en *desacuerdo* y en *total desacuerdo* cuando su amigos *A veces* aceptan tener relaciones sexuales y tomar bebidas alcohólicas fueron 29 seronegativos y 19 seropositivos; además hubo 21 seronegativos y 11 seropositivos que eligieron estas opciones (de indiferencia y/o desaprobación) cuando sus amigos *Siempre* aprueban dicha situación.

d. Mi(s) pareja(s) sexual(es) ocasional(es)...

d.1 Aprueba (n) el uso del condón en nuestras relaciones sexuales. Este ítem fue respondido por 103 participantes. Se encontró asociación significativa entre el seroestatus y tipo de respuesta ($X^2= 11.67$ y $p= .003$) proporcionalmente más

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

seropositivos (17) que seronegativos (4) consideran que su(s) pareja(s) ocasional(es) *Nunca* ha(n) aceptado el uso del condón y están *totalmente de acuerdo* con eso y más seronegativos (28) que seropositivos (20) consideran que su(s) pareja(s) *Siempre* acepta el uso del condón y están *totalmente de acuerdo*; además hubo 10 personas que dijeron que su(s) pareja(s) ocasional(es) *A veces* lo aprueba(n) y también están en *total acuerdo*.

Para registrar las diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los grupos divididos por seroestatus se corrió la prueba "t" de student, la cual indicó $t = 3.673$ con $p = .000$; donde el grupo seronegativo ($X = 2.51$) en promedio declaró que sus parejas sexuales ocasionales aprueban más el uso del condón que el grupo seropositivo ($X = 1.90$), ver tabla 51 (Anexo 4).

Posteriormente se corrió un Análisis de Variancia Unidireccional (ANOVA-oneway) para analizar las diferencias por seroestatus y género entre los encuestados, en el que se observó una $F_{3,99} = 5.324$ con $p = .002$ mostrando variaciones estadísticamente significativas. A continuación se realizó una prueba post-hoc (scheffé) para conocer la magnitud de las diferencias; en la cual se encontró que a un nivel de significancia $p = .011$ el grupo de hombres seronegativos tuvo una media mayor ($X = 2.51$) que el grupo de hombres seropositivos ($X = 1.93$). Estos datos indican que los hombres seronegativos en promedio afirmaron más número de veces que su(s) pareja(s) sexual(es) ocasional(es) aprueba(n) el uso del condón con más regularidad en sus relaciones a comparación de los hombres seropositivos (ver tabla 54, Anexo 4).

d.2 Aprueba (n) tener relaciones sexuales con varias parejas. De las 98 personas que contestaron este ítem, se observó que 60 personas (27 seronegativos y 33 seropositivos) dijeron que su(s) pareja(s) *Nunca* (opción más representativa) han aprobado las relaciones sexuales con varias parejas y están en *total acuerdo* con esa situación; cuando su(s) pareja(s) *A veces* lo aceptan y están en *total acuerdo* fueron 3 y 3. De las personas que respondieron estar de

acuerdo cuando su(s) pareja(s) ocasional(es) *A veces* aceptan esta situación fueron 3 seronegativos y 3 seropositivos.

Para determinar las diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los grupos divididos por seroestatus se corrió la prueba "t" de student, observándose una $t = 2.536$ con $p = .013$; en la que el grupo seronegativo ($X = 2.79$) en promedio declaró que sus parejas sexuales ocasionales aprueban menos tener relaciones sexuales con varias parejas que el grupo seropositivo ($X = 2.46$), ver tabla 51 (ver Anexo 4).

d.3 Aprueba (n) el uso de drogas inyectadas o inhaladas. De las 101 personas que contestaron este ítem, se obtuvieron a 82 personas (36 seronegativos y 46 seropositivos) quienes dijeron que su(s) pareja(s) *Nunca* (opción más representativa) han aprobado el uso de drogas y están en *total acuerdo* con esa situación. Por otro lado las personas que respondieron estar *indiferentes*, en *desacuerdo* y en *total desacuerdo* cuando su(s) pareja(s) ocasional(es) *A veces* (opción con más casos) aceptan el uso de drogas fueron 1 y 5 respectivamente.

Para calcular las diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los grupos divididos por seroestatus se corrió la prueba "t" de student, la cual indicó $t = 2.341$ con $p = .021$; donde el grupo seronegativo ($X = 2.98$) en promedio declaró que sus parejas sexuales ocasionales aprueban menos el uso de drogas que el grupo seropositivo ($X = 2.78$). ver tabla 51 (Anexo 4).

d.4 Aprueba (n) los pactos de sangre. De las 100 personas que contestaron este ítem, se obtuvieron a 88 personas (37 seronegativos y 51 seropositivos) quienes dijeron que su(s) pareja(s) ocasional(es) *Nunca* (opción más representativa) han aprobado esta práctica y están en *total acuerdo* con esa situación. Por otro lado 4 personas seropositivas respondieron estar en *desacuerdo* y en *total desacuerdo* cuando su(s) pareja(s) ocasional(es) *A veces* aceptan este tipo de práctica.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

d.5 Aprueba (n) beber alcohol y tener relaciones sexuales. De las 102 personas que contestaron este ítem, se observó que 40 personas (18 seronegativos y 22 seropositivos) dijeron que su(s) pareja(s) *Nunca* (opción más representativa) han aprobado beber alcohol y tener relaciones sexuales y están en *total acuerdo* con esa situación; cuando su(s) pareja(s) *A veces* lo aceptaban fueron 9 y 13 respectivamente, cuando *Siempre* lo aceptan, contestaron 5 seronegativos y 6 seropositivos.

e. Los medios de comunicación...

e.1 Aprueban el uso del condón en nuestras relaciones sexuales. Este ítem fue contestado por todos los encuestados. Contestaron 249 personas (117 seronegativos y 128 seropositivos) que los medios de comunicación *Siempre* (opción más representativa) han aprobado el uso del condón en las relaciones sexuales y están en *total acuerdo* con esa situación. De las personas que respondieron estar de *acuerdo* cuando los medios de comunicación *Siempre* aceptan esta situación fueron 17 seronegativos y 3 seropositivos.

e.2 Aprueban tener relaciones sexuales con varias parejas Este ítem fue contestado por los 296 participantes. Se observó que 217 personas (101 seronegativos y 107 seropositivos) dijeron que los medios de comunicación *Nunca* (opción más representativa) han aprobado las relaciones sexuales con varias parejas y están en *total acuerdo* con esa situación. De las personas que respondieron estar de *acuerdo* cuando los medios de comunicación *Nunca* aceptan esta situación fueron 11 seronegativos y 1 seropositivo. Las personas que respondieron estar *indiferentes*, en *desacuerdo* y en *total desacuerdo* cuando los medios de comunicación *Nunca* aprueban tener relaciones sexuales con varias parejas contestaron 16 personas (8 y 8 respectivamente); cuando *A veces* lo aprueban 16 seronegativos y 15 seropositivos y cuando *Siempre* aceptaban esta práctica fueron 7 seronegativos y 6 seropositivos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

e.3 Aprueban el uso de drogas inyectadas o inhaladas. Este ítem fue contestado por todos los participantes. Se encontró que 248 personas (117 seronegativas y 131 seropositivas) afirmaron que los medios de comunicación *Nunca* (opción más representativa) han aprobado el uso de drogas y están en *total acuerdo* con esa situación. De las personas que respondieron estar de *acuerdo* cuando los medios de comunicación *Nunca* aceptan esta situación fueron 12 seronegativos.

e.4 Aprueban los pactos de sangre. Esta pregunta fue contestada igualmente por los 296 participantes. Se encontró que 238 personas (121 seronegativas y 118 seropositivas) mencionaron que los medios de comunicación *Nunca* (opción más representativa) han aprobado esta práctica y están en *total acuerdo* con esa situación. De las personas que respondieron estar de *acuerdo* cuando los medios de comunicación *Nunca* aceptan esta situación fueron 13 seronegativos y un seropositivo (la única opción con respuestas). Las personas que respondieron estar *indiferentes*, en *desacuerdo* y en *total desacuerdo* cuando los medios de comunicación *A veces* lo aprueban, fueron 7 seronegativos y 17 seropositivos (opción con mayor número de casos).

Para registrar las diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los grupos divididos por seroestatus se corrió la prueba "t" de student, la cual indicó $t = 3.488$ con $p = .001$; donde el grupo seronegativo ($X = 2.94$) en promedio declaró que los medios de comunicación aprueban menos los pactos de sangre que el grupo seropositivo ($X = 2.76$). Adicionalmente se obtuvo una t significativa ($t = 2.18$ y $p = .030$) en el grado de acuerdo que declararon los participantes del grupo seropositivo ($X = 1.70$) en comparación con el grupo seronegativo ($X = 1.39$) respecto a lo que los medios de comunicación aprueban en los pactos de sangre (ver tabla 51, Anexo 4).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

También se corrió un Análisis de Variancia Unidireccional (ANOVA-oneway) para distinguir las diferencias por seroestatus y género entre los encuestados, en el que se observó una $F_{3,295}=5.013$ con $p=.002$ mostrando variaciones estadísticamente significativas. Después se realizó una prueba post-hoc (scheffé) para conocer la magnitud de las diferencias; en la cual se encontró que a un nivel de significancia $p=.036$ el grupo de mujeres seronegativas tuvo una media mayor ($X=3.00$) que el grupo de mujeres seropositivas ($X=2.63$). Estos datos señalan que las mujeres seronegativas en promedio fueron indiferentes más número de veces al nivel de aprobación que los medios de comunicación hacen respecto de los pactos de sangre a comparación de las mujeres seropositivas que se inclinaron más a estar de acuerdo con los medios (ver tabla 54, Anexo 4).

e.5 Aprueban beber alcohol y tener relaciones sexuales. Este ítem fue contestado por cada uno de los participantes. Se encontró que 185 personas (86 seronegativas y 99 seropositivas) declararon que los medios de comunicación *Nunca* (opción más representativa) han aprobado esta práctica y están en *total acuerdo* con esa situación. De las personas que respondieron estar de *acuerdo* cuando los medios de comunicación *Nunca* aceptan tomar bebidas alcohólicas y tener relaciones sexuales fueron 11 seronegativos y 2 seropositivos (la opción con más casos). En cuanto a las personas que respondieron estar *indiferentes*, en *desacuerdo* y en *total desacuerdo* cuando los medios de comunicación *Siempre* lo aprueba fueron 10 y 14; cuando *A veces* lo aprueban, contestaron 31 personas (21 y 17 respectivamente) y cuando *Nunca* lo aprueban se encontraron 12 seronegativos y 5 seropositivos.

CUARTA PARTE
“DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES”

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

De acuerdo con el propósito planteado en esta investigación se desarrollaron una serie de interpretaciones sustentadas en el marco teórico, metodología y resultados empíricos basados principalmente en las determinaciones y comparaciones que se hicieron de los factores psicosociales de la 1ª etapa del Modelo de Reducción de Riesgo y de las prácticas de riesgo entre donadores seropositivos y seronegativos del banco de sangre del Centro Médico Nacional la Raza (CMNR) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

La variedad de las características sociodemográficas de las personas entrevistadas, conjunta a una muestra tan diversa como representativa no sólo de las personas que acuden a los bancos de sangre nacionales, sino de distintos sectores de la sociedad.

Inicialmente, se observó que los requisitos de autoexclusión impuestos por el banco de sangre del IMSS favorece que se incremente la población masculina y proporcionalmente disminuya la femenina entre los donadores por varias causas (por ejemplo, las mujeres no pueden donar cuando: se encuentran menstruando, acaban de tener hijos o estan lactando, no tienen la talla mínima, o porque muchas de ellas tienen algún grado de anemia, etc.). Esto explica en gran medida porqué más del 80% de la población del estudio fue masculina.

El primer punto a destacar es que se encontró concordancia con la mayoría de los estudios revisados (por ejemplo Becerra,1999; Bernal y Hernández,1997; Guerra,2000; Díaz Loving y Torres,1999; etc.) con respecto a que la mayoría de las personas no tienen prácticas preventivas que ayuden a disminuir el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual.

Tomando en cuenta que la vía sexual es la principal causa de transmisión del VIH y la Hepatitis B (CONASIDA 2002; Guerra, 2000) además de una muy

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

posible causa de transmisión de la hepatitis C; se puede aseverar que hay un riesgo potencial de que 119 de las personas seropositivas que no usaron el preservativo durante su última relación sexual hayan transmitido el VIH, VHB y VHC por lo menos, a igual número de personas.

Esta pequeña parte de los resultados muestra la importancia que tiene la tarea de prevenir que más personas se infecten y afecten la dinámica familiar, laboral y económica de nuestra sociedad.

De acuerdo a Catania y cols. (1990) el Modelo de Reducción de Riesgo (en lo sucesivo MRR) propone que se deben obtener ciertos requisitos psicológicos y sociales primarios para poder identificar qué conductas son las que conllevan mayor riesgo de contraer una enfermedad, los cuales son el grado de conocimientos de las infecciones, la susceptibilidad de riesgo de contraerlas y las normas subjetivas que regulan la vida cotidiana del individuo, acompañados de cierta *preocupación o angustia* implícita hacia las enfermedades. Adicionalmente a estos aspectos, en esta investigación también se indagaron las creencias con respecto a las enfermedades (que comúnmente son un obstáculo para los conocimientos), las prácticas de riesgo de los donadores (necesarias para saber a qué conductas pudieron ser susceptibles o no los participantes) y la percepción de riesgo (concepto estudiado tal cual en muchas de las anteriores investigaciones revisadas) para complementar los datos que se encontraran de los propuestos por el MRR.

En primer término, conforme al grado de conocimientos del VIH/SIDA se encontró que a mayor nivel de escolaridad mayor nivel de conocimientos; lo que reafirma que los conocimientos son un factor necesario pero no suficiente para que la gente realice prácticas preventivas. También es observable que la prevalencia de creencias al respecto de los llamados "grupos de riesgo" influye en que las personas se aparten de un problema que puede afectar a cualquiera sin

importar entre otras características su orientación sexual. La falta de conocimientos al respecto de VIH aumenta la probabilidad de que existan creencias que faciliten la discriminación de personas infectadas; y resten importancia a las formas de transmisión como puede ocurrir con la población que cree al VIH como un virus hereditario. Aunque el VIH no es hereditario si lo puede transmitir una madre a su hijo y cuando el 34% de la muestra desconoce esta vía de transmisión se incrementa la probabilidad de riesgo de infección y obstruye el trabajo del personal de sanidad cuando una mamá omite información o miente al respecto de sus prácticas de riesgo. El hecho de que algunos entrevistados desconozcan lo que significan las siglas VIH vs. SIDA, puede explicarse a partir de que este último concepto fue acuñado antes que el de VIH (en Magis, 2002) y por ende ha sido más difundido. Una consecuencia de que exista desinformación de lo que quiere decir VIH, es que casi la mitad de las personas cree o desconoce si la infección puede transmitirse a través de un mosquito, siendo que las siglas del virus lo califican únicamente como humano.

La atribución moral de que la infidelidad puede causar el SIDA es una falacia tan solo si se toma en cuenta que la infección no solamente se transmite por la vía sexual y además desliga al individuo de la responsabilidad de ejercer su sexualidad previniéndose y en cambio promueve costumbres y estilos de vida que en términos reales lo protegen menos de VIH/SIDA. Esto puede confirmarse con el resultado de que el 84% de los encuestados consideran como una forma de prevención ser fiel a su pareja; cuando esta práctica puede garantizar el 50% de protección contra las ITS y esto solo en caso de que la persona que abogó por la fidelidad lo sea realmente durante todo el tiempo.

Ser portador del VIH no significa tener SIDA pero si tener un conjunto de síntomas que faciliten enfermedades oportunistas, lo cual desconoce más de la tercera parte de la muestra, se considera pertinente tomar medidas para evitar que un individuo seropositivo se le llame "sidoso" o dejar pasar de lado los grandes

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

esfuerzos humanos y económicos que los afectados y el presupuesto en salud pública hacen para que una persona infectada pueda vivir dignamente.

El hecho de que 42 personas de la muestra ignoren o nieguen la prevención utilizando jeringas o instrumental nuevo o esterilizado es un factor que influye en la posibilidad de que las personas acepten procedimientos de acupuntura o tatuajes sin exigir las medidas necesarias de prevención. Es preocupante que el 21.5% ignore que no es posible transmitir el VIH compartiendo trastes con personas infectadas ya que esto contribuye al rechazo y a la desintegración social en el caso que se presente una infección, problema que se aborda mejor trabajando en sociedad.

Una interrogante que se detectó en torno a los resultados obtenidos en lo que se refiere a los principales modos de transmisión y prevención del VIH/SIDA fue la disminución del porcentaje de personas que indicaron que es posible adquirir la infección por intercambiar agujas con alguien infectado (del 92.9% como modo de transmisión al 85.8% como método de prevención); así como las personas que afirmaron posible infectarse por la vía sexual cuando no se utilizaba condón durante las relaciones sexuales (del 95.9% como modo de transmisión al 90.9% como método preventivo). La diferencia entre estos porcentajes sugiere que existen personas que todavía dudan de la efectividad de los métodos preventivos además de los mitos que acompañan al uso del preservativo y dificultan su adopción en las relaciones sexuales.

Por otro lado en lo que respecta al nivel de conocimientos y creencias de las otras infecciones, hay que tomar en cuenta que no existen antecedentes dentro de la investigación psicosocial que han estudiado algún aspecto psicológico relacionado a las hepatitis B y C, en este sentido el presente estudio es pionero de un aspecto que debería ser abordado más a menudo por las consecuencias que puede traer el crecimiento de estas enfermedades en México.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En general en este estudio se encontró el desconocimiento de los 2 tipos de hepatitis (más de la C que de la B) y a pesar de que existen más tratamientos médicos para combatirlos (por ejemplo, es alarmante que más de la mitad de la muestra no sabe que existe una vacuna para la VHB) en realidad no ha sido tan difundida su información como en el caso del SIDA por lo que se puede empezar una labor que esté a favor de la prevención con menos mitos, creencias y tabús alrededor de la sexualidad, moralidad, etc.

Debe aclararse que el momento de la notificación del resultado a los seropositivos pudo representar una variable extraña ya que no se consiguió controlar que algunos participantes positivos fueran notificados por el médico antes de que se les aplicara el cuestionario, lo que influyó en 2 aspectos: 1) El impacto psicológico pudo influir en las respuestas del grupo seropositivo; en referencia a esto la Fundación Mexicana para las Enfermedades Hepáticas (1995) en su manual señala que cuando las personas saben que padecen hepatitis B o C puede causarles confusión y miedo la notificación; y 2) En que los positivos mostraran mayor conocimiento que los negativos, puesto que al dárselos la notificación también se les explicó brevemente en que consiste su padecimiento.

Aunque los positivos conocieron más que los negativos el período de ventana de la VHB, más de 2 tercios aún desconocen esta etapa de la infección, que puede pasar desapercibida y que puede significar una gran diferencia en el tratamiento asignado ya que se llegan a confundir algunos posibles síntomas con factores de la edad y el estrés.

También se observó que se llegan a confundir los hábitos de estilos de vida menos saludables (tomar bebidas alcohólicas, consumir en exceso chiles y grasa y alimentos enlatados) con las conductas que previenen de la infección de estos virus. Probablemente aquí se puedan mejorar algunos aspectos de la

difusión de información en las campañas preventivas, diferenciando más explícitamente qué hábitos te previenen de la invasión de un agente infeccioso en el organismo y cuáles sirven para conservar en estado saludable al organismo.

Un dato curioso es que en el conocimiento del modo de transmisión por cocaína inhalada (Poo, Sánchez-Avila y Uribe, 2001) se encontró que muy pocas personas lo conocen, y además se observó que los seronegativos rechazaron más que los seropositivos que esto fuera cierto; tal vez esto constituya una creencia implícita: se tiende a negar lo que no se conoce (otro ejemplo de esto se encontró cuando se les preguntó si el uso del condón podría ser una forma de prevenir la hepatitis B, donde nuevamente los seronegativos negaron que esta conducta pudiera prevenir la infección, aspecto por demás preocupante en cuanto a prevención).

En lo que respecta a las prácticas de riesgo sexuales se observó que en promedio los hombres seropositivos tuvieron más parejas que las mujeres seronegativas (5 vs. 2) esto ilustra parte de la tan mencionada educación machista, que sigue prevaleciendo en nuestra sociedad y que de cierta manera influye en que se difundan más las ITS, si tomamos en cuenta que proporcionalmente hubo más hombres que mujeres infectados. Un ejemplo de esta situación se encuentra en el estudio de Bronfman, Amuchástegui, Martina, Minello, Rivas y Rodríguez (1995) sobre migración donde describen cómo el varón tiene otras parejas sexuales fuera de su hogar mientras la esposa no lo hace. Esto en el campo específico de los bancos de sangre es preocupante si recordamos que los requisitos de autoexclusión facilitan que haya más hombres que mujeres como donantes.

En general se encontró que más personas sostienen relaciones sexuales con su pareja regular, en menor medida frecuentan el tipo de pareja ocasional y aún con menos frecuencia sostienen relaciones con trabajadoras(es) sexuales. La

mayoría de los entrevistados frecuentan más el sexo vaginal, no obstante también realizan prácticas orales y anales. Se encontró que hubo más seropositivos que seronegativos en todos los tipos de parejas y por lo general en los diversos tipos de relaciones sexuales, sin embargo no se encontraron muchas diferencias estadísticamente significativas al respecto de los seronegativos o donadores generales.

Tal vez la principal diferencia encontrada fue que los negativos se protegieron más que los positivos (usaron más el condón) con todos los tipos de parejas, no obstante en general existe un uso muy inconsistente de éste, casi nulo, lo que habla de gran potencialidad de infección. Este hallazgo se puede explicar a partir de lo propuesto por Bayes (1992, cit. en Bimbela, y Gómez, 1994; León, Páez, Ubillos y Pizarro, 1994) quien describe que las personas prefieren el carácter placentero, intenso e inmediato de los comportamientos de riesgo (por ejemplo penetración sexual), ya que las consecuencias negativas derivadas de estos son solo probable y a largo plazo; y además los comportamientos preventivos o de bajo riesgo suponen una disminución del placer inmediato o una demora en su obtención. En consecuencia se hace más factible que los individuos escojan una conducta satisfactoria, segura e inmediata a pesar de las consecuencias negativas que puedan derivarse de ello, a no ser que las personas aprendan a encontrar situaciones también placenteras e inmediatas a través de comportamientos alternativos que no conlleven riesgos.

Adicionalmente, en el uso de bebidas alcohólicas cuando se tienen relaciones sexuales, el número de casos fue muy similar para ambos grupos, y de nuevo se detectó bajo uso del condón. En el uso de drogas combinado con las relaciones sexuales, hubo nuevamente más positivos que negativos, que además no se protegieron durante sus relaciones.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Se preguntó qué otras ITS habían tenido los entrevistados a modo de cotejar los hallazgos encontrados en otros trabajos (CONASIDA, OPS y ONUSIDA, 1999) donde se argumenta que las ITS son más fáciles de propagarse cuando existe otra infección. Nuevamente se encontró que los positivos tuvieron más infecciones que los negativos. Aunque cabe aclarar que en general fueron muy pocas personas las que tuvieron alguna enfermedad (19 en total) y que algunos positivos refirieron su actual infección de hepatitis (posible influencia de la notificación médica anteriormente mencionada).

En lo que se refiere a prácticas parenterales, las más repetidas fueron la transfusión sanguínea y el uso de tatuajes, las cuales mostraron un bajo número de casos en comparación con el tamaño total de la muestra. No obstante, se observó nuevamente que los seropositivos tuvieron con más frecuencia que los seronegativos este tipo de prácticas de riesgo.

Recordando que la susceptibilidad percibida es un factor importante dentro de la estructura del MRR que se define como la estimación de la probabilidad de adquirir una enfermedad; se puede afirmar que en general todos los participantes de este estudio tuvieron baja susceptibilidad de adquirir una de las infecciones planteadas. Pero si atendemos el hecho de que hubo diferencias significativas en varios ítems que regularmente señalaron que el grupo seropositivo tuvo una susceptibilidad media en comparación con el grupo seronegativo los cuales señalaron poca susceptibilidad, podemos apreciar una relación entre las conductas de los participantes positivos y su nivel de susceptibilidad, la cual sugiere que existe cierta conciencia entre los que incurren en prácticas que pueden ser riesgosas para su salud, y que a pesar de ello no realizan conductas preventivas a favor de su salud.

En general se pudo ver que a mayor número de parejas en la vida/año existe mayor susceptibilidad de riesgo; y que la tendencia que predominó fue que

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

más de la mitad de la muestra ha tenido solo una pareja durante el último año y además no fueron susceptibles de percibirse en riesgo. Durante la última relación sexual, así como en todos los aspectos restantes de las prácticas sexuales, se observó que los seropositivos (en particular los hombres) tienen mayor susceptibilidad que los negativos, no obstante la diferencia es de regular a poca. El resultado de que el grupo seropositivo haya tenido mayor susceptibilidad puede interpretarse en parte por el fenómeno *primus inter pares* señalado en León, Paez, Ubillos y Pizarro (1994) donde se afirma que hay una tendencia del individuo a declararse superior a sus pares en atributos deseables socialmente, lo cual conlleva a interpretar que las personas seronegativas tengan la tendencia a creer que son invulnerables ante hechos negativos (tal como el saberse infectado) pero una vez que son recién notificados por el médico de su estado serológico positivo, la susceptibilidad percibida puede cambiar, y con ella la actitud con que se contestó por ejemplo, la parte de conocimientos y creencias de este mismo instrumento.

No obstante, es alarmante observar que los positivos cuando penetran estimaron nada probable contraer una ITS siendo que nunca usan condón con su pareja regular, hecho que puede explicarse por varias causas (de incomodidad y disminución del placer al usar el condón, moralistas, económicas, "porque hay confianza", etc.) sin embargo ninguna de ellas justificables si se enfoca desde la perspectiva de la prevención para la salud.

Cuando las parejas de grupo positivo fueron penetradas por su pareja regular tuvieron una susceptibilidad regular a comparación de los seronegativos que tuvieron poca susceptibilidad de contraer una ITS. puede decirse que las mujeres usan menos el condón porque es socialmente inaceptable que lo pidan, como por ejemplo las mujeres en el estudio de los migrantes de Michoacán (Bronfman y cols. 1995) y porque es más común que lo use el hombre.

De acuerdo a la información obtenida en patrón parenteral se observó que la susceptibilidad estuvo repartida entre todas las opciones posibles cuando las

pocas personas incurrieron en alguna de estas prácticas. Como dato particular se encontró que 24 seronegativos que no tuvieron alguna práctica parenteral se consideraron entre poco y mucho riesgo de contraer una ITS. Probablemente este hallazgo se relacione con el grado de ansiedad implícito que sugiere el MRR de Catania para identificar las conductas como riesgosas.

Adicionalmente se corroboraron los datos encontrados sobre percepción de riesgo en estudios anteriores (Villagrán, 1993; Guerra, 2000; Becerra, 1999; Mejía, 1995; Ramírez, 1993) donde predomina una baja percepción de riesgo, tomando en cuenta que ahora la edad y escolaridad son más variados (en anteriores investigaciones predominantemente se trabajó con estudiantes universitarios). El Modelo de Creencia en la Salud marca a la susceptibilidad de riesgo como uno de los componentes de la percepción de riesgo, por lo que los resultados de esta pregunta podrían ser asumidos como complemento de los hallazgos encontrados en lo que se refiere a la susceptibilidad, ya que corroboran que sobre todo en lo que se refiere a las hepatitis los positivos tuvieron mayor susceptibilidad de riesgo que los negativos. Sin embargo, en VIH no hubo diferencias significativas, y esto puede interpretarse de acuerdo al número de personas seropositivas que hubo para cada enfermedad (89 de VHC, 52 de VHB y sólo 7 de VIH). A pesar de esto debe añadirse que los donantes relacionaron más sus prácticas de riesgo, que estaban contiguas a las preguntas sobre susceptibilidad; que con las preguntas sobre percepción de riesgo, que suponen un concepto más completo de la estimación personal del riesgo.

El tercer elemento más importante de la primera etapa del MRR es la norma subjetiva, en el cual se encontró en general que los participantes dicen que sus significantes (pareja regular, ocasional, familiar de más confianza, amigos y medios de comunicación) nunca aprueban las conductas riesgosas planteadas en el instrumento (tener varias parejas, el uso de drogas, los pactos de sangre, beber alcohol y tener relaciones sexuales) y están en total acuerdo con todos ellos. Además en el ítem del uso del condón en particular se observó una tendencia

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

similar de los participantes en cuanto a la creencia de considerar que su familiar de más confianza, amigos y los medios de comunicación aprueban siempre esta práctica preventiva, y ellos están totalmente de acuerdo. La personas muestran una doble moral cuando dicen estar de acuerdo con lo que aprueban sus significantes, sin embargo no llevan a la práctica lo que dicen, de esta forma obtienen la aprobación social de sus significantes y los beneficios individuales señalados por Bayés (en León y cols., 1994) como el tener varias parejas, usar drogas y tener relaciones sin condón pueden satisfacer de un modo inmediato al individuo, sin darse cuenta del riesgo que corren.

Específicamente se observó que más seropositivos que seronegativos consideran que sus parejas sexuales (regular y ocasional) nunca han aprobado el uso del condón, y además están totalmente de acuerdo con esta creencia; a diferencia de los seronegativos, quienes consideran que su pareja siempre ha aprobado el uso del condón y están totalmente de acuerdo. Esto sugiere que la norma subjetiva en el uso de condón fue en este estudio un factor predictivo de las prácticas sexuales de riesgo, tal como lo mencionan otras investigaciones (Fisher y Fisher, 1992; Ajzen y Fishbein, 1980) ya que coincide con el resultado de que los seronegativos utilizaron más el condón que los seropositivos durante sus relaciones sexuales.

Se encontraron diferentes hallazgos con respecto al ítem referente a los pactos de sangre en el grado de aprobación de los medios de comunicación. En cuanto a la motivación a estar de acuerdo con las creencias normativas, se encontró que el grupo de seronegativos están más de acuerdo que los positivos. y que la mujeres seronegativas son más indiferentes que las positivas (quienes están de acuerdo con sus creencias). Por mínima que pareciera la importancia de este reactivo, adicionalmente se encontró que los positivos tienden a considerar que a veces los medios de comunicación aprueban los pactos de sangre a comparación de los seronegativos que tendieron más a nunca creer esto. Este último dato se puede interpretar como un indicador de que las personas

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

seropositivas consideran a su medio (significantes) más permisivo a diferencia de las personas seronegativas.

En muchos de los rubros se encontró que los seropositivos tienen menos significantes que los seronegativos, lo que indica que al haber menos creencias normativas en los seropositivos existen menos restricciones internas en su conducta y tienden a probar más prácticas riesgosas, si se compara este resultado con lo obtenido en las prácticas de riesgo, y se toma en cuenta que inicialmente participaron igual número de donadores generales que de personas infectadas.

Entonces conjuntando los elementos del MRR de Catania, se puede concluir que se apoya lo que plantea la primera etapa del modelo, ya que el no tener completos los conocimientos de las formas de transmisión o el ignorarlos, el poseer una baja o regular susceptibilidad y el seguir las creencias normativas que apoyan conductas de riesgo, conlleva a que los individuos no puedan identificar y calificar sus conductas como riesgosas y por lo tanto no cambiarlas para realizar conductas preventivas. No obstante las diferencias registradas por grupos, indicaron que los seropositivos poseen ligeramente más conocimientos, disponibilidad a reconocer lo que no saben, así mismo más prácticas sexuales y parenterales de riesgo, las cuales se relacionan con la probabilidad de infectarse, lo que a su vez se correlacionó con una mayor susceptibilidad o conciencia de riesgo e incluso mayor percepción de riesgo, por lo menos en lo que a las hepatitis se refiere; además de que sus creencias normativas no siempre se dirigen hacia las conductas preventivas. En cambio los seronegativos parecen haber mostrado creencias más férreas desde su perspectiva: siempre negaron más lo que no conocen, aunque fueran verdades científicas, sin embargo parece que esto contribuye a que tengan una mejor imagen de sí y sus conductas riesgosas sean menos variadas, sintiéndose por ende menos susceptibles a la ITS, esto se confirma con las creencias que tienen de las personas más importantes que las rodean, que en hora buena son percibidas como partidarias de practicar las

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

conductas socialmente correctas y aceptables, tal y como lo son los comportamientos preventivos de cualquier enfermedad.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

La extensión del instrumento pudo influir en la disponibilidad de responder completa y sinceramente por parte de los donantes entrevistados, por lo que se sugiere para posteriores investigaciones se reduzca el número de ítems del instrumento, tomando en cuenta además que los recursos de tiempo, espacio y mobiliario brindados por la institución en turno para la aplicación del instrumento probablemente no puedan satisfacer las necesidades de la investigación.

En cuanto al seguimiento de este trabajo, se sugiere que este instrumento también sea aplicado al personal de salud que labora en el banco de sangre, para describir y comparar cuales serían los principales puntos a mejorar en cuanto a la calidad de la atención que otorgan.

Consecuentemente a esta sugerencia, la principal propuesta respecto a una intervención es que a partir de la información obtenida en ambas investigaciones se realice una revisión exhaustiva del proceso de selección del donador en el banco de sangre, ya que desde la organización del trabajo en equipo entre personal administrativo, trabajadoras sociales, médicos, enfermeras y químicos de laboratorio no existen tiempos determinados para cada paso, existe falta de personal y no hay directrices claras de trabajo ante eventualidades como las cargas de laborales, falta de materiales o personal, etc. Una vez revisada y reestructurada la dinámica del proceso de donación, la primer sugerencia es dar un papel más activo al trabajo del psicólogo. Es preocupante que la función del psicólogo en un Banco de Sangre sea reducida a dar notificaciones a las personas que son infectadas por el VIH, cuando hay tanto por hacer en materia de prevención, por ejemplo. Por otro lado, de acuerdo con el MRR, primero es

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

necesario que las personas identifiquen sus conductas como riesgosas, en este sentido se sugieren dos alternativas: la primera es que se capacite al personal cuya función sea indagar e informar sobre las prácticas de riesgo y formas de prevención de los donantes, en materia de los métodos más efectivos para proporcionar información, y no sólo eso, sino también se les instruya sobre técnicas de sensibilización para facilitar que las personas etiqueten sus conductas como riesgosas (por ejemplo puede utilizarse el impacto de las Normas Subjetivas, o la avanzada tecnología del Marketing y la publicidad). La segunda alternativa de intervención es que se otorgue más espacio a los psicólogos y sean ellos mismos quienes realicen esta labor y su trabajo no solamente se limite a la capacitación del personal. De este modo, sería más fácil proponer el seguimiento del MRR, ya que sugiere una segunda etapa donde las personas tomen decisiones que alteren sus conductas de riesgo y se comprometan con sus decisiones; el medio ideal para esta labor es la implementación de técnicas de modificación de la conducta (como por ejemplo el modelamiento y moldeamiento de cómo utilizar el condón) analizando costos y beneficios de llevar a cabo estas acciones; y finalmente se propone que en un tercer paso de la intervención se incluya un entrenamiento asertivo sobre el desarrollo de habilidades de comunicación en la pareja, así como dinámicas de concientización en relación a la formación de redes de apoyo que puedan dar soporte al mantenimiento de las conductas preventivas. Lo ideal sería acompañar estas sesiones de todo el material necesario para apoyar las intervenciones, tal como lo sería un manual de guía de intervención, videos que contengan la información y el impacto necesario dentro de nuestra realidad social, juegos y dinámicas interactivos que faciliten el aprendizaje mediante la participación activa de los donadores. No obstante, esta claro que las limitantes de esta alternativa de intervención están en función de los recursos económicos y disposición del factor humano para poder llevarse a cabo, sin embargo hay que apuntar que la opción es real y está en manos de todos los que participamos en la promoción de la Salud y del bienestar social.

REFERENCIAS

Ajzen, I. y Fishbein, M. (1980) Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior, New Jersey: Prentice-Hall.

Becerra, L.C. (1999) "Estilos de Enfrentamiento y Percepción de Riesgo hacia el SIDA en adolescentes". Tesis de Maestría no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, México, D. F.

Bernal, A.B. y Hernández, T.G. (1997) "Las enfermedades de transmisión sexual (ETS): otro reto para la prevención y control de la epidemia del VIH/SIDA". SIDA Y ETS, 3 (3) 63-67.

Bimbela, P.J. y Gómez, R.C. (1994) "Sida y Comportamientos Preventivos: El Modelo PRECEDE". Psicología General y Aplicada, 47 (2) 151-157.

Bronfman, M.; Amuchástegui, A.; Martina, R.; Minello, N.; Rivas M. y Rodríguez, G. (1995) SIDA en México: migración, adolescencia y género. Información Profesional Especializada, S.A. de C.V. México: CONASIDA.

Caballero, H. R. y Villaseñor, S. A. (1996) "Subculturas sexuales y grado de riesgo de adquisición del VIH en adolescentes de un barrio marginado". Salud Pública, 38 (4), 276-279.

Catania, J.; Kegeles, S. y Coates, T. (1990) "Towards an understanding of risk behavior: an AIDS Risk Reduction Model (ARRM)". Health Education Quarterly, 17 (1) 53-72.

Coates, J. T. (1990) "Strategies for Modifying Sexual Behavior for Primary and Secondary Prevention of HIV Disease". Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58 (1) 57-69.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

COESIDA (1998) *Guía Práctica para los personas que viven con VIH/SIDA*. Jalisco: Autor.

CONASIDA, OPS Y ONUSIDA (1999) *Manual para Capacitadores en el Manejo Sindromático de las Infecciones de Transmisión Sexual*. México, D.F.: SSA.

CONASIDA Y SSA (1998) *Folleto todo lo que debes saber sobre la hepatitis B*. México: SSA.

CONASIDA (1994) *Comportamiento sexual en la ciudad de México. Encuesta 1992-1993*. México, D.F.: SSA.

CONASIDA (1997) *Guía para la Atención Médica de Pacientes con Infección por VIH/SIDA en consulta externa y Hospitales*. México, D.F.: CONASIDA.

De León V., Pelcastre B. y Rojas, J. (1999) "Exploración de las creencias y conocimientos en torno al SIDA en una población de adolescentes". Psicología y Salud, 13, 55-61.

Del Río, C. C. (1998). "La Prevención de la infección por VIH: ¿dónde estamos y hacia dónde debemos ir?" SIDA-ETS 4,(3) 89-116.

Del Río, J.; Hernández, M y Rodríguez, L.(1996) "*Programa de Capacitación Integral dirigido al personal de Enfermería para el manejo emocional de la persona que vive con VIH/SIDA*". Tesis de Licenciatura no publicada, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM. Edo. de Méx., México.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN ¹⁴

Díaz-Loving, R. y Torres, M. K. (1999) *Juventud y SIDA: una visión psicosocial*. México, D.F.: Porrúa y Facultad de Psicología, UNAM.

Enciclopedia Microsoft® Encarta® 2000. "Salud pública," © 1993-1999 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.

Estévez, L.A.; Herrera, Z.A. y Hernández, L. (1999). *Compilación de Instrumentos Nacionales e Internacionales sobre VIH/SIDA y Derechos Humanos*. México: COMITÉ SIDA Y DERECHOS HUMANOS.

Fernández, R. P. (1999) *Manual para el Buen Morir para Enfermos de Sida*. México, D.F.: Fundación Mexicana para la Lucha contra el SIDA.

Fisher, D.F. y Fisher W.A. (1992). "Changing AIDS Behavior". Psychological Bulletin, 111 (3) 455-474.

Fundación Mexicana para Enfermedades Hepáticas (1995) **Manteniendo el control: viviendo con Hepatitis Crónica B o C**. México, D.F.: Schering Plough.

García, J.R. y Raya, R.L. (1998). *"Aplicación de los principios sistemáticos como agentes preventivos de las relaciones incestuosas"*. Tesis de Licenciatura no publicada. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM Edo. de Méx., México.

Gómez, V. M y Muñoz, S. M. (1993) *"Actitud de los adolescentes hacia el SIDA y el uso del condón: Percepción de riesgo"*. Tesis de Licenciatura no publicada Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, México.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Guerra, A. (2000) *Evaluación de una estrategia de autoevaluación de riesgo en donadores de Sangre*. Protocolo de Investigación. Banco Central de Sangre del Centro Médico Raza. Manuscrito presentado para su publicación.

Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, P. (1998, 2ª. ed.) **Metodología de la Investigación**. México, D.F.: Mc.GRAW-HILL.

Herrera, O. F. (2000) Tendencia de la seroprevalencia de marcadores virales (VIH, VHB Y VHC) en los donadores de sangre mexicanos. Gaceta Médica de México, 136,(2),99-101.

Jagger, J. (1995) "Mecanismos para prevenir las exposiciones a patógenos sanguíneos: Observaciones del ambiente laboral de los profesionales de salud". SIDA-ETS, 1(3), 82-87.

Janz, N.K. y Becker, M.H. (1984) "The Health Belief Model: A Decade Later". Health Education Quarterly, 11 (1), 1-47.

Jayme, B.A. y Juárez, C. M. (1995) "*Los hábitos de alto riesgo en la infección por VIH en el menor de la calle*". Reporte de Investigación no publicado, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM. Edo. de México, México.

Kline, A. y Vanlandingham M. (1994) "HIV-infected women and sexual risk reduction: the relevance of existing models of behavior change". AIDS Education and Prevention, 6 (5): 390-402.

León, C. M., Páez R. D.; Ubillos L.S.; y Pizarro, P.M. (1994) "Modelos de Creencias de Salud y de la Acción Razonada Aplicados al caso del SIDA". Revista de Psicología General y Aplicada, 47 (2), 141-149.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

López, D. L. (2000) "La Hepatitis y el VIH". SIDA AHORA. Enero/Febrero, 10-19.

Mejía, M. H. (1995) "*SIDA: Percepción de Riesgo de Contagio y Conductas de Alto Riesgo en Adultos Jóvenes*". Tesis de Licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Psicología, México.

Méndez, R. I., Namihra G. D., Moreno A. L. y Sosa L. C. (1984) *El Protocolo de Investigación. Lineamientos para su Investigación y Análisis*. México:Trillas.

Micher, C.J. y Silva, B.J. (1997) "Nivel de Conocimientos y Prácticas de riesgo para enfermedades de Transmisión sexual (ETS)". SIDA/ETS. 3 (3), 68-73.

Perelló, V.M. (2000) "*Aplicación del Modelo de Acción Razonada como predictor del uso del condón en estudiantes de Actuaría y Biología de la UNAM*". Tesis de Licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, México.

Pérez, R.L. (1999). "Intereses, Actitudes y Conocimientos sobre Sexualidad de dos grupos de Adolescentes de Bachillerato". Psicología y Salud, 14, 119-129.

Poo, J.L. Sánchez-Avila, F. y Uribe, B. (2001) *Todo sobre la Hepatitis C*. México, D.F.: Lomsa Comunicación.

Prohaska, T.; Albrecht, G.; Levy, J.; Sugrue, N. y Kim, J. (1990) "Determinants of Self-Perceived Risk of AIDS". Journal of Health on Social Behavior, 31, 384-394.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Ramírez, P.M. (1993) "**Percepción de Riesgo de Contraer SIDA en Estudiantes Universitarios**". Tesis de Licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, México.

Raugnan, L.M. (1980) **Introducción a la Psicología**. Buenos Aires: Kapeluz.

Rodríguez, J. y García, J. (1996) **Psicología Social de la Salud**. En J. Alvarado; A. Garrido; J. Torregrosa (Eds.) **Psicología Social Aplicada**. España: McGrawHill.

Rossi, E. (1994) **Medicina Transfusional**. México, D.F.: Livingstone. Cap. 1

Royo, J.; Viladrich, M.C. y Bayés, R. (1994) "Diagnóstico de Seropositividad al VIH y Comportamientos de riesgo en heroinómanos". Psicología General y Aplicada, 47 (2), 159-174.

Sutton, S.; McVey, D y Glanz, A. (1999) "A Comparative Test of the Theory of Reasoned Action and the Theory of Planned Behavior in the Prediction of Condom Use Intentions in a National Sample of English Young People". Health Psychology, 18 (1), 72-81.

Thiemann, L. (2000) "Doble Riesgo". Folleto sobre la Co-infección del VIH y la Hepatitis tipo C. Nueva York: Community Prescription Service y Schering Plough Corporation.

UNAIDS (1999) **Sexual behavioural change for HIV: Where have theories taken us?**. Geneva, Switzerland: UNAIDS Best Practice Collection.

Uribe, M y Poo, J (2000) **Guía de detección y referencia de la Hepatitis viral crónica**. México: Schering Plough.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Villagrán, V. G. (1993). **"Hacia un Modelo Predictivo de la Percepción de Riesgo y Uso del Condón"**. Tesis de Maestría no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, México.

Villagrán, V.G. y Díaz-Loving, R. (1999) Ejecución de conductas de riesgo y prevención para la salud: el papel del conocimiento y la motivación. Cap. 9, págs.125-141. En Díaz-Loving, L.R. y Torres, M. K. (Eds.), **Juventud y SIDA: una visión psicosocial**. México: Porrúa y Facultad de Psicología, UNAM.

Whittaker. (1989) **Psicología**. México: Mc. Graw-Hill.

Yates, J.F. (1992) **Risk-Taking Behavior**. Cap. 1 The risk construct, Cap. 3 Risk appraisal y Cap. 8 Risk taking and health. England: John Wiley and Sons.

PÁGINAS WEB:

Aguirre, M. (2001) "Afecta SIDA a población en edad reproductiva, informan". El Universal. Publicado el 5 de Noviembre. (En red) Disponible en: <http://www.eluniversal.com.mx>

Botello, B. Y Hernández, M. (2001) "Avanza el SIDA en el D. F." Reforma. Publicado el 25 de Noviembre. (En Red) Disponible en: <http://www.reforma.com.mx>

Castro-Sansores, C.; López-Ávila, M. y Góngora-Biachi, R. (2000) "Conocimientos e impacto de tres medios de enseñanza en relación al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en estudiantes universitarios". Revista Biomédica, Enero-Marzo. Vol. 11, Num. 1. Publicación del Centro de Investigaciones Regionales "Dr. Hideyo Noguchi", Universidad Autónoma de Yucatán, Mérida,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

México (En Red) Disponible en: http://www.uady.mx/-biomedic/rev_biomed/html/rb001112.html

Castro-Sansores, C.; Pavía-Ruz, N.; Lara-Perera, D.; Alonzo-Salomón, G. y Góngora-Biachi, R. (12/06/00) La detección de anticuerpos contra el VIH como evaluación prenupcial. Laboratorio de hematología, Centro de Investigaciones Regionales "Dr. Hideyo Noguchi", Universidad Autónoma de Yucatán, Mérida, México (En Red) Disponible en: <http://www.uady.mx/-biomedic/rb98945.html>

CONASIDA (2002) CONASIDA, EL VIH-SIDA EN MEXICO. 4to. Trimestre del 2001, semana epidemiológica 52. (En Red) Disponible en: <http://www.ssa.gob.mx/conasida/>

CONASIDA (2000) El SIDA, prioridad del GDF. México (En Red) Disponible en: <http://www.ssa.gob.mx/conasida/preven/clinicdf/priogodf.html>

InfoRed (27/03/97) El Ciclo reproductivo del VIH. InfoRed SIDA Nuevo México (En Red) Disponible en: <http://www.aidsinfonet.org/infored.html>

Magis, R.C. (2002) Enlace entre Políticas e Investigación. El caso del SIDA. Artículo Original. CENSIDA (En red) Disponible en: <http://www.ssa.gob.mx/conasida/>

OPS (2000) "Salud Pública: Provisión de Cuidados Médicos" <http://www.paho.org/spanish/index.htm>

Peterson, J.; Coates, T.J.; Catania, J.A.; Hauck, W.W.; Acree, M.; Daigle, D.; Hilliard, B.; Middleton, L. y Hearst, N. (1996). Evaluación de una intervención de la reducción del riesgo del VIH entre hombres homosexuales y bisexual Africano-Americanos. SIDA, 10:319-325. San Francisco, E.E.U.U. (En Red) Disponible en <http://www.caps.ucsf.edu/capsweb/theorytext.html&prev=>

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Selva-Pallares, J. (12/06/00) La sexualidad y el estudio de la sangre. Unidad de Transfusión (UNHE-T). Tijuana, B.C., México. (En Red) Disponible en: <http://www.uady.mx/-biomedic/rb978412.html>

Hepatitis C: La epidemia de fin de siglo (En Red) Disponible en: <http://www.iladiba.com/centros/htm/CEHEPC.htm>

BIBLIOGRAFÍA

Olazola, J. (1999) *El SIDA en América Latina y el Caribe: Una visión multidisciplinaria*. México: Fundación Mexicana para la Salud.

Weeks, J. (1998) *Sexualidad*. Cap. 1 Los lenguajes del Sexo y Cap. 3 Los significados de la diferencia sexual. México: Peadós. Género y Sociedad. PUEG y UNAM.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXOS

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

ANEXO 1
" INSTRUMENTO "

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

A N E X O I
ENCUESTA

Estamos trabajando en un estudio que servirá para elaborar una tesis profesional acerca de los donadores del Banco de Sangre del Centro Médico "La Raza". Pedimos tu apoyo para que respondas algunas preguntas; las respuestas serán **confidenciales y anónimas**. Las personas seleccionadas para el estudio se eligieron al azar. Los datos serán analizados en forma grupal. Contesta el cuestionario con **SINCERIDAD**, no hay respuestas correctas o incorrectas. De antemano agradecemos tu colaboración.

DATOS GENERALES

<p>1. Sexo Hombre () Mujer ()</p> <p>3. Estado Civil</p> <p>() Soltero(a) con pareja () Viudo(a) con pareja</p> <p>() Soltero (a) sin pareja () Viudo(a) sin pareja</p> <p>() Casado(a) () Unión Libre</p> <p>() Divorciado(a) con pareja () Separado(a) con pareja</p> <p>() Divorciado(a) sin pareja () Separado(a) sin pareja</p>	<p>2. Edad _____ (años)</p> <p>4. Escolaridad</p> <p>() Primaria () Profesional</p> <p>() Secundaria () Especialidad</p> <p>() Bachillerato () Posgrado</p> <p>() Técnica () Diplomado</p> <p>() Comercial () Otro _____</p>
<p>INSTRUCCIONES: Marca con una "X" de acuerdo a tu elección; SI, NO ó NO SE dentro del paréntesis correspondiente a cada uno de los incisos.</p>	
<p>5. El VIH es.... (SI) (NO) (NO SE)</p> <p>(a) El virus inducido por homosexuales () () ()</p> <p>(b) El virus de la inmunodeficiencia humana () () ()</p> <p>(c) Un virus que ataca las defensas del cuerpo () () ()</p> <p>(d) Una sustancia química de laboratorio () () ()</p> <p>(e) Un virus mortal () () ()</p> <p>(f) Un virus hereditario () () ()</p>	
<p>6. El SIDA es...</p> <p>(a) El resultado de la infidelidad () () ()</p> <p>(b) Un tipo de cáncer incurable () () ()</p> <p>(c) Síndrome de inmunodeficiencia adquirida () () ()</p> <p>(d) Resultado de la pérdida de valores () () ()</p> <p>(e) La etapa terminal de la infección por VIH () () ()</p> <p>(f) Conjunto de síntomas que facilitan enfermedades oportunistas () () ()</p>	
<p>7. La infección por VIH se transmite por ...</p> <p>(a) Intercambiar agujas con sangre de alguien infectado () () ()</p> <p>(b) Picadura de un mosquito que haya picado a alguien infectado () () ()</p> <p>(c) Relaciones sexuales sin condón con una persona infectada () () ()</p> <p>(d) Compartir trastos con personas infectadas () () ()</p> <p>(e) Intercambio de fluidos maternos de una mujer infectada a su bebé () () ()</p>	
<p>(f) Besos y abrazos con alguien infectado () () ()</p>	

* Instrumento elaborado por Gabina Villagrán Vázquez, Unidad de Investigaciones Psicosociales. Facultad de Psicología UNAM. Guadalupe Melina Brizuela Madrid e Israel Rubio Peláez, FIES-Iztacala.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

	(SI)	(NO)	(NO SE)
8. La infección por VIII se previene ...			
(a) Utilizando siempre el condón durante las relaciones sexuales.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) Utilizando jeringas o instrumental nuevo o esterilizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(c) Utilizando pastillas anticonceptivas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(d) Siendo fiel a mi pareja.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(e) Rezando.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(f) Evitando el intercambio de semen, fluidos vaginales y sangre durante las relaciones sexuales.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Una persona que se ve sana ¿puede transmitir el VIII?			
9.1 ¿Porqué?			
10. La Hepatitis "B" es ...			
(a) Una infección que ataca las células del hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) Un microbio que causa un tumor en el apéndice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(c) Una infección que ataca las células del cerebro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(d) Una enfermedad que se puede manifestar por coloración amarilla en piel y ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(e) Un virus que puede causar cáncer en el hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(f) Una enfermedad que se puede manifestar por granos y comezón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. La Hepatitis "B" se transmite por ...			
(a) Compartir objetos de higiene personal con alguien infectado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) Usar cierto tipo de analgésicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(c) Relaciones sexuales sin protección con una persona infectada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(d) Tomar bebidas alcohólicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(e) Saludar de mano a una persona infectada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(f) Intercambiar agujas con sangre de alguien infectado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. La infección por Hepatitis "B" se previene ...			
(a) Con la vacuna para la Hepatitis "B"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) Utilizando condón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(c) Utilizando pastillas anticonceptivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(d) Evitando consumo excesivo de Chile y grasa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(e) Evitando intercambiar agujas usadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(f) Evitando cambios bruscos de temperatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Una persona que se ve sana ¿puede transmitir la Hepatitis "B"?			
13.1 ¿Porqué?			
14. La Hepatitis "C" es ...			
(a) Una infección que ataca las células del riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) Un virus que puede causar cirrosis hepática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(c) Una infección que ataca las células del hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(d) Una enfermedad que se puede manifestar con úlceras en la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(e) Un microbio que causa derrame cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(f) Una enfermedad que se puede manifestar por orinar de color oscuro.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

15. ¿Cómo se transmite la Hepatitis "C"?		SI	NO	NO SE		
(a) Por usar agujas que no estén debidamente desinfectadas.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(b) Por convivir con una persona infectada.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(c) Por relaciones sexuales sin protección con una persona infectada.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(d) Por nadar en una alberca pública.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(e) Por compartir cocaína inhalada.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(f) Por exponerse a gases tóxicos.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
16. ¿Cómo se previene la infección por Hepatitis "C"?						
(a) Con la vacuna para la Hepatitis "C".....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(b) Utilizando condón.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(c) Utilizando pastillas anticonceptivas.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(d) Evitando consumo de alimentos enlatados.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(e) Evitando los pactos de sangre.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(f) Evitando intercambiar agujas usadas para tatuaje y acupuntura.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
17. Una persona que se ve sana ¿puede transmitir la Hepatitis "C"?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
17.1 ¿Por qué?						
INSTRUCCIONES: A continuación se te presentarán un listado de preguntas; cada respuesta, te llevará a una siguiente pregunta en la parte derecha, que se refiere a que tanto la conducta que acabas de indicar te pone en riesgo de adquirir una infección de transmisión sexual.						
Esta conducta me pone en riesgo de adquirir una Infección de Transmisión Sexual (preg. De 18.1 a 22.1)						
		Nada	Poco	Regular	Bastante	Mucho
18. ¿Has tenido relaciones sexuales? SI () NO () (pasa a la 35)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
19. ¿Cuántas parejas sexuales has tenido en toda tu vida? ()	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
20. Cuántas parejas sexuales has tenido en el último año? ()	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
21. Cuando fue la última vez que tuviste una relación sexual? ()	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
21a. Y... ¿Usaste condón? SI () NO () →	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
22. Cuando has tenido relaciones sexuales ¿han sido con ...?						
(a) únicamente con hombres	}	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(b) casi siempre con hombres y algunas veces con mujeres						
(c) tanto con hombres como con mujeres						
(d) casi siempre con mujeres y algunas veces con hombres						
(e) únicamente con mujeres						
INSTRUCCIONES: Marca con una "X" el TIPO DE RELACIONES SEXUALES que realizas con TU PAREJA REGULAR (alguien con quien hayas estado por lo menos un año) En caso de no tener pareja regular pasa a las siguientes instrucciones						
23. Cuando tú penetras has tenido:						
(a) Sexo anal SI () NO ()	23.1	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(b) Sexo vaginal SI () NO ()	23.2	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(c) Sexo oral SI () NO ()	23.3	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(d) Sexo protegido (usando condón) SI () NO ()	23.4	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(e) Sexo seguro (sin penetración) SI () NO ()	23.5	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

					Esta conducta me pone en riesgo de adquirir una Infección de Transmisión Sexual					
24. Durante las relaciones sexuales con tu pareja regular, cuando penetras: ¿con qué frecuencia usas el condón?						Nada	Poco	Regular	Bastante	Mucho
Siempre (5)	Casi siempre (4)	A veces (3)	Casi nunca (2)	Nunca (1)		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
25. Cuando te penetran, has tenido:					24.1	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(a) Sexo anal			SI () NO ()	25.1	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
(b) Sexo vaginal			SI () NO ()	25.2	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
(c) Sexo oral			SI () NO ()	25.3	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
(d) Sexo protegido (usando condón)			SI () NO ()	25.4	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
(e) Sexo seguro (sin penetración)			SI () NO ()	25.5	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
26. Durante las relaciones sexuales con tu pareja regular, cuando te penetran: ¿con qué frecuencia usan el condón?										
Siempre (5)	Casi siempre (4)	A veces (3)	Casi nunca (2)	Nunca (1)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
INSTRUCCIONES: Marca con una "X" el TIPO DE RELACIONES SEXUALES que realizas con TU(S) PAREJA(S) OCASIONAL(ES) SEXUAL(ES). En caso de no tener este tipo de pareja pasa a las siguientes instrucciones.										
27. Cuando <u>tu</u> penetras, has tenido:					27.1	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(a) Sexo anal			SI () NO ()	27.1	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
(b) Sexo vaginal			SI () NO ()	27.2	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
(c) Sexo oral			SI () NO ()	27.3	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
(d) Sexo protegido (usando condón)			SI () NO ()	27.4	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
(e) Sexo seguro (sin penetración)			SI () NO ()	2.5	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
28. Durante las relaciones sexuales con tu(s) pareja(s) ocasional(es), cuando penetras: ¿con qué frecuencia usas el condón?										
Siempre (5)	Casi siempre (4)	A veces (3)	Casi nunca (2)	Nunca (1)	28.1	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
29. Cuando te penetran, has tenido:					29.1	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(a) Sexo anal			SI () NO ()	29.1	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
(b) Sexo vaginal			SI () NO ()	29.2	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
(c) Sexo oral			SI () NO ()	29.3	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
(d) Sexo protegido (usando condón)			SI () NO ()	29.4	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
(e) Sexo seguro (sin penetración)			SI () NO ()	29.5	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
30. Durante las relaciones sexuales con tu(s) pareja(s) ocasional(es), cuando te penetran: ¿con qué frecuencia usan el condón?										
Siempre (5)	Casi siempre (4)	A veces (3)	Casi nunca (2)	Nunca (1)	30.1	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

TEES CON
FALLA DE ORIGEN

INSTRUCCIONES: Marca con una "X" el TIPO DE RELACIONES SEXUALES que realizas con TRABAJADORAS(ES) SEXUALES. En caso de que no, pasa a la pregunta 35.

31. Cuando <u>tú</u> penetras, has tenido:									
(a) Sexo anal	SI ()	NO ()	31.1	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
(b) Sexo vaginal	SI ()	NO ()	31.2	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
(c) Sexo oral	SI ()	NO ()	31.3	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
(d) Sexo protegido (usando condón)	SI ()	NO ()	31.4	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
(e) Sexo seguro (sin penetración)	SI ()	NO ()	31.5	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	

32. Durante las relaciones sexuales con trabajadoras (es) sexual(es), cuando penetras: ¿con qué frecuencia usas el condón?

Esta conducta me pone en riesgo de adquirir una Infección de Transmisión Sexual

						Nada	Poco	Regular	Bastante	Mucho
Siempre (5)	Casi siempre (4)	A veces (3)	Casi nunca (2)	Nunca (1)	32.1	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
33. Cuando te penetran, has tenido:										
(a) Sexo anal	SI ()	NO ()	33.1	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)		
(b) Sexo vaginal	SI ()	NO ()	33.2	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)		
(c) Sexo oral	SI ()	NO ()	33.3	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)		
(d) Sexo protegido (usando condón)	SI ()	NO ()	33.4	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)		
(e) Sexo seguro (sin penetración)	SI ()	NO ()	33.5	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)		

34. Durante las relaciones sexuales con trabajadoras (es) sexual(es), cuando te penetran: ¿con qué frecuencia usan el condón?

Siempre (5)	Casi siempre (4)	A veces (3)	Casi nunca (2)	Nunca (1)		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
					34.1					
35. ¿Si has estado en las siguientes situaciones, contesta lo siguiente:										
(a) Cuando tomas bebidas alcohólicas y tienes relaciones sexuales ¿usas el condón	SI ()	NO ()	35.1	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)		
(b) Cuando consumes drogas y tienes relaciones sexuales ¿usas el condón?	SI ()	NO ()	35.2	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)		

36. Señala cuáles de las siguientes infecciones de transmisión sexual has tenido. En caso de que no pasa a lo siguiente.

(a) Sífilis _____	(d) Gonorrea _____	(g) Molusco contagioso _____
(b) Hepatitis "B" o "C" _____	(e) Herpes _____	(h) Virus del papiloma humano _____
(c) Clamidia _____	(f) Condilomas _____	(i) Otras _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Instrucciones: A continuación se te presentarán un listado de preguntas; cada respuesta, te llevará a una pregunta en la parte derecha, que se refiere a que tanto la conducta que indicaste te pone en riesgo de adquirir una infección de transmisión sexual.

Esta conducta me pone en riesgo de adquirir una infección de Transmisión Sexual (de la preg. 37.1 a la 41.1)

	SI () NO ()	Nada (1)	Poco (2)	Regular (3)	Bastante (4)	Mucho (5)
37. Me han transfundido sangre.....	SI () NO ()	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
38. Me han realizado un trasplante de órgano.....	SI () NO ()	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
39. Me he picado con jeringas usadas.....	SI () NO ()	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
40. He hecho pactos de sangre.....	SI () NO ()	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
41. Me hice un tatuaje.....	SI () NO ()	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

42. Que tan en riesgo estás de contraer las siguientes infecciones	0% Nada	25% Poco	50% Regular	75% Bastante	100% Mucho
(a). VIH/SIDA	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(b). Hepatitis "B"	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(c). Hepatitis "C"	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Instrucciones: A continuación se presentan una serie de afirmaciones, marca con una "X" una de las opciones, y señala que tan de acuerdo estás con ella en la parte de la derecha

Con respecto a lo que DICE mi pareja sexual regular, YO ESTOY
(de ítem 43.1 al 43.5)

43. MI PAREJA SEXUAL REGULAR	Siempre	A veces	Nunca	Total Acuerdo	Acuerdo	Insuficiente	Desacuerdo	Total Desacuerdo
(a) Aprueba el uso del condón en nuestras relaciones.	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(b) Aprueba tener rel. sexuales con varias parejas	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(c) Aprueba el uso de drogas inyectadas o inhaladas	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(d) Aprueba los pactos de sangre	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(e) Aprueba beber alcohol y tener relaciones sexuales.	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Con respecto a lo que DICE mi familiar de más confianza YO ESTOY
(de ítem 44.1 al 44.5)

44. MI FAMILIAR DE MAS CONFIANZA	Siempre	A veces	Nunca	Total Acuerdo	Acuerdo	Insuficiente	Desacuerdo	Total Desacuerdo
(a) Aprueba el uso del condón en las relaciones sexuales.	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(b) Aprueba las relaciones sexuales con varias parejas	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(c) Aprueba el uso de drogas inyectadas o inhaladas	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(d) Aprueba los pactos de sangre	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(e) Aprueba beber alcohol y tener relaciones sexuales	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Con respecto a lo que DICEN mis amigos YO ESTOY (de ítem 45.1 al 45.5)								
	Siempre	A veces	Nunca	Total Acuerdo	Acuerdo	Indiferente	Desacuerdo	Total Desacuerdo
(a) Aprueban el uso del condón en las relaciones sexuales	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(b) Aprueban las relaciones sexuales con varias parejas	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(c) Aprueban el uso de drogas inyectadas o inhaladas	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(d) Aprueban los pactos de sangre	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(e) Aprueban beber alcohol y tener relaciones sexuales	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Con respecto a lo que DICE(N) mi(s) pareja(s) sexual(es) ocasional(es) YO ESTOY (de ítem 46.1 al 46.5)								
	Siempre	A veces	Nunca	Total Acuerdo	Acuerdo	Indiferente	Desacuerdo	Total Desacuerdo
(a) Aprueba el uso del condón en nuestras relaciones sexuales	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(b) Aprueba tener relaciones sexuales con varias parejas	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(c) Aprueba el uso de drogas inyectadas o inhaladas	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(d) Aprueba los pactos de sangre	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(e) Aprueba beber alcohol y tener relaciones sexuales	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Con respecto a lo que DICEN los medios de comunicación: YO ESTOY (de ítem 47.1 al 47.5)								
	Siempre	A veces	Nunca	Total Acuerdo	Acuerdo	Indiferente	Desacuerdo	Total Desacuerdo
(a) Aprueban el uso del condón en las relaciones sexuales	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(b) Aprueban las relaciones sexuales con varias parejas	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(c) Aprueban el uso de drogas inyectadas o inhaladas	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(d) Aprueban los pactos de sangre	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(e) Aprueban beber alcohol y tener relaciones sexuales	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

45. MIS AMIGOS	Siempre	A veces	Nunca
(a) Aprueban el uso del condón en las relaciones sexuales	(1)	(2)	(3)
(b) Aprueban las relaciones sexuales con varias parejas	(1)	(2)	(3)
(c) Aprueban el uso de drogas inyectadas o inhaladas	(1)	(2)	(3)
(d) Aprueban los pactos de sangre	(1)	(2)	(3)
(e) Aprueban beber alcohol y tener relaciones sexuales	(1)	(2)	(3)

46. MI(S) PAREJA(S) SEXUALES(ES) OCASIONALES(ES)	Siempre	A veces	Nunca
(a) Aprueba el uso del condón en nuestras relaciones sexuales	(1)	(2)	(3)
(b) Aprueba tener relaciones sexuales con varias parejas	(1)	(2)	(3)
(c) Aprueba el uso de drogas inyectadas o inhaladas	(1)	(2)	(3)
(d) Aprueba los pactos de sangre	(1)	(2)	(3)
(e) Aprueba beber alcohol y tener relaciones sexuales	(1)	(2)	(3)

47. LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN	Siempre	A veces	Nunca
(a) Aprueban el uso del condón en las relaciones sexuales	(1)	(2)	(3)
(b) Aprueban las relaciones sexuales con varias parejas	(1)	(2)	(3)
(c) Aprueban el uso de drogas inyectadas o inhaladas	(1)	(2)	(3)
(d) Aprueban los pactos de sangre	(1)	(2)	(3)
(e) Aprueban beber alcohol y tener relaciones sexuales	(1)	(2)	(3)

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ANEXO 2

**"PRUEBAS DE TAMIZAJE SEROLOGICO
PARA VIH, VHB Y VHC"**

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO 2

“PRUEBAS DE TAMIZAJE SEROLOGICO PARA VIH, VHB Y VHC”

1. Examen de Seroestatus para el VIH. Las pruebas que detectan los anticuerpos contra el VIH. Se clasifican en: pruebas iniciales de detección o tamizaje y pruebas suplementarias o confirmatorias. Las primeras son las de ELISA, EIE, aglutinación y las rápidas con formato de inmunodot por métodos no invasores; entre las confirmatorias, la más usada es la inmunoelectrotransferencia o Western blot (Wb). El inmunoensayo enzimático (ELISA) de tercera generación para la detección de anticuerpos circulantes en sangre contra antígenos del virus de la inmunodeficiencia humana (HIV-1/HIV-2) Con el inmunoensayo enzimático ABBOTT HIV-1/HIV-2 EIA PLUS de tercera generación, el suero o plasma humano se diluye en un diluyente de muestra y se incuba con una esfera de poliestireno recubierta con proteínas recombinantes *env* y *gag* de HIV-1 y *env* de HIV-2. Si la muestra contiene anticuerpos anti-HIV, éstos reaccionan con los antígenos que recubren la esfera. Después de la aspiración de los materiales no unidos y del lavado de las esferas, las inmunoglobulinas humanas específicas que han quedado unidas a la fase sólida se detectan incubando el complejo esfera-antígeno-anticuerpo con una solución que contiene proteínas recombinantes *gag* y *env* de HIV-1, la proteína recombinante *env* de HIV-2 y un péptido sintético de *env* de HIV-1 marcados con peroxidasa de rábano picante (HRPO). Se aspira luego el conjugado enzimático no unido y las esferas se lavan. A continuación se añade a las esferas una solución de o-fenilendamina (OPD) que contiene peróxido de hidrógeno. Después de la incubación se desarrolla un color amarillo-anaranjado, cuya intensidad es proporcional a la cantidad de anti HIV-1 y/o anti-HIV-1 unido a cada esfera. Las muestras que producen valores de absorbancia inferiores al punto de corte se consideran como negativas para anticuerpos y no requieren análisis ulteriores. Las muestras repetidamente reactivas se consideran como positivas según los criterios de este ensayo, y se deben volver a analizar con una prueba suplementaria (Western Blot)

2. Examen de seroestatus para la VHB (AgHBs): inmunoensayo enzimático de tercera generación para detección en sangre de antígeno de superficie del virus de hepatitis B (AgHBs). Con el inmunoensayo enzimático AUSYME MONOCLONAL ABBOTT de tercera generación, esferas recubiertas con anticuerpo monoclonal murino dirigido contra el AgHBs son incubadas con suero o plasma y con un conjugado de anticuerpo monoclonal anti-HBs peroxidasa. Durante la incubación, el AgHBs presente en la muestra se une a la fase sólida. Después de la aspiración del material no unido y lavado de las esferas se permite reaccionar al conjugado monoclonal murino anti-HBs peroxidasa con el complejo antígeno-anticuerpo-esfera. El conjugado enzimático no unido es aspirado y las esferas son lavadas. Posteriormente, se añade a las esferas una solución de o-

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

fenilenediamina (OPD) conteniendo peróxido de hidrógeno y, después de la incubación, se desarrolla un color amarillo-anaranjado cuya intensidad es proporcional a la cantidad de AgHBs unido a la fase sólida. La reacción enzimática es detenida por la adición de ácido. La intensidad del color se determina mediante medición en espectrofotómetro a 492 nm. Las muestras con valores de absorbancia inferiores al valor de corte son consideradas negativas. Las muestras con absorbancia mayor al valor de corte se consideran positivas.

3. Examen de seroestatus para la VHC: inmunoensayo enzimático de tercera generación para la detección cualitativa de anticuerpos circulantes en sangre contra antígenos del virus de hepatitis C. Con el inmunoensayo enzimático ABBOTT HCV EIA de tercera generación se diluye suero o plasma humanos con el diluyente de muestra y se incuba luego con una esfera de poliestireno recubierta con los antígenos recombinantes del HCV HC-34, HC-43, c100-3 y NS5. Si la muestra contiene anticuerpos, las inmunoglobulinas de la muestra del donador se fijan a los antígenos que recubren la esfera. Después de eliminar los materiales no unidos y del lavado de la esfera, se detectan las inmunoglobulinas humanas unidas a la fase sólida, incubando el complejo esfera-antígeno-anticuerpo con una solución que contiene anticuerpos de cabra dirigidos frente a las inmunoglobulinas humanas y marcados con peroxidasa de rábano picante.

Después se elimina el conjugado enzimático no unido y se lavan las esferas. Se añade a la esfera una solución de o-fenilendamina*2HCl (OPD) que contiene peróxido de hidrógeno, se oxida la enzima peroxidasa que marca el conjugado unido. La peroxidasa oxidada reacciona entonces con la o-fenilendamina*2HCl (OPD). En esta reacción se reduce la peroxidasa y se oxida la OPD. La cantidad de OPD oxidada, que tiene un color amarillo-anaranjado es directamente proporcional a la cantidad de anti-HCV unido a la esfera. La reacción enzimática se detiene agregando ácido sulfúrico 1 N y la intensidad del color desarrollado se mide utilizando un espectrofotómetro calibrado a 492 nm. Las muestras que producen valores de absorbancia menores al valor de corte son consideradas como negativas. Las muestras repetidamente reactivas se consideran positivas y deben analizarse con una prueba suplementaria (RIBA ó PCR).

Existe la posibilidad de que se dé un *Falso Positivo* y *Falso Negativo* en las pruebas de ELISA, para el primer caso las causas son: las enfermedades autoinmunes, la presencia de mieloma múltiple, cirrosis biliar primaria, hepatitis alcohólica, vacunación reciente contra influenza, transferencia pasiva de anticuerpos y/o pruebas para sífilis positivas (VDRL o RPR) Los casos de falsa negatividad son causados por: el periodo de ventana (2 a 4 meses después de la infección), tratamiento inmunosupresor, transfusión masiva, trasplante de médula ósea y/o presencia de polvo de guantes de laboratorio. A causa de esto se repite la prueba para estar seguros del resultado.

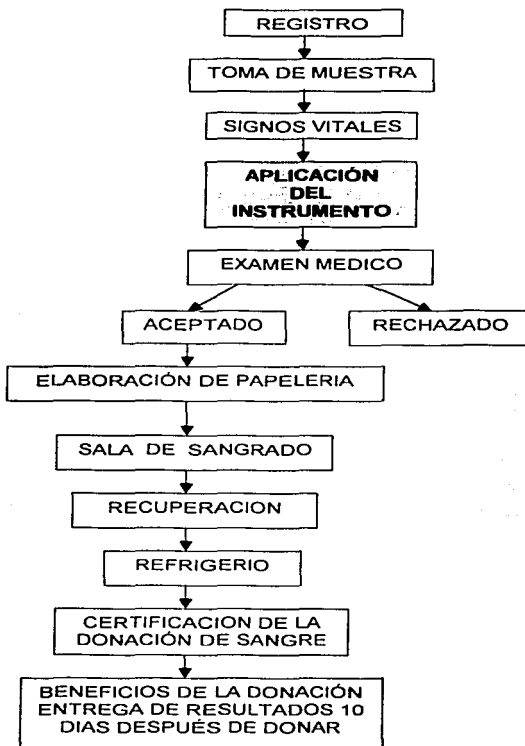
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO 3

“PROCESO DE SELECCIÓN DEL DONADOR”

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO 3
PROCESO DE SELECCIÓN DEL DONADOR



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO 4
"TABLAS Y CUADROS"

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 1
DESCRIPCIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN POR SEROESTATUS Y SEXO

Seroestatus (Hepatitis: B, C y VIH/SIDA)		Positivo (n = 148)				Negativo (n = 148)			
		Hombre (n = 129)		Mujer (n = 19)		Hombre (n = 116)		Mujer (n = 32)	
Sexo		N	%	n	%	N	%	n	%
Sociodemográficas									
Estado Civil*	Con pareja	107	36.1	15	5.1	92	31.1	24	8.1
	Sin pareja	22	7.4	4	1.4	24	8.1	8	2.7
Escolaridad	Primaria o menos	25	8.4	4	1.4	9	3	7	2.4
	Secundaria	42	14.2	7	2.4	44	14.9	6	2
	Bachillerato	25	8.4	4	1.4	34	11.5	6	2
	Técnica/Comercial	9	3	3	1	5	1.7	3	1
Profesional/posgrado	28	9.5	1	3	24	8.1	10	3.4	

*solteros, casados, divorciados, viudos y separados con pareja

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 2

CONOCIMIENTOS Y CREENCIAS SOBRE EL VIH, SIDA, FORMAS DE TRANSMISIÓN Y PREVENCIÓN

Seroestatus (Hepatitis B, C, VIH)		Positivo						Negativo						Total					
Opciones de respuesta		Si		No se		No		Si		No se		No		Si		No se		No	
1. El VIH es...		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a. Creencias	a.1	58	196	27	9.1	63	21.3	61	20.6	15	5.1	72	24.3	119	40.2	42	14.2	135	45.6
	a.2	11	3.7	39	13.2	98	33.1	10	3.4	24	8.1	114	38.5	21	7.1	63	21.3	212	71.6
	a.3	44	14.9	30	10.1	74	25	34	11.5	24	8.1	90	30.4	78	26.4	54	18.2	164	55.4
b. Conocimientos	b.1	96	33.2	34	11.5	16	5.4	107	36.3	21	7.1	19	6.4	205	69.5	55	18.6	35	11.9
	b.2	124	41.9	20	6.8	4	1.4	132	44.6	10	3.4	6	2	256	85.5	30	10.1	10	3.4
	b.3	124	41.9	21	7.1	3	1	134	45.3	7	2.4	7	2.4	258	87.2	28	9.5	10	3.4
2. El SIDA es...		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a. Creencias	a.1	77	26	24	8.1	47	31.8	77	26	6	2	65	22	154	52	30	10.1	112	37.8
	a.2	63	28	26	8.8	39	13.2	66	29.1	12	4.1	50	16.9	169	57.1	38	12.8	99	30.1
	a.3	51	17.3	30	10.2	67	22.7	58	19.7	13	4.4	76	25.8	109	36.9	43	14.6	143	48.5
b. Conocimientos	b.1	116	39.2	24	8.1	8	2.7	130	43.9	9	3	9	3	246	83.1	33	11.1	17	5.7
	b.2	92	31.3	34	11.5	22	7.4	100	33.8	30	10.1	18	6.1	192	64.9	64	21.6	40	13.5
	b.3	94	31.8	40	13.5	14	4.7	97	32.8	23	7.8	28	9.5	191	64.5	63	21.3	42	14.2
3. La infección por VIH se transmite		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a. Creencias	a.1	31	10.5	42	14.2	75	25.3	41	13.9	28	9.5	79	26.7	72	24.3	70	23.8	154	52
	a.2	11	3.7	26	8.8	111	37.5	14	4.7	13	4.4	121	40.9	25	8.4	39	13.2	232	78.4
	a.3	8	2.7	25	8.4	115	39.9	18	6.1	13	4.4	117	39.5	26	8.8	38	12.8	232	78.4
b. Conocimientos	b.1	134	45.3	10	3.4	4	1.4	141	47.6	3	1	4	1.4	275	92.9	13	4.4	8	2.7
	b.2	140	47.3	6	2	2	0.7	144	48.6	2	0.7	2	0.7	284	95.9	8	2.7	4	1.4
	b.3	89	30.1	44	14.9	15	5.1	105	35.5	19	6.4	24	8.1	194	65.5	63	21.3	39	13.2
4. La infección por VIH se previene		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a. Creencias	a.1	12	4.1	26	8.8	110	37.4	13	4.4	7	2.4	126	42.9	25	8.5	33	11.2	236	80.3
	a.2	123	41.7	17	5.8	8	2.7	124	42	5	1.7	18	6.1	247	83.7	22	7.5	26	8.8
	a.3	6	2	15	5.1	127	43.3	5	1.7	10	3.4	130	44.4	11	3.8	25	8.5	257	87.7
b. Conocimientos	b.1	130	43.9	10	3.4	8	2.7	139	47	4	1.4	5	1.7	269	90.9	14	4.7	13	4.4
	b.2	122	41.2	17	5.7	9	3	132	44.6	5	1.7	11	3.7	254	85.8	22	7.4	20	6.8
	b.3	113	38.4	9	6.5	16	5.4	119	40.5	11	3.7	16	5.4	232	78.9	30	10.2	32	10.9

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 3. PERIODO DE VENTANA DEL VIH.

Seroestatus (Hepatitis B. C. VIH)	Positivo						Negativo						Total					
	Sí		No sé		No		Sí		No sé		No		Sí		No sé		No	
Opciones de respuesta	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1 Una persona que se ve sana ¿puede transmitir el VIH?	118	39.9	22	7.4	8	2.2	117	39.5	17	5.7	14	4.7	235	79.4	39	13.2	22	7.4
Tipos de Respuesta	Periodo de Ventana		No se		Incorrecto		Periodo de Ventana		No se		Incorrecto		Periodo de Ventana		No se		Incorrecto	
¿Porqué?	118	40.1	22	7.5	8	2.7	115	39.1	18	6.1	13	4.4	233	79.3	40	13.6	21	7.1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 4
CONOCIMIENTOS Y CREENCIAS SOBRE HEPATITIS B, FORMAS DE TRANSMISIÓN Y PREVENCIÓN

Seroestatus (Hepatitis B, C, VIH)	Positivo						Negativo						Total						
	Si		No se		No		Si		No se		No		Si		No se		No		
1. La hepatitis "B" es.	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
a Creencias	a.1	9	31	117	397	22	7.5	7	2.4	95	32.2	45	15.3	16	5.4	212	71.9	67	22.7
	a.2	3	1	113	383	32	10.8	9	3.1	93	31.5	45	15.3	12	4.1	206	69.8	77	26.1
	a.3	5	1.7	113	382	30	10.1	6	2	93	31.4	49	16.6	11	3.7	206	69.6	79	26.7
b Conocimientos	b.1	93	31.5	55	18.6	0	0	71	24.1	68	23.1	8	2.7	164	55.6	123	41.7	8	2.7
	b.2	85	28.8	62	21	1	3	87	29.5	60	20.3	0	0	172	58.3	122	41.4	1	.3
	b.3	41	13.9	103	34.8	4	1.4	42	14.2	94	31.8	12	4.1	83	28	197	66.6	16	5.4
2 La Hepatitis "B" se transmite por	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
a Creencias	a.1	4	1.4	113	38.3	31	10.5	8	2.7	92	31.2	47	15.9	12	4.1	205	69.5	78	26.4
	a.2	14	4.7	106	35.9	28	9.5	22	7.5	84	28.5	41	13.9	36	12.2	190	64.4	69	23.4
	a.3	10	3.4	102	34.6	36	12.2	12	4.1	83	28.1	52	17.6	22	7.5	185	62.7	88	29.8
b Conocimientos	b.1	48	16.2	95	32.1	5	3.4	54	18.2	83	28	11	7.4	102	34.5	178	60.1	16	5.4
	b.2	42	14.2	96	33.2	8	2.7	24	8.1	88	29.8	35	11.9	66	22.4	186	63.1	43	14.6
	b.3	64	21.7	83	28.1	1	3	59	20	62	27.8	6	2	123	41.7	165	55.9	7	2.4
3 La infección por Hepatitis "B" se previene	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
a Creencias	a.1	1	3	105	35.6	42	14.2	3	1	80	27.1	64	21.7	4	1.4	185	62.7	105	35.9
	a.2	14	4.7	110	37.3	24	8.1	24	8.1	94	31.9	29	9.8	38	12.9	204	69.2	53	18
	a.3	1	3	108	36.6	39	13.2	7	2.4	90	30.5	50	16.9	8	2.7	198	67.1	89	30.2
b Conocimientos	b.1	53	17.9	93	31.4	2	7	63	21.3	84	28.4	1	3	116	39.2	177	59.8	3	1
	b.2	41	13.9	99	33.6	8	2.7	18	6.1	81	27.5	48	16.3	59	20	180	61	56	19
	b.3	52	17.6	95	32.2	1	3	57	19.3	79	26.8	11	3.7	109	36.9	174	59	12	4.1

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

TABLA 5. PERIODO DE VENTANA DE LA HEPATITIS B.

Seroestatus (Hepatitis B, C, VIH)	Positivo						Negativo						Total					
	Si		No sé		No		Si		No sé		No		Si		No sé		No	
Opciones de respuesta	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1 Una persona que se ve sana ¿puede transmitir la Hepatitis B?	53	18	90	30	5	17	32	10	96	32	19	6	85	28	186	63	24	8
Tipos de Respuesta	Periodo de Ventana		No sé		Incorrecto		Periodo de Ventana		No sé		Incorrecto		Periodo de Ventana		No sé		Incorrecto	
¿Porqué?	53	18	90	30	5	17	30	10	96	32	18	6	83	28	186	63	23	7

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 6
CONOCIMIENTOS Y CREENCIAS SOBRE LA HEPATITIS C, FORMAS DE TRANSMISIÓN Y PREVENCIÓN.

Seroestatus (Hepatitis B, C, VIH)		Positivo						Negativo						Total					
		Si		No se		No		Si		No se		No		Si		No se		No	
Opciones de respuesta		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%
1. La Hepatitis "C" es...		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%
a Creencias	a 1	10	34	127	43.1	11	3.7	12	4.1	117	39.7	18	6.1	22	7.5	244	82.7	29	9.8
	a 2	5	17	128	43.4	15	5.1	9	3.1	123	41.7	15	5.1	14	4.7	251	85.1	30	10.2
	a 3	4	14	128	43.4	16	5.4	2	7	119	40.3	26	8.8	6	2	247	83.7	42	14.2
b Conocimientos	b 1	38	12.8	108	36.5	2	7	27	9.1	116	39.2	5	1.7	65	22	224	75.7	7	2.4
	b 2	69	23.4	79	26.8	0	0	30	10.2	114	38.6	3	1	99	33.6	193	65.4	3	1.0
	b 3	41	13.9	106	35.9	1	3	21	7.1	120	40.7	6	2	62	21	226	76.6	7	2.4
2 La Hepatitis "C" se transmite		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a Creencias	a 1	22	7.5	111	37.6	15	5.1	18	6.1	109	36.9	20	6.8	40	13.6	220	74.6	35	11.9
	a 2	11	3.7	117	39.7	20	6.8	3	1	114	38.6	30	10.2	14	4.7	231	78.3	50	16.9
	a 3	5	1.7	120	40.7	23	7.8	6	2	119	40.3	22	7.5	11	3.7	239	81	45	15.3
b Conocimientos	b 1	47	15.9	100	33.8	1	3	26	8.8	117	39.5	5	1.7	73	24.7	217	73.3	6	2
	b 2	37	12.5	105	35.5	6	2	12	4.1	117	39.5	19	6.4	49	16.6	222	75	25	8.4
	b 3	13	4.4	119	40.3	16	5.4	4	1.4	119	40.3	24	8.1	17	5.8	238	80.7	40	13.6
3 La infección por Hepatitis "C" se previene		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a Creencias	a 1	34	11.5	109	36.8	5	1.7	32	10.8	113	38.2	3	1	66	22.3	222	75	8	2.7
	a 2	2	7	117	39.7	29	9.8	0	0	109	36.9	38	12.9	2	7	226	76.6	67	22.7
	a 3	5	1.7	123	41.7	20	6.8	8	2.7	115	39	24	8.1	13	4.4	238	80.7	44	14.9
b Conocimientos	b 1	29	9.8	112	38	7	2.4	12	4.1	110	37.3	25	8.5	41	13.9	222	75.3	32	10.8
	b 2	45	15.3	101	34.4	2	7	24	8.2	109	37.1	13	4.4	69	23.5	210	71.4	15	5.1
	b 3	53	18	95	32.2	0	0	33	11.2	109	36.9	5	1.7	86	29.2	204	69.2	5	1.7

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

TABLA 7. PERIODO DE VENTANA DE LA HEPATITIS C.

Seroestatus (Hepatitis B, C, VIH)	Positivo						Negativo						Total					
	Si		No sé		No		Si		No sé		No		Si		No sé		No	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1 Una persona que se ve sana ¿puede transmitir la Hepatitis C?	50	16.9	93	31.5	5	1.7	14	4.7	121	41	12	4.1	64	21.7	214	72.5	17	5.8
Tipos de Respuesta	Periodo de Ventana		No sé		Incorrecto		Periodo de Ventana		No sé		Incorrecto		Periodo de Ventana		No sé		Incorrecto	
¿Porqué?	50	17	93	31.6	5	1.7	12	4.1	122	41.5	12	4.1	62	21.1	215	73.1	17	5.8

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 8. ACTIVIDAD SEXUAL Y SEROESTATUS.

Seroestatus (Hepatitis B, C, VIH)	Positivo				Negativo				Total			
	Sí		No		Sí		No		Sí		No	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. ¿Has tenido relaciones sexuales?	142	48	6	2	137	46.3	11	3.7	279	94.3	17	5.7

TABLA 9. NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES EN LA VIDA Y SEROESTATUS.

Seroestatus (Hepatitis B, C, VIH)	Positivo		Negativo		Total	
	n	%	n	%	n	%
¿Cuántas parejas sexuales has tenido en toda tu vida?						
1	40	14.3	43	15.4	83	29.7
2	24	8.6	31	11.1	55	19.7
3	17	6.1	21	7.5	38	13.6
4	12	4.3	10	3.6	22	7.9
5	14	5	7	2.5	21	7.5
6	8	2.9	7	2.5	15	5.4
7	3	1.1	1	.4	4	1.4
8	3	1.1	2	.7	5	1.8
9	1	.4	0	0	1	.4
10	9	3.2	5	1.8	14	5.0
12	2	1.4	4	1.4	6	2.2
15	1	.4	2	.7	3	1.1
16	0	0	1	.4	1	.4
20	5	1.8	1	.4	6	2.2
25	1	.4	0	0	1	.4
30	2	.7	2	.7	4	1.4

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 10. NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES EN EL ÚLTIMO AÑO Y SEROESTATUS.

Seroestatus (Hepatitis B, C, VIH)	Positivo		Negativo		Total	
	n	%	n	%	n	%
¿Cuántas parejas sexuales has tenido en el último año?						
0	7	2.5	5	1.8	12	4.3
1	122	43.7	114	40.9	236	84.6
2	10	3.6	13	4.7	23	8.2
3	3	1.1	1	.4	4	1.4
5	0	.0	1	.4	1	.4
6	0	.0	1	.4	1	.4
7	0	.0	1	.4	1	.4
10	0	.0	1	.4	1	.4

TABLA 11. ÚLTIMA RELACION SEXUAL, USO DE CONDON Y SEROESTATUS.

Seroestatus (Hepatitis B, C, VIH)	Positivo		Negativo		Total	
	n	%	n	%	n	%
1. ¿Cuándo fue la última vez que tuviste una relación sexual?						
1 semana o menos	78	27.95	75	26.88	153	54.83
De 1 a 4 semanas	22	7.88	25	8.96	47	16.84
De 1 a 12 meses	34	12.18	31	11.11	65	23.29
1 año o más	8	2.8	6	2.1	14	5.01
2. ¿Y usaste condón?	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	n %	n %	n %	n %	n %	n %
	23 8.2	119 42.7	56 20.1	81 29	79 28.3	200 71.7

TABLA 12. ORIENTACIÓN SEXUAL Y SEROESTATUS.

Seroestatus (Hepatitis B, C, VIH)	Positivo		Negativo	
Cuando has tenido relaciones sexuales ¿ha sido con?...	n	%	n	%
Con personas del mismo sexo	1	.70	2	1.45
Tanto con hombres como con mujeres	5	3.6	2	1.45
Con personas de sexo diferente	136	95.7	133	97.1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 13. TIPO DE RELACIÓN SEXUAL CON PAREJA REGULAR CUANDO PENETRAS, USO DE CONDÓN Y SEROESTATUS.

Seroestatus (Hepatitis B, C, VIH)	Positivo				Negativo				Total			
	SI		NO		SI		NO		SI		NO	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tipo de relación sexual con pareja regular cuando penetras												
Sexo anal	27	12.4	89	40.8	24	11	78	35.8	51	23.4	167	76.6
Sexo vaginal	116	53	0	0	101	46.1	2	.9	217	99.1	2	.9
Sexo oral	57	26	59	26.9	54	24.7	49	22.4	111	50.7	108	49.3
Sexo protegido (usando condón)	48	22	68	31.2	60	27.5	42	19.3	110	50.5	108	49.5
Sexo seguro	100	45.9	16	7.3	72	33	30	13.8	46	21.1	172	78.9
Seroestatus (Hepatitis B, C y VIH)							Seropositivo		Seronegativo		Total	
¿Con qué frecuencia usas el condón con tu pareja regular cuando penetras?	Opciones de Respuesta						n	%	n	%	n	%
	Nunca						68	32.1	38	17.4	106	48.6
	Casi Nunca						11	9.5	13	6	24	11
	A veces						20	9.2	17	7.8	37	17
	Casi Siempre						10	4.6	16	7.3	26	11.9
	Siempre						7	3.2	18	8.3	25	11.5

TABLA 14. TIPO DE RELACIÓN SEXUAL CON PAREJA REGULAR CUANDO TE PENETRAN, USO DE CONDÓN Y SEROESTATUS.

Seroestatus (Hepatitis B, C, VIH)	Positivo				Negativo				Total			
	SI		NO		SI		NO		SI		NO	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tipo de relación sexual con pareja regular cuando te penetran												
Sexo anal	5	11.6	12	27.9	4	9.3	22	51.2	9	20.9	34	79.1
Sexo vaginal	17	39.5	0	0	26	60.5	0	0	0	0	43	100
Sexo oral	7	16.3	10	23.3	12	27.9	14	32.6	19	44.2	24	55.8
Sexo protegido (usando condón)	7	16.3	10	23.3	12	27.9	14	32.6	19	44.2	24	55.8
Sexo seguro	14	32.6	3	7	18	41.9	8	18.6	32	74.4	11	25.6
Seroestatus (Hepatitis B, C y VIH)							Seropositivo		Seronegativo		Total	
¿Con qué frecuencia usas el condón con tu pareja regular cuando te penetra?	Opciones de Respuesta						n	%	n	%	n	%
	Nunca						12	27.9	13	30.2	24	58.1
	Casi Nunca						1	2.3	1	2.3	2	4.6
	A veces						4	9.3	4	9.3	8	18.6
	Casi Siempre						0	0	6	14	6	14
	Siempre						0	0	2	4.7	2	4.7

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 15. TIPO DE RELACIÓN SEXUAL CON TU(S) PAREJA(S) OCASIONAL(ES) CUANDO PENETRAS, USO DE CONDÓN Y SEROESTATUS.

Seroestatus (Hepatitis B, C, VIH)	Positivo				Negativo				Total					
	SI		NO		SI		NO		SI		NO			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Tipo de relación sexual con tu(s) pareja(s) ocasional(s) cuando penetras														
Sexo anal	11	11	49	49	8	8	32	32	19	19	81	81		
Sexo vaginal	59	59	1	1	39	39	1	1	98	98	2	2		
Sexo oral	20	20	40	40	16	16	24	24	36	36	64	64		
Sexo protegido (usando condón)	35	35	25	25	31	31	9	9	66	66	34	34		
Sexo seguro	48	48	12	12	30	30	10	10	78	78	22	22		
Seroestatus (Hepatitis B, C y VIH)								Seropositivo		Seronegativo		Total		
¿Con que frecuencia usas el condón con tu(s) pareja(s) ocasional(es) cuando penetras?	Opciones de Respuesta								n	%	n	%	n	%
	Nunca								24	24	6	6	30	30
	Casi Nunca								2	2	4	4	6	6
	A veces								9	9	5	5	14	14
	Casi Siempre								9	9	3	3	12	12
Siempre								16	16	22	22	38	38	

TABLA 16. TIPO DE RELACIÓN SEXUAL CON TU(S) PAREJA(S) OCASIONAL(ES) CUANDO TE PENETRAN, USO DE CONDÓN Y SEROESTATUS.

Seroestatus (Hepatitis B, C, VIH)	Positivo				Negativo				Total					
	SI		NO		SI		NO		SI		NO			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Tipo de relación sexual con tu(s) pareja(s) ocasional(es) cuando te penetran														
Sexo anal	2	40	2	40	0	0	1	20	2	40	3	60		
Sexo vaginal	2	40	2	40	1	20	0	0	3	80	1	20		
Sexo oral	1	20	3	60	0	0	1	20	1	20	3	80		
Sexo protegido (usando condón)	1	20	3	60	1	20	0	0	2	40	3	60		
Sexo seguro	3	60	1	20	0	0	1	20	3	60	2	40		
Seroestatus (Hepatitis B, C y VIH)								Seropositivo		Seronegativo		Total		
¿Con que frecuencia usas el condón con tu(s) pareja(s) ocasional(es) cuando te penetran?	Opciones de Respuesta								n	%	n	%	n	%
	Nunca								3	60	0	0	3	60
	A veces								0	0	1	20	1	20
	Casi Siempre								1	20	0	0	1	20

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 17. TIPO DE RELACIÓN SEXUAL CON TRABAJADORAS (ES) SEXUALES CUANDO PENETRAS, USO DE CONDÓN Y SEROESTATUS.

Seroestatus (Hepatitis B, C, VIH)	Positivo				Negativo				Total			
	SI		NO		SI		NO		SI		NO	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tipo de relación sexual con trabajadoras (es) sexuales cuando penetras												
Sexo anal	2	6.7	25	83.3	0	0	3	10	2	6.7	28	93.3
Sexo vaginal	26	86.7	1	3.3	3	10	0	0	29	96.7	1	3.3
Sexo oral	7	23.3	20	66.7	0	0	3	10	7	23.3	23	76.7
Sexo protegido (usando condón)	9	3	18	6	3	10	0	0	12	40	18	60
Sexo seguro	16	53.3	11	36.7	2	6.7	1	3.3	18	60	12	40
Seroestatus (Hepatitis B, C y VIH)					Sero positivo				Sero negativo			
¿Con que frecuencia usas el condón con trabajadoras (es) sexuales cuando penetras?	Opciones de Respuesta				n	%	n	%	n	%	n	%
	Nunca				14	46.7	1	3.3	15	50		
	A veces				4	13.3	0	0	4	13.3		
	Casi Siempre				1	3.3	0	0	1	3.3		
Siempre				8	26.7	2	6.7	10	33.3			

TABLA 18. RELACIONES SEXUALES INGIRIENDO DROGAS/ALCOHOL, USO DE CONDÓN Y SEROESTATUS.

Seroestatus (Hepatitis B, C, VIH)	Positivo				Negativo				Total			
	SI		NO		SI		NO		SI		NO	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Quando tomas bebidas alcohólicas y tienes relaciones sexuales ¿usas condón?	9	9.9	25	27.5	25	27.5	32	35.2	34	37.4	57	62.6
Quando consumes drogas y tienes relaciones sexuales ¿usas condón?	1	11.1	6	66.7	2	22.2	0	0	3	33.3	6	66.7

TABLA 19. ANTECEDENTES DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y SEROESTATUS.

Seroestatus (Hepatitis B, C, VIH)	Positivo		Negativo		Total	
	n	%	n	%	n	%
¿Cuáles infecciones de transmisión sexual has tenido?						
Sífilis	2	10.5	0	.0	2	10.5
Hepatitis B o C	8	42.1	0	.0	8	42.1
Gonorea	5	26.3	2	10.5	7	36.8
Herpes	0	.0	1	5.3	1	5.3
Condilomas	0	.0	1	5.3	1	5.3

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 20. PATRÓN PARENTERAL (USO DE SANGRE Y EQUIPO NO ESTERILIZADO) Y SEROESTATUS.

Seroestatus (Hepatitis B, C, VIH)	Positivo				Negativo				Total			
	SI		NO		SI		NO		SI		NO	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Prácticas Parenterales												
Me han transfundido sangre	40	13.5	108	36.5	7	2.4	141	47.6	47	15.9	249	84.1
Me han realizado un trasplante de órgano	1	.3	147	49.7	0	.0	148	50	1	50	295	50
Me he picado con jeringas usadas	6	2	142	48	1	.3	147	49.7	7	23	289	97.7
He hecho pactos de sangre	1	.3	147	49.7	1	.3	147	49.7	2	.6	294	99.4
Me hice un tatuaje	13	4.4	135	45.6	7	2.4	141	47.6	20	6.8	276	93.2

TABLA 21. SUSCEPTIBILIDAD PERCIBIDA EN ACTIVIDAD SEXUAL Y SEROESTATUS.

Esta conducta me pone en riesgo de adquirir una ITS	¿Has tenido relaciones sexuales?	Seroestatus (Hepatitis B, C y VIH)			
		Positivo		Negativo	
		n	%	n	%
NADA	SI	36	24.32	64	43.24
	NO	6	4.05	11	7.43
POCO	SI	15	10.13	21	14.18
REGULAR	SI	35	23.64	24	16.21
BASTANTE	SI	13	8.78	10	6.75
MUCHO	SI	43	29.05	18	12.16
TOTALES		148	100	148	100

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 22. SUSCEPTIBILIDAD PERCIBIDA RESPECTO AL NÚMERO DE PAREJAS EN LA VIDA Y SEROESTATUS.

Esta conducta me pone en riesgo de adquirir una ITS	¿Cuántas parejas has tenido toda tu vida?	Seroestatus (Hepatitis B, C y VIH)			
		Positivo		Negativo	
		n	%	n	%
NADA	1 pareja	27	19.01	32	23.35
	2 parejas	13	9.15	17	12.40
	3 parejas	5	3.52	9	6.56
	De 4 a 9 parejas	10	7.04	9	6.56
	De 10 a 30 parejas	4	2.81	4	2.91
POCO	1 pareja	3	2.11	2	1.45
	2 parejas	6	4.22	7	5.10
	3 parejas	3	2.11	5	3.64
	De 4 a 9 parejas	8	5.63	5	3.64
	De 10 a 30 parejas	2	1.40	1	0.72
REGULAR	1 pareja	5	3.52	6	4.37
	2 parejas	1	0.70	3	0.72
	3 parejas	4	2.81	3	2.18
	De 4 a 9 parejas	6	4.22	6	4.37
	De 10 a 30 parejas	3	2.11	2	1.45
BASTANTE	1 pareja	1	0.70	2	1.45
	2 parejas	1	0.70	1	0.72
	3 parejas	2	1.40	1	0.72
	De 4 a 9 parejas	6	4.22	3	2.18
	De 10 a 30 parejas	4	2.81	5	3.64
MUCHO	1 pareja	4	2.81	1	0.72
	2 parejas	3	2.11	3	2.18
	3 parejas	3	2.11	3	2.18
	De 4 a 9 parejas	11	7.74	4	2.91
	De 10 a 30 parejas	7	4.92	3	2.18
TOTALES		142	100	137	100

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 23. SUSCEPTIBILIDAD PERCIBIDA RESPECTO AL NÚMERO DE PAREJAS EN EL ÚLTIMO AÑO Y SEROESTATUS.

Esta conducta me pone en riesgo de adquirir una ITS	¿Cuántas parejas sexuales has tenido en el último año?	Seroestatus (Hepatitis B, C y VIH)			
		Positivo		Negativo	
		n	%	n	%
NADA	Ninguna	5	3.52	3	2.18
	1 pareja	84	59.15	88	64.23
	2 parejas	0	0	3	2.18
	3 parejas	0	0	1	0.72
	4 parejas o más	0	0	1	0.72
POCO	Ninguna	1	0.70	0	0
	1 pareja	17	11.97	14	10.21
	2 parejas	1	0.70	3	2.18
	3 parejas	1	0.70	0	0
	4 parejas o más	0	0	1	0.72
REGULAR	1 pareja	12	8.45	10	7.29
	2 parejas	4	2.81	2	1.45
	3 parejas	1	0.70	0	0
	4 parejas o más	2	1.40	1	0.72
BASTANTE	1 pareja	2	1.40	1	0.72
	2 parejas	1	0.70	0	0
	3 parejas	1	0.70	0	0
	Ninguna	1	0.70	0	0
MUCHO	1 pareja	7	4.92	1	0.72
	2 parejas	3	2.11	4	2.91
	3 parejas	0	0	2	1.45
	4 parejas o más	0	0	2	1.45
TOTALES		142	100	137	100

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 24. SUSCEPTIBILIDAD PERCIBIDA EN LA ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL Y EL USO DE CONDÓN Y SEROESTATUS.

Esta conducta me pone en riesgo de adquirir una ITS	¿Cuándo fue la última vez que tuviste una relación sexual?	Seroestatus (Hepatitis B, C y VIH)			
		Positivo		Negativo	
		n	%	n	%
NADA	1 semana o menos	60	42.25	54	39.41
	De 1 a 4 semanas	16	11.26	19	13.86
	De 1 a 12 meses	16	11.26	25	18.24
	1 año o más	4	2.81	5	3.64
POCO	1 semana o menos	7	4.92	12	8.75
	De 1 a 4 semanas	3	2.11	6	4.37
	De 1 a 12 meses	8	5.63	3	2.18
	1 año o más	2	1.40	1	0.72
REGULAR	1 semana o menos	7	4.92	6	4.37
	De 1 a 12 meses	7	4.92	1	0.72
	1 año o más	1	0.70	0	0
BASTANTE	1 semana o menos	0	0	1	0.72
	De 1 a 4 semanas	1	0.70	0	0
	De 1 a 12 meses	0	0	2	1.45
	1 año o más	1	0.70	0	0
MUCHO	1 semana o menos	4	2.81	2	1.45
	De 1 a 4 semanas	2	1.40	0	0
	De 1 a 12 meses	3	2.11	0	0
TOTALES		142	100	137	100
Esta conducta me pone en riesgo de adquirir una ITS	Y ¿usaste condón?	Seroestatus (Hepatitis B, C y VIH)			
		Positivo		Negativo	
		n	%	n	%
NADA	SI	14	9.85	47	34.30
	NO	70	49.29	56	40.87
POCO	SI	6	4.22	6	4.37
	NO	19	13.38	14	10.21
REGULAR	SI	2	1.40	2	1.45
	NO	10	7.04	5	3.64
BASTANTE	SI	1	0.70	1	0.72
	NO	2	1.40	1	0.72
MUCHO	SI	1	0.70	0	0
	NO	18	12.67	5	3.64
TOTALES		142	100	137	100

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 25. SUSCEPTIBILIDAD PERCIBIDA EN ORIENTACIÓN SEXUAL Y SEROESTATUS.

Esta conducta me pone en riesgo de adquirir una ITS	Cuando has tenido relaciones sexuales ha sido con...	Seroestatus (Hepatitis B, C y VIH)			
		Positivo		Negativo	
		n	%	n	%
NADA	Hombres	10	7.04	12	8.75
	Hombres y Mujeres	2	1.40	0	0
	Mujeres	47	33.09	59	43.06
POCO	Hombres	0	0	6	4.37
	Hombres y Mujeres	1	0.70	0	0
	Mujeres	18	12.67	25	18.24
REGULAR	Hombres	0	0	7	5.10
	Mujeres	22	15.49	9	6.56
	Hombres	2	1.40	0	0
BASTANTE	Hombres y Mujeres	1	0.70	0	0
	Mujeres	9	6.33	3	2.18
	Hombres	6	4.22	4	2.91
MUCHO	Hombres y Mujeres	1	0.70	2	1.45
	Mujeres	23	16.19	10	7.29
	TOTALES	142	100	137	100

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 26. SUSCEPTIBILIDAD PERCIBIDA EN TIPO DE RELACIONES SEXUALES CON PAREJA REGULAR CUANDO PENETRAS Y SEROESTATUS.

Esta conducta me pone en riesgo de adquirir una ITS	Tipo de relación con tu pareja regular cuando penetras																				
	Opción Resp.	Seroestatus Positivo (Hepatitis B, C y VIH)										Seroestatus Negativo (Hepatitis B, C y VIH)									
		Sexo Anal		Sexo Vaginal		Sexo Oral		Sexo Protegido		Sexo Seguro		Sexo Anal		Sexo Vaginal		Sexo Oral		Sexo Protegido		Sexo Seguro	
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
NADA	SI	16	13.7	73	62.9	38	32.7	35	30.1	92	79.3	9	8.8	54	52.9	31	30.4	46	45	61	59.8
	NO	87	75	0	0	58	50	57	49.1	15	12.9	77	75.5	1	.98	48	47	32	31.4	29	28.4
POCO	SI	5	4.3	25	21.5	7	6.03	7	6.03	5	4.3	10	9.8	26	25.5	13	12.5	10	9.8	10	9.8
	NO	1	.86	0	0	0	0	5	4.3	0	0	0	0	1	.98	1	.98	5	4.9	1	.98
REGULAR	SI	3	2.5	8	6.8	5	4.3	4	3.4	2	1.72	4	3.9	10	9.8	6	5.8	3	2.9	0	0
	NO	1	.86	0	0	1	.86	0	0	1	.86	0	0	0	0	0	0	2	1.9	0	0
BASTANTE	SI	1	.86	3	2.5	1	.86	1	.86	1	.86	0	0	4	3.9	0	0	1	.98	0	0
	NO	0	0	0	0	0	0	1	.86	0	0	0	0	0	0	0	0	1	.98	0	0
MUCHO	SI	2	1.72	7	6.03	6	5.17	1	.86	0	0	1	.98	6	5.8	3	2.9	0	0	1	.98
	NO	0	0	0	0	0	0	5	4.3	0	0	1	.98	0	0	0	0	2	1.9	0	0
TOTALES		116	100	116	100	116	100	116	100	116	100	102	100	102	100	102	100	102	100	102	100

TESIS CON
 FALTA DE ORIGEN

TABLA 27. SUSCEPTIBILIDAD EN FRECUENCIA DE USO DEL CONDÓN CON PAREJA REGULAR CUANDO PENETRASY SEROESTATUS.

Fr. uso del condón	Nunca				Casi Nunca				A veces				Casi Siempre				Siempre			
	Positivo		Negativo		Positivo		Negativo		Positivo		Negativo		Positivo		Negativo		Positivo		Negativo	
Seroestatus (Hepatitis B, C y VIH)																				
Nivel de Susceptibilidad	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nada	49	72	26	68.4	5	45.4	6	46.1	10	50	10	58.8	6	60	9	56.2	5	71.4	14	77.7
Poco	10	14.7	6	15.7	3	27.2	6	46.1	5	25	5	29.4	3	30	5	31.2	1	14.3	4	22.2
Regular	1	1.5	4	10.5	3	27.2	0	0	3	15	2	11.8	0	0	2	12.5	1	14.3	0	0
Bastante	1	1.5	1	2.6	0	0	1	7.7	1	5	0	0	1	10	0	0	0	0	0	0
Mucho	7	10.3	1	2.6	0	0	0	0	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Totales	68	100	38	100	11	100	13	100	20	100	17	100	10	100	16	100	7	100	18	100

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

TABLA 28. SUSCEPTIBILIDAD PERCIBIDA EN TIPO DE RELACIONES SEXUALES CON PAREJA REGULAR CUANDO TE PENETRAN Y SEROESTATUS.

Esta conducta me pone en riesgo de adquirir una ITS	Tipo de relación con tu pareja regular cuando te penetran																				
	Opción Resp.	Seroestatus Positivo (Hepatitis B, C y VIH)										Seroestatus Negativo (Hepatitis B, C y VIH)									
		Sexo Anal		Sexo Vaginal		Sexo Oral		Sexo Protegido		Sexo Seguro		Sexo Anal		Sexo Vaginal		Sexo Oral		Sexo Protegido		Sexo Seguro	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
NADA	SI	1	5.8	8	47	3	17.6	2	11.7	11	64.7	0	0	8	30.7	2	7.6	5	19.2	15	57.6
	NO	12	70.5	0	0	10	58.8	6	35.2	2	11.7	21	80.7	0	0	14	53.8	14	53.8	7	26.9
POCO	SI	2	11.7	2	11.7	1	5.8	1	5.8	2	11.7	1	3.8	5	19.2	2	7.6	1	3.8	2	7.6
	NO	0	0	0	0	0	0	1	5.8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3.8
REGULAR	SI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	11.5	8	30.7	4	15.3	5	19.2	1	3.8
BASTANTE	SI	0	0	1	5.8	0	0	2	11.7	0	0	0	0	1	3.8	2	7.6	0	0	0	0
	NO	0	0	0	0	0	0	1	5.8	0	0	1	3.8	0	0	0	0	0	0	0	0
MUCHO	SI	2	11.7	6	35.2	3	17.6	2	11.7	1	5.8	0	0	4	15.3	2	7.6	1	3.8	0	0
	NO	0	0	0	0	0	0	2	11.7	1	5.8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTALES		17	100	17	100	17	100	17	100	17	100	26	100	26	100	26	100	26	100	26	100

TESIS CON
 FALTA DE ORIGEN

TABLA 29. SUSCEPTIBILIDAD EN FRECUENCIA DE USO DEL CONDÓN CON PAREJA REGULAR CUANDO TE PENETRAN Y SEROESTATUS.

Fr. uso del condón	Nunca		Casi Nunca		A veces		Casi Siempre		Siempre											
	Positivo	Negativo	Positivo	Negativo	Positivo	Negativo	Positivo	Negativo	Positivo	Negativo										
Seroestatus (Hepatitis B, C y VIH)																				
Nivel de Susceptibilidad:	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Nada	5	41.6	5	38.5	0	0	1	100	0	0	1	25	0	0	0	0	0	0	1	50
Poco	1	8.3	3	23	0	0	0	0	2	50	1	25	0	0	2	33.3	0	0	1	50
Regular	0	0	4	30.8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	50	0	0	0	0
Bastante	2	16.6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mucho	4	33.3	1	7.8	1	100	0	0	2	50	0	0	0	0	1	16.6	0	0	0	0
Totales	12	100	13	100	1	100	1	100	4	100	4	100	0	100	6	100	0	100	2	100

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

TABLA 30. SUSCEPTIBILIDAD PERCIBIDA EN TIPO DE RELACIONES SEXUALES CON PAREJA(S) OCASIONAL(ES) CUANDO PENETRAS Y SEROESTATUS.

Esta conducta me pone en riesgo de adquirir una ITS	Tipo de relación con tu pareja(s) ocasional(es) cuando penetras																				
	Opción Resp.	Seroestatus Positivo (Hepatitis B, C y VIH)									Seroestatus Negativo (Hepatitis B, C y VIH)										
		Sexo Anal		Sexo Vaginal		Sexo Oral		Sexo Protegido		Sexo Seguro		Sexo Anal		Sexo Vaginal		Sexo Oral		Sexo Protegido		Sexo Seguro	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
NADA	SI	3	5	16	26.6	6	10	14	23.3	39	65	0	0	13	32.5	5	12.5	19	47.5	24	60
	NO	48	80	1	1.6	40	66.6	8	13.3	11	18.3	31	77.5	1	2.5	24	60	6	15	10	25
POCO	SI	2	3.3	12	20	5	8.3	8	13.3	4	6.6	5	12.5	13	32.5	7	17.5	10	25	6	15
	NO	1	1.6	0	0	0	0	5	8.3	0	0	1	2.5	0	0	0	0	1	2.5	0	0
REGULAR	SI	2	3.3	12	20	4	6.6	9	15	4	6.6	2	5	4	10	3	7.5	2	5	0	0
	NO	0	0	0	0	0	0	4	6.6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BASTANTE	SI	0	0	4	6.6	1	1.6	2	3.3	0	0	0	0	7	17.5	1	2.5	0	0	0	0
	NO	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1.6	0	0	0	0	0	0	1	2.5	0	0
MUCHO	SI	4	6.6	15	25	4	6.6	2	3.3	1	1.6	1	2.5	2	5	0	0	0	0	0	0
	NO	0	0	0	0	0	0	8	13.3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2.5	0	0
TOTALES		60	100	60	100	60	100	60	100	60	100	40	100	40	100	40	100	40	100	40	100

TESIS CON
 FALTA DE ORIGEN

TABLA 31. SUSCEPTIBILIDAD EN FRECUENCIA DE USO DEL CONDÓN CON TU(S) PAREJA(S) OCASIONAL(ES) CUANDO PENETRAS Y SEROESTATUS.

Fr. uso del condón	Nunca		Casi Nunca		A veces		Casi Siempre		Siempre											
	Positivo	Negativo	Positivo	Negativo	Positivo	Negativo	Positivo	Negativo	Positivo	Negativo										
Seroestatus (Hepatitis B, C y VIH)																				
Nivel de Susceptibilidad	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%						
Nada	8	33.3	1	16.6	0	0	0	0	0	0	1	20	0	0	1	33.3	6	37.5	14	63.6
Poco	4	16.6	2	33.3	1	50	2	50	1	11.1	3	60	6	66.6	2	66.6	7	43.7	7	31.8
Regular	5	20.8	2	33.3	0	0	0	0	5	55.5	0	0	0	0	0	0	2	12.5	1	4.5
Bastante	1	4.1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	22.2	0	0	0	0	0	0
Mucho	6	25	1	16.6	1	50	2	50	3	33.3	1	20	1	11.1	0	0	1	6.2	0	0
Totales	24	100	6	100	2	100	4	100	9	100	5	100	9	100	3	100	16	100	22	100

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

TABLA 32. SUSCEPTIBILIDAD PERCIBIDA EN TIPO DE RELACIONES SEXUALES CON PAREJA(S) OCASIONAL(ES) CUANDO TE PENETRAN Y SEROESTATUS.

Esta conducta me pone en riesgo de adquirir una ITS	Tipo de relación con tu pareja(s) ocasional(es) cuando te penetran																				
	Seroestatus Positivo (Hepatitis B, C y VIH)						Seroestatus Negativo (Hepatitis B, C y VIH)														
	Opción Resp	Sexo Anal	Sexo Vaginal	Sexo Oral	Sexo Protegido	Sexo Seguro	Sexo Anal	Sexo Vaginal	Sexo Oral	Sexo Protegido	Sexo Seguro	Sexo Anal	Sexo Vaginal	Sexo Oral	Sexo Protegido	Sexo Seguro					
NADA	SI	0	0	0	0	0	0	0	0	2	50	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0
	NO	2	50	2	50	3	75	0	0	1	25	1	100	0	0	1	100	0	0	1	100
POCO	SI	0	0	1	25	0	0	0	0	1	25	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0
	NO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BASTANTE	SI	2	50	0	0	1	25	1	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	NO	0	0	0	0	0	0	2	50	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MUCHO	SI	0	0	1	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	NO	0	0	0	0	0	0	1	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTALES		4	100	4	100	4	100	4	100	4	100	1	100	1	100	1	100	1	100	1	100

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

TABLA 33. SUSCEPTIBILIDAD EN FRECUENCIA DE USO DEL CONDÓN CON TU(S) PAREJA(S) OCASIONAL(ES)
CUANDO TE PENETRAN Y SEROESTATUS.

Fr. uso del condón	Nunca				A veces				Casi Siempre			
	Positivo		Negativo		Positivo		Negativo		Positivo		Negativo	
Seroestatus (Hepatitis B, C y VIH)	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Poco	0	0	0	0	0	0	1	100	1	100	0	0
Bastante	2	66.6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mucho	1	33.3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Totales	3	100	0	0	0	0	1	100	1	100	0	0

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 34. SUSCEPTIBILIDAD PERCIBIDA EN TIPO DE RELACIONES SEXUALES CON TRABAJADORAS(ES) SEXUALES CUANDO PENETRAS Y SEROESTATUS.

Esta conducta me pone en riesgo de adquirir una ITS	Tipo de relación con trabajadoras (es) sexuales cuando penetras																				
	Opción Resp.	Seroestatus Positivo (Hepatitis B, C y VIH)									Seroestatus Negativo (Hepatitis B, C y VIH)										
		Sexo Anal		Sexo Vaginal		Sexo Oral		Sexo Protegido		Sexo Seguro		Sexo Anal		Sexo Vaginal		Sexo Oral		Sexo Protegido		Sexo Seguro	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
NADA	SI	1	3.7	2	7.4	0	0	2	7.4	10	37	0	0	0	0	0	0	2	66.6	2	66.6
	NO	25	92.5	1	3.7	20	74	6	22.2	9	33.3	3	100	0	0	3	100	0	0	1	33.3
POCO	SI	0	0	4	14.8	2	7.4	2	7.4	4	14.8	0	0	1	33.3	0	0	0	0	0	0
	NO	0	0	0	0	0	0	1	3.7	2	7.4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
REGULAR	SI	0	0	4	14.8	0	0	2	7.4	1	3.7	0	0	0	0	0	0	1	33.3	0	0
	NO	0	0	0	0	0	0	1	3.7	2	7.4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BASTANTE	SI	0	0	2	7.4	1	3.7	0	0	0	0	0	0	1	33.3	0	0	0	0	0	0
	NO	0	0	0	0	0	0	1	3.7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MUCHO	SI	1	3.7	14	51.8	4	14.8	3	11.1	1	3.7	0	0	1	33.3	0	0	0	0	0	0
	NO	0	0	0	0	0	0	10	37	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTALES		27	100	27	100	27	100	27	100	27	100	3	100	3	100	3	100	3	100	3	100

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

TABLA 35. SUSCEPTIBILIDAD EN FRECUENCIA DE USO DEL CONDÓN CON TRABAJADORAS(ES) SEXUALES CUANDO PENETRAS Y SEROESTATUS.

Fr. uso del condón	Nunca				A veces				Casi Siempre				Siempre			
	Positivo		Negativo		Positivo		Negativo		Positivo		Negativo		Positivo		Negativo	
Seroestatus (Hepatitis B, C y VIH)																
Nivel de Susceptibilidad	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	25	1	50
Poco	2	14.3	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	3	37.5	0	0
Regular	1	7.1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	12.5	0	0
Bastante	2	14.3	0	0	1	25	0	0	0	0	0	0	0	0	1	50
Mucho	9	64.2	1	100	3	75	0	0	0	0	0	0	2	25	0	0
Totales	14	100	1	100	4	100	0	100	1	100	0	100	8	100	2	100

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

TABLA 36. SUSCEPTIBILIDAD PERCIBIDA CUANDO CONSUMEN ALCOHOL Y/O DROGAS EN LAS RELACIONES SEXUALES, EL USO DE CONDÓN Y SEROESTATUS.

Esta conducta me pone en riesgo de adquirir una ITS	Cuando tomas bebidas alcohólicas y tienes relaciones sexuales ¿usas condón?	Seroestatus (Hepatitis B, C y VIH)				Total	
		Positivo		Negativo		n	%
		n	%	N	%		
NADA	SI	5	5.49	17	18.68	22	24.17
	NO	12	13.18	15	16.48	27	29.66
POCO	SI	1	1.09	4	4.39	5	5.48
	NO	1	1.09	9	9.89	10	10.98
REGULAR	SI	2	2.19	4	4.39	6	6.58
	NO	5	5.49	4	4.39	9	9.88
BASTANTE	NO	1	1.09	2	2.19	3	3.28
	SI	1	1.09	0	0	1	1.09
MUCHO	NO	6	6.59	2	2.19	8	8.78
	SI	1	1.09	0	0	1	1.09
Esta conducta me pone en riesgo de adquirir una ITS	Cuando consumes drogas y tienes relaciones sexuales ¿usas condón?	Seroestatus (Hepatitis B, C y VIH)				Total	
		Positivo		Negativo		n	%
		n	%	N	%		
NADA	SI	0	0	1	1	1	10
	NO	2	20	0	0	2	20
POCO	SI	0	0	1	10	1	10
	SI	0	0	1	10	1	10
BASTANTE	NO	1	10	0	0	1	10
	SI	1	10	0	0	1	10
MUCHO	NO	3	30	0	0	3	30
	SI	1	10	0	0	1	10

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

TABLA 37. SUSCEPTIBILIDAD PERCIBIDA EN TRANFUSION SANGUINEA Y SEROESTATUS.

Esta conducta me pone en riesgo de adquirir una ITS	Me han transfundido sangre	Seroestatus (Hepatitis B, C y VIH)				Total	
		Positivo		Negativo			
		n	%	n	%	n	%
NADA	SI	5	1.68	3	1.01	8	2.70
	NO	108	36.48	138	46.62	246	83.10
POCO	SI	16	5.40	1	.33	17	5.74
	NO	0	0	1	.33	1	.33
REGULAR	SI	6	2.02	2	.67	8	2.70
	NO	0	0	2	.67	2	.67
BASTANTE	SI	4	1.35	0	0	4	1.35
MUCHO	SI	9	3.04	1	1	10	3.37

TABLA 38. SUSCEPTIBILIDAD PERCIBIDA EN TRANSPLANTE DE ORGANOS Y SEROESTATUS.

Esta conducta me pone en riesgo de adquirir una ITS	Me han realizado un trasplante de organo	Seroestatus (Hepatitis B, C y VIH)				Total	
		Positivo		Negativo			
		n	%	n	%	n	%
NADA	SI	1	.33	0	0	1	.33
	NO	147	49.66	145	48.98	292	98.64
REGULAR	NO	0	0	3	1.01	3	1.01

TABLA 39. SUSCEPTIBILIDAD PERCIBIDA EN EL USO DE JERINGAS Y SEROESTATUS.

Esta conducta me pone en riesgo de adquirir una ITS	Me he picado con jeringas usadas	Seroestatus (Hepatitis B, C y VIH)				Total	
		Positivo		Negativo			
		n	%	n	%	n	%
NADA	SI	2	.67	0	0	2	.67
	NO	142	47.97	141	47.63	283	95.60
REGULAR	SI	1	.33	0	0	1	.33
	NO	0	0	2	.67	2	.67
BASTANTE	SI	1	.33	1	.33	2	.67
	NO	0	0	1	.33	1	.33
MUCHO	SI	2	.67	0	0	2	.67
	NO	0	0	3	1.01	3	1.01

TABLA 40. SUSCEPTIBILIDAD PERCIBIDA EN INTERCAMBIO DE SANGRE Y SEROESTATUS.

Esta conducta me pone en riesgo de adquirir una ITS	He hecho pactos de sangre	Seroestatus (Hepatitis B, C y VIH)				Total	
		Positivo		Negativo			
		n	%	n	%	N	%
NADA	SI	1	.33	1	.33	2	.67
	NO	147	49.66	141	47.63	288	97.29
REGULAR	NO	0	0	3	1.01	3	1.01
MUCHO	NO	0	0	3	1.01	3	1.01

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 41. SUSCEPTIBILIDAD PERCIBIDA EN REALIZAR UN TATUAJE Y SEROESTATUS.

Esta conducta me pone en riesgo de adquirir una ITS	Me hice un tatuaje	Seroestatus (Hepatitis B, C y VIH)				Total	
		Positivo		Negativo		N	%
		n	%	n	%		
NADA	SI	4	1,35	2	,67	6	2,02
	NO	135	45,60	135	45,60	270	91,21
POCO	SI	5	1,68	1	,33	6	2,02
	NO	0	0	2	,67	2	,67
REGULAR	SI	0	0	2	,67	2	,67
	NO	0	0	2	,67	2	,67
BASTANTE	SI	1	,33	1	,33	2	,67
	NO	0	0	2	,67	2	,67
MUCHO	SI	1	,33	3	1,01	4	1,35
	NO	2	,67	0	0	2	,67

TABLA 42. PERCEPCIÓN DE RIESGO DE CONTRAER VIH, HEPATITIS B Y C Y SEROESTATUS.

Seroestatus (Hepatitis B, C, VIH)	Positivo		Negativo		Total	
	n	%	n	%	n	%
¿Qué tan en riesgo estás de contraer VIH?						
Nada (0%)	64	21,6	82	27,7	146	49,3
Poco (25%)	42	14,2	44	14,9	86	29,1
Regular (50%)	25	8,4	11	3,7	36	12,2
Bastante (75%)	6	2	5	1,7	11	3,7
Mucho (100%)	11	3,7	6	2	17	5,7
¿Qué tan en riesgo estás de contraer Hepatitis "B"?						
Nada (0%)	40	15,8	73	28,9	113	44,7
Poco (25%)	35	13,8	30	11,9	65	25,7
Regular (50%)	33	13	15	5,9	48	19
Bastante (75%)	8	3,2	1	,4	9	3,6
Mucho (100%)	15	5,9	3	1,2	18	7,1
¿Qué tan en riesgo estás de contraer Hepatitis "C"?						
Nada (0%)	38	15,8	67	27,9	105	43,8
Poco (25%)	29	12,1	29	12,1	58	24,2
Regular (50%)	24	10,0	14	5,8	38	15,8
Bastante (75%)	9	3,8	0	0	9	3,8
Mucho (100%)	27	11,3	3	1,3	30	12,5

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

TABLA 43. NORMA SUBJETIVA (CREENCIA NORMATIVA¹ Y MOTIVACIÓN²) Y SEROESTATUS.

Con respecto a lo que ellos opinan YO ESTOY en...	Aprueba(n) el uso del condón en nuestras relaciones sexuales o en las relaciones sexuales																				
	Opciones de Respuesta	Mi pareja regular				Mi familiar de más confianza				Mis amigos				Mis pareja(s) sex. ocasional(es)				Los medios de comunicación			
		Positivo		Negativo		Positivo		Negativo		Positivo		Negativo		Positivo		Negativo		Positivo		Negativo	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Total Acuerdo	Nunca	63	47	26	20.1	13	15.1	10	7.3	6	6.7	4	2.9	17	28.3	4	9.3	4	2.7	0	0
	A veces	20	14.9	23	17.8	5	5.8	5	3.6	9	10.1	11	8	8	13.3	2	4.6	0	0	1	.67
	Siempre	29	21.6	47	36.4	53	61.6	83	61	45	50.5	60	43.7	20	33.3	28	65.1	128	86.4	116	78.3
Acuerdo	Nunca	2	1.4	4	3.1	1	1.16	3	2.2	2	2.2	2	1.4	4	6.6	0	0	0	0	0	0
	A veces	6	4.4	13	10	1	1.16	8	5.8	2	2.2	15	10.9	3	5	4	9.3	2	1.3	3	2
	Siempre	2	1.4	2	1.5	0	0	11	8	2	2.2	8	5.8	0	0	0	0	3	2	17	11.4
Indiferente	Nunca	2	1.4	0	0	1	1.16	1	.73	2	2.2	3	2.1	1	1.6	1	2.3	0	0	0	0
	A veces	1	.74	4	3.1	0	0	2	1.4	4	4.4	9	6.5	0	0	0	0	0	0	0	0
	Siempre	0	0	0	0	1	1.16	2	1.4	0	0	1	.72	0	0	0	0	2	1.3	2	1.3
Desacuerdo	Nunca	4	2.98	2	1.5	4	4.6	1	.73	3	3.3	7	5.1	2	3.3	1	2.3	2	1.3	1	.67
	A veces	1	.74	5	3.8	2	2.3	4	2.9	9	10.1	9	6.5	3	5	1	2.3	4	2.7	2	1.3
	Siempre	1	.74	0	0	1	1.16	2	1.4	0	0	0	0	0	1	2.3	1	.67	3	2	
Total Desacuerdo	Nunca	0	0	2	1.5	2	2.3	2	1.4	3	3.3	2	1.4	2	3.3	1	2.3	0	0	2	1.3
	A veces	2	1.4	1	.77	1	1.16	2	1.4	1	1.1	6	4.3	0	0	0	0	0	0	0	0
	Siempre	1	.74	0	0	1	1.16	0	0	1	1.1	0	0	0	0	0	0	2	1.3	1	.67
TOTALES		134	100	129	100	86	100	136	100	89	100	137	100	60	100	43	100	148	100	148	100

TESIS CON
 FALTA DE ORIGEN

TABLA 44. NORMA SUBJETIVA (CREENCIA NORMATIVA¹ Y MOTIVACIÓN²) Y SEROESTATUS.

Con respecto a lo que ellos opinan YO ESTOY en...	Aprueba(n) relaciones sexuales con varias parejas																				
	Opciones de Respuesta	Mi pareja regular				Mi familiar de más confianza				Mis amigos				Mis pareja(s) sex. ocasional(es)				Los medios de comunicación			
		Positivo		Negativo		Positivo		Negativo		Positivo		Negativo		Positivo		Negativo		Positivo		Negativo	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Total Acuerdo	Siempre	1	74	0	0	3	3.4	1	74	2	2.2	0	0	4	7.1	0	0	5	3.3	0	0
	A veces	0	0	1	78	2	2.2	1	74	2	2.2	6	4.3	3	5.3	3	7.1	3	2	1	.67
	Nunca	117	87.3	109	85.1	77	87.5	93	68.8	37	41.5	61	44.2	33	58.9	27	64.2	107	72.2	101	68.2
Acuerdo	Siempre	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1.1	3	2.1	0	0	0	0	1	.67	0	0
	A veces	1	74	1	78	0	0	5	3.7	1	1.1	6	4.3	3	5.3	3	7.1	2	1.3	4	2.7
	Nunca	7	5.2	9	7.03	1	1.13	14	10.3	2	2.2	8	5.7	1	1.7	1	2.3	1	.67	11	7.4
Indiferente	Siempre	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5.6	8	5.7	1	1.7	0	0	0	0	2	1.3
	A veces	0	0	2	1.5	0	0	5	3.7	6	6.7	9	6.5	2	3.5	3	7.1	3	2	2	1.3
	Nunca	0	0	2	1.5	1	1.13	2	1.4	1	1.1	0	0	0	0	2	4.7	4	2.7	6	4.05
Desacuerdo	Siempre	0	0	0	0	0	0	0	0	7	7.8	13	9.4	2	3.5	0	0	2	1.3	3	2.02
	A veces	2	1.4	1	78	2	2.2	6	4.4	11	12.3	15	10.8	3	5.3	1	2.3	7	4.7	8	5.4
	Nunca	5	3.7	1	78	1	1.13	2	1.4	1	1.1	1	7.2	0	0	1	2.3	3	2.02	1	.67
Total Desacuerdo	Siempre	0	0	0	0	0	0	2	1.4	4	4.4	4	2.8	1	1.7	0	0	4	2.7	2	1.3
	A veces	0	0	0	0	1	1.13	1	74	9	10.1	3	2.1	2	3.5	0	0	5	3.3	6	4.05
	Nunca	1	74	2	1.5	0	0	3	2.2	0	0	1	7.2	0	0	2	4.7	1	.67	1	.67
TOTALES		134	100	128	100	88	100	135	100	89	100	138	100	56	100	42	100	148	100	148	100

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

TABLA 45. NORMA SUBJETIVA (CREENCIA NORMATIVA¹ Y MOTIVACIÓN²) Y SEROESTATUS.

*Con respecto a lo que ellos opinan YO ESTOY en...	¹ Aprueba(n) el uso de drogas inyectadas o inhaladas																				
	Opciones de Respuesta	Mi pareja regular				Mi familiar de más confianza				Mis amigos				Mis pareja(s) sex. ocasional(es)				Los medios de comunicación			
		Positivo		Negativo		Positivo		Negativo		Positivo		Negativo		Positivo		Negativo		Positivo		Negativo	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Total Acuerdo	Siempre	1	.7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1.6	0	0	1	.67	0	0
	A veces	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1.1	1	.71	1	1.6	0	0	0	0	1	.67
Acuerdo	Nunca	123	91.7	115	89.1	83	93.2	117	85.4	69	76.6	102	73.3	46	77.9	36	85.7	131	88.5	117	79
	Siempre	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	.71	0	0	0	0	0	0	0	0
Indiferente	A veces	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1.1	0	0	1	1.6	0	0	2	1.3	0	0
	Nunca	5	3.7	8	6.2	1	1.1	15	10.9	2	2.2	13	9.3	1	1.6	1	2.3	0	0	12	8.1
Desacuerdo	Siempre	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	.71	0	0	0	0	0	0	1	.67
	A veces	1	.7	0	0	0	0	0	0	5	5.5	6	4.3	1	1.6	0	0	0	0	1	.67
Total Desacuerdo	Nunca	0	0	0	0	2	2.2	0	0	1	1.1	0	0	1	2.3	2	4.7	2	1.3	2	1.3
	Siempre	0	0	0	0	1	1.1	0	0	3	3.3	1	.71	1	1.6	0	0	1	.67	2	1.3
Total	A veces	0	0	1	.7	2	2.2	0	0	4	4.4	8	5.7	2	3.3	0	0	3	2	4	2.7
	Nunca	3	2.2	1	.7	0	0	1	.72	0	0	0	0	2	3.3	1	2.3	2	1.3	1	.67
TOTALES		134	100	129	100	89	100	137	100	90	100	139	100	59	100	42	100	148	100	148	100

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

TABLA 46. NORMA SUBJETIVA (CREENCIA NORMATIVA¹ Y MOTIVACIÓN²) Y SEROESTATUS.

Con respecto a lo que ellos opinan YO ESTOY en...	Aprueba(n) los pactos de sangre																				
	Opciones de Respuesta	Mi pareja regular				Mi familiar de más confianza				Mis amigos				Mis pareja(s) sex. ocasional(es)				Los medios de comunicación			
		Positivo		Negativo		Positivo		Negativo		Positivo		Negativo		Positivo		Negativo		Positivo		Negativo	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Total Acuerdo	Siempre	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2.2	0	0	2	3.4	0	0	1	.67	0	0
	A veces	0	0	0	0	2	2.2	0	0	0	0	0	0	1	1.7	1	2.3	0	0	0	0
	Nunca	119	88.8	116	89.9	79	88.7	117	86	72	80.8	114	82.6	48	82.7	36	85.7	117	79	121	81.7
Acuerdo	Siempre	0	0	0	0	1	1.1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	A veces	1	.74	0	0	2	2.2	0	0	0	0	1	.72	1	1.7	0	0	0	0	0	0
	Nunca	4	2.9	8	6.2	1	1.1	15	11	3	3.3	17	12.3	2	3.4	1	2.3	1	.67	13	8.78
Indiferente	Siempre	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	.67	0	0
	A veces	4	2.9	0	0	0	0	0	0	3	3.3	1	.72	0	0	0	0	0	0	3	2
	Nunca	0	0	0	0	1	1.1	0	0	0	0	1	.72	0	0	0	0	2	1.3	2	1.3
Desacuerdo	Siempre	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	.72	0	0	0	0	0	0	0	0
	A veces	2	1.4	0	0	1	1.1	0	0	4	4.4	1	.72	3	5.1	0	0	8	5.4	2	1.3
	Nunca	1	.74	2	1.5	1	1.1	1	.73	1	1.1	0	0	0	0	1	2.3	0	0	0	0
Total Desacuerdo	Siempre	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2.2	0	0	0	0	0	0	7	4.7	1	.67
	A veces	3	2.2	0	0	1	1.1	0	0	2	2.2	0	0	1	1.7	0	0	9	6	2	1.3
	Nunca	0	0	3	2.3	0	0	3	2.2	0	0	2	1.4	0	0	3	7.1	2	1.3	4	2.7
TOTALES		134	100	129	100	89	100	136	100	89	100	138	100	58	100	42	100	148	100	148	100

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

TABLA 47. NORMA SUBJETIVA (CREENCIA NORMATIVA¹ Y MOTIVACIÓN²) Y SEROESTATUS.

² Con respecto a lo que ellos opinan YO ESTOY en...	¹ Aprueba(n) beber alcohol y tener relaciones sexuales																				
	Opciones de Respuesta	Mi pareja regular				Mi familiar de más confianza				Mis amigos				Mis pareja(s) sex. ocasional(es)				Los medios de comunicación			
		Positivo		Negativo		Positivo		Negativo		Positivo		Negativo		Positivo		Negativo		Positivo		Negativo	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Total Acuerdo	Siempre	5	3.7	2	1.5	4	4.5	3	2.2	6	6.7	8	5.8	6	10	5	11.9	2	1.3	1	.67
	A veces	28	20.8	29	22.4	11	12.5	12	9	9	10.1	10	7.2	13	21.6	9	21.4	4	2.7	4	2.7
	Nunca	70	52.2	74	57.3	58	65.9	80	60.1	33	37	43	31.3	22	36.6	18	42.8	99	66.8	86	58.1
Acuerdo	Siempre	0	0	2	1.5	0	0	0	0	2	2.2	6	4.3	1	1.6	0	0	1	.67	1	.67
	A veces	4	2.9	7	5.4	4	4.5	7	5.2	7	7.8	10	7.2	4	6.6	3	7.1	4	2.7	2	1.3
	Nunca	5	3.7	7	5.4	1	1.1	12	9	2	2.2	8	5.8	1	1.6	1	2.3	2	1.3	11	7.4
Indiferente	Siempre	0	0	0	0	0	0	2	1.5	3	3.3	10	7.2	0	0	0	0	1	.67	2	1.3
	A veces	4	2.9	4	3.1	3	3.4	2	1.5	10	11.2	12	8.7	4	6.6	1	2.3	2	1.3	8	5.4
	Nunca	3	2.2	1	.77	2	2.2	2	1.5	0	0	1	.72	2	3.3	0	0	3	2	9	6
Desacuerdo	Siempre	0	0	0	0	0	0	2	1.5	5	5.6	8	5.8	1	1.6	1	2.3	4	2.7	4	2.7
	A veces	2	1.4	2	1.5	2	2.2	5	3.7	5	5.6	10	7.2	3	5	1	2.3	6	4	7	4.7
	Nunca	7	5.2	2	1.5	0	0	2	1.5	0	0	0	0	1	1.6	1	2.3	0	0	1	.67
Total Desacuerdo	Siempre	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3.3	3	2.1	0	0	0	0	9	6	4	2.7
	A veces	2	1.4	1	.77	3	3.4	1	.75	4	4.4	7	5.1	2	3.3	1	2.3	9	6	6	4
	Nunca	0	0	2	1.5	0	0	3	2.2	0	0	1	.72	0	0	1	2.3	2	1.3	2	1.3
TOTALES		134	100	129	100	88	100	133	100	89	100	137	100	60	100	42	100	148	100	148	100

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

TABLA 48. PRUEBA "T" EN PATRÓN SEXUAL , USO DE CONDÓN Y PATRÓN PARENTERAL.

Diferencias significativas entre los grupos por seroestatus respecto a sus medias	t	p.	Media Positivos	Media Negativos	Diferencia de la Media	gl
Durante las relaciones sexuales con tu pareja regular cuando penetras ¿con que frecuencia usas condón?	3.642	.000	1.94	2.64	.70	216
Durante las relaciones sexuales con tu pareja regular cuando te penetra ¿con que frecuencia usas condón?	2.031	.049	1.53	2.35	.82	41
Durante las relaciones sexuales con tu pareja ocasional cuando penetras ¿con que frecuencia usas condón?	2.758	.007	2.85	3.78	.92	98

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 49. PRUEBA "T" DE SUSCEPTIBILIDAD DE RIESGO DE ADQUIRIR UNA ITS EN PATRÓN SEXUAL Y PATRÓN PARENTERAL.

Diferencias significativas entre los grupos por serostatus respecto a sus medias	t	p.	Media Positivos	Media Negativos	Diferencia de la Media	gl
¿Esta conducta me pone en riesgo de adquirir una ITS?						
Tener relaciones sexuales	4.829	.000	3.00	2.16	.84	294
El núm. de parejas en mi vida	2.232	.026	2.51	2.11	.40	277
La última relación sexual	2.204	.028	1.65	1.39	.26	277
Usar o no condón en la última rel. sex.	3.366	.001	1.92	1.44	.48	277
Mi Orientación Sexual	3.117	.002	2.54	1.99	.55	277
Tener o no sexo protegido con la pareja regular cuando te penetran	2.344	.024	2.59	1.58	1.01	41
Tener o no sexo protegido con la pareja ocasional cuando penetras	3.382	.001	2.42	1.55	.87	98
La frecuencia del uso de condón con la pareja ocasional cuando penetras	2.626	.010	2.67	1.95	.72	98
Usar o no condón al tomar bebidas alcohólicas y tener relaciones sexuales	2.243	.027	2.38	1.75	.63	89
Si me transfunden o no sangre	4.227	.000	1.51	1.09	.42	294
Al hacer o no pactos de sangre	2.359	.019	1	1.2	.12	294

TABLA 50. PRUEBA "T" EN PERCEPCIÓN DE RIESGO.

Diferencias significativas entre los grupos por serostatus respecto a sus medias	t	p.	Media Positivos	Media Negativos	Diferencia de la Media	gl
¿Qué tan en riesgo estás de contraer VIH/SIDA?	2.552	.011	2.04	1.71	.33	294
¿Qué tan en riesgo estás de contraer Hepatitis "B"?	5.625	.000	2.41	1.61	.80	251
¿Qué tan en riesgo estás de contraer Hepatitis "C"?	6.522	.000	2.67	1.61	1.06	238

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 51. PRUEBA "T" EN NORMA SUBJETIVA .

Diferencias significativas entre los grupos por seroestatus respecto a sus medias	t	p.	Media Positivos	Media Negativos	Diferencia de la Media	gl
Creencia Normativa ¹ y Motivación ²						
Mi pareja sex. regular Aprueba el uso del condón en nuestras rel. sex. ¹	3.965	.000	1.72	2.12	.40	261
Con respecto a lo que mi familiar de más confianza dice sobre las rel. sex. con varias parejas, YO ESTOY ²	3.120	.002	1.18	1.60	.42	221
Mis amigos aprueban los pactos de sangre ¹	3.195	.002	2.81	2.96	.15	225
Mi(s) pareja(s) sexual(es) ocasional(es) aprueba(n) el uso del condón en nuestras rel. sex. ¹	3.673	.000	1.90	2.51	.61	101
Mi(s) pareja(s) sex. ocas. aprueba(n) tener rel. sex. con varias parejas ¹	2.536	.013	2.46	2.79	.32	96
Mi(s) pareja(s) sexual(es) ocasional(es) aprueban el uso de drogas inyectadas o inhaladas ¹	2.341	.021	2.78	2.98	.20	99
Mi(s) pareja(s) sex. ocas. aprueban los pactos de sangre ¹	1.995	.049	2.85	2.98	.15	98
Los medios de comunicación aprueban los pactos de sangre ¹	3.488	.001	2.76	2.94	.18	294
Con respecto a lo que los medios de comunicación dicen sobre los pactos de sangre, YO ESTOY ²	2.18	.030	1.70	1.39	.31	294

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 52. Análisis de Varianza Unidireccional (ANOVA-*oneway*) en Patrón Sexual, uso de condón, Patrón Parenteral y Percepción de Riesgo

Diferencia de grupo por seroestatus y género en cuanto a sus medias y varianzas	ANOVA (<i>oneway</i>)				Prueba Post-hoc Sheffé				
	Suma de cuadrados	gl	Media Cuadrática	F	p	Media Mayor	Media Menor	Diferencia de Medias	p
¿Qué tan en riesgo estás de contraer Hepatitis B?	46.123	3	15.374	12.243	.000	H+2.34	H-1.57	.77	.000
						M+2.94	H-1.57	1.37	.000
						M+2.94	M-1.78	1.16	.014
¿Qué tan en riesgo estás de contraer Hepatitis C?	68.084	3	22.695	14.324	.000	H+2.64	H-1.58	1.06	.000
						H+2.64	M-1.71	1.93	.014
						M+2.88	H-1.58	1.29	.003
						M+2.88	M-1.71	1.17	.044

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

Tabla 53. Análisis de Varianza Unidireccional (ANOVA-oneyway) en Susceptibilidad de Riesgo de Patrón Sexual, uso de condón y Patrón Parenteral

Diferencia de grupo por seroestatus y género en cuanto a sus medias y varianzas	ANOVA (oneyway)					Prueba Post-hoc Sheffé			
	Suma de cuadrados	gl	Media Cuadrática	F	p	Media Mayor	Media Menor	Diferencia de Medias	p
Susceptibilidad percibida de adquirir una ITS en...									
¿Has tenido relaciones sexuales? Esta conducta me pone en riesgo de adquirir una ITS	55.901	3	18.634	8.215	.000	H+3.05 H+3.05	M-2.09 H-2.17	.96 .88	.016 .000
En tu última rel. sex. ¿usaste condón? Esta conducta me pone en riesgo de adquirir una ITS	24.372	3	8.124	5.876	.001	H+1.86 M+2.35	H-1.35 H-1.35	.51 1.01	.013 .014
Orientación Sexual... esta conducta me pone en riesgo de adquirir una ITS	23.260	3	7.753	3.565	.015	H+2.51	H-1.95	.57	.036
Me han transfundido sangre... esta conducta me pone en riesgo de adquirir una ITS	13.235	3	4.412	6.037	.001	H+1.50	H-1.08	.43	.002
Me han realizado un trasplante de órgano... esta conducta me pone en riesgo de adquirir una ITS	.413	3	.138	3.505	.016	M-1.13	H+1.00	.13	.018

TESIS CON
 FALTA DE ORIGEN

Tabla 54. Análisis de Varianza Unidireccional (ANOVA-oneway) en Norma Subjetiva (Creencias Normativas¹ y Motivación²)

Diferencia de grupo por seroestatus y género en cuanto a sus medias y varianzas	ANOVA (oneway)					Prueba Post-hoc Sheffé				
	Suma de cuadrados	gl	Media Cuadrática	F	p	Media Mayor	Media Menor	Diferencia de Medias	p	
Mi pareja sexual regular aprueba el uso del condón en nuestras rel. sex. ¹	12.778	3	4.259	6.406	.000	H-2.15 H-2.15	H+1.76 M+1.41	.39 .74	.007 .007	
Con respecto a lo que mi pareja sexual dice del uso del condón en nuestras rel. sex. .YO ESTOY ²	9.382	3	3.127	3.717	.012	M+2.00	H+1.25	.75	.020	
Mis amigos aprueban los pactos de sangre ¹	1.465	3	.488	3.835	.010	H-2.97	H+2.79	.18	.011	
Mi(s) pareja(s) ocasional(es) aprueba(n) el uso del condón en nuestras relaciones sexuales ¹	11.047	3	3.682	5.324	.002	H-2.51	H+1.93	.58	.011	
Los medios de comunicación aprueban los pactos de sangre ¹	2.814	3	.938	5.013	.002	M-3.00	M+2.63	.37	.036	