

33

11241²⁴

UNAM
FACULTAD DE MEDICINA.
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL.

CONDUCTAS Y ACTITUDES A PARTIR DE LA APARICION DEL SIDA
EN UNA MUESTRA DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

TESIS
para obtener el diploma de
ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRIA

PRESENTADA POR
IGNACIO RUIZ LOPEZ.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1791



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.

DESARROLLO DEL PROTOCOLO.

I.- ANTECEDENTES.

El tiempo transcurre y nuestra sociedad, sometida a la vertiginosa aceleración de la investigación tecnológica, sufre en todos los campos una auténtica transformación. En materia sexual, la revolución es explosiva.

Para la mayoría de las personas, el bienestar físico, mental y social, así como el auténtico placer de vivir, depende en gran parte de como responden a los impulsos naturales y a los placeres del sexo y de la "suerte" que hayan tenido en su preparación y educación sexual.

Todos los individuos tienen sentimientos, actitudes y convicciones en materia sexual, pero cada persona experimenta la sexualidad de distinta forma, por que viene decantada por una perspectiva sumamente individualizada. Se trata, en efecto, de una perspectiva que se origina tanto de experiencias personales y privadas como de causas públicas y sociales.

La sexualidad es un tema que ha despertado el interés de hombres de toda índole y condición, desde los tiempos primitivos hasta nuestros días. La sexualidad impregna el arte y la literatura de todas las épocas. Conviene precisar que las religiones, teorías filosóficas y códigos legales tendientes todos ellos a configurar y ordenar la conducta humana, intentan establecer por sistema normas y tabús sexuales.

En diversas etapas de la historia se ha querido "explicar" la enfermedad, la creatividad, la agresión, los trastornos emocionales, el surgimiento y la desaparición de las culturas en función de las carencias o excesos de la función sexual, o bien de prácticas y conceptos sexuales insólitos y desacostumbrados.

Hasta principios de nuestro siglo, los hombres de ciencia no se sintieron lo suficientemente seguros en su ilustrado ambiente para dar los primeros pasos y empezar a publicar los resultados de sus investigaciones. Es comprensible que esos primeros trabajos reflejen el ambiente general y la poca preparación de los sexólogos.

Se podrían mencionar nombres como Havelock Ellis, Magnus Hirschfield, Sigmund Freud, Richard von Kraft-Ebing hasta llegar al nombre de Alfred Kinsey, cuyas investigaciones se basaron en los informes personales de más de 12000 hombres y mujeres reclutados entre una amplia gama de grupos sociales, religiosos y étnicos. Por supuesto que, como Kinsey era estadounidense, sus estudios son válidos en este mismo contexto. Kinsey y su equipo sometieron a sus sujetos (voluntarios) a cuestionarios complicados y exploratorios que a menudo duraban varias horas.

Kinsey fue el primero en revelar la existencia de una extraordinaria variación en el comportamiento sexual de la sociedad normal. Destacó que la variación del comportamiento sexual, incluso hasta el punto de una experiencia homosexual ocasional, se producía en una proporción grande y representativa de la población. En 1953, Kinsey dio también peso científico a las ideas de los primitivos movimientos feministas. Sin embargo, en lo

que más beneficiaron a la ciencia de la sexología los estudios de Kinsey fue en establecer que es lo que se podría considerar normal en cuanto al comportamiento sexual. (27)

Posteriormente se habla de Master y Johnson los cuales recalcaron que el sexo es una fuente de placer compartida por ambos componentes de la pareja.

Por otro lado Helen Singer Kaplan se ha convertido en una especie de sintetizadora en este campo: ha tomado elementos de la terapia conductista y la analítica y lo emplea eficazmente en la terapia sexual.

Desde hace unos quince años, la profesión Médica, ayudada por los Psiquiatras y Psicólogos Clínicos, se ha ido desplazando cada vez más hacia el campo de la investigación sexológica con resultados estimulantes (28).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El presente estudio se plantea dada la falta de información que existe acerca de la conducta sexual y depresión a partir del SIDA entre individuos de diferentes grupos socioeconómicos, pretendiendo iniciar este trabajo entre estudiantes universitarios que a la larga puedan ser comparados y poder así integrar una idea general del comportamiento sexual y de las ideas existentes respecto al SIDA específicamente de la población mexicana, ya que estos resultados deben tener diferencias tanto cuantitativas como cualitativas, respecto a estudios hechos con anterioridad en México y otros países y que se han convertido en el principal parámetro hasta la actualidad a nivel mundial en cuanto a comportamiento sexual se refiere en los últimos 10 años y en especial en población universitaria.

JUSTIFICACION.

Aunque los psiquiatras se han ocupado siempre en lo que concierne a la sexualidad, ésta cubre mucho más campo que únicamente la relación sexual en sí, entendiendo esto como expresión de la sexualidad física o como exponente de unos determinados aspectos del acto sexual. Durante las dos últimas décadas el interés por el tema de la sexualidad ha tenido un incremento exponencial al igual que el SIDA en la última década transformó muchos de los avances que en materia sexual se habían obtenido.

Hace quince años, los psiquiatras estaban mucho más seguros que en la actualidad sobre lo que se consideraba como vida sexual saludable, puesto que para ellos, el concepto de normalidad era más estadístico que científico.

Por aquella época, la mayoría de los psiquiatras estaban de acuerdo por ejemplo, que la homosexualidad era una enfermedad. Hoy, el tema sirve de controversia entre dos grupos polarizados en torno a dos enfoques distintos: uno, aún insiste en que la homosexualidad es una enfermedad y el otro ni siquiera decide enjuiciarla como una desviación, porque el término ya no implica cierto contenido psicopatológico; por ello, la considera como una variante sexual (28).

El funcionamiento normal, es decir, lo que la sociedad juzga como normal, ha virado desde el sexo reproductivo al sexo relacional, para posteriormente pasar al sexo recreativo (placer físico acompañado o no de afecto o amor). Los hombres habían manipulado siempre las tres clases de sexo, y las mujeres estaban descubriendo que también ellas eran capaces de acceder a las tres clases de sexo, incluyendo la recreativa. Pero todo esto se ha visto ensombrecido en la actualidad por el SIDA, lo cual ha producido cambios en la conducta sexual en otros países, existiendo reportes de que

gracias a estos cambios ha habido una disminución de la incidencia anual de casos, debida también en parte a las campañas de información y prevención.

Otro dato de gran importancia, como ha señalado Formand, es que el establecer patrones de conducta sexual es esencial en la predicción de la futura propagación del SIDA.

De acuerdo a los estudios de Bowie y Ford (2) en Inglaterra efectuados entre 400 personas de 16 a 21 años de edad a los que se les dió un cuestionario autoaplicado se encontró que el 92% se consideraba a sí mismo heterosexual, que el 47% de el grupo de 16 años ya había iniciado su vida sexual aumentando este porcentaje al llegar a la edad de 21 años. El promedio de relaciones sexuales entre la población sexual activa es de 62 por año. A los 16 años el número de parejas por año es de 1.5 y esto aumenta a los 21 años a 1.7, esto significa una nueva pareja cada 7 meses. Este nivel de actividad sexual puede eventualmente explicar la prevalencia de los niveles de VIH que es semejante a los encontrados en Africa (15 a 100 VIH positivos por 1000) (4). En otro estudio realizado en Inglaterra en un grupo de 761 adolescentes con edades promedio entre 15 y 17 años mostró que el 56 % de ambos sexos habían tenido una relación de pareja estable o seria. Para el 40 % de estas parejas las relaciones sexuales fueron partes de la situación afectiva; los adolescentes conocen la forma de transmisión del SIDA, pero sólo una tercera parte mostró preocupación acerca de la situación epidémica. Sólo una quinta parte, basados en estos conocimientos, previó una relación monogámica; el número de mujeres que planean tener menos compañeros sexuales fue significativamente mayor que el de los hombres; del grupo que no consideró la monogamia tres cuartas partes consideraron la utilización del condón. Como menciona el estudio realizado en Gales e Inglaterra, con una población de 480 hombres blancos entre los 15 y los 49 años, la mitad de los hombres tuvieron su primera relación antes de los 18 años y mas de las tres cuartas partes las tuvieron antes de los 20 años. Se observó que en las familias numerosas los más pequeños comienzan a tener relaciones más tempranamente que el resto y que los que provienen de clases sociales bajas presentan relaciones más tempranamente (12).

El 1.7% declaró que tuvieron relaciones homosexuales en donde la mitad de ellos tuvo una relación homosexual casual, solo una persona declaró haber tenido más de 25 parejas homosexuales, siendo el número de hombres que tuvieron una relación homosexual menor que los que se esperaría.

Existe también el reporte efectuado en Inglaterra (13) de estudiantes universitarios, basado en un cuestionario postal realizado con los alumnos de primer año de la universidad; solamente el 43 % respondió el cuestionario (siendo mayor el porcentaje de hombres que de mujeres), pese a que la sociedad de alumnos les aseguró el anonimato y la confidencialidad. De las personas que respondieron el cuestionario, independientemente del sexo, 43.6 % refirió haber tenido relaciones durante los 3 meses anteriores;

siendo veinte y tres sobre setenta y nueve relaciones reportadas por sesenta y tres hombres y quince entre sesenta y uno reportadas por cuarenta y cinco mujeres las cuales fueron casuales. Los 63 hombres tuvieron relaciones casuales sin condón 72 veces en total y las 45 mujeres 37 veces. Veinte y dos de los 63 hombres reportaron que alguna persona se tragó su semen y 11 de las 45 mujeres reportaron haberlo realizado.

El departamento de salud de Texas, señaló el 31 de marzo de 1989, que el estado de Texas, se clasificó en el quinto lugar respecto a los casos de SIDA entre los diversos estados de USA. Con un total de 6,312 casos y 3,829 muertes y se dice que 100,000 tejanos son portadores del VIH siendo Houston y Dallas el cuarto y decimo lugar respectivamente de los casos de SIDA en la nación. A partir de 1986 el SIDA ha sido la causa más importante de muerte entre los hombres de Houston cuya edad promedio varía entre los 25 y 44 años, siendo Houston la ciudad con más casos que 45 estados juntos y Dallas con más casos que 42 estados juntos. De acuerdo a un reporte preliminar emitido por el CDC de Atlanta sobre la prevalencia del VIH en el campus universitario es de aproximadamente de tres de cada mil estudiantes son seropositivos, de acuerdo a esto se estima que en 1991 Texas tendrá 90,000 casos de SIDA y 290,000 tejanos estarán infectados (24).

Uno de los temas fundamentales en el sector educacional para la salud en la campaña contra el SIDA en Inglaterra es el uso del preservativo, un estudio acerca del uso y las actitudes con respecto a los preservativos realizado en una población heterosexual de 222 hombres y mujeres mostró que del 55 % al 59 % de los hombres o mujeres nunca lo habían usado, 6 a 15 % siempre usaban preservativo con su pareja estable o casual, no se encontraron diferencias significativas con respecto al uso o las actitudes tomadas con los preservativos ni en edad, sexo, clase social y estado civil. La conducta con respecto al uso de los preservativos fue en términos generales negativa (26).

Se examinó el apoyo hacia una mujer heterosexual, víctima del SIDA, entre 237 estudiantes universitarios, 54% mujeres con una media de 23.7 años. Se aplicó un cuestionario que contenía uno de cuatro escenarios (SIDA como resultado de sexo inseguro, uso inseguro de drogas, sexo con un esposo infiel o una transfusión sanguínea) y midió el apoyo solicitando la firma de una petición para defender el derecho de la víctima para asistir a clases. Se encontró que la víctima que tomaba más riesgos, recibía menos apoyo y mientras que los hombres no discriminaron entre los cuatro escenarios, las mujeres tendieron a apoyar más a las víctimas "inocentes" que contrajeron SIDA sin comportamiento sexual. Adicionalmente, si los sujetos conocían a alguien con SIDA tendían a firmar más fácilmente la petición. Concluyen que el SIDA, particularmente cuando se contrae a través de un comportamiento riesgoso es una enfermedad con

ramificaciones sociales más allá de su amenaza a la salud pública (1).

ASPECTOS CLINICOS.

Al principio de la década de los ochentas, aparece en el mundo un síndrome, inicialmente presentado en homosexuales masculinos en edad productiva; caracterizado por una disminución en la efectividad del sistema inmunológico, lo que da como consecuencia una propensión característica a infecciones oportunistas y a enfermedades neoplásicas, que culminan finalmente con la muerte del sujeto infectado (23). Tempranamente en la aparición de esta epidemia, se determina que el agente causal es un retrovirus, transmisible por los fluidos corporales, lábil a la temperatura y a distintos agentes antisépticos fuera del cuerpo humano, sin que hasta el momento se cuente con un tratamiento o prevención efectiva; conociéndose a la fecha, el hecho de que el grupo en el que inicialmente se presentó la epidemia fue más propenso, debido a su comportamiento sexual (9).

En la actualidad la epidemia se ha extendido a otros grupos como prostitutas, donadores "profesionales" de sangre, farmacodependientes que usan drogas por vía intravenosa, bisexuales, mujeres con pareja bisexual, productos de embarazo de mujeres infectadas, hemofílicos y se observa un aumento paulatino de esta enfermedad en las parejas heterosexuales.

El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), se encuentra actualmente distribuido por todo el mundo y se estima que en 1987 existían de 5 a 10 millones de personas infectadas con el retrovirus de la inmuno deficiencia humana (VIH) y existen predicciones que serán de 50 a 100 millones probablemente los infectados para el año 2000 si no encontramos mecanismos que disminuyan la transmisión de VIH. Los grupos de población de alto riesgo para el SIDA varían de acuerdo a las diferentes áreas del mundo. En Africa, en donde los heterosexuales y la transmisión perinatal parecen ser las más comunes, el SIDA ocurre en las mismas proporciones en los hombres y las mujeres. En los Estados Unidos y Europa Oeste la transmisión es mas común en la población homosexual activa y por consumo de drogas de uso intravenoso. En México se considera principalmente en homosexuales y transfundidos principalmente, pero poco a poco se incrementa entre la población heterosexual.

El virus del SIDA es un virus formado de RNA (retrovirus) que es altamente linfotrópico y neurotrópico.

El SIDA es una enfermedad letal con una mortalidad del 60% un año después de hacer el diagnóstico y del 80% dos años después del diagnóstico, en la era previa al AZT. Como grupo, los pacientes con SIDA que presentan como única manifestación de su enfermedad el Sarcoma de Kaposi tienen una función inmunológica menos alterada en el momento del diagnóstico y un promedio de esperanza de vida más largo que la de los pacientes con infecciones con oportunistas (18 meses Vs. 8 meses). Un pequeño porcentaje de los pacientes sobreviven más de 3 años después del diagnóstico.

Consecuencias Psicosociales.

En los primeros años de la epidemia del SIDA, miembros de la población general veían a la enfermedad como característica de miembros de ciertos grupos. Posteriormente la incidencia de SIDA en los hemofílicos y en los receptores de transfusiones sanguíneas incremento el estado de alerta en el público ya que se dieron cuenta que el SIDA era una enfermedad que podía presentarse en la población general, se manifestaron miedos irracionales acerca del contagio y se adoptaron actitudes ambivalentes como dejar que los niños infectados fueran o no a la escuela o bien se tenía miedo al riesgo asociado con la donación de sangre, con el contacto casual con pacientes con SIDA o con miembros de un grupo de alto riesgo (6). Se intentó también legalizar el que los pacientes con SIDA permanecieran en cuarentena. Hubo muchos factores psicológicos, sociales y médicos que contribuyeron en la presentación de ansiedad y miedo en el público. La ansiedad social se asoció al inicio de una epidemia fatal secundaria a un nuevo virus transmisible y su identificación en los homosexuales así como en los farmacodependientes por abuso de drogas por vía IV y la creencia de que la enfermedad se asociaba a conductas sociales inadecuadas así como a una falta de moral y juicios religiosos (3).

La educación pública acerca del poco riesgo por infección por VIH con contactos casuales ha ayudado a combatir el miedo público; la documentación acerca de la transmisión heterosexual ha desviado la asociación del SIDA con ciertos grupos.

La epidemia del SIDA muy comunmente intensifica muchos conflictos psicodinámicos. La conjugación de amor e intimidad con culpa, castigo, y muerte; conflictos con respecto a la identidad sexual y la elección de objeto sexual; miedo acerca de la vulnerabilidad psicológica y física individual; más conflictos generalizados entre los impulsos psicológicos y sus métodos de control; conflictos entre las tendencias autopreservativa y autodestructiva; conflictos entre confiar y desconfiar de la pareja en las relaciones íntimas y conflictos entre la conformidad social VS. inconformidad social.

Los profesionales de la salud mental tienen que entender tres conceptos fundamentales relacionados a las pruebas de anticuerpos VIH: el sentido médico del resultado, el impacto psicológico potencial del conocimiento del propio estado de anticuerpos y las pérdidas sociales potenciales asociadas a una seropositividad para el VIH. Todas las personas a las que se considere necesario realizar una prueba de anticuerpos VIH requieren ser informados y orientados acerca de las importantes consecuencias del resultado de la prueba de manera que puedan tomar la mejor decisión personal. La orientación previa a la prueba, la obtención de un consentimiento por escrito, el reportar los resultados cara a cara en forma personal, la orientación posterior a la prueba, la disponibilidad de una consulta psiquiátrica de

urgencias para una persona VIH positiva quien inmediatamente se descompensa psiquiátricamente y el conocer a donde referir a las personas para un apoyo electivo individual o de grupo son elementos esenciales de un programa adecuado para probar el VIH.

Médicamente, la presencia de anticuerpos VIH, no confiere inmunidad. Todos los individuos seropositivos deben de considerarse a ellos mismos como potencialmente infecciosos a lo largo de su vida. Deben de adquirir conocimientos sobre la prevención de la transmisión del virus a través del sexo y las conductas no sexuales, deben informar a los médicos tratantes acerca de su estado de anticuerpos, deben de recibir cuidados médicos con mucha precaución, deben evitar donar sangre o cualquier tejido corporal y deben informar previamente a cualquier pareja sexual acerca de su estado inmunológico. También deben de comprender el riesgo que corren en desarrollar enfermedades clínicamente relacionadas con el VIH.

La reacción inicial más común cuando se notifica la seropositividad al VIH es el shock. Son comunes las preguntas acerca del contagio, la sexualidad y reproducción, riesgo de presentar SIDA y morir así como compartir el resultado de las pruebas con seres allegados. Otra de las respuestas psicológicas que se puede presentar es la anhedonia.

En las primeras semanas después de haber notificado la seropositividad puede presentarse un complejo sintomático parecido al trastorno por estrés post-traumático. Rumiación de ideas, hipervigilancia de los síntomas físicos, insomnio inicial e hipocondriasis con marcada dependencia al personal de salud. Se presentan depresión, grandes reacciones frente a las pérdidas asociadas con la positividad del VIH, culpa acerca de las actividades realizadas en el pasado, autopunición por estar infectado y crisis con intentos suicidas. Una adaptación exitosa al conocimiento de la seropositividad depende de un entendimiento del significado de los resultados de la prueba, de la restauración de un equilibrio psicológico positivo y de realizar los cambios necesarios en la conducta sexual para protegerse uno mismo y los otros (8).

Si bien la mayoría de los individuos seropositivos reducen las conductas de riesgo de transmisión, no todos lo hacen. La negación puede extenderse a no buscar una ayuda médica apropiada. Algunas personas seropositivas presentan disfunciones sexuales transitorias o crónicas muy marcadas. Algunos individuos se aíslan socialmente por miedo a contagiar o a ser rechazados socialmente (9).

Las mujeres seropositivas habitualmente no tienen un apoyo social, tienen menor información de la transmisión del VIH y de las consecuencias de la infección sobre la reproducción y presentan muchos miedos sobre sus propios hijos y su rol materno.

Un estudio preliminar en farmacodependientes que abusan de drogas IV y seropositivos, comparándolo con un grupo

farmacodependientes que abusan de drogas IV pero seronegativos reporto menos "viajes", un mayor uso de preservativos y una reducción en el uso de la droga. Pocos meses después de la primera publicación describiendo el síndrome que hoy en día se denomina SIDA, aparecieron las primeras descripciones de los síndromes neuropsiquiátricos en los pacientes con SIDA. Hoy en día está perfectamente establecido que pueden aparecer enfermedades del sistema nervioso central (SNC) o del sistema nervioso periférico (SNP) o de ambos en el 30% al 40% de los pacientes con SIDA y que cualquier estructura nerviosa puede estar involucrada. Las causas más comunes de enfermedad neurológica en los pacientes con SIDA son: la propia infección con el VIH, otras infecciones (virales o no), neoplasias y enfermedades cerebrovasculares (15).

El VIH es altamente neurotrópico, infecta al SNC semanas después de la infección primaria y contribuye a la disfunción cognitiva subclínica en individuos seropositivos sanos. Las enfermedades del SNC incluyendo el complejo demencial por SIDA que resulta por la infección por VIH, preceden el diagnóstico de Complejo relacionado al SIDA (CRS) o de SIDA en el 10% al 25% de los pacientes por 12 meses o más. Cierta grado de demencia asociada al SIDA puede estar presente en dos terceras partes de los pacientes con SIDA previos a su muerte (7).

Las autopsias indican que el 70% al 90% de los pacientes con SIDA tienen una evidencia macro o microscópica (o ambas), de enfermedad del SNC atribuible al VIH a otras infecciones o a Neoplasias. La enfermedad neurológica en las personas infectadas por el VIH, es una fuente importante de morbilidad médica y psiquiátrica.

Son comunes los trastornos orgánicos cerebrales y pequeñas disfunciones cognitivas en los pacientes con SIDA y demencia asociada al SIDA. En este tipo de pacientes los trastornos orgánicos cerebrales más frecuentes son el delirium y la demencia. Evidencias recientes indican que más del 40% de los individuos seropositivos sanos, del 70% de los pacientes con CRS y del 90% de los pacientes con SIDA presentan una disfunción cognitiva en las pruebas psicológicas.

Los trastornos neuropsiquiátricos son tan comunes en las personas infectadas con VIH que todos los profesionales en el área de la salud dedicados al cuidado de estos pacientes requieren un alto grado de conocimiento y habilidad acerca del reconocimiento y manejo de estos trastornos.

Algunas evidencias provenientes de centros de SIDA señalan que inclusive los pacientes seropositivos asintomáticos neurológica y psiquiátricamente presentan una frecuencia mayor de disfunción cognitiva en las pruebas neuropsicológicas que se les aplican. Los datos más recientes sugieren que el porcentaje de personas con disfunciones neuropsicológicas determinadas en las pruebas ha ido en aumento en el grupo seronegativo sano, seropositivo sano, CRS y población con SIDA. Por lo menos el

80% de los pacientes con SIDA presentan anomalías en las pruebas.

Estos datos recientes apoyan la hipótesis de que la infección por VIH afecta comúnmente al sistema nervioso central y da como resultado cambios sutiles en las funciones cognitivas más elevadas. Se requiere una mayor investigación antes de que se defina más adecuadamente la naturaleza real de la función cognitiva en los pacientes infectados con VIH, del significado clínico correspondiente a las pruebas anormales, de sus causas y de la eficacia de los tratamientos para poder prevenir estas alteraciones.

Se ha reportado desde 1983 la existencia de una encefalitis crónica en los pacientes con SIDA. Trabajos subsecuentes han documentado un síndrome clínico y neuropatológico distinto que se conoce hoy en día como complejo demencial del SIDA (CDS), presentando evidencias de que es el resultado de una encefalitis crónica y una mielitis por VIH. Clínicamente CDS se caracteriza por una triada típica que incluye síntomas cognitivos, conductuales y motores que en un inicio presentan manifestaciones sutiles y posteriormente severas (18). Neuropatológicamente el CDS se caracteriza por hallazgos histopatológicos típicos de infiltrado perivascular y parenquimatoso, astrocitosis reactiva y pérdida de la mielina en forma difusa involucrando la materia blanca central y las estructuras subcorticales de materia gris cerebral. Los mismos hallazgos histopatológicos se observan en la medula espinal (14).

En un estudio CDS fue demostrado en el 70 % de las autopsias realizadas en los pacientes con SIDA. Este estudio excluyó a los pacientes con enfermedad neurológica focal o encefalopatía metabólica. La incidencia real del CDS en los pacientes con SIDA antes de la muerte probablemente se encuentre en un 70 a 95 %, aún cuando la severidad clínica de la demencia varía considerablemente. En el estadio final de la enfermedad, probablemente el 75% de los pacientes con SIDA demenciados lo están severamente (5). Aproximadamente una tercera parte de los pacientes con CDS desarrollan su demencia antes, o paralelamente al diagnóstico de SIDA por sí mismo. Los dos tercios de los pacientes con CDS presentan una demencia con un inicio insidioso y una progresión insidiosa pero esta se acelera súbitamente. Una tercera parte de los pacientes con CDS presentan un inicio demencial agudo de unos cuantos días, frecuentemente con una psicosis orgánica florida. El inicio súbito o la aceleración del CDS se asocia frecuentemente en el tiempo de presentación con una enfermedad sistémica mayor. Más del 50 % de los pacientes con CDS están severamente demenciado a los 2 meses del inicio. En los pacientes con sarcoma de Kaposi (SK) o con una historia de infección por oportunistas, el promedio de supervivencia desde la demencia hasta la muerte es de 4.2 meses, con un promedio de supervivencia en los pacientes severamente demenciados de 2 meses.

Los pacientes con CDS presentan inicialmente síntomas de afecto disfórico, apatía y aislamiento social que frecuentemente son diagnosticados de manera errónea como depresión. Conforme el CDS progresa, frecuentemente pero no siempre en unos cuantos meses, el diagnóstico se vuelve muy vago. Los pacientes con SIDA presentan otros síntomas neurológicos concurrentes (16).

Ya que la disfunción inmunológica del huésped altera la presentación habitual de las infecciones neurológicas en los pacientes con SIDA- y CRS la primera manifestación de enfermedad del SNC en estos individuos es un estado mental alterado, las enfermedades del sistema nervioso central que presentan más comunmente un estado mental alterado son: CDS, meningitis asépticas atípicas, infecciones por Toxoplasma gondii y Linfoma. A excepción del CDS la presencia de una evidencia clínica de una enfermedad neurológica focal o de un delirium se presenta frecuentemente en horas o días después del inicio de una alteración en el estado mental. También enfermedades como neoplasias, infecciones del SNC y trastornos vasculares cerebrales se asocian con síndromes psiquiátricos que clínicamente se presentan como un trastorno orgánico cerebral agudo clásico (17).

Clínicamente el CDS presenta síntomas psiquiátricos que fácilmente se confunden con todo el grupo de trastornos psiquiátricos funcionales, así como con los signos característico de la demencia o del delirium. Es muy común que se presenten la apatía progresiva y el aislamiento social del CDS. Hay un número muy importante de casos reportados acerca de la nueva presentación de lo que correspondería a un episodio maniaco clásico en los pacientes que posteriormente desarrollan un CDS. Muchos de estos pacientes presentan una evidencia clínica de alteración en la memoria y en otras funciones cognitivas justo en el momento del brote psicótico inicial, pero algunos no presentan una evidencia inicial de estas alteraciones.

También se han observado delirios paranoides agudos como presentación inicial del CDS con conductas bizarras. Otros han tenido un inicio con cambios en la personalidad no psicóticos como labilidad afectiva y otros con brotes psicóticos agudos.

La presencia de cualquiera de los síndromes psiquiátricos mayores en los pacientes infectados por VIH con CRS y SIDA debe hacernos sospechar una alteración del SNC significativa, especialmente el CDS. Los profesionales de la salud que se encargan de tratar a los pacientes con una infección por VIH diagnosticada o de los pacientes que están en alto riesgo de padecer una infección por VIH, deben de valorar en forma estricta el estado mental y la función cognitiva de estos pacientes de manera que los síndromes psiquiátricos orgánicos así como las enfermedades del SNC, reciban un tratamiento temprano apropiado y un buen seguimiento.

Los principios para la evaluación correcta neurológica y psiquiátrica de las personas infectadas por VIH son los siguientes:

1. Un asesoramiento rutinario y la documentación de la función cognitiva del paciente mediante la realización de un examen mental adecuado.
2. La búsqueda rutinaria de la presencia en el área cognitiva conductual y motora de los síntomas iniciales característico del CDS.
3. El poder canalizar de manera urgente aquellos pacientes que desarrollen delirium o cuadros psicóticos agudos para que se les realice una adecuada evaluación neurológica y médica, así como un bajo umbral médico y neurológico de manera ha poder referir inmediatamente a los pacientes que presentan una descompensación psiquiátrica aguda.
4. El poseer un bajo umbral para referir a los psicólogos que realizan con propiedad pruebas neuropsicológicas de manera que realicen en forma repetida y breve las pruebas de la función cognitiva, ya que éstos aparentan ser el indicador clínico más sensible del inicio de un CDS.
5. La posición de que el inicio de cualquier trastorno psiquiátrico significativo en los pacientes infectados por VIH debe de ser considerado como resultado de una enfermedad del SNC que tiene tratamiento hasta que no se demuestre lo contrario (11).

Hasta 1987 el diagnóstico diferencial entre un trastorno psiquiátrico de origen funcional versus orgánico en esta población era muy problemático. Es relativamente raro encontrar un sistema nervioso central normal en los individuos infectados por VIH que presenten síntomas psiquiátricos significativos. Los síndromes psiquiátricos funcionales puros son raros, con excepción de los trastornos por ajuste; esta asociación de trastornos psiquiátricos orgánico y funcional- complica el tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico. Muchos de los pacientes con CRS y SIDA que presentan un trastorno psiquiátrico aparentemente funcional rápidamente desarrollan evidencias contundentes de un trastorno orgánico cerebral. Algunos factores clínicos pueden ser útiles en el diagnóstico diferencial psiquiátrico del CRS y del SIDA. Un síndrome psiquiátrico predominante se puede distinguir más fácilmente en aquellos pacientes que tienen más intacta su función inmunológica, que clínicamente se encuentran más sanos sin historia de una infección mayor por oportunistas, que tienen un diagnóstico más reciente de CRS o SIDA (si es que estos síndromes están presentes), que poseen una historia personal previa de un trastorno psiquiátrico funcional o una historia familiar de un trastorno psiquiátrico funcional familiar, en quienes el trastorno se encuentra claramente asociado con factores psicosociales estresantes identificables y cuyo trastorno psiquiátrico funcional presenta un patrón de inicio típico y una progresión típica.

Muy frecuentemente se diagnostica depresión aguda en los pacientes con SIDA hospitalizados que presentan apatía, letargo, aislamiento social, incontinencia y mutismo durante algunos días. No se trata de la típica historia natural de la depresión mayor sino una presentación muy común de delirium o CDS rápidamente progresivo.

Frecuentemente, la evaluación de los factores históricos, una buena historia clínica y una acuciosa observación, así como pruebas cuidadosas de el estado mental concernientes a la función cognitiva permiten un grado razonable de certeza acerca de la presencia o ausencia de un trastorno orgánico cerebral en los pacientes con SIDA o CRS. Se requieren de más estudios de investigación para disponer de bases empíricas y poder así realizar diagnósticos psiquiátricos clínicos más acuciosos en los paciente infectados con VIH presentando un CRS y SIDA.

Los psiquiatras y otros profesionales de la salud mental tienen una gran responsabilidad en diagnosticar de manera precisa y completa los síndromes psiquiátricos en esta población de pacientes, También deben saber canalizar a estos pacientes a una adecuada consulta médica o neurológica, deben participar activamente en el cuidado multidisciplinario de estos pacientes, ya que frecuentemente estos tienen problemas importantes en el área médica, neurológica, psiquiátrica y social.

El conocimiento de la incidencia y prevalencia de los trastornos psiquiátricos funcionales en los individuos infectados por VIH es aun muy limitado, debido a lo nuevo de esta epidemia, los problemas generales para realizar diagnósticos psiquiátricos acuciosos en pacientes seriamente enfermos, y el hecho de que las enfermedades del SNC y los trastornos orgánicos cerebrales son muy comunes en las personas infectadas por VIH. También, ciertos grupos de individuos infectados por VIH (abusadores de drogas IV) tienen una incidencia mayor de trastornos psiquiátricos en el eje II no relacionados a su estado VIH. Síndromes psiquiátricos relacionados al miedo del SIDA han sido reportados en miembros de la población general y en miembros de grupo de alto riesgo que no esta infectados por el VIH (20).

Los trastornos psiquiátricos mas comunes específicamente relacionados a la epidemia del SIDA en individuos que no pertenecen a los individuos de grupos de alto riesgo son síndromes de ansiedad relacionados con el miedo a la infección por VIH o al SIDA.

En los primeros estadios de la epidemia, se presentaba con bastante frecuencia miedo al contagio acompañado de síntomas fóbicos en los trabajadores del sector salud encargados de los pacientes con SIDA, ya que sentían que no conocían el grado de riesgo personal que estaban asumiendo. En general se ha visto que la frecuencia y severidad de estos síndromes en los profesionales del área de la salud ha decrecido....

Miembros de la población general También presentan trastornos psiquiátricos funcionales como respuesta a la ansiedad producida por la posible infección con VIH y SIDA. Existe reportes de casos de depresión mayor con la idea delirante de tener SIDA en hombres casados que fueron infieles a sus esposas y que requirieron tratamiento farmacológico con antidepresivos tricíclicos así como psicoterapia por mas de 3 a 4 meses antes de que los síntomas se resolvieran por completo. También hubo personas que presentaron una preocupación hipocondriaca persistente acerca de una posible infección por VIH o preocupaciones de proporción delirante acerca de SIDA. Frecuentemente, presentaban rasgos de personalidad obsesiva o paranoide, una área de identidad sexual muy conflictiva, o una historia de conductas de alto riesgo para la transmisión del VIH. Los individuos con psicosis funcionales pueden presentar marcadas preocupaciones e incluso delirios relacionados al miedo al SIDA o a la infección por VIH. Los pacientes maníacos pueden presentar el delirium de que han descubierto la cura para el SIDA (21).

Aproximadamente 40% de los homosexuales masculinos sanos han presentado trastornos de ajuste desde el inicio de la epidemia del SIDA. Muchos reportes comprueban la presencia de episodios depresivos mayores, trastornos de ansiedad generalizada y la convicción delirante de tener SIDA en homosexuales o bisexuales masculinos sin SIDA. Algunos de estos pacientes desarrollan síntomas médicos típicos del SIDA, que se resuelven cuando el síndrome psiquiátrico responde a un tratamiento psicoterapéutico y psicofarmacológico.

Se han reportado casos de homosexuales masculinos alcohólico dependientes quienes conscientemente buscaron contraer el SIDA en un intento de suicidio pasivo.

Los psicoterapeutas que trabajan con homosexuales masculinos o miembros de otros grupos de alto riesgo dicen que muy frecuentemente el riesgo personal de una infección por VIH es el asunto primordial de la búsqueda de ayuda psicoterapéutica.

La frecuencia de síndromes psiquiátricos funcionales en individuos infectados por VIH clínicamente sanos se desconoce. Cuando la persona aprende que es seropositiva para los anticuerpos del VIH, comunmente ocurren crisis existenciales agudas muy severas y síntomas de un trastorno agudo por estrés posttraumático. Algunos de estos individuos presentan trastornos psiquiátricos crónicos por que son incapaces de controlar la ansiedad inherente a la incertidumbre sobre su salud futura.

La frecuencia de de los trastornos psiquiátricos funcionales en los individuos infectados por VIH sanos es menor que la frecuencia de estos desordenes en los pacientes con CRS o SIDA, una vez que la crisis existencial característica al saberse infectados se haya presentado y haya pasado (22).

En general los trastornos por ajuste con afecto ansioso o deprimido responden bien a una psicoterapia de apoyo breve y

a los intentos por modificar el entorno de manera que el individuo tenga mayor contacto social y apoyo.

Algunos pacientes con CRS y SIDA presentan un trastorno por ansiedad crónico, con preocupación consciente continua acerca de su enfermedad y preocupación de sus síntomas o lesiones dérmicas. Este síndrome puede ser difícil de tratar, aun con psicoterapia intensiva, porque se presenta habitualmente en personas con estructuras característicamente obsesivas o paranoides y por que los estímulos realistas para la ansiedad están de esta manera omnipresentes.

Ocasionalmente los pacientes con CRS o SIDA presentan trastornos fóbicos con o sin ataques de pánico. Es esencial incluir en el diagnóstico diferencial de los síndromes de ansiedad en estos pacientes el de un trastorno orgánico cerebral agudo o crónico.

El tratamiento de los pacientes infectados por VIH con síndromes de ansiedad es esencialmente el mismo que el tratamiento de estos síndromes que en los pacientes con cáncer. Deben de usarse con precaución los fármacos psicotrópicos e iniciar en dosis más bajas que las usuales, para aumentarlas suavemente, por que estos pacientes frecuentemente desarrollan efectos colaterales físicos o psiquiátricos aun en dosis muy bajas. En ocasiones es muy útil enseñar a estos pacientes el uso de técnicas de control de estrés y ansiedad (esto incluye la hipnosis, fantasía guiada, métodos de relajamiento, y terapia conductual). La psicoterapia individual debe de ser activamente de apoyo mas que pasiva y de orientación psicoanalítica.

El trastorno depresivo más común en los pacientes con CRS y SIDA es el trastorno de ajuste con afecto depresivo. Las causas más frecuentes de los trastornos por ajuste son crisis existenciales agudas relacionadas a la ansiedad de muerte, depresiones agudas secundarias al inicio de la enfermedad, aislamiento social y conflictos. Los acercamientos terapéuticos más utilizados en el tratamiento de estas entidades son la psicoterapia individual breve y la canalización a psiquiatría de enlace.

También se han documentado la presencia de episodios depresivos mayores de inicio reciente que responden adecuadamente a la psicoterapia y medicación antidepressiva (20).

Así mismo se presenta frecuentemente trastornos orgánicos cerebrales agudos acompañados de síntomas depresivos en los pacientes con SIDA y CRS. Un inicio rápido o la progresión de la CDS y Delirium son los trastornos orgánicos cerebrales más frecuentes en esta población y son los trastornos que suelen confundirse con depresión.

El síndrome de estrés crónico es un síndrome clínico común en los pacientes con SIDA y CRS. Este síndrome suele presentarse en los pacientes que han estado muy enfermos y hospitalizados durante algunas semanas, y quienes mejoran medicamente y luego sufren una recaída más importante lo

cual desmoraliza al paciente y al personal médico. Las manifestaciones psiquiátricas primarias son la apatía, aislamiento social y una aparente pérdida del deseo de vivir. La psicodinamia fundamental de este síndrome es la experiencia de una pérdida total del control sobre el presente o el futuro. El síndrome es frecuentemente reversible con un tratamiento apropiado, el cual incluye proveer al paciente de mayores estímulos sociales y mayor información, asegurarse de que el paciente se encuentre en un entorno distinto al cuarto del hospital por lo menos una vez al día, utilizando un programa conductual que dé reforzamientos cada vez que el paciente realice elecciones y reunirse con los miembros del grupo tratante para ayudarles a sobrepasar sus propios problemas de desmoralización del propio paciente.

El dolor anticipatorio o real, que puede ser agudo o crónico, normal o patológico es una causa importante de síntomas depresivos en los pacientes con SIDA Y CRS. Todos los profesionales de la salud mental que trabajan con este tipo de pacientes deben estar al tanto de estos problemas para reconocer y tratar las reacciones de duelo y las múltiples pérdidas que experimentan estos pacientes.

Algunos pacientes deprimidos con SIDA y CRS tienen una distimia crónica que se exagera con los problemas médicos y situacionales que experimentan con su enfermedad. Estos pacientes poseen una historia de relaciones caóticas, tienen relaciones tempestuosas con los miembros del grupo médico y rehusan los procedimientos diagnósticos o los tratamientos. Muchos de estos pacientes poseen diagnósticos en el eje II lo que complica su manejo. Entre las técnicas útiles para manejar estos pacientes se encuentran el acercamiento a los pacientes mostrándoles claramente que existe respeto por ellos, ayudando al paciente a expresar sus miedos abiertamente, asegurándose que el paciente recibe información médica clara, idealmente por un médico solamente, ayudando al paciente a pensar acerca de las decisiones tomadas al cuidado médico de manera que el paciente se sienta más participativo en su propio control, y ayudando al grupo de médicos a expresar sus frustraciones evitando así que las canalizen en los pacientes (25).

Algunos de los pacientes con CRS y SIDA poseen historias de abuso de alcohol y otras drogas, o ambas, y pueden tener síndromes depresivos relacionados a la intoxicación de drogas o a la abstinencia, o al hecho de que un síndrome depresivo que ellos mismos estaban tratando se vuelve obvio con el cese de ingestión de la droga.

La incidencia de las intenciones suicidas en las personas infectadas por VIH parece ser mayor que la incidencia de estos que en los pacientes con cáncer. Es muy común ideación suicida transitoria al conocer la seropositividad aun cuando los intentos suicidas serios y la conducta suicida parecen ser relativamente raros. Sin embargo algunos individuos se suicidaron poco tiempo después de que se les anunció su seropositividad.

Las personas infectadas con VIH no parecen presentar un riesgo mayor de problemas de conducta que las personas con padecimientos crónicos a excepción de los pacientes que poseen trastornos de la personalidad preexistentes o bien que presenten un trastorno orgánico cerebral.

Un problema que frecuentemente ocurre es la negación del diagnóstico médico con el consiguiente rechazo del cuidado médico adecuado. Algunos pacientes buscarán numerosas opiniones médicas con la esperanza de que encontrarán un diagnóstico más benigno. Muchos pacientes conjugaran una atención médica tradicional y atención no tradicional, fenómeno que también se observa en pacientes con cáncer. Muchos pacientes con CRS y SIDA tienen poca confianza en los miembros del grupo médico y son ambivalentes acerca de los cuidados médicos agresivos. Esta actitud da como resultado el rechazo a que se realicen pruebas y procedimientos médicos así como un conflicto entre paciente y médico. Debe de notarse que la conducta no cooperadora de los pacientes hospitalizados con SIDA y CRS puede ser el resultado de un trastorno orgánico cerebral no diagnosticado.

Una pequeña minoría de personas infectadas por VIH se involucrarán deliberadamente en conductas sexuales o de otra índole que representa un alto riesgo de contagio para los otros. Existe controversia acerca de la respuesta legal y de salud pública apropiada en esta situación pero todos concuerdan que el psicoterapeuta que trata a este tipo de individuos debe encaminar de manera activa al cese de tales conductas de alto riesgo.

Todos los estudios de los cambios de conducta sexual en los homosexuales y bisexuales masculinos reportan una reducción en el número de parejas sexuales en un 50 a 80 %, una reducción del 60 al 80 % de las conductas de alto riesgo de transmisión de VIH (patrón receptivo anal, contacto oroanal, e ingestión de semen), aumento de uso de los preservativos y una participación mas intensa en conductas sexuales de bajo riesgo. Sin embargo una tercera parte de los homosexuales masculinos siguen teniendo conductas de alto riesgo.

Los factores que contribuyen a la adquisición de practicas sexuales más seguras en los homosexuales masculinos incluyen el conocimiento de las prácticas de riesgo para SIDA, la disponibilidad de apoyo social, ser joven, encontrarse en una relación homosexual por primera vez, ser nuevo en el estilo de vida homosexual, estar cerca de una persona con SIDA, percibir un riesgo personal por infección por VIH, y creer que un cambio en la conducta sexual reducirá el riesgo personal (10).

Los cambios en el patrón homosexual y la posibilidad de adquirir SIDA que se presenta en la vida cotidiana del homosexual y bisexual masculino con vida sexual activa se han asociado con factores estresantes psicológicos importantes. Estudios de homosexuales masculinos asintomáticos con riesgo han encontrado niveles superiores de estrés psicológico.

Estudios han demostrado que el 39 % de los homosexuales masculinos sanos cumplen los criterios del eje I para un trastorno de ajuste con afecto deprimido o ansioso de acuerdo al DSM-III R (9).

Los efectos de estrés crónico encontrados de manera comparativa entre el grupo de alto riesgo y el de bajo riesgo de homosexuales masculinos incluyen niveles de concentración inferiores, disminución de la memoria y menor calidad de sueño. Se ha reportado un aumento en el número de homosexuales masculinos que están enojados a las respuestas de la sociedad con respecto a la epidemia del SIDA (19). Los homosexuales masculinos que poseían las conductas más bajas de riesgo de adquisición de la infección por VIH han presentado los mayores niveles de alteraciones psicológicas. Experiencias clínicas han documentado el costo psicológico de los cambios conductuales, incluyendo un aumento en los niveles de estrés, la sensación de alienación de nuestra propia subcultura y los problemas para aprender nuevas destrezas sociales y nuevas formas de relación dentro de la comunidad homosexual.

HIPOTESIS.

- 1 Se encontrarán diferencias de comportamiento sexual desde la aparición del SIDA.
- 2 El nivel de conocimientos del SIDA son adecuados
- 3 La actitud en manejo de pacientes seropositivos es discriminatoria

OBJETIVOS.

El desarrollar conocimientos médicos y tratamiento acerca de las enfermedades relacionadas con VIH y la formación de personal mejor entrenado en el área de VIH y su transmisión, su epidemiología, cambios sociales respecto a la enfermedad y las actitudes respecto al SIDA y VIH, las experiencias con los individuos infectados con VIH y pacientes con SIDA y las consecuencias psicosociales de la epidemia de SIDA para las personas que están infectadas con SIDA.

- Determinar edad de inicio de la vida sexual, con que sexo y si fue con su consentimiento.
- Encontrar la inclinación sexual y como se clasifica en cuanto a su conducta sexual y como es su relación con los demás.
- Búsqueda de elementos que nos permitan medir conductas o antecedentes de alto riesgo:
 - a) Determinar el número de parejas en el último año, en los últimos 5 años y con que tipo de parejas se relaciona.
 - b) Uso de drogas, y si se usan estas durante las relaciones.
 - c) Determinar si han padecido enfermedades de transmisión sexual.
 - d) Determinar si han sido transfundidos en los últimos 10 años.
 - e) Determinar el grado de conocimiento existente sobre el SIDA en cuanto a: mecanismos de transmisión, pronóstico, síntomas, prevención y en que época sitúa la aparición de esta enfermedad y si presentó cambios en su conducta a partir de esa fecha.
 - f) Determinar preocupación por la enfermedad, el padecerla, y su conducta al saberse infectado.
- Determinar algunas consecuencias psicosociales y las actitudes que como futuros trabajadores del sector salud deben ser tomadas.

METODOLOGIA.

La información se obtendrá por los métodos de investigación bibliográfica y de trabajo de campo; la investigación bibliográfica se empleará para la comparación de los datos obtenidos de las encuestas efectuadas en otros países y elaborar el marco teórico. El trabajo de campo se llevará a cabo por medio de una encuesta aplicada a los estudiantes de medicina y Psicología en el mes de Enero de 1991.

a) POBLACION Y MUESTRA

Para el estudio, se tomará en cuenta la población universitaria de las carreras de psicología y medicina, tomando una muestra aleatoria de estudiantes de la UNAM y otras universidades.

b) CRITERIOS.

INCLUSION:

Se considerará a los estudiantes de medicina y psicología de diferentes universidades del Distrito Federal, que respondan la encuesta voluntariamente.

EXCLUSION:

No se incluirán datos aportados por los alumnos de otras carreras.

ELIMINACION:

Se eliminarán las encuestas que no se hayan contestado por completo.

DISEÑO DE LAS TECNICAS DE RECOLECCION DE LA INFORMACION DE CAMPO.

Elaboración de una encuesta anónima y confidencial (adjunta: Anexo 1) cuya estructura es la siguiente:

- 1 Datos de identificación: edad, sexo, carrera, estado civil, religión, lugar de residencia en los últimos 10 años. (1-6)
- 2 Datos preliminares: forma de relación, inicio de vida sexual, inclinación sexual, número de parejas en el último año, en los últimos 5 años, que tipo de parejas tiene y de que tipo, si se acompañan estas del consumo de alguna droga. (7-18)
- 3 Antecedentes personales: transfusiones y enfermedades de transmisión sexual. (19-20)
- 4 Conocimientos generales sobre el SIDA y sus patrones de conducta sexual. (21-29)
- 5 Ideas sobre la enfermedad y el encuestado. (30-35)
- 6 interés psicosocial y actitudes como futuros trabajadores del sector salud. (36-41)

ANALISIS DE LOS RESULTADOS.

TABULACION.

La tabulación de los datos se efectuará en una computadora personal, por considerar que es más sencillo trabajar en una hoja de cálculo, donde pueden intercambiarse fácilmente los datos entre programas. Se segregarán las respuestas por sexo, por edades, de acuerdo con los resultados obtenidos en la parte 1 de la encuesta.

ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

Los datos obtenidos se analizarán estadísticamente.

CONCLUSIONES

Procederán de los resultados obtenidos de la encuesta, así como de su comparación con los estudios hechos en otros países.

Marque con una 'X' la respuesta o **RESPUESTAS** que considere correctas o se acerque a su propia experiencia. Esta encuesta es **ANONIMA** y sus respuestas **CONFIDENCIALES**.

1. Edad: _____ años.
2. Sexo: masculino, femenino.
3. Carrera: Medicina, Psicología. Semestre: _____
4. Estado civil: soltero(a), casado (a), viudo, divorciado(a), unión libre, separado.
5. Religión: católica, judía, protestante, otra, ninguna.
6. La mayor parte del tiempo en los últimos 10 años ha resido en: Distrito Federal, provincia, extranjero.
7. Su relación con la mayoría de sus compañeros es: buena, regular, mala, no sé.
8. A qué edad inició su vida sexual: _____ años. (Especifique).
9. Fue con su consentimiento al inicio de su vida sexual: sí, no.
10. Con quien lo hizo fue: hombre, mujer , animal.
11. Su inclinación habitual sexual es preferentemente: a los hombres, a las mujeres, ambos sexos indistintamente.
12. Cuantas parejas ha tenido en los últimos 12 meses con quienes haya tenido relaciones sexuales: (especifique número): _____.
13. Cuantas parejas en los últimos 5 años (especifique número): _____.
14. Sus relaciones son generalmente con: prostituta(o), parejas ocasionales [casuales], pareja estable, compañero(a) de escuela, amigo(a).
15. Sus relaciones son: homosexuales, bisexuales, heterosexuales.
16. Usa algún tipo de droga: no, sí {desde cuando} _____ marihuana, inhalantes, cocaína, otras _____.
17. Uso de alcohol previo o durante la relación sexual: siempre, algunas veces, casualmente, nunca.
18. Uso de otras drogas durante el acto sexual: siempre, algunas veces, casualmente, nunca.
19. Ha tenido alguna de las siguientes enfermedades, (señálelas): sífilis, gonorrea, hepatitis B, herpes genital, uretritis no gonocócica. Hice cuanto _____.
20. Ha recibido transfusiones: nunca, en los últimos 5 años, entre 5 y 10 años, hace más de 10 años.
21. El síndrome de linfoma de inmunodeficiencia adquirida (DIIA) es una enfermedad de transmisión: en excusados, por mosquitos, por contacto sexual, uso de drogas intravenosas, únicamente de extranjeros, de homosexuales y bisexuales, heterosexuales.
21. El SIDA es una enfermedad: incurable, curable, previsible, controlable.
23. Actualmente Ud. usa condón: nunca, con extraños, eventualmente, siempre.
24. Ha conocido a alguien seropositivo para el virus de el SIDA: sí, no.
25. Ha conocido a alguna persona con SIDA: sí, no.
26. Ha conocido a alguien que haya muerto de SIDA: sí, no.
27. Antes de la aparición del SIDA sus relaciones sexuales contaban con las siguientes prácticas: patrón anorrectivo, anopenetrativo, estimulación manual rectal, oralal, penetración vaginal, introducción del pene en la cavidad bucal, estimulación con la boca o lengua al clitoris o vúva, beso superficial, beso profundo, uso de artefactos, masturbación mutua, tragar semen, relaciones sexuales con más de una persona a la vez, con animales, intercambio de orina y excremento, uso del condón, no tenía todavía relaciones.
28. Actualmente sus relaciones sexuales incluyen: patrón anorrectivo, anopenetrativo, estimulación anal rectal oralal, penetración vaginal, introducción del pene en la cavidad bucal, estimulación con la boca o lengua al clitoris o vúva, beso superficial, beso profundo, uso de artefactos, masturbación mutua, tragar semen, relaciones sexuales con más de una persona a la vez, con animales, intercambio de orina o excremento, uso de condón.
29. Cuando sitúa Ud. la aparición del SIDA: 19 ____

30. Le preocupa el SIDA: () siempre, () ocasionalmente, () nunca.
31. Señale los síntomas sugestivos de Sida: () baja de peso, () cansancio, () infecciones [] pulmonares [] gastrointestinales, () ganglios, () sudoración nocturna, () fiebre, () demencia, otros _____
32. Creo estar infectado de SIDA: () sí, () no, () no sé.
33. Se ha realizado exámenes de laboratorio para saber si está enfermo de SIDA: () sí, () no.
34. Le interesaría hacerse exámenes de laboratorio para saber si está infectado de SIDA: () sí, () no, () no sé.
35. Que haría Ud. si salieran sus exámenes positivos para el virus del SIDA: () no daría importancia, () tratarme, () suicidarme, () infectar a otros () no sé que haría.
36. Las personas que sepan que tienen SIDA y tengan relaciones sexuales o donen sangre, sin informarlo, ¿deberían ser procesadas criminalmente? () sí, () no.
37. Rehusaría trabajar al lado de un enfermo de SIDA: () sí, () no, () ocasionalmente, () no sé.
38. Apoyaría que fueran puestos en cuarentena permanentemente a los enfermos de SIDA: () sí, () no, () ocasionalmente.
39. Apoyaría que se hicieran pruebas en los trabajadores del sector salud (médicos, enfermeras, etc.) para descubrir si tienen SIDA: () sí, () no, () solo voluntariamente
40. Cree que el profesional de la salud, debe tener el derecho a escoger, si acepta o no el manejo de pacientes con SIDA: () sí, () no, () ocasionalmente.
41. A que tipo de pacientes con SIDA apoyaría más: () adquirido por contacto sexual casual, () por uso de drogas intravenosas, () sexualmente con una pareja infiel, () transfusión.
42. Se siente triste o afligido: () no, () poco, () regular, () mucho.
43. Lloro o tengo ganas de llorar: () no, () poco, () regular, () mucho.
44. Duerme mal de noche: () no, () poco, () regular, () mucho.
45. En la mañana se siente peor: () no, () poco, () regular, () mucho.
46. Le cuesta trabajo concentrarse: () no, () poco, () regular, () mucho.
47. Le ha disminuido el apetito: () no, () poco, () regular, () mucho.
48. Se siente obsesivo o repetitivo: () no, () poco, () regular, () mucho.
49. Ha disminuido su interés sexual: () no, () poco, () regular, () mucho.
50. Considera que su rendimiento en el trabajo o estudio es menor: () no, () poco, () regular, () mucho.
51. Siente palpitaciones o presión en el pecho: () no, () poco, () regular, () mucho.
52. Se siente nervioso, angustiado o ansioso: () no, () poco, () regular, () mucho.
53. Se siente cansado o dolido: () no, () poco, () regular, () mucho.
54. Se siente pesimista, piensa que las cosas le van a salir mal: () no, () poco, () regular, () mucho.
55. Le duele con frecuencia la cabeza o la nuca: () no, () poco, () regular, () mucho.
56. Está más irritado o enojón que antes: () no, () poco, () regular, () mucho.
57. Se siente inseguro, con falta de confianza en sí mismo: () no, () poco, () regular, () mucho.
58. Siente que le es menos útil a su familia: () no, () poco, () regular, () mucho.
59. Siento miedo de algunas cosas: () no, () poco, () regular, () mucho.
60. Ha sentido deseos de morir: () no, () poco, () regular, () mucho.
61. Se siente apático, como si las cosas que antes le interesaban, ahora le fueran indiferentes: () no, () poco, () regular, () mucho.

RESULTADOS.

Se evaluaron 169 estudiantes mediante la encuesta que fue diseñada en especial para este estudio, siendo 72 masculinos (42.6 %) y 96 femeninos (57.4 %), de los cuales 151 eran médicos (89.34 %) y 18 psicólogos (10.66 %).

En cuanto al estado civil, 144 (85.20 %) fueron solteros, 23 (13.60 %) fueron casados, 1 viudo (.59 %) y 1 (.59 %) no respondió ese dato. Religión: 127 católicos (75.14 %), 12 judíos (7.1 %), protestantes 3 (1.77 %), otras religiones 5 (2.95 %), ninguna 20 (11.83 %) y 2 no contestaron (1.18 %). Residencia en los últimos 10 años: 151 (89.34 %) en el Distrito Federal, 13 (7.69 %) en provincia y 5 (2.95 %) en el extranjero. Su relación con la mayoría de sus compañeros: 138 (88.65 %) la calificaron de buena, 29 (17.15 %) regular, 1 (.59 %) no sabía como era y 1 (.59 %) no contestó.

Respecto al inicio de su vida sexual, 63 (37.27 %) no contestaron, siendo la edad mínima de 4 años y la máxima de 30 años. Fue con su consentimiento el inicio de su vida sexual en 100 (59.17 %), 63 (37.27 %) no contestaron y 6 (3.55 %) no fue con su consentimiento. 44 (26.035 %) fue con un hombre, 60 (35.50 %) con una mujer y 65 (38.36 %) no contestaron. La inclinación habitual sexual es preferentemente en 84 hacia los hombres (49.70 %) y 64 (37.86 %) hacia las mujeres, 3 (1.77 %) es hacia ambos sexos y 18 (10.65 %) no contestaron. Sus relaciones son generalmente con prostitutas únicamente 1 individuo (.59 %), 4 (2.36 %) con parejas ocasionales (casuales), 67 (39.64 %) con pareja estable, 6 (3.55 %) con compañeros de escuela, 10 (5.91 %) con amigos, 2 (1.18 %) con prostitutas y pareja estable, 6 (3.55 %) con parejas ocasionales y pareja estable, 2 (1.18 %) con pareja estable, compañeros de escuela y amigos, 3 (1.77 %) con pareja estable y amigos, 4 (2.36 %) con compañeros de escuela y amigos y 64 (37.86 %) no contestaron. Sus relaciones las describieron 1 (.59 %) como homosexuales, 7 (4.13 %) como bisexuales y heterosexuales 92 (54.43 %), no contestando 69 (40.82 %). El número de parejas en el último año fue en 1 encuestado con 7 parejas (.59 %), 1 con 6 parejas (.59 %), 3 con 4 parejas (1.77 %), 5 con 3 parejas (2.95 %), 13 con 3 parejas (7.69 %), 71 con 1 pareja (42.01 %) y 75 (44.37 %) no contestaron. En los últimos 5 años 41 (24.26 %) han tenido 1 pareja, 15 (8.87 %) han tenido 2 parejas, 25 (14.79 %) han tenido 3, 5 (2.95 %) han tenido 4, 5 (2.95 %) han tenido 5 parejas, 2 (1.18 %) han tenido 6 parejas, 1 (.59 %) ha tenido 7 parejas, 2 (1.18 %) han tenido 8 parejas, 2 (1.18 %) han tenido 15 parejas y 1 (.59 %) ha tenido 28 parejas y 70 (41.42 %) no respondió.

Los hombres están comprendidos entre los 17 a 34 años de edad, siendo 4 (5.55 %) psicólogos y 68 (94.44 %) médicos.

Respecto al uso de drogas por los hombres 69 (95.83 %) respondieron que no, 2 (2.77 %) sí ocasionalmente y 1 (1.38

%) no contestó. El uso de alcohol previo o durante la relación sexual fué nunca para 42 (57.96 %), casual para 9 (12.42 %), algunas veces para 9 (12.42 %), siempre para 1 (1.38 %) y 9 (12.42 %) no contestaron. El uso de otras drogas durante el acto sexual 62 (85.56 %) respondió que nunca y 10 (13.8 %) no contestaron. 1 (1.38 %) respondió haber padecido uretritis no gonocócica hace un año y 71 (98.69 %) negó haber padecido alguna enfermedad de transmisión sexual. En cuanto a la transmisión del SIDA 2 (2.77 %) encuestados dijeron que se adquiriría en excusados y 14 (19.32%) que era exclusivamente de extranjeros.

Sesenta y siete (92.46 %) de los encuestados respondió que nunca habían sido transfundidos, 1 (1.38 %) había sido hace más de 10 años y 4 (5.55 %) no contestaron. En cuanto a las respuestas sobre SIDA 28 (38.64 %) mencionaron que era incurable, 14 (19.32 %) previsible, 19 (26.22 %) que es incurable y previsible, 3 (4.14 %) que es incurable, previsible y controlable y 2 (2.77 %) que es previsible y controlable. En cuanto al uso del condón 23 (31.74 %) nunca lo usan, 3 (4.14 %) con extraños, 17 (23.46 %) eventualmente, 20 (27.6 %) siempre lo utilizan y 9 (12.42 %) no contestaron. A la pregunta Ha conocido alguien seropositivo para el virus del SIDA ? 27 (37.26 %) respondieron que sí, 42 (57.96 %) respondió que no y 3 (4.14 %) no respondió. Al conocer a una persona con SIDA 32 (44.16 %) respondió afirmativamente, 40 (55.2 %) respondió negativamente y al fallecieron por este padecimiento 12 (16.56 %) respondieron afirmativamente y 60 (82.8 %) negativamente. La conducta sexual anterior a la aparición del SIDA fue de 4 (5.55 %) con estimulación manual rectal, 1 (1.38 %) oraal, 28 (38.88 %) con penetración vaginal con variantes, estimulación con la boca o la lengua el clítoris o vulva 16 (22.22 %), 3 (4.16 %) masturbación mutua, uso de condón 10 (13.8 %), 17 (23.61 %) que pusieron que no tenían relaciones todavía, el resto no contesto. Actualmente sus relaciones fueron descritas 2 (2.77 %) estimulación manual rectal, penetración vaginal 47 (65.2 %), 22 (30.55 %) con introducción del pene en la cavidad bucal, 26 (36.11 %) con uso de preservativo, 12 (16.6 %) no contestaron.

En cuanto a la fecha de aparición del SIDA se situó principalmente en 1980 por 15 (20.83 %), en 1981 por 11 (15.22 %) y en 1985 por 14 (19.44 %).

A la pregunta Le preocupa el SIDA 35 (48.5 %) respondió que siempre, 32 (44 %) ocasionalmente y 5 (7.4 %) que nunca. Entre los síntomas sugestivos de SIDA 4 (5.3 %) respondió demencia, 1 (1.38 %) respondió sarcoma de Kaposi. En cuanto a la idea de si cree estar infectado 64 (88.32 %) respondió que no, 6 (8.28 %) no saben y 2 (2.77 %) no contestaron. Se han realizado exámenes para detección de SIDA 11 (15.18 %), 58 (80.04 %) no y 3 (4.14 %) no contestaron. A 34 (46.9 %) de los encuestados le interesaría hacerse exámenes de laboratorio para detección de SIDA, 25 (34.4 %) no y 13 (18.7 %) no sabían. Respecto a que harían si saliera positivo su examen 1 (1.38 %) no le daría importancia, 34 (46.92 %)

se tratarían, 31 (42.78 %) no sabe que haría y 1 (1.38 %) se suicidaría. Las personas que sepan que tienen SIDA y tengan relaciones sexuales y donen sangre sin informarlo deberían ser procesadas criminalmente según 58 (80.04 %) de los encuestados, 12 (16.56 %) no lo consideró conveniente y 2 (2.77 %) no contestó. En cuanto a si rehusarían trabajar al lado de un enfermo 2 (2.9 %) respondió que sí, 38 (55.9 %) que no, 10 (14.7 %) que ocasionalmente y 18 (26.5 %) no sabían. Apoyarían que fueran puestos en cuarentena permanentemente los enfermos de SIDA 13 (17.94 %), no lo harían 39 (53.82 %) y ocasionalmente 18 (24.84 %), 2 (2.77 %) no contestaron. En cuanto a que se le hicieran pruebas a los trabajadores del sector salud para descubrir si tienen SIDA 51 (69 %) dijo que sí, 1 (1.38 %) dijo que no, 18 (24.84 %) solo voluntariamente y 1 (1.38 %) no contestó. Creen que el profesional de la salud tiene derecho a escoger si acepta o no el manejo de pacientes con SIDA 39 (53.8 %) dijo que sí, 24 (33.8 %) dijeron que no y 9 (12.3 %) dijeron que ocasionalmente. Por último respecto a que tipo de paciente apoyaría más 37 (51.06 %) por transfusión, 3 (4.14 %) por contacto sexual casual, 1 (1.38 %) por contacto sexual casual y por uso de drogas intravenosas, 1 (1.38 %) por contacto sexual casual, uso de drogas intravenosas y sexualmente con una pareja infiel, 6 (8.28 %) por contacto sexual casual y transfusión, 1 (1.38 %) por uso de drogas intravenosas y sexualmente con una pareja infiel, 7 (9.66 %) con una pareja infiel y transfusión y 13 (17.94 %) con todas las opciones.

En cuanto a las mujeres 82 (85.41 %) respondieron que no usan algún tipo de droga y 14 (14.58 %) no contestaron. El uso de alcohol previo durante la relación sexual 3 (3.125 %) algunas veces, 4 (4.16 %) casualmente, 42 (43.75 %) nunca y 47 (48.95 %) no contestaron. Al uso de drogas durante el acto sexual 1 (1.04 %) siempre, 47 (48.95 %) nunca y 48 (49.92 %) no contestaron. Una mujer refirió (1.04 %) haber padecido uretritis no gonocócica hace 2 años y 95 (98.8 %) negaron haber padecido alguna enfermedad de transmisión sexual. Tres encuestados (3.125 %) refirieron haber sido transfundidos hace más de 10 años, 79 (82.16 %) nunca lo han sido y 14 (14.56 %) no contestaron. En cuanto a la forma de adquisición del SIDA 3 (3.125 %) contestaron que se transmitía en excusados, 15 (15.6 %) una enfermedad únicamente de extranjeros, 2 (2.08 %) de homosexuales y bisexuales, 16 (16.64 %) por uso de drogas intravenosas, 2 (2.08 %) únicamente heterosexuales y 7 (7.28 %) no contestaron. Consideran al SIDA 46 (47.84 %) como incurable, 7 (7.28 %) como previsible, 7 (7.28 %) como controlable, 4 (4.16 %) no contestó, 24 (24.96 %) es incurable y previsible, 3 (3.125 %) es incurable previsible y controlable, 4 (4.16 %) incurable y controlable y 1 (1.04 %) previsible y controlable. El uso de condón 29 (30.16 %) nunca, 1 (1.04 %) con extraños, 7 (7.28 %) eventualmente, 7 (7.28 %) siempre y 52 (54.08 %) no contestaron. A la pregunta si conoce a alguien seropositivo 23 (23.92 %)

respondió que sí, 66 (68.64 %) no conocen y 7 (7.28 %) no contestaron. 26 (27.04 %) si conocen a alguien con SIDA, 67 (69.68 %) no y 3 (3.125 %) no contestaron. 19 (19.76 %) conocen a alguien que halla muerto por SIDA, 71 (73.84 %) no y 6 (6.24 %) no contestaron.

En cuanto a su conducta sexual antes de la aparición del SIDA 32 (33.33 %) contestaron que no habian tenido relaciones, 39 (40.62 %) no contestaron nada, 25 (26.04 %) fueron las que contestaron, tomando a estas como el 100% encontramos que 4 (17.39 %)[4.16% real] tuvieron patrón anorreceptivo, 3 (12 %)[3.12% real] estimulación manual rectal, oroanal 1 (4 %)[1.04% real], 20 (80 %)[20.83% real] penetración vaginal, introduccion del pene en la cavidad bucal 11 (44 %)[11.45% real], estimulación con la boca o lengua el clítoris o vulva 10 (40 %)[10.41% real], masturbación mutua 7 (28 %)[7.29% real], tragar semen 4 (16 %)[4.16% real], el uso del condon 3 (12 %)[3.125% real]; actualmente sus relaciones sexuales son: anorreceptivo 3 (6.97 %)[3.12% real], oroanal 1 (2.23)[1.04% real], penetración vaginal 39 (90 %)[40.62% real], introducción del pene en la cavidad bucal 13 (30.23 %)[13.54% real], estimulación con la boca o la lengua al clítoris o vulva 17 (39.53 %)[17.70% real], uso de instrumentos 1 (2.32 %)[1.04% real], 10 (23.25 %)[10.41% real] masturbación mutua, 3 (6.97 %)[3.12% real] tragar semen, 10 (23.25 %)[10.41% real] uso de condón, 53 [55.20 % real] no contestaron.

En cuanto a la aparición del SIDA 18 (18.75 %) la sitúan en 1980, 9 (9.37 %) en 1981 y 10 (10.41 %) en 1985, siendo el resto de la distribución muy variable. A 48 (50.5 %) encuestadas siempre les preocupa el SIDA, ocasionalmente a 39 (39.6 %) y nunca a 9 (9.9 %). En cuanto a los síntomas sugestivos de SIDA solo 8 (8.6 %) contestó que puede producir demencia y 4 (4.16 %) Sarcoma de Kaposi. A la creencia de estar infectado de SIDA 1 (1.04 %) respondió que sí, 85 (88.4 %) respondió que no, 7 (7.28 %) no saben y 3 (3.125 %) no contestaron. A 37 (38.9 %) sí les interesaría realizarse exámenes de laboratorio, 44 (46.7 %) no y a 15 (14.44 %) no saben. Respecto a que harían si fuera positivo 57 (59.28 %) se tratarían, 30 (31.2 %) no saben que harían, 1 (1.04 %) se suicidaría y el resto no contestó. Las personas que sepan que tiene SIDA y tengan relaciones sexuales o donen sangre sin informarlo deberían ser procesadas criminalmente 81 (84.24 %) respondieron afirmativamente, 13 (13.52 %) negativamente y 2 (2.08 %) no contestaron. Tres (3.2 %) rehusarían trabajar al lado de un enfermo de SIDA, 59 (62.8 %) no lo haría, 19 (20.2 %) ocasionalmente y 13 (13.8 %) no saben que harían. 17 (17.08 %) apoyaría que fueran puestos en cuarentena permanentemente, 27 (28.08 %) ocasionalmente, 47 (48.88 %) no lo haría y 3 (3.125 %) no contestaron. En cuanto a que se le realicen pruebas a los trabajadores del sector salud para descubrir si tiene SIDA 65 (67.6 %) dijo que sí, 2 (2.08 %) no, 27 (28.08 %) voluntariamente y 2 (2.08 %) no contestaron. En cuanto al hecho de que crean que el

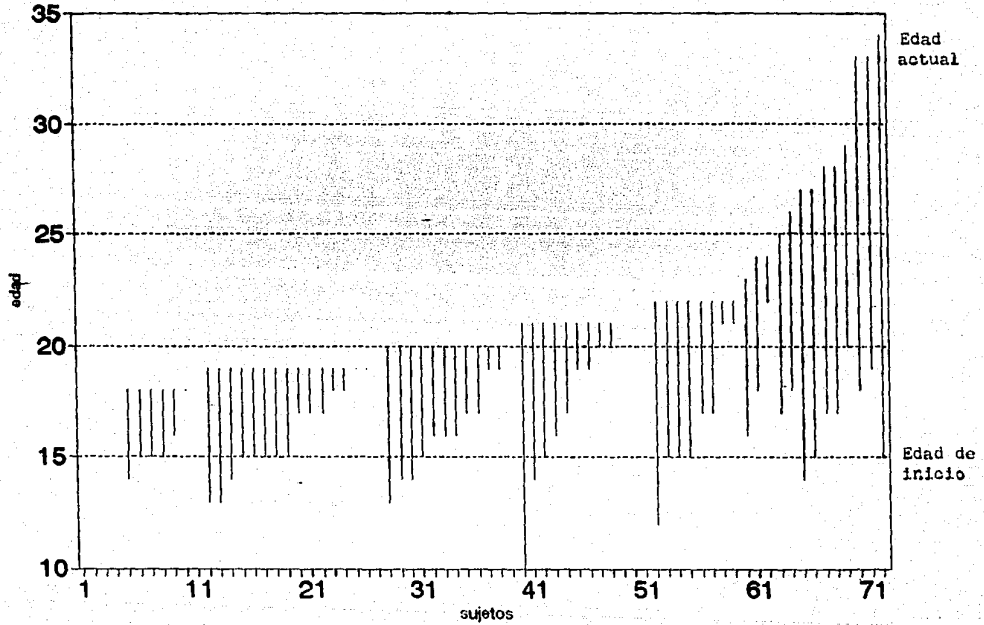
profesional de la salud debe tener derecho a escoger manejar o no a un paciente con SIDA 40 (42.4 %) dijeron que sí, 37 (39.1 %) no y 18 (18.5 %) dijeron que ocasionalmente. Por último en cuanto al tipo de paciente que apoyarían más 60 (62.4 %) por transfusión, 1 (1.02 %) adquirido por contacto sexual casual, 2 (2.08 %) por uso de drogas intravenosas, 2 (2.08 %) sexualmente con una pareja infiel, 1 (1.04 %) por contacto sexual casual, pareja sexual infiel y transfusión, 5 (5.2 %) por contacto sexual casual y sexualmente con una pareja infiel, 2 (2.08 %) por drogas intravenosas y transfusiones, 5 (5.2 %) por pareja infiel y transfusión y 18 (18.72 %) por todas las opciones.

Las mujeres que fueron 96 no se encontró uso de drogas, el uso de alcohol fue 7.28 % algunas veces y casual, nunca el 43.75 % y no contestaron el 48.95 %, en el uso de drogas durante el acto sexual 1.04 % contesto que siempre, dato que no concuerda con la pregunta anterior. Enfermedades de transmisión sexual fue el 1.04 con uretritis no gonocócica en los últimos 2 años. El 3.12 % han sido transfundidos hace más de 10 años. A la adquisición del SIDA 3.12 % contestaron que se podía adquirir en excusados, 15.6 % únicamente de extranjeros, 2.08 % únicamente de homosexuales y bisexuales, 16.64 % únicamente por drogas intravenosas y el 2.08 % únicamente de heterosexuales. El 76.96 % la considero incurable, controlable el 7.28 % y no contestaron 4.16 %. El 30.16 % nunca ha usado el condón, solamente el 1.04 % con extraños, 7.28 % eventualmente y siempre el 7.28 % y el 54.08 % no contesto. el 23.92 % conoce a alguien seropositivo, 27.04 % a alguien con SIDA y el 19.76 % a alguien que murio de SIDA.

Antes de la aparición del SIDA el 33.33 % contesto que no habían tenido relaciones, el 40.62 % no contestaron, y el 26.04 % respondieron algún tipo de conducta presentando el 4.16 % (17.39 % de las que respondieron su conducta sexual) tenían patrón anorreceptivo, el 3.12 % (12 %) estimulación manual rectal, 1.04 % (4 %) oroanal, 20.83 % (80 %) penetración vaginal, el 11.45 % (44 %) introducción del pene en la cavidad bucal, 10.41 % (40 %) estimulación con la boca o lengua al clitoris o vulva, 7.29 % (28 %) masturbación mutua, 4.16 % (16 %) tragar semen, uso del condón por el 3.12 % (12 %). Actualmente sus relaciones sexuales fueron respondidas por el 44.79 % de las mujeres, 3.12 % (6.97 % del 44.79 %) presentan patrón anorreceptivo, 1.04 % (2.32 %) oroanal, el 40.62 % (90 %) penetración vaginal, 13 % (30.23 %) introducción del pene en la cavidad bucal, 17.70 % (39.53 %) estimulación con la boca o lengua al clitoris o vulva, 1.04 % (2.32 %) uso de instrumentos, 11.45 % (23.25 %) masturbación mutua, 3.12 % (6.97 %) tragar semen y el uso de condón 11.45 % (23.25 %); no contestando el 55.20 %. La aparición del SIDA en las mujeres vario mucho más que en los hombres siendo el 18.75 % en 1980, 9.37 % en 1981 y 10.41 % en 1985 (Vease gráfica). La preocupación para el SIDA fue del 50.5 % siempre, ocasionalmente 39.6 % y nunca por el 9.9 %. Sobre el cuadro clínico del SIDA solamente el 8.5 % contesto

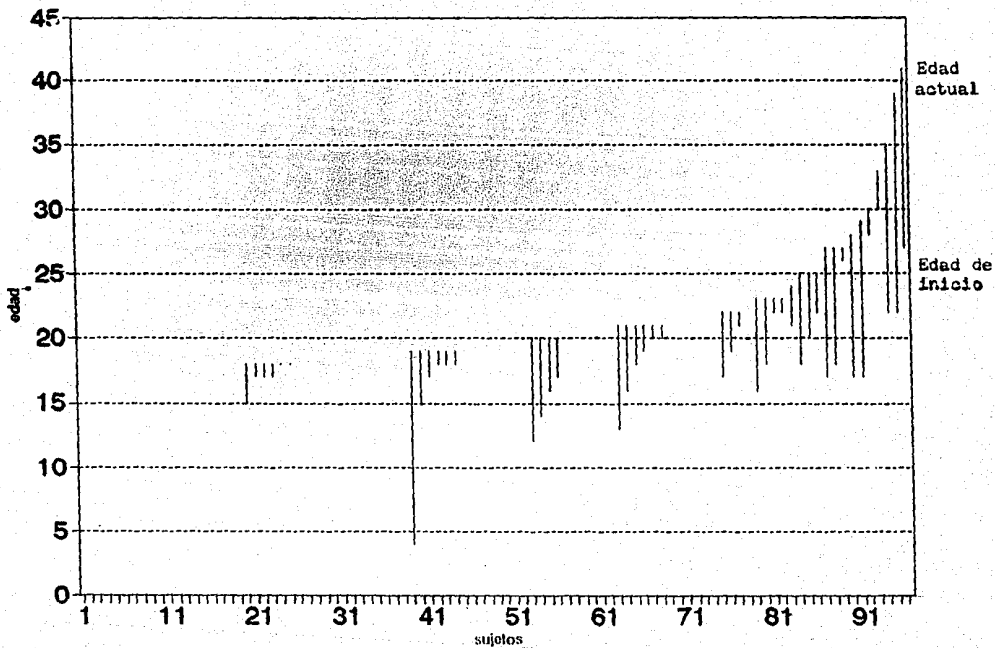
que podría encontrarse demencia y 4.16 % mencionaron Sarcoma de Kaposi. El 1.04 % cree estar infectada de SIDA y el 7.28 % no sabe. El 7.28 % se ha realizado algun examen para detectar la enfermedad y el 38.9 % estarian interesadas en hacerse algun examen para saber si estan infectadas y el 14.4 % no sabe, teniendo una respuesta positiva el 59.28 se trataria, 31.2 % no sabría que hacer y 1.04 % se suicidaria. El 84.24 % considera que deberian ser procesados criminalmente los que tengan relaciones o donen sangre sin notificar su estado de infectados. El 3.2 % rehusaria trabajar al lado de un enfermo con SIDA, el 20.2 % ocasionalmente y el 13.8 % no sabe que conducta tomar. El 17.08 apoyaria que fueran puestos en cuarentena, 28.08 % ocasionalmente. En cuanto a realizar pruebas a los trabajadores del sector salud solo el 28.08 % opinaron que fueran voluntarias, el 67.6 % opinaron que si y el 2.08 % opino que no. En cuanto a aceptar el manejo el 42.4 % dijo que si desearian tener derecho a escojerlo y 18.5 % ocasionalmente. Al tipo de paciente que más apoyarian seria al que adquirio la enfermedad por transfusión que fue el 62.4 % y el 18.72 % apoyaria a todos por igual, el 14 % apoyaria al paciente que lo adquirio por contacto sexual con una pareja infiel resultado mucho menor que en el estudio de Allen (1).

PERIODO SEXUAL ACTIVO MASCULINO



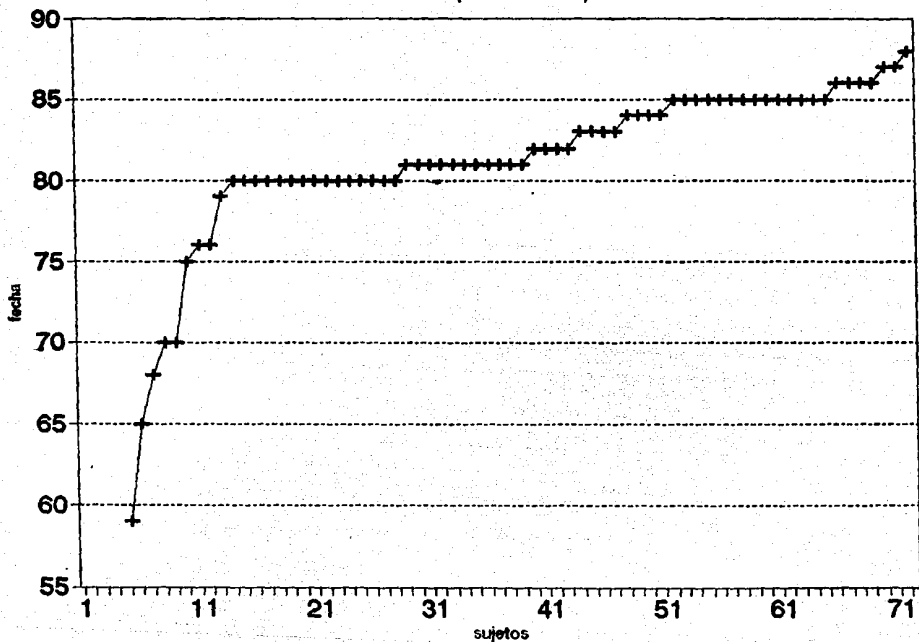
GRAFICA 1

PERIODO SEXUAL ACTIVO
FEMENINO



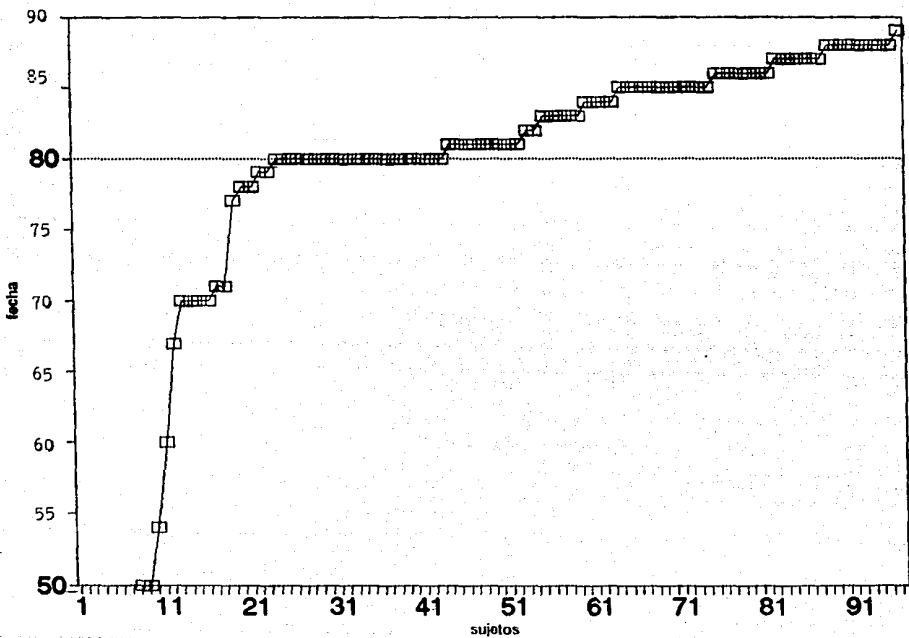
GRAFICA II

FECHA DE APARICION
DEL SIDA (MASCULINO)



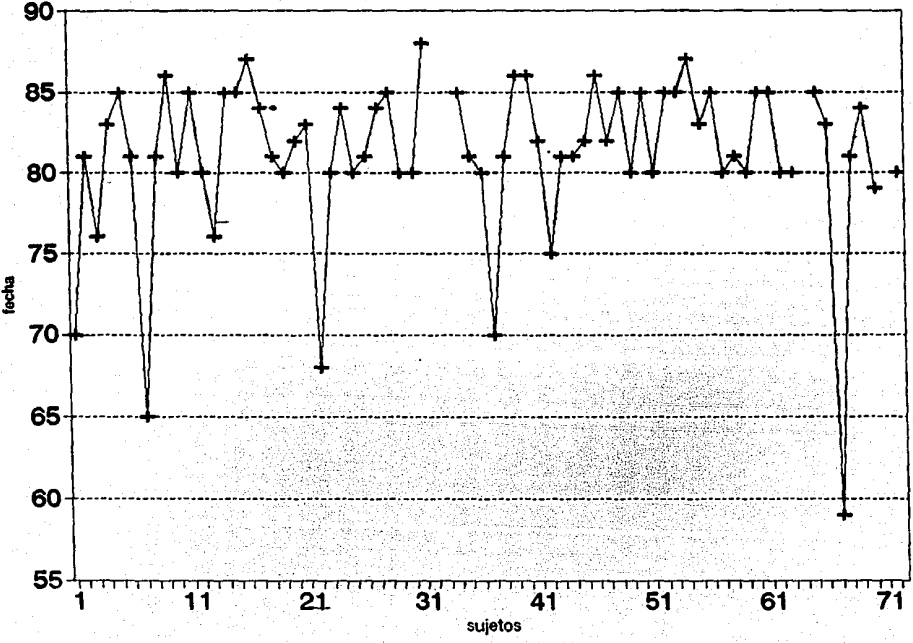
GRAFICA III

FECHA DE APARICION
DEL SIDA (FEMENINO)



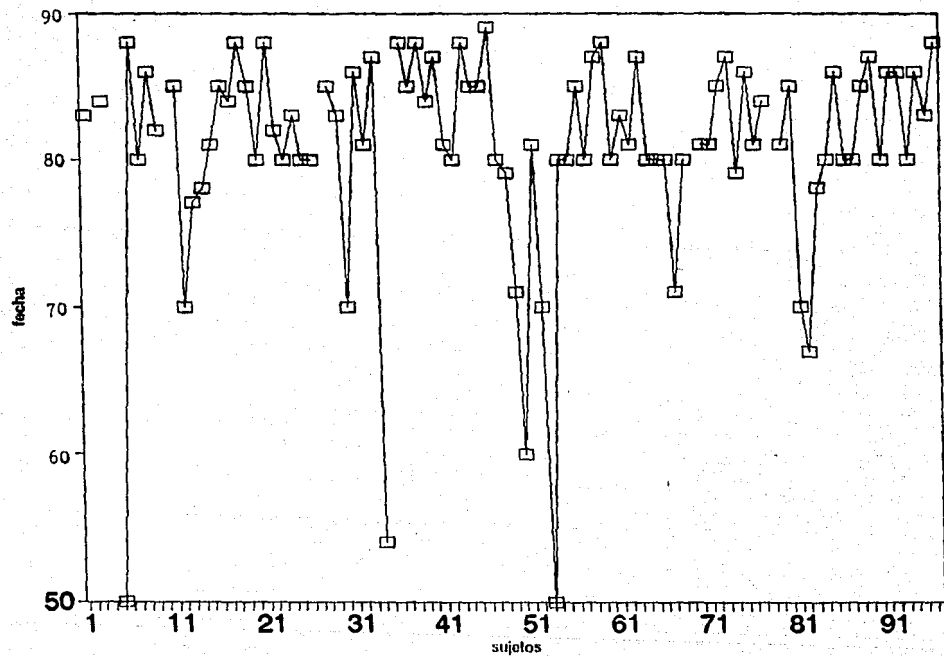
GRAFICA IV

FECHA DE APARICION
DEL SIDA (MASCULINO)



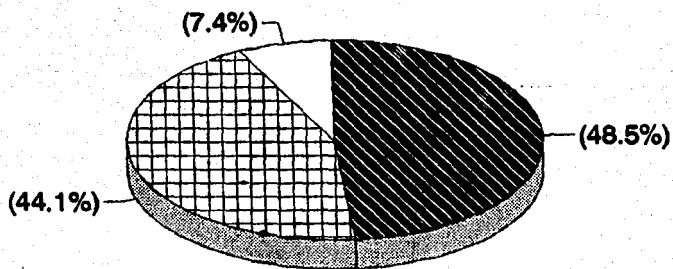
GRAFICA V

FECHA DE APARICION
DEL SIDA (FEMENINO)



GRAFICA VI

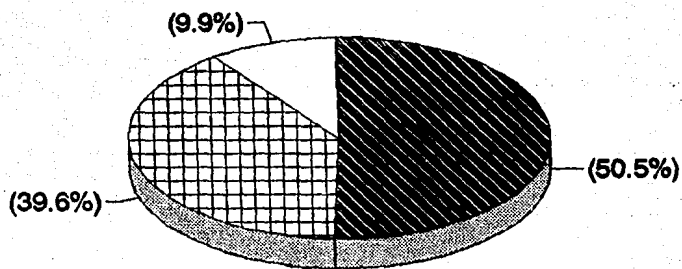
**PREOCUPACION POR EL SIDA
MASCULINO**



NUNCA	7.4%
OCASIONALMENTE	44.1%
SIEMPRE	48.5%

GRAFICA VII

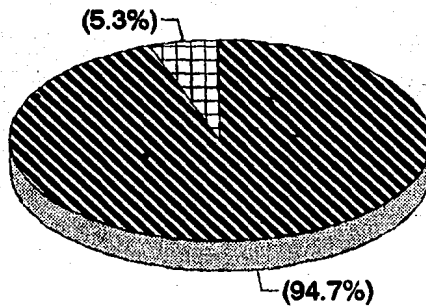
PREOCUPACION POR EL SIDA
FEMENINO



SIEMPRE	50.5%
OCASIONALMENTE	39.6%
NUNCA	9.9%

GRAFICA VIII

**DEMENCIA COMO SINTOMA DE SIDA
MASCULINO**

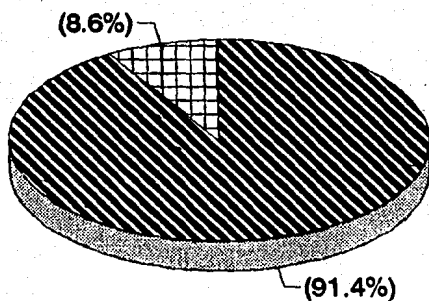


NO 94.7%

SI 5.3%

GRAFICA IX

**DEMENCIA COMO SINTOMA DE SIDA
FEMENINO**

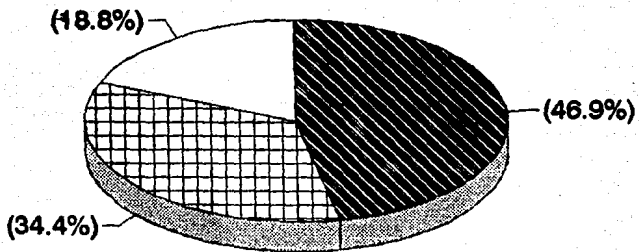


NO 91.4%

SI 8.6%

GRAFICA X

**EXAMENES DE LABORATORIO PARA DETECCION
MASCULINO**

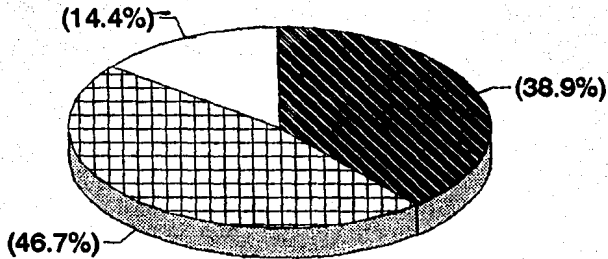


SI ESTARIAN INTERESADOS EN EFECTUARSE EL EXAMEN	46.9%
NO ESTARIAN INTERESADOS EN EFECTUARSE EL EXAMEN	34.4%
NO SABIAN	18.8%

GRAFICA XI

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

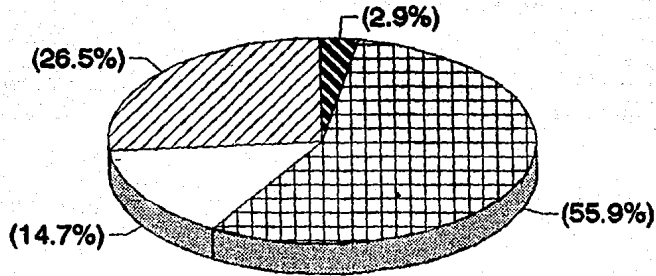
EXAMENES DE LABORATORIO PARA DETECCION
FEMENINO



NO ESTARIAN INTERESADAS EN EFECTUARSE EL EXAMEN	14.4%
SI ESTARIAN INTERESADAS EN EFECTUARSE EL EXAMEN	46.7%
NO SABEN	38.9%

GRAFICA XII

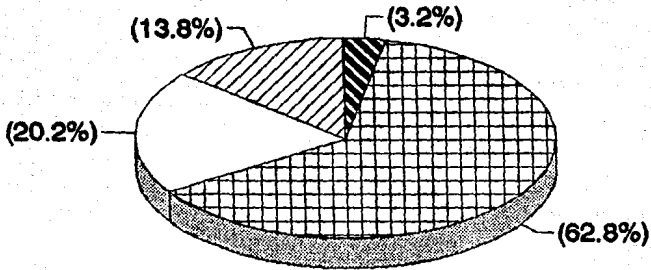
TRABAJAR CON ENFERMO DE SIDA
MASCULINO



NO REHUSARIA	55.5%
SI REHUSARIA	2.9%
NO SABEN	26.5%
OCASIONALMENTE	14.7%

GRAFICA XIII

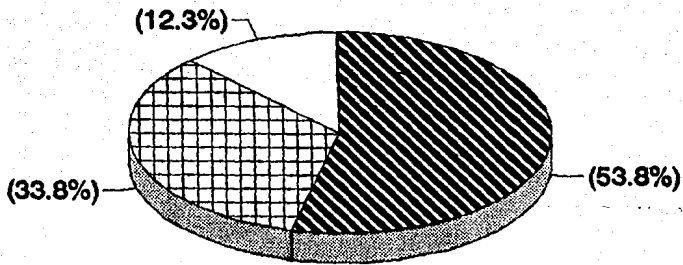
TRABAJAR CON ENFERMO DE SIDA
FEMENINO



NO REHUSARIAN	62.8%
SI REHUSARIAN	3.2%
OCASIONALMENTE	20.2%
NO SABEN	13.8%

GRAFICA XIV

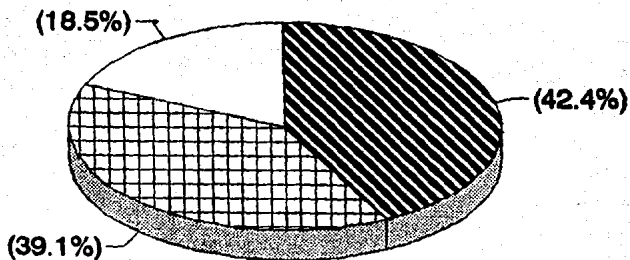
**DERECHO A ESCOGER MANEJO DE PACIENTES
CON SIDA (MASCULINO)**



SI DEBEN TENER DERECHO A ESCOGER MANEJO DE PACIENTE CON SIDA	53.8%
NO DEBEN TENER DERECHO A ESCOGER MANEJO DE PACIENTE CON SIDA	33.8%
OCASIONALMENTE	12.3%

GRAFICA XV

**DERECHO A ESCOGER MANEJO DE PACIENTES
CON SIDA (FFMENINO)**



SI DEBEN TENER DERECHO A ESCOGER MANEJO DE PACIENTE CON SIDA	42.4%
NO DEBEN TENER DERECHO A ESCOGER MANEJO DE PACIENTE CON SIDA	39.1%
OCASIONALMENTE	18.5%

GRAFICA XVI

DISCUSION.

Mediante esta encuesta autoaplicable se estudiaron a un grupo de estudiantes universitarios de las carreras de medicina y de psicología siendo el 43 % masculinos y 57 % femeninos, y la edad promedio 21 años de los cuales el 89 % eran médicos y 11 % psicólogos; el 85 % solteros, 14 % casados, los cuales han residido los últimos 10 años el 89 % en el D.F. y el 8 % en provincia, 3 % en el extranjero; las religiones más comunes fueron la católica en el 75 %, judía 7 % y ateos 12 %; los cuales consideran que su relación con sus compañeros es buena en el 89 % y regular en el 17 %. La edad de inicio de la vida sexual en hombres y mujeres se obtiene observando las gráficas 1 y 2, encontrando en la parte inferior la edad de inicio de la vida sexual y en la superior la edad actual; las respuestas por parte de las mujeres respecto a su vida sexual fue mucho menor que la de los hombres. En cuanto a la inclinación encontramos que el 50 % fue hacia los hombres, el 38 % hacia las mujeres, el 2 % son bisexuales; clasificándose entre los que contestaron esta pregunta el 92 % heterosexuales, 7 % bisexuales, 1 % homosexual siendo estos resultados parecidos a los obtenidos a los estudios de Bowie y Ford en Inglaterra, al descartar el 41 % que no respondió esta pregunta. El 59 % inicio su vida sexual con su consentimiento, el 4 % no y aparentemente un 37 % no la ha iniciado en esta muestra. En cuanto al número de parejas en el ultimo año encontramos que el 44 % no contestó, 8 % con 2 parejas y 42 % con 1 pareja y 1 % con más de 5 parejas. En los últimos 5 años solo el 1 % tuvo más de 25 parejas, siendo lo más común 15 % con 3 parejas, 9 % con 2 parejas y 24 % con 1 pareja y el 41 % no respondió. En cuanto a la calidad de relaciones de alto riesgo 1 % con prostitutas únicamente, 2 % con parejas casuales, con prostitutas y pareja estable 1 %, con parejas ocasionales y pareja estable 4 % y el 38 % no contestó. En cuanto al grupo masculino las edades fluctuaron de 17 a 34 años, siendo el 94 % médicos y 6 % psicólogos, de los cuales sólo el 3 % reconoció el uso ocasional de drogas, el uso de alcohol previamente o durante la relación 1 % siempre, 25 % algunas veces o casualmente.

El 1.18 % total mencionó haber padecido una enfermedad de transmisión sexual en los dos últimos años. El mecanismo de transmisión del SIDA en excusados fue de 3 % en excusados, exclusivamente de extranjeros 18 %, 9 % uso de drogas intravenosas exclusivamente, 10 % no contestó nada, siendo el resto de las respuestas correctas cuando menos en parte. Población en riesgo por transfusión no se encontró. La visión del SIDA como enfermedad fue para el 37 % incurable, previsible para el 17 % cuando realmente debería de ser prevenible. El uso del condón no se vió como un buen preventivo ya que el 16 % lo usa siempre, eventualmente el 17 % y nunca el 31 %, siendo estos resultados mejores en

cuanto ha prevención que los encontrados en Inglaterra ya que el 55 % de los hombres nunca lo había usado, 6 a 15 % siempre lo usaban con su pareja estable o casual . El conocer alguien seropositivo fue del 30 % aumentando al 35 % a conocer a alguien enfermo disminuyendo al 18 % ha conocer a alguien muerto por ésta enfermedad. La fecha de aparición del SIDA fue más uniforme en los hombre que en las mujeres (véase gráficas 3,4,5,6) siendo del 20 % para 1980, del 11 % para el primer informe del CDC de Atlanta sobre esta enfermedad y de 14 % en 1985 cuando se iniciaron las campañas en contra de esta en México. La preocupación acerca de la enfermedad siempre fue del 49 %, ocasionalmente 42 % y nunca el 8 % (véase gráfica 7 y 8). Se observa además desconocimiento en cuanto al cuadro clínico de la enfermedad en especial en el área de demencia, ya que solo el 7 % de la muestra la mencionó (gráficas 9 y 10). A la creencia de estar infectado el 8 % dice no saberlo, 1.18 % considero estar infectado por el VIH y el 3 % no quiso contestar. El 11 % de la muestra se han realizado exámenes para ver si están infectados, pero en cuanto al interés de hacerse exámenes para detectar si están infectados fue del 42 % y el 17 % esta indeciso entre hacérselos o no (gráficas 11 y 12). Si salieran positivos sus exámenes el 54 % se trataría, 36 % no sabría que hacer y el 1.18 % se suicidaría.

Respecto a la conducta de futuros médicos o psicólogos frente a las personas que sepan que tienen SIDA y tengan relaciones sexuales o donen sangre, sin informarlo el 78 % opinó que deberían ser procesadas criminalmente y el 15 % que no, el 2 % se abstuvo de responder. Acerca de trabajar al lado de un enfermo de SIDA el 3 % dijo que se rehusaría, el 17 % ocasionalmente, 18 % dudaría (gráficas 13 y 14). El 18 % apoyaría que fueran puestos en cuarentena y el 27 % ocasionalmente, 3 % se abstuvo de contestar. El 69 % apoyaría que se le hicieran pruebas a los trabajadores del sector salud, solo el 27 % mencionó que fueran voluntarias. El 47 % opino que el profesional de la salud debe tener el derecho a escoger, si acepta el manejo de pacientes con SIDA, 16 % opinaron que ocasionalmente y el 37 % dijo que no (gráficas 15 y 16). Por último al tipo de paciente con SIDA que apoyarían más el 57 % respondió por transfusión, 10 % por una pareja infiel y solamente el 18 % apoyaría a todas, datos parecidos a los encontrados por Allen (1).

CONCLUSIONES.

Basados en los resultados anteriores encontramos similitud entre los datos obtenidos en otros países, pero respecto a las actitudes de los futuros médicos en cuanto al manejo de pacientes con SIDA estas son muy deficientes. La importancia respecto al manejo de la enfermedad consiste en establecer patrones de conducta sexual en la población mexicana ya que esto es de suma importancia para la predicción de la futura propagación del SIDA, encontrando que no se observan grandes modificaciones en la conducta

sexual para la prevención del SIDA en una población que se encuentra mas en contacto con la enfermedad durante sus labores diarias. Por lo tanto postulamos que es necesario desarrollar y estimular los conocimientos médicos y éticos acerca de las enfermedades relacionadas con el SIDA y la infección por VIH y su prevención, aunado a la formación de personal mejor entrenado en esta área. De la misma forma se debe de aumentar mayor interés a la prevención de esta enfermedad.

BIBLIOGRAFIA.

1. Allen M J, Gutierrez D M: University students support for heterosexual women with AIDS. Psychol Rep. 65 (1): 171-6, Aug 1989.
2. Bowie C Ford N.: Sexual Behaviour of young people and the risk of HIV infection. J Epidemiol Community Health 43 (1): 61-5, Mar 1989.
3. Cassens B: Social consequences of the acquired immunodeficiency syndrome. Ann Intern Med 103: 768, 1985.
4. Curtis H. Lawrence C. Teenager sexuality: implications for controlling AIDS. Arch Dis Child, 1989 Sep; 64 (9) 1240-5.
5. Cho E-S, Navia B A, Price R W : The AIDS dementia complex: II. Neuropathology. Ann Neurol 19 (6): 525, 1986.
6. Chmiel. Detels. Factors associated with prevalent Human Immunodeficiency Virus Infection in the multicenter AIDS cohort study. Am. J. Epidemiol. 1987 Oct. 126 (4) 568-77.
7. Detmer W M, Lu F G: Neuropsychiatric complications of AIDS: A literature review. Int J Psychiat Med 16(1): 21, 1986-87.
8. Dilley J W, Ochitill H N, Perl M et al: Findings in psychiatric consultations with patients with AIDS. Amer J psychiat 142: 82, 1985.
9. Evans Dawson. Sexual Lifestyle and Clinical findings related to HIV status in homosexual men. Genitourin. Med. 1986 Dec. 62 (6): 384-9
10. Evans, Mc Lean. Trends in Sexual Behaviour and risk factor for HIV infection among homosexual men 1984-87. BMJ. 1989 Jan 28; 298 (6668): 215-8
11. Faulstich M E: Psychiatric aspects of AIDS. Amer J Psychiat 144 (5): 515, 1987.
12. Formand D; Chilvers C. Sexual behaviour of young and middle aged men in England and Wales. BMJ; 1989 Apr 29; 298 (6681); 1137-42.
13. Greatorex IF. Sexual Behavior in university students: report of postal survey. Public Healt 1989 May; 103 (3): 199- 203.
14. Ho D D, Sarnadharan M G, Resnick L: Isolation of HTLV-III from cerebrospinal fluid and neural tissues of patients with neurologic syndromes related to the acquired immunodeficiency syndrome. New Eng J Med, 313 (24): 1493, 1985.
15. Holland J C, Tross S: The psychosocial and neuropsychiatric sequelae of the acquired immunodeficiency. Ann Intern Med 103: 760, 1985.
16. Kaplan L D, Wolfe P R, Volberding PA et al: Lack of response of suramin in patients whit AIDS and AIDS-related complex. Amer J Med 82: 615, 1987.
17. Levy R M, Bredesen D E, Rosenblum M L: Neurological manifestations of the acquired immunodeficiency syndrome (AIDS): Experience at UCSF and review of the literature. J Neurosurg 62: 475, 1985.

18. Navia B A, Jordan B D, Price R W.: The AIDS dementia complex: I. Clinical features. Ann Neurol 19 (6): 517, 1986.
19. Nichols S E. Psychosocial reactions of persons with the acquired immunodeficiency syndrome. Ann Inter Med 103: 765, 1985.
20. Ostrow D G. Psychiatric consequences of AIDS: An overview. Intern J neurosci 32: 647, 1986.
21. Perry S, Jacobsen P. Neuropsychiatric manifestations of AIDS Spectrum disorder. Hosp Commun Psychiat 37 (2): 135, 1986.
22. Rosenblum M L, Levy R M, Bredesen D E: AIDS and the Nervous System. Raven Press, New York, 1988.
23. Von Krieh, Brost. The introduction of HIV during 1979-80 in sexual active homosexual population of Stockholm. Scand. J. Infect Dis 19 (3): 285-8, 1987.
24. Vacalis TD. A baseline study of AIDS in Texas: Knowledge, attitudes and behaviors. Ted Med, 85 (6): 74-9 Jun 1989.
25. Wolcott D L, Fawzy F I, Pasnau R O. Acquired immune deficiency syndrome (AIDS) and consultation-liaison psychiatry. Gen Hosp Psychiat 7: 280, 1985.
26. Condom use by heterosexuals attending a department of GUM: attitudes and behaviors in the light of HIV infection. Genitourin Med. 65 (4); 248-51, Aug 1989.
27. Kinsey, Alfred. Sexual Behavior in the human male. W.B. Saunders Company, London. 1948.
28. Byrne, D. y Kelley, K. Alternative approaches to the study of sexual behavior. Lawrence Erlbaum Associates. London. 1986.