

01981 ⁶ ₂₃

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE PSICOLOGIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**PRACTICAS SEXUALES EN POBLACION
CON FACTORES DE RIESGO POR VIH**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTOR EN PSICOLOGIA CLINICA
PRESENTA**

LUISA JOSEFINA ROSSI HERNANDEZ

DIRECTORA:

**DRA. ISABEL REYES LAGUNES
DR. RAFAEL NUÑEZ
DRA. GRACIELA RODRIGUEZ
DRA. NELLY HEREDIA
DR. JORGE CAPPON**

SUPLENTES:

**DR. JOSE DE JESUS GONZALEZ
DRA. EMILIA LUCIO**

México, D.F.

1993

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

PRACTICAS SEXUALES EN POBLACION CON FACTORES DE RIESGO POR VIH.

RESUMEN

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA, es una enfermedad mortal transmitida por el virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Los mecanismos de transmisión han sido definidos a lo largo de todos estos años, sin embargo la transmisión sexual sigue representando en México el mayor número de casos.

Para llevar a cabo ésta investigación se aplicó un cuestionario de factores de riesgo asociado a la infección por VIH, se seleccionó una muestra de doscientos sujetos que acudieron a practicarse la prueba anti-VIH al Centro de Información sobre SIDA, zona sur, de CONASIDA en el Distrito Federal. De la muestra ciento cincuenta y ocho fueron del sexo masculino, la amplitud de la edad fue de cuarenta y seis años, con límite superior de sesenta y un y límite inferior de quince años. Los ventidos sujetos restantes fueron del sexo femenino, la amplitud de edad en el grupo fue de treinta y cuatro con límite superior de cincuenta y cuatro y un límite inferior de veinte años de edad.

Se utilizó un diseño de investigación ex-post-facto, el análisis de datos se llevó a cabo obteniendo los puntajes, frecuencias, porcentajes y proporciones. Las pruebas estadísticas que se aplicaron fueron: Chi cuadrada (χ^2) y la de Riesgo relativo y/o razón de nomios.

Los resultados obtenidos señalan que las prácticas sexuales anales son las que representan el mayor riesgo para contraer la infección por VIH.

SEXUAL PRACTICES IN POPULATION WITH RISK PRACTICES FOR HIV INFECTION.

SUMMARY

Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) is a fatal disease which is transmitted by the virus of Human immunodeficiency (HIV). Mechanisms of transmission have been determined during recent years; however, sexual transmission continues to be associated to the highest number of cases in México.

To achieve this research a sample was selected and structured questionnaire investigating risk factors associated to HIV infection was done. Study population were persons who attended the HIV Detection Center, Southern Zone, Copilco for HIV detection. Participants were one hundred fifty six males (average age 46 ys, range 15 to 61), twenty two females (average age 34, range 20 to 54).

An ex-post-facto design was accomplished, analysis of data was done through ratings, frequencies, percentages and proportion. Statistical tests were chi square (χ^2), relative risk and/or odds ratio.

Results showed that anal sexual practices represent the greatest risk to HIV infection.

CONTENIDO

INTRODUCCION	7
I. SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA	9
1.1. Mecanismos de transmisión	9
1.2. Manifestaciones clínicas	14
1.3. Pruebas serológicas	18
1.4. Prevención	21
1.5. Situación del SIDA en México	25
II. POBLACION ADULTA EN RIESGO	31
2.1. Mujeres	31
2.2. Prostitución femenina y masculina.	37
2.3. Homosexualidad	41
III. NECESIDADES PSICOLOGICAS DEL PACIENTE INFECTADO	46
3.1. Reacciones psicológicas ante el VIH.	46
3.2. Reacciones psicológicas ante la seropositividad	48
3.3. Síndrome "Worried Well"	51
IV. METODOLOGIA.	55
4.1. Planteamiento del Problema	55
4.1.1. Objetivo General	55
4.1.2. Objetivos Específicos	55
4.1.3. Hipótesis	56
4.1.4. Variables	56
4.1.5. Definición de variables	56
4.2. Diseño de investigación	57
4.3. Población de estudio y muestra	58
4.4. Instrumentos	58
4.5. Procedimiento	60
4.6. Resultados	62
4.7. Discusión de resultados y conclusiones.	83
BIBLIOGRAFIA	101
ANEXOS	105

INTRODUCCION

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA es una enfermedad producida por un virus mortal conocido como Virus de Inmunodeficiencia Humana, (VIH) capaz de instalarse en las células y permanecer allí por años antes de manifestarse.

En nuestro país, el desarrollo del VIH y sus efectos colaterales, ha sido objeto de múltiples estudios médicos, sociales y psicológicos: es tema de actualización de las actividades sanitarias y epidemiológicas a nivel mundial, ha ocupado espacio en los medios masivos de comunicación, ha suscitado grandes polémicas entre diversos grupos y a más de diez años de su aparición continúa siendo uno de los primeros problemas de salud pública que enfrenta la humanidad.

Los mecanismos de transmisión del VIH han sido claramente definidos a lo largo de todos estos años, sin embargo la transmisión sexual sigue representando hoy día el mayor número de casos en este tipo de padecimiento; de ahí la importancia de conocer las prácticas sexuales de aquellos individuos que voluntariamente accedieron a practicarse la prueba anti VIH.

A la fecha existen múltiples estudios acerca de la eficacia de la transmisión sexual del VIH, según el tipo de práctica sexual utilizado. Existen casos documentados de transmisión sexual de hombre a hombre, de hombre a mujer y de mujer a hombre pero se ha podido demostrar que la eficacia de la transmisión no es igual en todos los casos, y que, por lo tanto existen prácticas que implican mayor riesgo que otras.

Dentro de las de mayor riesgo tenemos el coito rectal en las que ocurre penetración del pene por el recto del compañero (a); Coito vaginal, en esta práctica la transmisión del VIH parece ser menos efectiva que la anterior. Sexo oral -la participación de la boca en las relaciones sexuales implica contacto de la mucosa oral con el pene o con las mucosas rectal o vaginal e intercambio de saliva y de las secreciones de otras mucosas. Fellatio, nombre técnico que reciben las prácticas sexuales en las que se pone en contacto la boca con el pene. Anilingus- designa aquella en que existe contacto de la boca, en particular de la lengua, con el orificio anal. Cunnilingus- nombre que se les da a las prácticas en que ocurre lo mismo que la anterior pero con la vulva y el introito vaginal. Es posible que éste tipo de prácticas favorezcan la

transmisión del VIH, aunque no se ha podido documentar su papel en forma exclusiva.

Los hombres homosexuales y bisexuales continúan siendo el grupo más afectado, las prostitutas y prostitutos como en cualquier enfermedad de transmisión sexual son presa fácil de la infección y piezas claves para la transmisión; sin embargo, la distribución de la infección en los grupos con prácticas sexuales de alto riesgo varía según las características sociales y culturales de cada país. En México, el patrón empezó siendo homosexual y bisexual, pero está cambiando rápidamente. De hecho, el grupo de mujeres es el que ha registrado un crecimiento muy acelerado en los últimos años.

El que el SIDA sea una enfermedad mortal y muchos casos estén asociados a la transmisión por vía sexual propiamente dicha hace que se tomen en consideración los factores de índole psicológico que afectan a estos pacientes, independientemente de su preferencia y práctica sexual formando así el tratamiento psicológico parte integral de un conjunto de acciones encaminadas a lograr el bienestar emocional de todo aquel que está o vive en riesgo de contraer la infección por VIH.

Para realizar éste estudio se aplicó un cuestionario de factores de riesgo asociados a la infección por VIH a doscientos sujetos que acudieron al Centro de Información sobre SIDA, Zona Sur a practicarse la prueba anti VIH. Los resultados obtenidos arrojaron datos que dan a conocer las prácticas sexuales más comunes así como su factor de riesgo en la transmisión del VIH.

I. SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

1.1. Mecanismos de transmisión

Hasta el momento se reconocen tres mecanismos de transmisión del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

- › Sexual.
- › Sanguíneo y,
- › Perinatal.

El sexual es de hombre a hombre, hombre a mujer y mujer a hombre.

Sanguíneo a través de sangre y hemoderivados siendo la transfusión sanguínea el mecanismo más frecuente dentro de este grupo.

La perinatal puede ocurrir durante el embarazo, a través de la placenta, durante el parto o en el post-parto por medio de la leche materna.

▣ Mecanismos de transmisión sexual.

En el plano mundial, la transmisión sexual es la vía más importante de propagación del VIH (Valdespino, J.L. et al. 1989). Al principio de la epidemia, se difundió la idea de que sólo los homosexuales estaban expuestos a adquirir la enfermedad.

Durante el contacto sexual pueden ocurrir transferencia de fluidos corporales e intercambio de microorganismo. (Valdespino, J.L. et al. 1988) ya que puede haber escoriaciones microscópicas que permitan el contacto del semen con la sangre del receptor. (Olaiz.G. 1988). Dependiendo del tipo de contacto de que se trate los fluidos transferidos pueden ser : vaginales, saliva, orina, semen , moco rectal, heces fecales o sangre. (Valdespino, J.L. et. al. op cit., pp. 583). La vía de salida son las diferentes secreciones de donde ha sido aislado el VIH: sangre , semen, secreciones vaginales, leche, saliva, lágrimas, orina. Esto coincide con las pruebas disponibles sobre los fluidos implicados en los tipos de transmisión. (Rico, B. citado en Sepúlveda. J. et. al. 1989)

De las características mencionadas se desprende que el VIH sólo puede transmitirse por contacto directo de persona a persona o por contacto

con sangre infectada por lo tanto al ponerse en contacto directo con el medio ambiente se inactiva (una de las características de este virus es su labilidad). Siempre se encuentra dentro de las células a las que infecta y estas a su vez se encuentran en los fluidos corporales que se intercambian durante el contacto sexual, o al pasar de un individuo a otro sin ponerse en contacto con el medio ambiente (vía sanguínea y perinatal).

A la fecha existen muchos estudios acerca de la eficacia de transmisión según el tipo de práctica sexual utilizada y la vía de entrada del virus.

Dentro de las prácticas sexuales más comunes encontramos:

a) Coito vaginal.- En esta práctica la transmisión del VIH parece ser menos efectiva que en el coito anal. (Valdespino. J.L. et. al. 1988 op. cit., pp. 233). Esto se debe a que la mucosa de la vagina tiene un mayor espesor, resistencia y lubricación; lo que puede explicar la menor probabilidad de transmisión del VIH; sin embargo ocurre (Olaiz, G. 1988 op cit., pp. 34-52).

b) Coito anal.- Las relaciones sexuales en las que existe penetración peneanal por el recto, son las que implican mayor riesgo de transmisión. La explicación más aceptada se basa en que la mucosa rectal es muy frágil lo que favorece: lesiones, inflamación y sangrado.

c) Sexo oral.- La participación de la boca en las relaciones sexuales implica contacto de la mucosa oral con el pene o con las mucosas rectal o vaginal e intercambio de saliva y de las secreciones de estas mucosas. Fellatio es el nombre técnico que reciben las prácticas sexuales en las que se ponen en contacto la boca con el pene. Anilingus designa aquella en que existe contacto de la boca, en particular de la lengua con el orificio anal. Cunnilingus es el nombre que se da a las prácticas en que ocurre lo mismo pero con la vulva y el introito vaginal. (Rico, B. op cit., pp. 254)

Es muy probable que el riesgo de infección aumente durante el periodo menstrual, tanto por los cambios hormonales a que esta expuesta la mucosa vaginal, como por la mayor accesibilidad al torrente sanguíneo para la mujer. Al parecer existe mayor riesgo de transmisión por coito vaginal de hombre infectado a mujer, que viceversa; esto se debe a que el semen posee una concentración de partículas virales mayor a las de las secreciones vaginales. Es posible que las relaciones sexuales con participación de la mucosa oral (oral- peneanal, oral-vaginal y

oral-anal), favorezcan la transmisión del VIH, aunque no se ha documentado su papel en forma exclusiva.

La concentración del virus en los distintos fluidos corporales y el volumen que se intercambia, influyen en la eficacia de la transmisión. El semen y la sangre son los dos productos corporales con mayor número de partículas virales por su alto contenido de linfocitos y por ello son los más efectivos en la transmisión.

Se desconoce el número exacto de exposiciones necesarias para una transmisión por vía sexual efectiva para adquirir el VIH, pero se han documentado casos atribuibles a un sólo contacto y se sabe que el riesgo aumenta de manera directamente proporcional al número de relaciones sexuales con una o varias personas infectadas. (Valdespino, J.L. et. al. 1988 op cit., pp. 238)

Resulta difícil exonerar a los "besos íntimos" o "profundos" con su intercambio de saliva como medio de transmisión, aún cuando no hay información convincente de que la saliva sea transmisora del VIH.

α Transmisión sanguínea.

Algunas sustancias químicas como las drogas intravenosas parecen facilitar la infección por el VIH, aunque en general, quienes la consumen presentarán patrones conductuales que llevan a una mayor exposición al riesgo de infección, por lo que es difícil estudiarlas como factores de riesgo independientes. (Valdespino, J.L. et. al. 1987).

El riesgo más elevado para el contagio del VIH, es para aquellos que comparten las agujas y jeringas para inyectarse, tal es el caso de las personas que usan drogas intravenosas, ya que la pequeña cantidad de sangre que queda en la aguja es suficiente para transmitir el virus. (Olaiz, G. op cit., pp. 34-48).

La aparición del SIDA en receptores secundarios de productos sanguíneos y la incidencia de la infección en donadores en dichos productos fue uno de los primeros indicadores de la naturaleza infecciosa de la enfermedad y de esta vía de transmisión. (Ibid., pp. 42).

Los casos asociados a transfusiones han proporcionado importantes conocimientos sobre la transmisión de esta enfermedad porque tienen la ventaja de que se conoce el momento preciso en que la transmisión ocurrió. Esto permite conocer:

Cundo empieza a manifestarse la enfermedad.

- › Período de incubación.
- › Cuáles son las condiciones del donador.

Estado de salud se encuentran las personas con quienes ha estado en contacto sexual. (Ibid., pp. 34-42).

La transmisión sanguínea por VIH ocurre en las siguientes condiciones:

- 1.- Recepción de sangre y sus productos.
- 2.- Utilización de jeringas y agujas no esterilizadas.
- 3.- Punción ocupacional. (Ibid., pp. 34-42).

Los componentes sanguíneos implicados en este tipo de transmisión son la sangre: paquetes celulares eritrocitos, plaquetas, leucocitos, el plasma y los factores de coagulación.

No se ha documentado transmisión por otros componentes (inmunoglobulina, como la gamaglobulina, albúmina, o vacunas obtenidas de plasma humano como hepatitis tipo B) (Rico, B. 1989 op cit., pp. 262).

Uno de los grupos más expuestos dentro de este medio de transmisión es el de hemofílicos, en especial las personas que recibieron múltiples transfusiones antes de que existiera la prueba para detectar anticuerpos.

▫ Transmisión perinatal

Una gran cantidad de niños con SIDA son hijos de mujeres que han sido infectadas antes, durante el embarazo, o en el momento de ser amantados.

Se acepta que la transmisión del VIH de madre a hijo puede ocurrir por tres mecanismos y en tres momentos:

1.- Se sospecha de la vía de transmisión trasplacentaria desde que empezaron a aparecer los primeros casos en lactantes, debido al periodo relativamente corto en que algunos desarrollaban el SIDA y al reporte de niños infectados que presentaban una apariencia dismórfica característica, que hacía sospechar la transmisión temprana INUTERO. Se ha podido demostrar infección por VIH en los tejidos de un feto de quince semanas de gestación y el virus ha sido aislado de la placenta y líquido amniótico.

2.- Durante el parto, al existir contacto de sangre materna infectada con la del niño, además el virus ha sido aislado de las secreciones cervicales y vaginales, por lo que se plantea la posibilidad de que la transmisión ocurra durante el parto. Este mecanismo es difícil de comprobar ya que la transmisión pudo haber ocurrido con anterioridad a través de la placenta.

3.- Por lo que se refiere a la transmisión post-parto, el primer informe que publicó la hipótesis de transmisión por leche materna data de 1985. Desde entonces han seguido apareciendo informes que documentan esta vía de transmisión. El virus se ha aislado de la fracción celular de la leche en portadoras sanas, sin embargo, el riesgo de transmisión por la lactancia parece ser muy bajo en comparación con los anteriores. (Ibid., pp. 260).

Recientemente se propuso cambiar el término transmisión perinatal, por el de transmisión vertical debido a que el primero se refiere a un corto periodo antes y después del parto y no existe evidencia que sugiera que sólo en este breve lapso ocurra dicha transmisión. En cambio el término Vertical abarca la transmisión que ocurra en cualquier momento del embarazo, el parto o después del nacimiento.

Se han reportado casos de madres infectadas que dan a luz niños sanos, así como de madres positivas en prueba de detección de anticuerpos, pero negativas al cultivo, que dan a luz niños infectados que desarrollan la enfermedad.

Para poder definir el efecto que tiene el embarazo en mujeres infectada y los pronósticos asociados a la evolución clínica en niños infectados por VIH, se han desarrollado estudios longitudinales que incluyen el seguimiento de los pacientes de alto riesgo y/o de los niños desde el punto de vista clínico e inmunológico. Los datos obtenidos sugieren que el embarazo aumenta el riesgo de desarrollar la enfermedad en mujeres infectadas.

Existe gran inquietud por conocer las características particulares que presentan los niños que desarrollan SIDA para poder predecir su evolución y seleccionar a aquellos que se pueden beneficiar con un tratamiento temprano. (Ibid., 263).

1.2. Manifestaciones clínicas

La infección por VIH puede cursar asintomática o presentar un amplio espectro de problemas clínicos.

Los estudios realizados en personas que han estado infectadas por 10 años o más sugieren que aproximadamente 50% desarrollará SIDA y el resto permanecerá asintomático. La tasa de progresión de SIDA en los sujetos infectados ha sido del 55 al 6% anual en homosexuales, en cambio en transfundidos el período de incubación es menor.

Aún no se conoce los cofactores que contribuyen a la progresión de la enfermedad; sin embargo, todo parece indicar que entre ellos se encuentran: ciertas infecciones virales transmitidas por vía sexual por ejemplo herpes simple, citomegalovirus, Epstein-Barr y hepatitis (B), así como la exposición a aloantígenos (por ejemplo semen y sangre). Por ello, la promiscuidad y la actividad sexual no-vaginal constituyen factores de riesgo tanto para la transmisión de VIH como para el desarrollo de otras infecciones y la progresión de la enfermedad.

Aún cuando los pacientes pediátricos manifiestan similares a las de los adultos, existen diferencias clínicas importantes en ambos grupos de pacientes.

▣ Manifestaciones clínicas en pacientes pediátricos.

Los Infantes y los niños pueden adquirir la infección por diversos mecanismos. Las manifestaciones clínicas generalmente se presentan dentro de los primeros 3 a 6 meses de vida; sin embargo, pueden tardar hasta cinco años o más en aparecer. La infección puede ser asintomática, como sucede en los pacientes infectados por VIH que cursan sin datos clínicos de enfermedad, pudiendo tener su función inmunológica normal o alterada, o bien, presentar infección sintomática, en este caso, los pacientes infectados por VIH con evidencia clínica de enfermedad, pueden dividirse en seis subclases, es posible que un mismo paciente pertenezca a más de un a subclase a la vez. Estas son :

1) Hallazgos inespecíficos: pertenecen a esta subclase pacientes que presentan dos o más de los siguientes trastornos durante dos o más meses: fiebre, pérdida involuntaria de peso del 10% o más; diarrea (tres o más evacuaciones líquidas al día) persistente o recurrente; desarrollo anormalmente lento; hepatoesplenomegalia; adenomegalias (mayores de 0.5 cms en dos o más sitios, considerando a los bilaterales como un sólo sitio); y parotiditis.

2) Enfermedad neurológica progresiva: Pertenecen a este subgrupo los niños que cursan con dos o más de los siguientes hallazgos, los cuales deben ser progresivos: pérdida de los procesos de desarrollo adquiridos o de la capacidad intelectual, deficiente crecimiento cerebral (microcefalia y/o atrofia cerebral demostrada por tomografía axial computarizada o resonancia magnética nuclear); déficit motor simétrico manifestado por dos o más de los siguientes hallazgos: paresia, tono anormal, reflejos anormales, ataxia o alteraciones de la marcha.

3) Neumonitis intersticial linfóide: Este diagnóstico se realiza en forma clínica o por el estudio de una biopsia de pulmón. El diagnóstico clínico se establece con base en un cuadro de tos y una imagen radiográfica de infiltrado reticulonodular bilateral con o sin crecimiento ganglionar hilar por un mínimo de dos meses, sin respuesta terapéutica antimicrobiana y en quien previamente se han excluido otras causas de infiltrado pulmonar intersticial como tuberculosis, neumonía por *Pneumocystis carinii*, citomegalovirus u otras infecciones virales o parasitarias.

4) Infecciones secundarias: Se incluyen en esta subfase aquellos niños que cursan con infecciones oportunistas secundarias a la inmunodeficiencia.

5) Cánceres secundarios: Se consideran dentro de esta subfase aquellos pacientes que cursan con neoplasias; como sarcoma de Kaposi, linfoma no-Hodgkin de células B, linfoma primario de cerebro y neoplasias relacionadas con la infección por VIH.

6) Otras enfermedades: Se incluyen dentro de esta subfase algunos procesos que están relacionados posiblemente a infección por VIH y que no han sido considerados en los rubros anteriores tales como hepatitis B, cardiopatía, trastornos hematológicos y problemas dermatológicos.

▣ **Manifestaciones clínicas en pacientes adultos.**

Los individuos mayores de trece años de edad infectados por VIH pueden cursar asintomáticos o presentar diversos cuadros divididos en subclases. A continuación se revisarán las manifestaciones clínicas más importantes en este tipo de pacientes:

1) **Infección aguda.** La mayoría de los individuos que contraen infección por VIH desarrollan anticuerpos dentro de las primeras seis semanas de la infección, sin presentar manifestación alguna; sin embargo una minoría experimenta tres a seis semanas después de la infección una enfermedad semejante a la mononucleosis infecciosa caracterizada por cefalalgia, fiebre, artralgias, mialgias, manifestaciones orofaríngeas, erupción maculopapular, dolor abdominal, diarrea, adenopatías y esplenomegalia. No presentan cambios inmunológicos detectables por laboratorio, aún cuando son positivos a la prueba de detección de anticuerpos anti-VIH.

2) **Infección asintomática.** Dentro de este grupo se incluye a aquellos individuos que se sabe están infectados por VIH y no muestran evidencia de enfermedad. Generalmente no presentan cambios inmunológicos detectables por laboratorio. En términos generales un 60% de ellos puede continuar asintomático por un lapso de seis años, el resto evoluciona a otras formas del espectro clínico de la enfermedad.

3) **Linfadenopatía generalizada.** Pertenece a este grupo aquellos pacientes que como consecuencia de la infección por VIH presentan adenomegalias en dos o más sitios extrainguales durante más de un mes. Este síndrome puede tomar de tres meses a diez años en aparecer, a partir de la infección. Se presenta como un cuadro de tipo viral caracterizado por manifestaciones orofaríngeas, febrícula, mialgias, fatiga y linfadenopatía. El síntoma más sobresaliente es la astenia generalmente leve, aunque puede llegar a ser tan grave como para interferir con las actividades de rutina.

Los ganglios linfáticos más afectados son los cervicales, axilares y occipitales, aunque también pueden estar crecidos los submaxilares y otros. Los ganglios miden de 1.0 a 5.0 cm, son libres y tienden a ser dolorosos.

Aún cuando resulta difícil precisar el pronóstico de estos pacientes, se ha estimado que un 25% de ellos evolucionará a SIDA en un lapso de tres años.

4) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). El paciente infectado eventualmente puede desarrollar manifestaciones clínicas diversas y que diagnostican el SIDA. No es raro que un mismo individuo presente dos o más problemas clínicos en forma simultánea. Entre estas manifestaciones se encuentran las siguientes:

a) Síndrome de desgaste o enfermedad constitucional caracterizada por pérdida de peso involuntaria, mayor al 10% del peso corporal y diarrea crónica (más de dos evacuaciones anormales diarias por más de 30 días) o debilidad crónica o fiebre documentada (por más de 30 días) en ausencia de otra enfermedad concurrente que pudiera explicar estas manifestaciones como cáncer, tuberculosis, criptosporidiasis o alguna otra enteritis causada por organismos específicos.

b) Encefalopatía por VIH caracterizada por disfunción cognocitiva o motora incapacitante que interfiera con la ocupación de las actividades cotidianas, que sea progresiva, en ausencia de otras condiciones o enfermedades concurrentes que pudieran explicar estos hallazgos. La forma de descartar padecimientos concurrentes deberá incluir examen del líquido cefaloraquídeo, tomografía computada o resonancia magnética cerebral o autopsia.

c) Infecciones oportunistas: El tipo de infecciones que padece los pacientes con SIDA es muy variado, habitualmente son producidas por microorganismos que no producen enfermedad en sujetos cuyo sistema inmune está indemne. Es el caso de la neumonía por pneumocystis carinii, meningitis criptocócica, micobacterias atípicas, infecciones por citomegalovirus, etc. En otros casos los pacientes presentan infecciones por microorganismos endémicos como es el caso de la tuberculosis y la salmonelosis. Las infecciones más frecuentes identificadas en los pacientes que son notificados en México, son: candidiasis 21.6%, neumonía por P. Carinii 18.6%, tuberculosis 8.9%, herpes simple 7.1%, herpes zoster 6.5% y criptosporidiasis 6.3%.

d) Neoplasias. El tipo más frecuente es el sarcoma de Kaposi. Aproximadamente el 21.5% de los pacientes con SIDA notificados en nuestro país cursa con esta neoplasia. Las manifestaciones clínicas son muy variadas. Generalmente se inicia en piel y mucosas como lesiones multicéntricas en forma de máculas, pápulas o nódulos ovoides de color rosáceo, rojizo o violáceo. Las lesiones cutáneas predominan en el torso, brazos, cabeza y cuello, mientras que las de las mucosas son más

comunes en el paladar duro, aunque pueden detectarse en la región gingival, orofaríngea o amigdalina.

Las lesiones tienden a crecer, confluir y tornarse hemorrágicas y necróticas, particularmente las ubicadas en las mucosas. Cursan con metástasis tempranas a órganos, particularmente al aparato digestivo, pulmón, hígado, páncreas, suprarrenales, vaso y gónadas. Cerca del 50% muestra lesiones en los ganglios linfáticos donde tiende a localizarse en la región subcapsular.

Un menor número de pacientes presentan otro tipo de neoplasias, la mayor parte linfomas y leucemias. Recientemente se han descrito otras variedades de cáncer asociado a SIDA, particularmente entre pacientes homosexuales, tales como carcinoma de orofaringe y carcinoma del recto, con presentación clínica, manejo, tratamiento y pronóstico similar a los casos que se presentan en individuos sin SIDA. (SIDA. Información Básica para Personal de Salud. 1990)

1.3. Pruebas serológicas

El desarrollo tecnológico para el estudio del SIDA, ha permitido determinar la presencia de anticuerpos contra el VIH. Dentro de estas pruebas se cuenta con métodos de detección y confirmación, tanto por la técnica de ELISA (estudio inmunoenzimático) como por la de INMUNOELECTROTRANSFERENCIA. (Soler, C. citado en Sepúlveda, J. 1989).

Las pruebas del VIH están utilizándose para tamizaje, búsqueda de casos y diagnóstico. Las pruebas de tamizaje se refieren a las que son de carácter voluntario y se realizan con personas asintomáticas. Las pruebas para búsqueda de casos se realizan por lo general en grupos con prácticas de riesgo. Finalmente las pruebas de diagnóstico se realizan en individuos que presentan alguna sintomatología indicativa de SIDA. (Soler, C.; Stanislavsky, E. Citado en Sepúlveda, J. et. al., 1989).

La prueba de detección o tamizaje utiliza antígeno obtenido a partir del cultivo del virus en células H-9; la sensibilidad reportada es superior al 97% y la especificidad al 99%. Las pruebas falsas positivas obtenidas se han explicado por la detección de anticuerpos en contra de componentes antígenos presentes en las células empleadas para el cultivo viral o contra el complejo proteico HLA-DR4.

En pruebas de detección el parámetro más importante para seleccionar la prueba, es la sensibilidad porque disminuye la posibilidad de obtener falsos negativos. El problema de especificidad puede resolverse mediante pruebas confirmatorias.

Idealmente deberían detectarse con absoluta certeza a los infectados (verdaderos positivos) y a los no infectados (verdaderos negativos) esto implicaría una especificidad y sensibilidad del 100%; sin embargo, aún no es posible.

Los falsos positivos representan un pequeño porcentaje de unidades que se desechan inmediatamente. Los falsos negativos representan a aquellos sujetos que escapan a la prueba de detección cuando en realidad están infectados.

Las pruebas serológicas confirmatorias más comunes son:

1- La técnica de ELISA que mediante ingeniería genética, a partir del DNA recombinante en *ESCHERICHIA COLI* obtiene las proteínas virales (antígeno) tanto centrales (p 24) como las glicoproteínas de la envoltura (gp-41) detecta los anticuerpos contra estas estructuras.

2.- La técnica de INMUNOELECTROTRANSFERENCIA, emplea un papel donde se ha corrido una suspensión pura del virus mediante electroforesis. En este caso se buscan las bandas de precipitación, indicadoras de una reacción al complejo antígeno central (p 24) y al complejo antígeno de la cubierta (gp-41), esta prueba se reporta positiva cuando las dos bandas de precipitación se identifican o cuando una sola banda es repentinamente positiva. (Valdespino, J.L. et al. 1987 op cit., pp. 42-48).

Los procedimientos diagnósticos que demuestran la presencia de infección por VIH pueden ser de dos tipos:

Por un lado existe la posibilidad de identificar el virus en un cultivo; pero no es un procedimiento de fácil realización y tampoco se emplea como método de aplicación clínica habitual. La positividad del cultivo tiene un valor de comprobación absoluto. Por otro lado están las pruebas que detectan la presencia de anticuerpos generados por el paciente en respuesta a la infección viral indicándose indirectamente su presencia. Estos son los antígenos virales y los anticuerpos generados por estos antígenos. (Peredo, M. citado en Sepúlveda, J. et. al. 1989).

Estas pruebas son:

1.- ELISA.- Ofrece la ventaja de su sencillez, se emplea como primera técnica para el estudio de la sangre en población en riesgo, y población general así como con el propósito de efectuar estudios epidemiológicos. El método no tiene especificidad para algún antígeno del virus en particular sino que la respuesta es común a todos. La técnica de ELISA actual permite una gran sensibilidad, confiabilidad y reproducción práctica. Los resultados falsos positivos o negativos son excepcionales. Es recomendable en caso de dudas, emplear métodos con mayor grado de especificidad.

2.- INMUNOFLORESCENCIA O WESTER BLOT.- Detecta las células T infectadas y en la actualidad ofrece una elevada sensibilidad considerándose una excelente prueba confirmatoria. Resulta particularmente adecuado para los antígenos presentes en la membrana de células vivas. La unión de antígeno-anticuerpo se reconoce por medio de una antiglobulina humana marcada con fluorescencia en forma de "emparedado".

Esta prueba confirmatoria sirve para identificar distintos grupos de anticuerpos frente a proteínas específicas del virus. Tras ser transferido a una membrana del complejo antígeno- anticuerpo, es identificado mediante una proteína marcada por radioactividad. Se considera como uno de los métodos analíticos más sensibles que reconoce todos los antígenos virales además de hacer posible la medición de la respuesta de cada proteína por separado. (Soler, C. op cit., pp. 112).

Las personas que deben practicarse la pruebas mencionadas son las que se encuentran en alguno de los siguientes grupos:

- › Hombres homosexuales y bisexuales con múltiples compañeros (as) sexuales.
- › Hemofílicos.
- › Personas que después de 1980 hayan recibido transfusiones sanguíneas.
- › Hombres y mujeres que se dediquen a la prostitución.
- › Personas adictas a drogas intravenosas.
- › Personas que vendieron su sangre entre 1980 y 1987.
- › Hombres y mujeres heterosexuales que tengan varios compañeros sexuales. (Soler, C. Ibid., pp. 116).

▫ Resultado de la prueba.

El anticuerpo contra el VIH es una defensa producida en forma natural en la sangre como respuesta a la presencia de este virus en el cuerpo de una persona infectada.

Un resultado positivo a la prueba significa que la muestra de sangre ha sido analizada más de una vez para confirmar su positividad; esto indica que los anticuerpos contra el virus están presentes en la sangre y que la persona ha sido contagiada. La mayoría de las personas con anticuerpos presentes en la sangre, tienen el virus inactivo en su cuerpo, son asintomáticos, por lo tanto pueden contagiar a otros si no optan por medidas preventivas.

Un resultado negativo significa que los anticuerpos contra el VIH no han sido encontrados en su sangre.

Existen tres posibles interpretaciones del resultado:

1.- No ha sido contagiado con el virus.

2.- Ya estuvo en contacto con el virus que causa el SIDA pero no se ha contagiado; por ese motivo no se han producido anticuerpos. Sin embargo el contacto repetido con el VIH aumentar la posibilidad de contagiarse.

3.- Esta infectado con el virus pero todavía no se han producido anticuerpos. El tiempo que transcurre entre la adquisición de la infección y la detección de anticuerpos es de seis semanas aproximadamente. (Soler, C. Ibid., pp. 113)

1.4. Prevención

En la actualidad no se cuenta con ningún medio para evitar los efectos del virus, de ayudar al organismo a que lo elimine o de evitar sus complicaciones, por lo tanto la única arma que los individuos tenemos para defendernos del mal es la PREVENCIÓN.

De los tres mecanismos de transmisión del VIH, el sexual es sin lugar a dudas el que se asocia a un mayor número de casos y desgraciadamente el que mayores problemas preventivos plantea; ya que para prevenirlos se necesita modificar hábitos, costumbres y actitudes

profundamente arraigadas que se relacionan con lo más íntimo del ser humano, su sexualidad. (Rico, B. op cit., pp. 263).

En tanto no se cuente con una vacuna o tratamiento efectivo, la educación y la modificación de prácticas sexuales que tengan implícito el riesgo deberán ser evitadas o practicadas bajo ciertas restricciones de conducta. Es por ello que las campañas de difusión, prevención y programas de índole educativo deben dar a conocer las formas más efectivas de ejercer la sexualidad. (Valdespino J.L. et al 1988 op cit., pp. 238).

La forma más sencilla y absoluta de evitar la transmisión del VIH y de cualquier enfermedad de transmisión sexual es evitar las relaciones sexuales. Como la abstinencia es poco probable en población joven, es recomendable tener una sola pareja, lo que puede suponer una seguridad casi absoluta de no contraer la infección. Si ninguna de las opciones es llevada a cabo la disminución en el número de compañeros sexuales, reducir el riesgo de contagio (Olaiz, G. op cit., pp. 34-45).

El uso de preservativo o condón ha sido ampliamente difundido en las campañas educativas a nivel mundial como una medida efectiva para reducir el riesgo en la transmisión sexual por VIH. En el caso concreto del VIH, el uso del condón no elimina completamente el riesgo de Transmisión. El preservativo proporciona una barrera mecánica que puede reducir en el usuario el riesgo a la exposición de secreciones cervicales, vaginales, vulvares, rectales o lesiones infectadas. En la pareja, el uso adecuado evita el depósito de semen, el contacto con secreción uretral y la exposición a lesiones en el pene. En el caso de lesiones infectadas, la protección otorgada es menor ya que pueden existir áreas de la piel infectadas o susceptibles de infectarse que no se encuentran protegidas. (Valdespino J.L. et al. op cit., pp. 716).

La falla del condón puede explicarse tanto por fallas del producto, como por fallas del usuario en el manejo apropiado del mismo. Estas últimas incluyen:

1. Se deben utilizar preservativos o condones de látex, ya que su uso ofrece mayor protección contra las enfermedades virales de transmisión sexual que los de membranas naturales.
2. Los preservativos deben almacenarse en un sitio fresco, seco y no colocarse directamente bajo la luz solar o blanca.

3. No deberán usarse los preservativos que tenga ruptura en la envoltura, y datos obvios de envejecimiento (aquellos que se rompan, estén pegajosos o descoloridos).

4. Los preservativos deben manipularse con cuidado para evitar romperlos.

5. El condón deber colocarse antes de cualquier contacto genital, para prevenir la exposición de fluidos que contengan agentes infecciosos. Deber sostenerse por el extremo y desenrollarlo sobre el pene erecto, dejando libre una parte del extremo para la colección de semen, asegurándose que no quede aire atrapado.

6. Si se requiere de lubricación adicional, deben usarse lubricantes acuosos. Los oleosos dañan el látex facilitando su ruptura.

7. El uso de condones que contengan espermaticidas puede proporcionar protección adicional. Más aún, el uso de espermaticidas vaginales junto con los preservativos probablemente proporcione mayor protección.

8. Si el preservativo se rompe, deber colocarse uno nuevo inmediatamente. Si la eyaculación ocurre después de la ruptura del condón (colto vaginal), se ha sugerido el uso inmediato de espermaticida. Se desconoce la protección otorgada mediante la aplicación posteyaculación del espermaticida.

9. Después de la eyaculación, deber evitarse que el preservativo resbale antes de retirar el pene, se debe sujetar la base del condón, el cual deber retirarse mientras aún esté erecto. Posteriormente debe retirarse el preservativo.

10. Nunca se deberán reutilizar los condones. (García, M. L. citado en Sepúlveda, J. 1989).

Otras prácticas que pueden influir para favorecer la ruptura incluyen: lubricación inadecuada, uso de lubricantes oleosos que dañan el látex y poco espacio entre el preservativo y el pene.

Las fallas del producto se refieren a la ruptura, filtración debida a deterioro y pobre calidad en la producción. Tanto en el envejecimiento como el almacenamiento inadecuado producen deterioro.

Tomando en cuenta sólo sus características físicas, los condones de látex en buen estado deben proporcionar una barrera efectiva contra cualquier agente de transmisión sexual. Las moléculas del agua o del aire y la corriente eléctrica utilizada por los fabricantes de condones para probarlos contra fugas en un diámetro que un gonococo de 1000 a 2000 nm, que el VIH de 80 a 120 nm y que el virus de la hepatitis B de 42 nm.

A pesar de lo anterior y dada la tasa de error del condón de 13 a 15%, como medio anticonceptivo, las tasas indeterminadas pero significativas de ruptura, que son probablemente más altas en el coito anorrectal, la dificultad extrema para establecer tasas de prevención de infecciones en poblaciones humanas abiertas y la naturaleza incurable y mortal de algunas enfermedades de transmisión sexual, puso de manifiesto la necesidad de una barrera química espermaticida y microbicida así como un modelo de prueba in vitro que se asemejara lo más posible al coito vaginal y anorrectal. (Boletín Mensual SIDA/ETS Abril 1991).

Si se desea protección adicional, la aplicación de espermaticida en la vagina, tendría la ventaja de proporcionar un volumen mayor de espermaticida presente en el caso de ruptura del condón. No se ha estudiado la seguridad o eficacia de los espermaticidas para prevenir enfermedades de transmisión sexual en el canal anal y en la orofaringe. (Boletín Mensual CONASIDA, Junio 1988).

Para aquellas situaciones en que los hábitos sexuales son diferentes, se han elaborado otra serie de recomendaciones para disminuir el riesgo de contraer la infección. La decisión sobre el tipo de relaciones sexuales que cada persona practique sólo podrá tomarla el propio individuo y su pareja, para lo que se requiere un amplio conocimiento de las opciones que existen y el riesgo que cada una implica.

a. Prácticas sin riesgo de infección por VIH. Estas incluyen únicamente aquellas relaciones donde sólo existe contacto de piel con piel, sin intercambio de líquidos corporales (abrazos, besos secos, etc.).

b. Prácticas de mediano riesgo. Son aquellas donde existe intercambio de líquidos corporales como semen y sangre. (Coito utilizando condón, besos húmedos etc.).

c. Prácticas de alto riesgo. En estas se produce daño de piel y mucosa, permitiendo el intercambio de líquidos corporales como sangre y se-

men (coito anal y vaginal sin utilizar condón). (Valdespino, J.L. et. al. 1989 op cit., pp. 716).

A raíz de la identificación del VIH como agente causal del SIDA y del desarrollo casi simultáneo de pruebas que permitieran la identificación de personas infectadas, se lograron avances importantes en la prevención del virus.

En México es obligatorio desde 1987 examinar a donadores altruistas y la sangre donada a hospitales por familiares o amigos; toda sangre positiva a los anticuerpos es deshechada, así se controla la transmisión por vía sanguínea. Es recomendable no compartir rasuradores, cepillo dentales, cortaúñas etc. (Olaiz, G. op cit., pp, 54).

El Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA, CONASIDA, tiene entre algunas de sus tareas fomentar la prevención en los niveles primarios de atención; para lo cual han publicado algunos trípticos dirigidos a población general, han impartido cursos de capacitación a personal médico y paramédico, cuentan con un servicio telefónico de Información y dos centros de referencia en el Distrito Federal.

Actualmente cada estado de la República Mexicana cuenta con una oficina especial para atender casos de personas infectadas y/o con SIDA llamada COESIDA o bien, las personas que solicitan atención e información pueden acudir a los Servicios Coordinados del Estado.

A pesar de los esfuerzos realizados por un pequeño grupo de especialistas en su mayoría médicos avocados a esta tarea, los programas de prevención aún no llegan a toda la población mexicana, ni se cuenta con infraestructura para atacar un problema de salud pública como es el caso particular del SIDA.

1.5. Situación del SIDA en México

La historia del SIDA en México se puede resumir de la siguiente manera: los primeros casos fueron diagnosticados en 1983 en extranjeros residentes en el 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 1986 se publicó la ley que establece la obligación de practicar pruebas en todos los donadores de sangre. Ese mes se cerró con 134 casos de SIDA. Para diciembre, ya eran 226 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. (Valdespino, J.L.; García, M.L.; Izazola, J.A. citado en Sepúlveda, J. 1989.).

Los primeros casos notificados en 1983, correspondieron a hombres homosexuales. Este grupo desempeña un papel importante en la transmisión a hombres bisexuales que representa el segundo grupo en frecuencia; dichos casos representan un puente para la transmisión entre los hombres homosexuales y la transmisión heterosexual hacia las mujeres. (Ibid., pp. 270).

En México al igual que en Estados Unidos y Europa, el grupo de mayor riesgo de infección por VIH es el de hombres homosexuales. Desde 1985 se han realizado encuestas seroepidemiológicas para ambos grupos en seis ciudades de la República Mexicana: Distrito Federal, Guadalajara, Monterrey, Tijuana, Acapulco y Mérida. Estas encuestas se han efectuado en individuos que confidencial, anónima y voluntariamente aceptaron participar en el estudio; sin embargo, no se pueden extrapolar los datos a la población de hombres homosexuales o bisexuales, debido a que existe el sesgo de autoselección en los individuos. Es probable que estas tasas sobre estimen la prevalencia real de infección en este grupo, ya que al estudio ingresan individuos con mayor exposición al riesgo. En el Distrito Federal la tasa era semejante a la reportada en Los Angeles y en Seattle en 1985, e inferior a la descrita para San Francisco. (Ibid., pp.282).

En un estudio realizado por Izazola y colaboradores en 312 hombres con prácticas homosexuales, el 56.7% manifestó haber tenido prácticas heterosexuales; un 13.2% había experimentado un promedio de 2.56 relaciones en los últimos cuatro meses. el 82% informó como estado civil soltero y el 17.9% casado; 17.6% había vivido en unión libre con una mujer en alguna ocasión. Por lo tanto, un total de 35.5% estuvo o está viviendo con pareja heterosexual. La edad promedio de la primera relación con una mujer fue de 18.3 años, y el promedio del total de mujeres diferentes con las que han tenido relación sexual de 18.0. Un 30.5% de los que han tenido relaciones heterosexuales ha sido con prostitu-

tas. El 100% manifestó haber tenido coito vaginal; rectal, el 20.34%; y 20.34% depositó de semen en la boca de las mujeres cuando estas realizan fellatio. (Ibid., pp. 282)

La edad promedio de inicio de relaciones homosexuales fue de 16.9 años; en este periodo tuvieron relaciones sexuales con 19.5 personas diferentes en promedio. El rango referido de personas diferentes con las que han tenido relaciones homosexuales en toda la vida varía de 1 a 5000 aproximadamente, siendo el promedio de 262. 76.9% de los entrevistados dijo haber participado en alguna relación homosexual estable, definida esta si su duración es mayor de cuatro meses. (Ibid., pp. 282).

El 36.5% asiste a baños de vapor donde mantienen relaciones sexuales. El 72.4% asiste a bares "gay" 3.42 veces mensual en promedio. El 17.3% generalmente tiene relaciones sexuales con personas a las que "conoce" en la calle; 57.3% sólo lo hace eventualmente, y 23.5% nunca tiene relaciones sexuales de este tipo. (Ibid., pp. 282).

La prevalencia de infección por VIH en esta población para el periodo total (1985-1987), fue de 27.3% : sin embargo, al dividir las prevalencias por periodos secuenciales , se encuentra que para 1985 era de 5.0% (2/40), para 1986, de 32.9% (54/ 226) ; y de 39.1% (18/46) para 1987. (Ibid., pp. 283).

La tendencia de los casos de SIDA en México indica que la transmisión se está difundiendo de las grandes ciudades al medio semiurbano y rural. El crecimiento de los casos en mujeres y niños es más acelerado que en hombres jóvenes, aunque este grupo continúa concentrando el mayor número. Lo anterior permite calcular las tasas de crecimiento y el tiempo de duplicación entre dos puntos en el tiempo. (Ibid., pp. 287).

En México se ha observado que el crecimiento de los casos se ha desacelerado en la Ciudad de México, mostrando períodos de duplicación más prolongados, en comparación con otras entidades; cabe esperar que después de las fases de crecimiento rápido, se presente un crecimiento exponencial menos acelerado. (Ibid., pp. 287).

La mayor transmisión de casos en mujeres y niños, permite predecir que la enfermedad se extender a todas las edades, así como a ambos sexos, aunque los varones jóvenes continúan siendo el grupo más afectado. (Ibid., pp. 289).

En la transmisión entre homosexuales, aunque más persiste su ascendencia, se espera que haya una disminución de los casos, a expensas de una más acelerada transmisión en bisexuales y heterosexuales.

Los patrones de transmisión descritos en otras regiones pueden ser de utilidad para predecir lo que puede suceder en países que tienen un menor tiempo de evolución de la transmisión por VIH, como es el caso de México. (Ibid., pp. 291).

La epidemia del SIDA en México es la suma de varias epidemias y la epidemias del SIDA transmitida sexualmente tiene una dinámica diferente a la del SIDA producido por transfusiones o la del SIDA perinatal y aunque están interrelacionadas se trata de epidemias que inclusive tienen periodos de incubación y momentos diferentes, mientras la transmisión sexual tiene un periodo de incubación de ocho a diez años, el SIDA por transfusión sanguínea tiene un periodo que puede ser de dos a cinco años y la transmisión perinatal tiene un promedio de incubación de solamente unos meses; desde el punto de vista de incubación son tres momentos diferentes. Por otro lado la epidemia del SIDA en hombres tiene características diferentes a la de las mujeres. Las diferencias se observan también en áreas geográficas y aunque el SIDA en la actualidad está presente en las grandes áreas metropolitanas del país, resulta que la transmisión en áreas suburbanas o rurales está incrementándose y por lo tanto tiene una dinámica diferente. (Valdespino, J.L. et al Boletín Mensual de SIDA/ ETS noviembre 1991).

El crecimiento de casos de SIDA en México debemos dividirlo en tres etapas: la primera etapa de 1983 a 1986 con un crecimiento moderado. En 1987-1990 se observó un crecimiento muy rápido con periodos de incubación de unos cuantos meses, esta etapa es de crecimiento exponencial; a partir de 1991 se ha amortiguado el crecimiento con una tendencia a la estabilización. (Boletín Mensual SIDA/ETS octubre 1992).

En algunos estados en los que la infección se introdujo en los primeros años, se observa una tendencia a la estabilización. Esto ocurre en entidades federativas como el Distrito Federal en donde durante 1991 se notificaron 943 casos y en 1992 se han notificado 486, o Jalisco donde en 1991 se notificaron 344 casos y durante 1992 se han notificado 168. En cambio, en otros estados los casos de SIDA muestran crecimiento exponencial. Probablemente en estos estados la epidemia se introdujo en épocas más recientes y el número creciente de casos de SIDA refleja la transmisión más acelerada al principio de la epidemia. En el caso de

Oaxaca durante 1991 se notificaron 12 casos y en lo que va de 1992 se han notificado 90, o Chiapas donde durante 1991 se notificaron 7 casos y durante 1992 se han notificado 34. El incremento de los casos se observa en diez entidades federativas ocurriendo en el sureste del país y en áreas rurales de otras entidades. (Ibid., pp. 2276).

La epidemia ha afectado a las grandes metrópolis y a ciudades de afluencia turística. La ciudad de Veracruz representa el primer lugar en términos de tasa con 470 casos por millón de habitantes, seguida por el Distrito Federal con una tasa de 416 por millón de habitantes, Guadalajara con una tasa de 408 por millón de habitantes, Cuernavaca con una tasa de 401 por millón de habitantes y Mérida con una tasa de 357 por millón de habitantes. (Ibid., pp. 2276).

La epidemia ha afectado particularmente a hombres que residen en áreas metropolitanas, lo cual se ha reflejado ya en las tasas de mortalidad. De acuerdo a los datos proporcionados por el Instituto Nacional de Geografía y Estadística a través de la Dirección de Estadística, Informática y Evaluación; a nivel nacional, el SIDA como causa de muerte en hombres de 25 a 44 años representó en 1988 el décimo cuarto lugar con una tasa de 34 por millón de habitantes, en 1989, el décimo lugar con una tasa de 58 por millón de habitantes y en 1990 el sexto lugar con una tasa de 80 por millón de habitantes. Esto es más aparente en el Distrito Federal donde pasó del séptimo lugar durante 1988 con una tasa de 96 por millón de habitantes, el cuarto lugar en 1990 con una tasa de 245 por millón de habitantes. (Ibid., pp. 2276).

Actualmente México ocupa el décimo segundo lugar en relación al número de casos en el contexto internacional y el segundo en América. Hasta el 30 de septiembre de 1992 se han notificado 11,034 casos acumulados, durante septiembre el promedio de casos nuevos por día fue de 7.3 por lo que en este mes ingresaron al Registro Nacional de Casos de SIDA 220 nuevos casos. El 47.3% (104 casos) fueron de personas que iniciaron su padecimiento en 1990 y 1991. De octubre de 1990 a septiembre de 1991 se notificaron 3,485 casos, 5,955 (53.9% del total de casos acumulados) fueron de personas que iniciaron el padecimiento en los últimos dos años. (Ibid., pp. 2277).

La tendencia de SIDA en hombres adultos es hacia el incremento y se espera que en los próximos años más del 80% de todos los casos correspondan a hombres adultos, en cambio en las mujeres se ha observado recientemente un descenso en el número de casos como

consecuencia de la disminución de la transmisión por transfusión sanguínea, así mismo en los últimos meses solamente el 2% de los casos de SIDA se ha presentado en niños. La transmisión sexual se espera que siga siendo la más frecuente e inclusive muestra una tendencia a incrementarse, en cambio la transmisión sanguínea se espera que continúe descendiendo, se estima que estas cifras sean semejantes en uno o dos años a las cifras de 1987 cuando solamente el 12% se presentaban por este último medio de transmisión.

Se espera que para 1992 y 1993 ocurran cinco mil nuevos casos que serán notificados en nuestro país, lo que dar una cifra acumulada entre trece mil y catorce mil casos para finales de 1993. (Valdespino, J. L. et al. 1992 op cit., pp. 2054).

II. POBLACION ADULTA EN RIESGO

2.1. Mujeres

En México al igual que en Latinoamérica, las contingencias históricas hicieron surgir tres configuraciones nacionales diferentes, donde la minoría criolla se asienta como cultura dominante y como detentadora del poder político y económico frente a los grupos mestizos -grupo transicional- y la base indígena en proceso de transformación constante.

La "cultura oficial" como la denomina Béjar Navarro (1988), a no dudarlo, corresponde a la explicitación de un compromiso con la cultura europea. A un ansia de europeización y modernización forzada, como vehículo simbólico para construir la base de la homogeneización cultural sin embargo la fertilidad del "monopollo criollo" de la cultura parece estar en entredicho. Sus valores, sus procedimientos y sus normas parecen desvanecerse en la medida que se desciende en la escala social. Los proletarios y marginados parecen ser reactivos a identificarse con los valores dominantes, la desobediencia hacia dichos valores es marcada y su consecuencia es la multiplicación de organizaciones informales a todos los niveles de la estructura y la estratificación social. "La violencia de es cambios introducidos por las crisis económicas internas y las internacionales, vertebran a los distintos grupos sociales, con sus culturas en proceso de formación, dentro de las distintas subculturas reactivas, urbanas y marginales de tipo rural" (Béjar Navarro op cit., pp. 172) .

La mayor parte de las perturbaciones del mexicano actual son debidas, según Santiago Ramírez 1977, al choque entre dos culturas: la indígena y la española. Cada una tenía sus propias pautas culturales que les proporcionaba un sentido de afirmación y autosuficiencia. Al dominar y sojuzgar los españoles a los indígenas, sobrevino el dominio de un grupo sobre un gran conglomerado humano al que no comprende.

Este autor resume en tres grupos sociales el "drama" cultural, por una parte, "el indígena que tuvo que renunciar total y cabalmente a sus antiguas formas de expresión, la homogeneidad cultural fue de tal naturaleza que constituyó y constituye un problema. Por otra parte, el mestizo, el mestizaje en nuestro país, siempre, salvo rarísimas excepciones, se encontró constituido por uniones de varones españoles con mujeres indígenas. La unión de estas mujeres con hombres españoles fue una transculturación hondamente dramática. La mujer es incorporada brus-

ca y violentamente a una cultura para la que no se encontraba formada, su unión la llevaba a cabo traicionando a su cultura original. Por lo tanto el nacimiento de su hijo era la expresión de su alejamiento de un mundo, pero a la vez no la puerta abierta a otro distinto. "El tercer grupo esta formado por el elemento español, que como factor dominante impone su cultura, tanto al indígena como al mestizo. La persecución de la estructura mental de los indígenas y mestizos dejó, principalmente en los últimos, una serie de rasgos mentales que perduran hasta la fecha.

La ambivalencia padre español-madre indígena es formulada así: "El mestizo va a equiparar paulatinamente una serie de categorías: fuerza, masculinidad, capacidad de conquista, predominio social y filiación ajena al suelo, van a cargarse con fuerte signo masculino. Debilidad, femineidad, sometimiento. Debilidad social y fuerte raíz telúrica serán rasgos femeninos e indígenas". (Ramírez, S. 1977. pp.135).

▣ La mujer mexicana.

Para 1990 se calculaba que la población femenina en México sería de 49.9% del total de habitantes de la República Mexicana. La mayor concentración de mujeres estaría en el Distrito Federal y Estado de México, once millones quinientos cuarenta y ocho mil personas, es decir el 27% del total nacional. (La salud de la mujer en México. Cifras comentadas 1990 S.S.).

Las características bio-psico-sociales de la mujer mexicana varían en función del grupo de pertenencia, siendo posible distinguir tres grandes núcleos de población: la mujer indígena, la mujer que vive en ambientes rurales y aquellas oriundas de las grandes poblaciones.

En México existen cincuenta y seis grupos indígenas cada uno con su propia lengua y cultura, distribuidos principalmente en el sur de la República Mexicana, así como en las zonas periféricas de las grandes ciudades donde existen importantes núcleos de población indígena, constantemente en aumento por el proceso migratorio campo-ciudad cada día más acelerado durante los últimos años.

La población indígena en el país es de nueve millones aproximadamente, cincuenta por ciento de los cuales son mujeres que se pueden encontrar tanto en ambientes urbanos como rurales y pertenecen a los grupos más pobres del país.

En todos los grupos indígenas, la mujer es un elemento esencial en la cohesión familiar y comunitaria. Es la transmisora de la lengua, la cultura y las tradiciones, está encargada de la reproducción social del grupo, es la que garantiza su permanencia. En el ambiente familiar cubre las tareas domésticas desde su infancia hasta la vejez en la medida que la estructura familiar corresponde a la de familia extensa; desempeñan un importante papel en el cuidado de los niños y su proceso de enculturación, participan en actividades agrícolas y en el cuidado del huerto familiar.

En los ambientes rurales la situación de la mujer se ha mantenido básicamente sin cambios en aspectos muy importantes, incluso vitales, con pautas de comportamiento "tradicionales". A través del trabajo de campo y de la observación empírica se sabe que las mujeres son responsables del cuidado y transformación de los alimentos, en el momento de distribuir la comida reparten las mejores y más grandes porciones a los maridos, aducen como motivo que ellos son los que "traen el dinero a casa"; después siguen los hijos, que "ayudan a los hombres en su trabajo", posteriormente las hijas reciben su ración; y "si la comida alcanza" las madres comen. La dieta no sufre modificaciones cuando se presenta alguno de los frecuentes embarazos o la lactancia, la madre consume en su dieta cuarenta por ciento de lo requerido.

Las mujeres se deterioran con la maternidad y alrededor de los nueve meses de embarazo presentan anemia y su aspecto no es saludable. Su estado de salud se agrava después de varios embarazos y partos consecutivos.

En las zonas rurales el uso de métodos anticonceptivos se ha incrementado en los últimos años, sin embargo la utilización continúa siendo baja al compararla con las zonas urbanas. Entre las razones que aducen las mujeres de las zonas rurales sobresalen: el desconocimiento de los métodos, la forma de usarlos, donde conseguirlos, así como la oposición de la pareja o de algún pariente por temor a efectos colaterales. (Cifras Comentadas op cit., pp. 113-118).

La presión del esposo juega un papel trascendental en "la necesidad" que tienen muchas mujeres de embarazarse; todavía se relaciona la fecundidad de la mujer con la femineidad y potencia del hombre con el número de hijos que ha procreado.

En las ciudades la situación de la mujer es diferente, se encuentra un puente transicional en las generaciones actuales hombres y mujeres me-

xicanos que da como resultado una situación ambivalente por ambas partes.

En las escuelas de capacitación para el trabajo, profesional medio y normal, la matrícula de mujeres es predominante, a diferencia de los bachilleratos y los planteles de educación superior. Este comportamiento puede estar determinado por el temprano ingreso de la mujer a las actividades domésticas familiares o bien al mercado de trabajo.

A nivel nacional en el ciclo 1982-1983 uno de cada tres estudiantes de licenciatura era mujer y más elevado el porcentaje de mujeres en instituciones públicas (42.5%) que privadas (34.4%). (Cifras Comentadas op cit., pp. 17-18).

La mujer en México al igual que en cualquier otro lugar del mundo, ha colaborado en las actividades productivas de la familia aunque su trabajo no es remunerado como tal. Si el trabajo es en el campo las mujeres aunán sus esfuerzos al de los varones en el sembradío, preparación de las tierras y recolección de los productos del agro; si la familia vive en un ambiente urbano se sabe que se hace uso del trabajo femenino para el progreso del negocio familiar y en esferas socioeconómicamente más elevadas es evidente la intensa actividad realizada por las mujeres en diversas reas.

El matrimonio es la forma socialmente aceptada de independizarse de la familia de origen, con pocos deseos o presiones para salir del seno paterno-materno en otras condiciones. La mujer mexicana soltera económicamente activa puede nunca separarse de la familia de origen o bien independizarse a edades avanzadas sin que esta situación sea considerada inadecuada ó patológica por la sociedad en México; en caso de pretender independizarse a edades tempranas es frecuente que surjan conflictos importantes en el seno familiar: esta situación se da con mayor frecuencia en mujeres profesionistas de clase alta y media-media.

El varón mexicano tiene idealizada a la mujer en lo que se refiere a sus funciones biológicas y su capacidad de procrear; la propia idealización al encubrir montantes importantes de agresión condiciona que el hombre se resista a aceptar los cambios de rol femeninos que implican una mayor individualidad de aquella y una pérdida de los mecanismos tradicionales de control, dependencia y niveles de colaboración aprendidos en la infancia al observar la relación entre los miembros de generaciones anteriores

Bueno, R. 1989 nos dice que el hombre mexicano empieza a aceptar la colaboración económica de la mujer, aunque muchos lo viven como competencia y amenaza potencial en la medida que se exacerban: la angustia de castración, fantasías de abandono, fantasías de someter-ser sometido etc. Cuando el marido no comparte las aspiraciones de su esposa vive sus deseos de Independencia como reto a su autoridad. Su actividad laboral como competencia peligrosa y su ausencia de casa como abandono. Una de las disculpas para mantener a las mujeres en casa es la necesidad de culdar a los hijos, cuya educación se deja en manos de las mujeres desentendiéndose los padres de los aspectos cotidianos y la manera de instrumentar la formación de la prole. El resultado es que la mujer que desee trabajar debe cubrir primero sus funciones tradicionales y después considerar la posibilidad de realizar actividades fuera del hogar; que a su vez deben quedar superitadas a las necesidades y eventualidades que puedan surgir en el ámbito familiar. El hombre en defensa de su identidad puede cumplir con su rol de "jefe de familia" pero difícilmente acepta nuevas obligaciones en especial si son tradicionalmente femeninas.

En nuestro medio cultural se valoran y exaltan las funciones maternas, de tal manera que la sexualidad queda en un segundo término. La mujer mexicana necesita el embarazo y las funciones maternas para compensar, sustituir y negar sus carencias sexuales. La sociedad espera que la mujer satisfaga todas sus necesidades con la maternidad, limitando las capacidades de goce no sólo sexual sino a través de otros caminos sublimatorios como podrían ser las actividades laborales. (Bueno, R. 1989 op cit., pp. 19-24).

Ya en 1980 González A. señaló que los valores arriba descritos tienden a cambiar en la medida que es posible establecer una muy estrecha correlación entre cada individuo, su tiempo y los valores que en este prevalecen.

Pertenece a una época y zona geográfica en que, si bien ya se están resquebrajando las corazas de un tipo de sociedad patriarcal, todavía imperan los conceptos y valores correspondientes a ella con todos los prejuicios de su lugar y tiempo. No debe extrañarnos por lo tanto, que el hombre como varón tenga más cabal conocimiento de su sexualidad masculina que de la femenina en cuanto a lo subjetivo se refiere.

Sabemos que las mujeres llevan años enfrentándose de manera integral a los desafíos de la época moderna, han conseguido que la sociedad ofrezca mayores oportunidades; poco a poco se abrieron las puertas de las instituciones educativas a todos los niveles, aumentó el número de mujeres en todas las áreas laborales, las dos grandes guerras indudablemente aceleraron el proceso. Surgieron descubrimientos científicos que al permitir la regulación hormonal y evitar la ovulación facilitaron que las mujeres tuvieran mayor libertad sexual, similar a la masculina.

En estas condiciones las mujeres pretenden ser tan buenas profesionistas como lo fue el padre y tan buenas madres como lo fue la propia, sin percatarse que es casi imposible; desarrollar los dos roles implica una labor de síntesis de la que resultan nuevas actitudes en la pareja, con los hijos, en el trabajo y la sociedad, diferentes a las paternas y no por ello mejores o peores. Sin embargo, por temor a cambiar los patrones de identidad se favorece y rechaza -en alguna de sus facetas- a la mujer que desempeña los dos roles. (Galtán, R. Psicoanálisis y Cambio. Deformaciones de la Sociedad Contemporánea al Concepto de Salud. 1984).

Lo anterior ilustra de manera breve las condiciones y desarrollo cultural de las mujeres en nuestro país, sus creencias y rol familiar en la crianza de los hijos. Son la mayoría de estas mujeres dedicadas al hogar, las que por razones muchas veces ajenas a ellas están siendo infectadas por el VIH.

La organización Mundial de la Salud calcula que a fines de 1992 más de seiscientas mil mujeres estarán infectadas por el VIH en el mundo y para fines del año 2000, las mujeres infectadas serán tan numerosas como los hombres. (La Jornada, 2 Nov. 90).

México es un país eminentemente católico, la religión católica ocupa el primer lugar en el mundo con seiscientos veintiocho millones de fieles, en segundo lugar el islamismo con quinientos cincuenta y cuatro millones, el budismo con doscientos cincuenta millones, el confucionismo ciento cincuenta y ocho millones, los ortodoxos con sesenta y tres y por último el judaísmo con diecisiete millones de creyentes (La Jornada Nov. 1988). En un mundo católico la religión es un complejo sistema ideológico que produce y reproduce una manera especial de entender el mundo inmediato, la mujer es protagonista y establece una ética se-

xual; donde la sexualidad sólo existe en el matrimonio y con el fin de procrear, hay negación de placer.

La ideología cristiana niega a la mujer el derecho de una educación sexual integral; esto produce en nuestro país graves problemas de salud pública y mortalidad como es el caso de embarazos no deseados y la interrupción de los mismos.

Un estudio realizado en 1991 por el Instituto Nacional de Perinatología de la Ciudad de México entre cuatrocientas cinco mujeres de la Delegación Miguel Hidalgo, informó que la tercera parte desconocía el riesgo de multiparidad o embarazo a temprana edad; la quinta parte ignoraba las posibles complicaciones en edad avanzada y la mitad no sabía de los riesgos a embarazarse en intervalos cortos. (La Jornada Febrero 1991). Esta investigación nos indica el desconocimiento profundo sobre la sexualidad, sobre la concepción del cuerpo, de su uso y consecuencias. La sexualidad es información y práctica oculta, velada por la familia y tabú social.

La ignorancia de la población femenina respecto a la sexualidad todos la conocemos, todos hemos estado en contacto con ella; la aparición del SIDA como enfermedad mortal nos pone en alerta a todas las mujeres no sólo por la vía sexual, de igual importancia son las transfusiones sanguíneas, la drogadicción intravenosa o la transmisión perinatal.

2.2. Prostitución femenina y masculina.

Las Naciones Unidas definen la prostituta como "La mujer que se ofrece libremente a cambio de dinero al primero que llega, sin elección ni placer, en forma cotidiana, cuando no posee ningún otro medio de existencia" (citado en GómeJara, F.; Barrera, E. 1991). Otros autores como Estanislao Barrera (Ibid., pp .27) la enfocan desde un ámbito diferente y dice: "La prostitución es una forma organizada de comercio sexual extra conyugal, menospreciada y tolerada por la sociedad" (Barrera, E. citado en Gómez Jara, F. Ibid., pp. 27-28) Definición que sin lugar a dudas resulta más descriptiva y aceptada para la sociedad mexicana.

La prostitución aparece cuando surgen las clases sociales, la familia monogámicas y los valores mercantiles en las relaciones sociales adquieren formas diversas para subsistir.

En México, la prostitución legalmente está prohibida, calificada como denigrante o simplemente ignorada como tal, lo que significa que el Estado no la persigue.

En el Distrito Federal -según descripción de las mismas prostitutas- existen grupos bien organizados de prostitución masculina y femenina, que si bien viven en una angustia perenne por la amenaza legal, redadas frecuentes etc., ahora se enfrentan a la infección por VIH al igual y en las mismas condiciones de salud que se han enfrentado a otro tipo de enfermedades de transmisión sexual, el descubrimiento de la penicilina, aminoró el temor por contraer sífilis, al igual que el uso del condón aminora la preocupación por infectarse cuando es aceptado por los clientes.

Según comunicaciones orales de las mismas prostitutas, la prostitución en México puede dividirse en tres grandes grupos:

- 1.- Las que atienden a la denominada clase alta, extranjeros con recursos económicos etc.
- 2.- Las de clase media que dan servicio a estudiantes, funcionarios de nivel medio, profesores universitarios etc. y
- 3.- Las de clase baja que trabajan para personas de escasos recursos económicos.

Estos tres grupos están perfectamente identificados en la Ciudad de México por zona de trabajo y líderes. Los dos primeros grupos son hasta el momento, los que han tenido mayor acceso a la información sobre SIDA y por lo tanto a la prevención del mismo. Muchas de estas prostitutas acuden trimestralmente a practicarse la prueba serológica para conocer su estado de salud. Esta actitud positiva y de cuidado a su salud se debe a la labor realizada por sus líderes, independientemente de la relación laboral que sostienen con cada persona. Las prostitutas de clase baja desconocen en su mayoría cualquier medida preventiva para evitar embarazos ó cualquier tipo de enfermedad de transmisión sexual, muchas carecen de estudios básicos, otras son analfabetas y difícilmente están en contacto con personal de salud. Las personas encargadas de regentar los prostíbulos, se niegan a recibir cualquier información sobre SIDA, asocian al personal de salud con personal policíaco y con frecuencia recurren a métodos caseros para atacar las posibles enfermedades.

Hasta 1989 el SIDA había originado la muerte de siete mujeres prostitutas en México, de un total no determinado de personas dedicadas a esta actividad. En las encuestas a prostitutas, se ha observado que en general son jóvenes, con educación formal incipiente, solteras o separadas, la mayoría con hijos. Sus prácticas sexuales son casi exclusivamente vaginales y la utilización del condón es poco frecuente. Sin embargo, tienen miedo de adquirir el SIDA y transmitirlo a sus hijos.

Se han efectuado encuestas en mujeres prostitutas de seis ciudades del país (Distrito Federal, Guadalajara, Monterrey, Mérida, Acapulco y Tijuana) y sólo se detectaron dos mujeres infectadas de cerca de setecientas. En cambio en cincuenta y seis hombres homosexuales prostitutas se encontró una tasa de infección de 16%. En Estados Unidos la prevalencia de infección en prostitutas es elevada. En un estudio se encontró que Nueva York tuvo el menor índice (14.3%) de infección en las mujeres estudiadas, mientras que Florida resultó con el 41% de casos.

Frente a estos resultados, la transmisión en nuestro país es baja. Sin embargo, la notificación de siete casos de SIDA y diez de infectadas, indica que el problema en prostitución está presente. (García, M.L. op cit., pp, 284)

▣ Prostitución Masculina.

La prostitución masculina no se reduce de ninguna manera a la homosexualidad, ésta existe, pero no todos los homosexuales mantienen relaciones prostituídas. La práctica de la prostitución masculina heterosexual es menos estigmatizada que otras formas de prostitución e incluso llega a ser admirada y aceptada en nuestra sociedad. Para algunos sectores, refleja a primera vista un proceso limitado y falso de liberación femenina, ya que las mujeres pueden al igual que el hombre satisfacer sus impulsos sexuales a la hora y sitio deseado, en las mismas condiciones de valor monetario que el sexo opuesto.

A simple vista, la prostitución masculina heterosexual puede observarse en los centros turísticos del país donde los "Latin Lovers" aparecen para seducir principalmente a extranjeras; sin embargo existe todo un servicio organizado por vía telefónica para cumplir con la demanda y fantasía de cualquier usuario. En la medida que todo este aparato se maneja de manera clandestina por las implicaciones legales y de menor importancia en este ámbito, de orden moral, resulta prácticamente im-

posible penetrar en este mundo para dar cualquier tipo de información, pero si la información puede resultar amenazante para el bienestar físico, económico y psicológico de ese momento en particular, la prevención se ve relegada a un tercer plano en la vida cotidiana, las relaciones objetales completas se suplen día a día con relaciones parciales que se establecen con el contacto físico, la preocupación diaria consiste en mantenerse atractivos para sostener una fuente de ingresos. Cabe señalar que la poca información que se tiene al respecto, se debe a las entrevistas que ocasionalmente se pueden realizar con alguna persona del gremio; suelen solicitar la prueba anti VIH cuando se enteran que algún compañero o conocido esta enfermo de SIDA. Hay un período largo de negación y es frecuente que se presenten a revisión medica cuando aparecen los primeros síntomas; es común que desconozcan -si son positivos- quien los infectó y cuando, por lo tanto también desconocen el número de personas que pudieron haber infectado.

Dentro de la prostitución masculina, también existe la prostitución homosexual y bisexual. Poco se sabe de la prostitución bisexual, pero se maneja con los mismos patrones de conducta que la heterosexual y homosexual; por comunicación verbal se sabe que operan de manera indistinta, lo mismo les da la relación sexual con hombre que con mujer, no hay una carga afectiva o de preferencia sexual clara que incline la balanza, sin embargo, manifiestan miedo por no tener o perder la erección en el momento del coito vaginal o anal.

Independientemente de la prostitución, el grupo está catalogado de alto riesgo, ha tomado gran importancia en los últimos años por ser el puente de transmisión de VIH entre hombre y mujer, de ahí que el número de mujeres infectadas siga aumentando.

Por lo tanto, consideramos que la prostitución homosexual viene a ser una respuesta clandestina del sistema oficial de valores (científicos, políticos, morales y jurídicos) a necesidades específicas de relaciones sexuales entre los miembros de las llamadas "Minorías Etnicas". Por un lado cubre la identidad del homosexual perseguido y por el otro permite salvar el honor y la autoimagen heterosexual devaluada del practicante fortuito de la homosexualidad. (Ibid., pp. 81-102).

Por observaciones directas podemos decir que la prostitución masculina, al igual que la prostitución femenina, se puede dividir en las mismas categorías, se ejerce en la calle, en los bares, hoteles de lujo, casas de citas o bien se hace una solicitud telefónica especificando ca-

racterísticas de la persona deseada. Algunos líderes hacen seguimiento periódico de su personal, cabe señalar como ejemplo a seguir el grupo de travestis de Ciudad Netzahualcoyotl, que durante varios años han mantenido un control de seguimiento serológico para reducir tanto riesgo de infección, como posibles contagios.

2.3. Homosexualidad

La homosexualidad puede enfocarse desde varios puntos de vista, el psicológico, el social y desde el estudio concreto del SIDA.

Para los estudiosos del SIDA, la homosexualidad representa exclusivamente a un grupo de seres humanos que son considerados por sus prácticas sexuales población de alto riesgo en la transmisión del VIH y que son sujetos de estudio clínico, en la medida que representan el mayor número de personas infectadas en nuestro país.

El movimiento homosexual en México demanda atención médica, atención hospitalaria, psiquiátrica o psicológica en caso de necesitarla, espacios donde hacer denuncias públicas sobre maltrato, estigmatización, situación laboral, legal etc.. se niegan a escuchar cualquier interpretación relacionada con patología psicológica y proclaman que la homosexualidad única y exclusivamente es una "preferencia sexual". Se han organizado en pequeñas sociedades u asociaciones para luchar en contra de organizaciones gubernamentales y a favor de causas comunes "atención " en todos los sentidos que la palabra tiene, acusan de homofobia a la sociedad y atacan cualquier teoría sobre su comportamiento. Bajo estas condiciones generales de actuación, el grupo homosexual organizado, ha tenido una participación importante en la prevención de la enfermedad a nivel mundial. El haber sido el primer y único grupo considerado de riesgo, trajo como ganancia secundaria un estado de alerta permanente y por ende, el uso de medidas preventivas como publicación de folletos, revistas de historietas promoviendo el sexo seguro, cursos, pláticas de información etc., todas enfocadas a evitar el contagio. Desde este punto de vista, las sociedades fundadas con este fin como son la Fundación Mexicana de Lucha contra el SIDA, Circulo Cultural Gay o AVE de México -por mencionar algunos- son un ejemplo para la prevención y control de cualquier tipo de padecimiento; sin embargo no podemos dejar de lado las causas sociales que señalan que la homosexualidad es peligrosa para la sociedad, porque atenta contra el equilibrio, la estabilidad y el orden imperante.

Aquí la Sociología de la homosexualidad enfoca el tema desde tres ángulos. Barrera op cit., pp. 103).

1.- La homosexualidad como un valor cualquiera y no como una anomalía, ya que la heterosexualidad es una norma cultural elaborada por la sociedad; ello significa que el "gusto" heterosexual es algo presentado y motivado al individuo desde fuera, desde la sociedad y no una conducta mecánica e intrínseca propia. La homosexualidad como la bisexualidad, es otro modelo de relación sexual prohibido pero no inexistente.

2.- Los que aceptan la norma oficial y la violan, pero consideran que esa falta no existe, es pasajera o no piensan en ello, y

3.- Los que no la aceptan y actúan públicamente en consecuencia. (Ibid., pp. 105).

Desde el punto de vista psicológico, la homosexualidad es interpretada también desde varios enfoques; algunos la consideran una preferencia sexual de decisión consciente, "una orientación sexual" irregular carente de etiología psicodinámica, puede ser de origen hereditario, de una naturaleza aún no descubierta, donde no existe trastorno psiquiátrico que produzca homosexualidad y los únicos conflictos inherentes a esta condición, en caso de que haya conflicto, son debidos a las actitudes de la sociedad y a las incapacidades del homosexual para aceptar su "destino" en la vida y su homosexualidad de tipo exclusivo constituye simplemente una variación normal de la conducta sexual.

A pesar de los conceptos expuestos y la prácticas clínica, se puede decir que hay indicadores de patología, entendiéndose como una falta de la función con dolor y/o sufrimiento concomitantes. Algunos aspectos sirven como indicadores de patología psíquica en el homosexual. Pueden no aparecer todos o pueden diferir cualitativa y cuantitativamente de un paciente a otro. Así encontramos:

1.- Una persistencia constante de la identificación femenina primaria con la madre y una sensación consecuente de deficiencia en lo que representa a la identidad masculina propia; siendo el resultado final un profundo sentimiento de femineidad o una deficiente sensación de masculinidad.

2.- Una persistencia de mecanismos psíquicos arcaicos y primitivos.

3.- Los actos homosexuales son intensos, impulsivos y su urgencia deriva de la emergencia de la necesidad de supervivencia por el yo de homosexual.

4.- Es característico que al intentar interrumpir las actividades homosexuales, se presente una forma dramática de angustia severa, tensión, depresión, temores paranoides y otras sintomatologías. Estas manifestaciones son frecuentes en pacientes que al saberse infectados por VIH pasan por largos periodos de abstinencia sexual. (Gaitán, A. 1989).

Cuando el homosexual infectado acude por ayuda psicológica, va buscando en primer lugar una aceptación clara y consciente usándola como medida preventiva para evitar el contagio y una vez pasada la "emergencia" que puede durar varios meses, años, o estar presente siempre como tema central; suelen aparecer síntomas relacionados directamente con la homosexualidad, como son los síntomas que surgen en respuesta al fracaso para hacer la separación intra psíquica de la madre: como excesiva adhesión a ella en la lactancia o temprana infancia, angustia severa ante la separación de la madre, apreciable desde la infancia y que continúa a través de la vida, fenómenos de fusión intensificación de la identificación femenina primaria. Síntomas que surgen de la predominancia de mecanismos psíquicos arcaicos primitivos como angustia incorporativa (temores de tragar partes del propio cuerpo, temor a objetos dañinos internalizados).

Angustia proyectiva, ansiedades paranoides como temores de envenenamiento, ataque corporal, perversión entre otros (Socarides, Ch. 1978).

Al paciente infectado por VIH o con posibilidad real de infectarse, se le debe tratar como a cualquier otra persona, ya que en los casos de SIDA, su principal demanda no es dejar la homosexualidad, convertirse en bisexual o heterosexual; la mayoría quiere continuar con su preferencia sexual y llevar una vida activa con el menor número de riesgos.

En México, los primeros casos notificados en 1983, correspondieron a hombres homosexuales. Este grupo representa un papel importante en la transmisión a hombres bisexuales, que representa el segundo grupo en frecuencia. Debido a que el número es particularmente elevado en nuestro medio, dichos casos representan un puente para la transmisión entre los hombres homosexuales y la heterosexualidad hacia las mujeres.

En México, al igual que en Estados Unidos y Europa, el grupo de mayor riesgo de infección por VIH es el de hombres homosexuales. Desde 1895 se han realizado encuestas seroepidemiológicas para ambos grupos en seis ciudades de la República Mexicana (Distrito Federal, Guadalajara, Monterrey, Tijuana, Acapulco y Mérida) La prevalencia de la infección ha variado desde 1% en Monterrey hasta 31% en el Distrito Federal.

Estas encuestas se han efectuado en individuos que confidencial, anónima y voluntariamente aceptaron participar en el estudio; sin embargo, no se pueden extrapolar los datos a la población de hombres homosexuales o bisexuales, debido a que existe el sesgo de autoselección de los individuos. Es probable que estas tasas sobreestimen la prevalencia real de infección en este grupo, ya que al estudio ingresan individuos con mayor exposición al riesgo.

En México la tasa es semejante a la reportada en Los Angeles y en Seattle en 1985, e inferior a la descrita para San Francisco.

En un estudio realizado por Izazola y colaboradores con 312 hombres con prácticas homosexuales, el 56.7% manifestó haber tenido prácticas heterosexuales; un 13.2% haber experimentado un promedio de 2.56 relaciones en los últimos cuatro meses. El 82% informó como estado civil soltero, y el 17.9% casado; 17.6% había vivido en unión libre con una mujer en alguna ocasión. Por lo tanto, un total de 35.5% estuvo o está viviendo con pareja heterosexual. La edad promedio de la primera relación con una mujer fue de 18.3 años y el promedio total de mujeres diferentes con las que han tenido relación sexual es de 18.0. Un 30.5% de los que han tenido relaciones heterosexuales ha sido con prostitutas. El 100% manifestó haber tenido coito vaginal; rectal, el 20.34%; y 20.34% depósito de semen en la boca de las mujeres, cuando estas les realizaban fellatio.

La edad promedio de inicio de relaciones homosexuales fue de 16.9 años; en este periodo tuvieron relaciones sexuales con 19.5 personas diferentes en promedio. El rango referido con personas diferentes con las que han tenido relaciones homosexuales en toda la vida varía de 1 a 5000 aproximadamente, siendo el promedio de 262. 76.9% de los entrevistados dijo haber participado en alguna relación homosexual estable, definida esta si su duración es mayor de cuatro meses. (Valdespino, J.L. et al. 1989 op cit., pp. 282).

Es de importancia para una mejor comprensión de la dinámica actual de transmisión del VIH entender la extensión y las variables de comportamiento heterosexual en hombres homosexuales y bisexuales. En México llama la atención el número de personas estudiadas que han tenido relaciones con mujeres, y también el elevado número de ellas que han mantenido, en unión libre o en matrimonio, relaciones con parejas heterosexuales. (Ibid., pp. 282).

III. NECESIDADES PSICOLOGICAS DEL PACIENTE INFECTADO

3.1. Reacciones psicológicas ante el VIH.

Los profesionistas de la salud mental antes de recibir a una persona que pueda estar infectada, deben de estar ampliamente familiarizados con la prueba anti-VIH: ¿Qué es la prueba?, ¿Qué no es la prueba?, ¿qué significa el resultado?, así como los beneficios y riesgos involucrados en la toma de decisión. Deben examinar sus propios prejuicios ante el posible medio de contagio del paciente; es importante entender las limitaciones tanto personales como de la prueba en sí y apreciar cabalmente los riesgos psicológicos implícitos al hacerse el examen. Los pacientes deben tener claro que la prueba serológica, no les va a revelar si ellos tienen SIDA o Complejo Relacionado, tiempo de la infección o si ellos van a desarrollar la enfermedad. Ante esta situación se pueden esperar reacciones psicológicas negativas predominando la ansiedad nuevamente como síntoma principal; aparecen temores de estigmatización que pueden llevarlos a un aislamiento severo. (Rossi, L. Boletín Mensual EPI/CONASIDA 1990).

Por otro lado, existen casos en que al conocer el resultado serológico aparece una reacción positiva y una conducta de adaptación a su nuevo estado, rompiendo la negación, procurando atención médica, psicológica y mayor cuidado de su estado general de salud independientemente de la serología (negativa o positiva). (Ibid., pp. 1010).

A continuación se mencionan algunos puntos de utilidad y riesgo que deben tomarse en consideración antes de la prueba serológica.

▫ Puntos de utilidad

- a) Proteger la reserva de bancos de sangre haciendo la prueba a aquellos que se consideran donadores altruistas.
- b) Ayudar al diagnóstico diferencial de las personas que sospechan pueden estar infectados por la sintomatología que presentan.

c) Asesorar a las mujeres que piensan embarazarse y han tenido en el pasado prácticas consideradas de alto riesgo como: drogadicción, prostitución, múltiples parejas.

d) Reducir ansiedad en personas que han estado en contacto con personas infectadas y tienen un alto grado de ansiedad por esa situación en particular.

e) Motivar a personas que continúan con prácticas de riesgo y sienten que un resultado positivo podría disminuir esa actividad.

α Riesgos

a) Reacciones psicológicas severas como: ansiedad, pesadillas, insomnio, depresión y conductas suicidas.

b) Discrepancias en relaciones interpersonales.

c) Aislamiento social e imposibilidad para establecer nuevas relaciones.

d) Problemas con la pareja; disfunciones sexuales, insultos con el partner, imposibilidad para hacer planes a futuro.

e) Estigmatización y discriminación si el resultado serológico positivo es público.

f) Problemas en el trabajo y familia

g) Preocupación por síntomas físicos.

h) Falsa sensación de seguridad y negación si el resultado es negativo; creyendo que son inmunes y continuando así con prácticas de riesgo. (Ibid., pp. 1012).

El procedimiento para dar asistencia psicológica a quienes deciden hacerse la prueba, debe basarse en tres elementos:

1.- Conocimiento suficiente y amplio sobre la prueba serológica.

2.- Un proceso de decisión sistemática, quienes son candidatos a la prueba y por qué, y

3.-Contar con un plan de acción que contenga el mayor número de beneficios y el menor número de riesgos.

Los psicólogos o en su defecto los médicos deben tener la responsabilidad de dar la estructura psíquica interna suficiente al paciente para tomar la decisión adecuada; un método exitoso ha sido hacer una evaluación de los utilidades y riesgos de la prueba, esto significa discutir cada uno de los puntos señalados y dar respuesta a cada una de las preguntas que puedan surgir por parte del paciente; no hay que olvidar que cada persona cuestionar de acuerdo a su historia previa, práctica de riesgo y entorno social. Si el paciente encuentra un buen número de puntos de utilidad y decide hacerse la prueba, no hay que olvidar que también deben someterse los riesgos a un análisis. Dentro del periodo de entrevistas con el psicólogo, deben tocarse los siguientes tópicos:

- › Cómo se imagina el paciente que serán sus reacciones ante un resultado positivo.
- › Un período de preparación sobre sus pensamientos y sentimientos resulta de gran utilidad para el manejo posterior.

Sin embargo, esto no es garantía para prevenir todas las posibles reacciones ante el resultado. Es de vital importancia programar sesiones o entrevistas durante la espera del resultado serológico y después de este si el paciente así lo permite; no se debe perder de vista que en México y otros países de Latinoamérica no estamos acostumbrados a intervenciones de orden psicológico antes y después de cualquier análisis clínico-médico.

3.2. Reacciones psicológicas ante la seropositividad

Dentro de las reacciones más comunes en la práctica, podemos observar que los cuadros de ansiedad y depresión aparecen con mayor frecuencia sin descartar algunos rasgos paranoides comunes en los cuadros patológicos mencionados. La negación, el aislamiento social y las disfunciones sexuales se señalarán como puntos independientes por la importancia y frecuencia con que aparecen.

Dentro del cuadro depresivo sobresalen cuatro puntos relevantes:

1.- Generalmente estos pacientes presentan sentimientos de minusvalía, pocas expectativas de vida para el futuro inmediato y esto se acentúa si carecen de servicios médicos.

2.- La mayoría presentan enojo y pesadumbre sobre sus múltiples pérdidas, incluyendo pérdida de su imagen corporal y salud, sienten que ya no son personas atractivas; presentan pérdida o inhibición de su actividad sexual, imposibilidad para concebir un hijo sano y frecuentemente también existe la pérdida de amantes y amigos.

3.- Se sienten culpables por estar infectados, algunos homosexuales presentan homofobia a través de sus propias actitudes con otros homosexuales o reciben mensajes que interpretan como culpigenos de parte de familiares y amigos.

4.- La ideación suicida no es poco común, especialmente se ve en pacientes que viven la infección como una sentencia de muerte.

▣ Ansiedad.

1.- Son pacientes altamente preocupados por la infección, se quejan frecuentemente de ser intrusivos, molestados y no dejan de pensar en su salud, futuro riesgo de sus parejas y muerte.

2.- Junto con la ansiedad, estos pacientes pueden presentar cuadros psicosomáticos de stress, relacionados con síntomas físicos.

3.- Con frecuencia aparecen dentro del cuadro de ansiedad períodos de insomnio. (Working with AIDS 1987).

▣ Negación.

1.- Muchos individuos mantienen las conductas y actividades previas a la infección, hay casos en que a pesar de presentar sintomatología clínica-médica, la negación sirve para ocultarse que algo está pasando en su vida y su organismo.

2.- Con frecuencia niegan síntomas físicos y psicológicos para evadir la atención especializada.

3.- Otros pacientes manifiestan no tener ninguna reacción a la infección para así evitar sentimientos y pensamientos relacionados con ella. (Ibid., pp. 60).

Para pacientes con cuadros de depresión y ansiedad severos, los profesionales de la salud mental deben desarrollar un plan de intervención que integre los siguientes pasos:

- a) Intercambio de información sobre los síntomas relacionados con la enfermedad (SIDA).**
- b) Oportunidad de hablar y expresar sus juicios y enojo en un ambiente apropiado.**
- c) Trabajar su aflicción con sensibilidad todo el tiempo que se trabaje con ellos.**
- d) Analizar los sentimientos de culpa presentes.**
- e) Evaluar si hay ideación suicida.**
- f) Informar y asistir a través de métodos que disminuyan ansiedad.**
- g) Explorar cuidadosamente los mecanismos de negación, especialmente los relacionados con síntomas físicos y psicológicos si las conductas de riesgo continúan.**
- h) Dar fuerza yóica para mantener una alta calidad de vida tanto en conductas sexuales como en cuidados médicos y psicológicos. (Ibid., pp. 60-61).**

✕ Aislamiento Social.

- a) Presentan miedos irreales sobre infectar a otros e intentan separarse de la esposa, pareja, familia, amigos etc. Presentan temor de que otros los reinfecten y optan por aislarse con el fin de protegerse.**
- b) Algunos sienten agresión con otros infectados por considerarlos responsables de la infección en sí. Esta agresión pueden focalizarla sólo a algunos individuos o generalizarla a la población.**
- c) Por temor al rechazo y la estigmatización, algunos pacientes optan por evitar todo contacto social con el mundo exterior, no sólo porque**

los pueden asociar con la enfermedad, sino porque los pueden identificar como grupo con prácticas de alto riesgo. (Ibid., pp. 60).

- Disfunciones sexuales.

a) Es común que experimenten períodos de impotencia o inhibición sexual. Generalmente los pacientes tienen que reevaluar antecedentes sexuales y considerar un cambio en sus futuras relaciones de orden sexual; hay casos en que se viven a sí mismos como personas indeseables o peligrosas.

b) Individuos infectados por VIH pueden rechazar cualquier actividad sexual, descargando su enojo con ellos mismos o a través de las parejas con las que han tenido relaciones sexuales en el pasado.

c) Existe un miedo real de perder el trabajo, casa etc. si las personas a su alrededor se enteran de su condición serológica, la discriminación en estos casos aumenta el temor del paciente. (Ibid., pp. 61).

3.3. Síndrome "Worried Well"

Los síndromes psicológicos asociados con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) son multifacéticos y complejos. Las personas con SIDA, son propensas a desarrollar una gran variedad de síntomas de orden psicológico, orgánico y psicogénico como: ansiedad relacionada al SIDA, Sarcoma de Kaposi de orden neurótico y fobia al SIDA; todos son términos que se han acuñado en la bibliografía para describir el impacto psicológico. El miedo y la ansiedad aparecen con frecuencia como síntomas principales lo que hace importante distinguir la diferencia entre ambos:

- Miedo es la reacción psicológica a un peligro real o amenaza, mientras que ansiedad es típicamente una reacción psicológica a un peligro real o imaginario (Campbell, R. 1981 citado en Working with AIDS. pp. 89).

Campbell señala que el miedo carece de dos características que si contempla la ansiedad.

1.- Hay una absorción de aprehensión que interfiere con una efectiva y provechosa solución de problemas reales y

2.- Una duda insoluble acerca de la naturaleza actual apariencia... y los mejores objetivos para reducir y remover lo malo. "La ansiedad tiene aspectos somáticos, psicológicos como falta de respiración, aumento de ritmo cardíaco, cambios vasomotores, alteraciones musculoesqueléticas como temblores o parálisis.

Hay personas que por patología ya existente, han incorporado el SIDA a su múltiple gama de enfermedades y con frecuencia llegan a solicitar la prueba anti-VIH a diferentes laboratorios hospitalares o centros de salud. Desde el punto de vista clínico a las personas que han recibido un fuerte impacto emocional con la aparición de esta enfermedad, se les puede separar en cinco categorías.

- › 1. Personas con sintomatología no específica.
- › 2. Personas expuestas íntimamente a un enfermo con SIDA.
- › 3. Personas sin conocimiento severo de la enfermedad expuestas a un enfermo de SIDA, pero que están en "cierto" riesgo debido a su presente actividad sexual.
- › 4. Personas en el proceso de descubrimiento de la enfermedad, y
- › 5. Personas con desordenes psiquiátricos preexistentes.

1.- Personas con sintomatología no específica.

Aquí se incluyen aquellas personas que presentan signos y síntomas clínicos que han sido llamados: "Síndrome de linfadenopatía difusa", "Pre-SIDA", "Pequeño SIDA " y "Complejo relacionado al SIDA". Estos individuos son difíciles de tratar porque los síntomas que presentan, les recuerdan constantemente que están en riesgo y alguno de ellos puede ser una manifestación temprana de la enfermedad.

Frecuentan los hospitales y servicios clínicos por su imperiosa necesidad de confirmar su estado de salud; en ocasiones es difícil hacer un buen diagnóstico diferencial entre los síntomas reales y las reacciones psicósomáticas.

La falta de servicios médicos, el alto costo de medicamentos, la dificultad para ingresar a protocolos de investigación que procuren algún medicamento y la falta de recursos hospitalarios son algunos de los puntos que aumenta la ansiedad del paciente.

La presencia de sintomatología psicológica, crea a su vez ansiedad y en ocasiones es recomendable no descartar los fármacos como posible vía de curación. Pacientes sin medicamentos pueden presentar una aguda regresión a estados de invalidez emocional que incluyan la ideación suicida.

2.- Personas expuestas íntimamente a un enfermo de SIDA.

Aquellos en contacto cotidiano con personas que no han desarrollado síntomas, pueden desarrollar la sensación de ser inmunes al SIDA y no tomar medidas preventivas, otros consideran que pueden albergar el virus en su organismo y restringen los contactos íntimos.

Para determinar cuando un individuo expuesto a la infección responde apropiadamente, es indispensable preguntar si ha tenido contactos aislados o si la exposición ha sido múltiple y/o repetida, si ha tenido síntomas o signos fisiológicos que pueda recordar, si ha tenido ayuda psicológica, si puede manejar su agresión hacia la persona que cree lo infectó y si esa persona es una pareja fija o casual.

3.- Personas sin conocimiento somero de la enfermedad expuestas a un enfermo con SIDA.

Esta categoría incluye a las personas que tienen antecedente de riesgo, el grado de riesgo no puede ser determinado por ningún individuo y esto aumenta la ansiedad. Clínicamente las personas que pertenecen a este grupo, con frecuencia niegan tener riesgo logrando disminuir la ansiedad. Pocas son las personas que aumentan su actividad de riesgo como el número de relaciones sexuales con parejas ocasionales. Otros, específicamente aquellos con homofobia y relaciones objetales ambivalentes presentan cuadros de culpa hacia ellos mismos. Sin embargo la negación es una defensa que se rompe cuando algún amigo o conocido es diagnosticado como enfermo de SIDA.

Algunos individuos desarrollan estados de ansiedad caracterizados por una sensación de destrucción inevitable de su persona. Los componentes fisiológicos de la ansiedad como dolor somático y una respuesta exagerada del sistema nervioso autónomo sirven para reforzar las dudas irresolubles del paciente. Todo esto combinado sirve para socavar las habilidades del paciente en el manejo de su situación.

4.- Personas en el proceso de descubrimiento.

El SIDA tiene efectos psicológicos en las personas que están en el proceso de descubrir, aceptar e integrar su propia homosexualidad. Tradicionalmente la actividad sexual reforzaba la identificación; a raíz de la aparición del SIDA, para algunas personas el miedo a la relación sexual puede distorsionar e interrumpir el proceso.

Actualmente las personas por temor a la infección procuran tener información sexual antes de copular y optan por algunas recomendaciones del sexo seguro desarrollando actitudes más sanas y seguras.

5.- Personas con desórdenes psiquiátricos preexistentes.

Esta categoría está compuesta por personas con desórdenes psiquiátricos anteriores a conocer los síntomas del SIDA y en el momento de saber que pueden o están en riesgo de contraer la Infección por VIH; desarrollan cuadros de ansiedad como síntoma principal. Personas con síntomas agudos o crónicos de psicosis pueden presentar delirios paranoides sobre su actividad sexual, parejas, amigos. Pacientes vulnerables a desórdenes afectivos, pueden precipitar cuadros de depresión o exacerbar esta tendencia a través del aislamiento social. Los que presentan o ya tenían disfunciones sexuales pueden usar el SIDA como pretexto para evadir cualquier tipo de relación íntima o sexual. (Forstein, Marshall. citado en Working with AIDS. pp. 88).

IV. METODOLOGIA.

4.1. Planteamiento del Problema

En 1981 la comunidad médica se empieza a cuestionar acerca de la aparición de algunos casos de neumonía, producida por un parásito llamado neumocistis Carinni en adultos jóvenes que hasta entonces no habían sido afectados por otros padecimientos. Más tarde se determinó que tanto la neumonía, como el Sarcoma de Kaposi y otro tipo de infecciones que estaban apareciendo se debían a la alteración adquirida por su sistema de defensa aprovechando una deficiencia en el Sistema Inmunológico -en las defensas- de las personas.

Investigaciones epidemiológicas posteriores realizadas en los Estados Unidos y Europa permitieron derivar los mecanismos de transmisión y lo que en un principio se consideró como una enfermedad propia de un grupo de personas -homosexuales- con el tiempo se observó que más que estar en relación con la preferencia sexual del mismo, se hallaba relacionado con una serie de conductas o prácticas de riesgo a través de las cuales el virus era transmitido. Así el SIDA dejó de ser una enfermedad que se pensaba y creía sólo de homosexuales para convertirse en una enfermedad que puede adquirir cualquier persona.

A la fecha no se ha encontrado un tratamiento que cure el SIDA a pesar de que ya existen medicamentos que prolongan la vida en mejores condiciones físicas, como son el AZT, DDI o la combinación de ambos según el avance de la enfermedad; tampoco existe hoy en día una vacuna que lo prevenga. Por lo que aún es considerada una enfermedad incurable y mortal; de aquí la importancia de conocer algunos de los mecanismos más frecuentes de transmisión del virus en población con prácticas de alto riesgo.

4.1.1. Objetivo General

- › Determinar las prácticas de riesgo en sujetos considerados de alto riesgo con resultado serológico positivo y negativo.

4.1.2. Objetivos Específicos

- › Conocer la preferencia sexual de la población de estudio.

- › Determinar las frecuencias y porcentajes de sujetos que radican en la República Mexicana , así como su lugar de origen.
- › Describir el nivel de estudios de la población investigada.
- › Conocer el estado civil de la población de estudio.
- › Analizar su ocupación y determinar si son población económicamente activa.
- › Predecir los factores de riesgo asociados a la infección por VIH.
- › Conocer el número de personas con mayor riesgo a contraer la infección por VIH, dedicadas a la prostitución y/o tener relaciones sexuales promiscuas.
- › Conocer las prácticas de riesgo en población femenina y masculinas.

4.1.3. Hipótesis

Existen diferencias en las prácticas sexuales entre sujetos seropositivos y seronegativos.

4.1.4. Variables

La variable independiente de carácter atributivo controlada en el estudio es la seropositividad.

Las variables dependientes de preferencia sexual fueron: homosexualidad, bisexualidad, prostitución y promiscuidad.

Las variables demográficas a estudiar: sexo, lugar de nacimiento y residencia, nivel escolar, estado civil y ocupación.

4.1.5. Definición de variables

Práctica sexual.- Entendemos por práctica sexual el conjunto de condiciones y preferencias que llevan al individuo a buscar placer sexual independientemente de su sexo.

Homosexualidad.- Deseo sexual que hace a las personas del mismo sexo más atractivas que las del opuesto. (Diccionario de la Lengua Española, 1970).

Prostitución.- Venta de servicios sexuales, generalmente por parte de mujeres. Aunque raros, también se dan casos de prostitución varonil. Los servicios prestados por las prostitutas son diversos y fluctúan desde el coito normal hasta perversiones muy particulares. De ordinario la prostitución es una transacción entre desconocidos y en este sentido, constituye una promiscuidad comercializada o tráfico de vicio. La prostituta puede actuar como solicitante independiente, estar a disposición previa llamada, o ser accesible en una casa de prostitución o burdel junto con otras compañeras. (Ibid., pp. 1074).

Promiscuidad.- Convivencia heterogénea e indiferenciada de seres o cosas. 2.- La aceptación del comercio sexual sin establecer distingos o normas de selección. Los fenómenos de contagio, sugestión e imitación hacen altamente nocivas la promiscuidad sexual, la promiscuidad de habitación y la promiscuidad penitenciaria. (Ibid., pp. 1071).

Bisexual.- 1. Hermafrodita; que tiene gónadas de ambos sexos. 2. Relativo a mantener relaciones homosexuales y heterosexuales. (Ibid., pp. 184).

4.2. Diseño de Investigación

Se utilizó un diseño de investigación ex post facto que es una búsqueda sistemática empírica, en la cual el científico no tiene control sobre las variables independientes, porque ya acontecieron sus manifestaciones o por ser intrínsecamente no manipulables. Se hace inferencia sobre las relaciones de ellas, sin intervención directa, a partir de la variación concomitante de las variables independientes y dependientes. (Kerlinger, F. 1979 pp. 268).

X1 ----- Y1

X1 = seropositivo

X2 = seronegativo

Y = prácticas sexuales.

4.3. Población de estudio y muestra

La investigación fue realizada con doscientos sujetos ; todos ellos acudieron al Centro de Información sobre SIDA Zona Sur en el Distrito Federal para practicarse la prueba serológica anti VIH por considerar que tenían algún factor de riesgo, entre los meses de enero de 1989 y febrero de 1990.

De la muestra, ciento setenta y ocho sujetos fueron del sexo masculino. La amplitud de la edad fue de 46 años, con límite superior de 61 y límite inferior de 15 años de edad las veintidos sujetos restantes corresponden al sexo femenino; la amplitud de edad en este grupo fue de 34 con un límite superior de 54 y un límite inferior de 20 años de edad.

El 95% de la población estudiada es de nacionalidad mexicana y el 100% de ellos radican en el país.

La muestra que se utilizó en la investigación fue una muestra no probabilística. Aquí la elección de los elementos no se realiza al azar; por lo tanto el principal problema al que se enfrenta este tipo de muestreo es que los datos obtenidos a partir de la muestra, nunca podrán ser generalizados a la población.

Dentro de las pruebas no probabilísticas encontramos tres subgrupos:

- a) muestra por cuota
- b) muestra intencional
- c) muestra causal.

En esta investigación se utilizó el muestreo por cuota; el rasgo característico de este tipo, radica en que se estipula de antemano el número de personas que cada investigador interroga u observa.

4.4. Instrumentos

El cuestionario de factores de riesgo asociados a la infección por VIH en hombres promiscuos o con actividades de riesgo, y/o homosexuales, bisexuales y prostitutas, fue elaborado por la Dirección General de Epidemiología Secretaría de Salud en 1987, como el primer instrumento

para conocer los factores de riesgo en la población mexicana que acude voluntariamente a practicarse la prueba anti VIH por considerar que tiene algún factor de riesgo ; originalmente el cuestionario estaba formado por seis partes que contemplaban:

- › I. Datos generales.
- › II. Antecedentes de donación sanguínea.
- › III. Estado de salud.
- › IV. Antecedentes de enfermedades venéreas.
- › V. Antecedentes transfusionales.
- › VI. Comportamiento sexual.

Para fines de ésta investigación, se tomaron sólo cinco puntos de los mencionados, descartando el punto II Antecedentes de transfusión sanguínea y el V. Antecedentes transfusionales por considerarlos objeto de otras investigaciones.

Dentro del punto I. Datos generales se hicieron modificaciones en los reactivos cinco, siete, ocho, y nueve. El punto número cinco Lugar de residencia, se dividió la República Mexicana en seis zonas: Distrito Federal, Frontera Norte, Sur, Este, Oeste y Centro, la séptima posibilidad de respuesta corresponde a los extranjeros sin especificar lugar de origen. El reactivo número siete, Lugar de Nacimiento quedó dividido exactamente igual que el anterior. El número ocho Escolaridad, se dividió en diez posibles respuestas: analfabeta, sabe leer y escribir, primaria incompleta, primaria completa, carrera técnica, secundaria incompleta secundaria completa bachillerato, profesional y posgrado. En el punto número nueve Ocupación, se tomaron en cuenta las siguientes respuestas: desempleado, ama de casa, estudiante/pasante, obrero, empleado, trabajador, técnico, profesionista y otros.

Tanto el cuestionario de hombres como el de mujeres está compuesto por setenta y ocho respuestas que corresponden a las áreas antes mencionadas. Se utilizó una escala tipo Lickert donde existen cinco tipos de respuesta: 1)siempre, 2)la mayoría de las veces, 3)la mitad de las veces, 4)casí nunca, 5)nunca. Otros reactivos tienen una escala numérica que va de cero a más de cien en las respuestas que corresponden al número de relaciones sexuales, en otros reactivos la respuesta es únicamente afirmativa, negativa o de desconocimiento y las respuestas van de uno a tres en el orden que aparecen. (Anexo 1).

Para la aplicación del instrumento se capacitó al personal de Psicología que trabajaba en el Centro de Información sobre SIDA Zona Sur para poder explicar y dar información sobre terminología médica, como es el caso del área que corresponde a Enfermedades Venéreas, aunque el cuestionario fue aplicado indistintamente por personal médico y psicológico.

Este cuestionario presentó algunas dificultades en su aplicación que consistieron en la falta de información que el solicitante del servicio tenía sobre su salud o comportamiento sexual. Esta última área presentó más reactivos sin contestar en el cuestionario de mujeres en particular, lo que hace cuestionarse sobre la efectividad del mismo; sin embargo no se ha elaborado uno dirigido a población general o a población con mayor conocimiento técnico de su práctica de riesgo que acuda al Centro de Información.

4.5. Procedimiento

Como ya se mencionó el cuestionario fue elaborado por la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud para ser aplicado en los Centros de Información sobre SIDA, para fines de investigación se descartaron los datos que correspondían a información puramente médica y se trabajó con los reactivos que correspondían a prácticas sexuales.

El cuestionario se aplicó a los sujetos que acudieron a practicarse la prueba serológica anti-VIH y en una entrevista previa con el Trabajador Social del Centro de Información sobre SIDA, Zona Sur reportaron tener prácticas de riesgo o sospechar que sus parejas las tenían. En ocasiones el cuestionario fue aplicado antes de la prueba serológica y en otras después de esta o antes de recibir el resultado. En ningún caso se tomó en consideración el momento de aplicación de la prueba para fines de investigación.

Se utilizó un cuestionario tipo Lickert porque permite un manejo estadístico con pruebas no paramétricas, cuyo modelo no especifica las condiciones de los parámetros de la población de las que se obtuvo la muestra. Se recurre a la estadística no paramétrica cuando en su mayoría, las variables en estudio son nominales.

El análisis de datos se llevó a cabo obteniendo los puntajes, frecuencias, porcentajes y proporciones.

Las pruebas no paramétricas que se aplicaron fueron: Chi cuadrada (χ^2) que es un método para determinar si las diferencias entre las frecuencias teóricas y las observaciones en cualquier número de categorías pueden ser razonablemente atribuidas a variaciones aleatorias en el muestreo. Uno de sus usos más comunes es probar la concordancia entre la teoría y los hechos. (Ibid., pp.204).

La otra prueba estadística que se aplicó, fue la de Riesgo relativo y/o razón de nomios, que es una medida de la relación que guarda la exposición con un factor particular y el riesgo de determinado desenlace:

$$\text{Riesgo relativo} = \frac{\text{Índice de frecuencia entre los expuestos}}{\text{Índice de frecuencia entre los no expuestos}}$$

Esto se expresa a veces como porcentaje del índice de frecuencia entre los expuestos, esto es:

$$\frac{\text{Índice de frecuencia entre expuestos} - \text{Índice de frecuencia entre no expuestos}}{\text{Índice de frecuencia entre expuestos}}$$

El riesgo absoluto es la cifra básica a partir de la cual se obtienen los riesgos relativo y atribuible. El clínico utiliza el riesgo relativo, que expresa el riesgo de un grupo con un factor, en comparación con el riesgo de un grupo de referencia sin este factor. El riesgo relativo es el índice de la frecuencia de un grupo que presenta el factor con la frecuencia del grupo que no lo presenta. En consecuencia, en sí mismo no es índice sino sencillamente un cociente, y no indica la frecuencia de la enfermedad, pero dice al clínico en que medida esta aumentando el riesgo del paciente. Asimismo, el riesgo relativo indica el beneficio que se podría obtener para el paciente si él eliminara el factor, esto es, mide la disminución del riesgo que cabe calcular para un sacrificio que entraña modificación de la conducta. Sin embargo, el riesgo relativo no mide la probabilidad que alguien con el factor, presente la enfermedad. Por ejemplo: si el riesgo relativo relacionado con la presencia de un factor es de 10, significa sencillamente que la probabilidad de presentar el padecimiento es 10 veces mayor que para alguien que no presenta el factor.

El riesgo relativo también mide la potencia de una relación entre un factor y determinado desenlace; de esta manera, el riesgo relativo señala hacia la causa y es útil para buscar la etiología de un padecimiento.

Aunque un factor puede tener riesgo relativo alto en relación con un resultado común o con la enfermedad, si el factor aparece rara vez en la población su efecto sobre esta última puede ser pequeño. En consecuencia es necesario que un factor tenga alto riesgo relativo y sea frecuente en la población para que influya en la frecuencia del padecimiento en la misma población.

Los cálculos del riesgo son enunciados de probabilidad, y se debe recordar que: 1) no todos los expuestos al factor presentan la enfermedad, sino que sencillamente tienen la mayor probabilidad de presentarla y 2) algunos que no se han expuesto al factor presentar el padecimiento. (Morton, R. F. 1986).

Todos los cuestionarios fueron capturados y almacenados en una base de datos de micro computadora y el análisis estadístico se realizó con dos programas; SPSS (Estadística programada para Ciencias Sociales) y EPISTAT (Estadística para epidemiología).

4.6. Resultados

El cuestionario de factores de riesgo asociado a infección por VIH en población femenina con actividades de riesgo y/o dedicada a la prostitución y el cuestionario de factores de riesgo a infección por VIH en hombres promiscuos o con actividades de riesgo, y/o homosexuales y bisexuales, fue aplicado a 200 sujetos que acudieron voluntariamente al Centro de Información sobre SIDA, CONASIDA, Zona Sur. a practicarse la prueba de detección anti VIH, entre los meses de enero de 1989 a febrero de 1990.

Para llevar a cabo el análisis de resultados, se dividió el grupo de hombres y mujeres; en este último el análisis es únicamente descriptivo por el número de casos que se presentaron.

El siguiente cuadro ilustra la distribución de esta información.

Lugar de nacimiento y residencia.

	HOMBRES		MUJERES	
	Lug. de Nac.	Lug. de Res.	Lug. de Nac.	Lug. de Res.
Distrito Federal	118	157	13	3
Frontera Norte	4	3	0	2
Sur	11	1	1	1
Este	12	5	1	0
Oeste	5	0	0	15
Centro	20	11	4	0
Extranjero	5	1	3	0
No contestó	3	0	0	1
Total	178	178	22	22

Cuadro 1

El mayor número de sujetos radica en el Distrito Federal donde se encuentra el mayor número de personas infectadas de la República Mexicana.

El nivel escolar, estado civil y ocupación, son otras de las características relevantes en esta población de estudio y se describen a continuación.

Escolaridad

	HOMBRES		MUJERES	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Sabe leer y escribir	2	1.1	0	-
Primaria Incompleta	7	4.0	1	4.5
Primaria completa	10	5.6	3	13.6
Técnico	8	4.5	1	4.5

	HOMBRES		MUJERES	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Secundaria Incompleta	10	5.6	1	4.5
Secundaria completa	17	9.6	1	4.5
Bachillerato	41	23.2	5	22.7
Profesional	71	40.1	10	44.5
Postgrado	11	6.2	0	-
No contestó	1	-	0	-
Total	178	100	22	100

Cuadro 2.

Como se puede observar todos saben leer y escribir por lo tanto son personas que pueden tener acceso a la información.

Estado Civil

	HOMBRES		MUJERES	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Soltero	137	77.8	7	31.8
Casado	26	14.8	8	36.4
Separado	4	2.3	4	18.2
Unión Libre	4	2.3	2	9.1
Divorciado	4	2.3	1	4.5
Viudo	1	0.6	0	-
No contestó	2	-	0	-
Total	178	100	22	100

Cuadro 3

En la población masculina, la mayoría dice ser soltero y en segundo lugar aparece el grupo de casados; situación que se invierte en la población femenina, donde el mayor número de mujeres es casada y en segundo lugar aparecen las solteras.

	Ocupación.			
	HOMBRES		MUJERES	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Desempleado	10	5.6	1	4.5
Ama de casa	0	-	5	22.7
Estudiante	36	20.2	3	13.6
Obrero	10	5.6	2	9.1
Empleado	37	20.8	3	13.6
Técnico	23	12.9	6	27.3
Profesionista	50	28.1	2	9.1
Otros	12	6.7	0	-
Total	178	100	22	100

Cuadro 4

El 28% de la población masculina es profesionista. El porcentaje más bajo corresponde a los obreros y desempleados. En el grupo de mujeres el 22.7% son amas de casa y sólo un caso reporta ser desempleada.

A continuación se presentan los datos generales de ambas poblaciones.

Cuadro 5
SEXO

		Fem.	Masc.	
VIH	Neg.	20	80	100
	Pos.	2	98	100
		22	178	200

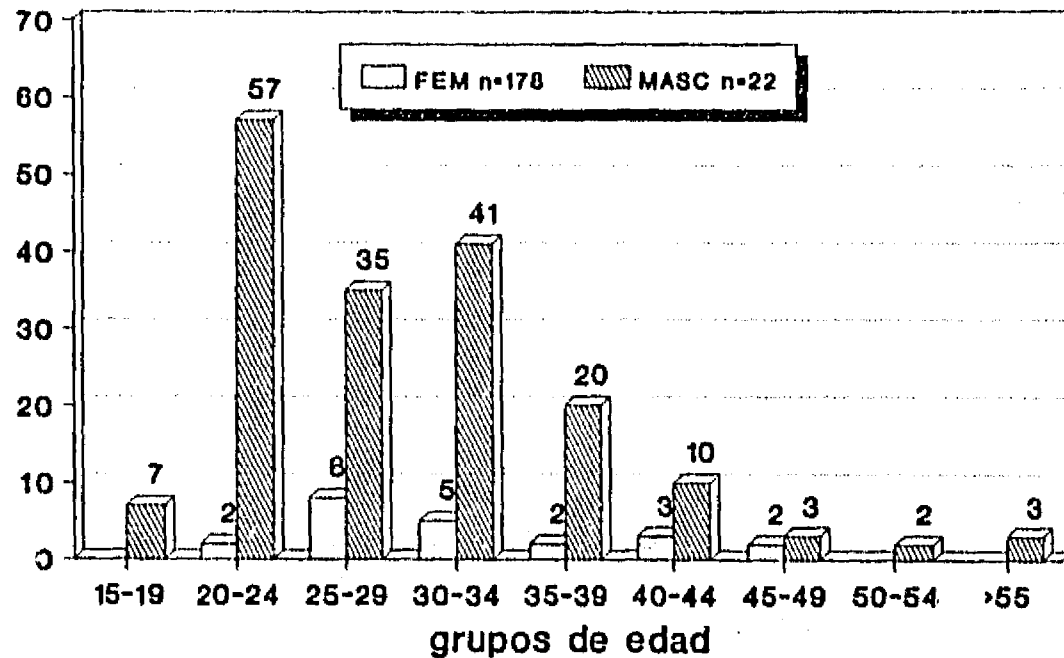
Indice de positividad
Fem. = 9.1%
Masc. = 55.1%

Cuadro 5

Como aparece en el cuadro, de los 200 sujetos estudiados, 22 fueron del sexo femenino, 20 con resultado serológico negativo y dos con resultado serológico positivo.

El grupo de hombres lo componen 178 sujetos, 80 de ellos con resultado serológico negativo y 98 con un resultado positivo.

Gráfica 1
Distribución por sexo y edad



$\bar{X}=29.2\pm 8.3$ $\bar{X}=31.8\pm 8.3$

Gráfica 1

La media (\bar{x}) de edad en el grupo femenino es de 31.88.3 y en el grupo de hombres correspondes $\bar{x} = 29.28.3$. Consecuentemente los 200 sujetos en estudio están en edad cronológica de mantener una vida sexual activa y por sus características en posibilidad de contraer la infección por VIH.

▣ POBLACION FEMENINA

Como aparece en el cuadro 5 el grupo de mujeres se integra con un total de veintidós sujetos. Veinte de ellas con un resultado serológico negativo y dos positivo. La gráfica 1 muestra que todas están en edad de ejercer su sexualidad.

Dieciocho viven actualmente en el Distrito Federal y cuatro en el centro de la república. Trece son originarias del Distrito Federal. una del sur, otra del este, cuatro del centro del país y solamente tres son extranjeras.

Todas saben leer y escribir, diez tienen estudios profesionales. cinco cuentan con bachillerato, dos con educación media, dos con estudios de nivel técnico, una con primaria completa y otra incompleta. (cuadro 2).

Los datos demográficos de estado civil y ocupación (cuadros 3 y 4) arrojan datos significativos en cuanto al porcentaje de mujeres amas de casa (22.7%) ya que no descarta su alto factor de riesgo, aunque se desconocen las prácticas sexuales de sus parejas.

El 36.4% están casadas; si bien los porcentajes entre estos dos puntajes no son iguales, y la diferencia no es muy significativa, cabe la posibilidad de que sus parejas sexuales tengan relación de coito con alguna población catalogada de alto riesgo.

En cuanto al número de hijos y la posible transmisión perinatal, trece de las veintidós mujeres reportan tener hijos, independientemente de su estado civil; por lo tanto queda descartada en la investigación esta vía de contagio ya que ninguna reportó que sus hijos presenten sintomatología relacionada a la presencia de VIH o SIDA.

▣ ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES VENEREAS.

El área de Enfermedades Venereas está formada por seis reactivos cuyas frecuencias y porcentajes son los siguientes:

REACTIVO		FRECUENCIAS	%
1.-¿Ha presentado secreción purulenta por vagina?	si	3	13.6
	no	18	81.8
	n/c	1	4.5
2.-¿Ha presentado alguna vez ulceraciones o ronchas en genitales (chancro)?	si	1	4.5
	no	20	90.6
	n/c	1	4.5
3.-¿Le han diagnosticado alguna vez sífilis?	no	21	91.5
	n/c	1	4.5
4.-¿Le han diagnosticado alguna vez gonorrea?	no	21	91.5
	n/c	1	4.5
5.-¿Le han diagnosticado alguna vez herpes genital?	no	21	91.5
	n/c	1	4.5
6.-¿Le han diagnosticado o ha padecido alguna vez condilomas?	no	20	90.9
	no sabe	1	4.5
	n/c	1	4.5

Cuadro 6

Este cuadro presenta las frecuencias y porcentajes de mujeres que han padecido enfermedades de transmisión sexual a lo largo de su vida. Sólo una sujeto no contestó ningún reactivo; no son significativos los tres casos que reportan secreción purulenta por vagina, ni la que reporta chancro por tratarse de enfermedades venéreas frecuentes cuando un miembro de la pareja tienen múltiples compañeros sexuales.

▣ COMPORTAMIENTO SEXUAL.

Para fines de esta investigación, los resultados obtenidos en esta área se dividieron en dos partes: los reactivos que corresponden a relaciones y prácticas sexuales propiamente dichas y las que corresponden a medidas preventivas dentro de las prácticas sexuales o con personas en riesgo de infectarse o estar infectadas por el VIH.

Práctica Sexual.

REACTIVO		FRECUEN- CIAS	%
1.- ¿Es ud. penetrada por el ano?	siempre	3	13.6
	may/vec	2	9.1
	casí/n	6	27.3
	nunca	9	40.9
	n/c	2	9.1
	total	22	100.0
2.- De las veces que es ud. penetrada por el ano ¿hay depósito de semen?	siempre	3	13.6
	may/vec	2	9.1
	nunca	4	18.2
	n/c	13	59.2
3.- En sus relaciones sexuales ¿chupa ud. el pene de la otra persona? Fellatio	may/vec	4	18.2
	mitad/vec	7	31.8
	casí/n	1	4.5
	nunca	6	27.3
	n/c	4	18.2
		4	45.5

REACTIVO		FRECUENCIAS	%
4.- De las veces que hay eyaculación en la boca ¿traga ud. el semen?	siempre	3	13.6
	may/vec	2	9.1
	mitad/vec	1	4.5
	casí/n	2	9.1
	nunca	4	18.2
	n/c	10	45.5
5.- En sus relaciones sexuales ¿es ud. penetrada por vagina?	siempre	15	68.2
	may/vec	3	13.6
	mitad/vec	1	4.5
	n/c	3	13.6
6.- Cuando es ud. penetrada por vagina ¿hay depósito de semen?	siempre	15	68.2
	may/vec	3	13.6
	casí/n	2	9.1
	n/c	2	9.1
7.- Durante sus relaciones sexuales ¿chupa ud. el ano de su compañero?	nunca	20	90.2
	n/c	2	9.1
8.- Durante sus relaciones sexuales, ¿es ud., penetrada por vagina con la mano?	my/vec	2	9.1
	mitad/vec	5	22.7
	casí nunca	1	4.5
	nunca	11	50.0
	n/c	3	13.6
9.- ¿Con cuántos hombres ha tenido relaciones sexuales en los últimos seis meses?	ninguno	19	86.4
	11-20	1	4.4
	n/c	2	9.1
10.- ¿Ha tenido contacto sexual con extranjeros en los últimos cinco años?	10	10	45.5
	9	9	40.9
	3	3	13.6

El listado de reactivos muestra las prácticas sexuales relacionadas con la infección por VIH. El 50.0% ha practicado la relación sexual anal considerada hasta el momento como una de las prácticas sexuales de mayor riesgo el 22.7% solamente reportó depósito de semen en la misma práctica.

Los reactivos 5, 6, 7, 9, y 10, muestran un comportamiento sexual de menor riesgo, sin descartar la posibilidad de infección sin el uso de medidas preventivas en caso se desconocer las prácticas sexuales del compañero.

Medidas preventivas

REACTIVO		FRECUEN- CIAS	%
11.- De las veces que es ud. penetrada por el ano, ¿su pareja utiliza condón?	casi nunca	1	4.5
	nunca	6	27.3
	n/c	15	68.2
12.- De las veces que ud. chupa el pene de sus pareja ¿utiliza el condón?	siempre	1	4.5
	nunca	9	40.9
	n/c	12	54.5
13.- Cuando ud. es penetrada por la vagina, ¿su pareja utiliza condón?	siempre	2	9.1
	may/vec	1	4.5
	mitad/vec	1	4.5
	casí nunca	5	22.7
	n/c	11	50.0
		2	9.1
14.- ¿Ha modificado sus hábitos sexuales a partir de la aparición del SIDA?	si	5	22.7
	no	12	54.5
	n/c	5	22.7
15.- ¿Utiliza preservativos o condones?	may/vec	2	9.1
	casí nunca	2	9.1
	nunca	4	18.2
16.- ¿Evita prácticas en que haya intercambio de secreciones?	n/c	14	63.6
	may/vec	1	4.5
	mitad/vec	2	9.1
	casí nunca	1	4.5
	nunca	3	13.6
17.- ¿Disminuyó el número de parejas?	n/c	15	68.2
	si	7	31.8
18.- ¿Ha tenido contacto sexual con alguien infectado por VIH o con SIDA?	si	1	4.5
	no	11	50.0
	no sabe	4	18.2
	n/c	6	27.3
19.- ¿Utiliza alguna jalea o espuma espermaticida?	si	2	9.1
	no	6	27.3
	n/c	14	63.6

REACTIVO		FRECUEN- CIAS	%
20.- ¿Utiliza otro método anticonceptivo?	si	6	27.3
	no	1	4.5
	no sabe	1	4.5
	otro	1	4.5
	n/c	13	59.1
21.- ¿Ha tenido contacto sexual con hombres bisexuales?	si	3	13.6
	no	11	50.0
	no sabe	6	27.3
	n/c	2	9.1
22.- ¿Ha tenido contacto sexual con politransfundidos?	si	2	9.1
	no	13	59.1
	no sabe	6	27.3
	n/c	1	4.5
23.- ¿Ha tenido contacto sexual con hemofílicos?	no	19	86.4
	no sabe	1	4.5
	n/c	2	9.1
24.- ¿Ha tenido contacto sexual con prostitutas?	no	19	86.4
	no sabe	1	4.5
	n/c	2	9.1
25.- ¿Ha tenido contacto sexual con drogadicto intravenosos?	si	2	9.1
	no	18	81.8
	no sabe	1	4.5
	n/c	1	4.5
26.- ¿Alguna vez se ha inyectado con agujas no esterilizadas?	si	1	4.5
	no	20	90.9
	n/c	1	4.5
27.- ¿Alguna vez se ha inyectado drogas por vía intravenosa?	no	20	90.9
	n/c	2	9.1
28.- ¿Alguna vez se ha hecho tatuajes?	no	21	95.5
	n/c	1	4.5
29.- ¿Alguna vez se aplicó acupuntura?	si	5	22.7
	no	16	72.7
	n/c	1	4.5
30.- ¿Alguna vez se ha cortado o pinchado con un instrumento quirúrgico?	si	1	4.5
	no	20	90.9
	n/c	1	4.5

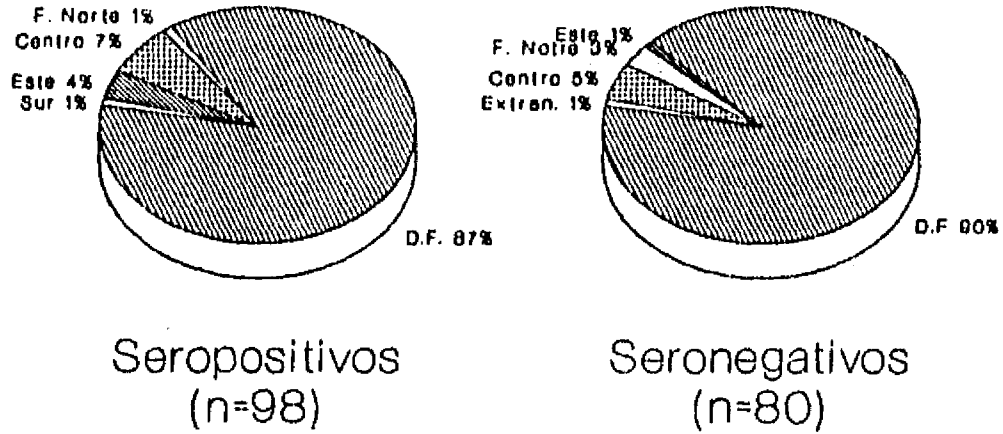
REACTIVO		FRECUEN- CIAS	%
31.- ¿Ha tenido hijos de 1981 a 1989	si	6	27.3
	no	14	63.6
	no sabe	1	4.5
	n/c	1	4.5
32.- ¿Actualmente está embarazada?	si	2	9.1
	no	18	81.8
	n/c	2	9.1
33.- ¿Qué ha modificado?	sexo seguro	4	18.2
	otros	1	4.5
	n/c	17	77.3

De las veintidós mujeres estudiadas, prácticamente ninguna toma medidas preventivas; los reactivos referentes al uso de condón no son contestados por un porcentaje bastante alto de sujetos y se observa gran resistencia para dar respuesta a preguntas relacionadas con control de natalidad, número de parejas y/o reactivos que creen están más relacionados con la infección por VIH.

▣ POBLACION MASCULINA

La población masculina está integrada por ciento setenta y ocho sujetos, ochenta de ellos con un resultado serológico positivo y noventa y ocho con serología positiva (cuadro 5). La media de edad es de $x = 29.28.3$; lo que indica al igual que en el grupo de mujeres, que todos están en edad cronológica de ejercer su sexualidad. (Gráfica 1).

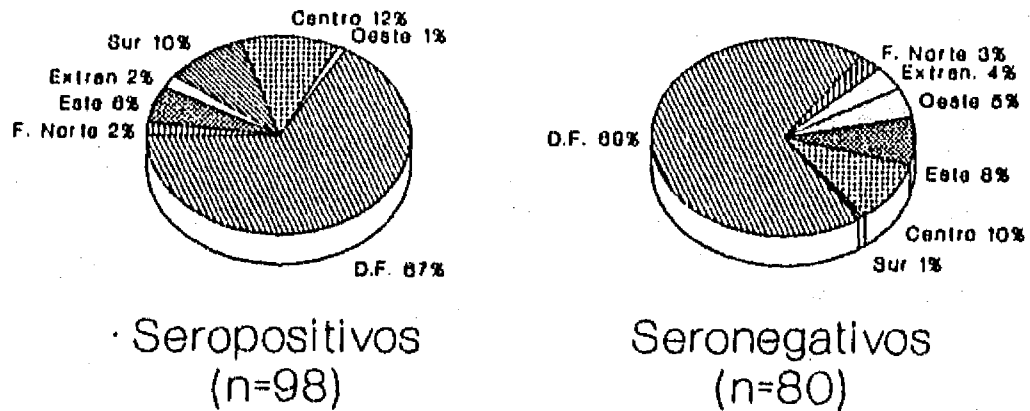
Gráfica 2
Lugar de residencia
Hombres



Gráfica 2

La gráfica anterior muestra tanto el número de sujetos con resultado positivo (87%), como el número de sujetos con resultado negativo (90%) que radican en el Distrito Federal; ciudad que hasta la fecha ha reportado el mayor número de casos. El menor número de sujetos radica en la frontera norte (positivos y negativos) lo que hace suponer que los habitantes de estos estados acuden a practicarse la prueba de laboratorio en su lugar de residencia. Este grupo por su colindancia con los Estados Unidos se considera población de estudio constante.

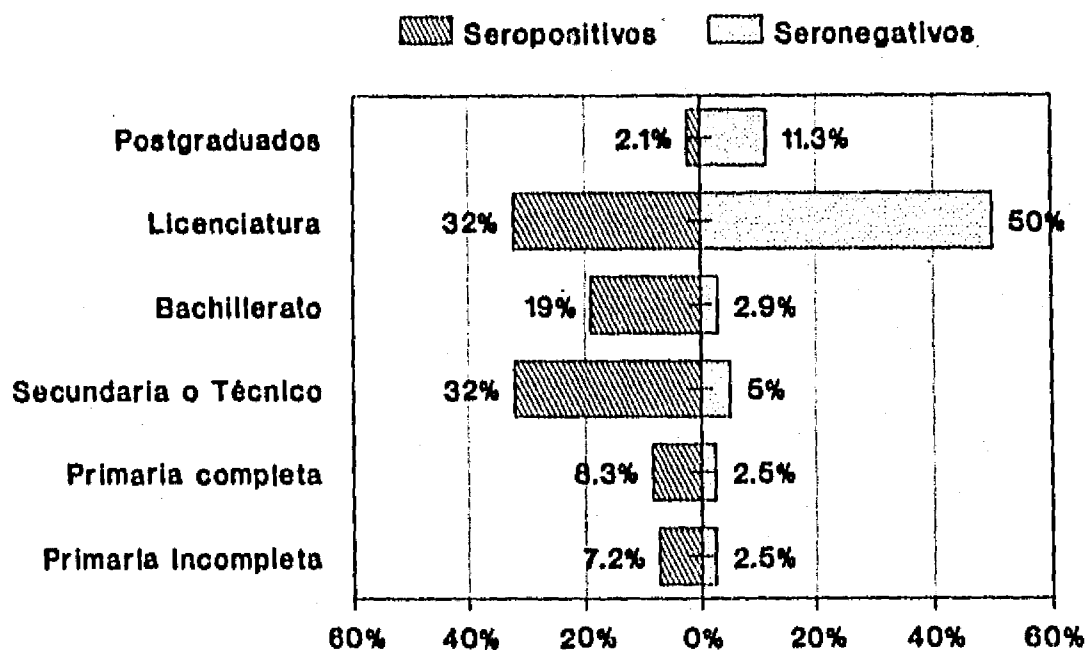
Gráfica 3
Lugar de Nacimiento
Hombres



Gráfica 3

El lugar de nacimiento comparado con el lugar de residencia, nos indica que un número menor de sujetos es originario del Distrito Federal y al desconocer la mayoría de las veces el momento en que ocurrió la infección, es difícil determinar si los sujetos se infectaron en su lugar de origen o residencia ó si bien, han llevado la infección de un lugar a otro. Sin embargo sigue siendo el Distrito Federal la ciudad donde se concentra el mayor número de sujetos infectados.

Gráfica 4
ESCOLARIDAD
HOMBRES

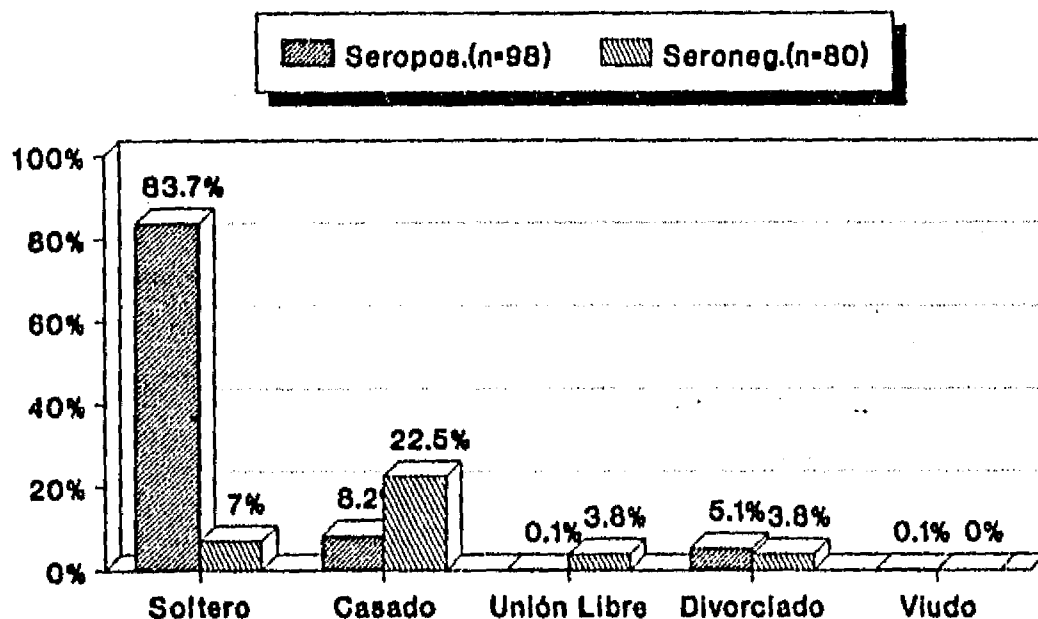


Gráfica 4

Todos los sujetos saben leer y escribir, los porcentajes más significativos corresponden en ambos grupos a los profesionistas, lo que implica que a mayor grado de escolaridad, no existe necesariamente un mayor grado de conocimiento de la infección y su prevención.

En cuanto a ocupación, los porcentajes más altos aparecen también en el grupo de profesionistas 28.1%, los empleados 20.8% y los estudiantes 20.2%. lo que significa que el 94.4% de esta población es económicamente activa. (cuadro 4)

Gráfica 5 Estado Civil Hombres

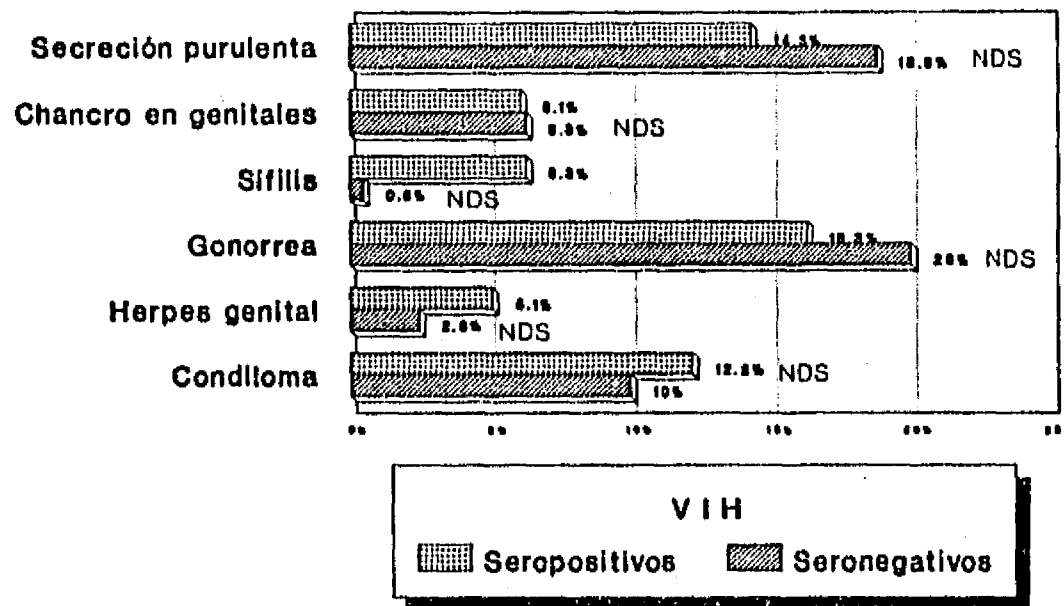


Gráfica 5

La población de hombres solteros representa los porcentajes más significativos en ambas poblaciones, lo que indica que los hombres solteros tiene mayor diversidad de prácticas sexuales; muy probablemente por no tener una relación de pareja estable; que bien se puede presumir tienen los demás grupos, por lo menos desde el punto de vista social.

Es preocupante observar que en todas las demás categorías existan seropositivos y especialmente en la categoría de divorciados, donde se presenta un porcentaje mayor de positivos; si bien la infección la pudieron adquirir por los medios ya descritos, es de suponer que todos tuvieron relaciones sexuales con heterosexuales con la posibilidad de transmitir la infección. Cabe también la posibilidad que dentro del grupo de casados, unión libre, divorciados y viudos existan sujetos bisexuales promoviendo el puente de transmisión hombre-mujer, mujer-hijo.

Gráfica 6 Enfermedades venéreas en hombres



NDS= no existen diferencias estadísticamente significativas

Gráfica 6

ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES VENEREAS.

El que no existan diferencias estadísticamente significativas, de acuerdo a la prueba estadística empleada riesgo relativo y/o razón de no-mios se explica al tomar en consideración que el SIDA también es una enfermedad venérea; por lo tanto existe una estrecha relación entre antecedentes de enfermedades venéreas e infección por VIH. Los noventa y ocho sujetos seropositivos corrieron el mismo riesgo al infectarse de sífilis, herpes genital etc., que por VIH y se presume haciendo la suma de porcentajes que algunos de ellos inclusive han padecido más de una enfermedad venérea.

▣ COMPORTAMIENTO SEXUAL

Al igual que en el grupo de mujeres, estos reactivos se dividieron en prácticas sexuales proplamente dichas y aquellas en las que se utilizaron medidas preventivas. Para llevar a cabo el análisis de resultados sólo se tomó en consideración a los sujetos que contestaron los reactivos.

Dentro de las prácticas sexuales tenemos los siguientes reactivos:

REACTIVO	SEROPOSITIVOS (n = 98)	SERONEGATIVOS (n = 80)	SIG / ESTAD
1.- Relaciones con mujeres.	45(45.9%)	56(70.0%)	$p \leq 0.007$
2.- Relación con prostitutas	24(24.7%)	36(44.8%)	$p \leq 0.02$
3.- Relación con hombres	78(79.5%)	45(56.2%)	$p \leq 0.02$
4.- ¿Penetra ano pareja?	87(88.3%)	67(83.3%)	N.S
5.- ¿Penetra ano pareja con depósito semen?	87(89.0%)	58(77.2%)	N.S
6.- En relación sexual ¿chupa ano?	45(46.0%)	32(40.0%)	N.S
7.- ¿Penetra ano-mano?	26(26.5%)	33(40.80%)	$p \leq 0.05$
8.- ¿Penetrado ano-mano?	39(39.7%)	21(26.3%)	$p \leq 0.05$
9.- ¿Con cuántos hombres relación sexual?	$x = 2445/80 = 30.5$	$x = 170/51 = 3.3$	$p \leq 0.0001$
10.- ¿Penetra vagina compañera?	82(83.9%)	76(94.7%)	N.S
11.- ¿Penetra compañera ano?	31(32.1%)	25(31.0%)	N.S
12.- ¿Chupa vagina compañera?	34(34.8%)	57(71.7%)	$p \leq 0.01$
13.- ¿-Ano-mano compañera?	20(20.2%)	26(32.10%)	N.S
14.- ¿Cuántas mujeres relación sexual?	$\Sigma x = 370 \quad \eta 67 \times 5.5$	$\Sigma x = 226 \quad \eta 51 \times 4.4$	N.S
15.- ¿Con extranjeros?	36 (36.9%)	38(48.6%)	N.S

En el grupo de seropositivos sobresalen las prácticas sexuales de riesgo tanto con mujeres como con prostitutas y hombres.

Las relaciones homosexuales prevalecen en el grupo de seropositivos con penetración anal, aumentando el riesgo de infección.

Cuadro 7

HOMBRES
VIH

		Pos.	Neg.	
ES PENETRADO POR AÑO	SI	82	26	108
	NO	6	19	25
		88	45	133

$\chi^2 = 22.2$ $p < 0.0001$

RIESGO RELATIVO= 9.99 $p < 0.0001$

Cuadro 7

Dentro de las prácticas sexuales de mayor riesgo se encuentran las relaciones anales. De un total de 133 sujetos, 108 reportaron ser penetrados por ano, (82 positivos-26 negativos) solamente 26 entre los dos grupos son negativos. Hay un factor de riesgo relativo de 9.99 de infectarse por esta vía.

Cuadro 8
HOMBRES
VIH

		Pos.	Neg.	
ES PENETRADO POR AÑO Y HAY DEPOSITO DE SEMEN	SI	81	23	104
	NO	7	17	23
		88	39	127

$\chi^2 = 17.7$ $p < 0.0001$

RIESGO RELATIVO= 8.05 $p < 0.0001$

Cuadro 8

Es en el semen donde existe -entre otros- mayor concentración de VIH. De los 127 sujetos que contestaron el reactivo, 81 pudieron infectarse por esta vía y 23 están dentro de un porcentaje alto de probabilidad de contraer la infección por este medio.

Cuadro 9

HOMBRES
VIH

		Pos.	Neg.	
Fellatio	SI	63	36	99
	NO	20	11	31
		83	47	130

$\chi^2 = 0.016$ N.S.

RIESGO RELATIVO= 0.962 N.S.

Cuadro 9

El fellatio como práctica sexual en los sujetos estudiados no representa un riesgo significativo en ninguno de los grupos, y de acuerdo con estos resultados el fellatio es practicado con mayor frecuencia en el grupo de seropositivos.

▣ **Medidas preventivas.**

Dentro de las medidas preventivas tenemos los siguientes cuadros y listado de reactivos, igual que en el listado anterior no se tomó en consideración a los sujetos que no contestaron.

REACTIVO	SEROPOSITIVO (n = 98)	SERONEGATIVO (n = 80)	SIG/EST.
16.- Penetraano otra persona, ¿usa condón?	36(36.4%)	45(56.8%)	p≤0.05
17.- ¿Realiza fellatio con condón?	7(7.1%)	10(12.5%)	N.S
18.- ¿Penetra vagina usa condón?	35(37.7%)	34(42.8%)	N.S
19.- ¿Penetra compañera usa condón?	22(22.1%)	32(40.0%)	p≤0.05
20.- ¿Modificó hábito sexuales aparición SIDA?	71(72.3%)	53(65.8%)	N.S
21.- ¿Modificó uso condón?	65(66.6%)	72(90.0%)	p≤0.03
22.- ¿Evita intercambio secreciones?	59(60.0%)	58(72.2%)	p≤0.05
23.- ¿Menos parejas sexuales?	94(96.3%)	66(82.6%)	p≤0.05
24.- ¿Rela.sex. infectados Y/O con SIDA?	19(19.6%)	32(40.6%)	p≤0.01
25.-¿Relación con bisexuales?	54(54.9%)	23(28.4%)	p≤0.01
26.- ¿Relación con politransfundidos?	2(2.2%)	11(14.7%)	p≤0.01
27.- ¿Relación con hemofílicos?	Ningún sujeto reportó tener relaciones con hemofílicos.		

El grupo de seronegativos reporta un mayor uso de condón como medida preventiva a pesar de no haber modificado hábitos sexuales con la aparición del SIDA y disminuir su número de parejas sexuales.

El grupo de seropositivos modificó hábitos sexuales como intercambio de secreciones, relación con infectados y/o con SIDA, tienen menos parejas sexuales y penetración por vagina con condón.

Cuadro 10
HOMBRES
VIH

		Pos.	Neg.	
ES PENETRADO POR AÑO Y USA CONDÓN	SI	32	23	55
	NO	54	16	70
		86	39	125

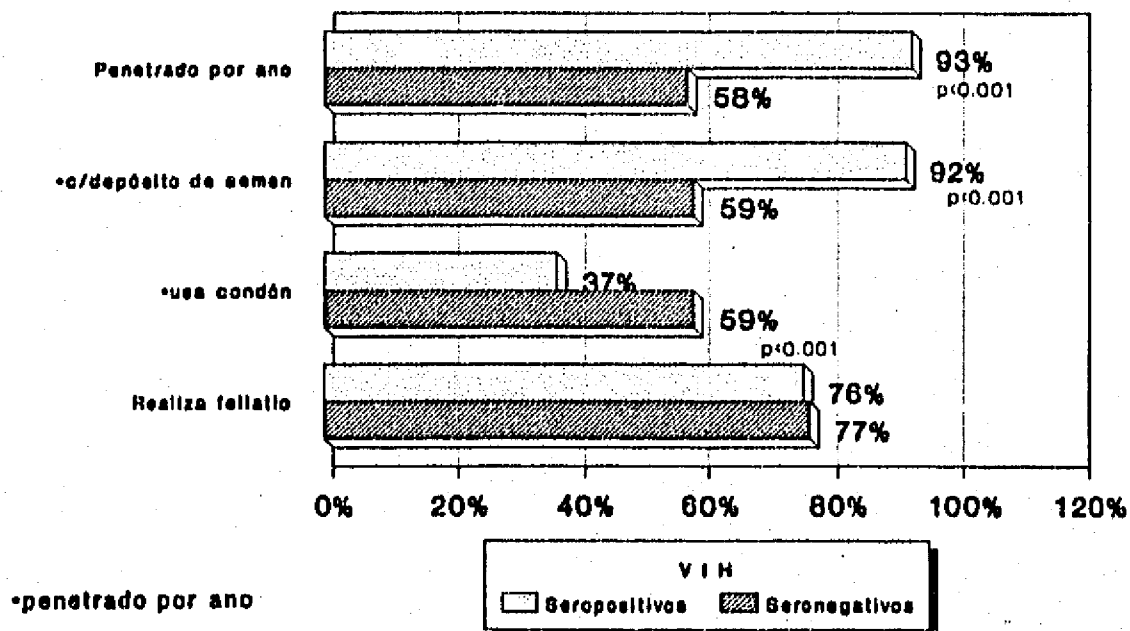
$\chi^2 = 4.31$ $p < 0.05$

RIESGO RELATIVO= 1.5

Cuadro 10

De los 86 sujetos positivos, 54 no usan preservativo en relaciones anales y 16 negativos reportan lo mismo aumentando ambos grupos el riesgo de propagar la infección. Estadísticamente es significativa la relación entre las dos poblaciones por ser la práctica anal una de las de mayor riesgo para contraer la infección por VIH.

Gráfica 7
Hábitos sexuales
en hombres



Gráfica 7

La gráfica ilustra las cuatro prácticas sexuales más relacionadas con la infección por VIH, así como los porcentajes y diferencias estadísticamente significativas, descartando el fellatio como práctica riesgosa en la población de estudio.

4.7. Discusión de resultados y conclusiones.

La hipótesis conceptual planteada en esta investigación fue: Existen diferencias en las prácticas sexuales de sujetos seropositivos y seronegativos.

Los resultados arrojados en esta investigación demuestran que algunos hábitos sexuales si presentan diferencias estadísticamente significativas en relación a la serología de los sujetos. Aquellos que presentan un resultado positivo tienen un comportamiento sexual más susceptible a la infección y transmisión del VIH.

Las variables dependientes de estudio fueron: preferencia sexual, bisexualidad, prostitución y promiscuidad. En el grupo de mujeres sólo una persona reporta haber tenido varios compañeros sexuales en los últimos seis meses previos a la aplicación del cuestionario; esta sujeto queda descartada del grupo de prostitución femenina porque el promedio de relaciones sexuales que las prostitutas reportan, es de diez parejas por día dependiendo por un lado de la demanda que tengan -aumenta generalmente el fin de semana- y por otro lado depende del tipo de población que solicita sus servicios. Cabe señalar que existen mujeres dedicadas a la prostitución que únicamente tienen de una a dos relaciones por día; consideran que con esta frecuencia sus necesidades económicas están satisfechas.

Las variables dependientes de preferencia sexual y bisexualidad en el grupo de hombres, confirmaron que el mayor número de sujetos infectados tienen prácticas homosexuales; esta conducta o preferencia sexual no ha presentado cambio desde la aparición de los primeros casos de SIDA en México. Manteniéndose la homo y bisexualidad como las categorías líderes en la transmisión del VIH, el tercer lugar corresponde a hombres heterosexuales. (Anexo 2).

En el grupo de mujeres, el 9.1% del total de la muestra tiene un resultado serológico positivo, si bien la muestra no es representativa de la población mexicana femenina, si es representativa en cuanto al aumento

de casos en mujeres registradas en ese entonces por la Dirección General de Epidemiología, de la Secretaría de Salud. Actualmente la relación hombre -mujer es de 6 a 1, reportándose el mayor número de casos en mujeres adultas, donde la transmisión por vía sexual representa el 29.4% de los casos. (Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos, 1992 op cit., pp. 2276-2287). En 1986 la relación hombre-mujer era de 15 a 1 (Boletín Mensual SIDA, 1989 op cit., pp. 701-707) lo que implica un aumento importante en los casos de mujeres infectadas por VIH.

Llama la atención en la población femenina que de las veintidós mujeres que se presentaron a practicarse el examen de laboratorio, sólo dos hayan tenido un resultado positivo, cuando son once las que presentan mayor riesgo de infectarse por mantener prácticas de riesgo anales; las que a su vez son consideradas como las de mayor riesgo. Cabe la posibilidad de que este hábito sexual lo realicen únicamente con su pareja y esta no tenga factor de riesgo o que su preocupación al solicitar asesoría en el Centro de Información se debiera a antecedentes transfusionales en su historial clínico.

De las veintidós mujeres estudiadas no se comprobó que a mayor grado de escolaridad, mayor grado de conocimientos respecto a la enfermedad ya que el cuestionario no está diseñado para medir grado de conocimientos sobre la infección o enfermedad. Al ser un grupo donde la mayoría son casadas, se presume que son personas que han tenido la capacidad emocional para establecer una relación de objeto lo que a su vez no implica tener conocimiento sobre las prácticas sexuales de sus compañeros. De acuerdo a los datos obtenidos el 72.8% son mujeres en edad de producir, pertenecen a la clase económicamente trabajadora y aunque desgraciadamente dos son seropositivas, el resto tiene dudas sobre su estado de salud y tienen o han tenido prácticas de riesgo independientemente de las respuestas de los reactivos.

En los reactivos que corresponden a "Estado de salud" veintiún sujetos manifestaron ser asintomáticas es decir, no presentan pérdida de peso, fiebre y/o diarrea por más de un mes, tos persistente, ronchas en todo el cuerpo que produzcan comezón, Herpes Zoster recidivante, algodoncillo en boca y garganta, herpes simple crónico progresivo y/o linfadenopatía. Solamente una sujeto manifestó: pérdida de peso, tos persistente, ronchas con comezón y algodoncillo; síntomas que sólo haciendo un diagnóstico diferencial podrían ser considerados como síntomas del Complejo Relacionado al SIDA.

Si partimos de la base de que en esta población sólo se tienen dos casos con resultado serológico positivo, podemos decir que si existe una posible relación entre enfermedades venéreas como las mencionadas en el cuadro 6 y la infección por VIH; aunque cabe la posibilidad de que la secreción purulenta por vagina, ulceraciones y ronchas también por vagina, se deba únicamente a enfermedades de transmisión sexual comunes en algunas mujeres dedicadas a la prostitución o con múltiples parejas sexuales, expuestas por sus prácticas a este tipo de infecciones. No hay que olvidar que el SIDA es una enfermedad venérea y al igual que han estado expuestas a otras infecciones venéreas, pueden contraer la infección por VIH y ser transmisoras potenciales.

Sin embargo, uno de los principales problemas a los que se enfrentó el entrevistador en la aplicación del instrumento, fue la dificultad para explicar y describir de manera clara cada uno de los reactivos. Cabe la posibilidad de que el entrevistado se haya limitado a dar una respuesta negativa por desconocimiento, incompreensión del tema o bien por asociar el tipo de pregunta con la infección por VIH.

Los datos más significativos los encontramos en el área de Comportamiento o Hábitos sexuales, siendo estas prácticas las que representan un mayor riesgo para contraer la infección.

Tres son las sujetos que por realizar prácticas sexuales anales o fellatio aumentan las posibilidades de infectarse. Sin embargo en casi todos los reactivos se puede observar que el 50% o más de estas mujeres han estado en situaciones de riesgo.

Los reactivos 5, 6, 7, 9 y 10, muestran un comportamiento sexual de menor riesgo dadas las características de la infección y sus formas de transmisión sin que estas prácticas descarten la posibilidad de infectarse por esta vía.

A pesar de que los reactivos del cuestionario en esta área son bastante explícitos en cuanto a la práctica sexual, no podemos dejar de lado que la pregunta interfiere justamente con lo que siempre se ha considerado íntimo, sin cuestionamientos y pone en juego no sólo la sexualidad del entrevistado, sino la sexualidad del propio entrevistador, quien debería o debe manejar casi cualquier aspecto de la misma para crear un clima de confianza que permita una respuesta confiable. En el reactivo número 2: ¿De las veces que es usted penetrada por el ano, hay depósito de semen?, trece sujetos no contestan; siendo una de las prácticas de mayor riesgo por el contacto de semen con sangre. Lo mis-

mo sucede con el reactivo número 4: ¿De las veces que hay eyaculación en la boca, traga ud. el semen?, diez no contestan la pregunta, ocho han tenido esta práctica alguna vez y cuatro dicen que nunca; lo que nos indica que el cuestionario, si bien fue elaborado para población femenina con actividades de riesgo y/o dedicada a la prostitución, tiene una falla en el planteamiento que impide respuestas más concretas.

Si comparamos el reactivo No. 1 de Enfermedades Venéreas con el reactivo No. 6 de hábitos sexuales, encontramos una relación importante en el medio de transmisión del VIH, ya que al existir secreción purulenta en vagina y entrar en contacto con el semen, se propicia un medio adecuado para la infección.

Dentro de las prácticas sexuales que se consideran **NO SEGURAS** tenemos:

a) Penetración anal o vaginal sin condón, por el intercambio de semen, sangre o fluido vaginal.

b) Fellatio sin condón, que indica contacto con el pene y semen. La transmisión puede ocurrir a través de lesiones en boca y/o garganta.

Llama la atención que en este grupo de veintidós mujeres, prácticamente ninguna tome medidas preventivas, así como que un número importante de ellas no contesten los reactivos referentes al uso de condón, no hayan cambiado hábitos sexuales y en general se observa una gran resistencia para dar respuesta a preguntas relacionadas con control de natalidad, número de parejas o aquellos reactivos que están más relacionados con el contagio por VIH.

En los reactivos que arrojan datos relacionados a comportamiento sexual con personas con prácticas de alto riesgo, reactivos 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29 y 30, aparecen nuevamente los dos o tres casos que han estado con mayor riesgo o están infectadas.

Por otro lado existe una estrecha relación entre los reactivos 13, 14, 15, 16 y 33, donde aparece que un 73% nunca o casi nunca al ser penetradas por vagina, utilizan condón, el 54.5% no modificó hábitos sexuales, el 18.2% nunca utiliza condón o preservativo para ningún tipo de práctica sexual, el 19% nunca o casi nunca evita el intercambio de secreciones y sólo el 22.7% utiliza técnicas de sexo seguro; por lo tanto,

el medio o vía de contacto en este grupo se debe a falta de medidas preventivas en el momento de tener relaciones sexuales.

El riesgo a infectarse por otro medio como drogadicción intravenosa, politransfundidos etc., no aparece como factor de riesgo.

Los resultados expuestos en Comportamiento Sexual y Medidas Preventivas hacen hincapié en la falta de prevención, lo que a su vez hace dudar de la efectividad de las campañas que a nivel nacional han realizado algunas Instituciones. Cabe señalar que en 1988, México sobresalió a nivel mundial por ser uno de los países que más éxito tuvo en sus campañas de prevención contra el SIDA a través de los diversos medios de comunicación masiva, folletos, carteles, etc.

Las mujeres al igual que el resto de la población son candidatas susceptibles a contraer la infección por VIH. Mujeres que en su vida diaria no tiene prácticas de riesgo, pueden estar expuestas al contagio por las prácticas o preferencias sexuales de sus parejas. Recordemos que el matrimonio es la forma socialmente aceptada de independizarse de la familia de origen; la mujer mexicana soltera económicamente activa puede nunca separarse de la familia o bien independizarse a edades avanzadas sin que esta situación sea considerada inadecuada o patológica por la sociedad en México; en caso de querer independizarse a edades tempranas es frecuente que surjan conflictos importantes en el seno familiar. Resulta imposible para muchas mujeres mexicanas exigir o sugerir inclusive a sus parejas el uso del condón aún cuando este sea empleado como anticonceptivo y recomendado en los programas de Planificación Familiar. Esto en gran parte se debe a que el varón tiene idealizada a la mujer en lo que se refiere a sus funciones biológicas y su capacidad de procrear; la propia idealización al encubrir montos importantes de agresión condiciona a que el hombre se resista a aceptar los cambios del rol femenino que implican una mayor individualidad y una pérdida de los mecanismos tradicionales de control, dependencia y niveles de colaboración aprendidos en la infancia al observar la relación entre los miembros de generaciones anteriores. Existen hombres que antes de aceptar una práctica de riesgo homosexual, bisexual o heterosexual, consideran que la solicitud de uso de condón por parte de sus parejas, se debe a que ellas sostienen o pretenden relaciones sexuales extra maritales o bien serles infiel.

Por otro lado también resulta difícil para la mujer investigar la vida sexual anterior de su pareja, comunicar la propia y más difícil aún pedir

que el hombre o ambos se realicen la prueba de detección antes de iniciar una relación íntima. Tendrán que pasar muchos años para que las nuevas generaciones consideren la prueba anti VIH, el uso de condón y prácticas de sexo seguro en general como medidas preventivas que no atacan la moral ni ponen en duda la integridad personal o supuesta prostitución en caso de haber tenido alguna pareja sexual con anterioridad.

En términos generales, las mujeres presentan una actitud pasiva respecto a la enfermedad, siguen considerándose ajenas al problema y difícilmente se cuestionan si su pareja o ellas mismas pueden tener algún factor de riesgo. Mientras los varones acuden a practicarse la prueba anti-VIH cada tres meses o más a manera de seguimiento, las mujeres que han tenido parejas ocasionales no lo hacen de manera rutinaria; de ahí se explica que la muestra sea inferior numéricamente a la de los hombres, pues en muchos casos aún se sigue asociando la enfermedad con prácticas masculinas homosexuales.

Los valores tienden a cambiar en la medida que es posible establecer una muy estrecha correlación entre cada individuo, su tiempo y los valores que en este prevalecen. Pertenece a una época en que aún no terminan por romperse las corazas de un tipo de sociedad patriarcal, todavía imperan los conceptos y los valores correspondientes a ella con todos los prejuicios de su lugar y tiempo.

De los 178 sujetos del sexo masculino, 157 radican en el Distrito Federal, 40.1% tienen estudios profesionales y al igual que en la población femenina, se comprobó que a mayor grado de escolaridad, mayor grado de conocimientos sobre la infección y por ende la enfermedad. El 77% reportó ser soltero y en segundo lugar aparece el grupo de hombres casado con un total de veintiséis sujetos (14.8%) Estos resultados se explican al tomar en consideración que el mayor número de sujetos tienen prácticas homosexuales y/o bisexuales confirmándose así los datos del boletín que mensualmente publica el Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos.

Hubiera sido de gran utilidad para la investigación, conocer si la población de estudio tenía pareja estable y desde cuando, ya que los datos de estado civil corresponden a un estatus social determinado por la sociedad y no a la unión de personas del mismo sexo.

El porcentaje más alto 28.1% de la población masculina corresponde a personas profesionistas, 74.1% pertenecen a la clase económicamente

activa; lo que significa que las personas expuestas a la infección o con ella son sujetos jóvenes en edad y con capacidad de reproducción.

Dentro de los datos arrojados en los reactivos del comportamiento sexual masculino, encontramos que ambos grupos tienen prácticas sexuales con mujeres en general y con prostitutas, en el grupo de seronegativos predomina esta preferencia; lo que contrasta con el grupo de seropositivos, donde un número mayor de sujetos dice haber tenido relación sexual con hombres lo que a su vez incrementa el factor de riesgo asociado a la infección.

En los reactivos relacionados con juegos sexuales anales existen diferencias estadísticamente significativas en casi todos ellos excepto en el reactivo número 6: ¿En relación sexual chupa ano?, la respuesta de sujetos tanto positivos como negativos que contestaron la pregunta es muy similar lo que convierte a esta práctica en una actividad común.

Los resultados obtenidos en el reactivo número 9: ¿Con cuántos hombres ha tenido relaciones sexuales? apoya los datos bibliográficos expuestos en el marco teórico donde se afirma por otros estudios realizados que las prácticas sexuales hombre-hombre son hasta el momento las de mayor riesgo para contraer la infección por VIH; ambos grupos reportan haber tenido esta práctica, sin embargo el grupo de seropositivos reporta haber tenido un promedio de 30.5 parejas mientras que el de negativos reporta 3.5.

Las relaciones sexuales con mujeres no presentan diferencias estadísticamente significativas salvo el reactivo número 12: ¿Chupa vagina compañera? cincuenta y siete sujetos negativos contestaron positivamente y del grupo de positivos sólo treinta y cuatro.

Al igual que en la población femenina, los reactivos relacionados con prácticas y preferencias sexuales no son contestados por el total de la población de estudio; lo que nos lleva a pensar nuevamente en las fallas del instrumento, que al plantear las preguntas de forma tan descriptiva el entrevistado puede cohibirse por sentir que pone sobre un papel sus secretos, intimidades o bien, sus lacras.

El cuadro número 7 confirma que si existe una estrecha relación entre penetración anal e infección por VIH; ochenta y dos sujetos llevan a cabo prácticas homosexuales. Las seis personas que reportan no ser penetradas por ano pueden situarse dentro de otra categoría de transmisión.

Del grupo de negativos veintiséis sujetos pueden en caso de no practicar el sexo seguro contagiarse dependiendo de su práctica sexual.

El riesgo relativo indica que las personas penetradas por ano están 9.99 veces en mayor riesgo de infectarse por esta vía; la p señala que si existe diferencia estadísticamente significativa aumentándose el riesgo de infección.

En el cuadro 8 observamos que los sujetos seropositivo penetrados por ano con depósito de semen, evidentemente estuvieron en un mayor riesgo de infectarse. Si se compara con el cuadro anterior, son casi el mismo número de casos positivos los que llevan a cabo esta práctica sexual; solamente uno de ellos niega que haya existido depósito de semen.

Lo mismo se observa en el grupo de seronegativos donde solamente tres sujetos responden que no que existe depósito de semen, por lo tanto pueden ser los que usan medidas preventivas.

La información en este mismo grupo no coincide entre los que son penetrados por ano y los que reportan no tener contacto con semen. Se infiere que tres sujetos no contestaron el reactivo anterior; manteniéndose así su coherencia con la respuesta anterior.

El riesgo relativo indica que el factor de riesgo en esta práctica es de 8.05 veces, la p indica que si existe una diferencia estadísticamente significativa en esta práctica sexual.

Si bien el fellatio no representa una de las prácticas de mayor riesgo, si es una de las consideradas vías de infección en el posible caso de que existan lesiones en boca y/o garganta; el fellatio es una práctica común tanto en relaciones homosexuales como heterosexuales. De cualquier manera esta actividad fue más común en el grupo de seropositivos.

La x y el riesgo relativo muestran que esta práctica no es estadísticamente significativa para contraer la infección por VIH. (Cuadro 9).

Las diferencias más significativas estadísticamente aparecieron en población masculina y como era de esperarse, la categoría de homosexuales presenta el mayor número de resultados serológicos positivos. El que sea este grupo el que mantiene el primer lugar en la transmisión por vía sexual, refuerza para muchos sectores de la población abierta

que solamente son los homosexuales los que pueden contraer y transmitir el virus; descuidándose el resto de la población.

Si recordamos que una de las posibilidades para no contraer la infección por VIH es la utilización de medidas preventivas, tenemos que los seropositivos han utilizado pocas en comparación al otro grupo; a pesar de que actualmente hay mayor cambio de actitudes y prácticas en el positivo que en el negativo presentándose una significancia estadística importante ya que el grupo de seronegativos sigue presentando riesgo de infectarse. Llama la atención que treinta y dos sujetos negativos hayan tenido relación sexual con positivos; esto puede explicarse por falta de información en el momento de la relación de coito o bien como una actitud suicida. Es importante resaltar que cincuenta y cuatro de ellos se han relacionado con bisexuales y estos a su vez con mujeres.

La información relacionada con uso de condón no coincide del todo pues mientras no existen diferencias estadísticamente significativas en las respuestas correspondientes a los reactivos 17 y 18, realiza fellatio con condón y penetra vagina con condón, sesenta y cinco sujetos seropositivos y setenta y dos negativos dicen usar actualmente condón sin quedar claro en cual de las prácticas sexuales lo usan. Por otro lado tenemos que los positivos han disminuido su número de parejas, este es un dato importante en lo que se refiere a prevención, sin embargo por comunicación verbal se sabe que presentan ciertas inhibiciones para tener relaciones sexuales como falta de erección, dificultad para establecer nuevas relaciones interpersonales o en algunos casos permanecen al lado de su pareja o familia para ser atendidos en el momento de presentar los primeros síntomas o la enfermedad propiamente dicha.

En este reactivo el cuestionario también presenta algunas deficiencias que se traducen en la falta de respuesta, es como si los sujetos se sintieran juzgados por no tener o haber tenido medidas preventivas adecuadas que evitaran la infección. En términos generales el cuestionario empleado en esta investigación presenta muchas limitaciones para su aplicación y comprensión por ambas partes; ya que no sólo requiere una preparación especial por parte del entrevistador sino un manejo teórico del entrevistado sobre su práctica sexual, difícil de manejar con este tipo de población, quien difícilmente puede explicar de manera clara su práctica o preferencia sexual. Es importante hacer este señalamiento porque es el tipo de instrumento empleado en población con riesgo de infectarse; si bien se han hecho actualmente algunas modifi-

caciones el modo de plantear las preguntas no difiere mayormente del empleado en esta investigación.

Hasta el momento el uso de condón ha sido la única barrera mecánica que puede (en caso de ser bien usada) evitar la infección por VIH.

En la población positiva cincuenta y cuatro sujetos no recurren al preservativo como medida preventiva, lo cual implica la transmisión constante de la infección; los treinta y dos que dicen si usarlo pueden ser aquellos que cambiaron hábitos sexuales a raíz de la aparición del SIDA.

Del grupo de seronegativos veintitrés no usan condón permaneciendo así con riesgo a infectarse si continúan con prácticas riesgosas. Estadísticamente es significativa la relación entre los grupos, pues se trata de una de las prácticas sexuales de mayor riesgo y donde existe mayor contacto de semen con sangre. (Cuadro 10).

De acuerdo a los hábitos sexuales del grupo masculino, la relación anal está relacionada directamente con la infección; no hay que olvidar que estas son relaciones traumáticas por lo tanto en el momento de la penetración se presenta sangrado.

Ninguno de los sujetos estudiados reportó haber tenido contacto sexual con drogadictos intravenosos, inyectado con agujas o jeringas no esterilizadas, haberse inyectado droga por vía intravenosa, hecho tatuajes, aplicarse acupuntura o pinchado con un instrumento quirúrgico. (Gráfica 7).

Desde la aparición de los primeros casos de SIDA en México y en el mundo, muchos son los avances que se han tenido hasta la fecha. Hoy en día se conoce con exactitud que la enfermedad es el resultado de la incapacidad del sistema inmune de resistir a cierto tipo de infecciones como la causada por el VIH; aún se sostiene que se origina por una depresión gradual de glóbulos blancos (linfocitos) denominados linfocitos T inductores o linfocitos T4. Se conocen tres mecanismos de transmisión: sexual, sanguíneo y perinatal, se cuenta con métodos de detección y confirmación de anticuerpos contra el VIH cada día más sofisticados que permiten obtener resultados serológicos inmediatamente después de practicarse la prueba de detección. Sin embargo en la actualidad no se cuenta con ningún medio para evitar los efectos del virus, de ayudar al organismo a eliminarlo o de evitar sus efectos colaterales. Han salido al mercado con bastantes restricciones medicamentos cuyo propósito es retardar el periodo asintomático de los pacientes en

mejores condiciones físicas. Aún no se cuenta con ninguna tipo de vacuna a pesar de los múltiples esfuerzos humanos; el día que la vacuna salga al mercado y sea de fácil acceso a la población, se evitarán los contagios, pero aquellos individuos en cuyo organismo se alberga el VIH sólo tendrán esperanzas de salvar su vida, si se descubre una droga que mate al virus en cualquiera de sus etapas de evolución.

La atención a pacientes infectados o con SIDA a nivel institucional, se implementó en el que fue el primer Centro de Información sobre SIDA dependiente de la Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud, no sólo en México sino en Latinoamérica y el modelo de atención continuó en el segundo Centro de Información Zona Sur en el Distrito Federal. Ambos fueron modelos a seguir en la República Mexicana y algunos países latinoamericanos. Los pacientes infectados que se beneficiaron de este servicio, brindaron la posibilidad de estudio y comprensión del problema, dieron forma y vida a la atención grupal, individual, de pareja y familia. Lo descrito en el marco teórico, es el resultado de trabajo continuo con ellos; en muchos casos desde el momento en que acudieron a solicitar información, se les aplicaron diferentes cuestionarios, pruebas psicométricas, se practicó la prueba de laboratorio etc. y con muchos de ellos se estuvo hasta el momento del deceso. Con casi todos se logró una buena relación transferencial y contratransferencial que permitió un mejor manejo del caso, cuyo resultado se observó en un adecuado manejo familiar, social, laboral y el más importante uso de medidas preventivas de acuerdo a los reportes verbales.

En los pacientes que pudieron llevar un tratamiento y seguimiento psicológico, disminuyeron: síntomas de ansiedad, depresión, aislamiento social, disfunciones sexuales etc.

El SIDA como ya se ha dicho es una enfermedad que ataca a cualquier persona, no respeta raza, estado civil, ocupación, clase social etc., el virus lo puede contraer cualquier ser humano; si bien no es fácil el contagio porque se necesitan dar muchos factores y un medio propicio para ello, también es cierto que nadie está exento de una enfermedad terminal.

La presencia del SIDA, pretende cambiar hábitos sexuales, abre la puerta a infinidad de investigaciones de tipo médico, psicológico, social, administrativo etc. Cada año se realiza en cualquier ciudad del mundo una Conferencia Internacional sobre SIDA donde un promedio de diez

mil personas se reúnen con la esperanza de encontrar un tratamiento adecuado según su especialidad, de mostrar su trabajo de los últimos doce meses y de intercambiar opiniones. Los grupos de homosexuales, travestis, prostitutas, etc., se manifiestan con demandas interminables, exigen atención médica, atención psicológica, camas en hospitales, no ser despedidos de su trabajo y vivienda, atención humana, claman por los Derechos Humanos, pocas son las enfermedades que movilizan a tantas y tantas personas para trabajar con un interés común. La curación de los pacientes infectados.

¿Cuándo una persona está infectada por el VIH es importante su preferencia sexual?, ¿Qué diferencia existe entre una persona con prácticas homosexuales, bisexuales o heterosexuales infectada? Como seres humanos, todos tienen un destino común; dependiendo de su situación económica tendrán mayores o menores posibilidades de atención médica y psicológica. Algunos tendrán la suerte de ingresar a algún protocolo de investigación médica que les procure algún medicamento y la seguridad de ingresar a un centro hospitalario si lo llegan a necesitar; pero muchos de ellos mueren en sus casas solos, en el mejor de los casos con familiares, amigos o pareja quien en ocasiones hace las veces de enfermero.

Mucho se habla de la falta de campañas preventivas, en las universidades con frecuencia se reparten folletos de información general, en la radio se invita a pedir informes, algunos productores han realizado películas, obras de teatro y telenovelas que tratan el tema, se exhorta a que los hombres y mujeres tengan una sola pareja o no tengan vida sexual si están infectados y se habla comunmente de cambio de hábitos sexuales como si fuera una pastilla anticonceptiva para programar el número de hijos deseados. Cambiar la conducta sexual del adulto es una labor titánica relacionada con la historia personal de cada persona, con conductas aprendidas en épocas tempranas del desarrollo, con sentimientos, con preferencias; la sífilis no cambió hábitos sexuales, siguen existiendo personas que arrastran las secuelas de la enfermedad y sólo el descubrimiento de la penicilina logró su curación. Los adultos de hoy en día esperan un medicamento que cure el SIDA, que evite la infección; por lo tanto ¿que alternativas reales existen a nuestro alcance? También se habla de que la única arma contra el SIDA es la educación, ¿educar a quien?, ¿cómo? ¿es suficiente un curso o una plática sobre SIDA en una empresa de tres mil trabajadores?

Opinamos que es un intento válido e insuficiente porque el problema real puede ubicarse antes de 1981, porque no tenemos un curriculum de educación sexual, una educación para la salud, desconocemos nuestro cuerpo, nuestro organismo, nuestra psique, la mayoría de las personas se enfrentan a la sexualidad con un desconocimiento profundo de la misma, la clínica confirma que casi todos los sujetos han iniciado su vida sexual de manera poco satisfactoria. ¿Cuántas personas tienen acceso a un especialista que les ayude a resolver determinado conflicto o síntoma respecto a su sexualidad? En proporción muy pocos. Ahora bien, la última cifra reportada en el Boletín Mensual SIDA/ETS (octubre 1992) señala que hasta el 30 de septiembre de 1992 se han notificado 11034 casos acumulados y de cada caso reportado se calcula que existen de cincuenta a cien infectados.

¿Cuántos especialistas pueden y quieren dedicarse a la atención de estos pacientes para cambiar hábitos sexuales, modificar conductas y educar a la población? No importa el número que sea, es insuficiente.

A once años de la aparición del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida queda bastante claro para muchos estudiosos del SIDA, la participación de la Psicología Clínica en el tratamiento integral de los pacientes. Muchas personas infectadas por el VIH, se han integrado voluntariamente a tratamientos clínicos con la esperanza de "ordenar" algunos aspectos de su vida, otros, con la fantasía a veces consciente a veces inconsciente de "expiar" todo aquello relacionado con la infección que pueda producir culpa: y otros más para tener una "mejor calidad de vida".

Es bien sabido por todos -como ya se mencionó- que los primeros años de vida son determinantes para el desarrollo del niño, desde el momento del nacimiento los padres depositan en los hijos infinidad de fantasías sobre lo que desean para ellos en el futuro: les proyectan sus logros, sus frustraciones, y lejos están de imaginar que esos hijos un día serán adultos, elegirán su forma de vida y ejercerán su sexualidad independientemente del deseo de los padres y que pueden o no verse involucrados con una enfermedad de transmisión sexual.

Cuando un adolescente inicia su vida sexual quiere decir que la primicia genital ha sido alcanzada, que su organismo está en condiciones para poder ejercer estas funciones desde el punto de vista biológico pero no necesariamente desde el punto de vista psíquico. Aquí aparece una vez más de manera clara la instancia psíquica que se conoce como su-

per yo. Clásicamente se define como el heredero del Complejo de Edipo y se forma por internalizaciones de las exigencias y prohibiciones parentales, rige las reglas morales y hace que los individuos distingan entre lo bueno y lo malo, entre el ser y el deber ser, entre lo que está permitido en el contorno que nos rodea y lo prohibido; dentro de la gama de prohibiciones que generalmente cambian de una cultura a otra y que en la nuestra lleva una carga importante de restricciones, tenemos la sexualidad.

La sexualidad independientemente de su función biológica, está impregnada de intimidad, de placer, de fantasías eróticas que se despiertan cuando aparece el deseo por la pareja, de una buena dosis de culpabilidad cuando esta se ejerce fuera de los cánones o recintos establecidos por la sociedad, o cuando volvemos la sexualidad destructiva para nosotros mismos y para otros. ¿Que ha sucedido con la aparición del SIDA? Se ha puesto en tela de juicio cualquier práctica sexual, los pacientes infectados se ven sujetos a interrogatorios interminables sobre sus preferencias, sus parejas, se ven obligados en pro de la investigación a relatar su intimidad, a ponerla sobre un escritorio ante un interlocutor que la mayoría de las veces hace grandes esfuerzos por entender y clasificar la sexualidad de su interrogado sin escuchar o pararse a pensar en el desgaste psíquico que representa para el sujeto entender lo que en momento puede el mismo vivir ó calificar como "vergonzoso", "culpígeno" o simplemente "íntimo".

Tras estos interrogatorios de rutina en instituciones avocadas a dar atención suelen aparecer las resistencias de orden moral para continuar con tratamientos adecuados en la relación médico-paciente, terapeuta-paciente y viceversa. El personal de salud se cuestiona si lo que está escuchando es bueno o malo, aceptable de acuerdo a sus costumbres, educación y si su superyó puede tolerarlo sin desequilibrarse demasiado; a su vez, el paciente tiene temor a ser rechazado por el personal de salud y la fantasía paranoide puede convertirse en realidad prácticamente en cualquier momento, acompañado además, por el abandono de familiares, amigos, compañeros, pareja, o bien por ser despedido del centro de trabajo y en casos extremos por perder la vivienda.

En estas ocasiones el superyo se vuelve persecutorio por las implicaciones psíquicas de la infección; el paciente cae en una red de ambivalencia y confusión donde los valores morales dados por los padres en la primera infancia resurgen en calidad de mandato divino cuestionándose

la persona no sólo su sexualidad, sino su forma de vida hasta el momento, lo que "debió" y "debe" hacerse de acuerdo a ese código moral internalizado en los primeros años de vida.

Cada individuo tiene sus propias creencias, se rige de acuerdo a una estructura psíquica que es individual y que se fue formando de acuerdo a su historia personal a sus vivencias, a sus figuras primarias; por lo tanto ¿A quién puede culparse cuando un ser humano está infectado?, ¿A los padres que no educaron a ese hijo?, ¿A la sexualidad que forma parte de la vida?, ¿A la casualidad?, ¿Al inconsciente que llevó en un acto suicida a tener prácticas de riesgo o a olvidarse de usar el condón como barrera mecánica?. Resulta difícil dar una respuesta universal ó satisfactoria para aplacar los mecanismos culpígenos o persecutorios que se originan en el interior de una persona; sin embargo, sí está a nuestro alcance continuar con una constante labor preventiva con las personas de nuestro alrededor; por lo tanto nuestra labor y obligación como profesionistas seguir con la prevención a todos los niveles.

La sexualidad hoy por hoy es de todos, no tiene códigos, es una expresión de libido y agresión -según el caso- es una fuente de placer.

Consideramos necesario plantear la siguiente pregunta; ¿Tenemos derecho a clasificar y cuestionar la sexualidad de acuerdo a nuestras resistencias, a nuestra conflictiva personal?. Es necesario pensar al respecto.

Por último, el Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos. en el Boletín Mensual de SIDA/ETS (México), 5,11:2044-2061 Noviembre de 1991. resume lo siguiente:

- 1.- El crecimiento de casos de SIDA continúa siendo exponencial amortiguado.
- 2.- Se observa un descenso de los casos por transfusión sanguínea principalmente en mujeres.
- 3.- Los hombres con prácticas homosexuales continúan siendo el grupo que concentra la mayor proporción de casos.
- 4.- La proporción de casos de SIDA en mujeres tiene una tendencia descendente como resultado del control de la transmisión en nuestro país.

5.- La tendencia de los casos de SIDA en niños es estacionaria y la mayoría son por transmisión perinatal.

6.- Existe un subreporte de prácticas homosexuales de casos de SIDA notificados, esto seguramente como resultado de la discriminación de que en ocasiones son objeto estos pacientes.

7.- El SIDA se concentra fundamentalmente en las metrópolis aunque estamos advirtiendo una mayor dispersión de la epidemia incluyendo reas francamente rurales.

8.- Los factores de riesgo en mujeres con SIDA postransfusional son obstétricos, quirúrgicos y traumáticos.

9.- La transmisión heterosexual en mujeres se observa fundamentalmente en parejas sexuales de seropositivos el número de casos de SIDA en parejas sexuales ocasionales es muy reducido.

10.- La transmisión heterosexual del SIDA en México continua siendo reducida.

11.- La transmisión en drogadictos intravenosos tiene una tendencia discretamente hacia el ascenso.

12.- Las manifestaciones clínicas y la sobrevida en los casos de SIDA en nuestro país son diferentes a los de Estados Unidos; la sobrevida es inferior y las manifestaciones clínicas están asociadas a padecimientos infecciosos como la tuberculosis.

13.- La tuberculosis representa la segunda infección más frecuente de casos de SIDA en México.

Es necesario desarrollar programas factibles en seropositivos, incluyendo quimioprofilaxis, el uso de antivirales y continuar con los programas de asistencia psicológica y reforzar los programas de asistencia social. También es recomendable realizar programas conjuntos de prevención del SIDA con otras enfermedades de transmisión sexual particularmente debido a que estos padecimientos son factores de riesgo para adquirir la infección por el virus del SIDA, las enfermedades de transmisión sexual son cofactores de riesgo en la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, la proporción de uso de condón y prácticas de sexo seguro que concentra la mayor proporción de casos muestra un muy discreto incremento; las modificaciones en la conducta sexual en

grupos con prácticas de riesgo no ha tenido todavía el éxito que debería esperarse. El nivel de conocimientos sobre SIDA no se asocia frecuentemente con la adopción de prácticas preventivas. Finalmente es recomendable incrementar la participación comunitaria específica de los grupos no gubernamentales en los programas de prevención y control. (Ibid pág.. 2056).

Como conclusiones generales de la Investigación se recomienda:

- › 1.- Implantar programas educativos a nivel nacional que contemplen educación sexual a todos los niveles de enseñanza.
- › 2.- Crear modelos preventivos de educación para la salud.
- › 3.- Atención psicológica individual y grupal no solamente a seropositivos sino a toda persona en riesgo.
- › 4.- Programas enfocados a la transmisión de información sobre SIDA cuyo objetivo sea lograr que ésta se convierta en conocimiento y práctica.
- › 5.- Continuar con las campañas preventivas a nivel nacional.

BIBLIOGRAFIA

- Acherson, D. 1986. *SIDA: El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y VIH, el Virus del SIDA*. Department of Health and Social Security AIDS. London D.H.S.S. Dic.
- AIDS: Origin, *Transmission and moral dilemmas*. JR Soc Med 1987. Nov.80 (100): Baer, J.W.; Hall J.M.; Lewitter, S. Challenges in developing an inpatient psychiatry program for patient with AIDS and ARC. Hosp. Community Psychiatry. Dec.
- Béjar, N.R. 1988. *El Mexicano. Aspectos culturales y psicosociales*. UNAM. México.
- Boggs, G. 1987. *The person with AIDS on the inpatient psychiatry unit*. Ohio Nurses Rev.
- Brown, M. 1987. *Effective heterosexual AIDS prevention*. Kans Nurse Nov.
- Bueno, R. 1989. *Lo Prohibido de la Planificación Familiar*. Revista de la Sociedad Psicoanalítica de México. México.
- Código Penal. 1976. *Código Penal para el Distrito Federal*. Edit. Porrúa.
- Campbell, R.J. 1981. *Psychiatry Dictionary*, Oxford University Press, New York.
- Diccionario de la Lengua Española*, Real Academia Española. Esp. 1970.
- Dirección General de Epidemiología. 1991. *Boletín Mensual de SIDA/ETS* (México) 5,4: 1099-1118. Abril.
- Ellis, N.K.; Krch-Cole, E. 1987. *Providing a therapeutic milieu experience for a patient diagnosed with acquired immunodeficiency syndrome*. Arch. Psychiatr Nurse. Dec.
- Feldblum, P.J.; Fortney, J. 1988. *Condoms, spermicides, and the transmission of human immunodeficiency virus: a review of the literature*. Am Jr. Public Health. Jan.

- Galtán. R. 1980. *Psicoanálisis y Cambio. Deformaciones de la Sociedad Contemporánea al Concepto de Salud*. Gradiva. Revista de la Sociedad Psicoanalítica de México, México.
- Galtán, A. 1989. *Vicisitudes en la Adquisición de la Identidad Sexual*. Gradiva. Revista de la Sociedad Psicoanalítica de México. México.
- Gaona, J.L. La Jornada. Nov-14-1988.
- González. A. 1981. *El Complejo de Edipo en la Niña*. Gradiva, Revista de la Sociedad Psicoanalítica de México, México.
- Hardy. J. 1987. *Sexuality transmitted Diseases among adolescentas*. Md Med J. Nov.
- Haverkos, H. et Edelman, R. 1988. *The Epidemiology of Acquired Immunodeficiency Syndrome among Heterosexuals*. JAMA, U.S.A.
- Hess, M. 1987. *Homosexual activity unchange in areas with low AIDS risk*. Okla. State Med assoc, Oct.
- Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos. *Boletín Mensual SIDA/ETS (México) 5,5:1119-1138* Mayo de 1991.
- Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos. *Boletín Mensual SIDA/ETS (México) 5,11: 2044-2061* Noviembre de 1991.
- Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos. *Boletín Mensual de SIDA/ETS (México) 6.8:2276-2293* Septiembre de 1992
- Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos. *Boletín Mensual SIDA/ETS (México) 6,10: 2276-2293* Octubre de 1992.
- Kerlinger, F. 1979. *Método de las ciencias sociales*. Edit. Ariel. Barcelona.
- Kristal, A. 1988. *Sexual behavior and risks of HIV infection*. Am. Jr. Public Health. Jan.
- Kübler -Ross, E. 1970. *On Death and Dying*. Edit. Mc Millar, New York.
- La Jornada Nov-2-1992 .
- Landoe, M.; Cregler. Li. 1988. *What Is safe sex?* Am J. Med. Jan.

- Leyva, J.A. 1988. *El SIDA su Impacto Social y Demográfico*. Gaceta CONASIDA.
- Livier, O. et.al. 1982. *Curso de Prácticas de Tercer Nivel*. UNAM. México.
- Mathews, S. 1987. *SIDA Lecciones de la historia*. Mundo Médico, Feb.
- Morton, R.F. 1986. *Bioestadística y Epidemiología*. Edit. Interamericana. México.
- Olaiz, G, 1988. *SIDA. La Epidemiología que a todos afecta*. Edit. Diana. México.
- Padua, J. 1979. *Los Métodos de Investigación en Ciencias Sociales*. Edit. F.C.E. México.
- Populations Reports. 1987. *Temas sobre Salud Mundial*. Serie L. Número 6, Abril.
- Radchick, A. 1989. *La Psicodinamia de la Elección de Pareja Homosexual*. Gradiva.Revista de la Sociedad Psicoanalítica de México. México.
- Ribeiro, D.1970. *Configuraciones*. Secretaría de Educación Pública. México.
- Ramírez. S. 1977. *El Mexicano. Psicología de sus Motivaciones*. Edit. Grijalbo. México.
- Sydney, S. 1976. *Estadística no paramétrica aplicada a la ciencias de la conducta*. Edit. Trillas. México.
- Rojas, R. 1988. *Aspectos Sociales del SIDA*. Gaceta CONASIDA. México.
- Rossi, L. 1990. *El SIDA y la Psicología Clínica*. Simposio de Psicología Clínica. Su Aplicación en la Actualidad. México.
- Rossi, L. 1988. *La Psicología en las Campañas Educativas Contra el SIDA*. Boletín Mensual de SIDA. México.
- Rossi, L. 1990. *Necesidades Psicológicas del Paciente Infectado*. Boletín Mensual EPI/CONASIDA. Año IV, No 11. Nov. México.

La Salud de la Mujer en México. Cifras Comentadas. 1990. Dirección General de Salud Materno Infantil. Programa Nacional Mujer, Salud y Desarrollo. Secretaría de Salud. México.

Sepúlveda, J. et al 1989 SIDA *Ciencia y Sociedad*, Edit. FCE. México.

SIDA. 1990. *Información Básica para Personal de Salud*. Dirección General de Epidemiología. Secretaría de Salud.

Socarides, Ch. 1978. *Homosexuality*. Edit. Aronson. New York,

Valdespino, J.L. et al 1987. Centro Nacional de Información sobre SIDA. *Boletín Mensual de SIDA*. México.

Valdespino, J.L. 1988. *Transmisión Sexual del SIDA*. Boletín Mensual de SIDA. México.

Valdespino, J.L. et al 1989. Declaración Consensual de la *Reunión Consultiva sobre Enfermedades de Transmisión Sexual como Factor de Riesgo en la Transmisión por VIH*. Boletín Mensual de SIDA. México.

Valdespino, J.L. et al. 1989. *Declaraciones sobre los Centros Colaboradores de la O.M.S. sobre el SIDA, Transmisión Heterosexual del VIH y ciertas Situaciones Sociales Comunes*. Boletín Mensual SIDA. México.

ANEXO 1

CUESTIONARIO DE FACTORES DE RIESGO ASOCIADO A LA INFECCION POR VIH EN POBLACION FEMENINA CON ACTIVIDADES DE RIESGO Y/O DEDICADA A LA PROSTITUCION.

DATOS GENERALES.

1.- Nombre de la entrevistada (Voluntario) _____

2.- Lugar de la entrevista _____

3.- Clave Individual _____

4.- Fecha de la entrevista _____

5.- Fecha de nacimiento _____

6.-Edad _____

7.- Lugar de residencia _____

8.- Tiempo de residencia en este lugar

1) Menos de 6 meses 2) De 6 meses a un año. 3) De 1 a 3 años

4) De 3 a 5 años 5) Más de 5 años.

9.- Lugar de nacimiento _____

10.- Escolaridad.

1) Analfabeta 2) Sabe leer y escribir 3) Primaria Incompleta.

4) Primaria completa 5) Carrera técnica 6) Secundaria Incompleta.

7) Secundaria completa 8) Bachillerato 9) Profesional

10) Posgrado

11.- ¿Cuál es su ocupación actual?

Especifique. _____

12.- Estado Civil.

1) Soltera 2) Casada 3) Unión libre

4) Divorciada 5) Separada 6) Viuda.

13.- ¿Cuántos hijos tiene? _____

14.- ¿Cuál es la edad del más pequeño? _____

24.- En sus relaciones sexuales. ¿Es Ud. penetrada por la vagina?

- 1) Siempre
- 2) La mayoría de las veces
- 3) La mitad de las veces
- 4) Casi nunca
- 5) Nunca

25.- Cuando Ud. es penetrada por vagina. ¿Hay depósito de semen?

- 1) Siempre
- 2) La mayoría de las veces
- 3) La mitad de las veces
- 4) Casi nunca
- 5) Nunca

26.- Cuando Ud. es penetrada por vagina. ¿Su pareja utiliza condón?

- 1) Siempre
- 2) La mayoría de las veces
- 3) La mitad de las veces
- 4) Casi nunca
- 5) Nunca

27.- Durante sus relaciones sexuales. ¿Chupa Ud. el ano de su compañero?

- 1) Siempre
- 2) La mayoría de las veces
- 3) La mitad de las veces
- 4) Casi nunca
- 5) Nunca

28.- Durante sus relaciones sexuales. ¿Es Ud. penetrada por vagina con la mano?

- 1) Siempre
- 2) La mayoría de las veces
- 3) La mitad de las veces
- 4) Casi nunca
- 5) Nunca

29.- ¿Con cuántos hombres ha tenido relaciones sexuales?

En toda su vida _____

En los últimos seis meses. _____

30.- ¿Ha tenido contacto sexual con personas extranjeras en los últimos cinco años?

- 1) Si
- 2) No

31.- ¿Ha modificado sus hábitos sexuales a partir de la aparición del SIDA ?

- 1) Si
- 2) No

32.- ¿Qué ha modificado?

- 1) Sexo seguro
- 2) Otros, especifique

45.- ¿Actualmente está embarazada?

1)SI

2)No

2)No sabe

46.- ¿Alguna vez se ha inyectado alguna droga por vía intravenosa?

1)SI

2)No

47.- ¿Alguna vez se ha inyectado con jeringas o agujas no esterilizadas?

1)SI

2)No

48.- ¿Alguna vez se ha hecho tatuajes?

1)SI

2)No

49.- ¿Alguna vez practicó la acupuntura?

1)SI

2)No

50.- ¿Alguna vez se ha cortado o pinchado con un instrumento quirúrgico?

1)SI

2)No

OBSERVACIONES _____

NOMBRE Y FIRMA DEL ENTREVISTADOR _____

**CUESTIONARIO DE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A INFECCION
POR VIH EN HOMBRES PROMISCUOS O CON ACTIVIDADES DE RIES-
GO Y/O
HOMOSEXUALES Y BISEXUALES.**

DATOS GENERALES

1. Nombre del entrevistado (Voluntario) _____

2.- Lugar de la entrevista _____

3.- Clave Individual _____

4.- Fecha de la entrevista _____

5 - Fecha de nacimiento _____

6.- Edad _____

7.- Lugar de residencia. _____

8.- Tiempo de residencia en este lugar

- | | | |
|---------------------|-------------------------|------------------|
| 1) Menos de 6 meses | 2) De 6 meses a un año. | 3) De 1 a 3 años |
| 4) De 3 a 5 años | 5) Más de 5 años. | |

9.- Lugar de nacimiento _____

10.- Escolaridad

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

11.- ¿Cuál es su ocupación actual?

Especifique. _____

12.- Estado civil.

- | | | |
|---------------|-------------|----------------|
| 1) Soltera | 2) Casada | 3) Unión libre |
| 4) Divorciada | 5) Separada | 6) Viuda. |

13.- ¿Cuántos hijos tiene? _____

14.- ¿Cuál es la edad del más pequeño? _____

24.-De las veces que hay eyaculación en la boca. ¿Traga el semen?

- 1) Siempre 2) La mayoría de las veces 3) La mitad de las veces
4) Casi nunca 5) Nunca

25.-De las veces que Ud. chupa el pene. ¿Su pareja utiliza condón?

- 1) Siempre 2) La mayoría de las veces 3) La mitad de las veces
4) Casi nunca 5) Nunca

26.-¿Penetra Ud. por el ano a la otra persona?

- 1) Siempre 2) La mayoría de las veces 3) La mitad de las veces
4) Casi nunca 5) Nunca

27.-¿Cuándo penetra a otra persona por el ano, deposita semen en el recto ?

- 1) Siempre 2) La mayoría de las veces 3) La mitad de las veces
4) Casi nunca 5) Nunca

28.-¿Cuándo penetra a otra persona por el ano, utiliza condón ?

- 1) Siempre 2) La mayoría de las veces 3) La mitad de las veces
4) Casi nunca 5) Nunca

29.-En sus relaciones sexuales. ¿Chupa Ud. el ano de la otra persona?

- 1) Siempre 2) La mayoría de las veces 3) La mitad de las veces
4) Casi nunca 5) Nunca

30.-Durante sus relaciones sexuales. ¿Ud. penetra a su compañero por el ano con la mano?

- 1) Siempre 2) La mayoría de las veces 3) La mitad de las veces
4) Casi nunca 5) Nunca

31.-Durante sus relaciones sexuales. ¿Es Ud. penetrado por el ano con la mano?

- 1) Siempre 2) La mayoría de las veces 3) La mitad de las veces
4) Casi nunca 5) Nunca

32.-Antes de sus relaciones sexuales. ¿Se aplica lavados intestinales?

- 1) Siempre 2) La mayoría de las veces 3) La mitad de las veces
4) Casi nunca 5) Nunca

33.-¿Con cuántos hombres ha tenido relaciones sexuales?

- 1) Siempre 2) La mayoría de las veces 3) La mitad de las veces
4) Casi nunca 5) Nunca

En toda su vida _____

En los últimos 6 meses _____

En el último mes _____

34.- ¿Penetra Ud. a su compañera por la vagina?

- 1) Siempre 2) La mayoría de las veces 3) La mitad de las veces
4) Casi nunca 5) Nunca

35.- Cuando penetra Ud. a su compañera por la vagina, ¿deposita semen?

- 1) Siempre 2) La mayoría de las veces 3) La mitad de las veces
4) Casi nunca 5) Nunca

36.- ¿Cuándo penetra Ud. a su compañera por la vagina, utiliza condón?

- 1) Siempre 2) La mayoría de las veces 3) La mitad de las veces
4) Casi nunca 5) Nunca

37.- ¿En sus relaciones sexuales penetra a su compañera por el ano?

- 1) Siempre 2) La mayoría de las veces 3) La mitad de las veces
4) Casi nunca 5) Nunca

38.- ¿Cuándo penetra a su compañera por el ano, deposita semen en el recto?

- 1) Siempre 2) La mayoría de las veces 3) La mitad de las veces
4) Casi nunca 5) Nunca

39.- ¿Cuándo penetra a su compañera por el ano, utiliza condón?

- 1) Siempre 2) La mayoría de las veces 3) La mitad de las veces
4) Casi nunca 5) Nunca

40.- En sus relaciones sexuales ¿chupa Ud. la vagina de su compañera?

- 1) Siempre 2) La mayoría de las veces 3) La mitad de las veces
4) Casi nunca 5) Nunca

41.- ¿Durante sus relaciones sexuales Ud. penetra a su compañera con la mano por el ano?

- 1) Siempre 2) La mayoría de las veces 3) La mitad de las veces
4) Casi nunca 5) Nunca

42.- ¿Con cuántas mujeres ha tenido relaciones sexuales?

En toda su vida _____

En los últimos 6 meses _____

En el último mes _____

43.- ¿Ha tenido contacto sexual con personas extranjeras en los últimos 5 años?

- 1)SI 2)No

44.- ¿Ha modificado sus hábitos sexuales a partir de la aparición del SIDA ?

- 1)SI 2)No

45.- ¿Qué ha modificado?

¿Utilización del condón?

- 1) Siempre 2) La mayoría de las veces 3) La mitad de las veces
4) Casi nunca 5) Nunca

46.- Evita prácticas en las que haya intercambio de secreciones ?

- 1) Siempre 2) La mayoría de las veces 3) La mitad de las veces
4) Casi nunca 5) Nunca

47.- ¿Disminuyó el número de parejas?

- 1)SI 2)No

48.- ¿Ha tenido contacto sexual con alguien infectado por VIH y con SIDA ?

1)SI 2)No 3)No sabe

49.- ¿Ha tenido contacto sexual con hombres bisexuales?

1)SI 2)No 3)No sabe

50.- ¿Ha tenido contacto sexual con politransfundidos (as)?

1)SI 2)No 3)No sabe

51.- ¿Ha tenido relaciones sexuales con hemofílicos?

1)SI 2)No 3)No sabe

52.-¿Ha tenido contacto sexual con prostitutas?

1)SI 2)No 3)No sabe

53.- ¿Ha tenido contacto sexual con drogadictos (as) intravenosos (as)?

1)SI 2)No 3)No sabe

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

1)SI 2)No 3)No sabe

55.-¿Se ha inyectado alguna droga intravenosa?

1)SI 2)No 3)No sabe

56.-¿Se ha hecho tatuajes?

1)SI 2)No 3)No sabe

57.-¿Ha acudido a aplicarse acupuntura?

1)SI 2)No 3)No sabe

58.-¿Se ha cortado o pinchado con un instrumento quirúrgico?

1)SI 2)No 3)No sabe

OBSERVACIONES _____

NOMBRE Y FIRMA DEL ENTREVISTADOR _____

ANEXO II

1.-Situación del SIDA en México. Datos actualizados hasta la semana 41 de 1992.

▣ Contexto Internacional

A nivel mundial el número de casos notificados a OMS sobrepasa el medio millón (501,272). En América se han reportado 277,042 casos de SIDA lo que representa el 55% en Africa 30% Europa, Asia y Oceanía 1%.

En el contexto internacional, México se ubica en el décimo segundo lugar en relación al número de casos. La tasa es tres veces menor a la de Estados Unidos y 14 veces menor a la de Uganda, países que ocupan los dos primeros lugares en el mundo.

En América, en 1991 nuestro país ocupó el segundo lugar de casos de SIDA notificados durante ese año; se observó un descenso de casos de SIDA en Estados Unidos, Brasil y Canadá.

▣ Tendencias

A diez años de la aparición de casos de SIDA en México se han podido observar tres tipos de la epidemia. De 1983 a 1986 el incremento fue lento, de 1987 a 1990 se presentó un crecimiento exponencial, a partir de 1991 se ha amortiguado el crecimiento con una tendencia a la estabilización.

La información epidemiológica disponible señala que los casos de SIDA transfusional están disminuyendo. El descenso en los números de casos de SIDA asociados a recepción de productos sanguíneos es del 46% comparado el número de casos notificados durante 1991 y 1992. Se ha calculado que el número de casos de SIDA postransfusional prevenidos hasta junio de 1992 es de 965.

Como ha sido descrito en otras regiones, la epidemia de SIDA en nuestro país resulta del conjunto de varias epidemias. De esta manera, en algunos estados en los que la infección se introdujo en los primeros años, se observa una tendencia a la estabilización. Esto ocurre en entidades federativas como el Distrito Federal en donde durante 1991 se

notificaron 948 casos y en 1992 se han notificado 486, o Jalisco donde en 1991 se notificaron 344 casos y durante 1992 se notificado 168. En cambio, en otros estados, los casos de SIDA muestran crecimiento exponencial. Probablemente es en estos estados la epidemia se introdujo en épocas más recientes y el número creciente de casos de SIDA refleja la transmisión más acelerada al principio de la epidemia. Es el caso de Oaxaca donde durante 1991 se notificaron 12 casos y en lo que va de 1992 se han notificado 90, o Chiapas donde durante 1991 se notificaron 7 casos y durante 1992 se han notificado 34. El incremento de los casos se observa en diez entidades federativas ocurriendo en el sureste del país y en áreas rurales de otras entidades federativas .

La epidemia ha afectado a las grandes metrópolis y a ciudades de afluencia turística. La ciudad de Veracruz representa el primer lugar en términos de tasa con 470 casos por millón de habitantes, seguida por el Distrito Federal con una tasa de 416 casos por millón de habitantes, Guadalajara con una tasa de 408 casos por millón de habitantes, Cuernavaca con una tasa de 401 por millón de habitantes y Mérida con una tasa de 357 por millón de habitantes.

La epidemia ha afectado particularmente hombres que residen en áreas metropolitanas , lo cual se ha reflejado ya en las tasas de mortalidad. De acuerdo a los datos proporcionados por el Instituto Nacional de Geografía y Estadística a través de la Dirección de Estadística, Informática y Evaluación; a nivel nacional, el SIDA como causa de muerte en hombres de 25 a 44 años representó en 1988 el décimo cuarto lugar con una tasa de 34 por millón de habitantes, en 1989, el décimo lugar con una tasa de 58 por millón de habitantes y en 1990 el sexto lugar con una tasa de 80 por millón de habitantes. Esto es más aparente en el Distrito Federal donde pasó del séptimo lugar durante 1988 con una tasa de 96 por millón de habitantes al cuarto lugar en 1990 con una tasa de 245 por millón de habitantes.

▣ Fecha de inicio y notificación.

Hasta el 30 de septiembre de 1992 se han notificado 11.043 casos acumulados, durante septiembre el promedio de casos nuevos por día fue de 7.3 por lo que en este mes ingresaron al Registro Nacional de Casos de SIDA 220 nuevos casos. Se sigue observando un retraso en la notificación, de los casos notificados en el último mes sólo 96 casos (43.6%) corresponden a personas que se diagnosticaron en los últimos nueve meses. El 47.3% (104 casos) fueron de personas que iniciaron

su padecimiento en 1990 y 1991. De octubre de 1990 a septiembre de 1991 se notificaron 3485 en comparación con los 2470 casos que ocurrieron en la anualidad siguiente, 5955 casos (53.9% del total de casos acumulados) fueron en personas que iniciaron el padecimiento en los últimos dos años. (Cuadro 2).

▣ Distribución geográfica.

De los casos notificados en el último mes, el 37.7% corresponden al Distrito Federal, 10.4% a Jalisco, 9.0% al Estado de México, 7.7% a Puebla, 7.2% a Guerrero y 5.0% a Chiapas, el 23.0% restante fue notificado por trece estados, también se presentaron dos nuevos casos en extranjeros.

Las entidades con mayor proporción de casos son: el Distrito Federal en donde uno de cada 2302 habitantes tienen SIDA o han fallecido por este padecimiento, en el estado de Jalisco uno de cada 4051 habitantes y en el estado de Morelos uno de cada 4108 habitantes. (Cuadro 3). El 56.0% (6188) del total de casos acumulados se concentra en sólo tres entidades, Distrito Federal, Jalisco y el Estado de México.

Las diez ciudades que presentan las tasas (por millón de habitantes) más elevadas de SIDA en México son: Veracruz (470), Distrito Federal (434), Guadalajara (408), Cuernavaca (401), Mérida (357), Puebla (329), Acapulco (300), Tijuana (251), Ciudad Nezahualcóyotl (231) y Monterrey (189).

▣ Edad y Sexo.

Hasta septiembre de 1992 el 85.3% del total de casos acumulados se han presentado en hombres, una proporción similar es la que se ha observado en las dos últimas anualidades, de la misma manera no se observan diferencias importantes en la distribución porcentual por sexo. Los grupos más afectados son los de 25 a 29 años que acumula el 20.3% del total de casos, el de 30 a 34 años tiene el 20.1% el de 35 a 39 el 15.3% el de 20 a 24 el 11.3%, el de 40 a 44 años el 10.0% , y el de 45 a 49 el 6.8 %. El 16.1% se distribuye en los 9 grupos restantes.

El análisis por tasa indica que los hombres son seis veces más afectados que las mujeres, uno de cada 1600 hombres del grupo de edad de 30 a 40 años se ha visto afectado por la enfermedad en comparación a

una de cada 10,350 mujeres de este mismo grupo, en el siguiente quinquenio uno de cada 1,690 hombres se ha visto afectado en comparación con uno de cada 9,940 mujeres del mismo grupo etreo (35 a 39 años). En el grupo de 25 a 29 uno de cada 1,900 hombres se ha visto afectado en comparación con una de cada 15,000 mujeres. La razón hombre mujer es diferente según los grupos de edad, para los grupos más afectados (25 a 39 años) esta razón varía entre 6 y 8 hombres por cada mujer afectada, en donde esta relación es de 1:1 en el grupo de menores de un año. (Cuadro 4)

▣ Ocupación

El grupo de empleados administrativos son los que presentan la mayor incidencia de casos, ya que uno de cada 1130 padece o padeció la enfermedad, el segundo grupo ocupacional más afectado es el de los trabajadores en servicios públicos y personales, en este grupo uno de cada 1770 trabajadores se ha visto afectado y en el grupo de los técnicos uno de cada 1,880 individuos dedicados a esta actividad. Los grupos menos afectados son los campesinos, amas de casa y estudiantes (Cuadro 5).

▣ Categorías de transmisión en adultos.

Hombres.

De los casos notificados este mes, en los que se conoce el factor de riesgo el 48.2% corresponden a hombres con prácticas homo y bisexuales lo cual representa un decremento con respecto al mismo mes del año anterior, en donde esta proporción fue del 63.9% al comparar las dos últimas anualidades también se observa un decremento en cuanto a la transmisión sexual que va de 1,541/1,729 (89.1%) el periodo de octubre de 1991 a septiembre de 1992 vs 2,057/2,386 (86.2) en el periodo de octubre de 1990 a septiembre de 1991, para estos mismos períodos también se observa que no han variado de manera importante el rubro de homosexuales y bisexuales. Sin embargo el grupo de los heterosexuales si ha observado un incremento en la última anualidad 445 /1,729 (25.7) vs 491/2,386 (20.6%)

En la transmisión sanguínea también se ha observado un decremento en la última anualidad 152/1,729 (8.8%) vs 295/2,386 (12.4%), hasta aho-

ra se han notificado 9179 casos en hombres adultos, la categoría que sigue acumulando la mayor proporción de casos es la transmisión sexual de donde el 40.4% corresponde a hombres homosexuales, el 27.9 a bisexuales y 19.1% a heterosexuales, en conjunto estas tres categorías acumulan el 87.4% de los casos (Cuadro 6).

Mujeres.

Veintiséis nuevos casos fueron notificados en el último mes en mujeres, de los cuales el 73.0% fueron debidos a transmisión sanguínea, el 27.0% restante a transmisión sexual. Se ha observado un decremento importante en los casos por transmisión sanguínea, esta categoría fue de 249/423 (58.9%) para el periodo de octubre de 1990 a septiembre de 1991 vs 150/303 (49.9%) para el último periodo de octubre de 1991 a septiembre de 1992 .

En los casos de transmisión heterosexual de las dos últimas anualidades se observa un incremento del 15.8% en esta categoría de transmisión en el periodo de octubre de 1990 a septiembre de 1991 la proporción de casos para este rubro fue de 174/423 (34.7%) vs 153/303 (50.5%) para la anualidad más reciente de octubre de 1991 a septiembre de 1992. Hasta ahora se ha notificado 1497 en mujeres adultas y la mayor proporción de casos se sigue encontrando en transmisión sanguínea, de donde el 58.8% son en mujeres transfundidas, la mayor parte debido a causas obstétricas, 2.8% en exdonadoras remuneradas y 0.7% debido a otras causas de origen sanguíneo, en conjunto el 62.3% de los casos en mujeres son de origen sanguíneo y el 37.7% por transmisión heterosexual (Cuadro 6).

▣ Categorías de transmisión en niños.

Durante el último mes se identificaron diez nuevos casos pediátricos, siete en niños y tres en niñas, ninguno de los casos fue atribuible a transmisión sexual una situación semejante se reportó en septiembre de 1991. De los casos en los que se conoce el factor de riesgo se observa una mayor incidencia en los casos perinatales en el sexo femenino que en el masculino. Hasta septiembre de 1992 se han acumulado 358 casos de SIDA de los cuales el 49.8% son de transmisión perinatal, 28.6% por transfusión sanguínea, 19.4% en niños hemofílicos y 2.2% por abuso sexual (Cuadro 7).

▣ Categoría de transmisión por entidad federativa.

La mayor proporción de casos asociados a homosexualidad se han presentado en Yucatán (48.3%), Baja California Sur (45.0%) y Colima (43.6%).

La mayor proporción de casos por transmisión heterosexual son: Chiapas (43.8%), Tlaxcala (38.0%) e Hidalgo (34.0%). La mayor proporción de casos asociados a transfusión sanguínea se han presentado en los estados de Tlaxcala (30.0%), Puebla (27.3%) y Jalisco (26.5%) (Cuadro 8).

▣ Categoría de transmisión por edad y sexo.

En los cuadros 10 y 11 se muestran los casos de SIDA por categoría de transmisión y sexo por grupo de edad, en esto se puede observar lo siguiente. En el grupo masculino la mayor proporción de casos atribuibles a transmisión sexual se encuentran entre los 20 y 49 años de edad lo cual coincide con ser también los grupos de mayor actividad sexual, para este mismo modo de transmisión en las mujeres los grupos de edad más afectados son entre los 20 y los 34 años (edad reproductiva). En relación a los casos por transfusión sanguínea estos se pueden observar en todos los grupos etreos, pero la mayor proporción en hombres se encuentra entre los 20 y los 49 años. Los casos en hemofílicos se sitúan mayormente entre escolares y adolescentes. En cuanto a los casos de drogadictos intravenosos observamos que existen 8 casos en hombres por cada caso en mujeres y en el sexo masculino el mayor problema se encuentra entre los 25 y 34 años de edad. En los casos en exdonadores remunerados de productos sanguíneos, en los hombres la mayor proporción de casos se sitúa entre los 25 y los 35 años mientras que en las mujeres es entre los 30 y 39 años. Sólo en los casos perinatales no se observa diferencia por sexo y la mayor proporción de casos se encuentra en lactantes y preescolares (Cuadros 9 y 10). (Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos. Boletín Mensual SIDA/ETS op cit. pp 2276 -2287).

CUADRO 1
CASOS NUEVOS DE SIDA POR AÑO DE NOTIFICACION Y SEXO
MEXICO 1983 - 1992
(HASTA EL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1992)

AÑO	CASOS	TASA DE INCIDENCIA (1,000.000 habitantes)	RAZON H / M	PORCENTAJE DE CASOS EN MUJERES
1983	17	0.2	17:0	0.0
1984	26	0.3	25:1	3.8
1985	69	0.8	16:1	5.8
1986	133	1.6	15:1	6.2
1987	798	10.2	14:1	6.6
1988	964	11.3	6:1	14.9
1989	1,499	17.2	5:1	15.8
1990	2,401	30.8	5:1	16.2
1991	3,166	40.6	6:1	15.8
1992	1,961	21.4	6:1	14.9
1983-1992 (acumulados)	11,034	129.0	6:1	14.7



CUADRO 2
CASOS DE SIDA POR SEMESTRE DE INICIO, MEXICO, HASTA EL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1992

SEMESTRE DE INICIO	NO. DE CASOS NOTIFICADOS EN			NO. DE CASOS NOTIFICADOS DE			NO. DE CASOS NOTIFICADOS ACUMULADOS		
	SEPTIEMBRE DE 1991	SEPTIEMBRE DE 1991	SEPTIEMBRE DE 1991	OCTUBRE DE 1991 A SEPTIEMBRE DE 1992	OCTUBRE DE 1991 A SEPTIEMBRE DE 1992	OCTUBRE DE 1991 A SEPTIEMBRE DE 1992	HASTA 30 DE SEPTIEMBRE DE 1992	HASTA 30 DE SEPTIEMBRE DE 1992	HASTA 30 DE SEPTIEMBRE DE 1992
1981 1ER SEM.	0	0	0	0	0	0	1	1	
2DO SEM.	0	0	0	0	0	0	1	2	
1982 1ER SEM.	0	0	0	1	1	0	3	5	
2DO SEM.	0	0	1	1	1	8	13		
1983 1ER SEM.	0	0	2	0	2	10	31		
2DO SEM.	0	0	0	3	0	10	49		
1984 1ER SEM.	0	1	1	2	1	18	67		
2DO SEM.	0	1	1	5	1	54	121		
1985 1ER SEM.	1	0	6	3	8	79	200		
2DO SEM.	0	1	4	10	3	141	341		
1986 1ER SEM.	1	0	3	19	2	156	497		
2DO SEM.	0	0	14	20	13	254	793		
1987 1ER SEM.	2	3	14	27	12	509	1302		
2DO SEM.	2	4	29	49	27	604	1906		
1988 1ER SEM.	2	5	26	85	20	863	2769		
2DO SEM.	2	13	40	132	32	910	3679		
1989 1ER SEM.	2	8	51	183	41	1030	4709		
2DO SEM.	8	14	103	432	73	1152	5861		
1990 1ER SEM.	9	36	155	842	119	1387	7248		
2DO SEM.	8	59	263	1049	161	1320	8568		
1991 1ER SEM.	30	100	517	359	341	1090	9658		
2DO SEM.	57	42	769	63	629	870	10528		
1992 1ER SEM.	84	-	449	-	454	484	11012		
2DO SEM.	12	-	22	-	22	22	11034		
TOTAL	220	287	2470	3485	1961	11034			

FUENTE: INSTITUCIONES DEL SECTOR SALUD HASTA EL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1992

CUADRO 7
CATEGORIAS DE TRANSMISION EN CASOS DE SIDA PEDIATRICOS
MEXICO, HASTA EL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1992

CATEGORIA DE TRANSMISION	NO. DE CASOS NOTIFICADOS EN SEPTIEMBRE DE 1992			NO. DE CASOS NOTIFICADOS EN SEPTIEMBRE DE 1991			NO. DE CASOS NOTIFICADOS DE OCTUBRE DE 1991 A SEPTIEMBRE DE 1992			NO. DE CASOS NOTIFICADOS DE OCTUBRE DE 1990 A SEPTIEMBRE DE 1991			NO. DE CASOS ACUMULADOS EN 1992			No. DE CASOS ACUMULADOS HASTA EL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1992						
	MASC	FEM	TOTAL	MASC	FEM	TOTAL	MASC	FEM	TOTAL	MASC	FEM	TOTAL	MASC	FEM	TOTAL	MASC	%	FEM	%	TOTAL	%	
PERINATAL	0	1	1	6	2	8	23	17	40	28	26	54	15	15	30	86	40.8	76	66.7	162	69.8	
TRANSFUSION	3	1	4	0	0	0	8	6	14	10	2	12	6	6	12	57	27.0	36	31.6	93	28.6	
IBROFILICO	3	0	3	1	0	1	15	0	15	12	0	12	10	0	10	63	29.3	0	0.0	83	19.4	
SUBTOTAL	6	1	7	1	0	1	23	4	29	22	2	24	16	6	22	120	56.9	36	31.6	156	48.0	
TRANS SANGUINEA																						
HOMOSEXUALES	0	0	0	0	0	0	2	0	2	1	0	1	2	0	2	5	2.1	0	0.0	5	1.5	
HETEROSEXUALES	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	1	1	0	0.0	2	1.8	2	0.6	
SUBTOTAL	0	0	0	0	0	0	2	2	4	1	0	1	2	1	3	5	2.4	2	1.8	7	2.2	
TRANS SEXUAL																						
SUBTOTAL	6	2	8	7	2	9	48	25	73	51	28	79	33	22	55	211	100.0	114	100.0	325	100.0	
NO DOCUMENTADO	1	1	2	1	0	1	9	5	14	6	3	9	6	4	10	25	10.4	8	6.4	33	9.2	
TOTAL	7	3	10	8	2	10	57	30	87	57	31	88	39	26	65	236	100.0	122	100.0	368	100.0	

CUADRO 3
CASOS DE SIDA POR REGION GEOGRAFICA
MEXICO, HASTA EL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1992

ESTADO	NO. DE CASOS NOTIFICADOS EN SEPTIEMBRE DE 1992	NO. DE CASOS NOTIFICADOS EN SEPTIEMBRE DE 1991	NO. DE CASOS NOTIFICADOS DE OCTUBRE DE 1991 A SEPTIEMBRE DE 1992	NO. DE CASOS NOTIFICADOS DE OCTUBRE DE 1990 A SEPTIEMBRE DE 1991	NO. DE CASOS ACUMULADOS EN 1992	NO. DE CASOS ACUMULADOS HASTA FIN DE SEPTIEMBRE DE 1991	TASA*	PORCIENTO DEL TOTAL ACUMULADO DE CASOS
REGION CENTRO								
D.F.	83	48	654	1214	486	3578	411	32.4
SUBTOTAL	83	48	654	1214	486	3578	411	32.4
REGION CENTRO ORIENTE								
MEXICO	20	22	232	452	203	1307	126	11.8
PUEBLA	17	11	175	140	122	543	125	4.9
VERACRUZ	3	2	72	75	39	345	53	3.1
MORELOS	5	16	61	109	57	291	230	2.6
GUANAJUATO	3	31	31	48	27	128	30	1.2
QUERETARO	0	1	20	15	19	51	46	0.5
HIDALGO	0	1	11	19	8	50	25	0.5
TLAXCALA	0	1	23	8	6	50	62	0.5
SUBTOTAL	45	85	625	866	481	2765	90	25.1
REGION CENTRO OCCIDENTE								
JALISCO	23	26	211	401	168	1303	233	11.8
MICHOACAN	4	8	104	103	90	337	90	3.1
GUERRERO	16	12	84	119	73	317	114	2.9
SINALOA	1	2	60	40	56	167	71	1.5
SAN LUIS POTOSI	1	0	39	37	25	124	59	1.1
NAYARIT	0	4	34	35	29	123	143	1.1
DURANGO	1	2	17	15	12	76	53	0.7
AGUASCALIENTES	4	0	22	16	16	49	64	0.4
ZACATECAS	0	1	12	12	10	46	34	0.4
COLIMA	0	4	4	14	4	39	87	0.4
SUBTOTAL	50	61	587	792	483	2581	121	23.4
REGION NORTE								
NUEVO LEON	7	18	81	104	68	368	113	3.3
BAJA CALIFORNIA	5	8	93	151	76	321	183	2.9
COAHUILA	4	7	49	49	42	218	105	2
TAMAULIPAS	0	1	48	51	42	178	75	1.6
CHIHUAHUA	0	48	47	59	47	178	69	1.6
SONORA	0	1	24	29	10	79	41	0.7
BAJA CALIFORNIA SUR	0	2	13	12	9	40	119	0.4
SUBTOTAL	16	85	355	455	294	1382	97	12.5
REGION SUR								
YUCATAN	8	1	51	68	35	236	164	2.1
OAXACA	0	0	94	15	90	174	54	1.6
CHIAPAS	11	0	34	7	34	80	24	0.7
TABASCO	1	0	22	8	20	58	37	0.5
QUINTANA ROO	1	0	15	18	11	48	92	0.4
CAMPECHE	0	1	7	3	7	26	47	0.2
SUBTOTAL	21	2	223	119	197	622	58	5.6
SUBTOTAL	218	281	2444	3446	1941	10928	127	99.0
EXTRANJERO	2	6	26	39	20	104	-	1.0
TOTAL	220	287	2470	3485	1961	11034	129	100.0

* TASA POR 1000 DE HABITANTES

CUADRO 4
CASOS ACUMULADOS DE SIDA POR GRUPO DE EDAD Y SEXO
HASTA EL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1992

GRUPO ETAREO	NO. DE CASOS NOTIFICADOS EN 1992			NO. DE CASOS NOTIFICADOS EN 1991			NO. DE CASOS NOTIFICADOS DE DE 1991 A 1992			NO. DE CASOS NOTIFICADOS DE 1990 A 1991			NO. DE CASOS ACUMULADOS EN 1992			NO. DE CASOS ACUMULADOS HASTA 30 DE SEPTIEMBRE DE 1992						TASA			RAZON
	MASC.	FEM.	TOTAL	MASC.	FEM.	TOTAL	MASC.	FEM.	TOTAL	MASC.	FEM.	TOTAL	MASC.	FEM.	TOTAL	MASC.		FEM.		TOTAL		MASC.	FEM.	TOTAL	MASC/FEM
																NO.	%	NO.	%	NO.	%				
<1	0	1	1	5	0	5	15	9	24	18	14	32	12	9	21	52	0.4	39	2.4	91	0.8	52	43.2	46	1/1
1-4	0	1	1	2	1	3	7	8	15	15	13	28	2	7	9	81	0.9	54	3.3	135	1.2	20	13.6	17	2/1
5-9	3	1	4	1	1	2	18	7	25	12	4	16	14	5	19	55	0.6	17	1.1	72	0.7	11	3.4	7	3/1
10-14	4	0	4	0	0	0	17	6	23	12	0	12	11	5	16	48	0.5	12	0.7	60	0.5	9	2.4	6	4/1
15-19	4	0	4	2	1	3	28	12	40	44	16	60	23	9	32	147	1.6	48	3	195	1.8	28	9.2	19	3/1
20-24	19	0	19	32	2	34	203	41	244	355	53	408	163	33	196	1065	11.3	177	10.9	1242	11.3	231	39	136	6/1
25-29	40	3	43	50	10	60	447	50	497	620	79	699	362	36	398	1994	21.2	250	15.4	2244	20.3	527	66.7	296	8/1
30-34	33	6	39	54	9	63	433	73	506	605	102	707	342	61	403	1924	20.4	297	18.3	2221	20.1	625	96.6	361	6/1
35-39	26	12	38	32	5	37	304	52	356	453	89	542	243	43	286	1444	15.3	246	15.2	1690	15.3	591	100.4	346	6/1
40-44	18	2	20	23	4	27	208	39	247	284	52	336	164	31	195	934	9.9	171	10.6	1105	10	462	84.8	274	5/1
45-49	19	0	19	12	4	16	158	31	189	183	41	224	128	24	152	635	6.7	119	7.4	754	6.8	393	73	232	5/1
50-54	8	1	9	10	3	13	67	21	88	125	28	153	56	12	68	377	4	74	4.6	451	4.1	292	56	173	5/1
55-59	10	1	11	7	1	8	43	14	57	81	8	89	47	8	55	239	2.5	37	2.3	276	2.5	229	33.9	129	6/1
60-64	0	0	0	2	0	2	29	2	31	38	10	48	24	1	25	118	1.3	25	1.5	143	1.3	145	28.3	84	5/1
65-MAS	2	0	2	3	0	3	27	3	30	35	13	48	25	1	26	111	1.2	31	1.9	142	1.3	75	17.4	44	6/1
DESC	5	1	6	11	0	11	69	9	78	76	5	81	53	7	60	191	2	22	1.4	213	1.9				9/1
TOTAL	191	29	220	246	41	287	2093	377	2470	2958	527	3485	1669	292	1961	9415	100	1619	100	11034	100	219	37.8	129	6/1

CUADRO 6
CASOS DE SIDA EN ADULTOS POR CATEGORIA DE TRANSMISION Y SEXO
MEXICO, HASTA EL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1992

CATEGORIA DE TRANSMISION	NO. DE CASOS NOTIFICADOS EN SEPTIEMBRE DE 1992			NO. DE CASOS NOTIFICADOS EN SEPTIEMBRE DE 1991			NO. DE CASOS NOTIFICADOS DE OCTUBRE DE 1991 A SEPTIEMBRE DE 1992			NO. DE CASOS NOTIFICADOS DE OCTUBRE DE 1990 A SEPTIEMBRE DE 1991			NO. DE CASOS ACUMULADOS EN 1992			NO. DE CASOS ACUMULADOS HASTA 30 DE SEPTIEMBRE DE 1992					
	MASC.	FEM.	TOTAL	MASC.	FEM.	TOTAL	MASC.	FEM.	TOTAL	MASC.	FEM.	TOTAL	MASC.	FEM.	TOTAL	MASC.		FEM.		TOTAL	
																NO.	%	NO.	%	NO.	%
HOMOSEXUALES MASCULINOS	32	0	32	70	0	70	649	0	649	935	0	935	521	0	521	3236	40.4	0	0	3236	34.4
BISEXUALES MASCULINOS	22	0	22	61	0	61	447	0	447	631	0	631	347	0	347	2233	27.9	0	0	2233	23.9
HETEROSEXUALES	36	12	48	52	15	67	445	153	598	491	174	665	363	123	486	1532	19.1	503	37.7	2035	21.8
SUB TOTAL DE LA TRANSMISION SEXUAL	90	12	102	183	15	198	1541	153	1694	2057	174	2231	1231	123	1354	7001	87.4	503	37.7	7504	80.3
TRANSFUSION	8	7	15	11	19	30	81	142	223	153	230	383	68	100	168	511	6.4	784	58.8	1295	13.9
EDONADORES REMUNERADOS	8	0	8	2	0	2	38	7	45	79	15	94	33	7	40	227	2.8	37	2.8	264	2.8
HEMORRUIJOS	1	0	1	1	0	1	16	0	16	41	0	41	11	0	11	106	1.3	0	0	106	1.1
DROGADICTOS INTRAVENOSOS	2	0	2	2	0	2	17	1	18	22	4	26	14	1	15	62	0.8	8	0.6	70	0.7
EXPOSICION OCUPACIONAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.1	2	0
SUB TOTAL DE LA TRANSMISION SANGUINEA	19	7	26	16	19	35	152	150	302	295	249	544	126	108	234	907	11.3	830	62.3	1737	18.6
HOMOSEXUALES DROGADICTOS LV.	3	0	3	6	0	6	36	0	36	34	0	34	29	0	29	105	1.3	0	0	105	1.1
SUBTOTAL	112	19	131	205	34	239	1729	303	2032	2386	423	2809	1386	231	1617	8013	100	1333	100	9346	100
																	(87.3)		(89.0)		(87.5)
NO DOCUMENTADO	72	7	79	33	5	38	307	44	351	515	73	588	244	35	279	1166	12.7	144	11.0	1330	12.5
TOTAL	184	26	210	238	39	277	2036	347	2383	2901	496	3397	1630	266	1896	9179	100	1497	100	10676	100

CUADRO 8
CASOS ACUMULADOS DE SIDA EN MEXICO HASTA EL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1992. CATEGORIAS DE TRANSMISION POR ENTIDAD FEDERATIVA

	HOMOSEXUAL		BISEXUAL		HETEROSEXUAL		TRANSFUSION		HEMOFILICO		DROG.IV.		DON.REM.		EXP.OCCUP.		HOMO/DROG.I		PERINATAL		NO.DOCUM.		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
AGS	13	26.5	10	20.4	16	32.7	5	10.2	0	0.0	0	0.0	1	2.0	0	0.0	1	2.0	0	0.0	3	6.1	49	100.0
B.C.	94	29.3	70	21.8	46	14.3	33	10.3	0	0.0	11	3.4	2	0.6	0	0.0	16	5.0	9	2.8	40	12.5	321	100.0
B.C.S.	18	45.0	12	30.2	4	10.0	1	2.5	0	0.0	1	2.5	0	0.0	0	0.0	1	2.5	0	0.0	3	7.5	40	100.0
CAMPESCHE	7	26.9	5	19.2	6	23.1	3	11.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	7.7	3	11.5	26	100.0
COAHUILA	82	37.6	56	25.7	39	17.9	12	5.5	9	4.1	1	0.5	0	0.0	0	0.0	3	1.4	2	0.9	14	6.4	218	100.0
COLIMA	17	43.6	6	15.4	9	23.1	4	10.3	0	0.0	0	0.0	2	5.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	2.6	39	100.0
CHIAPAS	16	20.0	16	17.5	35	43.8	10	12.5	2	2.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	3.8	80	100.0
CHIHUAHUA	52	29.2	53	29.8	30	16.9	12	6.7	0	0.0	2	1.1	1	0.4	0	0.0	3	1.7	1	0.6	24	13.5	179	100.0
D.F.	1342	37.5	665	18.6	553	15.5	284	7.9	44	1.2	7	0.2	63	1.8	1	0.0	6	0.2	35	1.0	578	16.2	3578	100.0
DURANGO	25	32.9	22	28.9	19	25.0	6	8.3	2	2.6	1	1.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	3.9	76	100.0
GUANAJUATO	24	18.8	30	23.4	37	28.9	20	15.6	2	1.6	0	0.0	2	1.6	0	0.0	0	0.0	5	3.9	8	6.3	128	100.0
GUERRERO	91	28.7	64	20.2	84	26.5	37	11.7	8	2.5	3	0.9	4	1.3	0	0.0	7	2.2	3	0.9	16	5.0	317	100.0
HIDALGO	10	20.0	10	20.0	17	34.0	7	14.0	1	2.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	2.0	0	0.0	4	8.0	50	100.0
JALISCO	286	21.9	215	16.5	195	15.0	345	26.5	26	2.0	15	1.2	36	2.6	0	0.0	18	1.4	30	2.3	139	10.7	1303	100.0
MEXICO	222	20.0	198	15.1	234	17.9	177	13.5	29	2.2	7	0.5	82	6.3	1	0.1	3	0.2	23	1.8	291	22.3	1307	100.0
MICHOCAN	93	27.6	85	25.2	80	23.7	42	12.5	8	2.4	3	0.9	3	0.9	0	0.0	9	2.7	4	1.2	10	3.0	337	100.0
MORELOS	53	18.2	56	19.2	75	25.8	50	17.2	3	1.0	1	0.3	9	3.1	0	0.0	2	0.7	10	3.4	22	11.0	291	100.0
NAYARIT	30	24.4	35	28.5	17	13.8	28	22.8	1	0.8	1	0.8	1	0.8	0	0.0	2	1.6	3	2.4	5	4.1	123	100.0
NUEVO LEON	156	42.4	102	27.7	65	17.7	11	3.0	5	1.4	2	0.5	0	0.0	0	0.0	10	2.7	2	0.5	15	4.1	368	100.0
OAXACA	41	23.6	51	29.3	46	26.4	17	9.8	2	1.1	0	0.0	1	0.6	0	0.0	2	1.1	3	1.7	11	6.3	174	100.0
PUEBLA	65	12.0	96	17.7	150	27.4	148	27.3	5	0.9	0	0.0	46	8.5	0	0.0	3	0.6	12	2.2	18	3.3	563	100.0
QUERETARO	19	37.3	8	15.7	13	25.5	6	11.8	1	2.0	2	3.9	0	0.0	0	0.0	1	2.0	0	0.0	1	2.0	51	100.0
QUERO	19	39.6	13	27.1	4	8.3	6	12.5	0	0.0	1	2.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	2.1	4	8.3	48	100.0
SAN LUIS POTOSI	37	29.8	42	33.9	22	17.7	10	8.1	0	0.0	1	0.8	2	1.6	0	0.0	2	1.6	5	4.0	3	2.4	124	100.0
SINALOA	37	22.2	46	27.5	35	21.0	20	12.0	2	1.2	3	1.8	1	0.6	0	0.0	1	0.6	4	2.4	18	10.8	167	100.0
SONORA	20	25.3	23	29.1	16	20.3	5	6.3	2	2.5	2	2.5	1	1.3	0	0.0	3	3.8	0	0.0	7	8.9	79	100.0
TABASCO	12	20.7	13	22.4	10	17.2	6	10.3	4	6.9	1	1.7	1	1.7	0	0.0	1	1.7	0	0.0	10	17.2	58	100.0
TAMAULIPAS	49	27.5	44	24.7	44	24.7	16	9.0	2	1.1	0	0.0	1	0.6	0	0.0	1	0.6	1	0.6	20	11.2	178	100.0
TLAXCALA	4	8.0	1	2.0	19	38.0	15	30.0	2	4.2	0	0.0	2	4.0	0	0.0	0	0.0	1	2.0	5	10.0	50	100.0
VERACRUZ	109	31.6	90	26.1	63	18.3	26	7.5	4	1.2	1	0.3	4	1.2	0	0.0	1	0.3	3	0.9	44	12.8	345	100.0
YUCATAN	116	45.3	73	28.9	22	9.7	10	4.2	3	1.1	1	0.4	0	0.0	0	0.0	3	1.3	3	1.3	4	1.7	258	100.0
ZACATECAS	11	23.9	6	13.0	12	26.1	11	23.9	0	0.0	1	2.2	0	0.0	0	0.0	2	4.3	0	0.0	3	6.5	46	100.0
EXTRANJERO	23	21.1	19	17.9	19	17.9	7	6.6	0	0.0	2	1.9	0	0.0	0	0.0	3	2.8	0	0.0	23	21.7	108	100.0
TOTAL	3241	29.4	2233	20.2	2037	18.5	1388	12.6	169	1.5	70	0.6	284	2.4	2	0.0	105	1.0	162	1.5	1363	12.4	11034	100.0

CUADRO 9
CASOS ACUMULADOS DE SIDA EN HOMBRES POR CATEGORIAS DE TRANSMISION Y GRUPO DE EDAD EN MEXICO
HASTA EL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1992

GRUPO ETAREO	HOMOSEXUAL		BISEXUAL		HETEROSEXUAL		TRANSFUSION		HEMOFILICO		DROG.I.V.		DON.REM.		EXP.OCLUP.		HOMO/DROG.I		PERINATAL		NO.DOCUM.		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No.	%
<1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	5.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	45	86.5	4	7.7	52	100.0
1-4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	27	33.3	7	8.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	35	43.2	12	14.8	81	100.0
5-9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	15	27.3	29	52.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	6	10.9	5	9.1	55	100.0
10-14	5	10.4	0	0.0	0	0.0	12	25.0	27	56.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	8.3	48	100.0
15-19	57	38.8	28	19.0	19	12.9	8	5.4	19	12.9	3	2.0	0	0.0	0	0.0	1	0.7	0	0.0	12	8.2	147	100.0
20-24	397	37.3	258	24.2	160	15.0	61	5.7	22	2.1	9	0.8	18	1.7	0	0.0	15	1.4	0	0.0	125	11.7	1065	100.0
25-29	763	38.3	481	24.1	317	15.9	89	4.5	17	0.9	18	0.9	44	2.2	0	0.0	33	1.7	0	0.0	232	11.6	1994	100.0
30-34	719	37.4	460	23.9	334	17.4	90	4.7	16	0.8	13	0.7	57	3.0	0	0.0	24	1.2	0	0.0	211	11.0	1924	100.0
35-39	521	26.1	359	24.9	252	17.5	50	3.5	9	0.6	7	0.5	55	3.8	0	0.0	15	1.0	0	0.0	176	12.2	1444	100.0
40-44	328	35.1	243	26.0	151	16.2	52	5.6	7	0.7	5	0.5	18	1.9	0	0.0	7	0.7	0	0.0	123	13.2	934	100.0
45-49	185	29.1	187	29.4	111	17.5	48	7.6	3	0.5	0	0.0	12	1.9	0	0.0	5	0.8	0	0.0	84	13.2	635	100.0
50-54	97	25.7	97	25.7	77	20.4	32	8.5	5	1.3	2	0.5	14	3.7	0	0.0	2	0.5	0	0.0	51	13.5	377	100.0
55-59	67	28.0	51	21.3	39	16.3	30	12.6	1	0.4	0	0.0	4	1.7	1	0.4	0	0.0	0	0.0	46	19.2	239	100.0
60-64	33	28.0	14	11.9	29	24.6	17	14.4	0	0.0	2	1.7	1	0.8	0	0.0	1	0.8	0	0.0	21	17.8	118	100.0
65-MAS	15	13.5	21	18.9	20	18.0	28	25.2	2	1.8	1	0.9	1	0.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	23	20.7	111	100.0
DESC	54	28.3	34	17.8	23	12.0	6	3.1	5	2.6	2	1.0	3	1.6	0	0.0	2	1.0	0	0.0	62	32.5	191	100.0
TOTAL	3241	34.4	2233	23.7	1532	16.3	568	6.0	169	1.8	62	0.7	227	2.4	1	0.0	105	1.1	86	0.9	1191	12.7	9415	100.0

CUADRO 5
CASOS DE SIDA POR OCUPACION EN MAYORES DE 15 AÑOS, MEXICO HASTA EL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1992

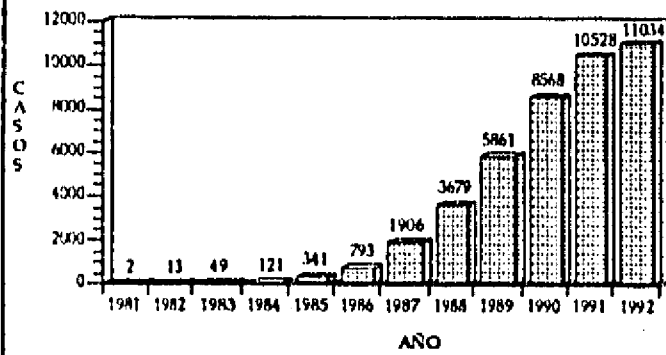
OCUPACION	NO. DE CASOS NOTIFICADOS EN SEPTIEMBRE DE 1992	CASOS ACUMULADOS HASTA EL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1992		
		NUMERO	%	TASA*
EMPLEADOS ADMINISTRATIVOS	31	1677	17.4	86
TRAB. DE SERV. PUBLICOS Y PERSO.	36	1200	12.5	56.4
TECNICOS	4	271	2.8	53.0
PROFESIONALES	19	747	7.8	33.8
TRABAJADORES DE LA EDUCACION	9	513	5.3	30.4
COMERCIANTE	17	824	8.6	28.0
OSEROS	23	1141	11.8	21.0
OPERADOR DE TRANSPORTE	3	217	2.3	19.9
FUNCIONARIOS PRIVADOS	0	67	0.7	19.7
DESEMPLEADO	7	294	3.1	18.5
FUNCIONARIOS PUBLICOS	0	10	0.1	13.9
CAMPESINO	13	397	4.1	6.6
AMA DE CASA	15	895	9.3	5.7
ESTUDIANTE	9	286	3.0	2.4
OTRAS OCUPACIONES	21	1092	11.3	5.0
SUBTOTAL	209	9635	100.0	17.5
SE DESCONOCE	1	1341	19.2	
TOTAL	210	10676	100.0	19.4

1. DISTRIBUCION DE LA POBLACION DE ACUERDO A LOS DATOS DE LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD

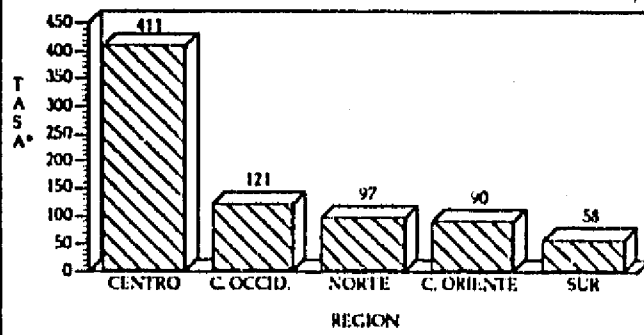
CUADRO 10
CASOS ACUMULADOS DE SIDA EN MUJERES, POR CATEGORIA DE TRANSMISION Y GRUPO DE EDAD EN MEXICO, HASTA EL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1992

GRUPO ETAREO	HETEROSEXUAL		TRANSFUSION		DROGAS		DON.REM.		EXP.OCCUP.		PERINATAL		NO DOCUM.		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
<1	0	0.0	1	2.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	37	94.9	1	2.6	38	100.0
1-4	0	0.0	17	31.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	36	66.7	1	1.9	54	100.0
5-9	0	0.0	10	54.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	17.6	4	23.5	17	100.0
10-14	2	16.7	8	66.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	16.7	12	100.0
15-19	24	50.0	19	39.6	3	6.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	4.2	48	100.0
20-24	81	45.8	75	42.4	0	0.0	4	2.3	0	0.0	0	0.0	17	9.6	177	100.0
25-29	100	40.0	129	51.6	1	0.4	3	1.2	0	0.0	0	0.0	17	6.8	250	100.0
30-34	106	35.7	144	48.5	2	0.7	11	3.7	0	0.0	0	0.0	34	11.4	297	100.0
35-39	76	30.9	139	56.5	1	0.4	9	3.7	1	0.4	0	0.0	20	8.1	246	100.0
40-44	44	25.7	102	59.6	0	0.0	2	1.2	0	0.0	0	0.0	21	13.5	171	100.0
45-49	24	20.2	69	58.0	0	0.0	5	4.2	0	0.0	0	0.0	21	17.6	119	100.0
50-54	19	25.7	40	54.1	0	0.0	2	2.7	0	0.0	0	0.0	13	17.6	74	100.0
55-59	16	43.2	18	48.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	8.1	37	100.0
60-64	2	8.0	20	80.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	12.0	25	100.0
65-MAS	5	16.1	22	71.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	12.9	31	100.0
DESC	6	27.3	7	31.8	1	4.5	1	4.5	0	0.0	0	0.0	7	31.8	22	100.0
TOTAL	565	31.2	820	50.6	8	0.5	37	2.3	1	0.1	76	4.7	172	10.6	1619	100.0

INCIDENCIA ACUMULADA POR FECHA DE INICIO

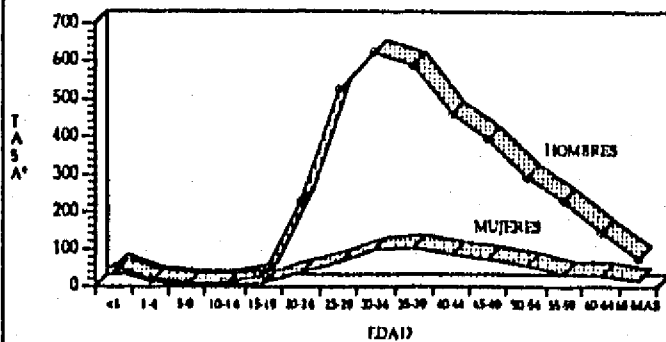


REGION GEOGRAFICA



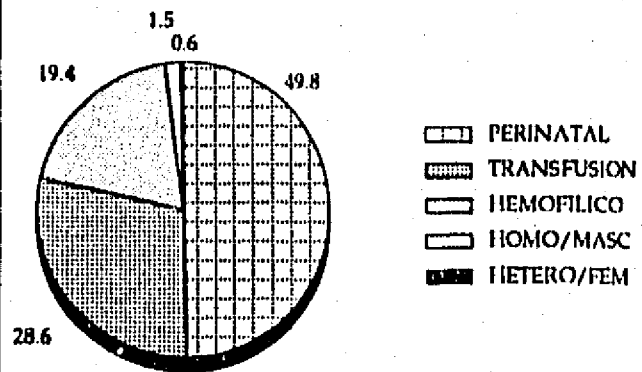
* TASA POR 1 000 000 HABITANTES

TASA POR EDAD Y SEXO



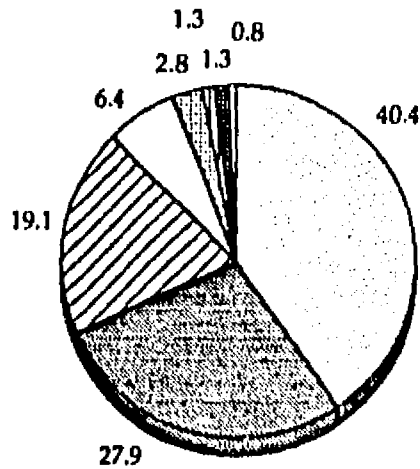
* TASA POR 1 000 000 HABITANTES

CATEGORIA DE TRANSMISION EN CASOS PEDIATRICOS

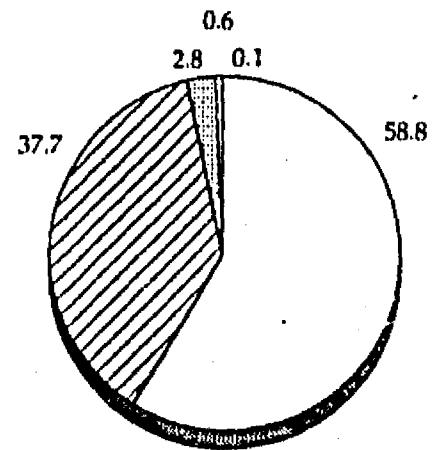




CATEGORIA DE TRANSMISION EN ADULTOS



HOMBRES



MUJERES

EDAD Y SEXO

