



3
24 11226
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
"CLINICA MARINA NACIONAL" ISSSTE**

GRADO DE INFORMACION QUE TIENEN LOS
DERECHOHABIENTES DE LA "CLINICA MA-
RINA NACIONAL" ISSSTE SOBRE EL
SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA
ADQUIRIDA.

FALLA DE ORIGEN

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A N :

**DRA. LETICIA BADILLO VELAZQUEZ
DRA. LILIA MERCADO RODRIGUEZ**



ISSSTE

México, D. F.

1990.



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

	Pagina
1. ANTECEDENTES	1
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
3. JUSTIFICACION	20
4. OBJETIVOS	22
5. METODOLOGIA	23
6. ANALISIS Y RESULTADOS	36
7. CONCLUSIONES	39
BIBLIOGRAFIA	41

MARCO CONCEPTUAL

1. ANTECEDENTES

EPIDEMIOLOGIA DEL SIDA EN EL MUNDO Y EN MEXICO

La historia del SIDA es breve (menos de 10 años), aunque oficialmente su inicio data de junio de 1981, cuando se notificaron en Los Angeles California, 5 casos de Pneumocystis carinii en hombres jóvenes homosexuales. Este microbio usualmente solo afecta a personas con deficiencia en su respuesta inmunológica. Un mes después se reportaron 26 casos de Sarcoma de Kaposi asociado a neumonía por P. carinii en hombres homosexuales de Nueva York y California. La aparición de infecciones oportunistas y cánceres en éstos pacientes que ya presentaban deficiencia de la respuesta inmunológica hizo pensar en una nueva (adquirida) inmunodeficiencia de etiología desconocida. (1, 16 y 24)

Para mediados de 1982, se tenía la fuerte sospecha de que la causa de inmunodeficiencia adquirida era un virus transmitido mediante relaciones homosexuales.

En septiembre de ese mismo año los Centros para el Control de Enfermedades de los Estados Unidos formularon la primera definición operacional de casos del síndrome de inmunodeficiencia adquirida, para fines de notificación epidemiológica. Entre 1982 y 1983, se sospecho que este virus tambien se transmitía por vía sanguínea en hemofílicos drogadictos intravenosos y receptores de transfusión. Los casos de infección en recién nacidos confirmaron la transmisión de tipo perinatal. (12, 24, 30, 31 y 32)

El Instituto Pasteur de París, Francia, en mayo de 1983, el grupo de Luc Montagnier logró aislar el agente de SIDA, identificándolo como virus asociado a la linfadenopatía (LAV). A finales de 1983 se habían reportado 3000 casos a nivel mundial. (1, 19 y 21)

En mayo de 1984, en el Instituto Nacional de Cáncer de los Estados Unidos, el Dr. R. Gallo y colaboradores aislaron de pacientes con SIDA un virus al que denominaron HTLV-III (virus linfotrópico T humano tipo III). Previamente, este grupo había aislado otros dos retrovirus humanos. Para ésta etapa, ya se sospechaba la transmisión del virus en relaciones heterosexuales. (12 y 24)

En 1985, se inician las pruebas serológicas para detección de anticuerpos contra VIH en los bancos de sangre de los E.U.A.

Cuando terminó ese año, ya sumaban mas de 24,000 los casos.

En 1986 un comité de taxónomos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso utilizar una sola denominación para el virus causante del SIDA: virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Este

nombre sustituyo a los anteriores (LAV, HTLV-III y otros). A diciembre de 1987, se habían notificado 73,747 casos de SIDA en 129 países del mundo. (11, 13, 19, 21 y 25)

La historia del SIDA en México se puede resumir de la siguiente manera: los primeros casos fueron diagnosticados en 1983, en extranjeros residentes en este país. En 1985, se inicia en los bancos de sangre la utilización de pruebas serológicas en donadores, lo que permitió determinar la magnitud de la infección. En mayo de 1983 se publicó la ley que establece la obligación de practicar pruebas en todos los donadores de sangre. Ese mes cerró con 134 casos de SIDA.

Para diciembre, ya eran 226 los casos. El Consejo de Salubridad General establece entonces que el sida es una enfermedad objeto de vigilancia epidemiológica, y que debía ser notificada en forma inmediata y obligatoria. En mayo de 1987, los casos sumaban 487. Entonces se hicieron modificaciones a la Ley General de Salud. Fundamentalmente se ratificó la obligación de notificar de inmediato los casos de SIDA y seropositivos, y se prohibió la comercialización de la sangre. (16, 21, 26 y 28)

DISTRIBUCION DEL SIDA

SITUACION EN EL MUNDO.- Hasta el 1o. de agosto de 1988 se han reportado a la Organización Mundial de la Salud, 108,176 casos de SIDA en 138 países del mundo: 73% en América (40 países); 14% en Africa (45); 12% en Europa (28); solo un 1% en Asia y Oceanía (25). La propia OMS estima que debido al subregistro de muchos países, el número de casos acumulados de SIDA es de un cuarto de millón; asimismo, se supone que existen entre cinco a diez millones de personas afectadas e infectadas por VIH, por lo que se pronostica la aparición de un millón de nuevos casos durante los próximos cinco años. (19 y 21)

SITUACION EN AMERICA.- Se han notificado 74,735 casos en este continente, de los cuales 68,540 corresponden a Norteamérica: 66,747 se ubican en Estados Unidos y 1,793 en Canadá. México ha reportado 1,628. Los siete países centroamericanos tienen registrados, en conjunto, 277, concentrados principalmente en Honduras (109), Costa Rica (57), Panama (47) y Guatemala (34). En los 25 países del Caribe, la enfermedad se distribuye así: en total, 2,810 casos; 1,374 en Haití, 504 en República Dominicana, 269 en Trinidad y Tobágo, 188 en las Bahamas y 113 en la Guayana Francesa. (8, 12, 22 y 28)

En Sudamérica, los casos suman 3,668: Brasil tiene 2,956, Colombia 174, Argentina 163, Venezuela 140, Peru 81, Chile 77, Ecuador 43, Uruguay 20, Paraguay 8 y Bolivia 6.

Brasil ha notificado cerca de 3,000 casos de SIDA, los cuales se concentran en el sureste en Sao Paulo y río de Janeiro. El 50% ha ocurrido en homosexuales, el 24% en bisexuales, el 7% en drogadictos intravenosos, el 5% en contactos heterosexuales y el resto en otras categorías de transmisión. (2, 11, 19, 21, 25 y 29)

SITUACION EN ESTADOS UNIDOS.- Los 66,747 casos se localizan principalmente en N.Y., San Francisco, Los Angeles, Houston y Nueva Jersey. Una tercera parte corresponde a los cuatro estados que tienen frontera con México. El 63% son hombres homosexuales y bisexuales y el 19% drogadictos intravenosos. El resto se relaciona con otras categorías de transmisión. (29 y 33)

PATRONES DE TRANSMISION DEL SIDA EN EL MUNDO

La transmisión del virus del SIDA en el mundo ha sido diferente en cada región, y se puede resumir en cuatro patrones.

AFRICA Y EL CARIBE.- En Africa los primeros casos aparecieron a principios de los setenta, bajo un clima de problemas sociopolíticos graves, con fenómenos migratorios importantes, y dificultades económicas que agudizaron la falta de infraestructura sanitaria. De acuerdo con las encuestas serológicas, la transmisión es elevada, y ocurre principalmente por contacto heterosexual. En algunas regiones de este continente, hasta el 70% de las mujeres que se dedican a la prostitución están infectadas. La transmisión por transfusión sanguínea constituye un problema de salud pública importantes, y no existe posibilidad de controlarlo en corto plazo. La transmisión perinatal es también frecuente, y en algunas áreas específicas entre el 5 y 15% de las mujeres en edad reproductiva están infectadas. La frecuencia de casos entre hombres y mujeres es semejante.

Existen escasos estudios sobre la repercusión del SIDA en el panorama de morbilidad y mortalidad de estas regiones. Los datos disponibles indican que la incidencia anual es de un caso por 1,000 adultos. Por otro lado, ha cesado la tendencia descendente de la mortalidad infantil. Las causas más importantes de morbilidad y mortalidad continúan siendo las diarreas, la desnutrición, el paludismo, y ahora a estos problemas se ha agregado el SIDA, el cual se está diseminando de áreas urbanas a rurales.

El caso de los países del Caribe es muy similar; Haití y República Dominicana son los más afectados. (2, 5, 8, 9, 13, 14, 22, 28 y 33)

ESTADOS UNIDOS Y EUROPA OCCIDENTAL.- Se registraron los primeros casos a finales de los años setenta. La prevalencia de infección es elevada dentro de grupos con prácticas de alto riesgo, y la transmisión ocurre, principalmente, en hombres homosexuales y en drogadictos intravenosos. La transmisión en transfundidos ya ha sido controlada, y la perinatal es incipiente en áreas hiperendémicas. Por cada 10 casos en hombres, se tiene 1 en mujeres. La notificación es elevada, esto se debe a la frecuencia misma y a la cobertura e infraestructura de los servicios de salud. Se ha observado una tendencia ascendente en casos de SIDA, y también se ha comprobado sus

efectos en la mortalidad, sobre todo en hombres adultos de algunas ciudades de alta endemia, como Nueva York y San Francisco. 9, 10, 11, 17, 24, 25 y 29)

AMERICA LATINA (Excepto el Caribe).- En esta región la transmisión se inició a principios de los ochenta. La prevalencia es moderada en grupos con prácticas de alto riesgo, entre hombres homosexuales y bisexuales, quienes constituyen el puente para la transmisión heterosexual.

En pacientes transfundidos, esta es importante; en algunos países aún no está controlada. La proporción de casos de SIDA en drogadictos intravenosos es menor a la reportada en E.U.A. y Europa. La transmisión perinatal es poco frecuente. En cuanto a la relación de casos de SIDA por sexo, ésta es de 14 a 20 casos en hombres, por uno en mujeres. Por el momento, la distribución del VIH está circunscrita a las grandes ciudades. (2, 4, 8, 9, 20 y 22)

ASIA Y OCEANIA.- El inicio de la transmisión se ubica entre principios y mediados de los ochenta. La prevalencia de la infección es incipiente en grupos con prácticas de alto riesgo. El virus de transmisión en forma reducida entre homosexuales, prostitutas y usuarios de drogas intravenosas. No existen datos de transmisión por hemoderivados, y la perinatal no representa un problema importante en esta región. (14, 19, 21, 30, 31 y 32)

Estos patrones dependen, entre otros factores, de los siguientes: 1) el período transcurrido desde la introducción de VIH en una población determinada; 2) las condiciones sociales de la población, incluyendo los problemas migratorios; 3) los hábitos y costumbres sexuales (educación sexual, frecuencia y características de promiscuidad sexual, prostitución, heterosexualidad, bisexualidad, homosexualidad y otros aspectos); 4) otros hábitos y costumbres (drogadicción intravenosa, escarificación, otros); 5) la infraestructura sanitaria y educativa y la capacidad de respuesta de la sociedad ante la epidemia (algunos países con infraestructura sanitaria adecuada han podido detectar la epidemia en forma temprana, y modificar su comportamiento, especialmente cuando disminuye la transmisión por sangre y hemoderivados); 6) ciertos cofactores que están asociados a la frecuencia y características de algunas enfermedades infecciosas endémicas de las diferentes regiones, como Tuberculosis, infecciones gastrointestinales, enfermedades de transmisión sexual o parasitosis.

Los patrones epidemiológicos ya descritos son de utilidad para analizar los factores que explican globalmente la transmisión del VIH en el interior de cada continente y país. Finalmente, se debe considerar que la distribución del SIDA es resultado de epidemias que se sobrepone unas a otras en un rápido crecimiento. (13, 14, 19, 21, 27 y 28)

SITUACION DEL SIDA EN MEXICO

Hasta el 10. de noviembre de 1989, se han notificado a la OMS 182,463 casos de SIDA en 152 paises. México, en el contexto mundial, ocupa el 11o. lugar, y el 4o. lugar en número de casos en el continente americano, y aporta el 1.9% de los casos a nivel mundial.

Se ha notificado a la Dirección General de Epidemiología, hasta dicha fecha, 3,427 casos, durante octubre se notificaron 311 casos nuevos, la mayoría de los cuales iniciaron su padecimiento durante el 2o. semestre de 1987 y el primer semestre de 1988 el crecimiento de los casos durante este mes fue del 10%. La mayoría de los 311 casos corresponden a reportes extemporáneos de casos que iniciaron su padecimiento en 1987 y 1988 y que fueron captados en las visitas a los hospitales y entidades federativas.

Los estados mas afectados en términos de tasas son: Distrito Federal con 12 casos por cada 100,000 habitantes, Jalisco 9, Morelos 8, Yucatan 6, Coahuila 6 y Colima 5 casos de SIDA por cada 100,000 habitantes.

La transmisión sexual es el predominante con el 81.2% de todos los casos, el 17.6% son por transmisión sanguínea y 1.2% por transmisión perinatal. En la mayoría de los estados, con excepción de Hidalgo, ocurre principalmente en hombres homosexuales y bisexuales. En algunos estados como Baja California y Veracruz, la transmisión en este grupo es dos veces mayor que la que ocurre a nivel nacional.

En lo que se refiere a transmisión heterosexual destacan los estados de México y Puebla, en los que la proporción de casos en heterosexuales es 1.8 veces mayor que la nacional.

En cuanto a los casos en drogadictos intravenosos, el 54.5% del total de estos casos han sido notificados por Jalisco.

Los 39 casos asociados a transmisión perinatal han sido notificados por 11 estados. El D.F., Jalisco y Estado de México concentran el 61.5% de estos casos.

La transmisión sanguínea se ha presentado en la mayoría de los estados, solamente Baja California Sur no ha notificado casos asociados a este tipo de transmisión. En la mayoría de los estados se han presentado en receptores de transfusión.

Han sido notificados 422 casos en mujeres que representan el 12.3% del total. La relación hombre-mujer es ahora de 7:1. En ambos sexos el grupo de edad más afectado es el de 25 a 44 años. En términos de tasas el grupo con mayor riesgo es el de los hombres de 25 a 44 años con 2.1 casos por 10,000 habitantes, representando un riesgo de 2.89 mayor que el de la población masculina total. En el D.F. uno de cada 2,500 hombres de 25 a 44 años ha enfermado de SIDA en las mujeres la tasa es de 0.2 por 10,000 habitantes.

Los grupos ocupacionales que presentan tasas tres veces superiores al resto de la población mayor de 15 años, son los trabajadores de servicios públicos y personales (meseros-as, estilistas, aeromozos, otros) y los empleados administrativos. Los maestros, profesionales, técnicos y funcionarios presentan tasas dos veces mayores. En cambio los comerciantes, obreros, choferes y desempleados presentan tasa semejante al promedio. Los campesinos, estudiantes y amas de casa tienen tasas de menos de una tercera parte que el resto de los habitantes mayores de 15 años.

En hombres adultos la principal vía de transmisión es la sexual, representando el 91.7% de los casos en hombres, las categorías de homo y bisexualidad masculinas representan el 75.4%. La transmisión sanguínea representa el 7.5%. El 6.1 de los casos ocurre en receptores de transfusiones.

En las mujeres, la transmisión sexual representa el 31.2%. Las receptoras de transfusiones constituyen el 68.2% de los casos en mujeres.

En los casos pediátricos, la transmisión sanguínea es la principal (66.6%). Los casos perinatales representan casi una tercera parte del total de casos en niños (30.9%).

En cuanto a las instituciones notificantes, el 40.2% (1,377) ha sido notificado por el IMSS; el 37.9% (1,299) por la Secretaría de Salubridad y Asistencia; el 10.3% (352) por el ISSSTE; y el 11.6% (399 casos) por otras instituciones.

En lo que se refiere al estado actual de los pacientes, el 57.2% (1,959 casos) continúa vivo y el 35.9% (1,230 casos) ha fallecido. Se desconoce el estado actual de 238 pacientes.

El Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado, reporta en sus estadísticas hasta el 30 de septiembre de 1989, 417 casos e infectados por VIH, de los cuales 331 presentan la enfermedad (79.3%) y 86 casos son seropositivos sin manifestaciones aún de la enfermedad (20.7%). de los 331 casos, 283 son hombres (67.8%) y 48 son mujeres (11.5%). De los 86 seropositivos, 69 son hombres (16.6%) y 17 son mujeres (4.1%).

Los grupos de edad más afectados son los de 25 a 34 años y 35 a 44 años, los cuales corresponden al 70% de la población derechohabiente, por lo tanto la más económicamente activa.

El reporte según el estado actual de los pacientes, es: 125 defunciones (37.8%), de las cuales 111 era hombres y 14 mujeres; de los vivos son 137 (41.4%), de los cuales 114 son hombres y 23 son mujeres. Se ignora el estado actual de 69 casos (20.8%), de los cuales 59 son hombres y 10 son mujeres. (8, 13, 14, 16, 23, 25, 26, 28, 30, 31 y 32)

VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

El agente responsable del SIDA, Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), es un virus que pertenece a la familia de los retrovirus, los cuales forman un eslabón entre los ARN-virus y los ADN-virus.

Fuera de las células el VIH existe en la forma de una partícula viral, también llamada virión, cuyo contenido genético es ARN. Al entrar el VIH a una célula humana, una enzima viral denominada transcriptasa reversa o retrotranscriptasa, utiliza el mensaje genético contenido en dos cadenas de ARN del virus para construir sendas moléculas de ADN viral (ADN proviral). Este provirus elaborado en el citoplasma de la célula humana infectada se desplaza al interior del núcleo donde permanece en forma libre o se integra al ADN de la célula, en cualquiera de sus cromosomas.

Ahi puede permanecer en forma latente como provirus o codificar su mensaje a ARN genómico y mensajero, con el objeto de producir nuevos virus (viriones) libres.

El ADN del VIH posee varios grupos de genes, tres de ellos con función estructural, cuatro con función reguladora y dos con función no conocida.

Los genes estructurales son: "gag", "pol" y "env". Los genes reguladores son: LTR (redundancias terminales largas), ubicadas a ambos extremos del provirus, "tat" y "trs"; los grupos con función desconocida son "sor" y "3 orf".

El gag se encarga de producir las proteínas del centro del VIH que revisten al material genético (ARN) junto al cual existen varias copias de transcriptasa reversa. El pol codifica la producción de la enzima retrotranscriptasa responsable de la multiplicación del virus y el "env" se responsabiliza de la síntesis de las glicoproteínas de la envoltura del virus.

Los genes reguladores controlan la actividad genética viral al llevar a cabo funciones tales como: 1) indicar el sitio de inicio y terminación de la lectura de los genes; 2) activar la lectura; 3) inhibir la lectura, y 4) determinar las cantidades de proteínas virales que se vayan a construir.

Los LTR responsables, entre otras acciones, de indicar el sitio de inicio y terminación de la lectura y el "tat" juega un papel muy importante en la amplificación de la replicación viral al igual que el "trs". Lo anterior permite comprender que para que los genes estructurales del virus puedan funciones y el VIH se replique se requiere de la participación de los genes reguladores encargados de "echarlos a andar".

Recientemente se ha descubierto que aún cuando el VIH puede infectar células de algunos insectos e integrar provirus a su ADN, sus células son incapaces de elaborar viriones, debido a que no pueden producir transcriptasa reversa por algún mecanismo intracelular aún no

conocido, exclusivo en los insectos. Esta falla es la reproducción de los VIH en el interior de las células de los insectos impide que estos puedan convertirse en vectores transmisores del VIH.

La gp 110/120 molécula con peso extraordinariamente elevado para un virus, es la responsable de que el VIH reconozca y se adhiera exclusivamente a aquellas células que sean portadoras de un receptor especial colocado en la superficie de la membrana celular conocido como OKT4 o CD4.

En vista de que las células poseen éste receptor, desempeñan una función inmunológica y que después de un tiempo el VIH va a provocar su destrucción, conduciendo con ello a la inmunodeficiencia, es fácil comprender la importancia de la molécula gp 110/120 en la patogénia de la enfermedad.

Debido a que el virus sólo puede infectar células con receptores OKT4 o CD4, una de la estrategias terapéuticas en experimentación consiste en impedir que el VIH se adhiera a dichas células para evitar su propagación. Las principales líneas de investigación al respecto consisten en: 1) producir anticuerpos específicos capaces de unirse al receptor para evitar que el virus pueda hacerlo; 2) sintetizar en forma artificial el fragmento de la gp 110/120 que se une específicamente al receptor, conocido como péptido T, con el objeto de que actúe por competencia con el virus y evitar así que el virus pueda unirse a las células y las infecte.

Puesto que el virus requiere de la transcriptasa reversa para su replicación, otra estrategia terapéutica consiste en impedir la acción de esa enzima evitándose con ello proliferación y propagación viral. Este es el mecanismo de acción que tienen drogas como la Suramina, Ribavirina y AZT.

Por razones aún no claras, el VIH sufre cambios frecuentes en sus genes (mutaciones), particularmente en el "env", lo que conduce a importantes modificaciones conformacionales en su envoltura. Dentro de un mismo individuo, dos virus infectantes pueden diferir entre sí hasta en un 10%, en la estructura glicoprotica de su envoltura, y entre los virus obtenidos de dos personas infectadas puede haber una diferencia de hasta un 30%. Este reviste gran importancia por varias razones: 1) explica la dificultad que tiene el sistema inmunológico para eliminar a un agente tan cambiante; 2) revela la problemática existente para crear una vacuna. Los esfuerzos están concentrados en identificar una porción de las envolturas del virus que no sea cambiante; que permanezca constante en todos los VIH para con ella fabricar la vacuna.

Como ya fué mencionado, el VIH sólo ataca células que poseen en la superficie de su membrana un receptor especial conocido como CD4 u OKT4. Las células que poseen este receptor son los linfocitos T colaboradores (T4 o TH) y las células accesorias de la inmunidad. Las primeras corresponden a glóbulos blancos con una función primordial en la regulación de la respuesta inmune y las células accesorias de la inmunidad corresponden a monocitos/macrófagos, células dendríticas, células de Langerhans y células de la glía, todas ellas responsables de

capturar a los microorganismos, procesarlos y presentarlos de manera apropiada a las células responsables de llevar a cabo la respuesta inmune.

La respuesta inmune puede ser humoral o celular; la primera depende de una variedad de glóbulos blancos conocidos como linfocitos B y la segunda de otra variedad de glóbulos blancos denominados linfocitos T citotóxicos. Los linfocitos B responsables de la inmunidad humoral, llevan a cabo su función mediante la producción de anticuerpos que brindan protección contra bacterias que habitan fuera de las células (estafilococos y estreptococos), así como contra toxinas bacterianas y virus en fase de ataque. Los linfocitos CD8 son los responsables de la inmunidad celular y protegen al individuo contra microorganismos que habitan en el interior de las células (virus ya establecidos, microbacterias, hongos, protozoarios, etc.), así como contra células malignas y transplantes.

Como el VIH ataca solamente células con receptor CD4: Linfocitos T colaboradores y células accesorias de la inmunidad, mientras mayor sea el número de receptores en dichas células, mayor serán sus probabilidades de ser reconocidas e infectadas por el virus. El número de receptores CD4 es muy variable y depende de varios factores, entre otros, de la existencia de infecciones por diversos agentes virales, tales como Citomegalovirus (CMV), virus herpes simples (HSV) y virus Ebstein Barr (EBV). Dado que estos virus utilizan esencialmente los mismos mecanismos de transmisión que el VIH, los individuos infectados por ellos no sólo tienen mayor riesgo de exponerse al VIH sino que sus células serán más ricas en receptores CD4 y sus posibilidades de ser atacadas por el VIH serán mayores que las de una persona previamente sana.

Esto explica en parte, la razón por la cual la promiscuidad constituye un factor de riesgo para adquirir el SIDA.

El VIH, una vez adherido al receptor CD4, fusiona su envoltura a la membrana de la célula y envía sus dos cadenas de ARN y transcriptasa reversa al citoplasma de la célula atacada, para ahí sintetizar dos cadenas de ADN viral (provirus). El ADN proviral, como ya fue señalado, viaja al núcleo de la célula donde permanece libre o se integra al ADN de la célula. Una vez dentro del núcleo puede iniciar la producción de nuevos viriones o permanecer latente durante un tiempo indefinido, conocido clínicamente como Portador Asintomático.

El provirus integrado al ADN de la célula puede permanecer latente sin expresarse, durante meses o años (posiblemente toda la vida del individuo) hasta que un cofactor lo active y lo induzca a producir nuevos virus. Aún no se conocen los cofactores que actúan tanto en la infección inicial de VIH como en su conversión de fase latente, o "portador asintomático", a una fase de infección activa que conduce a un cuadro clínico del complejo relacionado con el SIDA o al SIDA mismo. Se piensa que cualquier agente que sea capaz de activar el sistema inmune (drogas, microorganismos, agentes ambientales) posee un potencial de amplificar la infección o la capacidad de producir la enfermedad. Puesto que el gen "tat" es el responsable de amplificar la replicación del virus, es posible que

algunos de los factores antes señalados sea capaz de activar al "tat" y con ello contribuya a convertir la fase de latencia en fase de infección viral activa. El estudio de estos cofactores permitirá desarrollar estrategias que conduzcan a la prevención y al tratamiento del SIDA.

Una vez que el provirus ha sido activado, los genes estructurales inician la producción de las diversas proteínas virales, las cuales se ensamblan y empaquetan como nuevos viriones a nivel de la superficie celular donde toman para su envoltura parte de la membrana celular. Por lo tanto, la envoltura de los nuevos virus se compone tanto de moléculas propiamente virales producidas bajo control del gen viral "env" como de moléculas obtenidas de la membrana de la célula humana infectada. Aún no se conocen con precisión el mecanismo mediante el cual el VIH provoca destrucción celular. Se ha visto que sólo uno de cada 100,000 linfocitos circulantes en la sangre se encuentra infectado con el virus, cifra muy baja para explicar la severa depresión de linfocitos con que cursan estos pacientes. Esto ha sugerido que tal vez el VIH emplee diversos mecanismos para producir daño celular, algunos directos y otros indirectos. Los mecanismos directos consistirán en el efecto que el virus ejerce sobre la propia célula, tal vez induciéndola a producir sustancias tóxicas para ella, o perforando una membrana al salir. Los mecanismos indirectos dependerían de fenómenos autoinmunes con la producción de anticuerpos o células con acción destructiva (lítica) como son las células asesinas naturales (NK) y las células asesinas dependientes de linfocitos (PAK).

Muy probablemente el mecanismo directo esté más relacionado con el daño de las células TH y el indirecto con el daño de las células accesorias de la inmunidad. Se ha llegado a pensar que la destrucción de una subpoblación especial de células TH explicaría cómo el daño de unas cuantas células alteraría en forma importante el número total de células TH. Recientemente se ha sugerido que el gen "env", que se encuentra muy activo en las células infectadas, puede ser capaz de inducir la producción y formación de células gigantes y la muerte celular en la vecindad de las células TH no infectadas con el virus.

El ataque del VIH a los linfocitos TH, explica como el daño de un subgrupo relativamente pequeño de células puede tener efectos tan profundos e intensos en el sistema inmune, el defecto inmunológico clave de esta enfermedad consiste en una deficiencia cuantitativa y cualitativa de las células TH, lo que motiva pérdida del control de la respuesta inmune. La inmunodeficiencia motivada por esta razón deja al individuo inerte, siendo presa fácil de infecciones y neoplasias que aprovecha la oportunidad para atacar al individuo.

En vista que la inmunodeficiencia celular en esta enfermedad es más grave que la humoral, existe mayor predisposición a infecciones oportunistas por microorganismos intracelulares como son: virus (CMV, VHS, EB, etc.); bacterias (mycobacterium tuberculosis, mycobacterium avium-intracellulare, Salmonellas, etc.); hongos (candida albicans, Cryptococcus neoformans, histoplasma capsulatum, etc.) y protozoarios (Criptosporidium, Pneumocystis carinii, Toxoplasma gondii, etc.). También cursa con predisposición a neoplasias malignas oportunistas como el Sarcoma de Kaposi y el Linfoma No Hodgking.

El otro grupo de células atacadas por el VIH corresponde al de las células accesorias de la inmunidad formado por: 1) monocitos; 2) macrófagos; 3) células dendríticas (presentes en el tejido linfóide); 4) células de Langerhans (presentes en el epitelio de piel y mucosas), y 5) células de la glía (presentes en el SNC). Estas células tienen por función capturar partículas extrañas que entran al organismo (microorganismos, partículas ambientales, etc.) con el objeto de procesarlas y presentarlas en forma adecuada a las células encargadas para llevar a cabo el rechazo inmunológico.

El daño a las células accesorias de la inmunidad contribuye a explicar varios problemas relacionados con la patogénesis de la enfermedad: 1) coadyuva a agravar el estado inmunológico del paciente, ya de por sí deteriorado por la lesión de las células TH; 2) Actúa como reservorio de VIH en la etapa de latencia; 3) sirve como vehículo para transportar el VIH a otros sitios del organismo por las vías linfática y sanguínea, y 4) contribuye con el mecanismo de transmisión sexual.

El semen de un individuo infectado por el VIH posee al virus en forma libre y en forma intracelular dentro de los linfocitos TH presentes en el semen. Al depositarse el semen en una superficie (vagina, ano rectal, etc.) el virus puede pasar a las células con receptores CD4 ahí presentes e infectar al individuo. Este puede ocurrir por dos mecanismos distintos: por un lado si la mucosa se encuentra erosionada, existirá inflamación local y presencia de linfocitos TH los que recibirán a través de la erosión al virus libre o al virus de las células TH del semen; por el otro lado, si la mucosa se encuentra sana, los virus del semen podrán ponerse en contacto con las células de Langerhans del epitelio de la mucosa a las cuales infectarán y emplearán como reservorio y será fuente de transmisión futura a otras células con receptores CD4 o a otra persona en futuros contactos sexuales. (1, 12, 17, 18, 19, 21, 24, 29, 30, 31 y 32)

QUIENES PUEDEN CONTRAER SIDA?

En un sentido estricto, casi cualquier persona puede desarrollar el SIDA, si se expone a sangre infectada o productos hematológicos; sin embargo, la epidemia en Estados Unidos ha detectado algunos individuos con mayor riesgo de adquirir la enfermedad.

1. Varones homosexuales o bisexuales.
2. Toxicómanos que utilizan drogas intravenosas y comparten agujas hipodérmicas.
3. Hemofílicos que han recibido productos hematológicos infectados.
4. Pacientes con transfusiones de productos hematológicos infectados.
5. Compañeros heterosexuales de pacientes con SIDA.
6. Lactantes de padres con SIDA.

7. Casos relacionados con Africa Central.

8. Haitianos.

Probablemente la razón por la que se han afectado en particular estos grupos, refleja el modo de transmisión de la infección y proporciona algunos indicios sobre el o los agentes causales relacionados.

Como es probable que algunas personas en estos grupos se comporten de manera que las lleve a estar expuestas al virus o como pueden haber recibido o donado sangre o sus derivados, por lo que se les clasifica como grupos de Alto Riesgo. Por lo general en Europa y Estados Unidos la distribución entre dichas categorías ha permanecido constante desde 1981. Mas del 90% de todos los casos estadounidenses y europeos están constituidos por hombres, en su mayoría de 20 a 49 años de edad. Los niños menores de 13 años comprenden menos del 3% de los casos.

En Africa y Haiti muy pocos enfermos de SIDA notifican que sostienen relaciones homosexuales o bisexuales. En Africa, del 35 al 57% de los casos declarados son mujeres. Esto indica que las relaciones heterosexuales constituyen una vía importante de transmisión, a la par que el uso de inyecciones intramusculares. Como el virus que causa el SIDA puede transmitirse durante el embarazo y el parto muchos lactantes pueden contraer la enfermedad. En Kampala, Uganda hasta un 14% de las embarazadas estudiadas, están infectadas con el VIH.

Varones homosexuales o bisexuales.- Del 90 al 95% de los casos de SIDA ocurre en varones y unos dos tercios de ellos han sido homosexuales o bisexuales. Se piensa que en algunas partes de la comunidad homosexual de San Francisco el riesgo de contraerlo es de 1 por 350 habitantes. Casi el 90% de los varones homosexuales con SIDA han tenido entre 20 y 40 años al establecerse el diagnóstico y provienen de todos los principales grupos raciales de Estados Unidos. Se piensa que en homosexuales el riesgo de contraer SIDA, se relaciona con la exposición a semen o sangre durante las relaciones sexuales anales y con múltiples compañeros casuales o anónimos. La infección por el VIH dentro de la población homosexual indica que para su transmisión se requiere un contacto muy cercano, casi siempre la penetración en relaciones sexuales anales.

Toxicómanos que utilizan drogas intravenosas.- Entre los varones y mujeres heterosexuales con SIDA en Estados Unidos, un 60% utilizan drogas intravenosas, en especial heroína y cocaína. Las drogas no causan en si esta afección, sin embargo con frecuencia se comparten las agujas utilizadas para inyectar las drogas entre varios toxicómanos; y quienes utilizan drogas intravenosas rentan agujas. Un agente infeccioso puede transmitirse con facilidad utilizando agujas contaminadas con sangre para inyectar drogas, en forma similar a la transmisión de la Hepatitis B.

Hemofílicos.- El desarrollo del SIDA en hemofílicos en Estados Unidos se señaló por primera vez en 1982. En ausencia de cualquier factor de riesgo obvio en este grupo de pacientes, se ha dado mayor atención a los factores de coagulación como posible fuente de transmisión.

Los hemofílicos sufren un defecto hereditario en el mecanismo de coagulación de la sangre, ya que faltan uno o dos de los factores esenciales para la formación de coágulos; lesiones leves pueden entonces causar una hemorragia mortal. Para llevar una vida razonablemente normal requieren transfusiones regulares de los factores de coagulación (VIII o IX) que les faltan. Por lo tanto, la persona debe exponerse a decenas de millares de donadores cada año. Si uno de ellos es portador de SIDA puede transmitirse por la sangre donada el agente VIH. De ahí que los hemofílico tienen mayor riesgo de contraer SIDA que los receptores de otras transfusiones de sangre que se relacionan con pocos donadores. El SIDA es hoy en día la complicación más importante del tratamiento de la hemofilia.

Compañeros heterosexuales de pacientes con SIDA.- Una característica epidemiológica muy notable del SIDA es su falta de diseminación amplia en la comunidad. Sólo se ha señalado una propagación limitada de contactos sexuales femeninos. Ellos son muy diferentes al cuadro de las enfermedades de transmisión sexual usuales. Diversos estudios sugieren que el SIDA puede transmitirse en forma heterosexual. En la mayor parte de estos casos las mujeres han tenido relaciones sexuales con varones sidosos o que pertenecen a los grupos de riesgo.

SIDA INFANTIL.- Los informes de SIDA en lactantes nacidos de padres con riesgo de SIDA sugieren que el virus pasa de la madre al niño por vía transplacentaria o que puede ocurrir a través de la leche materna. La enfermedad en niños difiere de la de adultos en que hasta la fecha una mitad tiene SIDA plenamente manifiesto y el resto un trastorno mas leve-el complejo relacionado con el SIDA. En la actualidad, en niños también es raro el Sarcoma de Kaposi relacionado con el SIDA. La transmisión perinatal se apoya en los siguientes hechos: el inicio temprano de la enfermedad en algunos lactantes aunado a que en muchos casos la madre del niño correspondía a alguno de los grupos con alto riesgo de SIDA. Recientemente en E.U.A. un lactante de un varón hemofílico desarrolló SIDA junto con su madre, se penso que en este caso, el agente se transmitió del varón a la mujer durante las relaciones heterosexuales normales y de la madre al hijo probablemente a través de la placenta (in utero) o durante el nacimiento. Así mismo, es posible que se haya transmitido después de nacer por la leche materna.

Casos relacionados con Africa Central .- Al parecer el SIDA ocurre comúnmente en Zaire, Zambia, Uganda y otros países del Africa ecuatorial. Entre los casos de SIDA en Bélgica y Francia hay un grupo relativamente grande relacionado con Zaire u otros países del Africa central. Su presencia en Africa central es interesante, ya que en esta área, el sarcoma de Kaposi es endémico (propio aunque no exclusivo de la región), se ha pensado que la frecuencia tan alta del sarcoma de Kaposi en Africa central indica que el SIDA se originó en esta región. La falta general de instalaciones médicas y la presencia de muchas

otras infecciones evitarían descubrir una afección por inmunodeficiencia. Mas aún, en un ambiente con mortalidad infantil tan elevada en particular con enfermedades infecciosas, es posible que no se identifiquen los casos de SIDA. También se ha pensado que la transmisión de este trastorno en Africa rural puede ser básicamente por contacto homosexual, aunque este hecho es un tabú en Africa ecuatorial y Haití, y es difícil obtener información sobre la vida sexual de los africanos. No obstante, el alto grado de poligamia practicada por los mas viejos de las tribus puede fomentar una fase homosexual en varones jóvenes. En el transcurso de los años han vivido en Zaire unos 14,000 haitianos y la hipótesis supone que los individuos sensibles llevaron el SIDA nuevamente a Haití después de sus visitas de trabajo. Haití también es una isla favorita para festividades de homosexuales estadounidenses. Sin embargo, pruebas recientes sugieren que es posible que en africanos el principal método de transmisión sea el contacto heterosexual. La relación entre hombres y mujeres es Africa, que padecen SIDA es de uno a uno, a la vez el factor importante es el grado de exposición al agente y no el tipo de relación sexual. Es mucho más probable que en Africa se disemine por jeringas hipodérmicas sucias ya que es muy común que se inyecte con la misma aguja a las numerosas personas que se vacunen. El surgimiento del SIDA desde Africa tal vez se haya debido a los cambios de población de las comunidades rurales o ciudades. Habría entonces una gran posibilidad de contacto con visitantes extranjeros que podrían llevar el agente de esta enfermedad a nuevas localidades como EUA., pero esto es solo una especulación. Por último se ha propuesto que la epidemia de SIDA fue causada por las actividades ilícitas de contrabandistas internacionales de sangre que compran plasma barato en Africa Central y el Caribe y lo venden a compañías estadounidenses que manufacturan factor VIII, diseminándose con rapidez, en particular en una población promiscua sin resistencia natural al mismo.

Haití .- No es fácil explicar la frecuencia elevada de SIDA en los haitianos que viven en ese país o en quienes han emigrado a EUA., Canadá etc.. En algunos de estos pacientes la homosexualidad y la toxicomanía no han sido factores de riesgo obvios, pero en otros si. Además ha surgido la interrogante sobre la localización de esta enfermedad solo en habitantes de esta isla del Caribe. Una hipótesis señala que es posible que Haití haya sido la fuente real de la epidemia de SIDA, sin embargo no se observaron casos de SIDA en esta isla hasta 1979, un año después que comenzó la epidemia actual. En consecuencia, parece probable que se haya presentado antes en E.U.A. que aquí. Aun no se sabe con exactitud como se llevó al agente del SIDA a este país. Una posibilidad es el contacto homosexual en festividades de estadounidenses para quienes la isla ha sido un lugar atractivo. Pero pocos haitianos han admitido actividades homosexuales por los tabúes contra esta costumbre, mas se sabe que en ese país hay prostitución homosexual en varones. Los prostitutas varones son invariablemente haitianos heterosexuales, por lo general con familia, que recurren a esta actividad para complementar sus ingresos. En consecuencia, es posible que el contacto homosexual entre haitianos y turistas estadounidenses haya introducido el SIDA en Haití. Por incertidumbre relacionada con Haití, y pruebas recientes que sugieren contacto hetero sexual y exposición a agujas contaminadas, ya no se considera a los haitianos como una categoría separada de riesgo. Los

haitianos se han quejado de discriminación en E.U.A. y una disminución importante del turismo como resultado de la publicidad relacionada con el SIDA. (2, 3, 5, 7, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 29, 30, 31 y 32)

SIDA PROBLEMA DE SALUD PUBLICA

En octubre de 1988, tuvo lugar en Zihuatanejo el primer Simposio Internacional de Educación y Comunicación sobre el SIDA. Expertos en salud pública, planeación, psicología, educación y comunicación de 68 países intercambiaron experiencias respecto a las campañas y programas de educación e información que cada nación ha aplicado en su contexto social, cultural, económico, político y de valores humanos.

Cierto es que hay estrategias mundiales como resultado de las diferentes reuniones que se han organizado desde la aparición del SIDA en 1981, siempre bajo la dirección y coordinación de la Organización Mundial de la Salud. Pero las innovaciones y resultados de los programas de educación e información solo pueden analizarse y evaluarse en el contexto de cada país.

Aunque la estrategia mundial de prevención y lucha contra el SIDA (junio de 1987.40a. Asamblea Mundial de la Salud), ya consideraba a la información como un elemento esencial para la lucha contra el SIDA, fue hasta el 28 de enero de 1988, en la Cumbre Mundial de Ministros de Salud, cuando la información y educación se convierten en los componentes más importantes de todo programa nacional contra el SIDA. Londres fue sede de esta reunión, en la que los ministros de Salud de 148 países ratificaron una vez más la ausencia de una vacuna y una cura contra el SIDA y reconocieron, en cambio, a la información y a la educación, como las principales aliadas para evitar la propagación de esta pandemia del siglo XX. Todos los representantes comprometieron a sus gobiernos, con la firma de la declaración de Londres, a ejecutar estas dos acciones.

Para hacer un balance sobre el Simposio Internacional de Ixtapa, hablar de las acciones y recomendaciones del Consejo Nacional de Prevención y Control del SIDA (CONASIDA), así como de la responsabilidad de cada uno de nosotros ante este problema mundial.

Es evidente que a nivel mundial hay unos programas más efectivos que otros. La evaluación de las campañas ha demostrado que aún falta mucho por hacer, que la educación y la información no son las únicas formas para abatir el SIDA. Constatamos que existe una enorme distancia entre los conocimientos y las prácticas. Nos hemos limitado a informar y descubrimos que la gente ya sabe que es el SIDA, como se transmite y como puede prevenirse; sin embargo no esta incorporando esa información a sus experiencias sexuales-forma de contagio de mayor incidencia-ni evitando prácticas riesgosas.

Por lo tanto tendremos que ser mas agresivos, ya que no basta dar información, pues debemos utilizar técnicas de mercadotecnia y de comunicación, para que con mensajes reiterativos y continuos logremos cambiar actitudes. Cuando una agencia promueve una nueva marca gasta millones, de pesos en publicidad. Necesitamos ese tipo de agresividad mercadotécnica, vender las medidas de protección contra el SIDA lo

cual es fácil, ésta información fué expuesta por el presidente del Comité Organizador de Simposium Internacional de Ixtapa, Dr. Sepúlveda Amor.

A sugerencia de la OMS se creó, en febrero de 1986 el Comité Nacional de Prevención del SIDA (CONASIDA) para coordinar los esfuerzos en la lucha contra la enfermedad. Mas tarde este Comité se constituyó en un Consejo, al considerar que la infección por el VIH representaba un problema grave para la salud de la población por su vertiginosa y fácil diseminación, se hicieron necesarias acciones decisivas para su prevención y control. Así, se constituyó por decreto presidencial publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24 de agosto de 1986, el Consejo Nacional para la Prevención y Control de SIDA, que vino a legitimar al CONASIDA.

El CONASIDA, es un órgano desconcentrado de la S.S.A. integrado por miembros del sector salud, otras instancias del gobierno y de los sectores civil y privado. Busca sobre todo calificación técnica y autoridad moral, a través de un grupo interdisciplinario y otro interinstitucional. Trata de ser un organismo representativo, de captar las distintas corrientes de opinión de nuestra sociedad plural. La educación e información sobre el SIDA deben darse de manera efectiva, pero además necesita el apoyo de la mayor parte de la sociedad, para no estar condenadas al fracaso.

Es importante señalar que el número de casos del SIDA se duplica 7.7 meses en promedio.

El SIDA va más allá de los individuos y los grupos, afecta a los estados y a la humanidad entera, esto refleja claramente en el campo económico. El costo del tratamiento infructuoso de un paciente con esta enfermedad es muy alto ya que en sus etapas finales requiere hospitalización.

La prevención es cara, ya que implica campañas sostenidas e intensas de educación para la salud, la realización de pruebas diagnósticas, la revisión de la sangre para transfusión y muchas otras actividades concretas.

La mayoría de los enfermos no puede pagar por su atención y acaba a cargo del estado o de instituciones particulares de ayuda al prójimo. Desde este punto de vista, los recursos necesarios para la atención de los pacientes podrían ser utilizados en el tratamiento de enfermedades prevenibles. Esto plantea un dilema a los países pobres que han debido re canalizar sus recursos en materia de salud para afrontar la epidemia. Es claro que no todos los países lo han logrado, como lo atestigua el alarmante número de personas portadoras del virus de algunas regiones de Africa.

Una meta importante es despertar la conciencia de que la enfermedad potencialmente afecta a todos, pero hay un hecho que debe tomarse en cuenta y es que el SIDA tiene el estigma de ser una enfermedad que resulta de "portarse mal". (6, 8, 13, 15, 18, 21, 22, 25, 26, 27 y 28)

PROGRAMAS DE EDUCACION CONTRA EL SIDA

Hasta que se encuentre la cura o vacuna para la infección contra el VIH, la única forma de evitar el contagio de la enfermedad es modificando el comportamiento de la población, esto es, lo que actualmente se considera comportamiento de alto riesgo con respecto al SIDA, mediante la educación en salud y los programas de comunicación que informen a la población sobre los peligros que encierran la infección por el VIH y que aconsejen a la población para que adopten medidas preventivas.

A fin de modificar el comportamiento de la población que se encuentra actualmente en riesgo de contraer la enfermedad, los programas de educación tienen que:

- 1.- Identificar a un grupo determinado al que se debe llegar.
- 2.- Crear los mensajes mas apropiados para dicho público.
- 3.- Emplear los mejores medios de comunicación y difusión, así como las fuentes mas convincentes para llegar a ese público.
- 4.- Evaluar y mejorar dichos programas en colaboración mas estrecha con el público al cual se pueda llegar.

Como el VIH sólo se propaga por algunas vías y sólo son necesarias algunas medidas preventivas, es menester que todos los sectores de la población reciban la misma información básica sobre el SIDA.

Además de diseñarse mensajes para un público muy vasto, también deben diseñarse programas para ciertos públicos clave. Los públicos que tendrán que incluirse son los siguientes:

- 1). Grupos de alto riesgo: hombres homo y bisexuales, hemofílicos, hombres y mujeres que ejercen la prostitución, pacientes de clínicas que tratan enfermedades sexualmente transmisibles, personas con numerosos compañeros sexuales, drogadictos por vía intravenosa o los compañeros de todos los que forman cualquiera de los grupos anteriormente mencionados.
- 2). Jóvenes, incluidos los que están por entrar a la pubertad.
- 3). Padres de familia.
- 4). Maestros
- 5). Empleados
- 6). Medios de información
- 7). Formuladores de política
- 8). Donadores de sangre
- 9). Personal de servicios de salud.

Los programas de educación en gran escala para el público en general no se iniciaron sino hasta marzo de 1986 en que el gobierno suizo distribuyó folletos de 10 páginas sobre el SIDA a todos los hogares del país. El programa Australiano presenta anuncios en la radio y la prensa en los que se promoverá el condón. Algunas organizaciones privadas como la Cruz Roja Americana han filmado películas y preparado diapositivas y otro material educativo para uso general o para adaptarlo a un público determinado. En American Latina el Ministerio de Salud Brasileño presentó anuncios en la televisión durante las fiestas de carnaval con objeto de inculcar el uso del condón. En Chile desde 1984, el gobierno financió el costo de una línea telefónica especial sobre SIDA, en las que se han recibido más de 300 llamadas diarias, en su mayoría hombres. En Uganda, el Ministerio de Salud distribuyó carteles que recomiendan el uso de condones y reducir el número de compañeros sexuales, todo esto en hospitales y clínicas. (3, 5, 8, 9, 13, 14, 18, 20, 30, 31 y 32)

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El SIDA se ha convertido, a partir de 1981, en un problema grave de salud pública, que ha movilizad o esfuerzos a nivel internacional, con miras a disminuir las repercusiones de esta enfermedad en el futuro inmediato, y sobre todo a mediano y largo plazos. Estimaciones realizadas por la Organización Mundial de Salud prevén un futuro poco optimista en cuanto al número de casos pronosticados para 1991 -alrededor de un millón a nivel mundial-. En nuestro país, las predicciones son poco alentadoras también: se calcula que el número de casos acumulados para el mismo año podría llegar a ser de 74,000. Hasta el momento, y a pesar de los grandes avances en el conocimiento de la naturaleza de la infección por VIH, y de los últimos protocolos de investigación de tratamientos que curen la inmunodeficiencia subyacente, o de la experimentación de vacunas en humanos, es muy probable que no se encuentre algún elemento inmunopreventivo -vacunas- ni tratamiento efectivo en los próximos 5 ó 10 años. Es, por tanto, de vital importancia concentrar los esfuerzos en un principio fundamental: la prevención.

La prevención en el caso del VIH/SIDA se centra fundamentalmente en dos tipos de acciones, la primera corresponde a un nivel social, en donde las autoridades sanitarias ejerzan medidas para evitar la transmisión del VIH a través de la transfusión de la sangre humana de sus derivados o en usos terapéuticos, con los programas de detección. La segunda corresponde a la modificación del comportamiento de los individuos en cuanto a prácticas que implican riesgo o probabilidad de adquirir infección por VIH y progresar a SIDA. Esta acción debe estar constituida por un programa de educación-comunicación emitido tanto por autoridades de salud y educación, como por la sociedad civil, y dirigido hacia toda la colectividad, de acuerdo, por un lado, por un programa que considere las necesidades de los diferentes segmentos poblacionales, y por otro, con etapas sucesivas en la profundidad de los conceptos emitidos.

Porque el SIDA constituye un grave problema de salud pública, y sus mecanismos de transmisión incluyen la vía sexual, perinatal y sanguínea y porque es una enfermedad mortal e incurable, implica medios y prejuicios en toda la población, casi independientemente de su estado de exposición al VIH. Por lo tanto, es necesario incluir a toda la población en programas informativos, y algunos de sus subgrupos en programas de reducción de riesgo.

3. JUSTIFICACION.

En cerca de una década, el SIDA se convirtió en epidemia, y posteriormente en pandemia, así como en un tema de estudio clínico a nivel mundial, no sólo en los países industrializados sino también en aquellos en proceso de desarrollo, y su naturaleza modificó por igual la conciencia de grupos progresistas y liberales, conservadores y religiosos, en este mismo lapso, la búsqueda de la vacuna o de la droga que lo cure, ha representado una importantísima empresa para un gran número de centros de investigación científica. También en estos últimos 10 años las cifras se han multiplicado con extrema rapidez; y en un mundo donde la interdependencia y la comunicación son el signo de nuestro tiempo, se agudizó la conciencia no sólo de la magnitud de los casos ocurridos, sino, fundamentalmente, de lo que puede ocurrir a la vuelta de unos cuantos años.

Fue en 1983 cuando se informó en México de la existencia de esta nueva enfermedad. Los pocos casos que para ese tiempo habían aparecido, todos en personas cuyo contagio había ocurrido fuera del país, no podían anticipar las características de una epidemia de proporciones tan severas.

El SIDA se ha afirmado en distintas ocasiones, es problema grave de salud pública, por la rapidez de diseminación del virus que lo causa; porque, hasta ahora es inevitablemente letal; porque afecta de manera directa al sistema inmunológico; porque una de sus tres vías de transmisión, la más importante en relación con el número de casos, es el contacto sexual; porque requiere de medidas públicas de prevención, ya que no se previene en lo inmediato, ni en los próximos años, el descubrimiento de una droga efectiva, o de una vacuna que pueda prevenirlo; porque su combate requiere y requerirá de cuantiosos recursos económicos; porque su ocurrencia específica en personas tiene serias repercusiones sociales de segregación y estigmatización.

En México, al igual que en otros países debemos conjuntar esfuerzos propios y externos, para contender contra este tremendo desafío.

A pesar de que la información y la educación se han considerado como los mejores aliados para prevenir el SIDA, estos no han sido suficientes, por lo que nos vemos obligados a investigar que nivel de información tiene la población derechohabiente de 15 años de edad en adelante de la Clínica Marina Nacional del ISSSTE acerca de éste síndrome.

Es a nosotros los profesionales del primer nivel de atención a la salud a los que corresponde frenar esta epidemia, ya que nuestra institución representa el 10% de los casos notificados en México, además de que las estadísticas muestran que los trabajadores servidores públicos son los más afectados y es el tipo de pacientes a los que se atiende en nuestra institución y que la vulnerabilidad a esta enfermedad es muy importante en los grupos de edades de 25 a 34 años y de 35 a 44 años, lo cual es impactante ya que casi el 70% de la población del Instituto, lo forman estos grupos etarios, además de que se trata de población económicamente activa.

Logrando identificar el nivel de información que tienen nuestros derechohabientes, podremos implementar programas de información básica dirigidos específicamente a nuestra población de acuerdo a sus características socioeconómicas y culturales, para prevenir los contagios y sus mecanismos de transmisión, para posteriormente lograr cambios de conducta que favorezcan a la población expuesta a factores de riesgo.

4. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

Identificar la información que la población derechohabiente usuaria, adscrita a la Clínica Marina Nacional, ambos sexos, de 15 años de edad en adelante, tiene respecto del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Medir el grado de información que la población usuaria de 20 a 49 años de edad, ambos sexos, tiene respecto al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
- Identificar los factores de riesgo más frecuentes entre la población usuaria, de ambos sexos en la Clínica Marina Nacional.
- Conocer el nivel de aceptación que en general tiene la población usuaria de la Clínica Marina Nacional respecto al paciente con SIDA (familiar).
- Conocer las medidas de protección (condón) que el derechohabiente usuario de la Clínica Marina Nacional utiliza respecto al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

5. METODOLOGIA

5.1.- TIPO DE ESTUDIO.

Observacional, Descriptivo y de Corte Transversal.

5.2.- POBLACION, LUGAR Y TIEMPO.

El estudio se realizó en la población derechohabiente usuaria de la Clínica "Marina Nacional", durante 10 días hábiles en el mes de diciembre de 1989.

La muestra se tomó de la población usuaria que acudió a consulta durante el mes de diciembre de 1989 (120 DH). Esta muestra se seleccionó al azar en ambos turnos. Se les aplicó un cuestionario de 35 preguntas, de las cuales 20 son referentes a Información General y 15 a Factores de riesgo, ésta encuesta fue directa no dirigida, y el investigador no intervino en las respuestas.

5.2.1.- CRITERIOS DE INCLUSION.

- A) Ser derechohabiente de la Clínica Marina Nacional.
- B) Ambos sexos.
- C) Tener de 15 años de edad en adelante.

5.2.2.- CRITERIOS DE EXCLUSION.

- A) Pacientes derechohabientes.
- B) Menores de 15 años de edad.

5.2.3.- CRITERIOS DE ELIMINACION.

- A) Pacientes que padezcan la enfermedad.
- B) Pacientes que no quieran cooperar.

5.3.- INFORMACION A RECOLECTAR.

Las variables características que se tomaron en cuenta fueron: edad, sexo, ocupación, estado civil, escolaridad, lugar de nacimiento y lugar de residencia actual.

5.4.- PLANES PARA RECOLECCION DE LA INFORMACION.

La información a recolectar esta contenida en el instrumento de recolección (anexo), con un total de 35 preguntas, los apartados que contiene son los siguientes.

5.4.1.- Ficha de identificación: edad, sexo, ocupación, estado civil, escolaridad, lugar de nacimiento y lugar de residencia actual.

5.4.2.- Información general sobre SIDA (20 preguntas).

5.4.3.- Factores de Riesgo (15 preguntas).

- Se anexa instrumento de recolección -

5.5.- PLANES PARA LA PRESENTACION Y EL ANALISIS DE LA INFORMACION.

De acuerdo a nuestras variables, se clasificarán de la siguiente forma:

5.5.1.- Edad:

- De 15 a 24 años (1)
- 25 a 34 años (2)
- 35 a 44 años (3)
- 45 a 54 años (4)
- 55 a 64 años (5)
- 65 a 74 años (6)
- 75 a + años (7)

5.5.2.- Sexo.

- Femenino (1)
- Masculino (2)

5.5.3.- Estado Civil:

- Soltero (1)
- Casado (2)
- Viudo (3)
- Divorciado (4)
- Union Libre (5)
- Separado (6)

5.5.4.- Escolaridad:

- Primaria (1)
- Secundaria (2)
- Prepa-Técnico (3)
- Profesional (4)
- Posgrado (5)

5.5.5.- Ocupación:

- Hogar (1)
- Estudiante (2)
- Obrero (3)

Empleado (4)
Profesionista (5)
Pensionado (6)

5.5.6.- Lugar de Nacimiento:

Se dio un numero progresivo, de acuerdo al orden alfabético de los diferentes estados de la República Mexicana.

5.5.7.- Lugar de residencia actual.

Todos radican en el Distrito Federal.

5.6.- Las variables anteriores serán concentradas en tarjetas simples de acuerdo a la clasificación .

Solamente se calificará la primera parte del cuestionario (Información general sobre SIDA) la que consta de 20 preguntas, mediante la siguiente escala:

De 17 a 20 respuestas correctas = Buena información
De 13 a 16 respuestas correctas = Regular información
De 0 a 12 respuestas correctas = Mala información

La segunda parte del cuestionario, la que consta de 15 preguntas, solo será revisada para detectar factores de riesgo entre la población general.

Posteriormente los resultados serán presentados en cuadros de contingencia y gráficas.

UNIDAD INVESTIGADORA "CLINICA MARINA NACIONAL".

1 9 8 9

INFORMACION SOBRE SIDA.

I.- DATOS GENERALES.

Edad _____ Sexo _____ Ocupación _____

Estado Civil: Soltero () Casado () Union Libre ()

Viudo () Divorciado () Separado ()

Escolaridad _____ Lugar de Nacimiento _____

Lugar donde radica actualmente _____

II.- INFORMACION GENERAL SOBRE EL SIDA.

MARQUE CON UNA "X" SU RESPUESTA.

1.- El SIDA es originado por un virus?.

Si () No ()

2.- Se transmite por el saludo de mano o beso de un enfermo con SIDA?.

Si () No ()

3.- El SIDA se puede transmitir por una transfusión sanguínea?.

Si () No ()

4.- Se puede transmitir el SIDA, al compartir el baño y utensilios de cocina (plato, vaso, cuchara, etc.)

Si () No ()

5.- Se puede transmitir el SIDA por picadura de moscos, chinches, abejas y/o mordedura de perros y gatos ?.

Si () No ()

6.- El convivir con un paciente con SIDA puede contagiarlo ?.

Si () No ()

7.- Los homosexuales pueden transmitir el SIDA ?.

Si () No ()

8.- El tener relaciones sexuales con varias personas corre el riesgo de adquirir el SIDA ?.

Si () No ()

9.- Los hombres y mujeres que ejercen la prostitución pueden transmitir el SIDA ?.

Si () No ()

10.- Una mujer embarazada que padezca el SIDA, puede transmitirlo al feto ?.

Si () No ()

11.- Las mujeres enfermas de SIDA, pueden transmitirlo por medio de la lactancia a su hijo ?.

Si () No ()

12.- Si tuviera un familiar con SIDA, lo rechazaría por temor a contagiarse ?.

Si () No ()

13.- Una persona puede aparentar buen estado de salud y ser portadora de SIDA ?.

Si () No ()

14.- La aplicación de drogas por vía intravenosa pueden transmitir el SIDA ?.

Si () No ()

15.- Existe algún tratamiento para el SIDA ?.

Si () No ()

16.- En la actualidad el SIDA es curable ?.

Si () No ()

17.- Hombres, mujeres y niños de cualquier edad pueden contraer el SIDA ?.

Si () No ()

18.- El condón puede usarse para prevenir el SIDA ?.

Si () No ()

19.- El SIDA se puede transmitir al compartir agujas hipodérmicas ?.

Si () No ()

20.- El SIDA es una enfermedad mortal ?.

Si () No ()

SEGUNDA PARTE

III.- DATOS PERSONALES.

1.- Ha tenido relaciones sexuales ?

Si () No ()

2.- En los últimos 6 meses en cuantas ocasiones ha tenido relaciones sexuales? _____

Una sola pareja sexual? _____ Varias parejas sexuales? _____

3.- Ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo sexo, en los últimos 5 años ?.

Si () No ()

4.- Ha tenido relaciones sexuales con hombres o mujeres que ejercen la prostitución, en los últimos 5 años ?.

Si () No ()

5.- Ha tenido relaciones sexuales con drogadictos (as), en los últimos 5 años ?.

Si () No ()

6.- Ha recibido alguna transfusión de sangre o plasma en los últimos 5 años .

Si () No ()

7.- Se ha inyectado con jeringas o agujas no esterilizadas ?.

Si () No ()

8.- Se ha inyectado alguna droga intravenosa en los últimos 5 años ?.

Si () No ()

9.- Se ha hecho tatuajes en los últimos 5 años?.

Si () No ()

10.-Ha acudido a aplicarse acupuntura en los últimos 5 años ?.

Si () No ()

11.-Ha tenido relaciones sexuales con personas extranjeras en los últimos 5 años ?.

Si () No ()

12.-Ha tenido relaciones sexuales con personas que han sido transfundidas en varias ocasiones ?.

Si () No ()

13.-Se ha cortado o pinchado con algún instrumento quirúrgico ?.

Si () No ()

14.-Ha tenido relaciones sexuales con alguna persona portadora de SIDA?

Si () No ()

15.-Durante sus relaciones sexuales ha utilizado o utiliza el condón?

Si () No ()

Fecha _____

DISTRIBUCION DEL GRADO DE INFORMACION SOBRE SIDA DE ACUERDO AL SEXO
DE LA POBLACION USUARIA DE LA CLINICA MARINA NACIONAL ISSSTE
DICIEMBRE 1989

GRADO DE INFORMACION	SEXO		TOTAL	%
	MASC.	FEM.		
BUENA	32	31	63	52.5
REGULAR	11	28	39	32.5
MALA	6	12	18	15
TOTAL	49	71	120	100

FUENTE : INSTRUMENTO DE RECOLECCION (CUESTIONARIO)

DISTRIBUCION DEL GRADO DE INFORMACION SOBRE SIDA
 SEGUN GRUPOS ETARIOS DE LA POBLACION USUARIA
 DE LA CLINICA MARINA NACIONAL DICIEMBRE 1989

EDADES	BUENA INFOR.	REGULAR INFOR.	MALA INFOR.	TOTAL	%
15 A 24	14	11	3	28	23.0
25 A 34	24	12	3	39	32.5
35 A 44	14	6	4	24	20.0
45 A 54	8	8	3	19	16.0
55 A 64	2	2	1	5	4.0
65 A 74	1	---	2	3	2.5
75 O MAS	---	---	2	2	2.0
TOTAL	63	39	18	120	100 %

FUENTE : INSTRUMENTO DE RECOLECCION (CUESTIONARIO)

DISTRIBUCION DEL GRADO DE INFORMACION SOBRE SIDA
 SEGUN ESTADO CIVIL DE LA POBLACION USUARIA
 DE LA CLINICA MARINA NACIONAL DICIEMBRE 1989

ESTADO CIVIL	BUENA INFOR.	REGULAR INFOR.	MALA INFOR.	TOTAL	%
SOLTERO	17	13	4	34	28.3
CASADO	32	21	9	62	51.6
DIVOR.	2	---	---	2	2.0
VIUDO	3	3	3	9	7.5
J.LIB	6	1	1	8	6.6
SEPARADO	3	1	1	5	4.0
TOTAL	63	39	18	120	100 %

FUENTE : INSTRUMENTO DE RECOLECCION (CUESTIONARIO)

DISTRIBUCION DEL GRADO DE INFORMACION SOBRE SIDA
 SEGUN OCUPACION DE LA POBLACION USUARIA
 DE LA CLINICA MARINA NACIONAL DICIEMBRE 1989

OCUPACION:	BUENA INFOR.	REGULAR INFOR.	MALA INFOR.	TOTAL	%
HOGAR	6	9	7	22	18.3
ESTUD.	8	7	1	14	11.6
EMPLADO	32	17	6	55	46.0
PROFES.	16	4	2	22	18.3
PENSION.	1	---	2	3	2.5
OBRERO	2	2	---	4	3.3
TOTAL	69	39	18	126	100 %

FUENTE : INSTRUMENTO DE RECOLECCION (CUESTIONARIO)

DISTRIBUCION DEL GRADO DE INFORMACION SOBRE SIDA
 SEGUN ESCOLARIDAD DE LA POBLACION USUARIA
 DE LA CLINICA MARITIMA NACIONAL DICIEMBRE 1985

ESCOLAR.	BUENA INFOR.	REGULAR INFOR.	MALA INFOR.	TOTAL	%
PRIMARIA	10	13	6	31	25.8
SECUND.	14	9	3	26	21.6
PREPA	16	12	5	33	28.0
PROFES.	17	5	4	26	21.6
POSGRADO	4	---	---	4	3.0
TOTAL	63	39	18	120	100 %

FUENTE : INSTRUMENTO DE RECOLECCION (CUESTIONARIO)

DISTRIBUCION DEL GRADO DE INFORMACION SOBRE SIDA
SEGUN LUGAR DE NACIMIENTO DE LA POBLACION USUARIA
DE LA CLINICA MARINA NACIONAL DICIEMBRE 1989

ESTADO	BUENA INFOR.	REGULAR INFOR.	MALA INFOR.	TOTAL
COAH.	1	---	---	1
CHIS.	1	---	---	1
D.F.	48	24	12	84
GTO.	1	---	2	3
GRO.	2	1	1	4
HGO.	1	3	---	4
JAL.	1	---	---	1
EDO.MEX.	3	4	1	8
MICH.	2	1	2	5
PUE.	---	3	---	3
S.L.P.	---	1	---	1
SIN.	1	---	---	1
TAB.	---	1	---	1
VER.	---	1	---	1
YUC.	1	---	---	1
ZAC.	1	---	---	1
TOTAL	65	39	18	120

FUENTE : INSTRUMENTO DE RECOLECCION (CUESTIONARIO)

6. ANÁLISIS Y RESULTADOS

INFORMACION GENERAL SOBRE SIDA.

De los 120 derechohabientes encuestados, el 52.5% tuvieron buena información general sobre SIDA; 32.5% regular información y 15% mala información.

De acuerdo al sexo de la muestra total (120) el 59.1% corresponde a las mujeres y el 40.9% a los hombres, lo que es muy probable, debido a que son ellas las que con mayor frecuencia acuden a consulta a la clínica, pero en cuanto al grado de información, son los hombres los que cuentan con mayor porcentaje de buena información (50.8%)

En cuanto al grado de información buena, se observó que los grupos etáreos de 15 a 44 años de edad, tuvieron el porcentaje más alto (43.3%), predominando en el grupo de 25 a 34 años (20%), a pesar de que estos grupos son considerados los más vulnerables a los factores de riesgo.

La información buena de acuerdo al estado civil, predominó en los casados (27%), seguido del grupo de solteros (14%).

De acuerdo a la ocupación, los que presentaron buena información, fueron los del grupo de empleados (27%), seguido del grupo de profesionistas (13%), lo cual pudiera ser significativo, ya que es a estos gremios laborales a los que más se atiende en ésta institución (ISSSTE).

Según la escolaridad, el mayor porcentaje de buena información estuvo a cargo del grupo de profesionistas (14.1%), seguido del grupo de preparatoria o técnico (13.3%), lo cual parece estar acorde por su nivel educativo, social, económico y cultural.

De la población usuaria encuestada, el 70% fueron originarios del Distrito Federal; el 7% del Estado de México; el 4% del estado de Michoacán, porcentajes que quedaron incluidos dentro del grupo de buena información.

Cabe señalar que de acuerdo al lugar de residencia, toda la muestra radica en el Distrito Federal, ya que la población usuaria muestrada es la que pertenece a la "Clínica Marina Nacional".

Mala información:

Los resultados arrojados, según sexo, para éste grado de información fue: 10% en mujeres y 4% en hombres, lo cual no indica que sean las mujeres las que tienen el mayor índice de mala información, sino que en la muestra total, son el mayor porcentaje encuestado.

En lo que se refiere a grupos etáreos, el que obtuvo el mayor porcentaje de mala información, fue el de 35 a 44 años (3.3%).

De acuerdo al estado civil, el grupo de casados alcanzó el porcentaje mayor de mala información (8.%).

Según la ocupación, el número mayor de mala información estuvo en el grupo dedicado al hogar (6%).

El grupo de escolaridad primaria fué el que presentó el porcentaje más alto de mala información (5%).

Los originarios del Distrito Federal, por ser el mayor número de encuestados, también presentaron el mayor porcentaje de mala información (10%).

En cuanto a los resultados obtenidos en la sección de factores de riesgo, se presentó lo siguiente:

Buena información:

Trece presentaron factores de riesgo, de los cuales siete fueron hombres y seis mujeres.

Diez derechohabientes presentaron un factor de riesgo, de los cuales cinco fueron mujeres y cinco hombres.

Con dos factores de riesgo hubo dos derechohabientes, los cuales fueron hombres.

Con tres factores de riesgo, sólo hubo uno, la cual fue una mujer.

El promedio de edad de estos derechohabientes fué de 38 años, de los cuales cinco fueron solteros, cinco casados, uno en unión libre, un viudo y un divorciado.

Llama la atención que el 53.8% de este grupo son profesionistas.

Regular información:

Siete derechohabientes presentaron factores de riesgo, de los cuales cuatro son hombres y tres mujeres.

Con un factor de riesgo, dos fueron mujeres y tres hombres.

Con dos factores de riesgo, solamente hubo un hombre.

Con cuatro factores de riesgo, sólo hubo una mujer.

En cuanto a su estado civil, hubo tres casados, tres solteros y uno en unión libre.

En este grupo el 85.7% fueron empleados, y la edad promedio fue de 35 años.

Mala información:

Tres derechohabientes presentaron factores de riesgo, los tres fueron hombres; uno de ellos con dos factores de riesgo y los otros dos con un factor de riesgo. En cuanto a su estado civil, un casado, un viudo y uno en unión libre.

Respecto a la ocupación, fue un profesionista, un pensionado y un empleado y sus edades fueron de 41, 71 y 50 respectivamente.

De los 23 pacientes (el 19% del total de la población encuestada), siete afirmaron tener relaciones sexuales con varias parejas en los últimos seis meses; cinco acudieron a aplicación de acupuntura en los últimos cinco años; cinco fueron hemotransfundidos en los últimos cinco años; tres tuvieron relaciones homosexuales con drogadictos en los últimos cinco años; tres se pincharon con instrumentos quirúrgicos contaminados; dos tuvieron relaciones sexuales con personas que se dedican a la prostitución; dos se inyectaron con agujas o jeringas no esterilizadas; dos tuvieron relaciones sexuales con extranjeros; uno tuvo relaciones con homosexuales y uno tuvo relaciones sexuales con un paciente con SIDA.

En cuanto a las medidas de protección (preservativo) utilizadas por el derechohabiente usuario de la "Clínica Marina Nacional" se observó, que del total de la población encuestada sólo 22 personas lo utilizan (18.3%), de estos, 15 son hombres (12.5%) y 7 son mujeres (5.8%).

De acuerdo al grado de información buena, el mayor porcentaje se encontró en los hombres.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

7. CONCLUSIONES

Consideramos que la importancia de este trabajo, estriba en detectar los grados de información de la población de nuestra clínica, lo cual quizá se puede transpolar a otros tipos de población, para tratar de evitar en lo posible la marcada tendencia actual de que se incrementen los casos de SIDA en México, lo que está indicando que la transmisión de esta enfermedad se está difundiendo de las grandes ciudades al medio semiurbano y rural.

Se observó en la literatura revisada, que el crecimiento de los casos en mujeres y niños es más acelerado que en hombres jóvenes, aunque este grupo continúa concentrando el mayor número. La transmisión en hombres heterosexuales es más acelerada que en los homosexuales y bisexuales.

Lo anterior lo pudimos constatar en este trabajo de investigación, en el que el grado de información no es directamente proporcional ni a la escolaridad, ocupación, estado civil, sexo, ni edad; ya que existe información aceptable en un porcentaje alto de la población usuaria muestreada, pero la exposición a los factores de riesgo es elevada en este grupo de buena información, lo que indica que no basta con estar bien informado, sino que es necesario un cambio de conducta para llevar a la práctica la información que se reciba. Esto lo comparamos con literatura que reporta estudios semejantes en otros países, principalmente de Latinoamérica y Estados Unidos, así como en trabajos realizados por la Dirección General de Epidemiología de México; en los que el criterio se ha unificado mencionando también la falta de modificaciones en el conducta de las diferentes sociedades del mundo.

También llama la atención que dentro del grupo con buena información, un porcentaje bajo es el que utiliza medidas de protección (condón) respecto al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

Sugerimos la necesidad de planear y estructurar actividades preventivas que representen acciones en dos sentidos: el control sanitario y la educación acordes al contexto social en el que vivimos. El primero se refiere a garantizar la seguridad de los productos sanguíneos que se utilizan con fines terapéuticos, a fin de que su suministro este libre de infección. En el segundo, se busca la modificación de conductas que conlleven a evitar el riesgo de adquirir la infección por VIH.

El control sanitario será costoso. Sin embargo, su realización es relativamente sencilla y eficiente. La educación, en cambio, es mucho más compleja, y sus resultados de más difícil evaluación, ya que se trata de cambiar prácticas que son habituales en los individuos y que se interrelacionan con múltiples aspectos de su subjetividad.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Alder, M., W. "Range and natural history of infection". Br. Med. J., vol. 294. 1986.
- 2.- Altafulla Marcia y cols. "La importancia de la sangre y sus componentes en la prevalencia del VIH". Rev. Med. Panamá; 11 (3): 188-92 sept. 1986.
- 3.- Atchison K.,A., et al. Have dentists assimilated information about AIDS. J. Dent. Educ. nov. 1987 51 (11) pp 668-672.
- 4.- Berinaga M. "AIDS education could be working, but it is hard to tell (news). Nature 1988, jun. 9; 333 (6173);p. 487.
- 5.- Bernal J. SIDA finalmente los heterosexuales y nuestra descendencia. ETS. Rev. Chil. enfermedades transmisibles sexuales. vol. 3 (1); ene.- mar. 1988. pp. 3-8.
- 6.- Bonacic H. y cols. Fracaso de la educación sobre SIDA en adolescentes norteamericanos?. ETS. Rev. Chil. enfermedades transmisibles sexuales.; vol 3 (2) ; jun 1988. pp. 35-37.
- 7.- Carrier J.,M. Mexican Male Bisexuality. Nueva York, The Haworth Press. 1986. 75-85.
- 8.- Clark W. " AIDS, Economic, Political. Aspects become as global as Medical Problem. JAMA. jun. 17. 1988. vol. 259. No. 23 pp. 3378 - 3379.
- 9.- Clark W. et al. AIDS education could be working, but it is hard to tell (news). Nature 1988. jun. 9; 333 (6173); p. 487.
- 10.- Clark W. et al. Partner notification for preventing human immunodeficiency virus (HIV) infection -Colorado, Idaho, South Carolina, Virginia. MMWR. 1988. jul. 1 ; 37(25): 393-6.
- 11.- Curran, J.W. et al. The epidemiology of AIDS. Current status and future prospects. Science 1986. pp. 229-1352.
- 12.- Curran, W. et al. "Epidemiology of HIV. infection and AIDS in the United States". Science, 1988, vol. 239 pp. 610-616
- 13.- Dirección General de Epidemiología. "Situación del SIDA en México". Bol. Mensual. SIDA 1988.
14. Dirección General de Epidemiología. "Situación del SIDA en México". Bol. Mensual. SIDA 1989.

15. Fedblum, P.J., et al. "Condoms, spermicides, and the transmission of Human Immunodeficiency Virus: A review of the literature". *Am. J. Public. Health*, vol. 78, 1988, pp. 52-53
- 16.- Izazola, J.A. y cols. "Factores de Riesgo Asociados a Infección por VIH en hombres homosexuales y bisexuales. El caso de la Ciudad de México". *Salud Pública*. Vol. 30. 1988, pp. 555-566
- 17.- Khabba 2 R.F. et al. Prevalence of antibody to HTLV among 1415 female prostitutes in the United States (Abstract). IV International Conference on AIDS. Book 1. Stockholm, June 12-16, 1988
- 18.- Masur, H. et al. "Complicaciones Infecciosas del SIDA". En De Vita V.T. SIDA, etiología, diagnóstico y prevención. Eacrcelona. Salvat, 1986. pp. 161-184
- 19.- Mayagoitia Domínguez H. y cols. "SIDA Punto de Interrogación". *ICYT*; sept. 1987. Vol. 9; No. 132. pp. 5 - 50
- 20.- Molina C. y cols. "Vida Sexual Activa entre nuestra Juventud y SIDA". *ETS. Rev. Chil. enfermedades transmisibles sexuales.* - vol. 3 (3); jul-sept. 1988. pp. 63-64
- 21.- Ortega D. W. M. y cols. "SIDA y Soledad". *ICYT*; ene. 1989 vol. 11. No. 148. pp. 14-58
- 22.- Perú. Ministerio de Salud. Programa Nacional Multisectorial - para la Prevención y Control del SIDA. Lima, Perú. Ministerio de Salud 1987. 13 págs.
- 23.- Ponce de León S. y cols. "Guía para el Manejo de Pacientes -- con Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana". *Rev. Invest. Clín.* Vol. 40. 1988. pp. 47-63
- 24.- Quinn, T.C. AIDS and Other Medical Problems in the male homosexual. *Medical Clinics North America*. 1986. Vol. 70. - - - pp. 611-634
- 25.- Saint John, K. R., Zacarias F. "Status of AIDS in the Americas". En III International Conference of Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) Washington, D.C., Department of - - Health and Human Service, WHO, 1987.
- 26.- Sepúlveda Amor J. y cols. "Características Epidemiológicas y Cognocitivas de la Transmisión del VIH en México". *Salud Pública de México*, 1988. Vol. 30., pp. 513-527
- 27.- Toro, L. y cols. Clasificación, Educación y Prevención del - SIDA. *Rev. Méd. Caja Seguro Soc.*; 19 (3); 229-33 sept. 1987.
- 28.- Valdespino, J.L. y cols. "Patrones y Predicciones Epidemiológicas del SIDA en México". *Salud Pública*. Vol. 30. 1988. - - pp. 567-592

- 29.- Wiktor S. et al. Parenteral Drug Use is Associated with - HTLV-1 and HIV Infection among patients attending sexually - transmitted disease (STD) Clinics (Abstract). IV International Conference on AIDS. Book 2, June 12-16, 1988: 19
- 30.- ____ "Transmisión Perinatal del VIH". SIDA, Vol. 1, 1987, - pp. 150-160
- 31.- ____ "Transmisión del SIDA por Sangre y Hemoderivados". -- SIDA Vol. 1, 1987, pp. 41-46
- 32.- ____ "Transmisión Sexual". SIDA, Vol. 2, 1987, pp. 231-241.