



140
Zej

**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

***LA ANSIEDAD DE PACIENTES CON SIDA
Y SU PERCEPCIÓN EN LA PAREJA.***

T E S I S
**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO
DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A :
MANCILLA LÓPEZ MARÍA MARTHA

ASESOR: Mtra. SOFÍA RIVERA ARAGÓN

MÉXICO, D.F.

ENERO, 1996

1995
FALTA 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.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

I ETIOLOGÍA

II EPIDEMIOLOGÍA

III VÍAS DE TRANSMISIÓN DE VIH.

IV RELACIONES MÁS SEGURAS

V ANSIEDAD

-ANSIEDAD Y SIDA

VI PAREJA

-PAREJA Y SIDA

VII MÉTODO

- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

- HIPÓTESIS

- VARIABLES

- DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES

- DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

- SUJETOS

- MUESTREO

- TIPO DE ESTUDIO

- DISEÑO

- ESCENARIO

- INSTRUMENTO

- PROCEDIMIENTO

- RESULTADOS

ANÁLISIS DESCRIPTIVO

ANÁLISIS INFERENCIAL

ANÁLISIS DE VARIANZA

CORRELACIÓN DE PEARSON

VIII DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

- SUGERENCIAS

- LIMITACIONES

- BIBLIOGRAFÍA

- APÉNDICE

AGRADECIMIENTOS.

*Tuya es, oh Jehová, la magnificencia
y el poder, la gloria, la victoria y el
honor; porque todas las cosas que
están en los cielos y en la tierra son
tuyas. Tuyo, oh Jehová, es el reino,
y tú eres excelso sobre todos.*

*Las riquezas y la gloria proceden
de ti, y tú dominas sobre todo; en tu
mano está la fuerza y el poder, y en
tu mano el hace grande y el dar poder
a todos.*

*Ahora pues, Dios nuestro, nosotros
alabamos y loamos tu glorioso nombre.*

1º de Cr. 29:11

*He peleado la buena batalla,
he acabado la carrera, he guardado la fe.*

2ª Ti 4:7

*A SOFIA RIVERA ARAGON:
POR SU GUIANZA Y TIEMPO QUE ME BRINDO.*

*AL H. JURADO:
MTA . LUCY REIDL MARTINEZ
DR. ROLANDO DIAZ LOVING
LIC. ELSA ORTEGA BLAKE
MTA. MARIA MONTERO Y LOPEZ LENA
MTA. SOFIA RIVERA ARAGON
MUCHAS GRACIAS.*

*A LAS AUTORIDADES Y PERSONAL DE CONASIDA POR LAS
FACILIDADES DADAS PARA REALIZAR
LA PRESENTE INVESTIGACION. EN
ESPECIAL AL LIC. BENJAMIN PELAYO NARANJO*

*A TODAS LAS PERSONAS QUE PROPORCIONARON LA
INFORMACIÓN NECESARIA PARA LA ELABORACION
DE ESTE TRABAJO*

*A MIS PADRES:
PEDRO Y MARTHA POR BRINDARME LA VIDA,
SU GUÍA, SU SOSTEN Y SU AMOR.*

*A MI ESPOSO:
RICHARD POR TU APOYO, CARIÑO Y COMPRESIÓN
A LO LARGO DE MI CARRERA*

*A MI HERMANA SARAI Y SU FAMILIA:
POR SU ESTÍMULO DE SIEMPRE.*

*A MI ABUELA MARIA Y TIOS:
CON CARIÑO Y AFECTO.*

INTRODUCCIÓN.

En sólo una década el SIDA se ha convertido en una de las más importantes enfermedades en la salud pública.

Se ha encontrado una alta prevalencia de infectados que incrementa el riesgo individual de contagio entre los miembros de la población. El ejercicio de la sexualidad en la población afecta el riesgo de adquirir la infección entre sus individuos.

El conjunto de decisiones que asume cada individuo a lo largo de su existencia configura su estilo de vida, factor determinante de la salud. Algunas conductas y hábitos asumidos por los individuos incrementan su riesgo de contagiarse con el Virus del Síndrome de Inmunodeficiencia Humana; entre ellos destacan los contactos sexuales inseguros, la exposición a psicoactivos y drogas ilegales y la imprevisión de accidentes. Sin embargo, los hemofílicos, por su necesidad de transfusiones, están expuestos a riesgos mayores de contagio.

Los individuos que presentan lesiones mucocutáneas abiertas al exterior, son más propensos a la infección en relación con el virus de SIDA, se ha demostrado que el riesgo de contagiarse y de contaminar a otros es significativamente mayor entre quienes presentan enfermedades de transmisión sexual de carácter ulcerativo.

Una vez que el individuo se sabe portador del VIH+ o que ha estado expuesto al virus de manera tan efectiva, experimenta lapsos de depresión, sentimientos de culpa, ansiedad, represión de la sexualidad, y los sentimientos de abandono que afectan a los contactos sociales familiares y sexuales de infectados enfermos. Incluye también el miedo irracional y disfunción por la población en general, en relación con el Sida, miedo que obliga a los

individuos, no infectados asumir conductas emocionalmente costosas y en ocasiones, supremamente penosas para ellos mismos y para los demás.

El impacto social se expresa en la desintegración de estructuras sociales alrededor del infectado, parejas, familias que pueden desmoronarse al paso de la epidemia.

Por tal motivo se cree que es de gran interés conocer la ansiedad en seropositivos y seronegativos y como esta afectando su relación de pareja ante el problema del Sida, observar quienes ha tomado conciencia de la gravedad del problema, si han continuado con las mismas conductas de riesgo o simplemente se ha tomado el problema como inexistente y a la vez no hay cambios.

En este estudio realizado se trata en el capítulo de etimología los antecedentes del VIH y una breve semblanza de como y donde apareció.

También quienes fueron los primeros que sufrieran esta enfermedad. En epidemiología se habla de como se difundió la enfermedad. Los diferentes mecanismos de transmisión y de los factores que influyen en su propagación.

En las prácticas más seguras para evitar el riesgo del VIH y de alguna otra infección se habla del uso y desuso del condón.

Por otra parte se habla de la ansiedad en pacientes seropositivos y de como repercute en su pareja.

ETIOLOGÍA

La historia se remota al año de 1981, a los Estados Unidos de Norteamérica: Los Angeles, San Francisco y Nueva York. Un inmunólogo de la Universidad de California, el doctor Michael Gottlieb, fue el primero que dio cuenta de los extraños acontecimientos: en un lapso de tres meses supo lo que vendría. Cuatro pacientes suyos afectados por una rara infección pulmonar -Neumonía por Pneumocystis Carinii-, que usualmente afecta a personas con cáncer y receptores de trasplantes, pero que ahora afectaba a personas que habían gozado de excelente salud (Time, agosto 12, 1985). La sorpresa del doctor Gottlieb fue mayúscula: sus cuatro pacientes tenían su sistema inmunológico severamente deprimido y una característica en común: los cuatros eran hombres jóvenes, de alrededor de 30 años y homosexuales. El doctor Gottlieb cuando recibió el tercer caso supo que el asunto era novedad, así que con el cuarto no le cupo ya la menor duda: cayó en la cuenta de que estaba asistiendo a una revelación médica.

Confirmada ésta, el doctor Gottlieb hizo lo que tenía que hacer: notificar su descubrimiento a las autoridades de salud.

En Nueva York, mientras tanto, ocurrían otras revelaciones. El doctor Alvin Friedman-Kien descubría a un paciente con Sarcoma de Kaposi, un raro cáncer de origen mediterráneo, nada común en gente joven, pero que esta ocasión afectaba a un paciente muy parecido a los del doctor Gottlieb: un hombre joven de alrededor de 30 años y homosexual (News Week, 12 agosto 1985).

El Centro de Control de las enfermedades de Atlanta, quedaba notificado, y en junio de 1981 expedía informe sobre la novedad médica. La respuesta no se hizo esperar de otros doctores de Los Angeles, San Francisco y Nueva York: más casos de Neumonía por Pneumocystis Crinii y más casos de Sarcoma de Kaposi, y más características comunes de los pacientes: hombres jóvenes, de alrededor de 30 años, homosexuales (Times, agosto 12,

1985).

La enfermedad era indescifrable, sus víctimas no lo eran: eran homosexuales, dato más que suficiente para establecer el diagnóstico implacable: "Gay Related Inmunodeficiency"

(GRID).

La revista Time divulgó: Para Agosto, a menos de tres meses de su primer reporte, el Centro de Control de Enfermedades de Atlanta entraba en conocimientos de más de cien casos de lo que ya estaba siendo divulgado como la plaga gay; no obstante el hecho de que por lo menos seis pacientes decían ser heterosexuales y uno mujer (Time, agosto 12, 1985).

Estableció el diagnóstico médico, Inmunodeficiencia Relacionada a la Homosexualidad, la especie se proyectó como reguero de pólvora por todo el mundo y los rincones más apartados de la tierra supieron la nueva: plaga gay, cáncer gay, peste rosa, peste lila.

El Centro de Control de las Enfermedades intensificaba sus investigaciones en el medio homosexual; detectives en enfermedades investigan en grupos de homosexuales, indagan prácticas sexuales, buscan la comprobación GRID. Indagan en el uso de los poppers (nitritos) como la causa probable de la enfermedad y los descartan. Se interesan por el sexo anal y lo encuentran sospechoso de ser el mejor conducto para la entrada del mal al torrente sanguíneo. Se dirigen a la promiscuidad, que les puede dar razón de la "inmunidad sobrecargada", pues muchos de los primeros pacientes tenían una vida excesivamente activa, con cientos de parejas y un largo historial de enfermedades venéreas en infecciones.

En enero de 1983 el profesor Luc Montagnier y su equipo del Instituto Pasteur, aislaban un virus de Linfadenopatía relacionada al Virus de Inmunodeficiencia Humana (LAV). Y un año después, Robert Gallo declaraba en Estados Unidos haber descubierto el

VIH y agregado un nuevo galardón a la ciencia estadounidense. Tras no leves forcejeos entre los científicos norteamericanos y los franceses en defensa del propio descubrimiento, quedó establecido que el agente infeccioso se llamaba Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), y el cuadro patológico, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Simultáneamente, los científicos descubrían también que el agente infeccioso no sólo tenía preferencia por los homosexuales, sino igualmente por personas que habían recibido transfusiones de sangre, hemofílicos, usuarios de drogas intravenosas, africanos y haitianos heterosexuales "Cuadro estadístico de los centros para el Control de las Enfermedades en Estados Unidos. Casos a julio de 1985: homosexuales o bisexuales, 8. 716; consumidores de drogas intravenosas, 1,613; receptores de transfusiones de sangre, 106 ; hemofílicos, 70; heterosexuales, 14 (contacto con personas infectadas); otros, 593 (incluidas 332 personas nacidas en lugares donde el Sida es epidémico, África y Haití, y aquéllos con expedientes incompletos). (Revista time, 12 agosto 1985)"

Los médicos americanos ligados al Centro de Control de las Enfermedades / Roberto Gallo no renunciaron del todo a su tesis original de GRID. Aceptaban desde luego que la enfermedad podía afectar a cualquier persona, aunque en los hechos estaban más convencidos de la enfermedad homosexualizada, corregida y aumentada ahora mediante la visión de los grupos de riesgo homosexuales, bisexuales, heroinómanos, hemofílicos, haitianos y africanos, agravada por la hipótesis, según la cual la fuente de contagio original fueron los homosexuales vía o africanos. El reordenamiento de la enfermedad tenía sentido, no sería casual que tan luego como aparecieron los primeros casos heterosexuales de SIDA en los Estados Unidos, las instituciones de salud se aportaron a clasificarlos dentro del concepto: "contacto con grupos de riesgo", esposas de bisexuales, etcétera. "Casualmente, en un estudio de SIDA en Florida, los doctores Mark E. Whiteside y Caroline Macleod, codirectores del Instituto de Medicina Tropical de Miami, Florida, descubrieron en el poblado de Belle Glade (con la más alta tasa per cápita de casos de SIDA en Estados Unidos) que el 50 por ciento de casos clasificados como de riesgo no identificado por el

Centro de Control de las Enfermedades de Atlanta, en realidad correspondían a formas de transmisión heterosexual y no a transmisión por contacto con los llamados (grupos de riesgo). (Ver compendio sobre SIDA de Robert Lederer, Convert Action, Número 28, p.49, verano 1987).

Tras la divulgación de la fuente de contagio homo/bisexual, las versiones sobre el mal se multiplicaron por el mundo occidental, mediante las formas más caprichosas de mitos y delirios, para desembocar todas juntas en un tratamiento más terrible que la enfermedad: en la culpabilización social del grupo homosexual, en el linchamiento moral de las víctimas, en el escrino ritualizado en torno a los muertos y en el interés obsesivo por la orientación sexual de los contagiados y la indagación tenaz de todos los secretos de los homosexuales.

De esta atmósfera daría cuenta un actor: Rock Hudson, cuya enfermedad trascendió a su fama cinematográfica, convertida en escándalo sexual. Este actor fue erigido como la síntesis de todo: de los avances de la enfermedad real e irreal, de los miedos vigentes a la homosexualidad, de la saña del escarmio informativo. A partir de él, el torrente de la información: rumores y resentimientos en el lugar de la enfermedad y más allá del actor, como pretexto, el interés desmedido de médicos y medios de comunicación por conocer la forma de operar de los homosexuales, sus encuentros sexuales, el ligue, estilos de vida, lugares de reunión, etcétera; todo lo que pudiera explicarles la "causas de la enfermedad".

ORIGEN DEL SIDA.

El doctor Luc Montagnier afirma en un diálogo con Andrea Burg, dice: Se supone que VIH-I es también originario de África (como el VIH II). Se examinaron, retrospectivamente, las muestras de sus tomadas en los años 70 de individuos africanos (especialmente en Zaire), y se encontraron anticuerpos contra el VIH-I. Al proceder a la investigación sobre sueros europeos o americanos de esos años, no encontramos nada. De ahí se deduce que el virus

sea más antiguo en esas regiones de África .(ICYT, revista de CONACYT, septiembre de 1987).

Los doctores Eduardo Vázquez Valles y Omar Matsui Santana, investigadores del SIDA en el Instituto de Patología Infecciosa y Experimental de la Universidad de Guadalajara (La Jornada, agosto 12, 1985), mencionan que aún cuando no se ha precisado el origen del SIDA, se cree que algún animal pudo haber sido el causante, ya que en África, entre algunas tribus existe el rito de matar un animal al pasar de la adolescencia a la juventud, y con el mismo cuchillo que le dieron muerte se hacen adornos o tatuajes en el cuerpo. El virus que estuvo en la sangre de aquel animal se transmite al hombre.

Se han omitido varias hipótesis: pudo ocurrir por una mordida o por la absorción de cecina de mono, ya que este tipo de carne se vende en los mercados africanos, El virus en estado seco resiste más tiempo. Es posible que un individuo con una lesión en la boca haya sido contaminado en esa forma. Sin embargo, hoy día no se encuentran casos de seropositivos entre los cazadores de monos del Senegal, ni entre los pigmeos, cazadores del mono verde (Luc Montagnier, op. cit.).

El origen del SIDA está en el Tercer Mundo, aseguran en Estados Unidos. Según una versión médica, la plaga apareció en 1981 y su posible origen está en un mono de África, cuya saliva portaría el virus maligno. Luego las mordeduras del simio habría infectado al ser humano. Una publicación norteamericana afirmó que el origen del SIDA está en el Tercer Mundo y que los transmisores del mal a Estados Unidos posiblemente fueron haitianos que vivieron un tiempo en África. (Ovaciones, 2a. edición , marzo 15, 1986).

Esta segunda historia tiene como escenario a los países del Tercer Mundo África Central - Zaire, Ruanda, Burundi - El Caribe y Haití.

Tan pronto como los científicos descubriendo el SIDA en los Estados Unidos, volvieron los

ojos hacia otros países en busca de sus orígenes. El doctor Myron Essex de la Escuela de Harvard: el azote se originó en los monos, especialmente en los monos verdes de África. En un muestreo de sangre de 200 monos de esa región se descubrió que el 70 por ciento de ellos estaban infectados de un virus similar al que causa el SIDA en los humanos. El virus pudo haber pasado de los monos al hombre durante los últimos veinte o cuarenta años, pues ya otros virus han dado ese salto -el virus de la fiebre amarilla-, los monos verdes además viven a menudo en estrecha relación con los seres humanos y frecuentemente los muerden. (Myron Essex, Time, 12 agosto 1985).

El doctor Roberto Gallo, descubridor del VIH en Estados Unidos: parece que después de permanecer localizado por algún tiempo en puntos específicos de África Central, el virus empezó a moverse hacia toda esa región a principios de los setenta. Más tarde, durante esa misma década, llegó a Haití, y de ahí pudo trasladarse a Europa y América (Gallo R. 1987).

El doctor Luc Montagnier, lo estadounidense, la Fuerza de Paz de la ONU, fueron a Zaire, después de la independencia del país (1960). Algunos pudieron haber sido contaminados por el virus en ese momento. Llegaron También haitianos a Zaire, que luego regresaron a Haití. Otra posibilidad más reciente es la de los viajes por avión a partir de contactos entre homosexuales aeromozos con zaireños, suponiendo que estos últimos estuvieran en el origen de ese virus, lo cual, queda todavía por demostrarse (Montagnier 1987).

La mayoría de estas hipótesis se sustentan principalmente en ciertos movimientos sociales a partir de la independencia de la República del Congo. Como recogió el periodista norteamericano Robert Lederer en 1960, cuando el Congo Belga conquistó su independencia, se trasladaron ahí varios cientos de profesores haitianos con el fin de dar apoyo al país hermano, y de ahí se sugiere que algunos pudieron haberse contagiado del virus y más tarde, a su regreso a Haití, lo propagaron por contacto sexual a la población haitiana. Asimismo se especula que los turistas gay norteamericanos, muy afectos a veranear en Haití en los

setentas, podrían haber sido el contacto con la enfermedad, vía hombres prostitutas, que abundan en la isla. Luego, su teoría, serían los viajeros gay quienes desparramaron el virus hacia Estados Unidos y Europa, mientras que los gay consumidores de drogas intravenosas a otros drogadictos a través del uso compartido de jeringas (Lederer R.)

Todas estas teorías, sin embargo, han sufrido modificaciones con el paso del tiempo, con el GRID, si no es que serios reveses por parte de otros científicos que han demostrado su artificialidad. Si la ciencia oficial había dicho que el SIDA era una enfermedad endémica en Africa desde los cincuenta, hoy se confirma que no es así: que los primeros casos detectados en Africa y Haití son contemporáneos o posteriores a los de los Estados Unidos del año 1978, y la enfermedad pudo haber hecho un recorrido inverso: Estados Unidos-Haití-Africa. Si los científicos afirmaron que la pobreza, la promiscuidad sexual y la prostitución de los africanos, eran factores determinantes para la aparición del SIDA, hoy se comprueba que los primeros casos de Africa nada tuvieron que ver con personas de extracción humilde, sino con personas de clases acomodadas. Como publicó en New York Times, el SIDA en Africa fue predominantemente un fenómeno urbano, que afectó principalmente a grupos de altos ingresos.

En Kigali, la capital de Ruanda, donde se ha registrado el mayor número de casos, se localiza fundamentalmente entre personas de la clase media y alta con ingresos equivalentes a 3 y 6 mil dólares anuales (Lawrence 1986).

EL SIDA EN MÉXICO

En 1985 la fiebre de noticias sobre la enfermedad antes del sismo, Rock Hudson tiene SIDA, repiten la radio, la televisión y los periódicos; el astro viajó a París, sabe que va a morir. 22 casos en México; reconoce el IMSS, 8 han muerto, la peste del siglo XX, 12 mil casos detectados en Estados Unidos, Norteamérica la capital del SIDA, los homosexuales sus

victimas comprobadas; la plaga gay, la peste viaja en satélite, la peste está entre nosotros, 22 casos declara el IMSS.

En agosto hablan por fin las instituciones médicas el país, dan cifras contradictorias: 50 enfermos señala el Instituto Nacional de la Nutrición; 85 según la Asociación de Médicos Mexicanos; 90 según conteos realizados en Salubridad, IMSS e ISSSTE 63 es el dato oficial, establecido el titular de la Secretaría de Salud, Guillermo Soberón Acevedo. El doctor Soberón da a conocer a la opinión pública el primer informe sobre la institución del SIDA en México. El funcionamiento trata de calmar los ánimos "Los mexicanos no tienen porque alarmarse a causa del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida que ha alcanzado un alto grado de incidencia en otras naciones, ya que de un total de 63 casos detectados en México, sólo han sido comprobados 17". Más voces lo secundan que "no hay de qué preocuparse, la población en México que no pertenece a los grupos de alto riesgo, tiene una probabilidad prácticamente nula de adquirir la infección " dice los doctores Martha Céspedes de Gómez, del Hospital General, Guillermo Ruiz Palacios del Instituto Nacional de la Nutrición, Jesús Kumate de Salubridad. (Excélsior, agosto 30 1985).

"Con 50 casos de SIDA en el país ó 100 si se quiere pensar en los que escapan de diagnóstico, no tienen sentido distraer grandes recursos económicos o humanos, como ocurre en Estados Unidos para investigar y combatir el mal, cuando hay otros padecimientos.." completa Ruiz Palacios. (El Universal, agosto 12 1985).

Se ha investigado la frecuencia de infección por VIH a través de encuestas seroepidemiológicas y estudios en grupos específicos.

Hombres homosexuales y bisexuales, se han efectuado encuestas serológicas en período de 1985 a 1989 en 18 ciudades en el país. La prevalencias ha ido en asenso en los períodos estudiados.

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 cerró con 134 casos de SIDA. Para diciembre ya eran 266 los casos.

Debido al creciente número de personas afectadas, el Sida fue incluido en el grupo de enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica en abril de 1987. En mayo de ese mismo año los casos sumaban 487. Para entonces se hicieron modificaciones a la Ley General de Salud.

Fundamentalmente se ratificó la obligación de notificar de inmediato los casos de SIDA y de VIH positivos y se prohibió la comercialización de la sangre.

En 1988 los casos de SIDA sumaban 1502 (Sepúlveda, 1989). Por otra parte, en agosto de 1988 fue creado el Conasida, organismo desconcentrado de la Secretaría de Salud. La notificación de los casos debe ser inmediata y obligatoria según lo asentado en los artículos 134 y 136 de la Ley General de Salud (Sepúlveda, 1989).

Hasta el año de 1990 se reportaron 5400 casos de SIDA, de los cuales en el Distrito Federal se concentran 1800 (CONASIDA, 1990 citado en Alfaro, Rivera y Díaz, 1991).

Para Octubre de 1991 se habían reportado 7170 casos de SIDA en México (Weekly Epidemiological Record Oct. 4, 1991):

Para Diciembre de 1991 el número de casos de SIDA en México era de 9,073. La diferencia con la cifra anterior radica en que hay casos que tienen un retraso de notificación que va desde 1 hasta 9 semestres (boletín Mensual SIDA/ETS Enero, 1992).

El número de casos acumulados hasta el 31 de mayo de 1992 eran de 9994 (Boletín

Mensual SIDA/ETS Junio, 1992). Para el 31 de Julio de 1992, el número de casos eran de 10,610 (Boletín Mensual SIDA/ETS Agosto, 1992).

El número de casos acumulados hasta 1993, el número de casos eran de 20,522 (Boletín Mensual SIDA /ETS MARZO, 1995.

El número de casos acumulados hasta 1994, el número de casos eran de 21,626 (Boletín Mensual SIDA /ETS MARZO, 1995.

El número de casos acumulados hasta 1995, el número de casos eran de 22,055 (Boletín Mensual SIDA /ETS MARZO, 1995.

Hasta el 1 de marzo de 1995, el Registro Nacional de Casos de SIDA cuenta con 22,055.

Se registró un promedio de 9 casos de SIDA, 263 se registraron en el último mes. En los casos notificados durante el presente años se continúa observando retraso en la notificación.

La estimación del número real de casos de SIDA en México es superior a 31,900, al corregir por subnotificación y retraso en la notificación.

En Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control del la Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana del 17 enero de 1995.

Definición de SIDA MEXICANA

Se considerará que una persona es un "caso de SIDA", cuando satisfaga la siguiente

definición de la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (Secretaría de Salud, Conasida 1995) :

Sin evidencia de laboratorio de infección por VIH ya que la prueba no se realizó o sus resultados son indeterminados y en ausencia de otra causa de inmunosupresión o inmunodeficiencia, los siguientes diagnósticos comprobados por microscopía o cultivo son criterios para establecer el diagnóstico de caso de SIDA:

- *Neumonía por Pneumocystis carinii;*
- *Candidiasis esofágica, traqueal, bronquial o pulmonar;*
- *Infección diseminada por M. kansasii o complejo M. avium-intracelulare (en un sitio distinto o en asociación a pulmón, piel o nódulo linfático hilar o cervical);*
- *Infección por Herpes simplex, causante de úlcera mucocutánea de más de un mes de duración o bronquitis, esofagitis o neumonitis que afecte a personas mayores de un mes de edad;*
- *Infección por Citomegalovirus de un órgano interno, que no sea el hígado, brazo o ganglio linfáticos, en pacientes con más de un mes de edad;*
- *Toxoplasmosis cerebral en pacientes mayores de un mes de edad;*
- *Criptosporidiasis con diarrea, de más de un mes de duración;*
- *Estrongiloidosis extraintestinal;*
- *Leucoencefalopatía multifocal progresiva;*
- *Sarcoma de Kaposi en pacientes menores de 60 años;*
- *Linfoma primario cerebral en pacientes menores de 60 años;*
- *Hiperplasia pulmonar linfoide o neumonitis intersticial linfoide en menores de 13 años;*
- *Criptococosis extrapulmonar.*

Cuando la prueba de laboratorio para VIH es positiva:

Uno ó más de los diagnósticos comprobados por microscopía o cultivo.

EPIDEMIOLOGÍA EN MÉXICO

Según los datos oficiales hasta el 1 de Marzo de 1995, el número de casos acumulados de SIDA en México era de 22,055. En lo que se refiere al estado actual de los enfermos. En lo que se refiere al estado actual de los enfermos, el 57.7% han fallecido, continúan vivos 34.9% y no se tiene ninguna información de la evolución del 7.4% (Boletín Mensual SIDA /ETS Marzo, 1995).

Por otra parte, la distribución geográfica de la epidemia indica que las entidades con mayor número de casos son el Distrito Federal, Jalisco y Estado de México.

VÍAS DE TRANSMISIÓN DEL VIH.

El blanco del virus es el linfocito cooperador CD4 y también el macrófago. De manera que, para ser infeccioso, el virus debe franquear la barrera sanguínea. Los estudios epidemiológicos de la distribución de los casos de SIDA en todo el mundo manifiesta claramente dos vías de transmisión más comunes que son la sexual y la sanguínea, a la fecha también se sabe que cuando una madre se encuentra infectada lo más probable es que su hijo nazca con el virus del VIH.

TRANSMISIÓN SEXUAL- Este tipo de transmisión ocurre cuando hay un intercambio de semen y fluidos vaginales y uno de los participantes se encuentra infectado por el VIH.

El VIH puede ser transmitido sexualmente por vía directa, como:

COITO ANAL: Cualquier práctica sexual que implique laceraciones de la mucosa rectal es considerada de alto riesgo. La penetración peneana por el recto se convierte, por esto, es un acto peligroso en cuanto a la transmisión del VIH.

COITO VAGINAL: En este tipo de coito existen menos riesgos de contagio debido a las características anatomofisiológicas de la propia mucosa vaginal. Es probable que el riesgo de infección aumente durante el período menstrual ya que la composición de las secreciones vaginales, que durante los días que no hay sangrado pueden impedir el paso al VIH, cambian durante los días de sangrado. En consecuencia, a condición que la mujer no esté menstruando, parecería ser más probable que el coito vaginal al transmisión del VIH ocurra de un hombre infectado a una mujer no infectada que viceversa. Esto podría deberse a que se ha encontrado en las mucosas vaginales de mujeres infectadas por VIH anticuerpos contra el virus dificultan su transmisión de mujer a hombre (Richardson, 1990).

Los doctores Forest y O'Hagan (citados por Lu, Belec, Martin y Pillot, 1991), realizaron varias investigaciones sobre esto y enfatizan la necesidad de investigar más ampliamente sobre la inmunidad existente en las mucosas vaginales de mujeres infectadas por

VIII.

Existe información en cuanto a la posibilidad de que el VIH se transmita a través de la relación oral-peneana, oral-vaginal u oral-anal aunque esto todavía no ha sido demostrado con seguridad:

TRANSMISIÓN ORAGENITAL.- en una publicación de 1987 de la revista The Lancet, se comenta el caso de una bailarina de 24 años nacida en Filipinas quien fue sometida a una prueba de detección del VIH al entrar en un país mediterráneo. Al comunicársele que la prueba era positiva, se le pidió que regresara a su país donde se realizó otro estudio de detección que también resultó positivo. Esta mujer era homosexual, había tenido una compañera estable y relaciones sexuales con un gran número de mujeres de diferentes nacionalidades practicando el contacto orogenital entre otros. Negó cualquier tipo de contacto heterosexual así como el consumo de drogas intravenosas y no tenía antecedentes de transfusión sanguínea. La explicación más probable de infección de VIH en este caso es una transmisión entre mujeres (Monzón y Capellán, 1987).

Por otro lado. (Greenhouse 1987) hablando de las recomendaciones sobre prácticas sexuales, señala que el connilingus se ha considerado como una actividad de bajo riesgo lo que significa "la casi certeza de ausencia de riesgo". Aunque en la saliva es posible aislar el VIH a títulos bajos, no existen pruebas de que pueda alcanzar una concentración o viabilidad suficiente para ser transmisibles; con respecto al anilingus, el autor comenta que ni en su modalidad activa ni receptiva se ha asociado a seropositivación, y no se ha registrado ninguna seroconversión en 30 médicos que sufrieron repetidas laceraciones por mordiscos de un hemofílico con alteraciones cerebrales que presentaban antígeno VIH positivo. Muchos investigadores afirman que la saliva, las lágrimas y la orina, debido a su poca concentración de VIH, no son considerados por sí mismos fuentes de contagio.

TRANSMISIÓN SANGUÍNEA.- En una investigación reciente de Curran, Lawrence

y Jaffe (1987, citados en Pérez y Farías, 1990) se señala que la aparición de casos de SIDA en receptores de productos sanguíneos y la incidencia de la infección en donantes fue uno de los primeros indicadores de la naturaleza infecciosa de la enfermedad. Este tipo de transmisión del VIH puede ocurrir en las siguientes situaciones:

- a) En la recepción de sangre o cualquier hemoderivado.
- b) En la utilización de agujas y jeringas inadecuadamente esterilizadas, como es el caso de la drogadicción intravenosa, la automedicación y la escarificación del personal que aplique la inyección.

TRANSMISIÓN PERINATAL. - Se acepta que la transmisión del VIH de una madre a su hijo puede ocurrir por 3 mecanismos y en 3 momentos distintos (Sepúlveda, 1989):

a) *Vía de transmisión placentaria.* - Desde que empezaron a aparecer los primeros casos en lactantes se sospechó de esta vía debido al período relativamente corto en que algunos de ellos desarrollaban SIDA y al reporte de casos de niños infectados que presentaban una apariencia dismórfica característica, que hacía sospechar la transmisión temprana en el útero. Se ha podido demostrar la infección por VIH en los tejidos de un feto de 15 semanas de gestación, y el virus ha sido aislado de la placenta y el líquido amniótico.

b) *Durante el parto.* - Sucede al existir contacto de la sangre materna con la del niño; 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 anteriormente a través de la placenta.

c) *Transmisión por lactancia.* En este aspecto se tienen dos posiciones:

- La primera posición es; el virus se ha aislado de la fracción celular de la leche en portadoras sanas. Sin embargo, el riesgo de transmisión por la lactancia se desconoce, pero parece ser muy bajo comparado con los anteriores. Esta posición se ha manejado en la mayoría de la literatura especializada.

- La segunda posición establecida por la norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana, establece que las madres infectadas por VIH no deberán amamantar a su hijo, si cuenta con la posibilidad de disponer de sustitutos de leche materna. En caso contrario, se recomienda continuar la alimentación al seno materno (Secretaría de Salud, Conasida 1995).

Recientemente se ha propuesto cambiar el término transmisión perinatal por el de transmisión vertical el cual cubre la transmisión que ocurra en cualquier momento del embarazo, el parto o posteriormente al nacimiento. Se han reportado casos de madres infectadas que dan a luz niños sanos así como de madres positivas en detección de anticuerpos, pero negativas al cultivo que dan a luz a niños infectados. Esto depende, entre otros factores, de la evolución de la infección en la madre y el estado de maduración del sistema inmunológico del niño en el momento en que ocurre la transmisión.

MANIFESTACIONES

Manifestaciones de la infección por VIH de acuerdo con los CDC (Centers for Disease Control):

Para esquematizar el espectro clínico de la infección por el VIH, los Centros para Control de Enfermedades de los Estados Unidos han establecido una clasificación para describir los diferentes etapas de la enfermedad.

El momento en que VIH penetra al organismo no es detectable por cuadro clínico ni por los estudios de laboratorio, tampoco es posible, en la gran mayoría de los casos, definir en forma posible, en la gran mayoría de los casos, definir en forma retrospectiva el momento en que la infección ocurrió. Sepúlveda (1989) proporciona la clasificación de las manifestaciones de la infección por VIH según los CDC:

FASE 1. INFECCIÓN AGUDA:

Aproximadamente, entre el 10 y 15% de los pacientes presentan síntomas algunas semanas después de adquirida la infección (malestar general, fiebre, dolor articular,

erupción cutánea generalizada). Al conjunto de esos síntomas se le denomina "Infección Aguda por VIH. Pueden presentarse otros síntomas como es el crecimiento de ganglios y falta de apetito. En pocos casos el cuadro puede ser severo, con manifestaciones a nivel de sistema nervioso, con pérdida del estado de alerta y desorientación, o inclusive un cuadro de meningitis. Habitualmente la sintomatología cede espontáneamente 2 a 4 semanas después de haber iniciado, sin dejar secuelas, salvo en algunos casos el crecimiento ganglionar.

FASE II. INFECCIÓN ASINTOMÁTICA (LATENCIA):

Independientemente de que hayan presentado un cuadro de infección aguda o no, todos los pacientes infectados por VIH pasan por una etapa en la cual no tienen ninguna manifestación clínica, y en ellos la infección es detectable únicamente mediante pruebas serológicas.

FASE III. LINFADENOPATIA GENERALIZADA:

El término linfadenopatía se refiere a enfermedad en los ganglios linfáticos que habitualmente se manifiesta por crecimiento, dolor y cambios en la consistencia de los mismos al tacto. En esta fase hay pérdida de peso, fiebre persistente, diarrea y dificultad para concentrarse.

FASE IV. OTRAS ENFERMEDADES RELACIONADAS CON LA INFECCIÓN POR VIH:

a) **ENFERMEDAD CONSTITUCIONAL (Síndrome de desgaste).**- Se basa en la presencia de ataques importantes al estado general, pérdida de peso particularmente grave (mayor del 10%), fiebre, sudoración nocturna, palidez y diarrea.

b) ENFERMEDAD NEUROLÓGICA:

1.- **Encefalopatía por VIH.**- Se caracteriza por una constelación de alteraciones en las funciones cognitivas, motoras y conductuales. El deterioro quizá lleve a un estado de mutismo total, a cuadros de manía o psicosis, y a debilidad muscular extrema que conduce a inmovilidad total, incluyendo incontinencia de esfínteres.

Macario y Scharre (1987) encontraron que la psicosis esquizofreniforme aguda sugiere una alteración en las vías dopaminérgicas. Han descrito diversos trastornos del movimiento sugestivos de un desequilibrio de dopamina y que a veces precede a otras manifestaciones del SIDA. La presencia del VIH en células infectadas altera la síntesis de proteínas, incluidos los neurotransmisores en las células cercanas que no han sido invadidas realmente por el virus.

Debido a esta inhibición, cabe prever un número creciente de psicosis agudas en los pacientes con SIDA.

Thomas (1987) menciona que a medida que se va develando la historia natural del SIDA, se aprecia que el VIH infecta a menudo la sustancia neuronal y ello puede constituir la primera y a veces única manifestación de la enfermedad. Debe sospecharse de SIDA en cualquier paciente que presente una psicosis de origen desconocido y unos antecedentes de prácticas homosexuales o abuso de drogas intravenosas. En estos casos es necesario practicar una prueba de anticuerpo contra el VIH.

2.- Mielopatía por VIH.- El término se refiere al daño a nivel de la médula espinal. Cuanto más cerca del cráneo ocurra el daño, mayor será la zona comprometida.

3.- Neuropatía Periférica.- Existe daño únicamente a nivel de las terminaciones nerviosas. Se puede dañar a los nervios sensoriales (produciendo adormecimiento, hormigueos y dolor); también se pueden afectar los nervios autónomos que regulan los órganos que no se pueden controlar a voluntad, como el corazón y los intestinos).

4.- Meningitis Aséptica (inflamación de las meninges).- Se le denomina aséptica cuando los cultivos para bacterias son negativos. El principal síntoma es dolor de cabeza persistente.

c) INFECCIONES SECUNDARIAS:

Categoría C1: INFECCIONES CLÁSICAS DEL SIDA.-

1. Neumonía por *Pneumocystis Carinii*.- Se trata de una infección oportunista provocada por un parásito y que suele provocar neumonía llevando en ocasiones a los enfermos de SIDA a la muerte. Enfermedades oportunistas son aquellas poco comunes en la

gente saludable, pero que se encuentran con frecuencia en las personas cuyo sistema inmunológico se encuentra debilitado.

2. *Criptosporidiasis Crónica.* - Es una infección provocada por un parásito protozoario que se encuentra en un intestino de los animales. Se puede transmitir al hombre, alojándose en su intestino y causándole una severa diarrea. Este parásito se transmite también de humano a humano, frecuentemente en personas cuyo sistema inmunológico no se encuentra en óptimas condiciones.

3. *Toxoplasmosis.* - Ocasiona crisis periódicas de fiebre.

4. *Estrogiloidiasis Extra-intestinal.* - es una enfermedad parasitaria causada por *estróngilo* (frecuente en los animales y raro en el hombre). Usualmente habita en el riñón y puede caminar en el uréter provocando hemorragias.

5. *Candidiasis (esofágica, bronquial o pulmonar).* - Un hongo llamado *Cándida albicans* provoca este tipo de infección.

6. *Criptococosis.* - El hongo *criptococcus Neoformans* es causante de una infección oportunista que se adquiere por vía respiratoria.

7. *Infección crónica por Citomegalovirus (CMV).* - Es un virus emparentado con la familia de los herpes virus. Las infecciones por CMV pueden ocurrir sin sintomatología o con síntomas inespecíficos como escalofríos, fiebre, irritación de garganta, debilidad y crecimiento ganglionar, hepatitis o neumonía. En casos con inmunodeficiencia puede haber alteraciones de la visión.

8. *Herpes simple crónico mucocotáneo diseminado.* - Esta infección viral se manifiesta por medio de vesículas agrupadas sobre la superficie de la piel o de las mucosas.

Categoría C2: OTRAS INFECCIONES.

1. *Herpes Zoster Multifocal.* - Se caracteriza por una erupción vesiculosa que forma cúmulos de 5 a 15 vesículas rodeadas de un reborde rojizo y localizadas a nivel de los filetes nerviosos de la piel. El dolor es persistente con períodos de exacerbación a menudo nocturnos. También puede ser oftálmico, localizado a nivel del quinto par craneal caracterizado por dolores del trigémino y lesiones de la córnea.

2. *Bacterias recurrentes por Salmonella.*- La presencia de este tipo de bacterias se manifiesta por: escalofríos intensos fiebre, diarrea persistente y pérdida de peso.

3. *Nocardiosis.*- Micosis debida a un hongo de la familia de las Oosporas llamado *Lanocardia*.

4. *Tuberculosis.*- Esta enfermedad puede afectar todos los órganos de una manera aislada o simultáneamente; es ocasionada por el basilo de Koch.

d) CANCERES SECUNDARIOS RELACIONADOS DIRECTAMENTE CON EL VIH:

1. *Sarcoma de Kaposi.*- Es una forma de cáncer en la piel que suele manifestarse con la aparición de manchas violetas y tumores. Anteriormente a la aparición de la epidemia del SIDA, esta enfermedad solía presentarse únicamente en personas de edad avanzada. Brooks (1987) investigó acerca del Sarcoma de Kaposi describiendo características inhabituales de la enfermedad, por ejemplo un notable predominio en varones y la fuerte asociación con la Inmunodeficiencia.

2. *Linfoma no Hodgkin.*- El término linfoma se refiere a cáncer de los ganglios linfáticos. La forma más característica de los pacientes con SIDA es la variedad denominada No Hodgkin, que tiende a comportarse de manera agresiva, y a atracar primero en localizaciones extralinfáticas, y posteriormente los ganglios.

3. *Linfoma Cerebral Primario.*- Este tipo de cáncer, puede afectar, a parte de los ganglios, al Sistema Nervioso Central, la médula ósea, la piel y los intestinos. Es extremadamente raro que los pacientes que no tienen SIDA presenten el Linfoma primario del S.N.C. (es decir, el que se manifiesta únicamente a ese nivel).

e) OTRAS ENTIDADES RELACIONADAS CON LA INFECCIÓN POR VIH:

1. *Linfoma de Hodgkin.*- En los pacientes con SIDA existe mayor predisposición para desarrollar este tipo de linfoma que en personas previamente sanas. El linfoma de Hodgkin es frecuente en personas jóvenes pero en personas con SIDA se comporta más agresivamente.

2. *Púrpura Trombocitopénica.*- El término púrpura se aplica a un grupo de enfermedades caracterizada por deficiente coagulación, debida a su vez a la disminución en el número total de plaquetas (trombocitopenia), que son las células sanguíneas responsables de la coagulación a disfunción de estas células o a excesiva fragilidad de los vasos sanguíneos.

3. *Dermatitis Seborréica.*- Es una enfermedad cutánea que procede de la hipertrofia de las glándulas sebáceas. Se caracteriza por caída del cabello, erupción, comezón y sensaciones de quemadura.

4. *Nefropatía por VIH.*- La nefropatía se refiere a enfermedades en el riñon y en otras partes relacionadas con el aparato urinario. Este tipo de alteraciones es frecuente en los pacientes con SIDA.

PRUEBAS DE DETECCIÓN DE ANTICUERPOS:

Actualmente se ofrecen tres tipos de pruebas de detección a la gente que desea saber si está infectada con el VIH (HEIN y Digerónimo, 1991):

I . Pruebas de detección de anticuerpos.

II . Pruebas de antígenos.

III. Cultivos virales

I. PRUEBAS DE DETECCIÓN DE ANTICUERPOS:

El individuo infectado por el VIH desarrolla anticuerpos específicos contra el virus, es decir, se convierte en seropositivo (situación en la que existe presencia de anticuerpos en la sangre producidos por el organismo como respuesta a alguna enfermedad y que se detecta por medio de un estudio de laboratorio del suero) (Sepúlveda, 1989).

a) *Prueba de ELISA (Ensayo Inmunoenzimático).*- Detecta los anticuerpos que han sido producidos cuando el cuerpo está infectado con el VIH.

b) *Prueba de Western Blot.*- Se suele usar para la comprobación de las muestras de sangre que resultaron positivas con la prueba de ELISA.

II. PRUEBAS DE ANTIGENOS:

Detectan el VIH en sí, y no tanto sus anticuerpos . Un antígeno hace que el cuerpo genere anticuerpos. Hay diferentes tipos de pruebas de antígenos, y cada una detecta diferentes partes del virus . Las pruebas de antígenos junto con las de detección de anticuerpos, pueden dar a conocer si una persona está infectada, así como el período de la infección en que se encuentra.

En Julio de 1988, se anunció una prueba de antígenos llamada PCR (cuya finalidad es detectar la reacción en cadena de la plimerasa).

a) *PCR (Polymerase Chain Reaction).*- Esta prueba puede detectar el VIH antes de que el cuerpo empiece a generar anticuerpos, y a pesar de que el virus se encuentre escondido en las células.

"Esta nueva técnica (PCR) da la posibilidad a los médicos de separar las células de sangre de las moléculas de DNA permitiéndoles, de esta manera, aislar el virus del VIH con un 94% de exactitud. Así mismo, esta técnica hace posible la detección del virus una semana después de la infección". El uso de esta prueba es restringido debido a que requiere una tecnología muy especializada, sin embargo, se pretende que poco a poco se vaya incrementando su uso.

III. CULTIVOS VIRALES:

Un cultivo viral es una prueba de laboratorio en la que los laboratoristas hacen crecer el VIH proveniente de las células o de los líquidos corporales de una persona infectada. Sin embargo, aún cuando una persona esté definitivamente infectada, el virus no siempre crece. Es por ello que los cultivos se usan sólo en combinación con otros tipos de pruebas.

RESULTADOS DE LA PRUEBA DE DETECCIÓN DEL VIH:

RESULTADOS FALSO-POSITIVO.-

Algunas veces, los resultados de la prueba, pueden ser positivos cuando en realidad, la persona en cuestión no tiene el VIH. Es más probable que los resultados falso-positivo ocurran en el caso de personas que no llevan a cabo ninguna de las actividades que se consideran de alto riesgo, a saber:

-Quienes tengan vida sexual activa con varias personas, o la hayan tenido de 1981 a la fecha.

-Quienes han sufrido infecciones transmitidas sexualmente.

-Quienes sean o hayan sido receptores de sangre o productos derivados de la sangre a partir de 1981.

-Quienes sean hemofílicos.

-Quienes practiquen la prostitución (femenina o masculina).

-Quienes tengan actividad sexual con individuos que se dedican a la prostitución.

-Mujeres que se encuentran en edad gestacional y que posean algún factor de riesgo como:

a) haber usado drogas por vía intravenosa.

b) haber practicado la prostitución.

c) haber tenido compañeros sexuales infectados o que posean un factor de riesgo.

-Quienes han tenido relaciones sexuales con hombres bisexuales, homosexuales o consumidores de drogas intravenosas.

Sólo una de cada 10,000 personas con conductas de alto riesgo estará infectada. Las probabilidades de que una persona no infectada obtenga resultados falsos-positivos son de 1 en 10,000. Cuando la gente que ha llevado a cabo actividades de alto riesgo se somete a las pruebas de detección, en más de 99 de 100 casos los resultados positivos corresponden a una situación real de infección.

El Conasida, a través de su boletín mensual SIDA/ETS DE ABRIL DE 1992, informa que existe un número de casos en los que a pesar de aplicar la prueba de Elisa más las pruebas confirmatorias, quedan como indeterminados y sólo con el seguimiento médico y serológico durante por lo menos seis meses se puede determinar si están o no infectados.

RESULTADOS FALSOS- NEGATIVOS.-

En ocasiones, las pruebas de detección del VIH pueden resultar negativas aún cuando la persona esté infectada con el virus. Este tipo de resultados falso-negativo tiene lugar durante el "período de ventana", que se refiere al tiempo que le toma al cuerpo producir una cantidad de anticuerpos tal, que pueda ser detectada en las pruebas (por lo general este tiempo va de unas cuantas semanas a seis meses).

En la Octava Conferencia Internacional sobre el SIDA llevada a cabo en el mes de julio de 1992 en Amsterdam Holanda, en donde más de once mil científicos y otros expertos se reunieron, se dio a conocer públicamente el caso de personas que presentaban el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida pero que al aplicarles las pruebas conocidas para la detección del VIH, éstas resultaban negativas. El doctor Jeffrey del Hospital Cornell Medical Center en Nueva York describió cinco de estos casos en que las personas sufrían una especie de SIDA pero no era posible encontrar huella del VIH en ninguna parte de su cuerpo (un caso similar se había reportado en Florencia, Italia hace un año pero fue interpretado como un fraude) pero este año varios científicos de la audiencia contaron su experiencia con otros casos similares sumando un total de aproximadamente 30 casos (Gorman, 1992).

Esta revelación planteó la posibilidad de que un nuevo virus esté emergiendo. Otra teoría, sugerida por el doctor francés Luc Montagnier (citado en Gorman, 1992), quien descubrió el VIH, es que estos extraños casos fueron causados por una o más formas mutantes del VIH que fueron alteradas tan radicalmente que no pueden ser detectadas por las pruebas estandarizadas.

¿Como se produce la infección del VIH ?

Antes de llegar a contraer la infección, una persona puede verse expuesta al VIH una o muchas veces. A mayor frecuencia de exposición, mayores, serán sus posibilidades de infección.

Para poder infectar a alguien, el VIH tiene que penetrar en el riego sanguíneo. Una vez en la sangre, el VIH ataca al sistema inmunológico. Pues el sistema inmunológico protege al cuerpo mediante la producción en la sangre de células que combaten las enfermedades. Entre esas células se encuentran las células T4, cuyo papel es identificar al intruso y autorizar otras células a que produzcan anticuerpos para eliminarlo. Una vez en el riego sanguíneo, el VIH se introduce y habita en las células T4. Para reproducirse altera la estructura genética de las células en las que vive y las transforma en "fabrica de virus" (Calluy, Jo y Jones, Helen, 1990).

Durante las primeras semanas posteriores a la infección, el virus se reproduce rápidamente. A partir de entonces, los anticuerpos contra el VIH empiezan a destruirlo, reduciéndolo a niveles mínimos, (Clark, Stephen J 1991), pero no son capaces de eliminar el virus del cuerpo por completo, posiblemente porque está "escondido" dentro de las células T4. Todavía queda mucho por comprender sobre el proceso de esta enfermedad. Es importante protegerse contra la exposición al virus, incluso después de haber contraído la infección, ya que la exposición repetida hace que aumente la cantidad de virus en el riego sanguíneo.

¿Se sabe cuándo se ha contraído la infección?

La mayoría de los portadores del VIH no son conscientes de haber contraído la infección .

Muchos no presentan ninguna manifestación. Tras contraer la infección hay quien muestra síntomas que pueden durar varios días o semanas. Normalmente, los síntomas mencionados con mayor frecuencia son fiebre, inflamación glandular, irritación de garganta, salpullidos y malestares. Estas dolencias normalmente desaparecen, aunque es posible que

continúe la inflamación glandular (Clark, Stephen J. 1991). Puede que la persona no se dé cuenta de lo que ha sucedido, ya que estos síntomas son normales en el caso de un catarro, gripe y otra enfermedad.

Tampoco es posible averiguar de forma inmediata si se ha contraído la infección, incluso si se hace un análisis de sangre. La prueba que se utiliza actualmente para detectar la infección del VIH hace un conteo de los anticuerpos presentes en la sangre contra el virus; la presencia de anticuerpos es lo que indica que existe la infección. La sangre requiere de dos a seis meses, más en algunos, casos, para producir suficientes anticuerpos contra el VIH como para que el análisis de sangre los detecte. Esto es lo que se conoce como período latente, durante el cual una persona puede transmitir la infección aunque su prueba haya sido negativa.

Por lo tanto, el protegerse contra la infección es importante para todos.

¿Qué sucede una vez que el VIH penetra en el riego sanguíneo?

Una vez en la sangre, el VIH puede viajar a otras partes del cuerpo. El VIH ha sido aislado en células del tracto gastrointestinal, riñones, pulmones, médula ósea, ciertas células del cerebro, glándulas adrenales, ojos, corazón, articulaciones, hígado, piel y timo (Levy, Jay A, 1990). El virus no necesariamente penetra en todos los tejidos. Esto explica el hecho de que algunas personas desarrollen ciertas enfermedades relacionadas con el VIH, y otras personas desarrollen otras dolencias diferentes, así como por qué las mujeres y los hombres no siempre contraen las mismas enfermedades.

En los hombres, el VIH ha sido aislado en la próstata y en los testículos (Levy, Jay A, 1990). En el semen del hombre infectado el virus se puede encontrar en cantidades variables, hallándose en algunos casos en concentraciones mucho mayores que en la sangre.

El VIH se ha detectado también en los espermatozoides, en los cuales es posible que

se pueda reproducir (Baccetti, Baccio, 1991. Miller, Scofield, Bagasra, Freund, Whenhao 1990). Existen pruebas sustanciales de que los espermatozoides pueden contribuir a la reproducción del VIH en revestimiento del canal reproductivo femenino, particularmente si existe inflamación (Miller, Scofield, Bagasra, Freund, Whenhao 1990; Scofield, Virginia 1991).

En la mujer, el VIH ha sido aislado en el tejido cervical, (Levy, Jay A, 1990. Forrest, Bruce D, 1991. Donegan, SP 1990); mucosidades cervicales y vaginales, en el revestimiento vaginal, en la sangre menstrual (Vogt, Markus W, 1987. Wofsy, Constance y otros 1986. Henin, 1990) y en la placenta (Levy, Jay A, 1990). En el reducido número de casos de mujeres estudiados, sólo en algunas ocasiones, fueron observadas pequeñas cantidades del VIH en estos puntos y no en todos los casos.

Cuanto mayor sea la cantidad de virus en el semen o en la vagina de una persona infectada mayor es la posibilidad de que la misma pueda transmitir el virus sexualmente.

El virus ha sido aislado en cantidades muy pequeñas en otros fluidos corporales, a pesar de ello, sólo se consideran infecciosos la sangre, los espermatozoides/semen y las mucosidades vaginales de toda persona portadora del VIH.

¿Como puede el VIH causar enfermedades?

El VIH es un virus de acción lenta. Cuando los niveles de VIH son bajos, el virus puede permanecer en el cuerpo durante años causando pocos o ningún problema.

Con el transcurso del tiempo, otros organismos causantes de enfermedades penetran el riego sanguíneo y el sistema inmunológico se ve activado. Las células T4 también se activan y las que contienen el VIH producen más VIH. Estos nuevos virus pueden invadir otras células T4 .

Es por esta razón que resulta tan importante que los portadores del VIH se mantengan

en buena salud, y que al enfermarse obtengan rápidamente tratamiento contra esas enfermedades.

Cuanto más se active el sistema inmunológico para combatir enfermedades o infecciones, más se reproducirá el VIH. (Calluy, Jo y Jones, Helen, 1990). Al parecer, el virus también evita que la sangre produzca nuevas células T4. No está claro si el VIH destruye directamente al sistema inmunológico o sin hace que el sistema inmunológico se autodestruya. Al quedar menos células "T4" sanas que puedan combatir las infecciones se inicia un ciclo de enfermedades vinculadas al VIH.

Ciertos organismos que en potencia podrían ser fatales y que normalmente serían controlados por el sistema inmunológicos, pueden entonces causar enfermedades. Estas infecciones se denominan "oportunistas" porque es la falla en el funcionamiento del sistema inmunológico lo que les da la oportunidad de invadir.

¿Qué es el SIDA?

SIDA significa síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Inmunodeficiencia quiere decir que existe algo que impide que el sistema inmunológico funcione correctamente, un síndrome es un grupo de síntomas o enfermedades de origen común, en este caso el VIH.

Se dice que una persona tiene SIDA si el VIH reduce el sistema inmunológico hasta un cierto nivel y o cuando se encuentran presentes una o más enfermedades vinculadas al VIH.

La función del sistema inmuloógico puede medirse mediante un análisis que cuenta la cantidad de células T4 llamadas también linfocitos (CD4) presentes en la sangre. Se considera que dicha función impedirá en grado avanzado cuando el conteo es inferior a 200 células por milímetro cúbico de sangre.

Si existieran los recursos y servicios necesarios, casi todas las enfermedades relacionadas con el VIH podrían ser tratadas. Así los que tienen VIH no tendrían porqué sentirse enfermos y aquéllos con el sida no tendrían por qué sentirse gravemente enfermos, o al menos, no durante todo el tiempo.

Es posible que el SIDA se desarrolle más rápidamente si una persona se ve expuesta al VIH de forma repetida.

¿Enferman o fallecen todos los portadores del VIH?

Algunas persona han sido portadoras del VIH durante 12 años o más sin presentar ningún síntoma o enfermedad. Puede ser que sus organismos hayan desarrollado factores de autoprotección eficaces, y quizás nunca lleguen a enfermarse. Es posible que a partir de estos casos los investigadores logren descubrir cómo prevenir la enfermedad en los portadores del VIH.

La mayoría de los afectados por el VIH contraen enfermedades vinculadas al mismo, y dichas enfermedades pueden darse de forma irregular durante un período de meses o años. Es muy posible que al principio aparezcan síntomas o enfermedades leves, pero en algunas personas la primera señal de la presencia del VIH es una enfermedad grave (Levy, Jay A, 1990). Hay quien contrae más de una enfermedad grave y su salud se debilita rápidamente.

Desafortunadamente, todo parece indicar que cuanto más tiempo lleve infectada una persona, aunque se encuentre bien, mayor es la posibilidad de que pierda su función inmunológica, se enferme gravemente y fallezca. (Levy, Jay A, 1990).

Se puede dar ciertos patrones de enfermedad y salud distintos debido a que ciertas variedades del VIH son más virulentas que otras. También es posible que el virus actúe de forma más o menos virulenta en la misma persona en el transcurso de un período de tiempo. (Clark, Stephen J, 1991. Levy, Jay A, 1990). Así mismo, el estado de salud general de una persona puede alterar la situación. Los tratamientos pueden prolongar considerablemente tanto la vida como la salud de una persona. Las mejoras en cuanto al tratamiento y el cuidado de los afectados, en aquellos lugares donde se tiene acceso a ellas, están consiguiendo que la infección del VIH sea una enfermedad crónica que puede ser controlada por períodos de tiempo cada vez mayores.

RELACIONES SEXUALES MÁS SEGURAS

Conocer como se transmite el SIDA permite entender la forma de prevenirlo. De esta forma se pueden tomar precauciones para mantener una vida sexual activa y segura.

PRACTICAS SEGURAS O SIN RIESGO.

MASTURBACIÓN INDIVIDUAL: *Cualquier actividad que una persona haga sola no transmitirá VIH, siempre y cuando no estén presente los fluidos infectados de otra persona. De acuerdo a esto, no debe utilizarse ningún objeto para la masturbación que haya sido utilizado por otra persona.*

MASTURBACIÓN MUTUA: *La piel representa una barra efectiva contra VIH. Si algún fluido toca la piel el lavarse será protección suficiente. Las cortaduras pueden ser una puerta de entrada para el virus, por lo que hay cierto riesgo si dedos con cortaduras se introducen en la vagina o en el ano.*

Eyacular sobre el cuerpo de la pareja (donde no haya aberturas en la piel).

Objetos de uso sexual (entiéndase que no se comparten).

BESOS SIN INTERCAMBIO DE SALIVA O SANGRE: *No hay manera de infectarse porque no hay intercambio de ningún fluido infectado.*

CARICIAS Y ABRAZOS: *Esto no representa ningún riesgo, siempre y cuando ninguna de las personas tenga heridas abiertas.*

PRACTICAS POSIBLEMENTE SEGURAS O DE MEDIANO RIESGO.

PENETRACIÓN CON CONDÓN: Se considera a la penetración con condón (y sea anal o vaginal) como una práctica segura siempre y cuando el condón (o preservativo) no se rompa.

Generalmente se rompe por dos causas:

- 1) El condón está viejo y carece de la resistencia necesaria
- 2) Se coloca mal, dejando aire dentro.

Si los condones se usan apropiadamente es muy poco probable que se rompan. Es importante que los preservativos sean de látex y que se usen lubricantes a base de agua. Los lubricantes a base de aceite pueden deteriorar el látex.

RELACIÓN SEXUAL ORAL.

Contacto con el pene.

- 1) Con condón: las consideraciones ya expuestas para el uso del condón.
- 2) Sin condón, sin eyaculación: aunque no haya eyaculación, es muy probable que haya contacto con el líquido preseminal.

Hasta ahora se desconoce si éste contiene o no el virus. Así mismo, hay muchos hombres que no siempre pueden controlar su orgasmo.

Sexo oral de mujer a mujer si la parte activa tiene enclás sangrantes, úlceras bucales, etcétera.

Sexo oral de hombre a mujer si él tiene cortaduras dentro o alrededor de la boca.

Sexo oral de mujer a hombre, sin importar si él se retira antes del orgasmo.

Contacto con la vagina. Se puede usar una barrera de látex (como las que usan los dentistas) para evitar contacto con las secreciones vaginales.

PRACTICAS NO SEGURAS O DE ALTO RIESGO.

Las siguientes son actividades riesgosas y pueden transmitir el virus si alguna de las dos personas está infectada.

1)PENETRACIÓN ANAL: Las paredes del recto están diseñadas para absorber líquidos con facilidad y son muy delgadas. Pueden dañarse fácilmente durante el coito anal permitiendo que el virus penetre en el torrente sanguíneo, transportando por el semen o por sangre de alguna lesión del pene. Incluso cuando no hay daño tisular, es muy posible que durante el coito anal el semen lleve VIH al torrente sanguíneo.

Otras formas de sexo anal, además del coito, también pueden ser peligrosas. La inserción de vibradores u otros juguetes sexuales en el recto podría ser peligrosas, ya que pueden transmitir el virus de una persona a otra si se comparten. Es probable "el puñeteo", o sea insertar la totalidad de la mano en el recto y cerrarla para hacer un puño, cause desgarros en las paredes rectales. Aparte del peligro de infección con VIH por intercambio de sangre, ello puede originar varias otras lesiones e infecciones graves, potencialmente mortales, como peritonitis.

Aunque hasta la fecha no se ha comprobado que VIH se transmita por las heces, cualquier práctica sexual que incluye contacto con las mismas se considera de riesgo alto porque pueden contener sangre; entre las prácticas se incluye el contacto bucoanal, también conocido como "bordeo". Aparte de la posibilidad de contraer VIH, el contacto bucal con

heces puede originar varias enfermedades infecciosas importantes, como Hepatitis B.

2)PENETRACIÓN VAGINAL: El coito vaginal también implica un grado alto de peligro de infección con VIH, que puede ser transmitido en el semen que penetra en la vagina. El virus puede pasar al torrente sanguíneo a través de ulceraciones o erosiones en el cuello o, tal vez, por las paredes vaginales. Aunque mucho más gruesas que las del recto, las paredes de la vagina contienen muchos vasos sanguíneos que se llenan de sangre durante la estimulación sexual. También puede haber úlceras o desgarros pequeños por fricción durante el coito. Las cortaduras o úlceras en los genitales de una mujer permitirían así mismo que penetre el virus al torrente sanguíneo, transportado por el semen o por sangre del pene del varón. Como puede producir pequeños desgarros, la ducha antes o después del coito también aumentará el peligro de transmisión. Es muy probable que estas lesiones no se note.

Muchos investigadores piensan que el peligro de que el virus se transmita de un varón a una mujer durante el coito es mayor que por otras formas. No obstante, puede haber transmisión sexual de VIH de mujeres a varones. Es posible que las secreciones vaginales de mujeres infectadas contengan el virus, aunque se piensa que el flujo menstrual de las que tienen el virus, probablemente implica mayor riesgo de infección. Igual que en la transmisión de varones a mujeres, el virus puede pasar con mayor facilidad de una mujer a un varón si éste tiene cortaduras o raspaduras en el pene, o una uretra seca e inflamada, que permitirán que el virus tenga acceso más directo al torrente sanguíneo.

Otras formas de sexo vaginal también implica riesgo. Introducir los dedos o una mano en la vagina de una mujer -"puñeteo"- puede implicar intercambio de sangre. Si la persona tiene cortadas o raspaduras en la mano o los dedos, la fricción de los dedos desnudos aumentan el peligro de desgarros o arañes. Compartir juguetes sexuales, como vibradores, que han estado en contacto con líquidos corporales, también podrían dar lugar a la transmisión del virus de una persona a otra.

Aparte del semen y la sangre, tampoco hay que permitir que las heces entren en contacto con la vagina. "Los deportes acuáticos" o los "regaderazos de oro" consisten en orinarse en alguien. Como la orina puede haber células sanguíneas que transmitan el virus, la mujer no debe permitir que la orina entre en contacto con su vagina, el recto o boca. Si sólo se lleva a cabo en piel no rota, el peligro puede ser menor.

3)RELACIÓN SEXUAL ORAL: Es cuando un compañero estimula los genitales del otro con su boca o la lengua. Cuando un varón (o una mujer) lo hace a una mujer se llama cunnilingus. El término que se usa cuando una mujer (o un varón) lo practica con el varón es felatorismo.

Se sabe muy pocos casos en los que el virus puede transmitirse por contacto bucal, sea bucogenital o bucoanal, y haya sido la única conducta sexual de riesgo entre dos hombres o dos mujeres. El sexo oral en sí es muy común, pero el que una pareja heterosexual sólo practique el sexo oral y nunca el coito parece ser poco común.

La infección puede ser causada por la presencia en la boca de semen, la mucosidad vaginal o rectal y posiblemente la sangre menstrual y su ingestión. Esta forma de transmisión puede ocurrir cuando un hombre o una mujer chupa o lame los genitales o el ano de su pareja. El riesgo de contagio puede ser mayor si la boca, las encías o la garganta se encuentran irritadas, inflamadas y/o presentan llagas abiertas, lesiones o sangramiento, en presencia de una enfermedad del sistema reproductivo, o a medida que la inmunodeficiencia de la pareja sexual aumenta. Es posible que el sexo oral constituya una práctica de mayor riesgo cuando involucra con frecuencia la presencia de semen o sangre menstrual.

Sexo oral de hombre a hombre pueden atrapar otras ETS's, como herpes, gonorrea, sífilis, clamidia., etc. La presencia de una ETS's es de alto peligro si no se usa condón generalmente las ETS's producen ulceraciones o lesiones en el área genital facilitando así la entrada del VIH.

NOTA ESPECIAL SOBRE LAS RELACIONES SEXUALES ORALES:

Muchas personas, incluso algunos científicos, no creen que las relaciones sexuales orales puedan transmitir VIH. Citan la falta de datos concretos que prueben la existencia de esta transmisión. Hasta que se demuestre totalmente lo contrario, se seguirá considerando a éstas como prácticas posibles seguras.

OTRAS CONSIDERACIONES:

1) NUMERO DE PERSONAS CON LAS QUE SE TIENEN RELACIONES: *Si se realiza una actividad sexual riesgosa y al mismo tiempo se la practica numerosas veces con distintas personas, aumentan las probabilidades de infección.*

2) HIGIENE PREVIA Y POSTERIOR A LAS RELACIONES SEXUALES: *AL lavarse se elimina cualquier residuo de material fecal, orina, semen, sangre o fluido vaginal que pudiera transmitir el virus.*

3) COMUNICACIÓN FRANCA Y ABIERTA CON LA PERSONA CON LA CUAL SE TIENE RELACIONES SEXUALES: *El hacerlo no detendrá el virus de por sí pero ayudará a establecer las expectativas y los límites de cada persona antes de encender las pastones. No es realista creer que esto se logrará improvisadamente y sin entendimiento mutuo y previo.*

EL USO DE DROGAS INTRAVENOSAS Y EL SIDA.

El inyectarse drogas en sí no es suficiente para contraer SIDA. Es el intercambio de sangre que se produce al compartir una aguja o jeringa sin limpiarla antes lo que hace posible la transmisión.

COMO LIMPIAR LAS AGUJAS Y JERINGAS

1.Llenar la aguja y la jeringa con cloro y luego vaciarlas. Repetir.

2.Llenar la aguja y la jeringa con agua limpia y luego vaciarlas. Repetir.

¿QUE SIGNIFICA "COMPARTIR LA MISMA AGUJA"?

Muchas personas creen que al usar la misma aguja con el amigo no corren riesgo, ya que conocen a esa persona y no es lo mismo que hacerlo con un extraño. La realidad es que también los amigos o familiares pueden estar infectados y el solo hecho de conocerlos bien no es protección suficiente que ellos mismos podrían ignorarlo.

ANSIEDAD

Es evidente que la estructuración de la propia vida interior el modo de conducción exterior de cada hombre esta influido por una fuerza de muy diversa índole. La vida diaria de este trabajo está ya en principio determinada por la tendencia a asegurar en general la propia existencia. Ciertamente no siempre nuestro esfuerzo por ganar la existencia se identifica con el auténtico sentido o el contenido de nuestras vida. Deseos vividos, secretos y esperanzas, planes, incertidumbres o ansiedades mueven al hombre tanto como la necesidad de comprender intelectualmente al mundo.

Toda persona consciente, que no haya sido irrevocablemente echada a perder en lo más íntimo de su ser, se desarrolla a este, separando un sentido sentimiento de responsabilidad frente a sí mismo y frente a los otros. La madurez y la integridad de la propia persona se convierten así en una tarea interior y un deber, y con este deber se vincula para cada hombre de un manera irrevocable la cuestión del sentido de la vida, la confrontación con la muerte y la soledad, con una actitud ética fundamental (Kolb 1977).

Biológicamente considerando, deberíamos ser capaces de existir, aún cuando faltase a esta actitud consciente la valoración de nosotros mismos. Poárfamos así considerar las transformaciones de nuestra vida psíquica con igualdad de ánimo como tales transformaciones, sin que en ello se mezclarán para nada apreciaciones de valor. Pero en realidad sentimos los cambios a que esta sometida nuestra vida psíquica a través de los años (el desarrollo de la capacidad de juicio intelectual, las consecuencias de nuestras decisiones, las transformaciones de la vida afectiva), no simplemente como si con ello se realizara el puro paso de una situación antigua a otra nueva y distinta.

¡Al contrario! tenemos subjetivamente la sensación de caminar, en cuanto personas, hacia la madurez. Vivimos este proceso de maduración al mismo tiempo como una tarea responsable, que lo mismo puede terminar en logro que en fracaso.

Tanto los conflictos o situaciones causantes de tensión, externos o internos, pueden provocar ansiedad en los individuos, pero la ansiedad normal esta proporcionada al peligro de situaciones causantes de una manera real y objetiva.

La palabra ansiedad, ha sido concurrentemente el punto central en el desarrollo de muchas de las teorías de la personalidad y de psicopatología (Spielberger, 1976). Por lo que se le han atribuido diferentes significados (Bischof 1973).

Young (1975) define la ansiedad como un temor constante basado en la anticipación o espera de un daño, es un estado conflictivo, una amenaza interna más que un peligro inmediato del medio ambiente.

Para Rollo May (1968) el fenómeno de la ansiedad forma parte de la conducta catastrófica, eso quiere decir que la ansiedad corresponde a una condición en la cual la existencia del organismo se halla en peligro.

Ravagnan (1981) dice, en primer lugar se destaca que ansiedad es una situación que aflora ante la inminencia de un peligro que acontece o habrá de acontecer creando ansiedad en el individuo bajo el signo de la indeterminación y la inseguridad.

En segundo lugar expresan un estado de expectación ante el peligro que amenaza a la personalidad y que puede provocar desorganización de ésta. En tercer lugar despierta en el individuo el sentimiento de ser inerte para luchar contra dicha amenaza de aniquilación y desintegración, encontrándose así un estado similar al que acontece en una situación de stress, con sus respectivas fases de alarma, resistencia y agotamiento, con algunas sensibles variantes.

Retomando los conceptos anteriores se diría que la ansiedad en el individuo la percibe como un peligro que amenaza su existencia ante el cual se siente incapaz de

afrontarlo por no saber exactamente de que peligro se trata.

La ansiedad sería el peligro que se percibe ante una situación subjetiva difícil de definir el objeto y definible.

Spielberger (1979) define a la angustia como una situación de peligro. Utiliza el término ansiedad para describir una reacción emocional que consiste en sensaciones subjetivas de tensión, el temor, el nerviosismo y la preocupación así como una elevada actividad del sistema nervioso autónomo.

Menciona que una adecuada teoría de la ansiedad debe distinguirse conceptual y operacionalmente a la ansiedad, como un estado transitorio y como un rasgo relativamente estable de la personalidad para la cual define estos conceptos de la siguiente forma:

A) ANSIEDAD-ESTADO (A-estado) es definida como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos, concientemente percibida como un aumento de la actividad del Sistema Nervioso Autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo.

B) ANSIEDAD RASGO (A-rasgo) se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad; es decir a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la A-estado. Como concepto psicológico la A-Rasgo tiene la característica del tipo de locuciones que Atkinson en 1964, llama "motivos" y Campbell, 1963, conceptualiza como "disposiciones conductuales adquiridas". Los motivos son definidos como disposiciones que permanecen latentes hasta que las señales de una situación las activa.

Las disposiciones conductuales adquiridas involucran residuos de experiencias pasadas que predisponen al individuo tanto a ver al mundo en la forma especial, como a manifestar tendencias de respuesta "objeto consistentes". Spielberger (1979), también señala que la apreciación de una situación o estímulo particular amenazante es influenciado por las actitudes personales las habilidades, y la experiencias pasadas, así como por su nivel de ansiedad rasgo, y el peligro objetivo que está inherente en la situación, y a su vez las experiencias infantiles influyen en el desarrollo de las diferencias individuales en la apreciación de ansiedad rasgo, siendo especialmente importante las relaciones padre e hijo que se centran en el castigo, las cuales se basan en el hecho de que las actitudes de apreciación de sí mismo despiertan un alto nivel de A-Rasgo en personas caracterizadas por el debilitamiento o confusión de sí mismo, lo que sugiere que este tipo de individuo reciben excesivas críticas y apreciaciones negativas de sus padres, exterminando su confianza en sí mismos e influyendo de una manera negativa en su autoconcepto.

Por su parte Martínez Pina (1973) refiere que la ansiedad pura no existe, viene contaminada con otros síntomas psicopatológicos y somáticos. El enfermo que sufre un cuadro de ansiedad preferentemente se expresa de dos formas:

1. Reacción de ansiedad aguda que suponen la ruptura anárquica y brutal de todos los patrones homeostáticos del organismo que desorganizan la conducta y sumen al sujeto en una tempestad psíquica y motora (Injury Neurosis), casi sin posibilidad de control. Estos estados van ligados a doble exigencia ya que por un lado está la existencia de un stress desencadenante fuerte y doloroso emocionalmente para el paciente y por otro lado un umbral relativamente bajo de desorganización .

2. Ansiedad Crónica. Para que exista una ansiedad crónica debe existir antes una estructura neurótica y tener un origen endorítmico o endógeno, se encuentran ligadas a la ansiedad crónica otro tipo de enfermedades mentales como por ejemplo depresiones, obsesiones, fobias, histerias, entre otros.

REPERCUSIONES SOMÁTICAS DE LA ANSIEDAD.

Los signos y síntomas somáticos constituyen un frecuente mecanismo de defensa frente a la ansiedad. (síntomas físicos contenidos en la Halmilton Anxiety Rating Scale, 1959).

Comportamiento durante la exploración .

EXPLORACIÓN GENERAL.

Cambio continuo de Tenso a no tenso.

Inquietud constante, movimientos de las manos, dedos tics.

Agitación, camina constantemente por la habitación ; frunce el entrecejo, rostro tenso, tono muscular aumentado, suspiros, palidez.

FISIOLÓGICOS.

Zumbido de oídos, eructos, taquicardia en reposo, temblor, pupilas dilatadas, sudoración, parpadeo.

SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES.

Disfagia, flatulencia, dispepsia, náusea, vómitos, eructos ácidos, diarrea, pérdida de peso, sensación de desfallecimiento, estreñimiento.

SÍNTOMAS UROGENITALES

Micción frecuente, urgencia de orinar, amenorrea, frigidez, eyaculación precoz, impotencia.

SÍNTOMAS RESPIRATORIOS

Sensación de opresión . sensación de ahogo, suspiros, disnea.

SÍNTOMAS CARDIOVASCULARES.

Taquicardia, palpitaciones, dolor en el tórax, sensación de perder el conocimiento,

ausencia de pulso (sólo lo percibe el paciente).

SÍNTOMAS GENERALES

Musculares. Migrañas y calambres, rigidez muscular, convulsiones clónicas, rechinar de dientes, voz insegura.

Sensoriales. Zumbidos de oídos, visión nublada, escalofríos, astenia, prurito.

Síntomas Neurovegetativos. Sequedad de boca, rubor, palidez, sudoración, vértigo, sensación de opresión cefálica, carne de gallina.

Cualquiera de estos síntomas se pueden presentar aislados o en conjunto formando un síndrome; pueden ser agudos y pasajeros; crónicos y permanentes afectando a un sistema o multisistemas, pueden estar fijos en un territorio orgánico o cambiante, reales y objetivos a la exploración, aunque realmente vividos, pero sin poder ser recogidos objetivamente por medio de exámenes de laboratorio o gabinete.

Síntomas general que propone Maher (1979), que se presenta en los estados de ansiedad puede describirse en la manera siguiente:

1. Sensaciones conscientes de temor, de aprensión, de anticipación de peligro o amenaza habitualmente sin facultad alguna para describir una amenaza determinada que pudiera explicar estas sensaciones.

2. Un tipo mezclado de estados orgánicos, incluyendo síntomas cardo-vasculares (palpitaciones, pulso rápido o errátil, tensión arterial elevada, languidez, etc.) síntomas gastro-intestinales (nauseas, pérdida de apetito, vómito, diarrea); síntomas respiratorios (disnea, sensación de sofocación, respiración rápida y superficial), junto con otros como transpiración, micciones frecuentes, insomnio etc.

3. Tirantez muscular, incluyendo temblores, hiperactividad umbral bajo para

respuestas motoras, quejas de cansancio muscular después de un estado prolongado de tensión.

4. Una sensación general de desorganización o pérdida de control sobre el ambiente, acompañada de dificultad de pensar con claridad.

CAMBIOS EN UNA PERSONA CON SÍNTOMAS DE ANSIEDAD.

El Dr. John F. O' Connor (1976) describió algunos ejemplos típicos de lo que se manifiesta en una persona con sobre ansiedad.

* Mucho beber o fumar en una persona que anteriormente no había fumado o que lo hacía moderadamente.

* Cambio en los hábitos sexuales ya sea aumentando la frecuencia de la actividad sexual o impotencia sexual, o bien disminución de la actividad sexual.

* Dificultad en tomar decisiones por parte de una persona que previamente las adoptaba con rapidez y eficiencia, o sea tiende a optar por lo más seguro, en lugar de hacerlo por lo mejor.

* Irritabilidad frecuente en una persona que habitualmente había sido agradable y de humor parejo.

* Rápido aumento o disminución de peso.

* Rehuir responsabilidades una persona que antes atendía conscientemente sus deberes.

** Cambios en las pautas morales o éticas.*

** Cometer errores y olvidos una persona que anteriormente era certera y confiable.*

En casos graves de ansiedad, estos síntomas se agudizan más y pueden haber otros tipos de problemas, pueden llevar al sujeto a presentar psiconeurosis, que resultan de la reactivación de antiguos mecanismos de defensa utilizando contra la creciente tensión y ansiedad que el sujeto no puede controlar debido a conflictos emocionales en la infancia no resueltos adecuadamente (Fenichel, 1971).

ANSIEDAD Y SIDA

La mayoría de las personas sienten un choque y desorientación cuando descubren que padecen SIDA o están infectadas con el virus que lo causa.

Quizá rechacen el diagnóstico y se enojen. De manera alternativa, es posible que reaccionen culpándose y se sientan deprimidas. Casi todas se sienten con ansiedad y asustadas.

La ansiedad es algo que todo mundo experimenta en diferentes épocas de su vida. Sin embargo, en este contexto es muy probable que sea mucho más intensa y dure más. Un diagnóstico de SIDA es muy atemorizante. Después de todo, es una enfermedad mortal para la cual no se conoce curación aún.

La información que lleva mensajes tanto de alto como de bajo miedo repercuten de manera similar en las conductas que se desean establecer; es decir un mensaje con alto grado de miedo produce una ansiedad tal, que los sujetos niegan como en el caso del SIDA, la posibilidad de infectarse, con respecto a este punto, Herek y Glunt (1988) señala que "la ansiedad despertada por el SIDA, puede inducir a la gente a creer que ya no hay tiempo suficiente para sopesar con cuidado la fuerza y la debilidad de diversas soluciones, alternas a un problema relativo al SIDA", lo cual los paraliza e impide la toma de medidas preventivas; de igual manera un bajo grado de miedo no moviliza o no provoca a la acción (Janis y Feshbach, 1989).

El hecho de que el SIDA ocurra principalmente en adultos jóvenes determina que la posibilidad de muerte sea incluso más difícil de aceptar. Sin embargo, para muchos, el temor a la muerte no es tan considerable como el miedo a que sea lenta y dolorosa, aislados de las personas que los conocen y cuidan.

Aún hay muchas cosas que no se conocen o comprenden sobre el SIDA considerándolo es fácil ver por qué las mujeres que padecen la enfermedad, o se han diagnosticado como seropositivas, pueden sentir ansiedad por otras razones. Para quienes padecen SIDA hay incertidumbre sobre la forma en que evolucionará la enfermedad, los riesgos que implican para otros, los efectos del tratamiento médico y la posibilidad de que se desarrolle alguna curación. Para quienes padecen VIH, hay incertidumbre de saber si desarrollarán SIDA.

Para muchas personas con VIH, o positivas a anticuerpo, el temor al SIDA se torna en una fuente constante de ansiedad. Quizá sea difícil que piensen en algo más que no sea la posibilidad de desarrollar SIDA y cuáles serán las consecuencias. Las personas portadoras de este virus se les preguntó sobre sus ansiedades y comentaron los siguientes puntos:

- *El riesgo de infección que ellos implican para otros y que otros representan para ellos.*
- *Hostilidad y rechazo social, profesional, doméstico y sexual.*
- *Ser abandonado y quedarse solo en su dolor*
- *Incapacidad para modificar sus circunstancias.*
- *Cómo estar seguro de la mejor salud física posible en el futuro.*
- *La posible aparición de infecciones repetidas o nuevas.*
- *La capacidad de su amado, compañero, familiares amigos para afrontar sus problemas.*
- *Resultado final de su infección o enfermedad a corto y largo plazo.*
- *La disponibilidad de tratamiento médico, dental o ambos.*
- *Ser identificado como homosexual o toxicómano.*
- *La posible pérdida de privacidad y confidencialidad.*
- *Su futura aceptación (o no) social y sexual.*
- *Una pérdida de independencia física y económica.*
- *Disminución en el apetito sexual.*

Con tantas preocupaciones que surgen por el diagnóstico o resultado de anticuerpo positivo, no sorprende que en ocasiones haya reacciones de ansiedad. Puede ser que quienes la sufren piensen erróneamente que están empeorando mucho más físicamente por la infección, cuando en realidad es la ansiedad la que origina las complicaciones. Es útil en el primer caso considerar los síntomas que acompañan con frecuencia a la ansiedad aguda.

SÍNTOMAS DE ANSIEDAD.

En un estado de ansiedad la conducta normal se altera en una o más de las siguientes formas:

- a) Agitación y nerviosismo: Sentirse "tieso", irritable e inquieto.*
- b) Gran preocupación: Algunas veces enfocada en acontecimientos y problemas precisos, en ocasiones con ansiedad vaga, cambiante, que es difícil restringir.*
- c) Síntomas físicos:*

- Tensión muscular, que origina dolores de tórax, cuello y espalda, cefaleas, agitación y temblor, estómago "anudado".*
- Agitación intestinal y vesical, que provoca viajes esporádicos o frecuentes al baño.*
- Náuseas, y en ocasiones vómitos y dificultad para digerir la comida, que a veces causa cierta pérdida de peso.*
- Aumento de la sudoración.*
- Palpitaciones y "golpes" violentos del corazón.*
- Vértigos, atolondramientos y posiblemente hormigueo en manos y pies.*
- Cierta visión borrosa o "embotada".*
- Mayor sensibilidad al ruido, la temperatura, el tacto y luces brillantes.*
- Rubores, manchas exantemas, o ambos.*
- Sensación de falta de aliento*
- Boca seca.*
- Ganglios linfáticos crecidos (en la ansiedad crónica).*

- c) *Dificultades en el sueño: Problemas para dormirse, despertar temprano y un sueño alterado (tal vez incluyendo pesadillas).*
- d) *Fatiga física: Pérdida del vigor y letargo frecuentemente, en ocasiones con largos períodos de falta de energía.*
- e) *Dificultades cognitivas: Problemas para concentrarse, recordar y obtener información; distracción y confusión con facilidad, incluso con labores en apariencia sencillas.*
- f) *Cambios del ánimo: Cambios rápidos o repentinos del ánimo, en ocasiones de un extremo a otro -por ejemplo, de la risa al llanto. Algunas personas se tornan extrañamente irritables y es difícil comunicarse con ellas, tal vez tornándose enérgicas y en especial exigentes con quienes aman.*
- g) *Pérdida del impulso sexual: Una pérdida temporal del deseo o la función sexual.*

El proceso de la ansiedad puede considerarse como el desarrollo de un hábito despertado por un acontecimiento traumático (como un diagnóstico relacionado con el SIDA), que genera los síntomas comentados y es conservado esencialmente por la conversaciones que tienen los pacientes con ellos mismos sobre el acontecimiento y los síntomas que surgen. Por ejemplo, las personas que saben de la epidemia HIV y el posible riesgo de exposición a la infección, podrían comenzar con pensamientos como "estoy seguro que adquirí esta infección - ¿cómo afrontaré en el mundo?". La aparición de linfadenopatía y un resultado positivo en este ejemplo hipotético, condujeron a más pensamientos que destruían la confianza (" ¡Dios mío; estoy enfermado más. Así es - voy a morir. ") y a un empeoramiento de los síntomas de ansiedad.

Las imágenes mentales de amigos que han desarrollado la enfermedad VIH, o incluso de fotografías de personas enfermas en los diarios o la televisión, se tornan en los "estándares" por los cuales este paciente imaginario valora su propio resultado final probable. Estas imágenes encienden períodos renovados de síntomas de ansiedad más extensa: Los recuerdos de la forma en que no fue capaz de atender con éxito la declinación y muerte de familiares y amigos cercanos comienzan a caracterizar su opinión sobre su

capacidad para afrontarlo ahora en breve, se convence a sí mismo que sólo hay una resultado final concebible para su infección actual y que no podrá afrontar vivir con esta infección. Se ha "decidido". Esta opinión de su presente y futuro domina ahora su respuesta a la enfermedad y aumentan los efectos somáticos (físicos) de sus ansiedades, complicando sus preocupaciones sobre la salud.

Las ansiedades persistentes originan un estado de estrés mayor del normal, o indeseable. Muchos investigadores han creído que el estrés crónico es perjudicial, tanto física como inmunológicamente. Los informes sobre el estrés del duelo en viudos de edad madura han mostrado que padecen más enfermedades, e incluso que la mortalidad es mayor, en el primer año de su aflicción que los varones de la misma edad que no sufren de manera similar (parece que las personas en realidad mueren de "corazones rotos"). Estudios en animales han mostrado repetidas veces que grados altos de estrés constante originan índices más elevados de cáncer o de su progresión. La opinión del autor derivada de la observación de muchos cientos de pacientes en el contexto de la enfermedad VIH es que los factores psicológicos, incluyendo la vulnerabilidad de las personas al estrés y ansiedad, y su capacidad para manejar estos factores, tienen un papel importante en la determinación de la respuesta física a la infección y la posibilidad del desarrollo de SIDA. En muchos estudios en curso o por terminar en E.U.A. se observan datos que apoyan este concepto, y en la actualidad se investiga en Inglaterra el mismo problema.

Con frecuencia ello significa pasar una y otra vez por los mismos pensamientos. Por ejemplo, es posible que estén preocupados porque quizá ya hayan transmitido el virus a alguien más. O tal vez se consuman por pensamientos de muerte y agonía y se examinen diario en busca de síntomas de SIDA. En algunos casos, la ansiedad producida por estos pensamientos es tan considerable que se desarrolla una obsesión. En esta situación, por toda la tragedia, amargura y enojo que puede implicar el diagnóstico de SIDA para una persona con CREAS o positiva a anticuerpo, también puede haber cierto alivio de la terrible incertidumbre de no saber si desarrollará la enfermedad.

Desafortunadamente muchos de los síntomas de ansiedad y preocupación - sudoración, sensación de fiebre, diarrea, pérdida de peso, fatiga son similares a los del SIDA. En consecuencia, es posible que una mujer preocupada sobre su estado confunda los síntomas de estrés o de una infección leve con los signos de que está desarrollando SIDA. Ello puede originar incluso mayor ansiedad, empeorando sus síntomas, que confirman más su creencia de tener la enfermedad. Por esta razón es importante explicar los síntomas de ansiedad a todas las mujeres con positivas a anticuerpo, poco después del diagnóstico (Richardson, 1991).

CONCEPTO DE PAREJA

Es difícil disociar el concepto de pareja del de familia, ya que los dos están íntimamente relacionados. De acuerdo a la definición que encontramos en el diccionario ideológico de Julio Cáseres (1981) pareja es " el conjunto de dos personas o cosas que guardan entre sí alguna relación."

En la Biblia tenemos la referencia en el libro del Génesis en el sexto día de la creación de la aparición del hombre sobre la tierra: "Y creó Dios al hombre a su imagen, a imagen de Dios lo creó; varón y hembra los creó" (Gen. 1:27).

Jean-G Lemaire (1982) hace desde la teoría psicoanalítica una distinción entre los lazos amorosos de corta y larga duración, en donde el lazo conyugal se caracteriza por una cierta intención latente, algunas veces poco consciente y otras aún negada, de durar por lo que lo define como "un lazo amoroso marcado por una intención manifiesta o no de duración" (p.31).

Pichon F.- (citado en Soifer, R., 1979), define a la familia como una estructura social básica, que se configura por el inter-juego de los roles diferenciados (padre, madre, hijo), el cual constituye el modelo natural de interacción grupal. Soifer (1979) amplía dicha definición para abarcar el concepto de familia al "grupo de personas que conviven en una casa habitación, durante un lapso prolongado, que están unidos (o no) por los lazos consanguíneos ya que se asisten recíprocamente en el cuidado de sus vidas"

BREVE HISTORIA DE LA PAREJA.

Marie-Claude Louviot nos ofrece un panorama histórico y geográfico de la pareja en donde revisa la evolución de esta a través de las edades y de diferentes civilizaciones. (En Lagacne 1976, pp.255-292).

Con respecto a la génesis de la pareja coincide con los argumentos que están en contra de la tesis de una promiscuidad original ya que esto iría en contra de la conservación de la especie pues no habría posibilidad de procrear y cuidar de los hijos en situaciones favorables.

Louviot deduce que de entre las razones que promueven la formación de una pareja duradera se encuentra el deseo de lograr la posteridad y que esto además asegura la supervivencia de los grupos humanos.

Respecto a la organización primitiva Louviot nos habla de la exogamia y la endogamia como debidas a determinantes culturales, económicos o religiosos. De las diversas formas de unión conyugal nos presenta la monogamia como la forma más extendida del matrimonio, sin olvidar la existencia de la poligamia con sus diferentes modalidades: poliandria (matrimonio de una mujer con varios varones), ligada al matriarcado y poco frecuente, y la poligamia (matrimonio de un varón con varias mujeres) ligada al patriarcado y más común. Ambas formas, matriarcado y patriarcado obedecen al propósito de transmisión unilateral de bienes, privilegios sociales y tradición cultural, funciones que son encomendadas a la familia y que resultan tan importantes como la propagación de la raza.

El amor como fundamento del matrimonio es un concepto occidental, ya que en otras civilizaciones, como las orientales (India, China, Japón) y en el mundo árabe, la unión se decide de acuerdo a tradiciones familiares y son los padres los que escogen a los cónyuges (cuando menos en el pasado, ya que esto empieza a cambiar; aunque a veces lentamente),

si bien el amor es un sentimiento que se encuentra presente en nuestra cultura, su conceptualización ha sufrido igualmente una evolución. En efecto, según apunta la autora, en la antigua Grecia la pareja se fundaba sobre la desigualdad de los sexos y era la religión del varón la que prevalecía siendo obligación de la mujer aprenderla y preservarla, el objetivo no era la "felicidad" sino la procreación sobre todo de hijos varones por lo que el celibato era considerado como un atentado contra la moral religiosa (p 267 *ibid*). La concepción de amor (ideal, erotismo, amor absoluto) era mas bien objeto de disertación filosófica que práctica común de las parejas, ya que el hombre no esperaba encontrar en casa un espíritu "similar al suyo" sino que para ello buscaba a las hetairas (mujeres cultas con las que el hombre podría entablar una relación a nivel intelectual) y que podrían de alguna manera ser equiparadas a las geishas japonesas. Con el advenimiento del cristianismo los varones empiezan a cambiar y se trata ya de una relación individuo-individuo en donde se busca la felicidad. Con la Edad Media surge igualmente el amor cortesano que es sobretudo privilegio de las clases aristocráticas que pueden permitirse la espiritualidad, ya que el pueblo no puede olvidarse de la realidad de su condición. Aún cuando los fundamentos jurídicos no cambian mucho en cuanto a derecho de los cónyuges, los valores si evolucionan. En el renacimiento, el matrimonio es una cuestión económica, de herencia y hegemonías familiares aunque, como contrapartida surge el amor inaccesible y romántico que alimenta la literatura. En la parte formal, el matrimonio es objeto de un contrato en el que la dote es una parte importante. Viene después una degradación de los valores con el surgimiento de la figura de Don Juan, con su carácter cínico que mata al romanticismo anterior. A partir de la Revolución Francesa se inicia el cambio hacia la época moderna en donde veremos surgir poco a poco los valores actuales, en donde el aspecto más relevante puede ser la aceptación del divorcio y un nuevo concepto de unión, en donde la permanencia es un acto más libre.

LA PAREJA

No todos los individuos optan por la pareja estable; dentro de los diferentes estilos de vida hay una amplia gama de posibilidades.

Cuando se vive esta situación (pareja estable e infección por el VIH), la comunicación con la pareja se ve deteriorada por temores como el de infectarla, a ser abandonado o a ser acusado de causar problemas. Cuando ambos tienen el VIH se teme que aparezca la enfermedad antes en alguno de los dos.

A veces se piensa que no se debe hablar del VIH o del SIDA por temor a salir lastimados, pero lo más recomendable para una mejor vida en común, es buscar los momentos adecuados para encarar y resolver los aspectos primordiales entre los que están los siguientes:

-Guía a tu pareja para que adquiera más información acerca del cuidado y necesidades de la persona con VIH.

-Hazla tu confidente para que pueda dar información al psicólogo o médico, cuando tu no estés en condiciones.

FIDELIDAD EN LA PAREJA.

Esta estrategia es válida siempre y cuando ninguno de los dos tenga el VIH, y no corra riesgo de contraerlo por otras vías de contagio, y siempre y cuando ambos miembros de la pareja estén vivos, juntos y se sean fieles todo tiempo.

Muchas mujeres afectadas por el VIH sólo habían tenido una pareja sexual durante toda su vida, y muchas otras sólo dos o tres (uno a la vez) por un periodo de muchos años. La fidelidad no las ha protegido cuando su pareja les era infiel o ya tenía el VIH cuando empezó la relación.

DECIR NO AL SEXO

Este tipo de mensaje ha sido dirigido de forma amplia a los jóvenes de ambos sexos, pero en particular a las muchachas. El riesgo de infección se reduce en gran manera si los jóvenes retrasan su primera relación sexual hasta el momento del matrimonio y si después se son fieles el uno al otro.

Sin embargo, tradicionalmente la edad para el matrimonio solía ser mucho más baja de lo que ahora, y cada vez son menos jóvenes que esperan al matrimonio para tener relaciones sexuales.

La adolescencia suele ser un período de experimentación tanto con la sexualidad como con las relaciones interpersonales. Los hombres de todas las edades presionan a las muchachas para que tengan relaciones sexuales con ellos. Algunas preferirían decir que no a estos encuentros y este tipo de estrategia las ayuda.

Es cierto que las puede ayudar durante un cierto tiempo, pero no de forma indefinida, y el problema está en poder anticipar cuándo van a necesitar otro tipo de consejo. Otras jóvenes saben que quieren tener relaciones sexuales y así lo hacen. Para ellas, este tipo de estrategia no es adecuada. Es irónico que los medios de comunicación hayan utilizado la sexualidad para vender productos por todo el mundo, creando de esta forma una cultura muy consciente del sexo desde una edad muy joven.

Una educadora sobre el SIDA dice a los padres, "¡No les enseñéis a vuestros hijos a decir que no. La mitad de ellos ya ha dicho que sí!". Cuando ve a una madre que aconseja a su hija que diga que no, pero no le explica nada sobre el SIDA, alerta a la madre, que con esta actitud está arriesgando el futuro de sus nietos. (Rumsey, Sunny, 1988)

Poder decir que no a un encuentro sexual es algo que a las mujeres de todas las edades les gustaría hacer cuando su experiencia personal de las relaciones sexuales es negativa o humillante. No todas pueden hacerlo. El haber vivido experiencias negativas y de

dependencia social y económica en el hombre pueden dejar sin poder a la mujer, haciendo que le resulte difícil o imposible negarse a los deseos de él. A muchas mujeres les gustaría decir que no cuando saben que su pareja tiene relaciones sexuales con otra persona. Algunas encuentran el valor y el apoyo social para hacerlo; para otras, ése no es el caso. En algunos casos, las mujeres cuyas parejas tienen el VIH puede que sólo sean capaces de decir que no o insistir en poner en práctica el sexo más seguro una vez que su pareja ha enfermado (Reid, Elizabeth, 1990). También las mujeres cuyas parejas han fallecido a causa del SIDA se les sugiere que eviten las relaciones sexuales, pues ellas también podrían estar infectadas. Esto no toma en consideración sus necesidades emocionales, sociales y económicas, y mucho menos sus necesidades sexuales.

Negarse a tener relaciones sexuales es una estrategia que algunas personas seropositivas han utilizado para proteger a su pareja de la infección sin tener que revelarle su status del VIH o cómo contrajeron el contagio. En Brasil se cuenta la historia de un hombre que decidió no tener más relaciones sexuales con su esposa. A pesar de que permaneció con ella hasta su fallecimiento, la mujer se sintió totalmente rechazada por él. Sólo logró enterarse de la enfermedad de su marido después de fallecido éste, y sólo entonces se dio cuenta de que la había estado protegiendo.

Con frecuencia, la persona con VIH/SIDA se ve abandonada por su pareja. Esta estrategia es una forma de decir que no y está siendo utilizada por algunas mujeres y por muchos hombres. Es un paso drástico para muchas mujeres, pero muchas veces es el último recurso cuando no hay otras alternativas obvias. Perder a su pareja puede ser desastroso para una mujer. Puede que le resulte imposible mantenerse a sí misma y a sus hijos. Y en ausencia de ayudas sociales, puede verse forzada a vender su cuerpo (Reid, Elizabeth, 1990).

Posiblemente, los hombres que son abandonados por sus compañeras y los que las abandonan a ellas, busquen a otras mujeres con las cuales tener relaciones sexuales. En general, decir no al sexo se puede considerar como la estrategia más eficaz, y "lo que no haces no te puede hacer daño". En la práctica, este método puede resultar problemático.

A pesar de ello, es el que más se promueve, en parte debido a que, al igual que sucede con fidelidad mutua, es visto con beneplácito por muchos dirigentes religiosos.

La mujer se encuentra en período de enorme transición. De cara a la desigualdad, injusticia y oposición de instituciones e individuos la mujer reta las ideologías del destino biológico, la sumisión y la obediencia, lucha por conseguir y consigue una amplia gama de leyes y servicios, obtiene mayor educación y se adentra en mayor número de empleos y profesiones.

En cualquier discusión sobre la mujer y la sexualidad sería erróneo ignorar estos cambios. Sin embargo, esto es lo que hacen muchas activistas del SIDA cuando aseguran que en las relaciones sexuales con los hombres la mujer tiene poco o ningún poder, sin adentrarse más en el problema. Muchas critican el hecho de que se le pida a la mujer que se responsabilice de la práctica del sexo más seguro con el hombre, al igual que ha sido ya puesto sobre sus hombros el control de la natalidad. Como si la responsabilidad no constituyera también poder. Como si las mujeres pudieran asumir poder sin asumir responsabilidad.

Es importante no caer en la trampa de poner a la mujer demasiado en el papel de víctima. Ya que eso reforzaría la imagen débil y pasiva de la mujer contra la cual nos oponemos firmemente. La imagen que preferimos promover es la que utilizamos nosotras: la mujer como participante activa en esta lucha, tomando un papel dinámico en el apoyo mutuo y en la lucha contra el VIH/SIDA. El uso de esta imagen depende de la capacidad de la mujer de sentirse fuerte y con confianza. Mientras continúe vigente la imagen pasiva y débil, la mujer se sentirá incapaz de afirmarse de la manera necesaria para llevar a cabo los esfuerzos indispensables para sobreponer sus problemas (Ray, Sunanda, 1992).

Hay muchas mujeres que niegan los riesgos que corren a quienes le es imposible protegerse contra el VIH, pero otras retan el papel que se les asigna en virtud de su género de su posición sexual. (Singer, Merrill, 1990) La imagen de la mujer como víctima se

perpetuará si nos concentramos únicamente en aquellos casos en los que la mujer no ha conseguido sobreponer los obstáculos.

Al mismo tiempo, es preciso cambiar las normas sexuales masculinas y hacer que se dé un cambio en los hombres quienes también tienen que tomar responsabilidad.

MÁS DE UN COMPAÑERO PARA TODA LA VIDA.

Para la mujer, las relaciones sexuales, forman parte de la búsqueda de pareja, de la convivencia y del concebir hijos. Están cargadas de amor, amistad, afecto, seguridad, apoyo y supervivencia así como de placer sexual. Son muy pocas las mujeres u hombres lo suficientemente afortunados como para encontrar una pareja que quiera y pueda suplir todas estas necesidades durante toda la vida.

La mujer ha empezado a cuestionar la monogamia de la misma forma que la poligamia, y lo que esto significa para ella como mujer con y sin hijos. ¿A qué se debe que haya más mujeres monógamas que hombres? ¿Al temor a ser condenadas, a la falta de oportunidad, a carecer de recursos independientes, al miedo a la soledad? ¿O acaso es la mujer más monógama que el hombre por naturaleza?

A veces tanto la mujer como el hombre viven con una persona pero tienen otros amantes; hay quienes tienen más de una pareja o son monógamos pero cambian consecutivamente de pareja. ¿Que piensa de esto la mujer? ¿Cuáles son los beneficios y los perjuicios de una mayor libertad sexual? ¿Se debe ser sincero sobre lo que se hace, o será mejor no serlo?

Tanto los casados como los solteros, los heterosexuales como los bisexuales o homosexuales/lesbianas, los jóvenes como los viejos, en su mayoría, han tenido más de una pareja sexual en su vida, o sus parejas las han tenido. Éste es uno de los mayores secretos

que la sociedad guarda para sí. El SIDA nos ha forzado a reconocer y enfrentar las consecuencias de nuestras relaciones y a volver a examinar nuestros valores.

EL COITO A EDAD TEMPRANA

La edad mínima legal para el matrimonio y la edad promedio para el momento de contraer matrimonio están aumentando en muchas culturas. Son más los jóvenes que mantienen relaciones sexuales y tiene hijos antes de casarse. Las muchachas están empezando a tener relaciones sexuales a edad muy temprana, estén o no casadas.

En Noruega, un sondeo de población observó que casi el diez por ciento de las muchachas realizaban su primer coito antes de los 15 años, y casi el 47 por ciento antes de los 17 (Kraft, P. 1991). Muchas niñas de las barriadas urbanas de la ciudad de Nueva York empiezan a ser sexualmente activas durante la preadolescencia o la adolescencia. (Jaffe, Lesli R, 1988).

En Nigeria, en las zonas urbanas, son muchos los que ya no consideran importante la virginidad prematrimonial de una mujer. La mayoría de las mujeres jóvenes hacen el amor como preparación para el matrimonio; algo que en algunos casos incluye el quedar embarazada como prueba de fertilidad. Otras lo hacen para satisfacer su curiosidad sexual y divertirse, por amor y placer (Orubuloye, IO. 1990).

En dos pueblos rurales de la India, se efectuó un estudio basado en la comunidad sobre enfermedades ginecológicas, el cual observó que el 47 por ciento de las muchachas solteras del estudio habían realizado el coito (Bang, Rani, 1989).

Normalmente, el empezar a ser activo sexualmente a una edad más temprana conlleva a un mayor número de parejas sexuales, lo que a su vez conlleva potencialmente a una mayor exposición a la infección. En Etiopía, datos sin publicar mostraron que a menor edad

para el momento del matrimonio, menor era su duración y mayor la posibilidad de divorcio, segundas nupcias o la necesidad de vender servicios sexuales para vivir (Duncan, M Elizabeth , 1990).

Todos estos hechos no son razones para aumentar la edad mínima para contraer matrimonio, son razones para eliminar la pobreza, ofrecer educación sobre el sexo más seguro y brindar acceso a anticonceptivos y condones a una temprana edad. Si estas necesidades se vieran cubiertas, las muchachas no se verían amenazadas por un mayor riesgo de embarazos no deseados, infecciones del sistema reproductivo o VIH.

MATRIMONIO

El matrimonio es la norma en toda sociedad, pero no constituye una estructura estática. Tampoco incluye sólo una forma de actividad o acceso sexual (Standig, Hilary y Kisekka, Mere,1989). En algunas culturas, el matrimonio es una unión de carácter económico y una forma de asegurar la descendencia, y es posible que lo que espera del hombre, más que fidelidad, es apoyo económico;(Bassett, Mary T. y Mhloyi, Marvellous, 1991) mientras que en otras se espera fidelidad entre los cónyuges.

A pesar de las diferencias, en la mayoría de las culturas se espera que la mujer casada sea fiel y esté en todo momento sexualmente al alcance de su esposo. El adulterio, en particular de la mujer, puede castigarse con severidad. En algunos países musulmanes todavía se apedrea o incluso ejecuta a la mujer adúltera, pero en la mayoría de los demás es normal la separación, el divorcio y el ostracismo social.

Según la tradición, se supone que tanto la mujer como sus hijos dependen económicamente del hombre. Esto en cierto modo es un mito, ya que la mujer siempre ha trabajado para mantenerse y mantener a su familia. Sin embargo, el matrimonio es una fuente de apoyo económico para millones de mujeres, que puede también trabajen fuera de

su casa o puede que no cuando hablamos sobre sexualidad no podemos dejar de considerar el amor, la posición social y el apoyo económico.

Esta dependencia social y económica de la mujer en su compañero se interpone a cualquier exigencia que sea percibida como una amenaza a esta relación. Tenga o no la mujer un dicho sobre otros asuntos de la familia o el hogar, el sexo más seguro puede ser una de estas exigencias (Ulin, Priscilla, 1992).

Las tradiciones matrimoniales se ven afectadas por el VIH, y se han propuesto cambios que a veces tienen inconvenientes inesperados. Algunos hombres, por temor al VIH, exigen que se cumpla la tradición de que su novia sea virgen, para tener así la seguridad de que no es portadora del virus. En Uganda, existen pruebas de que está disminuyendo por este motivo la edad en que las muchachas contraen matrimonio, lo cual reduce la posibilidad de que terminen su educación y pueden conseguir un trabajo bien remunerado. Es muy posible que estas muchachas estén bajo riesgo, ya que no se requiere la virginidad del varón. (de Bruyn, María, 1992).

Debido al alto precio de las novias, los jóvenes tienen que esperar a veces mucho tiempo para casarse. Esto favorece el que mientras tanto busquen otras parejas. En Uganda, algunos dirigentes locales sugieren que se baje el precio de las novias, ¿puede o no ayudar esto a asegurar la fidelidad o la seguridad a largo plazo? (Joesoef 1988, de Bruyn, María, 1992).

Mientras tanto, la mujer casada reclama el derecho a decir no. En Puerto Rico, por ejemplo, las imágenes de machismo y obediencia femenina aceptadas tanto por la mujer como por el hombre son sólo parte de la realidad. De hecho, la mujer tiene un doble papel, no sólo el de esposa y madre dedicada, sacrificada, obediente y fiel sino también el de mujer con perseverancia, ambición y tenacidad para alcanzar sus metas personales. Por lo tanto, a la vez que se espera que una mujer viva con un hombre toda la vida y tolere su infidelidad y abuso, ella reclama también su derecho a decidir si este hombre va a vivir con ella. Puede

decidir echarle si bebe mucho, o si no resulta buen proveedor, abusa de ella o de sus hijos o los pone bajo riesgo de la infección del VIH a través de su uso de drogas o su negativa a utilizar condones.

En Nueva York, una mujer portorriqueña sin familia o amigos a su alrededor dejó a su marido al nacer su último hijo, porque éste les estaba poniendo bajo riesgo. Este hombre había empezado a usar drogas cuando estaba en el ejército, porque en contra de la imagen de macho, se sentía angustiado al tener que estar separado de su mujer y sus hijos. Ella se informó sobre el SIDA y aprendió cómo protegerse. A pesar de su comportamiento, ella todavía le quiere, duerme con él ocasionalmente y siempre le hace ponerse un condón (Singer, Merrill 1990).

En Uganda, la mujer toma medidas drásticas, a pesar de las presiones socioeconómicas, para responder a la crisis del SIDA un hombre que estaba muriendo de SIDA exigía que su primera mujer abandonase su vivienda en la ciudad y le fuera a cuidar a su pueblo. Ella se negó, no sólo porque él tenía otras tres esposas en el pueblo que podrían cuidar de él, sino porque su esposo seguía queriendo mantener relaciones sexuales con ella y ella no lo deseaba. Su postura la dejó extremadamente vulnerable en la condena de sus familiares, los cuales al fallecer él la despojaron de todas sus pertenencias; desde el negocio que habían llevado juntos hasta la casa. Ella acudió a FIDA, una asociación voluntaria de abogadas ugandesas, quienes la ayudaron a recuperar su casa y a rebatir un testamento falso que los familiares habían escrito en su contra (Perlez, Jane.1990).

RELACIONES EXTRAMATRIMONIALES

Las relaciones sexuales extramatrimoniales están prohibidas o son mal vistas en la mayoría de las sociedades, pero a pesar de ello muchos casados las mantienen.

En 1990 en Tailandia, de un amplio grupo de hombres y mujeres, la mayoría de ellos habitantes de las zonas rurales, el 17.2 por ciento de los hombres y el 0.9 por ciento de las

mujeres casados o con parejas estables confesaron haber mantenido relaciones ocasionales en los 12 meses anteriores, mientras que el 46,3 por ciento de los hombres solteros y el 2,0 por ciento de las mujeres solteras confesaron haber tenido relaciones sexuales esporádicas (Sittitrai, Werasing 1991).

Como comentaba Naná, la propietaria de burdel Uruguayo: "Los hombres pueden permitirse el lujo de relajarse porque piensan que las mujeres no hacen lo mismo que ellos.

No te olvides que estás hablando con la propietaria de un burdel y conozco muy bien las mañas de los hombres. Aunque puedan engañar a otras mujeres, a mí no me mienten. Sé de un pueblo entero que viene a mi burdel y tengo a 20 chicas trabajando las 24 horas del día" (Lado, Fernando, 1990).

Es mayor el número de hombres que admiten tener relaciones extramatrimoniales que de mujeres, posiblemente porque de verdad lo hagan con mayor frecuencia. Al preguntarles a los hombres cuántas parejas sexuales han tenido, frecuentemente exageran, mientras que la mujer mantiene esta información más secreta. En Nigeria, un sondeo entre mujeres casadas descubrió que el 33 por ciento de las rurales y el 60 por ciento de las urbanas tenían más de una pareja sexual, que generalmente era un amigo también casado (Ostfeld, Marc 1991).

En Ruanda, en amplio estudio, el 86 por ciento de las mujeres creían que la mayoría de los hombres casados no les eran fieles a sus esposas, y el 44 por ciento pensaba que la mayoría de las mujeres casadas no les era fieles a sus maridos. El sesenta y siete por ciento de las mujeres declararon que sólo habían tenido una pareja sexual en su vida. En este estudio, se presentaba a las mujeres una serie de situaciones que describían relaciones sexuales y se les preguntaba si las aprobaban o no:

*Una mujer casada de 30 años de edad se entera de que su marido ha tomado otra esposa en otro lugar. En venganza, ella toma una amante: el 3 por ciento lo aprobaba.

*Una mujer está enferma durante un tiempo y no puede tener relaciones sexuales con su marido. Él toma otra mujer: el 18 por ciento lo aprobaba.

**Una mujer de 20 años sabe que su novio no puede pagar la dote y que su padre quiere que ella se case con otro. Ella intenta quedarse embarazada de él: el 38 por ciento lo aprobaba.*

**Una mujer soltera 25 años tiene un novio que la visita regularmente y la ayuda económicamente. Ella no tiene otros amantes: el 59 por ciento la aprobaba. (Lindan, Christina 1991).*

En Zimbabue se realizó una entrevista sobre relaciones extramatrimoniales a una muestra urbana de 30 hombres y mujeres. Al principio, el 42 por ciento de los hombres y el 27 por ciento de las mujeres dijeron que las relaciones sexuales extramatrimoniales eran aceptadas en el hombre. El ocho por ciento de los hombres y ninguna mujer lo encontraba aceptable en la mujer.

Se preguntaba entonces a las mujeres si había circunstancias que hicieran las relaciones extramatrimoniales más aceptables. El ocho por ciento dijeron que los hombres tomaban la sexualidad femenina por sentido, que no se preocupaban de excitar a sus esposas sexualmente o de responder a sus esfuerzos por resultar atractivas. En esas situaciones, era comprensible que las mujeres buscaran gratificación por otro lado.

"Después de dos meses de no tener relaciones sexuales, intenté excitar sexualmente a mi marido: rápidamente él me dijo que estaba enferma, que tenía una libido excesiva que mis padres deberían curar. Me sentí dolida y decidí darle el gusto" (Mhloyi, Marvellous, 1990).

Todos los hombres, pero sólo el 20 por ciento de las mujeres, pensaban que las mujeres casadas mantenían relaciones extramatrimoniales. Sin embargo, todos los hombres menos dos pensaban que no era ése el caso de sus esposas, tan sólo de mujeres casadas en general. Todos los hombres menos uno y todas las mujeres pensaban que los hombres casados tenían relaciones extramatrimoniales. Cuando se les preguntaba qué era lo que ellos hacían, el 67 por ciento de los hombres y el 3 por ciento de las mujeres indicaban que a

f

veces mantenían relaciones sexuales extramatrimoniales (Mhloyi, Marvellous, 1990).

Si el sexo más seguro se convirtiera en norma social dentro del matrimonio, y no sólo fuera del mismo, las relaciones sexuales serían más seguras incluso en ausencia de fidelidad.

RELACIONES HETEROSEXUALES NO MATRIMONIALES

Cada vez hay más mujeres que viven con un compañero estable. Algunas no tiene pareja, otras tienen más de una pareja a la vez. Muchas personas viven juntas en relaciones estables pero sin casarse. ¿Son todas estas relaciones tan monógamas como el matrimonio? ¿Se terminan con más facilidad? No lo sabemos. Lo que sabemos es que el número de hogares en lo que la cabeza de familia es una mujer es elevado. En Kenia, que constituye un caso típico, entre un 36-46 por ciento de los hogares están encabezados por una mujer.

Los hogares encabezados por mujeres, en general, cuentan con un nivel de ingresos inferior a los encabezados por hombres (Ulin, Priscilla, 1992). Las mujeres solas con hijos y familias que mantener encuentran que su elección de pareja es limitada. Debido a que la mayoría de las personas están casadas, las relaciones entre mujeres solteras, divorciadas o viudas y hombres casados son corrientes. La única forma en la que la mujer puede cubrir sus necesidades y las de su familia puede ser mediante el intercambio de favores sexuales por dinero, vivienda, comida y otras necesidades materiales. La mujer que se encuentra en esta situación no se considera a sí misma una trabajadora del sexo, ni la sociedad la ve de ese modo.

RELACIONES BISEXUALES Y HOMOSEXUALES

En las dos últimas décadas, gracias al movimiento de homosexuales y lesbianas, un mayor número de personas sienten que pueden ser francas acerca de sus relaciones sexuales; también la bisexualidad se admite más abiertamente. Pero muchos han tenido relaciones con ambos sexos sin admitirlo. Y puede que sus parejas también hayan hecho lo mismo.

Las lesbianas y los homosexuales pueden estar casados o tener relaciones sexuales con el sexo opuesto porque su preferencia sea la bisexualidad, para tener hijos, porque es lo que socialmente se espera de ellos, y/o para esconder que tienen relaciones con otros miembros de su sexo. Cuando es preciso esconder las relaciones con el mismo sexo, hay que esconder también el hecho de que se pueda estar colocando a la pareja sexual bajo riesgo del VIH. Muchas mujeres no saben que sus compañeros o maridos tienen relaciones con otros hombres.

En el caso de algunos trabajadores del sexo masculino pueden vender sus servicios sexuales a otros hombres, porque esta es a lo mejor, la única forma en que encuentran este tipo de relación.

Otros lo hacen por dinero. Los hombres en esta situación con frecuencia tienen compañeras. (Brazil 1991)

En África, la homosexualidad básicamente sigue siendo algo condenado y negado, aunque se admite su existencia de forma tácita en instituciones como el ejército, las prisiones y los colegios de muchachos. (Kisekka, Mere, 1989).

En países con una fuerte influencia árabe e Islámica, se reconoce la homosexualidad, acompañada a veces de creencias de que conduce a la riqueza, ya que solía ser practicada por aristócratas feudales. En Nigeria, las relaciones homosexuales entre los Hausa fueron reconocidas públicamente en los años 80 a consecuencia de la publicidad sobre el SIDA entre homosexuales en occidente. En Nigeria, están siendo reconocidas las relaciones lesbianas entre mujeres urbanas, educadas, tanto casadas como solteras (Kisekka, Mere, 1989).

En Dinamarca, donde la población es relativamente abierta a la homosexualidad y a la bisexualidad, alrededor de un 10 por ciento de los homosexuales participantes en un sondeo afirmaron haber mantenido relaciones sexuales con mujeres durante el año anterior. En Copenhague, el 33 por ciento de las mujeres con el VIH tenían compañeros bisexuales

portadores del VIH. (Smith, Else ,1990).

En Honduras, Guatemala, y Costa Rica, el índice del VIH en la población aumenta rápidamente y la cifra de hombres bisexuales seropositivos es alta. El 15 por ciento de los pacientes de una clínica del VIH en Río de Janeiro y el 33 por ciento de los que atienden una clínica en Belo Horizonte en Brasil dijeron ser bisexuales. (de Bruyn, María, 1992).

En México, entre 1981 y 1990, la proporción de casos de SIDA en hombres homosexuales disminuyó, mientras que la misma aumentaba entre los bisexuales. En el 15 por ciento de casos de VIH vinculada al embarazo el compañero e la mujer era bisexual (de Bruyn, María, 1992). En América Latina, la bisexualidad continúa acarreado un gran estigma; el creciente movimiento de homosexuales y los estudios sobre la sexualidad masculina están sacando el tema a la luz.

En San Francisco, el proyecto para hombres latinos "Mano a mano" realiza labor de acercamiento con hombres bisexuales en las prisiones, las pandillas y en las calles en general. Es frecuente que los hombres se muestren "duros" y digan que no son homosexuales. Se les dice " No me importa cómo te describas, tu comportamiento es muy arriesgado y deberías aprender a protegerte" (Del Zotto, Augusta, 1990). En Río de Janeiro, un grupo denominado Pegação alienta a los hombres homosexuales a aceptar su sexualidad, y a protegerse a sí mismos y a sus parejas contra el VIH (Brazil 1991).

Los hombres y las mujeres bisexuales no forman parte de colectivos de apoyo, agrupaciones o movimientos a un nivel tan amplio como los homosexuales o las lesbianas. La bisexualidad es el tipo de sexualidad que acarrea mayor estigma: tal como es percibida, el pertenecer a ninguno. Muchos hombres y mujeres bisexuales posiblemente se describan y consideren a sí mismos como heterosexuales porque resulta socialmente más aceptable. La mujer necesita ser más consciente de la posible bisexualidad de su pareja y de los riesgos potenciales que esto puede conllevar con respecto a la infección del VIH.

RELACIONES SEXUALES OCASIONALES

Son muchos los que tienen encuentro sexuales sin intención de formar una relación. Puede que conozcan a alguien en un bar o en una fiesta y otra reunión social, pasen la noche con ellos y quizás no lo vean nunca más. Pocos estudios indican la extensión de esta práctica en general, excepto en hombres homosexuales y personas que viajan.

Estudios realizados en la Gran Bretaña, Suiza, Dinamarca, Suecia, han observado que los viajeros, sobre todo los hombres solos y jóvenes de ambos sexos, tienen relaciones sexuales en los lugares que visitan. Mucho profesionales viajan y emigran por razones de política internacional, diplomacia, negocios y comercio, proyectos de ayuda humanitaria, guerra, y vacaciones. Aunque no se ha estudiado el comportamiento sexual de estos grupos cuando están de viaje, los primeros entre los viajeros de negocios y sus contactos.

En grupo de hombres británicos con edades comprendidas entre los 16 y los 25 años y que viajaban sin pareja, el 26 por ciento afirmaron haber realizado el coito en sus viajes. De 1.229 huéspedes de un albergue juvenil en Copenhague, el 13 por ciento de los hombres y el 9 por ciento de las mujeres mantuvieron contactos sexuales. Cerca del 33 por ciento de un grupo de viajeros suecos de edades entre 19-21 años, tuvieron contactos ocasionales con viajeras suecas, otro 33 por ciento con turistas de otro país y el 33 por ciento restante con muchachas del país que visitaban (Hendriks, Aart, 1991).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) se está convirtiendo en uno de los más graves problemas de salud en todo el mundo. Se calcula que los adultos infectados por su agente causal, el de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), suma millones de personas muertas por esta pandemia.

Como se sabe, hasta el momento no hay medicamento confiable para mantener a los afectados asintomáticos, por un largo período de tiempo sin tener efectos colaterales.

Lo que ha provocado mayor inquietud, es que esta enfermedad se considera propia de un solo grupo estigmatizado, tales como: homosexuales, drogadictos y prostitutas. Entonces se piensa que toda persona infectada pertenece a estos grupos (como si el virus seleccionara únicamente a ellos).

Pero cualquier individuo está expuesto a adquirirlo, ya sea por transfusión de sangre, por agujas infectadas, o también cuando una mujer infectada está embarazada lo transmite a su hijo.

Así mismo se puede infectar por tener relaciones sexuales con varias parejas sin protección, no importando la preferencia sexual (heterosexual, homosexual, bisexual), pues es esta la vía principal de transmisión.

Se cree que todas las parejas independientemente, de su preferencia sexual, edad, religión, nivel académico en su relación de pareja se ha visto sacudida por este problema dando como resultado temores, miedos, angustias, mitos, ante la idea de saberse infectado; tal vez por sus prácticas sexuales anteriores ó actuales. Esto conlleva a presentar graves implicaciones de ansiedad y de problema con la relación de pareja.

La ansiedad, es una respuesta humana normal a enfermedades que ponen en peligro la vida y en consecuencia cabe esperarla. Sin embargo, en este contexto la ansiedad prolongada en sí inmunosupresora (Coates y Col. 1984) conlleva la necesidad de hacer intervenciones con eficacia, las cuales solo podrían detectarse a través de la investigación.

Por tal motivo, la presente investigación tiene como finalidad, saber:

¿Habrá diferencias entre seropositivos y seronegativos en la ansiedad (Estado y Rasgo)?

¿Habrá diferencias entre seropositivos y seronegativos en la percepción de pareja?

¿Habrá diferencias entre los sujetos de alto y bajo riesgo en la ansiedad (Estado y Rasgo)?

¿Habrá diferencias entre los sujetos de alto y bajo riesgo en la percepción de pareja?

Pues la percepción de la relación de pareja puede estar afectada adversamente por las consecuencias físicas y emocionales del SIDA.

HIPÓTESIS DE TRABAJO

Se planteo como Hipótesis de trabajo:

- La ansiedad afecta la percepción de la pareja en seropositivos y seronegativos.*
- La ansiedad afecta la percepción de la pareja en sujetos de alto y bajo riesgo.*

**Hipótesis H (0)*

No existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de la pareja en pacientes con alto y bajo riesgo.

***Hipótesis H (1)**

Existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de la pareja en pacientes con alto y bajo riesgo.

Hipótesis H (0)

No existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de pareja en pacientes con VIH- y VIH+

Hipótesis H (1)

Existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de pareja en pacientes con VIH- y VIH+

***Hipótesis H (0)**

No existen diferencias estadísticamente significativas en la ansiedad en pacientes con VIH- y VIH+

***Hipótesis H (1)**

Existen diferencias estadísticamente significativas en la ansiedad en pacientes con VIH- y VIH+

Hipótesis H (0)

No existen diferencias estadísticamente significativas en la ansiedad en pacientes con alto y bajo riesgo.

Hipótesis H (1)

Existen diferencias estadísticamente significativas en la ansiedad en pacientes con alto y bajo riesgo.

Hipótesis H (1)

Si existen relación significativa entre ansiedad y la percepción de pareja.

Hipótesis H (0)

No existen relación significativa entre ansiedad y la percepción de pareja.

Nota: Debido a que los sujetos seropositivos son sólo hombres y que los seronegativos son mujeres no se pudo hacer hipótesis de interacción entre esto y el género.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES.

Ansiedad: es una reacción emocional que consta de sensaciones subjetivas de tensión, temor, nerviosismo y preocupación, así como una elevada actividad del sistema nervioso autónomo (Spielberger, 1980).

Ansiedad: es una aprensión que experimenta un individuo cuando su personalidad es amenazada. Puede ser constructiva o destructiva dependiendo esto del grado de aprensión y de la magnitud de la amenaza (Carroll, 1977).

Ansiedad normal: es una reacción proporcionada a la amenaza.

Estimula al individuo a encontrar el modo de afrontar con éxito la situación. Es estimulante para el crecimiento y el desarrollo. No existe nadie que no tenga algo de ansiedad .

Ansiedad en exceso es perturbadora y fuerza al individuo a erigir defensas de carácter neurótico o psicótico (Carroll, 1977).

Ansiedad - Estado: es el estado emocional transitorio del organismo humano que se caracteriza por sentimientos de tensión (Spielberger, 1975).

Ansiedad - Rasgo: es la diferencia que presenta cada sujeto al responder a un estímulo percibido (Spielberger, 1975).

Alto riesgo: son actividades en la que se puede transmitir el virus (de SIDA) si alguna de las dos personas está infectada, las cuales son:

A) Penetración vaginal o anal sin condón: Existe riesgo por la posibilidad de intercambio de semen o fluido vaginal.

B) Relación sexual oral: contacto con el pene con eyaculación ó fluido vaginal sin condón.

C) Contacto con la vagina o el ano: realizado sin protección (Proyecto Shanti, 1991).

Bajo riesgo: Penetración con condón ya sea anal o vaginal, como una práctica segura siempre y cuando el condón o preservativo no se rompa.

A) Relación sexual oral: Contacto con el pene con condón.

B) Contacto con la vagina: Se puede usar barrera de latex. (condón).

C) Contacto con la vagina o el ano: utilizando protección (Proyecto Shanti, 1991).

Pacientes VIH+ : Que su sangre fue sometida a cuatro análisis de pruebas de "Elisa" y una prueba confirmatoria de "Western Blot". Que la persona es portadora de VIH. Que esa persona debe considerar que es capaz de transmitir el virus y debe tomar las precauciones adecuadas para no infectar u otros. (Proyecto Shanti, 1991).

Pacientes VIH- : Que hasta el momento no se ha encontrado el síndrome de VIH, en la sangre de la persona.

Percepción de la relación de pareja: Se considera como la satisfacción en la relación, que es la apreciación subjetiva que un individuo hace del bienestar, calidad y valor de las diferentes facetas de su pareja y de su interacción con ellas (Díaz Loving, en prensa).

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Las posibles puntuaciones del IDARE, varían desde un mínimo de 20, hasta un máximo de 80, tanto en la escala A-Estado, como en la A-Rasgo. Los sujetos responden a

cada uno de los reactivos del IDARE valorándose a si mismo en una escala de cuatro puntos.

Las cuatro categorías para la escala A-Estado son:

1. "No en lo absoluto";
2. "Un poco";
3. "Bastante";
4. "Mucho".

Las categorías para A-Rasgo son:

1. "Casi nunca";
2. "Algunas veces";
3. "Frecuentemente";
4. "Casi siempre".

Alto riesgo: Se considerara los patrones conductuales como: contactos sexuales no protegidos con múltiples parejas. Durante cualquier relación sexual (vaginal, anal u oral) sin utilizar el condón.

Bajo riesgo: Es cuando hay penetración (vaginal, anal, oral) con condón.

Pacientes VIH+: Es cuando una personas tiene en su organismo el virus de inmunodeficiencia humana.

Pacientes VIH-: es cuando una persona no se encuentra el virus de inmunodeficiencia humana.

Percepción de pareja: Esta se define como el acuerdo o desacuerdo de la pareja hacia los factores que mide el IMSM (emocionales afectivos, sexual, organización y funcionamiento, la organización y realización de tareas, diversión e hijos) (Cortes, Reyes, Díaz Rivera, Monjaraz, 1994).

SUJETOS

En la investigación participaron 200 individuos, 81 personas acudieron a realizarse la prueba de detección del virus de inmunodeficiencia humana al Centro de Información sobre SIDA, y 119 son pacientes de este mismo Centro.

M U E S T R E O

El tipo de muestreo fue no probabilístico intencional, ya que el investigador buscó a los individuos que reunieran las características necesarias.

TIPO DE ESTUDIO

Fue un estudio confirmatorio de campo, ya que esta investigación concuerda más cercanamente con la definición del mismo. Los estudios de campo son investigaciones encaminadas a descubrir las relaciones o interacciones, entre variables sociales reales... generalmente el investigador de este tipo de estudios valora las consecuencias de una intervención o tratamiento que ocurre en el momento en que se realiza, su estudio, pero que no ha sido introducida por él y en otras le interesa conocer el estado actual de un fenómeno sin interesar sus causas. (Campell y Stanley 1980).

Un hecho importante es que la población estudiada, fue tomada en su ambiente natural, no fue prefabricada por el investigador.

DISEÑO

Se utilizó un diseño de 2 muestras independientes, pues se comparó por separado a los seropositivos y seronegativos, y por otro lado a los de alto y bajo riesgo.

ESCENARIO

La investigación se llevó a cabo en un mismo escenario. Primero con los pacientes que acudieron al servicio médico, posteriormente con personas que fueron a efectuarse la prueba de detección del VIH.

INSTRUMENTO

Antecedentes. - El inventario de ansiedad: Rasgo-Estado I.D.A.R.E. fue desarrollado por Spielberger y Gorsuch (1964) en la Universidad de Vanderbilt. La escala consta de dos áreas:

1. Ansiedad - Estado (SXE): Es una condición ó estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprehensión subjetivos conscientemente percibidos. Y por un aumento de la actividad del sistema autónomo. Esta escala es un indicador sensitivo del nivel de ansiedad transitorio.

2. Ansiedad-Rasgo (SXR): Son las características de personalidad individuales de cada sujeto, que los predispone a responder con una elevada ansiedad en situaciones percibidas como amenazantes, lo cual origina que los sujetos estén presentando elevaciones en la intensidad de la Ansiedad-Estado.

Normatividad del I.D.A.R.E.

Los datos han sido obtenidos en grandes muestras de alumnos universitarios antes de ingresar y después en el primer año licenciatura, y a estudiantes de bachillerato, también de pacientes psiquiátricos del sexo masculino, medicina general y de cirugía así como de reclusos jóvenes de Estados Unidos de Norte América.

Confiabilidad del I.D.A.R.E.

La confiabilidad test-retest (estabilidad) de la escala Ansiedad- Rasgo del I.D.A.R.E. es relativamente alta, pero los coeficientes de estabilidad para la escala Ansiedad-Estado tienden a ser bajos, como era de anticiparse en una medida que ha sido diseñada para ser influenciada por factores situacionales.

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

Tanto la escala Ansiedad-Rasgo como la Ansiedad - Estado tienen un alto grado de consistencia interna.

Validez del I.D.A.R.E.

Se correlacionó con las escalas: IPAT (Insitute for personality and Ability Testing, de Catell y Scheier, 1963) y el TMAS (Manifest Anxiety Scale, de Janntet Taylor, 1953) obteniendo resultados moderados-altos en ambas pruebas.

Aplicación del I.D.A.R.E.

Fue diseñado para ser auto-administrable y puede ser aplicado individualmente o en grupo. No tiene límite de tiempo. Los estudiantes universitarios requieren sólo de 6 a 8 minutos para contestar, sea la escala Ansiedad - Rasgo o las escala Ansiedad-Estado y menor a 15 minutos para contestar ambas. Las personas con menor nivel educativo y/o con disturbios emocionales, pueden requerir de 10 a 12 minutos para contestar una de las escalas y aproximadamente 20 minutos para contestar las dos. La validez del I.D.A.R.E. se fundamenta en el supuesto de el examinado entiende claramente que en las instrucciones que se le dan, en relación con el "estado" él debe reportar cómo se siente en este momento específico y en las instrucciones que se le dan en relación con el "rasgo" se le pide que indique cómo se siente generalmente. La atención del examinado debe se dirigida al hecho de que las instrucciones son distintas para las dos partes del inventario y el deberá decir que ambas instrucciones se deben leer con todo cuidado, tanto en un lado como en el otro.

Calificación del I.D.A.R.E.

La dispersión de posible puntuaciones para el "Inventario de Autoevaluación del I.D.A.R.E. varía desde una puntuación mínima de 20, hasta una máxima de 80, tanto en la escala Ansiedad-Estado como en la escala de Ansiedad-Rasgo. Los sujetos responden a cada

uno de los reactivos valorándose ellos mismos en una escala de cuatro puntos. Las cuatro categorías son :

<i>Ansiedad - Estado</i>	<i>1. No en lo absoluto.</i>	<i>Ansiedad - Rango</i>	<i>1. Casi nunca.</i>
	<i>2. Un poco.</i>		<i>2. Algunas veces.</i>
	<i>3. Bastante.</i>		<i>3. Frecuentemente.</i>
	<i>4. Mucho.</i>		<i>4. Casi siempre.</i>

Para calificar cada escala, se coloca la plantilla sobre el protocolo y se dan los valores numéricos de la respuesta que parece impresa en la clave de cada reactivo.

ESCALA DE SATISFACCIÓN MARITAL

En el ámbito de la relación de pareja un constructo de singular importancia es la Satisfacción Marital. Esta representa según varios autores la evaluación subjetiva de la relación en una pareja de casados (Spaniers y Lewis 1980); la relación subjetiva experimentada al matrimonio de uno (Rivera Aragón , Díaz Loving y Flores Galaz 1988) o la actividad hacia la interacción marital y aspectos del cónyuge (Pick de Weiss y Andrade Palos, 1988).

Dada la importancia de dicho constructo para la interacción y evaluación de la relación de pareja, ha sido tarea de los investigadores sociales el crear instrumentos de medición que logren operacionalizar la percepción subjetiva de los miembros de la pareja.

La Escala de Pick de Weiss y Andrade Palos (1988) se desarrolló con el propósito de tener un instrumento válido y confiable para las parejas mexicanas. Esta escala compre

tres áreas o factores: Satisfacción con la interacción, satisfacción con los aspectos estructurales y organizacionales del cónyuge, y la satisfacción con aspectos emocionales del cónyuge. La escala mencionada ha sido utilizada en estudios realizados con poblaciones distintas a la original y ejemplos de estos son: el trabajo de Castillo León, Reyes Lagunes y Mezquita Hoyos, 1993 (Cortés, Reyes, Díaz, Rivera, Monjaraz, 1994).

La escala de satisfacción marital de Pick y Weiss y Andrade Palos (1988) incluye áreas importantes de la estructura de la relación de pareja, sin embargo de acuerdo a Rivera Aragón (1992) se debe de incorporar una serie de factores o aspectos que determinan tanto su funcionamiento y dirección, como su magnitud.

Esta premisa que afirma la presencia de dimensiones inherentes a la relación de pareja, marca la pauta para la creación de un instrumento válido y confiable para las parejas mexicanas que incluyan más aspectos vinculados a la estructura misma de la relación de pareja como los son: cercanía, atracción, relaciones afectivas y de comunicación, interacción, relaciones físico-sexuales, aspectos de organización, toma de decisiones, diversiones e hijos.

Normatividad de MULTIFACETICO DE SATISFACCIÓN MARITAL (IMSM)

Los datos han sido obtenidos en grandes muestras de parejas (los sujetos debían de vivir juntos) con un rango de edad de 20 a 60 años.

Confiabilidad y Validez de MULTIFACETICO DE SATISFACCIÓN MARITAL (IMSM)

Al iniciar el proceso de validación del instrumento; este análisis arrojó ocho factores con autovalores mayores a uno. Para la constitución final de los factores se eligieron solo aquellos reactivos con cargas mayores o iguales a ± 0.40 . Considerando esto, se procedió a clasificar aquellos reactivos en donde la carga fuera mayor

y tuviera mejor congruencia conceptual, quedando finalmente seis factores .

Factor 1: Aspectos emocionales, afectivos y de comprensión que facilitan la interacción de la pareja.

Factor 2: Área Físico - Sexual, se refiere a expresiones físico corporales tales como caricias, abrazos, besos y relaciones sexuales.

Factor 3: Reactivos de organización y funcionamiento, se refiere a la parte estructural, instrumental, de toma de decisiones, de solución de problemas y función de la pareja.

Factor 4: Contempla la organización y realización de tareas que se dan en el hogar, tales como distribución y cooperación de las tareas del hogar.

Factor 5: Área de diversión, nos indica la diversión que tiene la pareja en la convivencia y comunicación afectiva que se lleva a cabo dentro y fuera del hogar.

Factor 6: El área de hijos se refiere a la satisfacción que siente el cónyuge por la educación, atención y cuidado que proporciona su pareja a los hijos.

Aplicación del MULTIFACETICO DE SATISFACCIÓN MARITAL (IMSM)

Se aplicó una escala de Likert de 48 reactivos que tratan de investigar las áreas importantes para la satisfacción Maritales.

El instrumento se puede aplicar a cada miembro de la pareja por separado, para asegurar que no exista comunicación entre ellos, mientras lo contestan.

De acuerdo con los resultados obtenidos en el análisis psicométrico, se puede observar que el Inventario Multifacético de Satisfacción Marital propuesto, incremento las áreas que lo componen.

Las áreas de organización, aspectos emocionales y de interacción en la pareja que

se reportan en la escala de Pick de Weiss y Andrade Palos (1988) se mantienen en esta nueva escala. Al parecer los aspectos afectivos y de estructuración son básicos para el funcionamiento y satisfacción del matrimonio.

CUESTIONARIO SOBRE CONDUCTA DE ALTO Y BAJO RIESGO

Finalmente se hizo un cuestionario de alto y bajo riesgo. Uno para el sexo masculino y otro para el sexo femenino, en donde se preguntaba la edad, su estado civil, a que edad tiene su primera relación sexual, su preferencia sexual, si en sus relaciones sexuales habitualmente usa condón, también se pregunta el tipo de actividades sexuales realizadas con su pareja, esto es si practican el sexo oral, la penetración anal, el número de parejas con las que ha tenido relaciones sexuales, de estas parejas cuantas han sido estables, si había tenido como pareja a una prostituta(o). Con que frecuencia realizaban el coito vaginal con y sin condón, el coito anal con y sin condón, si lleva a cabo prácticas genito-orales con y sin condón; con que frecuencia tenían estimulación mutua hasta llegar al orgasmo, el número de coitos vaginales, el número de coitos anales que tienen.

¿Si ha tenido relaciones sexuales con una mujer a que edad fue?

El número de parejas femeninas con las que ha tenido relaciones sexuales .

¿Si ha tenido relaciones sexuales con un hombre a que edad fue?

El número de parejas masculinas con las que ha tenido relaciones sexuales; el número de hombres que ha tenido relaciones sexuales que lo penetren por el ano sin y con condón. El número de hombres que ha tenido relaciones sexuales que usted lo penetre por el ano sin condón; de estas parejas cuantas fueron ocasionales o casuales; el número de coitos que realiza cuando a usted lo penetran; el número de coitos que realiza cuando usted penetra; con que frecuencia realiza las siguientes actividades: es usted penetrado por el ano, penetra a la otra persona por el ano utilizando condón, hay contacto genito-oral, hay contacto oral-genital, se masturban mutuamente, tiene caricias corporales de manera sensual o erótica en lugar de penetración.

Como se puede observar, se pregunta el tipo de actividades sexuales, frecuencia con

las que los llevan a cabo, si usan condón o no, el número de parejas que han tenido. De los resultados se establece si los sujetos de esta investigación realizan prácticas de alto o bajo riesgo.

PROCEDIMIENTO.

El instrumento se aplicó a 200 pacientes, unos se realizaron el examen de "ELISA Y WESTERN BLOT", otros fueron pacientes seropositivos del Centro de Información sobre SIDA.

El instrumento se aplicó en las instalaciones antes mencionada.

Las instrucciones que se les dieron a los sujetos fueron las siguientes:

" Soy Psicóloga egresada de la Universidad Nacional Autónoma de México, y estoy llevando a cabo una investigación , solicito de tu amable cooperación para contestar estos cuestionarios que son anónimos y confidenciales " .

Se les explicó como contestarlo y se les preguntó si tienen alguna duda, para aclararla.

Por último se les dio las gracias, una vez que terminaron de contestar el cuestionario.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos en los instrumentos se procesaron a través de la computadora por medio del paquete estadístico aplicado a las Ciencias Sociales (SPSS) (Nie, Hull, Jenkins, Stein y Bent, 1975).

A continuación se describe el análisis descriptivo. (Las tablas se encuentran en el apéndice "A").

La muestra estudiada estuvo compuesta por un número total de 200 sujetos, de los cuales 119 fueron seropositivos (VIH+ hombres) y 81 fueron seronegativos (VIH- mujeres).

En dicha muestra se puede observar que el rango de edad de la población estudiada osciló entre los 17 y 59 años con una media de 29.1 y una desviación estándar 7.9 en personas seropositivos(hombres).

En personas seronegativas(mujeres) , se puede observar que el rango de la población estudiada osciló ente los 17 y 57 años, con una media de 28.4 y una desviación estándar 9.1 encontrando que ambos grupos son muy similares ya que no hubo diferencias significativas ($t=0.56 ; P=0.57$ Ver tabla 1).

Respecto al Estado Civil de los sujetos con VIH+(hombres) que componen la muestra, el 85.6% (10) son solteros el 7.6% (9) son casados, el 1% (.8) son separados, 2.5% (3)divorciados, 3.4% (4)viven en unión libre, son personas seropositivos.

El Estado Civil de los sujetos con VIH-(mujeres) que componen la muestra, el 55.6% (45) son solteros, 18.5%(15) son casados, 1.2% son separados, 8.6% (7) son divorciados, 8.6%(7) son viudos, 7.4%(6) viven en unión libre. En ambos casos se observa que la mayoría son solteras. En esta se encontraron diferencias significativas ($\chi^2=25.36$;

$p=0.00012$ Ver tabla 2).

En la pregunta ¿A que edad tuvo su primera relación sexual? con los sujetos con VIH+ (hombres) la edad de la población osciló entre 6 y 27 años con una media de edad 15.5 y una desviación estándar de 3.54.

Con los sujetos con VIH- (mujeres) la edad de la población osciló entre 8 y 33 años con una media 19.0 y una desviación estándar de 4.3 se observó que fue más temprano el debut sexual en los seropositivos que en los seronegativos, observando diferencias significativas ya que los seropositivos inician a una edad más temprana ($X=15.52$) que los seronegativos ($X=19.0$; $t=-5.92$; $p=000$ ver tabla 3).

En la preferencia sexual de los seropositivos (hombres), se encontró que el 28% (33) de los sujetos ha tenido relaciones sexuales solo con mujeres y el 53.4% (63) sólo con hombres, esto indica un alto porcentaje de homosexualidad, ya que en este grupo todos son hombres.

En cuanto a la preferencia sexual se encontró que el 92.6% (75) de los sujetos con VIH- (mujeres) ha tenido relaciones únicamente con hombres y el 2.5% (2) contestó que ha tenido relaciones únicamente con mujeres (ver tabla 4).

En la pregunta ¿Habitualmente usa condón? Se puede observar que los sujetos seronegativos (mujeres) el 38% respondió que si lo uso pero el 61.7% (50) no lo usa en su práctica sexual. Sin embargo en los seropositivos (hombres) el 59.9% (50) si usa el preservativo, pero 49.2% (58) contestó que no utilizan el condón en sus prácticas sexuales. Esto indica que aún el condón no se utiliza como un preservativo (Ver tabla 5).

Como se puede observar la mayor parte no usa condón en ninguna de las formas, únicamente así en conducta de riesgo (Ver tabla 6).

En hombres con VIH+ se les preguntó: ¿Con cuántas mujeres ha tenido relaciones sexuales? El 44% (52) contestó que no había tenido relaciones sexuales con parejas femeninas. No obstante hay sujetos que respondieron haber tenido relaciones sexuales con 42 mujeres o más (Ver tabla 7A).

En mujeres con VIH- se les preguntó: ¿Con cuántos hombres ha tenido relaciones sexuales? Catorce contestaron que solo con una pareja masculina habían tenido relaciones sexuales. Sin embargo hay quién contestó haber tenido relaciones sexuales con 18, 15 y 11 parejas masculinas. Pero se detectó que una contestó haber tenido con más 50 parejas. (Ver tabla 7B).

¿Cuántas de estas parejas fueron estables?

-En los(hombres) seropositivos el 5.34% contestó que ninguna de estas parejas fueron estables. Algunos respondieron que solo una pareja había sido estable 18.6%, en dos casos solamente las parejas fueron estables 14.4%. Pero 115 contestaron que habían sido estables por cortos períodos de tiempo.

-En cuanto a las mujeres seronegativas el 7.4% contestó que ninguna de sus parejas fueron estables, el 33% contestó que solo una pareja fue estable, el 27.2 contestó que dos parejas fueron estables. Solo una contestó que había tenido 10 parejas estables en comparación con los seropositivos es mayor el número de parejas estables.(Ver tabla 8).

En hombres con VIH+ se les preguntó:¿Cuántas mujeres fueron prostitutas? El 72.9% contestó que no había tenido relaciones sexuales con mujeres prostitutas, el 7.6% contestó que solo una vez y el 4.2% dos veces habían tenido contacto sexual con mujeres prostitutas. Pero un sujeto contestó haber tenido relaciones sexuales con más de 49 mujeres prostitutas.(Ver tabla 9A)

En mujeres con VIH- se les preguntó:¿Cuántos hombres fueron prostitutas? El 91.4% contestó que no había tenido relaciones sexuales con hombres prostitutas. Sin embargo el

2.5% respondió haber tenido relaciones sexuales con hombres prostitutos. Y una contestó haber tenido relaciones sexuales con 20 prostitutos. (ver tabla 9B)

En los hombres seropositivos se observó que practican la penetración vaginal siempre pero sin condón, la mayoría de las veces hay contacto genito-oral sin condón, la mitad de las veces hay estimulación de la vagina con la boca de (él). (Ver tabla 10A)

En el caso de las mujeres seropositivos contestaron que practican, la penetración vaginal sin condón, que su compañero le introduce los dedos en su vagina la mayoría de las veces, y la mitad de las veces le introduce el pene en su boca sin condón, casi ninguna vez hay estimulación de la boca con su vagina, la mayoría de estos sujetos respondió que ninguna vez hay penetración anal (ver tabla 10B).

En hombres con VIH+ se les pregunto: ¿Cuándo usted penetra a su compañera por la vagina cuantos coitos realiza? el 55.1% contestó que no realiza el coito vaginal. Sin embargo, hay quienes contestaron, que llegan a tener dos coitos, algunos otros contestaron que solo uno. No obstante dos personas contestaron que tienen cinco coitos vaginales (Ver tabla 11A).

En las mujeres con VIH- se les pregunto: ¿Cuántos coitos vaginales tienes? el 43.2% contestó que solo tiene un coito vaginal, el 34.6% replicó que solo dos coitos vaginales, el 14.8% inicio tener hasta tres coitos vaginales. Pero dos mujeres contestaron realizar hasta 6 coitos vaginales (Ver tabla 11B).

En hombres con VIH+ se les pregunto: ¿Cuándo usted penetra a su compañera por el ano, cuántos coitos realiza? El 73% no realiza el coito anal, el 15.3% solo lo realiza una vez, el 8.5% lo efectúa dos veces, algunos lo efectúan hasta 3 veces (Ver tabla 12A).

En las mujeres con VIH- se les pregunto: ¿Cuántos coitos anales tienes? El 88.9%

contestó que no efectúan el coito anal, el 6.2% lo realizan una vez. Sin embargo hay quienes contestó que lo hace hasta 6 veces (Ver tabla 12B)

En hombres con VIH+ se les pregunta: ¿A que edad tuvo su primera relación sexual con un hombre? La edad osciló entre los 6 y 30 años, con una media de 11.4 y una desviación estándar de 7.8 (Ver tabla 13A).

En mujeres con VIH- se les pregunta: ¿A que edad tuvo su primera relación sexual con una mujer? La edad osciló entre los 15 y 20 años con una media de 0.654 y una desviación estándar de 3.3 (Ver tabla 13B).

En hombres con VIH+ se les pregunta: ¿Con cuántos hombres ha tenido relaciones sexuales? El 8.5% contestó que había tenido relaciones sexuales con 10 hombres, el 5.9% respondió que con 15 hombres. No obstante hay quien contestó que hasta con 90 hombres o más con los cuales había tenido relaciones sexuales (Ver tabla 14A).

En mujeres con VIH- se les pregunta: ¿Con cuántas mujeres ha tenido relaciones sexuales? Solo una respondió que con 30 mujeres, una con 4 una con 3 y otra con una mujer (Ver tabla 14B).

En hombres con VIH+ se les pregunta: ¿Con cuántos hombres ha tenido relaciones que lo penetren por el ano sin condón? El 8.5% respondió haber tenido prácticas anales sin preservativo (Ver tabla 15).

¿Con cuántos hombres ha tenido relaciones que lo penetre por el ano con condón? El 11.9% y el 5.9 respondió haber tenido prácticas anales con preservativo (Ver tabla 16).

¿Con cuántos hombres ha tenido relaciones sexuales que usted lo penetre por el ano sin condón? El 9.3% replicó que solamente con dos hombres había tenido relaciones anales

sin preservativo. Pero hay quien contestó que había tenido este tipo de práctica con 250 o más personas masculinas.

¿Con cuántos hombres ha tenido relaciones sexuales que usted lo penetre por el ano con condón ? El 8.5% contestó que había tenido penetraciones anales con preservativo. Sin embargo otros respondieron que con 90 o más hombres habían realizado en practica, pero con condón. (Ver tabla 18).

¿Cuántas de estas parejas masculinas fueron No estables o amigos casuales? se detecto que 20 sujetos (20.8%) presento el más alto porcentaje y el menor fue de 36 sujetos (30.5%) con respecto a compañía casual. Pero hubo casos que indican haber tenido hasta 90 (18.9%) o más parejas ocasionales (Ver tabla 19).

¿Cuántos coitos realiza cuando a usted lo penetran? El 43.% de los sujetos respondieron que solo tiene un coito cuando lo penetran, otras 22 personas comentaron que tenían dos coitos. No obstante hubo sujetos que respondieron tener 6 coitos (Ver tabla 20).

¿Cuántos coitos realiza cuando usted penetra ? el 33% comento que solo había un coito cuando penetra. Sin embargo, otros contestaron que habían realizado entre 4 y 5 penetraciones (Ver tabla 21).

Los hombres seropositivos realizan con frecuencia las siguientes actividades: el coito anal con condón , la mayoría de las veces hay contacto genito-oral, hay caricias de manera sensual o erótica la mitad de las veces y refrieron , la mayoría de que no le introduce el puño o mano en su ano (Ver tabla 22).

ANÁLISIS DE CORRELACIÓN

GRUPOS SERONEGATIVOS (MUJERES)

Ansiedad como rasgo, Ansiedad como estado existe una correlación significativa y alta, encontrando que a mayor ansiedad como estado, mayor ansiedad rasgo.

A mayor ansiedad rasgo menor satisfacción en las áreas de interacción, físico-sexual, organización funcionalidad, familia, diversión, encontrando una correlación negativa.

Se encontró que el área de interacción se correlaciona en forma positiva con las áreas de organización-funcionalidad, familia, diversiones y se correlaciona en forma negativa con la edad, y con la edad de su primera relación sexual, es decir que a mayor edad menor interacción con la pareja, y de igual forma a mayor edad del debut sexual menor interacción.

El área Físico-Sexual, se correlaciona en forma positiva con organización-funcionalidad, familia, diversión y se correlaciona en forma negativa con edad y ¿la edad en que tiene su primera relación sexual con menor satisfacción en el área Físico-Sexual.

En el área de Organización-Funcionalidad se correlaciona en forma positiva en familia, diversiones y se correlaciona en forma negativa en edad y a que edad tuvo su primera relación sexual encontrando menor satisfacción en el área de Organización-Funcionalidad.

En el área de Familia se correlaciona en forma positiva en Diversiones y se correlaciona en forma negativa en su debut sexual, encontrando que hay menor satisfacción en el área Familiar.

En el área de Diversiones se correlaciona en forma negativa con Edad, es decir que

a mayor edad menor satisfacción de en el área de Diversiones.

GRUPOS SEROPOSITIVOS (HOMBRES)

Ansiedad como rasgo, ansiedad como estado existe una correlación significativa y alta, encontrando que a mayor ansiedad como estado, mayor ansiedad rasgo.

Que a mayor ansiedad rasgo menor satisfacción, en cuanto al área Físico-Sexual, Familia, también se encontró que a mayor ansiedad como rasgo menor satisfacción en estas áreas.

Encontrando que el área de interacción se correlaciona en forma positiva en la áreas; Físico-Sexual, Organización-Funcionalidad, Familia y Diversiones.

Observándose esto de la misma forma en el área físico-sexual, organización-funcionalidad, diversión , familiar. La edad no se relacionó con el área físico-sexual.

En cuanto a la organización-funcionalidad, se correlaciona en forma positiva en las áreas; de familia, diversiones, así mismo tiene una correlación de tipo negativo en las escalas de satisfacción.

En el área de diversiones no se relaciona con edad a la que tuvo su primera relación sexual.

Correlación entre las escalas de
satisfacción, ansiedad, edad y número
de relaciones sexuales.

TABLA No 23

Escalas	SXE	SXR	INTERAC	FISEX	ORFUN	FAMILIA	DIVERS	EDAD
SXE								
SXR	.7408**							
INTERAC	-.2558*	-.1973						
FISEX	-.2768*	-.2402	.7419**					
ORFUN	-.1625	-.1540	.7060**	.5587**				
FAMILIA	-.2563*	-.2221	.5663**	.5184**	.7612**			
DIVERS	-.2090	-.2042	.7717**	.5561**	.7598**	.5496**		
EDAD	.1781	.1716	-.1713	-.2151*	-.0295	-.1311	-.1049	
RELSEX	.0575	-.0173	-.1258	-.0224	-.0818	-.0470	-.2232*	.0028

** $P \leq 0.001$

* $P \leq 0.01$

SATISFACCIÓN

DIFERENCIAS EN GRUPOS SEROPOSITIVOS Y SERONEGATIVOS.

A continuación se hará una descripción de los resultados obtenidos en la investigación de acuerdo a cada uno de los indicadores que forman el instrumento.

En la muestra estudiada, el grupo de seropositivos presenta mayor satisfacción con su pareja, en comparación con los seronegativos.

En la dimensión de interacción [F(3.117) p=.079], se encuentra más satisfecho en el aspecto emocional afectivo y de comprensión que facilitan la interacción de la pareja de los seropositivos, ya que se encontró una diferencia marginal.

En el área Físico-Sexual, se refiere a expresiones físico corporales, tales como caricias, besos, abrazos y relaciones sexuales, no se encontró diferencias entre los seropositivos y los seronegativos [F(.797) p=.373].

En cuanto a la organización y funcionamiento [F(1.019) p=.314] se observó que la toma de decisiones, solución de sus problemas y función de la pareja, no se encontraron diferencias significativas.

En la familia que es la organización y realización de tareas que se dan en el hogar, tales como la distribución y realización de tareas [F(1.817) p=.179] no hay diferencias significativas.

En cuanto a la diversión, esto es la convivencia y comunicación afectivo que se lleva a cabo dentro y fuera del hogar [F(1.817) p=.179] no se encontraron diferencias significativas (ver tabla 24).

ANSIEDAD Y GRUPO.

Se encontró que hay más ansiedad como estado en sujetos seronegativos que en

pacientes seropositivos con una diferencia marginal. En el caso de la ansiedad como rasgo la diferencia es significativa pues se observa que los seropositivos presentan menor ansiedad (Ver tabla 25).

**DIFERENCIAS EN SATISFACCIÓN
POR GRUPOS SEROPOSITIVOS Y SERONEGATIVOS.**

ÁREA	\bar{X}		F	P
	O+	O-		
INTERACCIÓN	4.17	3.95	3.117	0.079*
FÍSICO SEXUAL	4.18	4.8	0.797	0.373
ORGANIZA-FUNCIONA	3.74	3.61	1.019	0.314
FAMILIA	3.80	3.63	1.817	0.179
DIVERSIÓN	4.08	3.92	1.817	0.179

*MARGINAL

TABLA N° 24

**DIFERENCIAS ANSIEDAD EN
SEROPOSITIVOS Y SERONEGATIVOS.**

ÁREA	\bar{X}		F	P
	SEROPOSITIVOS	SERONEGATIVOS		
SXE	2.07	2.23	3.544	.061*
SXR	2.09	2.24	3.944	.048**

*Marginal

TABLA N° 25

** $p \leq 0.05$

SATISFACCIÓN Y USO DE CONDÓN

En el área Físico-Sexual presenta mayor satisfacción en expresiones corporales con

su pareja, pues se encontró una diferencia marginal, observando que los que usan condón están más satisfechos en ésta área.

En el aspecto emocional, afectivo y de comprensión que facilitan la interacción de la pareja y el uso de condón [$F(1.651) p=.200$] no se encontró diferencias significativas en ninguno de los dos grupos.

En el aspecto de organización y funcionamiento, ésta se refiere a la parte estructural, instrumental de toma de decisiones de solución de problemas y función de la pareja con respecto al condón, no se encontraron diferencias significativas.

Para el factor de organización y realización de las tareas que se dan en el hogar. No hay diferencias significativas en debido al uso del condón. En el área de diversiones también se observó que no hay diferencias (ver tabla 26).

DIFERENCIAS EN SATISFACCIÓN POR GRUPOS QUE USAN Y NO CONDÓN.

A R E A	\bar{X} USA CONDÓN		F	P
	SI	NO		
INTERACCIÓN CONDÓN	4.17	4.02	1.651	0.200
FÍSICO SEXUAL CONDÓN	4.25	4.06	3.028	0.083*
ORGANIZA-FUNCIONA CONDÓN	3.75	3.65	0.653	0.420
FAMILIA CONDÓN	3.78	3.71	0.282	0.596
DIVERSIÓN CONDÓN	4.11	3.94	2.070	0.150

* MARGINAL

TABLA N° 26

ANSIEDAD Y USO DE CONDÓN.

No se encontraron diferencias significativas entre los que usan y no usan condón con respecto a la ansiedad como rasgo y como estado.

**DIFERENCIAS EN ANSIEDAD CON RESPECTO AL USO
DEL CONDÓN EN SEROPositIVOS Y SERONEGATIVOS.**

A R E A	x̄ USA CONDÓN		F	P
	SI	NO		
S X E	2.08	2.18	1.185	0.180
S X R	2.09	2.19	2.218	0.138

TABLA No 27

El índice de riesgo tomó como indicadores las prácticas sexuales, el número de parejas y el uso o no de condón en la relación sexual. Para elaborar este indicador se considero como:

Alto riesgo el no usar condón , al tener prácticas de penetración vaginal/anal, sexo oral y el haber tenido más de diez parejas sexuales.

Mediano riesgo el usar condón, al tener prácticas de penetración vaginal/anal, sexo oral y el haber tenido de dos a nueve parejas sexuales.

Bajo riesgo la masturbación individual o mutua, besos sin intercambio de saliva o sangre y caricias corporales con una sola pareja sexual.

GRUPO	PUNTUACIÓN OBTENIDA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BAJO RIESGO	21 - 35	66	31.5
MEDIANO RIESGO	36 o más	67	31.0
ALTO RIESGO	73 o más	68	23.0

TABLA No 28.

En la muestra estudiada se encontró que hay mayor ansiedad por rasgo en los grupos

de bajo y alto riesgo. Se acepta la hipótesis $H(1)$ que dice: Existen diferencias estadísticamente significativa en la ansiedad en pacientes con alto y bajo riesgo ya que la $p < .05$ y se rechaza la hipótesis $H(0)$. Al aplicar la prueba de Scheffe se encontró una diferencia significativa al .05 sólo entre el grupo de bajo y mediano riesgo, observado que el grupo de bajo riesgo es el que se percibe con mayor ansiedad como rasgo.

ÁREA	\bar{X} BAJO RIESGO	\bar{X} MED. RIESGO	\bar{X} ALTO RIESGO	F	P
SXE	2.21	2.06	2.15	1.29	.276
SXR	2.25	2.02	2.19	4.16	.017*

* $p \leq 0.05$

SATISFACCIÓN Y RIESGO.

Por otro lado en el área de interacción [$F(3.194 p = .043)$], se encuentran más satisfechos en esta área los de mediano riesgo. En este caso no se encontraron a través de Scheffe dos grupos significativamente diferentes al .05. En cuanto a las áreas de Físico-Sexual, Organización, Funcionalidad y Familia no se encontró diferencias significativas. En el área de diversiones se encontró [$F(2.988 p = .053)$] que están más satisfechos los sujetos de mediano riesgo. De la misma forma que el anterior no se encontró a través de Scheffe dos grupos significativamente diferentes al .05.

ÁREA	\bar{X} BAJO RIESGO	\bar{X} MED. RIESGO	\bar{X} ALTO RIESGO	F	P
INTERACCIÓN	3.88	4.24	4.13	3.194	.043*
FÍSICO SEXUAL	3.99	4.24	4.18	1.864	.158
ORGANIZA/FUNCIONA	3.54	3.74	3.78	1.313	.271
FAMILIA	3.54	3.83	3.82	2.211	.112
DIVERSIÓN	3.81	4.13	4.09	2.988	.053*

* $p \leq 0.05$

DISCUSIÓN

El propósito de esta investigación fue conocer la magnitud de la ansiedad en pacientes con VIH, en relación a su pareja y los hábitos en sus prácticas sexuales, obteniendo los siguientes hallazgos.

En cuanto a los resultados obtenidos se observó que la población es joven-adulta. Que la mayoría se encuentra soltera.

Por género se encontraron diferencias en cuanto a prácticas sexuales : los hombres a diferencia de las mujeres inician su vida sexual a más temprana edad, tienen más parejas sexuales y es más alta su frecuencia en tener relaciones sexuales. Este patrón corresponde a una característica de la sociedad mexicana donde el hombre se le ha permitido una mayor libertad sexual, a diferencia de las mujeres para las cuales existe una premisa sociocultural que expresa directamente que las mujeres deben de permanecer vírgenes hasta el matrimonio (Díaz Guerrero, 1982).

En cuanto al uso del condón se observó que las mujeres seronegativas no usan el condón en sus prácticas sexuales, porque solo han tenido una pareja sexual durante toda su vida y muchas otras sólo dos o tres (uno a la vez) por un período de muchos años y consideran que el uso del condón es más apropiado usarlo con la pareja ocasional. Otras creen que la suerte les ayudará, o que el amor las protegerá, o tal vez una visión mágica de la vida implicará un menor riesgo de contagiarse, hasta donde estas mujeres están troquelando esta educastración de sumisión y tener relaciones sexuales para satisfacer, para parir y no para gozar o sentirse satisfechas. (Ramírez, 1977).

Se encontró en una investigación de percepción de riesgo en mujeres adolescentes y adultas (López-Muñoz, Villagrán-Vázquez, Díaz-Loving 1994); que las adolescentes siguen manejando que hay grupos de alto riesgo, como homosexuales, bisexuales, lesbianas, prostitutas, drogadictos y los que tienen múltiples parejas. Si bien es cierto que los grupos mencionados tienen prácticas que aumenta el riesgo de contagio, pero no es posible excluir a los heterosexuales de prácticas similares. Por otra parte, las mujeres adultas creen que el riesgo de contagio está principalmente entre la gente mal alimentada, luego los infieles, las prostitutas, los alcohólicos, los pobres, analfabetas y adolescentes. Se puede ver que en

ninguno de los dos grupos se mencionaron como grupo en riesgo o como humanos que tiene prácticas riesgosas, parecería que ambos grupos desplazan el riesgo de infectarse de tal manera que alejan a su grupo del contagio. Por otra parte Slovic, Fishoff y Lichtenstein (en Villagrán, 1993) indican que las personas al estimar los riesgos presentan sesgos cognoscitivos, por lo que muchas de las estimaciones que se realizan se basan en estereotipos, los que permiten a las personas incurrir en una atribución de causa-efecto a gente fuera de su propio grupo.

Respecto a la preferencia sexual se encontró un alto porcentaje de homosexualidad en los **hombres** seropositivos en comparación con las mujeres seronegativas que fue mucho menor, **donde la mayoría tiene una preferencia heterosexual**. El hombre tiene más libertad de expresar su sexualidad y practicarla que la mujer, esto es porque desde antes, la mujer acepta pasivamente este papel, que le veda sexualidad y sirve para perpetuar la especie y censura sus expresiones sexuales (Santiago Ramírez 1977)

En las últimas décadas, gracias al movimiento de homosexuales y lesbianas, un mayor número de personas sienten que pueden ser francas acerca de sus relaciones sexuales; también la bisexualidad se admite más abiertamente. Pero muchos han tenido relaciones con ambos sexos sin admitirlo. Y puede ser que sus parejas también hayan hecho lo mismo; pueden estar **casados** o tener relaciones sexuales con el sexo opuesto porque su preferencia sea la bisexualidad para tener hijos, porque es lo que socialmente se espera de ellos, y/o para esconder que tienen relaciones con otros miembros de su sexo. Cuando es preciso esconder también el hecho de que se pueda estar colocando a la pareja sexual bajo riesgo del VIH.

En el uso del condón se puede observar que las mujeres seronegativas no usan el condón en sus prácticas sexuales, se puede pensar que las personas con un resultado negativo no aprendieron de su experiencia al hacerse el examen y probablemente creen que pueden estar inmunizados. Este hallazgo coincide con los resultados encontrados en la investigación llevada a cabo por Pelayo-Naranjo, Martínez-Lozada y Cruz-Paez en el Distrito Federal (1991) en donde la gente presentó menos disposición para usar el condón. En otra investigación llevada a cabo por Izazola, y Col. en la República Mexicana en (1987),

en donde la mayoría de la gente entrevistada prefiere correr el riesgo de infectarse a usar preservativo durante sus relaciones sexuales.

Sin embargo la mitad del grupo de hombres seropositivos usan el condón y la otra mitad contesto que no lo usa. Se puede observar que la mitad está incurriendo a relaciones de alto riesgo, ya que infecta a otras personas (él) o (ella) se reinfecta. ¿Hasta donde la persona está asumiendo su enfermedad y el daño que está ocasionando a los demás? probablemente esto, explique que la epidemia que se está presentando en los hombres de preferencia homosexual y heterosexual, lo que indica la poca conciencia de riesgo, y la heterosexualización que se le a dado al VIH en últimas fechas.

En cuanto al número de parejas femeninas con las que se ha tenido relaciones sexuales, se encontró en los hombres seropositivos, que había quienes no habían tenido relaciones sexuales con mujeres, por otro lado había quienes habían tenido hasta 42 mujeres o más. En esto nos explica que su preferencia sexual asumida los lleva a no tener relaciones sexuales con mujeres, resultando que son favorables ya que evitan las reinfecciones o infectar a mujeres sanas que a su vez los llevarían a tener hijos enfermos. Los hombres seropositivos que han tenido relaciones con mujeres, tal vez son hombres homo con pareja mujer y viven la homosexualidad en la oscuridad, o no quieren asumir que son homosexuales o las mujeres no quieren aceptar que su pareja tiene relaciones sexuales con otro hombre.

Los homosexuales pueden estar casados o tener relaciones sexuales con el sexo opuesto porque su preferencia tal vez sea la bisexualidad, para tener hijos, por que es lo que socialmente se espera de ellos, y/o para esconder que tienen relaciones con otros miembros de su sexo. Cuando es preciso esconder la relación con el mismo sexo, colocando a la pareja sexual bajo riesgo del VIH (Marge Berer 1993).

Con los hombres seropositivos, se encontró que la mayoría había tenido relaciones sexuales con dos parejas masculinas pero se detectó también quienes habían tenido relaciones sexuales hasta con 90 o más parejas masculinas. Se puede observar rasgos compulsivos obsesivos en sus relaciones sexuales, con otras personas. En su preocupación de como van a morir o a terminar, se olvidan que se están reinfectando e infectando a otras personas. Si retomamos datos que dan los propios pacientes a esta compulsividad en sus relaciones

sexuales, ellos se quejan de una gran soledad desde que tienen uso de razón, y una manera de sentirse acompañados es teniendo relaciones sexuales compulsivas. Cuando el problema de origen está en la relación familiar, (Santiago Ramírez 1975) [una relación triangular (padre-madre-hijo) las cosas serían diferentes] como la madre/padre está ausente, el sujeto busca la manera de suplirla con una pareja masculina o femenina, a la cual agrade sin percibir que lo está haciendo.

Se encontró en la mayoría de los hombres seropositivos, que ninguna de sus parejas fue estable. Estas personas lo que desean es buscar continuamente una compañía, para confirmar que no están solos, pero no quieren aceptar que lo están, que es diferente. No obstante en las mujeres seronegativas refirieron que una o dos y hasta tres parejas fueron estables (una a la vez). Para las mujeres, las relaciones sexuales forman parte de la búsqueda de pareja, de la convivencia y del concebir hijos. Están cargadas de amor, amistad, afecto seguridad, apoyo y supervivencia. Son muy pocas las mujeres y lo suficientemente afortunadas como para encontrar una pareja que quiera y pueda suplir todas estas necesidades durante toda la vida.

La mujer ha empezado a cuestionar la monogamia de la misma forma que la poligamia, y lo que esto significa para ella como mujer con o sin hijos. ¿A qué se debe que haya más mujeres monógamas que hombres? ¿Al temor a ser condenadas, a la falta de oportunidad, a carecer de recursos independientes, al medio, a la soledad? ¿O acaso es la mujer más monógama que el hombre por naturaleza?

A veces tanto la mujer como el hombre viven con una persona pero tienen otros amantes; hay quienes tienen más de una pareja o son monógamos pero cambian consecutivamente de pareja. ¿Que piensa la mujer? ¿Cuales son los beneficios y los perjuicios de una mayor libertad sexual? ¿Se debe ser sincero sobre lo que se hace, o será mejor no serlo? La mayoría de las personas han tenido más de una pareja sexual en su vida. Éste es uno de los mayores secretos que la sociedad guarda para sí. El SIDA nos ha forzado a reconocer y enfrentar las consecuencias de nuestras relaciones y a volver a examinar nuestros valores.

Se observó en los hombres seropositivos, que la mayoría no había tenido relaciones sexuales con trabajadoras (mujeres) del sexo, pero tal vez con trabajadores del sexo masculino puede que vendan o soliciten sus servicios sexuales a otros hombres porque ésta es a lo mejor la única forma en que encuentra este tipo de relación. Otros lo hacen por dinero. Los hombres en esta situación con frecuencia tienen compañeras. No obstante algunos hombres refirieron haber tenido una o dos relaciones sexuales con mujeres prostitutas.

Respecto a las mujeres seronegativas la mayoría refirió que no había tenido relaciones sexuales con hombres prostitutas; como habíamos mencionado anteriormente en nuestra cultura la mujer tiene que ser "discreta", y posiblemente se resistió a contestar con la verdad con respecto a sus relaciones extramaritales. Es mayor el número de hombres que admiten tener relaciones extramatrimoniales que el de mujeres, posiblemente porque de verdad lo hagan con mayor frecuencia. Al preguntarles a los hombres cuántas parejas sexuales han tenido, frecuentemente exageran, mientras que la mujer mantiene esta información más secreta. En una investigación que se llevo a cabo en la India, un grupo de mujeres rurales declararon que cuando no quisiera tener más hijos, preferirían ser esterilizadas ellas en lugar de que sus maridos se hicieran una vasectomía, a pesar de que la vasectomía es más fácil y segura. Pues las mujeres mantenían relaciones extramatrimoniales y si quedaban embarazadas sus maridos lo sabrían.

Si el sexo más seguro se convirtiera en norma social dentro del matrimonio, y no sólo fuera del mismo, las relaciones sexuales serían más seguras, incluso en ausencia de fidelidad.

Con respecto a las prácticas sexuales los hombres seropositivos que tienen compañera realizan coito vaginal, con condón pocos practican el coito anal y a veces usan condón. Se puede observar que las prácticas anales son las de mayor riesgo, tomando en cuenta que la práctica de riesgo que le sigue, es la penetración vaginal, sin embargo no lo perciben aún.

En cuanto al contacto genito-oral algunas veces lo llegan a practicar y pocas veces usan condón en esta práctica. En base al contacto genito oral el riesgo de adquirir el VIH es mínimo, sin embargo se olvidan de que hay otras enfermedades venéreas tales como

Sífilis, Gonorrea, Clamidia, Herpes simple genital, Candidiasis, Tricomoniasis, Sarna (escabiasis), Pediculosis (piojos) etc. que podrían adquirirse.

Pocos refirieron que introducir los dedos en su vagina (caso de mujeres), así mismo también masturbación mutua, caricias sin penetración. Esto nos habla de la resistencia al cambio que hay en la educación de la gente, la poca aceptación que se tiene hacia las prácticas del sexo seguro y también de que no les agrada acariciar, tocar, descubrir cosas nuevas porque en la relación de pareja independientemente de la preferencia sexual, el hombre necesita satisfacerse y la mujer está tomando el rol pasivo, está sirviendo para satisfacer.

En las mujeres seronegativas se observó que realizan el coito vaginal sin condón y que no practican el coito anal en su mayoría, algunas veces practican el sexo oral con condón, pocas veces les estimulan su vagina, la mitad de las veces introducen los dedos de su mano en su vagina. Se detectó que hay poca conciencia en mujeres para usar el condón. Esto confirma que se tiene poca percepción del riesgo que están adquiriendo en sus prácticas. Muchas mujeres no saben que sus compañeros o maridos tienen relaciones sexuales con otros hombres (Marger Berer 1993).

En los hombres seropositivos el número de coitos vaginales que realizan cuando penetran a su compañera es de uno a dos coitos, de igual manera respondieron las mujeres seronegativas. Como podemos ver, ninguna de las dos partes ha tomado conciencia, del riesgo que corren al tener relaciones con penetración vaginal, sobre todo la mujer: no ha aprendido a asumir el riesgo.

En los hombres seropositivos el número de coitos anales cuando penetra a su compañera es de cero, uno y dos coitos; en los seronegativos es igual. Es de llamar la atención esta conducta, sería conveniente revisarla, porque hasta donde se sabe estos hombres que supuestamente son heterosexuales probablemente son homosexuales, que sus práctica que tienen con una mujer, es la misma que adquieren con un hombre-homo, solamente está desplazando a la pareja por género; es decir teniendo una pareja mujer no hay problema a nivel social, pero sin embargo, la penetran por el recto, siendo este un

factor determinante para que la mujer se infecte.

Se encontró que los seropositivos iniciaron a una edad muy temprana su vida sexual, con un hombre en comparación con los seronegativos, que fue en la adolescencia. Porque muy probablemente estaban buscando vida sexual para compensar esa figura masculina de casa. Siendo esto la causa de la compulsividad en sus relaciones sexuales, pues continuamente trata de encontrar al padre y al final se dan cuenta que no encuentran al padre ni a la pareja, sino al SIDA. Un paciente declaró "que buscó el amor y encontró el SIDA", "quería el amor de un hombre y encontró el SIDA". Por lo tanto se encontró que el número mayor de los hombres con los que había tenido relaciones sexuales fueron amigos casuales u ocasionales. Se puede observar que dentro de las prácticas más realizadas son el coito anal, sin embargo es de alto riesgo; cuando se penetra otra persona también hay contacto genito-oral, pero esta es de menor riesgo, aunque también puede ser la causa de adquirir otras enfermedades venéreas.

Los resultados obtenidos mostraron que el grupo de los hombres seropositivos encuentra una mayor satisfacción con su pareja, a su vez se encuentran más satisfechos en el aspecto emocional en lo afectivo y de comprensión. Esto podría atribuirse a que cada uno de ellos vive el "aquí y el ahora". Estas personas se rigen por el principio del placer y no están asumiendo su verdadera condición de enfermos; lo que les interesa es tener relaciones sexuales y probablemente dicen que la disfrutan. Pero si se les preguntara como se sienten si utilizan condón ¿realmente la disfrutarán?, contestan que no. Entonces son gentes que no han madurado adecuadamente puesto que solamente les interesa recibir placer, dado que esta gente se ha observado en la práctica clínica, que es muy demandante.

En cuanto a el área físico-sexual hay una gran satisfacción en todas las expresiones físico corporales en los pacientes seropositivos.

Con respecto a la ansiedad y el uso del condón se observó que los pacientes seropositivos se encuentran menos ansiosos tal vez porque ya saben que su enfermedad es

terminal en comparación de los seronegativos, es mayor la ansiedad tal vez por el miedo a que el condón se rompa y a quedar infectado de virus (VIH) o de alguna enfermedad venérea como hemos visto hasta este momento los pacientes tratan de vivir al máximo en su relación de pareja, con su familia, en su relación físico sexual, disfrutar las diversiones que más les agradan, tener mejor interacción con su pareja, la funcionalidad y organización en su hogar.

En el área de diversión se encuentra más satisfecho los de alto riesgo, esto indicaría que las personas tienen mayor número de parejas, y en sus prácticas sexuales no usan condón. Esto nos demuestra que las relaciones sexuales son la principal causa del contagio. Sin embargo no se dan cuenta o no se quieren percibir como personas de riesgo, así como tampoco en sus conductas sexuales. Lo anterior concuerda con los resultados de los estudios realizados por Hernández-Robledo, Camacho-Valladares, Moreno-Camacho, Andrade-Palos 1994) en pacientes seropositivos. Heider y De La Coleta (en Hernández-Robledo, Camacho-Valladares, Moreno-Camacho, Andrade-Palos 1994) indica que esto podría explicarse por las atribuciones de la conducta acerca de que los individuos para explicar una situación personal, alguna enfermedad o desgracia física argumenta razones externas, refiriéndose a las fuerzas del ambiente donde el sujeto se desarrolla, sin embargo, es difícil que se autoperciban como generadores de daño o agentes de riesgo para los demás.

Hay hombres con VIH que no usan condones porque no quieren que su compañera les pregunten si están infectados. El miedo al rechazo puede hacer que prefieran relaciones casuales de una noche, si creen que este tipo de relaciones no los obliga a utilizar condones o a confesar a su pareja que tienen VIH. (Rowen, D y Carne, CA, 1990).

Ésta es tan sólo una lista parcial de las razones por las cuales muchas personas no utilizan condones cuando ellas o sus parejas pueden correr riesgo.

Hay quienes rechazan el condón porque lo perciben como un símbolo de desconfianza y porque dicen que interfiere con el placer sexual, sin que importe el grado de riesgo al cual se enfrentan o la relación interpersonal en la que se encuentran. Es preciso cambiar esta imagen y darle un giro total.

Enfatizar sólo el hecho de que existe cierta resistencia al uso del condón es en sí

contraproducente y puede ayudar a mantener una imagen negativa del condón totalmente inmerecida. Para muchas personas que los usan, los condones son sinónimo de confianza y placer sexual.

Son pocos los usuarios con los condones a quienes se les ha preguntado por qué les gustan y por qué los usan; a pesar de que sus razones positivas podrían constituir la base de las campañas de promoción del condón. Entre estas razones, se incluye algunas que van más allá de los aspectos anticonceptivos o profilácticos. Por ejemplo, a muchas mujeres no les gusta el goteo de semen que sale de la vagina horas después del sexo, humedece la cama y deja mal olor vaginal. Los hombres pueden mantener la erección durante más tiempo y los condones se pueden utilizar como juguetes sexuales. Las campañas de promoción del condón deben ser amplias e intensificadas.

Se observó que hay mayor ansiedad rasgo en los grupos de bajo y mediano riesgo, porque tal vez encuentren resistencia con sus parejas al uso del condón.

Se encontró qué si hay ansiedad en pacientes de alto y bajo riesgo por infectar o reinfectar a su pareja o contraer otras enfermedades venéreas. Y el grupo de bajo riesgo tiene miedo o temor a la posibilidad de contagiarse del virus confirmando así los resultados (Sepúlveda, Villagrán, 1993) en los cuales se ha encontrado diferentes grupos de población que manifiestan miedo ante la posibilidad de contagio.

La identificación de aquellos individuos que se hallan bajo mayor riesgo y el concentrar los esfuerzos en ellos parecería tener sentido al menos a corto plazo. Sin embargo no existe una forma garantizada para identificar el grado de riesgo. No siempre es posible reconocer quién se halla bajo riesgo y quién no. Muchos piensan, equivocadamente, que la mujer casada no se encuentra en peligro. Las mujeres puede que no se den cuenta del grado de riesgo al que están expuestas. El que una persona entre dentro de una cierta categoría de riesgo no quiere decir que vaya a permanecer bajo dicha categoría indefinidamente.

La mayor desventaja de alentar el sexo más seguro y el condón únicamente entre los individuos de conducta de riesgo identificada, es que ello puede conducir a que todos los demás crean que no son vulnerables.

Esto puede contribuir a dobles estándares sobre lo que constituye la "buena y la mala sexualidad", y la discriminación en contra de aquellos que se hallan bajo un grado de riesgo identificado. Esto puede fomentar también el que muchas personas no cuestionen sus prácticas sexuales ni sopesen su grado de riesgo.

El establecer como meta combinada la reducción de la incidencia de embarazos no deseados, cáncer de cuello uterino, esterilidad, ETS tratables y VIH requiere de una política dirigida a toda la población, no sólo a aquellos considerados bajo riesgo de contraer el VIH.

Esto posiblemente resulte más obvio en aquellas zonas con una alta prevalencia del virus, pero sería aplicable en todas partes.

Lo más importante es que posiblemente, a largo plazo, ésta sea la única fórmula eficaz para que el sexo más seguro se convierta en la norma social a nivel mundial.

Se observó que hay mayor ansiedad estado en la interacción del grupo de los seropositivos de alto riesgo. Sin embargo se puede ver en los seronegativos que presentan mayor ansiedad como estado en el índice de bajo riesgo.

En ansiedad rasgo, se encontró parecido al caso anterior. Los que presentaron mayor puntuación fueron los seropositivos con un índice de alto riesgo, y los seronegativos presentaron mayor calificación en el índice de bajo riesgo.

Como se puede observar en el grupo de los seropositivos se presenta mayor en ansiedad-estado, y ansiedad-rasgo, esto nos llevaría a suponer que hay una característica de la personalidad de ansiedad en los seropositivos, tal vez por eso, incurrir en prácticas de riesgo con su pareja infectandole o ree infectandose. También podría ser porque entre en un conflicto entre el deseo personal del individuo y su necesidad de aprobación social puede crear una fuente de aprensión. Puede abrigar sentimientos de temor y culpa derivados de un acontecimiento traumático del pasado. Por ejemplo puede sentirse culpable por la muerte de su pareja, por que lo infectó aún sabiendo que era portador del VIH. Esto puede llevarlo a pasarse la vida con una vaga sensación de culpa. Es importante la ayuda terapéutica para quienes padecen VIH y ansiedad.

Se sabe que aquella información que lleva mensajes tanto de alto como de bajo miedo

repercuen de manera similar en las conductas que se desean establecer; es decir, un mensaje con alto grado de miedo produce una ansiedad tal, que los sujetos niegan como en el caso del SIDA, la posibilidad de infectarse, con respecto a este punto, (Herek y Glunt 1988) señalan que " la ansiedad despertada por el SIDA, puede inducir a la gente a creer que ya no hay tiempo suficiente para sopesar con cuidado la fuerza y la debilidad de diversas soluciones, alternas a un problema relativo al SIDA ", Janis y Feshbach, (en López-Muñoz, Villagrán-Vázquez, Díaz-Loving) mencionan que los paraliza e impide la toma de medidas preventivas; de igual manera un bajo grado de miedo no moviliza o no provoca a la acción, por lo que se recomienda que se manipule información de tal manera que se produzca un miedo moderado que aliente la emisión de conductas preventivas.

Hasta ahora hemos asumido que las relaciones sexuales equivalen a la realización del coito y que el sexo más seguro equivale a la realización del coito con protección.

Generalmente, en las relaciones entre hombres y mujeres, no se recomienda el abandono del coito como práctica sexual de menor riesgo . Así mismo, el hecho de que todas las demás actividades sexuales son mucho más seguras que el coito no ha sido difundido ampliamente.

Buscar alternativas seguras al coito no implica el abandono de las relaciones sexuales. Implica el reemplazo del coito por otro tipo de actividades placenteras; bien sea en toda ocasión para no correr ningún riesgo, o algunas veces para reducirlo. Aún cuando el riesgo no se elimine por completo, una reducción constituye en sí un avance.

El SIDA plantea un reto a esta visión de la sexualidad centrada en el coito. Aunque suene poco realista, la mejor forma de reducir la transmisión sexual del VIH sería hacer un llamado mundial a la abstinencia del coito, como una herramienta de concienciación, incluso aunque sólo fuera durante un día o una semana.

El deseo de realizar el coito es poderoso y no va a desaparecer, pero no hace falta que forme parte de cada encuentro sexual. Se puede reservar para cuando se desee concebir un hijo, o para ocasiones especiales. La penetración se puede obtener mediante el sexo oral, por ejemplo o con el uso de ayudas sexuales no rugosas, las manos y la imaginación . La imaginación no tiene que esforzarse demasiado para hallar otras formas de obtener placer.

El problema es que resulta difícil hablar de las necesidades y deseos sexuales, y probar actividades que no sean socialmente aceptables. No se puede esperar que se den estos pasos cuando existe el temor de ser ridiculizado, parecer inexperto o inepto, o ser tachado de inmoral. Debemos romper este círculo. Las alternativas al coito deberían formar una parte importante del temario de debate de la sexualidad en el futuro. Se puede encontrar otras formas de expresión sexual que son igualmente placenteras y legítimas y mucho más seguras.

SUGERENCIAS

A lo largo de la investigación se encontraron algunos aspectos importantes que tal vez no se han tomado en cuenta:

Información y educación masiva: Estos programas van dirigidos a la población en general, con el fin de reducir la frecuencia de nuevas infecciones. Este objeto puede lograrse aplicando medios masivos e indirectos para transmitir información sobre los riesgos y motivar la adopción de medidas específicas de protección.

La necesidad de realizar programas masivos de información y educación sobre autocuidado de la salud, sexualidad segura y donación altruista de sangre y tejidos.

Programas personalizados de orientación y educación sobre el SIDA. Actividades de prevención primaria dirigidas a individuos específicos de la población con el objeto de reducir su riesgo personal de infección por el VIH, aplicando para ello medios directos. Su efectividad puede incrementarse si priorizan y focalizan condiciones personales de riesgo, y se fortalece la capacidad del individuo para reconocerlas y controlarlas.

Programas de prevención para portadores del VIH+: Son actividades dirigidas a rehabilitar física, psíquica, social y ocupacionalmente a los enfermos de SIDA. Cobia también la rehabilitación integral de sus contactos sexuales y sociales cuando han sufrido algún deterioro a causa de su interacción con el caso. Los servicios dirigidos al paciente incluyen actividades de fisioterapia, recuperación nutricional, psicoterapia y terapia ocupacional. Los contactos pueden requerir programas de psicoterapia y terapia sexual.

En los programas de prevención se recomienda incluir contenidos informativos que reduzcan la irracionalidad del medio frente al SIDA. Los programas de control del SIDA deben identificar e intervenir adecuadamente aquellas ideas y representaciones que originen

entre la población sentimientos de temor injustificado y las prácticas disfuncionales asociadas con él.

Programas de Educación sexual integral: Para controlar el avance de la epidemia es imprescindible educar la población para la comprensión y el ejercicio de una sexualidad creativa, placentera, satisfactoria, libre y responsable, al servicio del desarrollo personal, la comunicación con los demás, la integración social, la salud, el amor y la vida. Los diferentes subgrupos de la población deberán tener acceso a una educación sexual integral y al ejercicio de su sexualidad en un ambiente de tolerancia y responsabilidad social. Se espera que estas actividades contribuyan a fomentar la salud y propicien un ambiente favorable donde se facilite el ejercicio de una sexualidad segura que reduzca el riesgo de transmisión de la epidemia.

LIMITACIONES

Al llevar a cabo la investigación nos encontramos limitaciones, entre ellas:

Protesta de los pacientes por la extensión del instrumento.

En algunas ocasiones al efectuarse la valoración de riesgo realizada en CONASIDA y determinarse que no era necesaria la prueba de detección del VIH, la persona perdía interés en contestar nuestro cuestionario, por lo que no fueron considerados en la investigación.

Resistencia para contestar por parte de los pacientes seropositivos (algunos hombres y la mayoría de las mujeres) las preguntas respecto a su sexualidad.

APÉNDICE "A"

NUMERO DE SUJETOS.

LA DISTRIBUCION DE EDAD POR GRUPO.

TABLA No. 1

SUJETOS CON VIH +			SUJETOS CON VIH -		
VALOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE	VALOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
17	1	0.8	17	1	1.2
18	2	1.7	18	4	4.9
19	5	4.2	19	5	6.2
20	7	5.9	20	5	6.2
21	2	1.7	21	7	8.6
22	8	6.8	22	4	4.9
23	5	4.2	23	4	4.9
24	9	7.6	24	4	4.9
25	7	6.9	25	4	4.9
26	7	5.9	26	5	6.2
27	3	2.5	27	2	2.5
28	9	7.6	28	3	3.7
29	2	1.7	29	2	2.5
30	8	6.8	30	4	4.9
31	9	7.6	31	2	2.5
33	6	5.1	32	4	4.9
34	5	4.2	33	2	2.5
35	2	1.7	34	2	1.2
36	2	1.7	35	4	4.9
37	3	2.5	37	1	1.2
38	2	1.7	38	3	3.7
39	1	.8	39	1	1.2
40	1	.8	40	1	1.2
41	1	.8	41	1	1.2
42	1	.8	42	1	1.2
44	2	1.7	44	1	1.2
45	3	2.5	48	1	1.0
46	1	.8	52	1	1.2
47	1	.8	53	2	2.5
48	1	.8	57	1	1.2
51	1	.8	TOTAL	-----	-----
59	1	.8		99	100.0
TOTAL	-----	-----			
	118	100.0			

LA DISTRIBUCION DE FRECUENCIA POR ESTADO CIVIL.

TABLA No. 2

SUJETOS CON VIH +			SUJETOS CON VIH -		
VALOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE	VALOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Solteros	101	85.6	Solteros	45	55.6
Casados	9	7.6	Casados	15	18.5
Separado	1	.8	Separado	1	1.2
Divorciado	3	2.5	Divorciado	7	8.6
Unión libre	4	3.4	Viuda	7	8.6
	-----	-----	Unión libre	6	7.4
TOTAL	118	100.0		-----	-----
				81	100.0

DISTRIBUCION DE FRECUENCIA A LA PREGUNTA:
¿A QUE EDAD TUVO SU PRIMERA RELACION SEXUAL?

TABLA No. 3

SUJETOS CON VIH +			SUJETOS CON VIH -		
EDAD 1a RELACION SEXUAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE	EDAD 1a RELACION SEXUAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
6	4	3.4	8	1	1.2
8	1	.8	12	1	1.2
9	1	.8	13	1	1.2
10	1	.8	14	1	1.2
11	5	4.2	15	11	13.6
12	5	4.2	16	10	12.3
13	11	9.3	17	6	7.4
14	16	13.6	18	17	21.0
15	15	12.7	19	6	7.4
16	17	14.4	20	5	6.2
17	10	8.5	21	3	3.7
18	16	13.6	22	2	2.5
19	2	1.7	23	7	8.6
20	6	5.1	24	3	3.7
21	1	.8	27	2	2.5
22	4	3.4	29	2	2.5
23	1	.8	30	2	2.5
25	1	.8	31	1	1.2
27	1	.8	33	2	2.0
	-----	-----		-----	-----
TOTAL	118	100.0	TOTAL	81	100.0

LA DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LA PREGUNTA
REFERENTE A LA PREFERENCIA SEXUAL.

TABLA No. 4

SUJETOS CON VIH +			SUJETOS CON VIH -		
PREFERENCIA SEXUAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PREFERENCIA SEXUAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
UNICAMENTE CON MUJERES.	33	28.0	UNICAMENTE CON MUJERES.	2	2.5
CON MUJERES Y HOMBRES POR IGUAL.	4	3.4	CON MUJERES Y HOMBRES POR IGUAL.		
CON MUJERES LA MAYORIA DE LAS VECES Y OCASIONALMENTE CON HOMBRES.	5	4.2	CON MUJERES LA MAYORIA DE LAS VECES Y OCASIONALMENTE CON HOMBRES.		--
CON HOMBRES LA MAYORIA DE LAS VECES Y OCASIONALMENTE CON MUJERES.	13	11.0	CON HOMBRES LA MAYORIA DE LAS VECES Y OCASIONALMENTE CON MUJERES.	4	4.9
UNICAMENTE CON HOMBRES.	63	53.4	UNICAMENTE CON HOMBRES.	75	92.6

DISTRIBUCION DE FRECUENCIA A LA PREGUNTA
¿HABITUALMENTE USA CONDON?

TABLA No. 5

SUJETO CON VIH -			SUJETO CON VIH +		
¿HABITUALMENTE USA CONDON ?	FRECUENCIA	PORCENTAJE	¿HABITUALMENTE USA CONDON ?	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	31	38.3%	SI	59	50.0%
NO	50	61.7%	NO	58	49.2%

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LA PREGUNTA:

¿CON QUE FRECUENCIA REALIZA LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES...?

TABLA No. 6

¿CON QUE FRECUENCIA REALIZA LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES?...	SUJETOS SEROPOSITIVOS					SUJETOS SERONEGATIVOS				
	SIEMPRE	LA MAYORIA DE LAS VECES	LA MITAD DE LAS VECES	CASI NINGUNA VEZ	NINGUNA VEZ	SIEMPRE	LA MAYORIA DE LAS VECES	LA MITAD DE LAS VECES	CASI NINGUNA VEZ	NINGUNA VEZ
SEXO ORAL SIN CONDON	32.1	13.6	14.8	21.0	18.5	37.3	14.4	13.6	14.4	20.3
SEXO ORAL CON CONDON	4.9	7.4	3.7	11.1	72.8	5.1	8.5	9.3	17.8	59.3
PENETRACION VAGINAL SIN CONDON	27.2	13.6	24.7	21.0	13.6	16.9	9.3	5.9	6.8	61.0
PENETRACION VAGINAL CON CONDON	6.2	24.7	25.9	14.8	28.4	10.2	7.6	6.8	11.0	64.4
PENETRACION ANAL SIN CONDON	3.7	1.2	1.2	14.8	79.0	21.2	11.9	15.3	17.8	33.9
PENETRACION ANAL CON CONDON	6.2	2.5	3.7	4.9	82.7	20.3	20.3	15.3	17.8	26.3

¿Con cuántas mujeres ha tenido relaciones sexuales? ¿Con cuántos hombres ha tenido relaciones sexuales? ¿Cuántas de estas parejas fueron estables?

**HOMBRES
SEROPOSITIVOS**

¿Con cuántas mujeres ha tenido relaciones sexuales?	Frec.	Ptje.
0	52	44.1
1	8	6.8
2	11	9.3
3	3	2.5
4	5	4.2
5	4	3.4
6	5	4.2
7	1	0.8
8	4	3.4
9	1	0.8
10	8	6.8
12	3	2.5
15	1	0.8
18	1	0.8
20	3	2.5
25	2	1.7
30	1	0.8
42 o más	5	4.0

TABLA No 7 A

**MUJERES
SEROPOSITIVOS**

¿Con cuántas mujeres ha tenido relaciones sexuales?	Frec.	Ptje.
1	14	17.3
2	18	22.2
3	15	18.5
4	11	13.6
5	6	7.4
6	1	1.2
7	3	3.7
8	2	2.5
10	4	4.9
15	2	2.5
16	1	1.2
18	1	1.2
30	1	1.2
50 o más	2	2.4

TABLA No 7 B

Seropositivos			Seronegativos		
Num. de parejas	Porcen taje	Frecuen cia	Num. de parejas	Porcen taje	Frecuen cia
0	63	53.4	0	6	7.4
1	22	18.6	1	27	33.3
2	17	14.4	2	22	27.2
3	5	4.2	3	15	18.5
4	3	2.5	4	5	6.2
5	3	2.5	5	2	2.5
10	2	1.7	6	1	1.2
15	1	0.8	7	1	1.2
30	1	1.6	8	1	1.2
115	1	0.8	10	1	1.2

TABLA No 8

TABLA No 9 A.

Seropositivos		
¿ Cuantas mujeres fueron prostitutas ?	Frecuencia	Porcentaje
0	86	72.9
1	9	7.6
2	5	4.2
3	2	1.7
4	2	1.7
5	3	2.5
6	2	1.7
7	1	0.8
10	3	2.5
16	1	0.8
20	1	0.8
49 o más	3	2.4

TABLA No 9 B.

Seronegativos		
¿ Cuantos hombres fueron prostitutas ?	Frecuencia	Porcentaje
0	2	91.4
1	1	2.5
3	2	1.2
5	1	2.5
8	1	1.2
20	1	1.2

SUJETOS SEROPOSITIVOS

[Estas preguntas solo fueron dirigidas a los hombres]

DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LA PREGUNTA:

¿CON QUE FRECUENCIA REALIZA LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES...?

TABLA No. 10 A

¿ CON QUE FRECUENCIA REALIZA LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES ?...	SIEMPRE	LA MAYORIA DE LAS VECES	LA MITAD DE LAS VECES	CASI NINGUNA VEZ	NINGUNA VEZ
¿ PENETRA USTED A SU COMPAÑERA POR LA VAGINA ?	33.9	9.3	1.7	3.4	51.7
¿ CUANDO USTED PENETRA A SU COMPAÑERA POR LA VAGINA UTILIZA CONDON ?	12.7	5.1	5.9	8.5	67.8
¿ EN SUS RELACIONES SEXUALES PENETRA A SU COMPAÑERA POR POR EL AÑO ?	5.1	2.5	5.9	6.8	79.7
¿ CUANDO PENETRA A SU COMPAÑERA POR EL AÑO UTILIZA CONDON ?	5.9	3.4	5.9	6.8	79.7
¿ HAY CONTACTO GENITO - ORAL ? (Introduce el pene, en la boca de ella)	9.3	11.9	7.6	4.2	66.9
¿ CUANDO INTRODUCE EL PENE, EN LA BOCA DE SU COMPAÑERA UTILIZA CONDON?	5.9	1.7	4.2	5.9	82.2
¿ ESTIMULA CON LA BOCA LA VAGINA DE SU COMPAÑERA ?	11.9	5.9	8.5	3.4	70.3
¿ INTRODUCE LOS DEDOS DE SU MANO EN LA VAGINA DE SU COMPAÑERA ?	16.9	10.2	5.1	5.9	61.9
¿ REALIZA MASTURBACION MUTUA, CARICIAS O CONTACTO CORPORAL DE MANERA SENSUAL O EROTICA SIN PENETRACION EN SUS RELACIONES CON MUJERES ?	11.0	9.3	11.0	9.3	59.3

SUJETOS SERONEGATIVOS

[Estas preguntas solo fueron dirigidas a mujeres]

DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LA PREGUNTA:

¿ CON QUE FRECUENCIA REALIZA LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES....?

TABLA No. 10 B

¿ CON QUE FRECUENCIA REALIZA LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES ?...	SIEMPRE	LA MAYORIA DE LAS VECES	LA MITAD DE LAS VECES	CASI NINGUNA VEZ	NINGUNA VEZ
¿ LA HA PENETRADO POR LA VAGINA CON CONDON ?	14.8	18.5	25.9	16.0	24.7
¿ LA HA PENETRADO POR LA VAGINA SIN CONDON ?	29.6	13.6	19.8	23.5	13.6
¿ LA HA PENETRADO POR EL ANO CON CONDON ?	4.9	3.7	4.9	6.2	80.2
¿ LA HA PENETRADO POR EL ANO SIN CONDON ?	4.9	1.2	3.7	14.8	75.3
¿ LE INTRODUCE EL PENE POR LA BOCA?	16.0	7.4	37.0	21.0	18.5
¿ CUANDO INTRODUCE EL PENE, EN SU BOCA UTILIZA CONDON?	4.9	3.7	8.6	7.4	75.3
¿ LE ESTIMULA CON LA BOCA SU VAGINA ?	14.8	17.3	19.8	32.1	16.0
¿ LE INTRODUCE LOS DEDOS DE SU MANO EN SU VAGINA ?	19.8	19.8	24.7	24.7	11.1
¿ LA INTRODUCE LOS DEDOS DE SU MANO EN SU ANO ?	6.2	14.8	28.4	34.6	16.0

TABLA 11. A

Seropositivos		
¿Cuándo usted penetra a su compañera por la vagina cuántos coitos realiza?	Frecuencia	Porcentaje
0	65	55.1
1	17	14.4
2	20	16.2
3	2	10.2
4	2	1.7
5	2	1.7

TABLA 11. B.

Seronegativos		
¿Cuántos coitos vaginales tienes?	Frecuencia	Porcentaje
0	1	1.2
1	35	43.2
2	28	34.6
3	12	14.8
4	3	3.7
6	2	2.5

TABLA 12. A.

Seropositivos		
¿Cuándo ud penetra a su compañera por el ano, cuántos coitos realiza?	Frecuencia	Porcentaje
0	87	73.7
1	18	15.3
2	10	2.5
3	3	8.5

TABLA 12. B.

Seronegativos		
¿ Cuántos coitos anales tienes ?	Frecuencia	Porcentaje
0	72	88.9
1	5	6.2
2	1	1.2
4	1	1.2
5	1	1.2
6	1	1.2

TABLA No 13 A.

Seropositivos		
¿ A que edad tuvo su primera relación sexual con un hombre ?	Frecuencia	Porcentaje
0	2	27.1
6	2	1.7
8	1	0.8
9	1	0.8
10	4	3.4
11	3	2.5
12	6	5.1
13	7	5.9
14	10	8.5
15	10	8.5
16	7	5.9
17	8	6.8
18	13	11.0
19	1	0.8
20	4	3.4
21	3	2.5
22	2	1.7
23	1	0.8
25	1	0.8
27	1	0.8
30	1	0.8

TABLA No 13 B.

Seronegativos		
¿ A que edad tuvo su primera relación sexual con una mujer ?	Frecuencia	Porcentaje
0	78	96.3
15	1	1.2
18	1	1.2
20	1	1.2

TABLA No 14 A.

Seropositivos		
¿ Con cuántos hombres ha tenido relaciones sexuales ?	Frecuencia	Porcentaje
0	39	33.1
1	3	2.5
2	5	4.2
3	4	3.4
4	2	1.7
5	5	4.2
7	2	1.7
8	3	2.5
9	4	3.4
10	10	8.5
14	1	0.8
15	7	5.9
19	1	0.8
21	1	0.8
22	1	0.8
30	1	0.8
35	1	0.8
40	2	1.7
50	2	1.7
60	1	0.8
70	3	2.5
79	1	0.8
90 o más	19	15.4

TABLA No 14 B.

Seronegativos		
¿ Con cuántas mujeres ha tenido relaciones sexuales ?	Frecuencia	Porcentaje
0	77	95.1
1	1	1.2
3	1	1.2
4	1	1.2
30	1	1.2

TABLA No 15.

Seropositivos		
¿ Con cuántos hombres ha tenido relaciones sexuales que lo penetren por el ano SIN condón ?	Frecuencia	Porcentaje
0	39	33.1
1	3	2.5
2	5	4.2
3	4	3.4
4	2	1.7
5	5	4.2
7	2	1.7
8	3	2.5
9	4	3.4
10	10	8.5
14	1	0.8
15	7	5.9
19	1	0.8
21	1	0.8
22	1	0.8
30	1	0.8
35	1	0.8
40	2	1.7
50	2	1.7
60	1	0.8
70	3	2.5
79	1	0.8
90	1	0.8
100	1	0.8
110	2	1.7
150	1	0.8
160	1	0.8
200 o más	13	8.8

TABLA No 16.

Seropositivos		
¿ Con cuántos hombres ha tenido relaciones sexuales que lo penetren por el ano CON condón ?	Frecuencia	Porcentaje
0	42	35.6
1	7	5.9
2	14	11.9
3	2	1.7
4	2	1.7
5	3	2.5
6	1	0.8
7	1	0.8
8	1	0.8
9	2	1.7
10	9	7.6
11	1	0.8
12	2	1.7
13	1	0.8
20	3	2.5
22	1	0.8
25	3	2.5
30	3	2.5
33	1	0.8
38	1	0.8
40	3	2.5
50	3	2.5
70	1	0.8
80	1	0.8
90	1	0.8
100	4	3.4
110	2	1.7
170	1	0.8
200	1	0.8
250	1	0.8

TABLA No 17.

SEROPOSITIVOS		
¿ Con cuántos hombres ha tenido relaciones que ud. lo penetre por el ano SIN condón ?	Frecuencia	Porcentaje
0	40	33.9
1	4	3.4
2	11	9.3
3	8	6.8
4	3	2.5
5	10	8.5
7	1	0.8
8	2	1.7
9	1	0.8
10	2	1.7
11	2	1.7
12	1	0.8
15	4	3.4
20	3	2.5
22	2	1.7
29	1	0.8
30	2	1.7
40	1	0.8
50	3	2.5
75	1	0.8
90	1	0.8
110	1	0.8
112	1	0.8
150	2	1.7
160	1	0.8
200	2	1.7
203	1	0.8
250 o más	7	5.7

TABLA No 18.

SEROPOSITIVOS		
¿ Con cuántos hombres ha tenido relaciones que ud. lo penetre por el ano CON condón ?	Frecuencia	Porcentaje
0	39	33.1
1	7	5.9
2	10	8.5
3	4	3.4
4	1	0.8
5	18	6.8
7	1	0.8
8	2	1.7
9	2	1.7
10	6	5.1
13	3	2.5
15	2	1.7
19	1	0.8
20	8	6.8
25	1	0.8
29	1	0.8
30	3	2.5
40	1	0.8
45	1	0.8
50	2	1.7
70	2	1.7
75	1	0.8
77	1	0.8
90 o más	11	8.1

TABLA No 19.

SEROPOSITIVOS		
¿ Cuántas de estas parejas masculinas NO fueron estables o amigos casuales ?	Frecuencia	Porcentaje
0	36	30.5
1	2	1.7
2	4	3.4
3	7	5.9
4	2	1.7
5	2	1.7
7	1	0.8
8	4	3.4
9	2	1.7
10	4	3.4
12	1	0.8
15	3	2.5
17	3	2.5
20	8	6.8
22	1	0.8
25	2	1.7
30	3	2.5
35	8	6.8
40	1	0.8
45	2	1.7
50	3	2.5
80	2	1.7
99 o más	24	18.9

TABLA No 20

SEROPOSITIVOS		
¿ Cuántos coitos realiza cuando a ud. lo penetran ?	Frecuencia	Porcentaje
0	37	31.4
1	43	36.4
2	22	18.6
3	13	11.0
4	1	0.8
5	1	0.8
6	1	0.8

TABLA No 21

SEROPOSITIVOS		
¿ Cuántos coitos realiza cuando ud. penetra ?	Frecuencia	Porcentaje
0	35	29.7
1	40	33.9
2	26	22.0
3	15	12.7
4	1	0.8
5	1	0.8

SUJETOS SEROPOSITIVOS

[Estas preguntas solo fueron dirigidas a los hombres]

DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LA PREGUNTA :**¿CON QUE FRECUENCIA REALIZA LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES... ?**

TABLA NO. 22

¿ CON QUE FRECUENCIA REALIZA LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES ?...	SIEMPRE	LA MAYORIA DE LAS VECES	LA MITAD DE LAS VECES	CASI NINGUNA VEZ	NINGUNA VEZ
¿ ES USTED PENETRADO POR EL AÑO ?	10.2	18.6	22.9	15.3	33.1
¿ CUANDO PENETRA USTED A LA OTRA PERSONA POR EL AÑO UTILIZA CONDÓN?	23.7	16.9	9.3	11.0	39.0
¿ HAY CONTACTO GENITO - ORAL? (INTRODUCE EL PENE EN LA BOCA DE EL)	12.7	19.5	22.9	11.0	39.0
¿ HAY CONTACTO ORAL- GENITAL ? (EL PENE DE EL EN SU BOCA)	15.3	16.1	17.8	11.9	39.0
¿ INTRODUCE SU PAREJA LA MANO O PUÑO EN SU AÑO ?	5.9	3.4	3.4	11.9	75.4
¿ SE MASTURBAN MUTUAMENTE ? (MANIPULACION DE GENITALES CON EYACULACION)	14.4	17.8	23.7	14.4	29.7
¿ SE HACEN CARICIAS O TIENEN CONTACTO CORPORAL DE MANERA SENSUAL O EROTICA, EN LUGAR DE PENETRACION ?	9.3	10.2	34.7	16.9	28.8

APÉNDICE "B"

CUESTIONARIO

1. EDAD _____

2. ESTADO CIVIL: a) SOLTERA d) DIVORCIADA
 b) CASADA e) VIUDA
 c) SEPARADA f) UNION LIBRE

3. ¿A QUE EDAD TUVO SU PRIMERA RELACION SEXUAL? _____ Años.

4. ¿ACOSTUMBRA A TENER RELACIONES SEXUALES?

- a) UNICAMENTE CON MUJERES.
b) UNICAMENTE CON HOMBRES.
c) CON MUJERES Y HOMBRES POR IGUAL.
d) CON MUJERES LA MAYORIA DE LAS VECES Y OCASIONALMENTE CON HOMBRES.
e) CON HOMBRES LA MAYORIA DE LAS VECES Y OCASIONALMENTE CON MUJERES.

5. ¿HABITUALMENTE USA CONDON? a) SI b) NO

¿CON QUE FRECUENCIA HA REALIZADO LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES ?

1) SIEMPRE 2) LA MAYORIA 3) LA MITAD DE 4) CASI NINGUNA 5) NINGUNA
 DE LAS VECES LAS VECES VEZ VEZ

- | | |
|---|-----------|
| 6. SEXO ORAL SIN CONDON | 1 2 3 4 5 |
| 7. SEXO ORAL CON CONDON | 1 2 3 4 5 |
| 8. PENETRACION VAGINAL SIN CONDON | 1 2 3 4 5 |
| 9. PENETRACION VAGINAL CON CONDON | 1 2 3 4 5 |
| 10. PENETRACION ANAL SIN CONDON | 1 2 3 4 5 |
| 11. PENETRACION ANAL CON CONDON | 1 2 3 4 5 |

12. ¿CON CUANTOS HOMBRES HA TENIDO RELACIONES SEXUALES? _____

13. ¿CUANTAS DE ESTAS PAREJAS FUERON ESTABLES? _____

14. ¿CUANTOS HOMBRES FUERON PROSTITUTOS? _____

¿CON QUE FRECUENCIA HA REALIZADO LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES?

- 1) SIEMPRE 2) LA MAYORIA 3) LA MITAD DE 4) CASI NINGUNA 5) NINGUNA
DE LAS VECES LAS VECES VEZ VEZ

EN SU RELACIONES SEXUALES. SU PAREJA :

15. ¿LA HA PENETRADO POR LA VAGINA CON CONDON? 1 2 3 4 5
16. ¿LA HA PENETRADO POR LA VAGINA SIN CONDON? 1 2 3 4 5
17. ¿LA HA PENETRADO POR EL ANO CON CONDON? 1 2 3 4 5
18. ¿LA HA PENETRADO POR EL ANO SIN CONDON? 1 2 3 4 5
19. ¿LE INTRODUCE EL PENE POR LA BOCA? 1 2 3 4 5
20. ¿CUANDO LE INTRODUCE EL PENE EN SU BOCA UTILIZA
CONDON? 1 2 3 4 5
21. ¿LE ESTIMULA CON LA BOCA, SU VAGINA? 1 2 3 4 5
22. ¿LE INTRODUCE LOS DEDOS DE SU MANO EN SU VAGINA? 1 2 3 4 5
25. ¿SE MASTURBAN MUTUAMENTE (MANIPULACION DE LOS GENITALES
HASTA LA EYACULACION Y/O EL ORGASMO)? 1 2 3 4 5
26. ¿CUANTOS COITOS VAGINALES TIENES? _____
27. ¿CUANTOS COITOS ANALES TIENES? _____
28. ¿A QUE EDAD TUVO SU PRIMERA RELACION SEXUAL CON UNA MUJER?
_____ Años.
29. ¿CON CUANTAS MUJERES HA TENIDO RELACIONES SEXUALES? _____

CON QUE FRECUENCIA HA REALIZADO LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES:

1) SIEMPRE 2) LA MAYORIA 3) LA MITAD DE 4) CASI NINGUNA 5) NINGUNA
DE LAS VECES LAS VECES VEZ VEZ

15. ¿PENETRA USTED A SU COMPAÑERA POR LA VAGINA?..... 1 2 3 4 5
16. ¿CUANDO PENETRA USTED A SU COMPAÑERA POR LA VAGINA UTILIZA CONDÓN? 1 2 3 4 5
17. ¿EN SUS RELACIONES SEXUALES PENETRA A SU COMPAÑERA POR ANO?..... 1 2 3 4 5
18. ¿CUANDO PENETRA A SU COMPAÑERA POR EL ANO UTILIZA CONDÓN? 1 2 3 4 5
19. ¿HAY CONTACTO GENITO-ORAL (INTRODUCE EL PENE EN LA BOCA DE ELLA)?..... 1 2 3 4 5
20. ¿CUANDO INTRODUCE EL PENE, EN LA BOCA DE SU COMPAÑERA UTILIZA CONDÓN?..... 1 2 3 4 5
21. ¿ESTIMULA CON LA BOCA LA VAGINA DE SU COMPAÑERA? 1 2 3 4 5
22. ¿INTRODUCE LOS DEDOS DE SU MANO EN SU VAGINA DE SU COMPAÑERA? 1 2 3 4 5
23. ¿REALIZA MASTURBACION MUTUA CARICIAS O CONTACTO CORPORAL DE MANERA SENSUAL O EROTICA SIN PENETRACION EN SUS RELACIONES CON MUJERES? 1 2 3 4 5
24. ¿CUANDO USTED PENETRA A SU COMPAÑERA POR LA VAGINA, CUANTOS COITOS REALIZA? _____ veces.
25. ¿CUANDO USTED PENETRA A SU COMPAÑERA POR EL ANO CUANTOS COITOS REALIZA? _____ veces.
26. ¿A QUE EDAD TUVO SU PRIMERA RELACION SEXUAL CON UN HOMBRE? _____ Años
27. ¿CON CUANTOS HOMBRES HA TENIDO RELACIONES SEXUALES? _____
28. ¿CON CUANTOS HOMBRES HA TENIDO RELACIONES SEXUALES QUE LO PENETREN POR EL ANO SIN CONDÓN? _____
29. ¿CON CUANTOS HOMBRES HA TENIDO RELACIONES SEXUALES QUE LO PENETREN POR EL ANO CON CONDÓN? _____
30. ¿CON CUANTOS HOMBRES HA TENIDO RELACIONES SEXUALES QUE USTED LO PENETRE POR EL ANO SIN CONDÓN? _____

31. ¿CON CUANTOS HOMBRES HA TENIDO RELACIONES SEXUALES QUE USTED LO HA PENETRADO POR EL AÑO CON CONDON? _____
32. ¿CUANTAS DE ESTAS PAREJAS MASCULINAS FUERON NO ESTABLES O AMIGOS CASUALES? _____
33. ¿CUANTOS COITOS REALIZA CUANDO A USTED LO PENETRAN? _____
34. ¿CUANTOS COITOS REALIZA CUANDO USTED PENETRA? _____

CON QUE FRECUENCIA HA REALIZADO LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES:

- 1) SIEMPRE 2) LA MAYORIA 3) LA MITAD DE 4) CASI NINGUNA 5) NINGUNA
 DE LAS VECES LAS VECES VEZ VEZ

35. ¿ES USTED PENETRADO POR EL AÑO?..... 1 2 3 4 5
36. ¿CUANDO PENETRA A LA OTRA PERSONA POR EL AÑO UTILIZA CONDON? 1 2 3 4 5
37. ¿HAY CONTACTO GENITO-ORAL? (INTRODUCE SU PENE EN LA BOCA DE EL) 1 2 3 4 5
38. ¿HAY CONTACTO ORAL-GENITAL (EL PENE DE EL EN SU BOCA)? 1 2 3 4 5
39. ¿INTRODUCE SU PAREJA LA MANO O PUÑO EN SU AÑO?..... 1 2 3 4 5
40. ¿SE MASTURBAN MUTUAMENTE (MANIPULACION DE GENITALES CON EYACULACION)? 1 2 3 4 5
41. ¿SE HACEN CARICIAS O TIENEN CONTACTO CORPORAL DE MANERA SENSUAL O EROTICA, EN LUGAR DE PENETRACION?..... 1 2 3 4 5

CUESTIONARIO

A CONTINUACION ENCONTRARA UNA SERIE DE AFIRMACIONES, POR FAVOR MARQUE CON UNA CRUZ (X) EL NUMERO QUE MEJOR DESCRIBA SU RELACION DE PAREJA.

NO OLVIDE RESPONDER TODAS LAS PREGUNTAS. GRACIAS.

ME DISGUSTA MUCHO (1)
NI ME GUSTA, NI ME DISGUSTA (3)
ME GUSTA (4)

ME DISGUSTA (2)
ME GUSTA MUCHO (5)

- | | |
|---|-----------|
| 1. La forma en que mi pareja me abraza. | 1 2 3 4 5 |
| 2. La frecuencia con que mi pareja me abraza. | 1 2 3 4 5 |
| 3. La forma en que mi pareja me besa. | 1 2 3 4 5 |
| 4. La frecuencia con que mi pareja me besa. | 1 2 3 4 5 |
| 5. La forma en que mi pareja me acaricia. | 1 2 3 4 5 |
| 6. La frecuencia con que mi pareja me acaricia. | 1 2 3 4 5 |
| 7. La forma en que mi pareja me trata. | 1 2 3 4 5 |
| 8. La forma en que mi pareja me expresa su interés en que tengamos relaciones sexuales. | 1 2 3 4 5 |
| 9. La frecuencia con que mi pareja me expresa su interés en que tengamos relaciones sexuales. | 1 2 3 4 5 |
| 10. La forma en que mi pareja me demuestra su amor. | 1 2 3 4 5 |
| 11. La frecuencia con que mi pareja me demuestra su amor. | 1 2 3 4 5 |
| 12. La forma en que mi pareja se interesa en mí. | 1 2 3 4 5 |
| 13. La frecuencia con que mi pareja se interesa en mí. | 1 2 3 4 5 |
| 14. La forma en que mi pareja me protege. | 1 2 3 4 5 |
| 15. La frecuencia con que mi pareja me protege. | 1 2 3 4 5 |
| 16. La forma en que mi pareja me demuestra su comprensión. | 1 2 3 4 5 |
| 17. La frecuencia con que mi pareja me demuestra su comprensión. | 1 2 3 4 5 |
| 18. La forma en que mi pareja me demuestra su apoyo. | 1 2 3 4 5 |
| 19. La frecuencia con que mi pareja me demuestra su apoyo. | 1 2 3 4 5 |
| 20. La sensibilidad con la que mi pareja responde a mis emociones. | 1 2 3 4 5 |
| 21. La frecuencia con la que mi pareja responde en una forma sensible a mis emociones. | 1 2 3 4 5 |
| 22. La forma en que mi pareja se interesa en mis problemas. | 1 2 3 4 5 |

NO OLVIDE RESPONDER TODAS LAS PREGUNTAS. GRACIAS.

ME DISGUSTA MUCHO (1)
NI ME GUSTA, NI ME DISGUSTA (3)
ME GUSTA (4)

ME DISGUSTA (2)
ME GUSTA MUCHO (5)

- | | |
|---|-----------|
| 23. La frecuencia con que mi pareja su interesa en mis problemas. | 1 2 3 4 5 |
| 24. La forma en que mi pareja presta atención a mi apariencia. | 1 2 3 4 5 |
| 25. La frecuencia con que mi pareja presta atención a mi apariencia. | 1 2 3 4 5 |
| 26. La manera en que mi pareja soluciona los problemas familiares. | 1 2 3 4 5 |
| 27. La frecuencia con la que mi pareja soluciona los problemas familiares. | 1 2 3 4 5 |
| 28. La forma en la que mi pareja participa en la toma de decisiones. | 1 2 3 4 5 |
| 29. La frecuencia con la que mi pareja participa en la toma de decisiones. | 1 2 3 4 5 |
| 30. La forma en que mi pareja propone que se distribuyan las tareas familiares. | 1 2 3 4 5 |
| 31. La frecuencia con la que mi pareja propone que se distribuyan las tareas familiares. | 1 2 3 4 5 |
| 32. La manera en que mi pareja participa en la realización de las tareas hogareñas. | 1 2 3 4 5 |
| 33. La frecuencia con la que mi pareja participa en la realización de las tareas hogareñas. | 1 2 3 4 5 |
| 34. Las diversiones que mi pareja propone. | 1 2 3 4 5 |
| 35. La frecuencia con la que mi pareja propone las diversiones. | 1 2 3 4 5 |
| 36. La forma en la que se divierte mi pareja. | 1 2 3 4 5 |
| 37. La forma en que la pareja distribuye el dinero. | 1 2 3 4 5 |
| 38. La contribución de mi pareja en los gastos familiares. | 1 2 3 4 5 |
| 39. La forma en como mi pareja platica conmigo. | 1 2 3 4 5 |
| 40. Los temas que mi pareja aborda en nuestras conversaciones. | 1 2 3 4 5 |
| 41. La frecuencia con la que mi pareja platica conmigo. | 1 2 3 4 5 |
| 42. Me hace feliz pasar el tiempo con él (ella). | 1 2 3 4 5 |

IDARE

Inventario de Autoevaluación
por

SXE

C. D. Spielberger, A. Martínez-Urrutia, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se *siente ahora mismo*, o sea, en *este momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Me siento seguro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Estoy tenso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Estoy contrariado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Estoy a gusto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Me siento alterado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Me siento descansado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Me siento ansioso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Me siento cómodo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Me siento con confianza en mí mismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Me siento nervioso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Me siento agitado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Me siento "a punto de explotar"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Me siento reposado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Me siento satisfecho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Estoy preocupado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Me siento muy excitado y aturdido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Me siento alegre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Me siento bien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

IDARE

Inventario de Autoevaluación

SXR

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Me canso rápidamente	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Siento ganas de llorar	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me siento descansado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Soy feliz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Tomo las cosas muy a pecho	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Me falta confianza en mí mismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Me siento seguro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Me siento melancólico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Me siento satisfecho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. Soy una persona estable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

BIBLIOGRAFÍA

*ALFARO, L., RIVERA, S. Y DIAZ, R. (1991). *Actitudes y Conocimientos hacia el SIDA en adolescentes. Revista Intercontinental de Psicología y Educación. Vol. 4, No 2. México: Signum Editores.*

*AYOWA, OKAKO BIBI, con la colaboración de La Condition Feminine et Famille. *Les femmes a partenaires multiples face au SIDA: cas des femmes de Kananga. Ensayo sin publicar, L'Institut Medical Chrétien du Kasai, Centre d' Etudes, diciembre, 1989.*

*BACCETTI, BACCIO, (1991). *HIV particles detected in spermatozoa of patients with AIDS. VII Conferencia Internacional sobre el SIDA, Florencia.*

*BANG, RANI, (1989). *High prevalence of gynaecological diseases in rural Indian women. Lancet (14 enero)85-88.*

*BARRÉ F., CHERMAN J.C., ROZENBAUM W. (1989). *EL SIDA en preguntas Ed. Edivisión.*

*BASSETT, MARY T Y MHLOYÍ, MARVERLLOUS, (1991). *Women and AIDS in Zimbabwe: The making of an epidemic. International Journal of Health Services.*

*Boletín Mensual SIDA/ETS. (Ago. 1992 No. 8). *México: Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos.*

*Boletín Mensual SIDA/ETS. (Ene. 1992 No. 1). *México: Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos.*

*Boletín Mensual SIDA/ETS. (Nov. 1994 No. 11). *México: Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos.*

*Boletín Mensual SIDA/ETS. (Ago. 1994 No. 8). *México: Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos.*

*Boletín Mensual SIDA/ETS. (Abril 1992 No. 4). *México: Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos.*

*Boletín Mensual SIDA/ETS. (Marzo. 1994 No. 3). *México: Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos.*

*Boletín Mensual SIDA/ETS. (Nov. 1994 No. 11). *México: Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos.*

*Boletín Mensual SIDA/ETS. (Ago. 1992 No. 8). *México: Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos.*

*Boletín Mensual SIDA/ETS. (Jun. 1992 No. 6). *México: Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos.*

*Boletín Mensual SIDA/ETS. (Ago. 1994 No. 8). *México: Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos.*

*Boletín Mensual SIDA/ETS. (Mar. 1994 No. 3). México: Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos.

*Boletín Mensual SIDA/ETS. (Jun. 1992 No. 6). México: Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos.

*Boletín Mensual SIDA/ETS. (Abril 1992 No. 4). México: Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos.

*Boletín Mensual SIDA/ETS. (Ene. 1992 No. 1). México: Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos.

*BRAZIL: sex and self-worth. *AIDS Action*. (1991); 15 (sept)

*BROOKS, J. (1987). *Sarcoma de Kaposi: Una Hiperplasia Reversible*. *The Lancet* (Ed. Esp.). Vol.10, No.4 Barcelona: Ediciones Doyma.

*BROWN, PHYLLIDA (1992). *How dos HIV cause AIDS?* *New Scientist* 18 julio.

*CALLUY, JO y JONES, HELEN (1990). *AIDS:How to answer the hard questions*. *Healthright*.

*CÁSERES, J. (1981). *Diccionario ideológico de la lengua Española*. Barcelona Editorial Gustavo Gili, S.A.

*CLARK, STEPHEN J. (1991) *High titers of cytopathic virus in plasma of patients with symptomatic primary HIV - 1 infection*. *New England Journal of Medicine*.

*CRUZ ALICEA, AIDA IRIS, (1991). *La violencia contra la mujer y el SIDA*. Casa Pensamiento de Mujer del Centro, Puerto Rico. Ensayo sin publicar.

*DE BRUYN, MARÍA (1992). *Women and AIDS in developing countries*. *Social Science and Medicine*.

*DEL ZOTTO, AGUSTA (1990). *Latinas with AIDS. Women and AIDS: a resource guide IDERA y Women and AIDS Project*.

*Diálogo con Montagnier. *Sida: punto de interrogación*, ICYT, septiembre, 1987. Vol. 9 núm. 132.

*DÍAZ GUERRERO, (1982). *Psicología del Mexicano*. Editorial Trillas.

*DONEGAN, SP (1990). *HIV-1 infection of the lower female genital tract*. VI Conferencia Internacional sobre el SIDA, San Francisco. Resumen Este estudio realizado en seis mujeres encontró pruebas de la existencia del VIH en el recubrimiento del cuello uterino pero no en la vagina.

*DUNCAN, M. ELIZABETH (1990), *First coitus before menarche and risk of STD*.

*FENICHEL OTTO. (1971). *Teoría psicoanalítica de las neurosis*. Buenos Aires, Editorial Paidós.

*FORREST, BRUCE D, (1991) *Women, HIV and mucosal immunity*.

- *GORMAN, C. (1992). *Invisible AIDS. Time International. Vol.140, No. 5. New York: Time Incorporated.*
- *GREENHOUSE, P. (1987). *Transmisión VIH de mujer a mujer. Lancet (Ed. Esp.) Vol.11, No 6. Barcelona : Ediciones Doyma.*
- *GUSTAVO OLAIZ. (1988). *SIDA La Epidemia que a todos afecta. Ed. Diana.*
- *HENDRIKS, AART, 1991. *AIDS and mobility. OMS, Programa Global sobre el Sida, Oficina Regional Europea, Copenhage. Abril.*
- *HENIN Y, 1990. *Prevalence of HIV in the cervico-vaginal secretions of women seropositive for HIV: correlation with the clinical status and implications for heterosexual transmission. VI Conferencia Internacional sobre el SIDA, San Francisco.*
- *ICYT, *Revista de CONACYT, septiembre de 1987.*
- *JAFPE, LESLIE R. (1988). *Anal intercourse and knowledge of AIDS among minority group female adolescents. Journal of Pediatrics.*
- *KISEKKA, MERE (1989) . *Social and sexual practices related to the epidemiology of STDs. Ponencia ante la reunión del Inter African Committee sobre las Prácticas Tradicionales que Afectan la Salud de las Mujeres y Niños, Addis Ababa 9-11 mayo.*
- *Kolb (1982) *Psiquiatría Clínica Moderna. Editorial Prensa Medica Mexicana.*
- *KRAFT, P, (1991) *Age at first experience of intercourse among Norwegian adolescents: a Lifestyle perspective Social Science and Medicine.*
- *La Jornada, agosto 12, 1985.
- *LADO, FERNANDO, (1990) . *Camisinha, por favor: entrevista con Naná. Diario de República, Uruguay. 26 de octubre.*
- *Lawrence K. Altman. *Aids in Africa New York Times, noviembre 8, 1986.*
- *LEMAIRE, J. G. (1982) . *Le Couple; sa vie, sa mort, París, Editorial Payot.*
- *LEVY, JAY A, (1990) . *Changing concepts in HIV infection: challenges for hie 1990s. AIDS.*
- *LINDAN, CHRISTINA (1991) . *Knowledge, attitudes, and perceived risk of AIDS among urban Rwandan women: relationship to HIV infection and behaviour change.*
- *LOUVIOT, M. C. (1976) . *Panorama historico geografico en Lagche et at, La vida en Pareja, Barcelona, Editorial Heder.*
- *MACARIO, M. Y SCHARRE, D. (1987) . *VIH e inicio agudo de psicosis. The Lancet (Ed. Esp.) Vol. 11, No. 6. Barcelona : Ediciones Doyma.*
- *MARTINEZ PINA. (1973) . *Patología Psicosomática en la Clínica Médica y Psicológica. Editorial, Científico Medica, México.*

- *MAY ROLLO (1968). *Angustia normal y patologica*. Buenos Aires, Editorial Paidós.
- *MAYER, KENNETH H. (1990). *Natural history and current therapy. AIDS and the health care system*, Ed. Lawrence O Gostin, Yale University Press, New Haven.
- *MHLOYI, MARVELLOUS (1990). *Perceptions in communication and sexuality in marriage in Zimbabwe. Women's mental health in Africa*. Ed. E D Rothblum y Ellen Cote. Haworth Press, Nueva York.
- *MILLER Y SCOFIELD, BAGASRA Y FREUND WHENHAO. *Ver ensayos y discusión. DYM Y ORESTEIN, PUDENEY, WITKIN, AND BERNSTEIN, 1990. Part III: Mechanics of heterosexual transmission*. En: *Heterosexual transmission of AIDS*. Ed. Nancy J Alexander y otros Wiley-Liss, Nueva York.
- *MODE, NEMA, (1991). *The steps forward: interview by Liz Kelly. Trouble and Strife. (21 verano)*
- *Myron essex, Time, agosto 12, 1985.
- *Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Secretaría de Salud, Conasida México 1995.
- *O'CONNOR, JOHN. F (1976). *Modern Bussines Report 1976. El ejecutivo bajos stress*
- *Ovaciones, 2a edición, marzo 15, 1986
- *PÉREZ Y FARIAS, J.M. (1990). *Conocimiento y Conducta de Riesgo para la Transmisión del SIDA en Adolescentes de la ciudad de México. Tesis para obtener el Título de Licenciado en Psicología*. México: Universidad del Valle de México.
- *PERLEZ, JANE. *TOLL OF AIDS on Uganda's women puts their roles and rights in question*. *New York times*. 28 octubre, 1990
- *RAMÍREZ SANTIAGO, (1975). *Infancia es destino México: Editorial Siglo XXI*.
- *RAMÍREZ SANTIAGO, (1977). *Psicología del Mexicano y sus motivaciones*.
- *RAVAGNAN LUIS M. (1981). *El Origen de la Angustia*. Editorial Universitaria de Buenos Aires.
- *RAY, SUNANDA, (1992). *Women and AIDS in Zimbabwe. Tradition y transition: NGOs respond to AIDS in Africa*. Editorial Mary Anne Mercer y Sally Scott. Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health, Institute for International Programs, Baltimore, EUA.
- *REID, ELIZABETH, (1990). *Placing women at the centre of the analysis. Ensayo sin publicar, noviembre*.
- *RICHARDSON, D. (1990). *La mujer y el SIDA México: Manual Moderno*
- *Robert Lederer. *¿Origen and spread of aids: is the west responsible? Convert action*

, p 46.

*ROBERT GALLO. "THE AIDS VIRUS" *Scientific American*, enero 1987, pp.47, 56, citado por Robert Lederer. *Convert Action*, No 28, p. 46, verano 1987.

*ROBERT LEDER, (1987) *Compendio sobre Sida*, *convert Action*, Número 28

*ROWEN, D Y CARNE, CA. (1990) *Heterosexual transmission of HIV*. *International Journal of STDs and AIDS*.

*RUMSEY, SUNNY, (1988) . *Communities under siege. AIDS: THE WOMEN*. Ed. Ines Rieder y Patricia Ruppelt. *Cleis Books*, San Francisco, 189.

*SEPÚLVEDA AMOR, J. (1989) . *SIDA, Ciencia y Sociedad en México*. México: *Fondo de Cultura Económica*.

*SINGER, MERRILL (1990) . *SIDA: The economic, social and cultural context of AIDS among Latinos*. *Medical Anthropological Quarterly*.

*SITTITRAI, WERASIT, (1991) . *Survey of partner relations and risk of HIV infection in Thailand*. VII Conferencia Internacional sobre el SIDA, Florencia 1991.

*SMITH, ELSE, (1990) . *Heterosexually acquired HIV infection in women in Copenhagen: sexual behaviour and other risk factors*. *International Journal of STDs and AIDS*.

*SOFIER R. (1979) . "¿ Para qué la familia?" *Buenos Aires*. Editorial Kapelusz, S.A.

*SPIELBERGER, C.D., KRASNER, S.S., y SOLOMON, E.P: (1988) . *The experience, expression, and control of anger*. En M.P. Janisse (Comp.) *Health Psychology: individual differences and stress*. New York: Springer Verlag.

*SPIELBERGER, C.D. (1976) *The nature and measurement of anxiety*. En C.D. Spielber y R. Díaz Guerrero (Comps.) *Cross-Cultural anxiety*. Washington D.C.: Hemisphere

*SPIELBERGER, CH 1980. *Tensión y Ansiedad*. Editorial Harla, México.

*SPIELBERGER, CH., DÍAZ G. (1975) *IDARE. Inventario de Ansiedad*. Rasgo-Estado. Editorial Manual Moderno S.A. México, D.F.

*STANDING, HILARY Y KISEKKA, MERE (1989) . *Sexual behaviour in sub-Saharan Africa: a review and annotated bibliography*. *Overseas Development Administration*, abril.

*THOMAS, C. (1897) . *VIH y Esquizofrenia*. *The Lancet* (Ed. Esp.). Vol. 11, No 5. Barcelona: Ediciones Doyma.

*Time, agosto 12, 1985.

*ULIN, PRISCILLA, (1992) . *African Women and AIDS: negotiating behaviorla change*. *Social Science and Medicine*.

*UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA (1988) *El SIDA en mexico los efectos sociales*. Ediciones de Cultura Popular.

*VELÁSQUEZ G. , GOMEZ D. *Fundamentos de medicina SIDA Enforque Integral (Enero 1993). Medellín. Edit. Carvajal*

*VOGT, MARKUS W (1987) . *Isolation patterns of HIV from cervical secretions during the menstrual cycle of women at risk for AIDS. Annals of Internal Medicine.*

*Weekly Epidemiological Record. (Oct. 4, 1991) *Acquired Immunological Syndrome (AIDS), Data as October First, 1991. Genova: World Health Organization.*

*WOFSY, CONSTANCE (1986) , *Isolation of AIDS associated retrovirus from genital secretions of women with antibodies to the virus.*

*YOUNG PAUL T. (1978) . *Como Entender nuestros sentimientos y Emociones. Editorial Manual Moderno .*