

283
2ef.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PERCEPCIÓN DE RIESGO DE CONTRAER VIH/SIDA
EN MUJERES

Laura Patricia Vizconde Pantoja

Lic. Psicología

DIRECTORA DE TESIS: MTRA. SOFIA RIVERA ARAGÓN

MÉXICO, D. F., 1997.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

AGRADECIMIENTOS

A mis papás por hacerme sentir orgullosa de que lo sean, por todo lo que me han enseñado, por confiar en mí y darme siempre la libertad de hacer siempre todo lo que quiera, y porque sin ustedes no sería lo que soy. Gracias mami por ser amiga incondicional, por aguantarme todo siempre, por tus consejos y por todo lo que me das. Papi, gracias por dejarme aprender de ti y por tener tantas cosas que admirarte.

A Gaby por compartir todo conmigo, por ser más que hermana y más que amiga, por tu confianza y apoyo siempre incondicional, porque pase lo que pase siempre estaremos juntas.

A Rosy por estar siempre pendiente de mí, por tu ayuda, apoyo y cariño de siempre.

A la Mtra. Sofía Rivera por tu invaluable tiempo, por tu entusiasmo, dedicación, consejos y ayuda.

A Hilde por escucharme, aconsejarme, por ser quien siempre me entiende y por compartir mis sueños, mis tristezas y mis locuras.

A la Fundación Mexicana para la Lucha contra el SIDA por todas las facilidades que me han dado y por todo lo que he aprendido. Gracias especialmente a Mauricio y a Ismael por su ayuda, apoyo y alegría.

A mis amigas por estar conmigo en todo momento. A Reyna por ser incondicional, a Claudia y Amparo por sus consejos, regalos y por alegrarme tantos momentos, a Eloísa por tu buena vibra y por contagiarme siempre tu optimismo.

A mis amigos y compañeros de la Fundación, por preocuparse por mí, por aconsejarme, por animarme siempre y por hacerlo todo más divertido. Gracias David C., Adrián, Efrén, Cecy, Arturo, Bety, David A., Javier, José Luis, Rodrigo, Lilita, Margarita, Fernando, Jorge y Luis y a todos los demás.

A mis pacientes por enseñarme tanto de la vida.

A mi jefa Lic. Mary Carmen Gómez por todos los permisos, por tu apoyo y por hacerme sentir siempre en confianza.

A mis amigas del trabajo, Diana, Luisa, Elvira, Angeles y Pera por compartir las mañanas, las galletas y las canciones.

A Ricardo por tu importantísima ayuda, por tu tiempo y paciencia para enseñarme. Gracias también a Juan Carlos, Marcos y Angélica

A Miguel, gracias por existir. Te adoro.

A Dios por llenar de mi vida de pruebas y de emociones fuertes, por iluminarme siempre y por darme tantas cosas bellas.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	
ASPECTOS GENERALES DEL SIDA	3
• 1.1 ANTECEDENTES	3
• 1.2 ETIOLOGÍA	7
• 1.3 VÍAS DE TRANSMISIÓN	12
• 1.4 SINTOMATOLOGÍA	16
• 1.5 EPIDEMIOLOGÍA	22
• 1.6 PREVENCIÓN	28
CAPÍTULO II	
PERCEPCIÓN DE RIESGO	34
• 2.1 CONDUCTAS DE ALTO RIESGO	34
• 2.2 PERCEPCIÓN DE RIESGO	35
• 2.3 INVESTIGACIONES RELACIONADAS CON LA PERCEPCIÓN DE RIESGO DE CONTRAER SIDA	37
CAPÍTULO III	
MUJERES Y SIDA	44
• 3.1 LA MUJER Y EL VIH/SIDA	44
• 3.2 TRANSMISIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA DEL VIH/SIDA EN MUJERES	46
• 3.3 MUJERES PORTADORAS	50
• 3.4 ALGUNAS INVESTIGACIONES SOBRE VIH/SIDA EN MUJERES	55

CAPÍTULO IV	
MÉTODO	60
• 4.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	60
• 4.2 HIPÓTESIS	61
• 4.3 VARIABLES	61
• 4.4 MUESTRA	62
• 4.5 ESCENARIO	62
• 4.6 INSTRUMENTO	63
• 4.7 TIPO DE ESTUDIO	63
• 4.8 PROCEDIMIENTO	63
• 4.9 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	63
CAPÍTULO V	
RESULTADOS	65
• 5.1 FRECUENCIAS	65
• 5.2 CORRELACIONES	78
• 5.3 PRUEBA T	84
• 5.4 ANOVA	86
CAPÍTULO VI	
DISCUSIÓN	90
• 6.1 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	90
• 6.2 LIMITACIONES	99
• 6.3 SUGERENCIAS	100
REFERENCIAS	102
ANEXO	109

INTRODUCCIÓN

Al principio de la aparición de la pandemia parecía que el VIH/SIDA sólo afectaba a los homosexuales, pero actualmente las mujeres heterosexuales es uno de los principales grupos afectados por esta enfermedad. Se ha constatado un incremento en la proporción de mujeres con SIDA en relación al total de casos notificados. En 1995 había una mujer con SIDA por cada 4 hombres (CONASIDA, 1995)

Las mujeres son especialmente vulnerables a contraer el SIDA por razones biológicas, epidemiológicas y sociales (Del Rio, 1994).

La Fundación Mexicana para la Lucha contra el SIDA informa que la proporción de mujeres que se realiza la prueba de detección de anticuerpos de VIH/SIDA es pequeña y el porcentaje de las mujeres que resultan portadoras del VIH también es bajo

Muchas de las mujeres infectadas son detectadas durante el seguimiento del embarazo o en el parto, lo que demuestra una falla en los programas de prevención de enfermedades en este grupo social. El embarazo debilita el sistema inmunológico, por lo que la mujer embarazada está más sensible a la infección del VIH o al desarrollo del SIDA y existe la posibilidad de contagiar al producto, los programas de educación y salud dirigidos a la mujer son muy limitados debido a que se trata de un grupo marginado

Con respecto a la actividad sexual, se considera más factible que un varón transmita el VIH a la mujer durante el coito, que la mujer lo transmita al varón. Según el Boletín Mensual SIDA/ETS, marzo 1995, que publica CONASIDA, la proporción de mujeres que ha contraído la infección por transmisión sexual es cada vez mayor: 48.2% en 1993, 85.0% en 1994 y 68.7% hasta marzo de 1995. En 1995 la relación hombre/mujer se ha modificado, si para 1987 era de 12:1, actualmente es de 6:1. En este sentido, las mujeres con riesgo son las compañeras sexuales de varones bisexuales o heterosexuales. Otra situación que las pone en riesgo es la violación sexual, ya que el violador puede ser portador del VIH y puede causar heridas internas que faciliten la penetración del VIH al torrente sanguíneo

Es preocupante que dentro de los programas de educación y salud la mujer ocupe el último lugar de atención, sólo en algunos casos como el embarazo o urgencias es cuando recibe atención médica. Además la mujer recibe una educación muy limitada sobre todo en las zonas marginadas, urbanas o rurales, en donde sólo se le considera como la ama de casa, que realiza las funciones de crianza y atención al esposo

Uno de los principales problemas por los que la mujer no se realiza la prueba es por las condiciones de la mujer en nuestro país y por la falta de percepción de riesgo de adquirir SIDA entre las mujeres

Ya que la información que tiene la población sobre el SIDA no ha sido suficiente para lograr que se de un cambio en la conducta, es necesario investigar aspectos como la percepción de riesgo de contagio y las actitudes hacia el condón, con la finalidad de tomar las medidas necesarias para evitar que la enfermedad se siga propagando

Se han hecho pocos estudios respecto a como las personas perciben el riesgo de contagiarse de SIDA, si se toma en cuenta que la percepción de riesgo puede influir en el contagio de esta enfermedad, es necesario conocer como perciben el riesgo de contagiarse de SIDA las diferentes poblaciones, ya que de acuerdo a la población a la que pertenezcan las personas puede diferir su percepción

Al saber más sobre los factores que influyen en la percepción de riesgo, se pueden realizar programas que la incrementen, y por lo tanto, al percibir posibilidades de contraer VIH se puede esperar que las mujeres, disminuyan las conductas de riesgo, ya que para que las campañas educativas incidan en esta percepción, es necesario que al elaborarlas se tome en cuenta la población a la que van dirigidas.

CAPITULO I

ASPECTOS GENERALES DEL SIDA

1.1. ANTECEDENTES

El SIDA es una enfermedad actual y hasta el momento incurable que ataca al sistema inmunológico, debilitando las defensas naturales del organismo contra microbios e infecciones. Esta deja a la persona vulnerable a una variedad de infecciones y enfermedades potencialmente mortales que no la dañarían si tuviera un sistema inmunológico sano.

No se conoce con exactitud el origen geográfico del virus, ni el momento en el que se convirtió en un agente patógeno para el hombre. Seguramente los primeros casos de la enfermedad ocurrieron hace algunas décadas y probablemente los médicos, en ese entonces, se quedaban perplejos ante la gravedad y características del cuadro. Solo se tienen algunos informes, anteriores a la década de los años ochenta, de personas que murieron sin un diagnóstico preciso, pero con un cuadro clínico compatible con el SIDA. En 1977 un informe médico belga refiere el caso de una mujer de 34 años de edad, que viajó a Bélgica en 1977 para conocer la causa de sus infecciones respiratorias e intestinales persistentes; la mujer murió un año más tarde, con un cuadro clínico compatible con SIDA. En 1976 se reporta la muerte de una familia noruega, una niña y sus padres, el padre presentó un cuadro clínico con infecciones respiratorias recurrentes y murió en Abril de 1976; la madre presentó desde 1967 infecciones recurrentes, el cuadro empeoró en 1973 con un diagnóstico de leucemia y un cuadro patológico progresivo, muriendo en Diciembre de 1976; la niña presentó infecciones bacterianas graves con complicaciones pulmonares y murió en Enero del mismo año, en los tres casos se confirmó el diagnóstico de SIDA, al realizar las pruebas de Elisa y Western Blot en sueros congelados desde 1971. En 1969 murió un adolescente de 15 años en San Luis Missouri, con Sarcoma de Kaposi y enfermedades oportunistas. En Zaire se reportó un suero positivo a la prueba de anticuerpos con el VIH que se mantenía congelado desde finales de los años cincuenta (Sepúlveda, 1989).

Sin embargo, el descubrimiento del SIDA se dio a partir de la investigación de dos hechos que aparentemente no estaban relacionados entre sí y que se suscitaron en lugares alejados uno del otro, en Estados Unidos en 1981. El primer acontecimiento fue un brote de cinco casos de neumonía por *Pneumocystis carinii* en varones jóvenes en la ciudad de Los Angeles; el segundo hecho se refiere a un informe de ocho casos de Sarcoma de Kaposi en varones jóvenes en la ciudad de Nueva York. En ambos casos se habían observado

previamente fallas en el sistema inmunológico, todos los individuos afectados eran homosexuales. Esto ocurrió durante un período en el que la comunidad de homosexuales disfrutaba de una libertad que no había experimentado anteriormente. Rápidamente la enfermedad se etiquetó como una "epidemia de homosexuales" (Cohen, 1990)

Al principio, casi todos los casos se presentaron en varones homosexuales o bisexuales, por lo que los epidemiólogos empezaron a estudiar las prácticas de la comunidad de homosexuales que pudieran causar una falla en el sistema inmunológico. Debido a que casi todos los primeros individuos afectados eran sexualmente muy activos y con múltiples compañeros, la naturaleza de sus vidas sexuales se convirtió en el foco de atención. Posteriormente surgieron otros dos grupos afectados, uno de haitianos y otro que usaba drogas intravenosas. Después una serie de eventos llevó a considerar que el SIDA era una amenaza para la población en general. Se diagnosticó la enfermedad en un grupo de hemofílicos que habían recibido productos hematológicos infectados. El origen de la enfermedad se convirtió en una fuente de especulaciones y en un tema político importante en el escenario internacional (Cohen, 1990)

En 1981 se publicaron los primeros informes que hablaban de un nuevo síndrome que estaba afectando a hombres jóvenes con aparición de infecciones oportunistas severas, especialmente neumonía por *P. Carinii* y con marcada disminución de los linfocitos CD4; se le denominó Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, y a partir de ese momento empiezan las investigaciones sobre el agente causal, el comportamiento clínico y epidemiológico y el tratamiento del nuevo síndrome, que genera una gran publicidad (Velasquez, 1993).

La historia del descubrimiento del virus del SIDA empieza en 1983 cuando después de minuciosos trabajos sobre material obtenido de ganglios linfáticos de un paciente afectado de LAS, el doctor Luc Montagnier y sus colaboradores Barre-Sinoussi y Chermann, del Instituto Pasteur de París, lograron aislar un retrovirus que fue denominado LAV (del inglés lymphadenopathy associated virus), efectuando ese mismo año la correspondiente publicación. Al mismo tiempo el grupo estadounidense, a cargo del doctor Robert Gallo, trabajaba alrededor de un virus de la familia del HTLV-I, virus causal de la leucemia/linfoma y publicó sus hallazgos, al mismo tiempo que afirmaba que el virus de Montagnier y sus colaboradores era producto de una contaminación de laboratorio. Las fotografías de Gallo mostraban un retrovirus diferente al presentado por el grupo de París. En múltiples publicaciones posteriores, y mediante escritos a muchos virologos del mundo, Gallo descalificaba los trabajos del Instituto Pasteur. En Julio de 1983 Feremans y sus colaboradores en Bélgica aislan y describen el mismo lentivirus de París, obtenido del material de un enfermo de SIDA. En Septiembre de ese mismo año, Montagnier y colaboradores encontraron en un paciente afectado de SIDA, un virus con las mismas características del lentivirus encontrado anteriormente. En Diciembre del mismo año, en Cambridge, Karpas descubre un lentivirus idéntico al descrito por Luc Montagnier, mientras que Gallo comunica haber descubierto por fin el verdadero virus y lo denomina HTLV-III (del inglés T-cell lymphotropic virus type-3)

En Diciembre de 1983 J. A. Levy de San Francisco logra aislar el mismo lentivirus de Paris. Gallo rechaza estos nuevos descubrimientos, pero lentamente el mundo científico comienza a dudar de él. A fines de 1983 Montagnier envía a Gallo el lentivirus, Gallo afirma que el virus había muerto y publica su "nuevo descubrimiento" mostrando fotografías del lentivirus de Paris. Este hecho sale a la luz pública en 1983 y Gallo confiesa la verdad.

En Agosto de 1985 Rusbsamen-Veigmann de Alemania comprueba la autenticidad del lentivirus de Paris en relación al SIDA. Posteriormente Montagnier le propone a Gallo una común publicación, después de la publicación Gallo exige ante la oficina de patentes de Estados Unidos los derechos exclusivos sobre los test para anticuerpos HIV, lo que le es concedido, obteniendo por ello ganancias millonarias. Montagnier pone una demanda y el litigio concluye en Marzo de 1987 otorgando el 20% de las ganancias a ambos descubridores y el resto lo recibiría una fundación para la elaboración de una vacuna y para la lucha antiSIDA en los países del tercer mundo (Sandner, 1990)

En 1986 un equipo de trabajo patrocinado por el Comité Internacional de Taxonomía de los Virus denominó HIV (*humana immunodeficiency virus*) al lentivirus causal del SIDA, quedando definitivamente comprobado que Luc Montagnier, F. Barre-Sinoussi y J. C. Chermann del Instituto Pasteur de Paris fueron los descubridores del retrovirus del SIDA. Posteriormente se le denominó HIV-I por haberse descubierto un segundo HIV en Africa que recibió el nombre de HIV-II (Sandner, 1990)

Una de las cuestiones más debatidas y que más inquietud despierta es el origen de la enfermedad. Muchas personas se preguntan si es una enfermedad nueva y de donde salió. El mundo científico rechaza la idea de que pudo haber sido una creación de laboratorio, ya que si esto fuera cierto se tendrían las condiciones ideales para el control de la enfermedad (Sánchez-Ocaña, 1987)

Se cree que el SIDA proviene de África Central por una mutación de cierto lentivirus (SIV/STLY-III) que mora en forma apatógena en la sangre del mono verde, macaco que habita en esa región, cuya sangre es consumida por los hombres para "aumentar su potencia sexual". El Instituto Paul Ehrlich de Frankfurt (Alemania) ha hecho estudios que demuestran que este virus tiene una gran semejanza con el VIII. Esta mutación tuvo que haber sucedido en la década de los cincuenta o un poco antes, en un grupo muy reducido de habitantes de Zambia que todavía mantienen esas costumbres. Así la enfermedad se diseminó por toda África Central y luego hacia Europa y América a través de viajeros, marinos y comerciantes, usando como vía de transmisión la homosexualidad, la prostitución y el uso de drogas inyectadas. La infección llegó específicamente a Haití por un grupo de braceros que se instalaron en Zambia y luego regresaron a su país o se trasladaron a Europa, Estados Unidos y Brasil y más tarde a las Guayanas y a Venezuela. De esta forma y siguiendo la línea mutatoria de Darwin, el virus del mono verde se adaptó al sistema inmunológico del hombre transformándose en una amenaza para el género humano (Sandner, 1990)

El conocer el lugar donde empezó la epidemia, y estudiar que otros animales están infectados con virus similares, puede ayudar a conocer los mecanismos patológicos de la enfermedad y dar pistas para su posible control. Sin embargo, en la actualidad existe el consenso de que el SIDA es una enfermedad tan nueva en África como en cualquier otro lugar del mundo (Sepúlveda, 1989)

En 1983 aparecieron en México los primeros casos de SIDA, tratándose de hombres extranjeros radicados en este país, quienes iniciaron su padecimiento en 1981; teniendo en común viajes al extranjero o relaciones íntimas con extranjeros de países con las más altas tasas de incidencia. En 1986 se crea en México el Comité Nacional de Prevención del SIDA (CONASIDA), teniendo como objetivo evaluar la situación nacional en lo concerniente al SIDA y a la infección por VIH, así como establecer criterios para el diagnóstico, tratamiento, prevención y control; y coordinar la implantación y evaluación de normas, pautas y actividades de control apropiadas. Debido a la magnitud y complejidad del problema, el Comité evolucionó hasta convertirse en un organismo desconcentrado de la Secretaría de Salud: el Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA, creado por decreto presidencial en Agosto de 1988, conservando las siglas de CONASIDA (Sepúlveda, 1989)

Las funciones de CONASIDA son:

- Coordinar y concentrar acciones de dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, en relación al control, prevención e investigación de la epidemia del SIDA.
- Proponer los mecanismos de coordinación para evitar la diseminación del virus
- Promover el Programa Nacional para la Prevención y Control de la Infección por el VIH.
- Promover y apoyar investigaciones.
- Fijar criterios para la investigación y eventos científicos.
- Difundir información sobre la prevención y el tratamiento del SIDA
- Proponer reformas jurídicas relacionadas con la transmisión, prevención y control del SIDA
- Sugerir medidas para la prevención y el control
- Proponer la utilización de recursos para combatir la epidemia
- Implementar sus bases y funcionamiento, y las demás que sean necesarias para cumplir con su objetivo

La magnitud del problema es muy grande y las medidas gubernamentales insuficientes, por lo que la sociedad mexicana ha respondido con la creación y organización de grupos en asociaciones civiles y sociales, grupos de homosexuales y de personas interesadas en ofrecer su trabajo para contribuir a que la enfermedad no continúe en expansión (Sepúlveda, 1989).

1.2. ETIOLOGÍA

SIDA quiere decir Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida, a esto corresponden las siglas SIDA.

- **SÍNDROME** hace referencia a una enfermedad o condición caracterizada por un grupo de signos y síntomas que se presentan simultáneamente.
 - a) **SIGNO** es la manifestación objetiva de una enfermedad, esta manifestación puede ser observada por un examinador (médico), quien las "observa" a través de la exploración del paciente, viéndolo, auscultándolo (escuchando), palpándolo (tocando) En el caso del SIDA: ganglios crecidos, fiebre, tos, adelgazamiento
 - b) **SÍNTOMA** es la manifestación subjetiva de una alteración (orgánica o funcional) que solo la persona examinada puede "observar" (percibir, sentir), y que el médico puede conocer sólo mediante un interrogatorio al paciente. En el caso del SIDA: fatiga, náuseas, diarrea, dolor en diferentes partes del cuerpo (sobre todo estomacal y de cabeza), falta de aire
- **INMUNO** se refiere a la capacidad de defensa que tiene o desarrolla nuestro cuerpo contra agentes extraños (sustancias tóxicas, células cancerosas o agentes infecciosos: virus, bacterias, hongos, parásitos)
- **DEFICIENCIA** implica que tenemos muy poco de algo que necesitamos. En el caso del SIDA la deficiencia es inmunológica. Al debilitarse el sistema inmunológico no puede defender al organismo de las infecciones, por lo que la persona "queda a expensas" de estas
- **ADQUIRIDA** se refiere a algo que adquirimos u obtenemos después de la fecundación, puede ser mientras estamos en el útero, después de que el óvulo y el espermatozoide se han juntado y empieza a formarse el bebé, o después del nacimiento. Es contrario a hereditario, en el sentido de transmisión genética. En el caso del SIDA, la inmunodeficiencia no es hereditaria, sino que se adquiere en algún momento del desarrollo

Por lo tanto, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida es un conjunto de síntomas y signos que manifiestan la adquisición de una deficiencia en el sistema de defensas del organismo, quedando este expuesto a diferentes tipos de infecciones y de cánceres (CONASIDA, 1990)

El agente etiológico del SIDA es uno de los más pequeños que se conocen hasta el momento, se trata de un virus el VIH

El VIH ha sido encontrado en la sangre, espermia, líquido preeyaculatorio, sudor, lágrimas, orina, secreciones cervicovaginales, saliva, leche materna, en varias células de la médula ósea, en los linfocitos T, en los enfermos de SIDA, de CRS y en pacientes con seropositividad y aun en sospechosos seronegativos. Esto determina definitivamente que este virus es el único agente causal de la pandemia (Sandner, 1990)

El VIH es un retrovirus. Un retrovirus es un tipo distinto de virus, no lleva dentro un fragmento de ADN, sino de ARN y necesita una especie de facilitador de ADN y para su crecimiento necesita una célula que le sirva de fábrica. A partir de 1979 se conocieron varios procesos patológicos en seres humanos causados por retrovirus que tenían una cosa en común eran distintos tipos de leucemia, ya que los tres virus identificados atacaban a los linfocitos T. El primero produce una leucemia de adulto, el segundo una leucemia de células pilosas, y el tercero fue identificado como el causante del SIDA (Sánchez, 1987)

El material genético del VIH es muy simple y pequeño, por lo que puede reproducirse rápidamente haciendo difícil su total destrucción. Alrededor de la cadena genética de este virus, o sea de su RNA, existe una capa protectora formada por glucos y lipoproteínas y diversas enzimas, esta capa se caracteriza por la gran variación de sus estructuras proteicas y por su potencial para hacerla variar. Estas funciones, aunadas a su capacidad de producir enzimas específicas, de multiplicarse millonariamente y de destruir a la célula T invadida, hacen de este retrovirus el agente más temible para el género humano (Sandner, 1990)

Las funciones de los retrovirus pueden resumirse en

Protección. Sus proteínas son capaces de resistir sustancias detergentes, ácidos, desecación, calor, frío, etc

Selectividad. Sus enzimas son capaces de buscar determinadas proteínas de las células específicas de las células que van a ser invadidas

Defensa. Algunas de sus enzimas anulan las acciones inmunológicas que puedan impedir su acercamiento hacia la célula que va a ser atacada

Adhesividad. Son capaces de adherirse a la membrana de determinada célula para traspasarla

Penetrabilidad. El virus logra que su membrana se confunda con la de la célula invadida al mismo tiempo que su núcleo penetra en ella.

Variación antigénica. Es la función que le permite al virus variar la estructura de su cápsula para proteger su integridad cuando es atacado

Replicación El virus es capaz de multiplicarse dentro de la célula atacada al introducirse en ella. Cuando determinado genoma del virus se integra con el DNA de la célula atacada le modifica su función en favor de una replicación viral masiva y en detrimento de la vitalidad de la célula que lo cobija

Transformación Al integrarse el virus con el material genético de la célula huésped se produce un cambio total en las funciones preestablecidas de la célula, la cual queda desenfrenada, dándose procesos de envejecimiento prematuros, inmortalidad, multiplicaciones sin límites, lo que corresponde a la oncogénesis y a otros cambios en el comportamiento de la célula

Camuflaje Al integrarse el material genético del virus y de la célula huésped, el virus es capaz de esconderse, quedando irreconocible para el sistema inmunológico

Similitud proteica La membrana de algunos retrovirus (VIH-1 y VIH-2) esta cubierta por proteomas casi idénticas a las de algunos tejidos y órganos del hombre, lo que hace que al sistema informativo del aparato inmunológico le sea difícil o imposible identificar al virus como sustancia extraña, no pudiendo producir los anticuerpos necesarios para su destrucción

Engaño Esta es una función específica de los lentivirus que al ser atacados antígenicamente, en el momento en que se adhieren a la célula atacada, sueltan su envoltura proteica, la cual es destruida por los anticuerpos, desviando así la función inmunológica a su favor

Transcripción Es la función, por medio de la cual, al encontrarse el virus dentro del núcleo de la célula huésped, le modifica su código genético, dándole nueva información en su favor

Autoinhibición En momentos determinados, los lentivirus parecen frenar o anular momentáneamente su desarrollo quedando en situación de latencia, de esta forma ganan tiempo para cambiar su material de información al ser agredidos inmunológicamente (Sandner, 1990)

Dentro de la familia de los retrovirus existen tres subfamilias: los oncovirus, los lentivirus y los spumavirus. El VIH pertenece a la subfamilia de los lentivirus. Los lentivirus provocan infecciones que se caracterizan por tener largos periodos de latencia sin dañar a la célula ni inducir enfermedad. Después de algún tiempo, por la acción de un factor estimulador, despiertan su latencia, se multiplican y destruyen a las células parasitadas, provocando el desarrollo tardío de la enfermedad. A esta subfamilia de retrovirus pertenecen dos variedades de provocar SIDA en el humano (VIH-1 y VIH-2), así como un grupo de virus productores de daño en ovejas (VISNA), cabras (CAEV), caballos (EIAV) y simios (SIV) (Sepúlveda, 1989)

El doctor Montagnier y el doctor Gerderblom consideran las siguientes características del VIH (cit. en Sepúlveda, 1989):

- Su estructura es esférica y tiene de 90 a 120 nanómetros de diámetro. Sus componentes son una envoltura externa, una capa proteica interna y un nucleocápside, también conocido como nucleóide central.
- La envoltura externa está formada en un 5 a 10% por componentes propios del virus y el 90 o 95% son componentes de origen no viral, procedentes de la célula en donde se originó el virus. Los componentes glicoproteicos se localizan en dos áreas, una exterior sobre la superficie de la envoltura del virus y otra dispuesta a través de todo el espesor de la envoltura.
- La capa proteica interna tiene forma icosaédrica, se localiza inmediatamente por debajo de la envoltura, a muy corta distancia de ella, forma parte del nucleocápside, y se desconoce su función.
- El nucleocápside está formado por tres tipos de subunidades proteicas diferentes; tiene una forma que asemeja una estructura tubular hueca, y en su interior se encuentran dos copias idénticas de ARN. La transcriptasa reversa igualmente se localiza en el interior del nucleocápside.

La función de la glicoproteína externa es reconocer y atacar la superficie de las células que serán parasitadas, mientras que la glicoproteína transmembrana participa en el mecanismo de destrucción celular, aunque también se cree que puede participar en el proceso de reconocimiento y adhesión a las células que el virus va a atacar. La primera estructura viral que es reconocida y atacada por el sistema inmunológico es la glicoproteína externa. Tanto el VIH-1 como el VIH-2 poseen una gran capacidad para cambiar su aspecto molecular, especialmente a nivel de la envoltura, donde pueden detectarse diferencias de hasta un 30% entre los virus obtenidos de personas distintas, y hasta un 10% entre los obtenidos de un mismo individuo con algunos meses de diferencia. Debido a que la envoltura del virus es la primera en ser atacada por el sistema de defensa del organismo, su gran heterogeneidad explica la dificultad que tiene el sistema inmunológico de detectar y eliminar a este virus, así como los problemas a los que se enfrentan los científicos para fabricar una vacuna (Sepúlveda, 1989).

Es importante conocer el funcionamiento del Sistema Inmunológico para poder entender como actúa el VIH. El Sistema Inmunológico es un sistema complejo que se encarga de defender al organismo de elementos extraños. "Es una red conformada por células especializadas y órganos que, cuando funciona de forma adecuada, enfrenta exitosamente diversas clases de infecciones, sean estas producidas por bacterias, hongos, virus o parásitos" (Cahn, 1992).

El doctor Montagnier y el doctor Gerderblom consideran las siguientes características del VIH (cit. en Sepúlveda, 1989):

- Su estructura es esférica y tiene de 90 a 120 nanómetros de diámetro. Sus componentes son una envoltura externa, una capa proteica interna y un nucleocápside, también conocido como nucleóide central
- La envoltura externa esta formada en un 5 a 10% por componentes propios del virus y el 90 o 95% son componentes de origen no viral, procedentes de la célula en donde se originó el virus. Los componentes glicoproteicos se localizan en dos áreas, una exterior sobre la superficie de la envoltura del virus y otra dispuesta a través de todo el espesor de la envoltura
- La capa proteica interna tiene forma icosaédrica, se localiza inmediatamente por debajo de la envoltura, a muy corta distancia de ella, forma parte del nucleocápside, y se desconoce su función
- El nucleocápside esta formado por tres tipos de subunidades proteicas diferentes, tiene una forma que asemeja a una estructura tubular hueca, y en su interior se encuentran dos copias idénticas de ARN. La transcriptasa reversa igualmente se localiza en el interior del nucleocápside

La función de la glicoproteína externa es reconocer y atacar la superficie de las células que serán parasitadas, mientras que la glicoproteína transmembrana participa en el mecanismo de destrucción celular, aunque también se cree que puede participar en el proceso de reconocimiento y adhesión a las células que el virus va a atacar. La primera estructura viral que es reconocida y atacada por el sistema inmunológico es la glicoproteína externa. Tanto el VIH-1 como el VIH-2 poseen una gran capacidad para cambiar su aspecto molecular, especialmente a nivel de la envoltura, donde pueden detectarse diferencias de hasta un 30% entre los virus obtenidos de personas distintas, y hasta un 10% entre los obtenidos de un mismo individuo con algunos meses de diferencia. Debido a que la envoltura del virus es la primera en ser atacada por el sistema de defensa del organismo, su gran heterogeneidad explica la dificultad que tiene el sistema inmunológico de detectar y eliminar a este virus, así como los problemas a los que se enfrentan los científicos para fabricar una vacuna (Sepúlveda, 1989)

Es importante conocer el funcionamiento del Sistema Inmunológico para poder entender como actúa el VIH. El Sistema Inmunológico es un sistema complejo que se encarga de defender al organismo de elementos extraños. "Es una red conformada por células especializadas y órganos que, cuando funciona de forma adecuada, enfrenta exitosamente diversas clases de infecciones, sean estas producidas por bacterias, hongos, virus o parásitos" (Cahn, 1992)

El Sistema Inmunológico se asienta en los órganos linfoides que son la médula ósea, el timo, el bazo, las amígdalas, las adenoides, el apéndice, las paredes del intestino y los vasos linfáticos y sanguíneos. Por lo tanto, el Sistema Inmunológico atacará al antígeno, que es la sustancia extraña que desencadena la respuesta inmune, en donde lo identifique. Además el Sistema Inmunológico es capaz de distinguir lo propio y lo ajeno, almacenar información, reconocer un elemento extraño, producir "armas específicas" para combatir al invasor, coordinar las diferentes tareas que lleva a cabo, dar respuesta rápida, oportuna, adecuada y efectiva (Cahn, 1992)

El Sistema Inmunológico está formado por dos tipos de células

a) Un tipo de glóbulos blancos que se llaman linfocitos.

Hay dos tipos básicos de linfocitos: los linfocitos T y los linfocitos B

* Los linfocitos T dirigen la defensa del organismo y a su vez se dividen en

- T cooperadores, que se encargan de enviar señales para alertar y preparar a todas las células del Sistema así como para destruir al agente agresor
- T supresores, son las que deciden cuando termina la lucha
- T exterminadores, son las que se encargan directamente de destruir células envejecidas, cancerosas o infectadas por algún agente infeccioso

* Los linfocitos B que se encargan de fabricar las armas específicas para la defensa, o sea, los anticuerpos.

b) Los macrófagos, que son los encargados de atrapar, engullir y digerir al agente agresor, y de presentarlo ante los linfocitos, para que estos lo conozcan y empiecen a actuar (CONASIDA, 1990)

En un Sistema Inmunológico normal, cuando un germen (bacteria, hongo) entra en el cuerpo sano, su presencia es detectada por los macrófagos, los cuales alertan a los linfocitos T, los cuales se multiplican en sus diferentes tipos. Los linfocitos T cooperadores estimulan a los linfocitos B, los cuales se multiplican y producen anticuerpos que atacan y destruyen a los germenos invasores. En un Sistema Inmunológico de una persona seropositiva el VIH ataca directamente a los linfocitos T cooperadores, infectándolos, bloqueando su capacidad para identificar y combatir sustancias extrañas (antígenos). El virus se reproduce en las células T, destruyéndolas y cortando la posibilidad de una defensa efectiva contra los invasores. Los mecanismos inmunológicos son deprimidos y cualquier nuevo invasor (enfermedad oportunista) encuentra vía libre, lo cual puede llevar a una muerte segura (Cotte, 1990)

Al atacar a los linfocitos T el VIH desorganiza al Sistema Inmunológico y facilita el acceso a infecciones y tumores. Permanece en estado de latencia por un tiempo, el cual puede extenderse a varios años. Durante este estado es cuando las personas son portadoras o seropositivas, no han desarrollado síntomas ni se ha iniciado el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Posteriormente, en un momento determinado, el virus comienza a multiplicarse, no se conocen las causas precisas, sin embargo, se considera que pueden influir aspectos como la desnutrición, otras infecciones, depresión, estrés y reinfección del VIH entre otras. Debido a la deficiencia inmune que resulta de esta reproducción, se da lugar a las enfermedades oportunistas, las que se diagnostican en el SIDA propiamente dicho (Sepúlveda, 1989).

En 1986 se aisló un virus muy parecido, pero con diferencias genéticas bien definidas, en pacientes con inmunodeficiencia en África Occidental. Actualmente éste se conoce como VIH-2, para diferenciarlo del primero. Efectivamente, los virus VIH-1 y VIH-2 tienen una notable capacidad para cambiar, lo cual constituye una de las dificultades principales para desarrollar una vacuna efectiva. Sin embargo, esta propiedad para mutar no significa que cada vez el virus se modifique de origen, a uno nuevo, pues lo que cambia son solo algunas proteínas de la envoltura (Gaceta CONASIDA, 1988).

Existe además otro virus que afecta a los monos verdes africanos, sin producirles la enfermedad el VIS, la S equivale a simio. Se cree que a partir de este pudo generarse el VIH el cual pasa por etapas intermedias. La infección puede pasar al hombre por penetración de la sangre de este animal, a través de efracciones de la piel. La enfermedad se puede rastrear revisando algunas descripciones clínicas. Los virus del SIDA poseen una gran mutabilidad lo que hace probable la citada mutación del VIS al VIH. Por lo anteriormente dicho parece ser una hipótesis sensata, pero tiene en su contra el hecho de que existen diferencias grandes entre la estructura del VIS y la del VIH-1 que es el responsable principal de los casos. No ocurre así con la estructura del VIH-2 para el que la hipótesis es más aceptada (Galban, De Quesada y Cádiz, 1989).

1.3. VIAS DE TRANSMISION

Los únicos reservorios naturales del VIH son los tejidos de las personas infectadas; no se ha establecido su existencia en especies animales, aire, agua, suelo o alimentos. El VIH se ha encontrado en casi todos los líquidos orgánicos de los individuos seropositivos, sin embargo, su concentración varía para cada tejido, para cada individuo infectado y para diferentes momentos de la infección. Los tejidos contaminados que tienen mayor concentración de virus son, en orden, la sangre, el semen, las secreciones vaginales y las secreciones inflamatorias (Velásquez, 1993).

Debido a que el VIH se aloja en sangre, semen y secreciones vaginales, los mecanismos de transmisión los constituyen aquellas situaciones que propician que estos líquidos se pongan en contacto. La transmisión implica pues una serie de prácticas que lo permitan. Se habla pues de una transmisión sanguínea, una transmisión sexual y una transmisión perinatal (CONASIDA, 1990).

- **SANGUÍNEA** Por transfusiones de sangre o sus derivados, uso de jeringas o agujas infectadas, hemodialisis o trasplantes de órganos
- **SEXUAL** De hombre a hombre, de mujer a hombre o de hombre a mujer. Esto es a través del contacto sexual con una persona infectada, mediante el ejercicio de prácticas sexuales de mayor riesgo que otras, como el sexo oral, coito anal o vaginal sin preservativo
- **PERINATAL** Las madres portadoras del VIH pueden transmitirlo a sus hijos durante el embarazo por la placenta, en el parto por contacto con su sangre infectada y por medio de la leche materna.

Se ha visto que según la forma de transmisión y la "permeabilidad" de los tejidos del virus, las principales formas de contagio del VIH, en orden decreciente de importancia, son mucosas rectal y vaginal, torrente circulatorio, placenta y parto, mucosa oral y tejidos o trasplante de órganos (CONASIDA, 1989).

TRANSMISIÓN SANGUÍNEA.

El VIH se transmite por la sangre y sus derivados como son los glóbulos rojos, plaquetas, plasma y concentrado de factores de la coagulación. La incidencia de infección es baja, de un caso por cada 200 mil transfundidos (CONASIDA, 1989).

TRANSFUSIONES DE SANGRE. Existe la posibilidad de que si no se investiga mediante una prueba si la sangre que se va a transfundir se encuentra infectada y esta sangre se transfunde, se infecte a la persona que recibe la unidad de sangre contaminada (CONASIDA, 1990).

El periodo transcurrido entre la transfusión y el diagnóstico de SIDA es en promedio de 31 meses en el adulto y 14 meses en el niño. Los hemofílicos tienen mayor riesgo de adquirir el VIH, debido a los requerimientos de su organismo, estimándose que de 80 a 90% de estos pacientes se encuentran infectados de VIH en algunas partes del mundo (CONASIDA, 1989).

USO DE AGUJAS Y JERINGAS CONTAMINADAS Cuando se utiliza una jeringa que fue usada por una persona infectada por el VIH y que no se esterilizó adecuadamente, pueden quedar en la aguja o en la jeringa pequeñas gotas de sangre infectada y, al usarla, inyectarse el virus directamente en el torrente sanguíneo infectándose. Las personas que se inyectan drogas y comparten las agujas y jeringas tienen este riesgo. El usar jeringas desechables varias veces, cuando no se esterilizan adecuadamente, también es de alto riesgo, en especial porque el plástico es más poroso y, por lo tanto, más fácil para que se alojen partículas de sangre infectadas con el VIH (CONASIDA, 1990).

OTROS MECANISMOS DE TRANSMISIÓN SANGUÍNEA. Se ha demostrado la infección sanguínea de VIH a través del trasplante de órganos y de inseminación artificial. Por lo tanto se recomienda que los donantes vivos y los cadáveres cuyos órganos y tejido son candidatos a trasplante, sean sometidos a una prueba de detección, las pruebas comerciales de ELISA conservan su sensibilidad y especificidad frente a los sueros provenientes de cadáveres frescos (Velasquez, 1993)

TRANSMISIÓN SEXUAL

Se da durante el acto sexual ya sea por vía vaginal o anal a través de las pequeñas heridas que se producen durante el mismo, entrando el semen o las secreciones vaginales en contacto con el torrente sanguíneo. Muchísimas parejas han adquirido el SIDA como resultado de realizar el acto sexual con una pareja infectada (CONASIDA, 1990).

COITO VAGINAL Durante el acto sexual por vía vaginal, y a pesar de que la vagina está preparada para el coito, por tener una pared gruesa, elástica y protectora, pueden producirse pequeñas rupturas o heridas en su pared, sin que la persona se de cuenta. Estas pueden ser tan pequeñas que no se observa sangrado alguno, ni generan molestias. Cuando el varón eyacula, el semen infectado entra en la vagina y el VIH penetra en el torrente sanguíneo por estas heridas. Investigaciones recientes indican que, inclusive, sin la necesidad de que existan rupturas y/o heridas en la pared de la vagina, el VIH es capaz de penetrar y traspasar la membrana vaginal y llegar al torrente sanguíneo. A la vez, una mujer con infección por VIH puede transmitirlo al varón durante el acto sexual, al entrar en contacto los genitales masculinos con secreciones vaginales infectadas; penetrando el VIH al torrente sanguíneo a través de la mucosa del glande y uretra o por pequeñas heridas en su superficie (CONASIDA, 1990).

La mucosa vaginal de las mujeres jóvenes es poco madura por lo que puede ser poco resistente al paso del virus, incrementando el riesgo de contagio. También existe mayor riesgo durante la menstruación debido a los cambios de la mucosa vaginal y a la mayor vascularidad, aumentando también el riesgo de contagio para el hombre al exponerse a la sangre de la mujer. Por otro lado, debido a que el semen tiene más partículas virales que las

secreciones vaginales y servicales. diversos estudios indican un mayor riesgo de contagio de hombre a mujer que de mujer a hombre (CONASIDA, 1989)

SEXO ORAL. Existe un caso informado por transmisión oral, sin embargo, es difícil valorar el riesgo de contraer el virus por esta vía ya que generalmente finaliza en coito vaginal o rectal. El sexo oral implica el contacto de la mucosa oral con el pene o con las mucosas rectal o vaginal, e intercambio de saliva y secreciones de las mucosas mencionadas. lo cual podría transmitir el VIH (CONASIDA, 1989)

TRANSMISIÓN PERINATAL

La transmisión perinatal del VIH puede ocurrir cuando una mujer está intentando concebir un hijo, durante el embarazo y posiblemente al amamantar. La incidencia de este tipo de transmisión está relacionada directamente con el número de mujeres con VIH/SIDA. Mientras siga aumentando la cifra y la proporción de mujeres portadoras del VIH irá también aumentando el número de niños afectados (Berer, 1993)

Se estima que una mujer seropositiva puede infectar a uno de tres hijos con el virus, quien a su vez puede desarrollar la enfermedad los primeros años de su vida (Chan, 1992)

TRANSMISIÓN INTRAUTERINA. Es la causa más importante de infección en los niños, se da a través de la placenta durante el embarazo. Aun se desconoce el periodo exacto en que el virus infecta al feto, el VIH se ha detectado en tejidos fetales a las 15 y 20 semanas de gestación (CONASIDA, 1989)

TRANSMISIÓN DURANTE EL PARTO. El contagio puede ocurrir durante el parto posiblemente cuando la sangre materna e infantil se mezclan a través del cordón umbilical, o debido a la ingestión de mucosidad vaginal y/o sangre por parte del bebe (Berer, 1993)

TRANSMISIÓN DURANTE LA LACTANCIA. El calostro y la leche materna contienen concentraciones elevadas del VIH, reportándose cinco casos de transmisión por esta vía (CONASIDA, 1989)

Es importante aclarar que el VIH no se transmite (AIDSCOM, 1991):

- Mediante el contacto casual (abrazar, dar la mano, etc)
- Por medio de picaduras de zancudos y otros insectos

- Por compartir baños, teléfonos, piscinas
- Por compartir vasos, platos y cubiertos.
- Mediante el contacto con lagrimas, sudor o saliva de una persona infectada con el VIH.
- Por medio de estornudos o tos.

1.4. SINTOMATOLOGIA.

El VIH hace que se debiliten las defensas inmunológicas del organismo permitiendo el desarrollo de enfermedades que pueden ser mortales para el individuo. El SIDA no se contagia, lo que se contagia es el virus que lo produce y el SIDA, que es la etapa final de la enfermedad, puede o no desarrollarse. La persona no muere de SIDA, sino de las enfermedades oportunistas.

El espectro de la enfermedad en el caso del SIDA es la secuencia de hechos que acontecen en una persona desde que se expone al VIH hasta la muerte, pasando por una etapa asintomática, en la que no se presenta ningún síntoma, y por lo tanto, la enfermedad no puede ser detectada y una etapa sintomática en la que hay signos y síntomas evidentes de la enfermedad (CONASIDA, 1990).

Para saber si una persona se ha contagiado con el VIH es necesario aplicar una prueba de laboratorio, ya que ni un médico ni la persona misma puede determinarlo mediante una exploración o una entrevista.

Existen varias clasificaciones de la infección por VIH, todas coinciden en su carácter evolutivo progresivo a través del tiempo y en el deterioro inmunológico. La más aceptada de estas clasificaciones es la que propone el Centro de Control de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC), propuesta en 1986. En el caso de los adultos, clasifican las etapas de la infección en:

- I. Infección aguda
- II. Infección asintomática
- III. Linfadenopatía generalizada persistente.

IV Otras manifestaciones

- Enfermedad constitucional
- Síndromes neurológicos
- Infecciones secundarias
- Categoría C-1 Infecciones indicadoras de SIDA
- Categoría C-2 Otras enfermedades infecciosas
- Neoplasias secundarias asociadas con infecciones por VIH
- Otras condiciones

En esta clasificación no hay una etapa que se llame SIDA, pero se acepta que la etapa IV comprende lo que es el SIDA en sí.

I Infección aguda

Cerca del 30% de las personas infectadas tienen síntomas "parecidos" a los de la influenza durante la seroconversión. Esta es una señal de que el cuerpo está reaccionando al virus y está produciendo anticuerpos. Por lo general estos síntomas duran de unos pocos días a un par de semanas (SF AIDS Foundation, 1991).

La presentación e intensidad de estos síntomas es variable e inespecífica y se caracteriza por

- Adenomegalias: Crecimiento de ganglios en diferentes partes del cuerpo, principalmente cuello, axilas y región inguinal.
- Malestar general: Dolores musculares, articulares, apatía, falta de apetito.
- Fiebre, dolor de cabeza, diarrea.
- En ocasiones se puede desarrollar artritis.
- Erupción cutánea: Una reacción de la piel con formación de manchas y ronchas.

La sintomatología desaparece en forma espontánea. La aparición de esta infección aguda se debe a la cantidad de virus recibido, a mayor cantidad existe mayor posibilidad de desarrollo de una infección aguda (Sepúlveda, 1989).

El restante 70% de las personas infectadas no tendrán una "infección aguda", o solamente sentirán síntomas tan moderados que no se darán cuenta de ellos a menos que se le aplique una prueba de detección. (SF AIDS Foundation, 1991)

En promedio pueden pasar de 6 a 14 semanas entre la infección y la existencia suficiente de anticuerpos para ser detectada por la prueba, convirtiéndose así en paciente "seropositivo". Al lapso transcurrido entre la infección y la existencia suficiente de anticuerpos detectables, se le denomina "periodo de ventana", y es muy importante, ya que a pesar de salir negativo en las pruebas, la persona es capaz de transmitir el virus

II. Infección asintomática

En esta etapa el individuo no presenta ningún síntoma, pero porta el virus y es capaz de transmitirlo a terceras personas. Durante este periodo el paciente presenta como única anomalía la prueba de laboratorio, siendo su estado clínico indistinguible del de una persona no infectada (Cahn, 1992)

Algunas personas han sido seropositivas durante 12 años o más sin presentar ningún síntoma o enfermedad. La duración de este periodo puede deberse al desarrollo de factores de autoprotección eficaces y a la práctica de algunas conductas que pueden ayudar a prolongar la salud, como dejar de usar drogas, reducir el consumo de tabaco, tener una dieta adecuada, disminuir la tensión nerviosa, obtener apoyo social y psicológico, tener cuidado sanitario, así como contar con los recursos y medicamentos esenciales. Para muchas personas el saber que están infectadas con el VIH les ha motivado a efectuar cambios positivos en sus vidas (Berer, 1993)

III. Linfadenopatía generalizada persistente (LGP)

Durante los primeros 5 a 6 años a partir de la infección, del 25 al 40% de los individuos seropositivos llegan a esta etapa. La linfadenopatía se refiere a enfermedad en los ganglios linfáticos. Durante esta etapa el portador del VIH presenta crecimiento ganglionar en dos o más regiones anatómicas, excepto en ingles, por más de un mes, los ganglios miden de 1 a 5 cm y esta manifestación va acompañada de dolor, cambios de consistencia al tacto. Los ganglios más afectados son frente al cuello y nuca (cervicales), detrás de las orejas (occipitales), sobre los huesos del cuello (supraclaviculares), bajo los brazos (axilares), en los codos (epitrocleares), y detrás de la rodilla (popliteos). Pueden también desarrollarse síntomas como fiebre, fatiga, sudor nocturno, pérdida de peso y diarrea (Sepúlveda, 1989)

Es difícil precisar el pronóstico en esta etapa, sin embargo, se estima que un 25% de los casos evolucionara a SIDA en un lapso de 3 años del comienzo de esta etapa, el 60% lo hará en los siguientes 5 años

IV. Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (SIDA)

Esta etapa se divide en

1. **Enfermedad constitucional.** Esta subetapa está caracterizada por pérdida de peso involuntaria mayor al 10% del peso normal del sujeto, fiebre intermitente o constante durante 30 días o más, diarrea por 30 días o más (tres o más evacuaciones líquidas al día), y/o malestar y letargo intensos, así como presencia de infecciones bucales (Sepúlveda, 1989).
2. **Síndromes neurológicos o encefalopatía por VIH.** Se refiere a trastornos neurológicos del Sistema Nervioso, con ausencia de otro padecimiento que los provoque, se clasifican en:
 - a) **Demencia asociada con el SIDA.** Este tipo de demencia específicamente es causada por una infección del VIH a las células del cerebro. Existe mucha controversia en relación a la incidencia de este tipo de demencia entre personas infectadas con el VIH. Algunos cálculos indican que de un 50 a un 60% de las personas con SIDA experimentan algunos síntomas neurológicos en el transcurso de su enfermedad. Sin embargo, un porcentaje pequeño de las personas con SIDA serán incapacitadas por la demencia. Otros pueden experimentar síntomas moderados, o síntomas que sólo pueden ser detectados con pruebas neuropsiquiátricas (SF AIDS Foundation, 1991).
Puede haber una amplia variedad de síntomas, incluyendo: falta de concentración, olvidar cosas, procesos mentales lentos, temblores, debilidad, falta de coordinación, cambios en la escritura, paso inseguro, aislamiento, irritabilidad, apatía, depresión, cambios de personalidad incluyendo la desinhibición (con lo cual los pacientes expresan sentimientos de enojo, tristeza, frustración u hostilidad o demuestran una conducta sexual impúdica). En un estado avanzado la demencia puede incluir problemas de movimiento (particularmente dificultad al andar), pérdida severa de la memoria, dificultad al hablar, problemas severos de concentración y al prestar atención, juicios inadecuados, incontinencia, manía y psicosis (SF AIDS Foundation, 1991).
 - b) **Meningoencefalitis aguda aséptica.** Se refiere al término meningitis, y se le denomina aséptica porque los cultivos para bacterias son negativos. Se manifiesta principalmente por dolor de cabeza persistente, puede presentarse desde las primeras etapas de la infección por VIH, aunque también puede presentarse en etapas más tardías de manera crónica (Sepúlveda, 1989).
 - c) **Trastorno del Sistema Nervioso Periférico.** De un 15 a un 50% de los pacientes infectados presentan este tipo de trastorno que puede iniciarse desde etapas tempranas de la infección. Consiste en un daño a nivel de las terminaciones nerviosas que afecta a los nervios sensoriales, autónomos o a los encargados de hacer funcionar los músculos, provocando diversos trastornos como dificultad en la capacidad de captación o en la transmisión de estímulos, disfunción de órganos autónomos, debilidad muscular y calambres (Sepúlveda, 1989).

A todos estos síntomas en conjunto, también se les conoce como la etapa de Complejo Relacionado al SIDA (CRS)

3. Infecciones secundarias. Estas infecciones también son llamadas infecciones graves o "infecciones oportunistas", son causadas por microorganismos y son las siguientes:

- Neumonía por *Pneumocystis carinii*.
- Toxoplasmosis cerebral.
- Criptosporidiosis intestinal (con diarrea mayor de un mes).
- Isosporiasis (con diarrea mayor de un mes)
- Strongyloidiasis extraintestinal
- Herpes simplex mucocutáneo crónico (mayor de un mes).
- Citomegalovirus (no limitada a ganglios o hígado).
- Leucoencefalopatía multifocal progresiva
- Mycobacteriosis atípica (*Mycobacterium avium intracellulare*)
- Tuberculosis (extrapulmonar, diseminada)
- Salmonelosis recidivante (extraintestinal).
- Criptococosis meníngea
- Histoplasmosis diseminada
- Candidiasis esofágica, bronquial o pulmonar

La neumonía por *Pneumocystis carinii* es la infección oportunista más común entre las personas con SIDA. Aunque este tipo de neumonía no ataca a personas con sistemas inmunológicos saludables, se puede desarrollar rápidamente cuando el sistema inmunológico está deprimido (particularmente cuando el conteo de células T cae por debajo de 200). Aunque ha sido responsable por más muertes por SIDA que cualquier otra enfermedad en los Estados Unidos, actualmente se puede prevenir casi el 100% de los casos. Los síntomas son: dificultad al respirar, especialmente después de realizar esfuerzos mínimos, o sin razón aparente, tos seca y fiebre (FS AIDS Foundation, 1991).

La segunda infección oportunista en nuestro país es la tuberculosis. Esta enfermedad es causada por una micobacteria común. Las personas seropositivas con una infección de tuberculosis latente tienen de un 7 a 10% de probabilidad anual de desarrollar tuberculosis activa. En personas VIH positivas, la tuberculosis se puede desarrollar tanto en los pulmones como en otras partes del cuerpo. Los síntomas son fiebre, sudores nocturnos, cansancio, tos, pérdida de peso (FS AIDS Foundation, 1991).

Otro agente infeccioso frecuente que afecta al Sistema Nervioso Central es el *Cryptococcus*, que produce meningitis con diversas manifestaciones, desde fiebre y dolor de cabeza hasta signos neurológicos graves. Existen otras formas de infección como la toxoplasmosis, que produce fiebre, trastornos del sensorio, convulsiones y eventual evolución al coma; así como la leucoencefalopatía multifocal progresiva que es producida por el papovavirus, provocando trastornos del sensorio, afasia, hemiparesia, ataxia y otros signos focales. La mayoría de los pacientes con SIDA presentan problemas en la piel como resequecedad y descamación. Casi un 80% de los pacientes con SIDA tiene manifestaciones intestinales, caracterizadas por diarrea, dolor abdominal y en algunos casos hemorragia intestinal. La diarrea frecuente va acompañada de pérdida de peso y fiebre (CONASIDA, 1989).

4. Neoplasias secundarias. Las más frecuentes en pacientes con VIH son:

- Sarcoma de Kaposi
- Linfoma no-Hodgkin
- Linfoma primario del cerebro

Desde el comienzo de la epidemia del SIDA, el Sarcoma de Kaposi (SK) ha sido el más comúnmente diagnosticado en personas infectadas con el VIH. Sin embargo, ya que la distribución del SK es tan irregular entre las personas con SIDA (común entre hombres homosexuales, y muy raro en mujeres, usuarios de drogas intravenosas y receptores de transfusiones de sangre), los doctores creen que no se trata de un verdadero cáncer, sino que es causado por un agente aun no identificado transmitido sexualmente, posiblemente un retrovirus. Los síntomas son lesiones en la piel, de color rosado/violeta/marrón que pueden ser planas o protuberantes. Estas lesiones no dan comezón y rara vez son dolorosas. Aparecen en cualquier parte del cuerpo, pero son más comunes en tobillos, pies, boca y recto. Aproximadamente el 50% de las personas con SK desarrollan SK oral, generalmente en el paladar. El SK en los ojos puede causar enrojecimiento, pero no ceguera. Aproximadamente el 40% de las personas diagnosticadas con el SK externo tienen también lesiones gastrointestinales que por lo general no causan síntomas. El SK puede ser más severo en los pulmones causando dificultad para respirar (SF AIDS Foundation, 1991).

Los pacientes enfermos de SIDA que desarrollan tempranamente SK, muestran una sobrevida mayor que los que solo están afectados de infecciones oportunistas y además muestran concentraciones mas elevadas de anticuerpos VIH en su sangre (Sandner, 1990)

El linfoma es causado por un crecimiento descontrolado de células anormales en el sistema linfático. El linfoma no-Hodgkin se puede dar en el cerebro y/o en el sistema nervioso central, es el tipo de linfoma más común entre personas con el VIH. Los síntomas son inflamación sin dolor de los nódulos linfáticos, rápido crecimiento de los nódulos linfáticos, nódulos linfáticos de tamaño distinto en cada lado; fiebre, sudores nocturnos y pérdida de peso en conjunción con la inflamación de los ganglios. Si el linfoma se encuentra en el sistema nervioso central o en el cerebro, los síntomas pueden incluir dolores de cabeza, debilidad localizada o parálisis, afasia y convulsiones (SF AIDS Foundation, 1991).

5. Otras manifestaciones. En personas con SIDA son frecuentes otras manifestaciones como: el daño hepático, las infecciones oportunistas pueden provocar artritis, daño a las glándulas suprarrenales, daño a los ganglios linfáticos y al páncreas. Todas estas manifestaciones son producidas por infecciones diseminadas que son provocadas por virus y bacterias (Sepúlveda, 1989).

1.5 EPIDEMIOLOGÍA

Al hablar del SIDA es importante considerar las cifras epidemiológicas para comprender su veloz incremento y la urgente necesidad de prevenir esta enfermedad mortal.

Inicialmente la preocupación de los epidemiólogos fue determinar quién había sufrido SIDA primero y en dónde. Llevo tiempo llegar a comprender a nivel global la rapidez con que se estaba propagando el VIH y de que forma. Son muchos los factores que han contribuido a una propagación mas rápida del VIH en ciertas regiones del mundo que en otras. Por otra parte, algunas muertes no han sido identificadas como consecuencia del SIDA, lo cual puede afectar las estadísticas y la información que estas nos suministran. En muchos países aun no se conoce la incidencia actual de la infección. O bien los gobiernos no están efectuando estudios, o no están permitiendo que otros los realicen, o los resultados se mantienen en secreto por razones políticas. En general, no se ha querido reconocer el grado de extensión y el riesgo de contagio del VIH a través de las relaciones heterosexuales (Berer, 1991).

Se ha necesitado de mucho tiempo para identificar los factores biológicos, sociales y económicos que influyen en la transmisión del virus, y aun queda mucho por aprender.

A principios de 1988 la Organización Mundial de la Salud reportaba 81,433 casos de SIDA en el mundo, para mediados del mismo año la cifra había ascendido a 108,176 casos, dos años después, en 1990, la cifra aumentó a 266,098 casos en el mundo, alcanzando un incremento de más del doble (CONASIDA, 1988, 1990)

En 1991 la OMS notificaba 314,611 casos de SIDA a nivel mundial. El SIDA se había detectado en 143 países del mundo, de los cuales poco más del 70% correspondían a América, cerca del 15% a África, poco más del 10% a Europa y solo 1% a Asia y Oceanía (CONASIDA, 1991)

En 1987 la OMS reportaba 1,233 casos de SIDA en México, esta cifra se multiplicó con rapidez en los años subsiguientes, llegando a la cantidad de 8,889 casos acumulados y registrados para el año de 1991 (CONASIDA, 1991)

Según estimaciones de la OMS, para 1993 México ocupa el tercer lugar en América Latina de acuerdo a los casos registrados de SIDA, después de Estados Unidos y Brasil (SIDA/ETS, 1994)

TABLA 1

CASOS DE SIDA EN AMÉRICA, DIEZ PAÍSES CON MAYOR FRECUENCIA HASTA DICIEMBRE DE 1993			
POSICIÓN	PAÍS	FRECUENCIA	TASA POR MILLÓN DE HABITANTES
1	Estados Unidos	1 339,250	1,343
2	Brasil	2 43,455	283
3	México	17,387	200
4	Canadá	8,640	320
5	Colombia	3,870	115
6	Venezuela	3,150	158
7	Haití	3,086	466
8	Honduras	2,865	544
9	Argentina	2,767	85
10	República Dominicana	2,179	293

FUENTE: SIDA/ETS, 1994

La epidemia de SIDA en México es difícil de caracterizar debido a que a lo largo del país existen regiones que por la magnitud del problema y los patrones epidemiológicos que las distinguen, indican la existencia de distintas subepidemias. Lo que sí se puede afirmar es que

a nivel nacional y a lo largo del tiempo, la epidemia ha presentado tres tipos de tendencias en cuanto a su magnitud (SIDA-ETS, 1996):

- De 1983 a 1986 el crecimiento fue lento
- De 1987 a 1990 fue de tipo exponencial
- A partir de 1991 se ha dado un crecimiento de tipo exponencial amortiguado, con una tendencia a la estabilización.

TABLA 2

CASOS DE SIDA POR AÑO DE NOTIFICACIÓN MÉXICO, 1983-1996		
AÑO	CASOS	TASA POR MILLÓN DE HABITANTES
1983	0	0,08
1984	6	0,08
1985	29	0,4
1986	246	3,1
1987	518	6,4
1988	905	10,9
1989	1.605	19,0
1990	2.587	31,0
1991	3.155	37,1
1992	3.210	37,0
1993	5.057	57,2
1994	4.112	45,6
1995	4.310	46,9
1983-1996	26.651	

FUENTE: SIDA/ETS, 1996

En lo que se refiere a las formas de transmisión y a sus tendencias se puede decir que el patrón del SIDA en México es cada vez más heterosexual, más rural y que la transmisión sanguínea se encuentra bajo control. De esta manera la epidemia ha dejado de ser de hombres heterosexuales y mujeres transfundidas, para convertirse en un padecimiento de transmisión heterosexual.

Hasta el 1 de Abril de 1996, el Registro Nacional de Casos de SIDA cuenta con 26,651 casos. La estimación del número real de casos de SIDA en México es de 38,083 al corregir la subnotificación y retraso en la notificación (SIDA - ETS, 1996)

Durante los primeros trimestres de 1991, 1995 y 1996 la mayoría de los casos notificados ocurrió en los grupos de 20 a 49 años de edad. Dentro de estos grupos, entre el 82.2% y el 89.2% de los casos correspondió a hombres. Del total de casos acumulados hasta 1996, tanto en hombres como en mujeres, el 87.3% pertenece a este grupo de edad.

TABLA 3

CASOS DE SIDA POR GRUPO DE EDAD Y SEXO MEXICO, HASTA EL 1 DE ABRIL DE 1996			
GRUPO ETAREO	NO DE CASOS ACUMULADOS HASTA EL 1er TRIMESTRE DE 1996		
	Masculino	Femenino	Total
< 1	5	1	6
1-4	3	2	5
5-9	0	0	0
10-14	2	0	2
SUBTOTAL	10	3	13
15-19	13	5	18
20-24	67	18	85
25-29	166	14	180
30-34	171	17	188
35-39	124	13	137
40-44	84	9	93
45-49	66	11	77
50-54	32	5	37
55-59	31	4	35
60-64	20	1	21
65-MAS	13	2	15
SUBTOTAL	787	99	886
NO DOCUMENTADOS	0	0	0
TOTAL	803	102	905

FUENTE: SIDA - ETS, 1996.

En cuanto a la razón hombre/mujer se ha encontrado que uno de cada 6.13 hombres del grupo de edad de 30-34 años se ha visto afectado por la enfermedad, en comparación con una de cada 4.310 mujeres de este mismo grupo etareo, en el grupo de 35 a 39 años uno de cada 667 hombres se ha visto afectado, en comparación con una de cada 4,329 mujeres. Para los grupos de 25 a 39 años, que son los más afectados, la razón hombre/mujer varía entre 6 y 8 hombres para cada mujer afectada, mientras que es de 2.1 en el grupo de menores de 10 años (SIDA-ETS, 1996).

TABLA 4

DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE SIDA MÉXICO POR REGIÓN GEOGRÁFICA HASTA 1 ABRIL DE 1996	
ESTADO	No. DE CASOS ACUMULADOS
D. F.	8,084
México	3,827
Puebla	1,420
Veracruz	1,014
Morelos	594
Guanajuato	355
Hidalgo	230
Tlaxcala	204
Quetétaro	135
Jalisco	2,971
Guerrero	805
Michoacán	764
Sinaloa	343
Nayarit	307
San Luis Potosí	256
Durango	151
Zacatecas	110
Aguascalientes	104
Colima	82
Baja California	845
Nuevo León	817
Tamaulipas	418
Coahuila	416
Sonora	296
Chihuahua	265
Baja California Sur	104
Yucatan	504
Oaxaca	410
Chiapas	246
Tabasco	157
Quintana Roo	128
Campeche	74
Extranjero	215
TOTAL	26,651

FUENTE: SIDA-ETS, 1996

A pesar de que el SIDA es una enfermedad de predominio urbano que se concentra en las grandes áreas metropolitanas, se esta extendiendo con gran rapidez a areas semiurbanas y rurales

Del total acumulado de casos, 14,882 (55.8%) se concentran en el Distrito Federal, Estado de México y Jalisco. Las mayores tasas de incidencia por cien mil habitantes se encuentran en el Distrito Federal, Baja California, Jalisco y Morelos, mientras que las entidades con menor incidencia son Zacatecas, Chiapas y Guanajuato (Ver tabla 4)

En lo que respecta al análisis de las tendencias por factor de riesgo en adultos se observa un descenso en la transmisión sanguínea, que representó el 21.5% de los casos acumulados hasta el primer trimestre de 1991 y descendió a 12.7% en los casos acumulados hasta el primer trimestre de 1995. Para este mismo periodo de 1996 el 5.5% de los casos en adultos, cuyo mecanismo de transmisión se conoce, adquirieron la infección por esta vía (SIDA-ETS, 1996).

La literatura da mayor énfasis al mecanismo de transmisión sexual, ya que constituye la principal forma de transmisión y contagio del VIH, tanto en México como en el mundo. En 1993 la OMS reportó que un 75% de los casos reportados habían sido transmitidos por la vía sexual. La vía de transmisión heterosexual esta tomando gran fuerza, la OMS señala que para el año 2000 el 90% de los casos totales de infección en todo el mundo serán transmitidos por esta vía (SIDA-ETS, 1994)

En México la proporción de casos atribuibles a transmisión sexual es de 76% para 1991, 85.4% para 1995, y 94.4% para 1996. En lo que se refiere a la transmisión heterosexual, la proporción aumento de 25.0% de los casos acumulados hasta el primer trimestre de 1991 a 35.4% en 1995 y en el primer trimestre de 1996 fue de 40.0% (SIDA-ETS, 1996)

TABLA 5

CASOS DE SIDA EN ADULTOS POR TRANSMISIÓN SEXUAL EN MÉXICO HASTA EL 1 DE ABRIL DE 1996			
TRANSMISIÓN SEXUAL	Nº DE CASOS ACUMULADOS		
	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
Homosexuales	6,206	0	6,206
Bisexuales	4,383	0	4,383
Heterosexuales	3,895	1,287	5,182
TOTAL	14,484	1,287	15,771

FUENTE: SIDA-ETS, 1996

Se puede observar que la principal vía de contagio del VIH es la sexual, los grupos con mayor riesgo de adquirir la infección son los jóvenes, debido a que se encuentran en la edad reproductiva y tienen relaciones sexuales frecuentes, por lo que están en alto riesgo si no se les informa y se le concientiza del problema que es el SIDA

En cuanto a la vía de transmisión sanguínea, se ha encontrado que puede ser controlada con medidas energéticas de detección de donadores, así como en el caso de mujeres que planean embarazarse

TABLA 6

CASOS DE SIDA EN ADULTOS POR TRANSMISIÓN SANGUÍNEA MÉXICO, HASTA EL 1 DE ABRIL DE 1996			
TRANSMISIÓN	No. DE CASOS ACUMULADOS		
SANGUÍNEA	MAŞCULINO	FEMENINO	TOTAL
Transfusión	809	1,17	1,981
Ex-Donadores Remunerados	305	48	353
Hemofílicos	167	0	167
Drogadictos Intravenosos	162	18	180
Exposición Ocupacional	4	4	8
TOTAL	1,447	1,242	2,689

FUENTE SIDA-ETS, 1996.

1 6 PREVENCIÓN

El SIDA se ha convertido en uno de los más graves problemas de salud pública que al que se están enfrentando varias naciones del mundo ya que es una enfermedad infecciosa causada por un virus, que puede transmitirse a otras personas por mecanismos diversos, que se ha propagado rápidamente en la mayoría de los países, que afecta principalmente a la población juvenil en edad reproductiva, que es una enfermedad mortal para la que no existe vacuna o tratamiento y que genera altos costos para la atención y tratamiento de las personas enfermas. Por lo que la adopción de medidas preventivas, que impidan el contagio de esta enfermedad, constituye la única manera eficaz de protegerlos (CONASIDA, 1990)

Hasta el momento no existe ninguna vacuna ni tratamiento específico para la cura del SIDA, sólo se tienen medicamentos para el tratamiento de las enfermedades derivadas o asociadas con el mismo, por lo tanto, la prevención es la vía más adecuada para poner en práctica

La prevención puede llevarse a cabo a nivel social por medio de las autoridades sanitarias, realizando programas de prevención y realizando pruebas de detección del VIH a la sangre y sus derivados, a nivel individual se deben cambiar comportamientos, disminuyendo las conductas de alto riesgo. Se hace necesaria la adopción de cambios en las prácticas sexuales, los cuales pueden ser desde las propuestas por los grupos conservadores, como son la fidelidad entre parejas casadas y la abstinencia entre solteros, hasta propuestas más liberales como la práctica de relaciones monógamas, evitar la inoculación de sangre y material y el uso del preservativo (Ramirez, 1989).

Los programas de prevención se han enfocado tienen por objetivo concientizar a la población sobre la necesidad de un cambio en la conducta sexual y/o utilizar el condón, pero muchos grupos de la sociedad se han resistido a aceptar estas medidas, incluyendo a los grupos más afectados y a los heterosexuales, quienes en muchas ocasiones se consideran exentos de contraer la infección.

Muchos hombres se niegan a utilizar el condón argumentando que no obtienen la misma sensación sexual, o por simple negligencia, sin embargo, este método, logra un alto grado de prevención si se emplea correctamente (CONASIDA, 1988)

CONASIDA (1990) da algunas recomendaciones útiles para la utilización del condón

- Se deben utilizar condones de látex
- Los condones deben de almacenarse en un sitio fresco y seco cuidando de no colocar en forma directa bajo la luz solar o blanca
- No deberan usarse los condones que tengan rupturas en la envoltura o signos obvios de envejecimiento
- Los condones deben manipularse con cuidado para evitar romperlos
- Se utilizara un condón diferente para cada contacto sexual
- Colocar el preservativo antes de cualquier contacto genital
- Desenrollar completamente el condón sobre el pene erecto, dejando libre una parte del extremo para la coleccion del semen, asegurandose que no quede aire atrapado.
- Utilizar lubricantes acuosos en lugar de oleosos
- El uso de condones que contengan espermaticidas puede proporcionar protección adicional.

- Si el condón se rompe deberá colocarse inmediatamente uno nuevo, si la eyaculación ocurre después de la ruptura del condón (coito vaginal) se sugiere el uso inmediato de espermaticida

- Después de la eyaculación deberá evitarse que el condón resbale antes de retirar el pene, se deberá sujetar la base del condón al momento de retirarse mientras aun este erecto y desecharse inmediatamente

- Nunca deberán reutilizarse los condones

Para la OMS la única medida preventiva es la educación y la información. Por lo que los objetivos de las campañas preventivas son combatir prejuicios, estigmas, hostigamiento y pánico, modificar la representación social que se tiene del SIDA y motivar la movilización social solidaria para apoyar y ayudar a los enfermos infectados por el VIH. El conocimiento de la realidad social del individuo permitirá orientar mejor las campañas de educación sexual. La forma como se concibe el fenómeno de la sexualidad difiere de un individuo a otro, por lo que las medidas preventivas y su difusión deben responder al marco socioeconómico, cultural e ideológico de la sociedad. Esto permitirá un refuerzo de actitudes, cambiando ideas erróneas y conductas sexuales de riesgo (CONASIDA, 1988).

Gorzarelli (1993) divide la prevención en primaria y secundaria y dice que la prevención primaria debe dirigirse a la anticipación de las posibilidades de infección del VIH y a

- a) Determinar conocimientos, actitudes y prácticas de la población en relación al SIDA
- b) Publicidad de prevención y percepción de enfermedad
- c) Diseñar modelos y ejecutar acciones de comunicación social para grupos específicos y población en general
- d) Formar centros de información y atención telefónica
- e) Promover higiene y educación sexual en colegios
- f) Introducir valores positivos hacia la salud
- g) Aclarar precauciones a tomar en empresas, hospitales e instituciones públicas.
- h) Especificar recomendaciones en centros educativos, militares, comunitarios y civiles.
- i) Publicidad radial, televisiva y gráfica, comunicando medidas de protección como:
 - Abstenerse de las relaciones sexuales con desconocidos.
 - Reducir el número de parejas sexuales
 - Evitar las relaciones promiscuas

- No compartir agujas ni jeringas
- Evitar el uso de drogas
- Apoyar las campañas de investigación, docencia y prevención de esta enfermedad.

j) Aumentar la calidad de vida

k) Formar centros informativos para familias y adolescentes.

l) Organizar grupos para informar y prevenir

m) Usar solo sangre o hemoderivados tipificados.

n) Al igual que tejidos, órganos o espermias

o) Usar equipo anti-SIDA en caso de riesgo conocido

p) Evitar lesiones con objetos que pudieran estar contaminados

q) Evitar embarazos en la mujer infectada, o de alguien infectado con conductas de alto riesgo

r) Evitar situaciones estresantes, peligrosas o depresión ya que desfavorecen el sistema inmunológico

s) Uso adecuado de antisépticos

t) Limpieza estricta de cualquier superficie contaminada con sangre o secreciones que tengan o puedan tener el VIH.

La prevención secundaria se da en personas seropositivas o en enfermos de SIDA para que vivan lo mejor posible, Gorzarelli (1993) propone

- Diagnóstico oportuno.
- Realizar pruebas en la población, aconsejar los beneficios que representa, debiendo ser gratuito, anónimo e individual
- Efectuar pruebas serológicas en bancos de sangre y grupos con conductas de alto riesgo
- Tratamiento con AZT.
- Tratamiento adecuado a las enfermedades oportunistas
- Asistencia psicológica al portador y familiares
- Evaluaciones periódicas a seropositivos y en proceso de recuperación
- Informar a la pareja, dentista, personal de salud que se es portador, para que se tomen las medidas necesarias
- Fomentar campañas que desmitifiquen la enfermedad.
- Estar conscientes y alertas de que la enfermedad es permanente y que todos los portadores son transmisores del virus, y que las relaciones sexuales con otros infectados producen nuevas cargas virológicas

Tambien es muy importante que la sociedad deje de violar los derechos humanos de las personas que viven con VIH/SIDA. Por esta razón se creo la Cartilla de Derechos Humanos VIH y SIDA, aprobada y respaldada por la Comisión Nacional de Derechos Humanos, publicada el 9 de Abril de 1992 e incluye los siguientes 14 puntos básicos:

Si vives con VIH/SIDA en México, estos son tus derechos fundamentales

1. La ley protege a todos los individuos por igual, en consecuencia, no debes sufrir discriminación de ningún tipo
2. No estas obligado a someterte a la prueba de detección de anticuerpos del VIH ni a declarar que vives con VIH o que has desarrollado SIDA. Si de manera voluntaria decides someterte a la prueba de detección de anticuerpos VIH, tienes derecho a que esta sea realizada en forma anónima y que los resultados de la misma sean conservados con absoluta discreción
3. En ningún caso puedes ser objeto de detención forzosa, aislamiento, segregación social o familiar por vivir con VIH o por haber desarrollado SIDA
4. No podra restringirse tu libre transito dentro del territorio nacional
5. Si deseas contraer matrimonio no podras ser obligado a someterte a ninguna de las pruebas de detección de anticuerpos del VIH
6. Vivir con VIH o SIDA no es un impedimento para el ejercicio de la sexualidad
7. Cuando solicites empleo, no podras ser obligado a someterte a ninguna de las pruebas de detección del VIH. Si vives con VIH o has desarrollado SIDA, esto no podrá ser motivo para que seas suspendido o despedido de tu empleo
8. No se te puede privar del derecho a superarte mediante educación formal o informal que se imparta en instituciones publicas o privadas
9. Tienes derecho a asociarte libremente con otras personas o afiliarte a instituciones que tengan como finalidad la protección de los intereses de quienes viven con VIH o han desarrollado SIDA
10. Tienes derecho a buscar, recibir y difundir información precisa y documentada sobre los medios de propagación del VIH y la forma de protegerte
11. Si vives con VIH o has desarrollado SIDA, tienes derecho a recibir información sobre tu padecimiento, sus consecuencias y tratamientos a los que puedas someterte

12. Tienes derechos a los servicios de asistencia médica y social que tengan como objetivo mejorar tu calidad y tiempo de vida.

13. Tienes derecho a una atención médica digna y tu historial médico deberá manejarse en forma confidencial.

14. Tienes derecho a una muerte y servicios funerarios dignos.

Para Cahn (1992) con la prevención se trata de permanecer en la salud, retornar a la salud o ampliar al máximo posible el espacio de la salud.

Es importante conocer la información que se tiene con respecto al SIDA al realizar las campañas de prevención, además de tomar en cuenta las necesidades específicas de la población y de cada grupo de acuerdo al contexto social y cultural en el que se desenvuelven los individuos a los cuales se dirige la campaña.

Hay mucho por hacer para prevenir el contagio del VIH/SIDA, por eso es importante la realización de estudios sobre conocimientos, creencias, prácticas sexuales, actitudes, percepción de riesgo, etc., en cuanto al SIDA.

CAPITULO II

PERCEPCION DE RIESGO

El SIDA es una enfermedad que está avanzando con mucha rapidez, la percepción de riesgo puede influir en el contagio de esta enfermedad, por lo que es importante conocer cómo las personas perciben el riesgo de contagiarse con el VIH, ya que dependiendo de la población a la que pertenezcan las personas puede diferir su percepción. Al conocer como la población percibe el riesgo de contagiarse de SIDA podrán hacerse campañas de prevención más efectivas.

2.1. CONDUCTAS DE ALTO RIESGO

La práctica de conductas de riesgo, es aquella en la que existe un alto grado de exposición al virus del SIDA, lo que se da principalmente cuando no se utiliza una barrera protectora. En orden decreciente, las conductas de mayor riesgo son penetración anal, penetración vaginal, eyaculación en boca, contacto boca-ano o boca-vagina y compartir juguetes sexuales. Todas estas se vuelven prácticas de riesgo cuando no se utiliza adecuadamente el condón o alguna barrera que impida que los fluidos infectados entren en contacto con la sangre de un individuo sano (CONASIDA, 1988).

Las conductas que llevan consigo el riesgo de contraer el VIH se llaman "conductas de alto riesgo". De estas destacan utilización de agujas y jeringas no desechables, prostitución, múltiples parejas sexuales, la no utilización del condón. Y se pueden considerar como factores de riesgo deficiente educación sexual, violaciones sexuales, hijos de padres infectados, exposición a sangre y/o objetos punzocortantes, ser receptor de sangre, plasma, semen, tejidos, órganos, etc., infectados por el VIH (CONASIDA, 1988).

A pesar de que el uso del condón es muy importante, porque es el método más eficaz para prevenir la transmisión del VIH, diversas investigaciones revelan que su uso es muy bajo.

El uso del condón depende de diversos factores, si la población es sexualmente activa, si lo conoce, si sabe como usarlo, si se percibe en riesgo de contraer enfermedades sexualmente transmisibles, si se sabe que disminuye el riesgo de infección de estas, especialmente del SIDA (Villagrán, 1993).

La información sobre el SIDA y los medios de transmisión del VIH juegan un papel importante en la percepción de riesgo y, por lo tanto, puede incidir en la disminución de las conductas de riesgo. Pero si la información que se tiene es incorrecta e insuficiente se puede dar origen a conductas riesgosas.

Según Bayes (1989) las personas seguirán con un comportamiento riesgoso, a pesar de estar informados del peligro, esto debido al placer que produce de forma inmediata, la aparición a largo plazo de las consecuencias nocivas, no hay una relación definida de infección-sintomatología, solo es probable la consecuencia de la conducta riesgosa.

Diversas investigaciones han demostrado que la información sobre SIDA no es suficiente para que se de un cambio en la conducta. Quadland y Shattis (1987) en un estudio encontraron que los homosexuales continuaban con relaciones sexuales casuales a pesar de su conocimiento sobre SIDA. Harrison, Wambach, Byers e Imersheim (1991), estudiaron el conocimiento y la vulnerabilidad percibida en mujeres con un conocimiento suficiente sobre SIDA no se percibían en riesgo a pesar de la prevalencia de conductas riesgosas como el contacto sexual desprotegido de manera constante. Así mismo O'Gorman y Dinsmore (1990), al estudiar heterosexuales entre 16 y 44 años de edad, encontraron que a pesar de tener un buen conocimiento, no presentaban prácticas de sexo seguro y solo un 22% consideraban que su estilo de vida los puso en riesgo de desarrollar SIDA (cit. en Villagran, 1993).

Sin embargo, no todos los grupos han continuado practicando conductas riesgosas. Los estudios realizados por Juran (1989) con homosexuales y heterosexuales y por Simkins y Kusher (1986) con estudiantes universitarios, reportan que la mayoría de las mujeres homosexuales, más de la mitad de las mujeres heterosexuales y una cuarta parte de los heterosexuales habían cambiado su conducta especialmente en el sexo casual.

Debido a que la información sobre SIDA no es suficiente para provocar un cambio en la conducta es necesario investigar aspectos como la percepción de riesgo de contagio para tomar las medidas necesarias para evitar que la enfermedad se siga propagando.

2.2 PERCEPCIÓN DE RIESGO

La percepción es un proceso por el cual entran en la consciencia impresiones sensoriales, llegadas previamente a los centros nerviosos, interpreta estímulos sensoriales (Dorsch, 1977).

Dos clases de factores influyen la percepción, señales externas (estímulos) y señales internas (factores personales). Tanto las señales externas como las internas afectan la manera como una persona atiende a los estímulos. Es necesario poner un mínimo de atención a un estímulo para que se de la percepción (Witting, 1983).

Prohaska, Albrecht, Sugrue y Kim (1990) afirman que la percepción de riesgo se refiere a la estimación que el individuo hace acerca de la probabilidad de que ocurra un evento

La percepción de riesgo de contraer SIDA es la atribución de cada individuo de que se contagien con VIH diferentes grupos de personas, dependiendo de sus patrones sexuales y número de parejas, así como la posibilidad de contagio en ellos mismos (Ramírez, 1993)

Para Gómez-Vergara y Muñoz-Sánchez (1993) la percepción de riesgo de contagio de SIDA es la conciencia de riesgo de contagio, protección contra el SIDA, precauciones para no adquirir la enfermedad, influye en su estructura dos factores, el miedo y la comprensión o incompreensión del riesgo

Según Johnson (1991) la percepción de riesgo se basa en los siguientes aspectos

- Surge la atención (Que eventos capta la persona en el medio y le llaman la atención porque le resultan significativamente amenazantes)
- Estimación del riesgo (Que tan grande es el riesgo)
- Evaluación del riesgo (Que tan serio es el riesgo)
- El control del peligro (Como trata la persona de controlar el riesgo)
- Atribución de la causa y culpa (Quien causa el riesgo y quien es el culpable de la distribución)
- Estrategia (Que acciones elige la persona para conseguir un control sobre el riesgo) (cit. Díaz y Rivera, 1992)

Entre los heterosexuales los casos de SIDA han aumentado, a pesar de los conocimientos que tienen sobre la enfermedad, lo que quiere decir que no se ven a si mismos en riesgo de contraer SIDA, a pesar de incurrir en practicas de alto riesgo de adquirir el VIH, lo que significa que no valoran las consecuencias de su comportamiento sexual (Sepulveda, 1989)

Brofman, miembro del comité técnico de CONASIDA, menciona que no existen grupos de alto riesgo sino practicas de alto riesgo, cuando no se toman las medidas preventivas y las precauciones recomendadas por las campañas sanitarias contra el SIDA (cit. Leyva, 1988)

Para el Dr Lawrence Green, director del Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Texas en Houston, "la percepción de un alto riesgo y un resultado catastrófico son factores que pueden influir grandemente para la motivación al cambio, mientras que la percepción que tiene la mayoría de los heterosexuales acerca del riesgo que ellos enfrentan de contraer la enfermedad es tan bajo, que difícilmente las campañas educativas en favor de relaciones monógamas tendrán efecto" (CONASIDA, 1988)

Existe una percepción estereotipada con respecto al SIDA, se le asocia con una vida sexual desordenada, por lo que se niega la posibilidad de infectarse, y la falta de información adecuada provoca que no se perciba el riesgo de contraer SIDA

Prohaska, Albrecht, Levi, Sugrue y Kim (1990) reportan que el estudio de la auto percepción de riesgo de enfermarse es importante para comprender por qué las personas realizan conductas que ponen en riesgo su salud o que los motiva a buscar su salud (cit. en Villagrán, 1993).

3.3 INVESTIGACIONES RELACIONADAS CON LA PERCEPCIÓN DE RIESGO DE CONTRAER SIDA

En una encuesta realizada por McDonald y Smith (1990) se encontró que las personas que se perciben con más riesgo de contraer el VIH están entre los 15 y 34 años, pero a pesar de esto el riesgo percibido es bajo.

También se pudo observar una baja percepción de riesgo en una investigación que se refiere a la comunicación y conocimientos sobre el SIDA y uso del condón entre los habitantes de la cd. de México, la encuesta se realizó con una muestra de 1748 personas, representativas de la población de 15 años. Sobre el riesgo percibido de contraer el SIDA, solo una de cada cinco personas declara tener riesgo de adquirir la enfermedad (Licea, 1993).

Villagrán-Vázquez, Cubas-Carlín, Díaz-Loving y Camacho-Valladares (1990), en un estudio en universitarios, encontraron que los grupos percibidos con más riesgo según sus preferencias sexuales son hombre homosexual con más de una pareja, mujer homosexual con más de una pareja, hombre y mujer heterosexual con más de una pareja, el propio riesgo se percibe como el más bajo, observándose esto incluso cuando se tiene más de una pareja.

Sepúlveda, Bronfman, Ruiz, Stanislawski y Valdespino (1989) realizaron otro estudio también en estudiantes universitarios y encontraron que estos perciben a los homosexuales y a las prostitutas con mayor riesgo de contagiarse de SIDA, los estudiantes universitarios sexualmente activos se consideran inmunes o con pocas probabilidades de contraer el VIH.

Reyes (1990) hace un estudio con estudiantes universitarios de provincia, encontró que el SIDA se asocia significativamente con cáncer, prostitución, homosexualidad y promiscuidad sexual, pero sorprendentemente no tiene ninguna relación con muerte, condón, drogadicción, ni con relaciones sexuales. El autor concluye que los elementos aparentemente involucrados y publicitados a través de las campañas informativas no han sido adecuadamente integrados por el público en general. Los sujetos perciben al SIDA como algo muy lejano y consideran que esta pandemia es algo que les sucede a otros y no a ellos.

Tal vez, debido a esta baja percepción de riesgo es que del total de casos de SIDA en México más del 10% se ha encontrado en estudiantes y maestros (Valdespino, 1990).

En lo que se refiere a la prevención se han hecho estudios que asocian rasgos de la personalidad con la realización de conductas de alto riesgo, así como de rasgos y características de la personalidad que reducen la posibilidad de contagio.

Muchas de las investigaciones que se han hecho sobre percepción de riesgo consideran la cultura y la psicología además del riesgo, lo cual es importante ya que según Johnson (1991) estas tres áreas se integran e influyen entre sí

Díaz-Loving (1993) realizó una investigación en la que observó dos tipos de personas con control interno de la salud y con control externo. Las personas que tienen control interno de su salud se responsabilizan de sus actos y asumen las consecuencias de su conducta, por lo que reducen los riesgos siendo óptimas sus conductas preventivas, estas personas son capaces de llevar a cabo las conductas deseadas con solo informarles sobre las formas de contagio. Mientras que las personas con control externo dejan su destino a la suerte, llevan a cabo conductas de alto riesgo subestimando su peligro, para este grupo de personas la prevención primaria de la salud debe empezar por atacar los procesos cognitivos que tienen que ver con la toma de decisiones, si esto no es así no sirve de nada aumentar sus conocimientos, ni tratar de cambiar sus actitudes hacia el contagio.

Villagrán-Vázquez y Díaz-Loving (1994) consideran que para una prevención adecuada son primordiales el locus de control, la asertividad y la jerarquía de valores que regulan la interacción social, todo esto con el fin de que no aparezcan conductas riesgosas.

En una investigación con estudiantes de nivel medio superior Flores-Galaz y Díaz-Loving (1994) estudiaron el locus de control, asertividad y comunicación en la prevención del SIDA y encontraron que existen diferencias por género, las mujeres tienen un mayor control sobre su vida sexual y son más asertivas con su pareja que los hombres, también tienen mayor comunicación sexual con su pareja. En lo que se refiere a la asertividad se encontró que los sujetos más abiertos y asertivos en sus relaciones sexuales y de pareja hacen uso del condón en forma más regular.

En un estudio realizado por Kelly, Lawrence, Brasfield, Lemke, Amidei, Roffman, Hood, Smith, Kilgore y McNeill (1990) en hombres homosexuales de tres ciudades de Estados Unidos, se encontraron tres variables predictoras de conductas de riesgo (contacto anal desprotegido), estas variables son:

- La estimación del riesgo
- La aceptación social del uso del condón
- El conocimiento de las conductas de riesgo

En este mismo estudio se encontró a menor riesgo percibido se presentaban menos conductas de riesgo, mientras que la aceptación social del uso del condón y el conocimiento de las conductas de riesgo correlacionaron de manera negativa con la percepción de riesgo.

También se encontró que entre menos conocimientos sobre el SIDA y menor aceptación social del uso del condón, los hombres presentaban mayor número de conductas de riesgo. Los hombres que tenían amigos con SIDA se percibieron con mayor riesgo y la mayoría de los que habían tenido coito anal desprotegido subestimaron el riesgo de esta conducta.

En otro estudio en homosexuales de la Ciudad de México, Dorantes (1988) estudió los cambios en las conductas de riesgo por la transmisión del SIDA, no observó cambios en la conducta sexual de riesgo, tampoco encontró influencia de su grado de conocimientos sobre la enfermedad, edad, nivel socioeconómico, ni escolaridad, incluso en el caso de los portadores.

Izazola, Valdespino, Juárez, Mondragón y Sepúlveda (1989) en un estudio realizado en población mexicana encontraron que el 41% de la muestra no tenía temor de enfermarse. En los estudiantes universitarios se encontró un miedo moderado de adquirir la enfermedad en un 47%, el 23% reportó poco miedo y el resto no sentía ningún miedo.

Diclemente, Zorn y Temoshok (1987) en un estudio realizado con estudiantes universitarios encontraron que el 61% percibe poco riesgo de contagio, mientras que el 40% no sabía o se encontraban inseguros de que el uso del condón en la relación sexual reducía el riesgo de contagio.

Bernard, Herbert, de Man y Farrar (1989) realizaron un estudio con estudiantes respecto a las actitudes hacia el uso del condón, encontraron algunos factores que podían influir en la intención de no usar el condón. Lo perciben como inhibidor del placer sexual y físico, indican que tiene dificultades e inconvenientes asociados al uso y situaciones embarazosas como la compra y el uso.

Hamilton (1988) llevó a cabo una investigación con estudiantes, encontrando que perciben a los homosexuales con un mayor riesgo de adquirir la enfermedad.

En otro estudio con estudiantes Sheran, Abraham, Abrams, Spears y Marks (1990), se estudiaron las actitudes hacia el uso del condón, se encontraron tres dimensiones que pudieran considerarse posibles facilitadores o barreras para las intenciones de usarlos, son ofensivos, atractivos y efectivos, se encontraron diferencias en la percepción entre hombres y mujeres, las mujeres los consideraron más ofensivos, mientras que en los hombres la frecuencia de uso parecía estar más en relación con la atracción que con la ofensa.

Mays y Cochran (1988) realizaron un estudio con preparatorianos negros, encontraron que el 50% de las mujeres sexualmente activas estaban poco o nada preocupadas por contraer el VIH, además de no haber cambiado su patrón conductual para reducir la posibilidad de contagio.

En una investigación hecha con estudiantes de sociología en Iowa y California, Ishii-Kuntz, Whitbeck y Simons (1990) encontraron que en los estudiantes de California se daba un mayor uso del condón, mayor experiencia homosexual, una actitud menos favorable hacia

la homosexualidad, mayor percepción del SIDA como un problema y una preocupación mayor por la enfermedad. En los estudiantes de Iowa la percepción del SIDA como un problema no incrementa directamente el uso del condón ni la percepción para el cambio en la conducta sexual. Los estudiantes monogamos o con una pareja estable, se muestran menos preocupados para adquirir el VIH, aunque por lo regular no son monógamos en sus relaciones. Estos autores concluyen que el conocimiento sobre los mecanismos de transmisión del VIH y la preocupación por adquirir el SIDA, son algunos factores que pueden llevar al cambio en las prácticas sexuales.

Díaz-Loving, Flores-Galaz, Rivera-Aragón, Andrade-Palos, Ramos-Lira, Villagrán-Vázquez, Cubas-Carlín, Camacho-Valladares y Muñoz-Campos (1992) realizaron un estudio en estudiantes y encontraron que estos perciben correctamente un mayor riesgo en las personas que tienen relaciones sexuales con más de una pareja, pero subestiman la posibilidad de riesgo en ellos mismos. Tienen la misma percepción de riesgo en las personas que usan y en las que no usan el condón. Enfatizando una urgente concientización de contagio si no se tienen prácticas seguras.

Villagrán-Vázquez (1993), realizó una investigación en estudiantes universitarios, encontró que a mayor número de parejas sexuales tenidas en toda la vida y a menor edad de debut sexual, los estudiantes se percibirán con mayor riesgo, considerando positivos los hallazgos si los estudiantes toman medidas para prevenir el contagio al percibir el riesgo. Existe una percepción de riesgo de contagio pero esta es baja. También encontró que al estimar el riesgo de contagio del grupo (según orientación sexual y número de parejas sexuales), en el que el estudiante se podía ubicar, lo estimaron muy alto, cercano a la máxima puntuación, es decir, con mucho riesgo a pesar de subestimar el propio.

Alfaro-Martínez, Rivera-Aragón y Díaz-Loving (1992) realizaron un estudio en estudiantes de preparatoria, encontraron que la mayoría de los adolescentes temen al contagio del VIH y a realizarse la prueba de detección, siendo esto particularmente evidente en los que han tenido relaciones sexuales, especialmente en los hombres. Observaron que a mayor temor al contagio hay una actitud más favorable hacia los cambios en la actitud sexual y el sexo seguro. En general, los adolescentes no se perciben en riesgo de contraer el VIH, por lo que no previenen y practican conductas sexuales de alto riesgo. También encontraron que los adolescentes que tienen entre 18 y 20 años y que han tenido relaciones sexuales, existe una actitud más favorable hacia el sexo seguro y al cambio de patrones de conducta sexual, que en los adolescentes de entre 15 y 17 años, los cuales muestran menos conocimientos de sexualidad y no se sienten en riesgo de contraer el virus del SIDA.

Strunin y Hingston (1987) observaron al realizar un estudio, la poca percepción de riesgo en adolescentes, reportan un 54% de adolescentes no preocupados por la posibilidad de contagiarse. Así mismo, Price, Desmond y Kukulka (1985) en otro estudio reportan un 73% de estudiantes de preparatoria no preocupados por el hecho de poder contraer SIDA.

Vasconcelos, Claudio, Gouveia-Pereira, Dias, Brandao, Robalo y Sousa (1994) realizaron una investigación en población universitaria sobre la asociación entre la infección por VIH y algunos grupos específicos como una equivocada creencia que tiene importantes implicaciones en el proceso de información sobre el SIDA. Se basaron en que los sujetos no se identifican a ellos mismos con la posibilidad de estar infectados, por lo que subestiman la información y asumen conductas discriminatorias con los sujetos infectados.

El objetivo de esta investigación era estudiar la creencia de que el riesgo de infección es de otros, lo que permite una mayor práctica de conductas inseguras y menor protección cuando los individuos se involucran en alguna relación. Los autores asociaron el nivel de información sobre la enfermedad y esta creencia.

Se observó que todos los sujetos encontraron perjudicial no usar el condón en una relación ocasional, lo cual es un buen indicador del entendimiento de las formas de transmisión de la enfermedad.

En lo que se refiere a una relación homosexual propia, solamente el 72% de los sujetos indicaron el uso del condón, mientras que sólo el 21.5% rechazan el tener relaciones sexuales sin protección. Que los sujetos se involucren en una relación es una variable que influye para minimizar el riesgo de la infección.

La investigación reportó una subestimación del riesgo de infección cuando el sujeto está directamente involucrado en una relación. Este aspecto muestra la existencia de la creencia de que la infección puede solamente suceder a otros, aunque la situación de riesgo sea igual.

Cuando el sujeto se involucra en una relación subestima el propio riesgo de infectarse, lo cual es una sobrestimación de la relación y una subestimación de los medios de transmisión de la enfermedad. El sujeto se vuelve permisivo consigo mismo y demandante con la conducta que otros asumen, lo cual es muy importante tomar en cuenta para los programas de prevención.

Estos mismos autores realizaron una comparación de resultados obtenidos con 30 parientes de sujetos infectados, de ambos sexos y edades de entre 25 y 45 años, y los resultados de una muestra de 441 estudiantes universitarios, de ambos sexos y edad entre 18 y 45 años. Se observó que en ambas poblaciones existe un buen nivel de información en relación al entendimiento de las formas de transmisión del VIH, pero existe la silenciosa y errónea idea de que el riesgo pertenece a ciertos grupos como prostitutas, homosexuales y adictos a drogas.

Esta creencia mantiene la idea de que el SIDA está lejos, y la percepción de que no hay riesgo para los sujetos que no pertenecen a alguno de estos grupos.

Se asocia prejuiciosamente que todo homosexual es en potencia una víctima del SIDA y que toda persona infectada por el VIH es sospechosa de homosexualidad. El peligro de esta percepción es que ciega a los individuos la posibilidad de percibirse a sí mismos en riesgo y provoca una marginación de los enfermos como una medida equivocada para controlar la enfermedad.

Bouton, Gallaher, Garlinghouse, Leal, Rosenstein y Young (1989) realizaron un estudio con estudiantes de introducción a la Psicología de la Universidad de Austin, Texas, para medir el miedo al SIDA, conocimientos sobre SIDA, homofilia y cambio de conducta, entre otros aspectos. Se observó que los hombres que saben más sobre el SIDA tienen menos miedo a la enfermedad que los que tienen un conocimiento mínimo. Esta relación no se encontró en el caso de las mujeres.

Este mismo estudio reportó que los cambios en la conducta se dieron por percibir la epidemia del SIDA, incluyendo algunas conductas relacionadas con el SIDA y otras no relacionadas. También se encontró que los políticos y religiosos conservadores tienen más miedo al SIDA que los liberales. Los conservadores por lo general prefieren la protección del pueblo, mientras que los liberales prefieren la educación. Se observó que las personas con conocidos homosexuales o con la enfermedad estaban mejor informados que quienes no conocían a enfermos u homosexuales. Esto fue una evidencia que indica claros cambios de conducta sexual previo a ponerse en riesgo de contraer el VIH. Los autores de este estudio sugieren una mejor información sobre la enfermedad para reducir el miedo a la misma.

En una investigación entre médicos homosexuales y heterosexuales, en relación a sus actitudes asumidas sobre el SIDA, Marks, Richardson, Lochner, McGuigan y Levine (1988) encontraron que poseen actitudes diversas relacionadas a la epidemia del SIDA. Los heterosexuales observaron actitudes más negativas que los homosexuales, a pesar de esto, ambos grupos juzgaron que la mayoría de la gente toma actitudes más negativas que las propias, situación más marcada entre la población homosexual.

Kelahr y Ross (1992) se basaron en que la valoración personal de susceptibilidad es un concepto central en la investigación de la percepción de riesgo para estudiar la relación entre la susceptibilidad percibida por infección del VIH y el riesgo de la conducta de inyectarse droga. El estudio se realizó con 1,262 australianos usuarios de drogas intravenosas, se dividieron en grupos de alto y bajo riesgo dependiendo de su conducta de inyectarse, y grupos de alta, media y baja percepción personal de susceptibilidad.

El estudio reportó que los usuarios de droga inyectada en el grupo de alto riesgo subestiman la prevalencia de infección por VIH en relación al grupo de bajo riesgo, y que la susceptibilidad personal percibida de infectarse fue racionalmente relacionada con la estimación de infectarse. La ausencia de diferencias significativas entre el grupo de media y baja susceptibilidad personal percibida y la estimación de la prevalencia de SIDA no es uniforme en los diferentes niveles de percepción de susceptibilidad personal.

Campbell y Stewart (1992) realizaron una investigación en la que estudian la percepción de riesgo de SIDA como una función de la relación de un grupo de riesgo identificado. La investigación se llevo a cabo con 34 homosexuales, 58 usuarios de drogas intravenosas y 34 estudiantes de un Colegio.

Estos autores encontraron que el grupo de usuarios de drogas subestiman de manera significativa las conductas propias de riesgo. También el grupo de homosexuales subestiman significativamente las conductas de riesgo características de dicho grupo. El grupo de estudiantes fueron generalmente más exactos en señalar el riesgo. Esto corrobora la hipótesis de que ser miembro de un grupo y percibir el riesgo relacionado a éste, se da con sesgo, asociado a una necesidad de identidad social positiva de un grupo.

CAPITULO III

MUJERES Y SIDA

3.1. LA MUJER Y EL VIH/SIDA.

Al principio de la aparición de la pandemia, parecía que el VIH/SIDA sólo afectaba a los homosexuales, pero actualmente las mujeres heterosexuales es uno de los principales grupos afectados por esta enfermedad.

Para la segunda mitad de los 80's el SIDA era ya la primer causa de mortalidad en la mujer en edad reproductiva en muchas partes del mundo, sin embargo, el alcance del SIDA en la mujer no capto la atención mundial hasta que se hablo de ello en la realización del Día Mundial del SIDA el 1 de Diciembre de 1990, ya que este día fue dedicado a la mujer y el VIH/SIDA, lo que condujo a una repentina explosión de publicaciones sobre la mujer, en la mayoría de los casos los artículos expresaban la necesidad de mayor información (Beret, 1993).

Se ha constatado un aumento en el porcentaje de mujeres que han resultado portadoras del VIH, el Boletín Mensual SIDA/ETS (Julio, 1995) muestra un incremento en la proporción de mujeres con SIDA en relación al total de número de casos notificados. Si para 1987 había una mujer con SIDA por cada 24 varones, para 1995 esta proporción es de una mujer por cada 4 varones.

Como en otras enfermedades, no todas las mujeres tienen el mismo grado de vulnerabilidad y como siempre, las mujeres pobres y marginadas son las más afectadas. Todas las desigualdades e injusticias que afectan la salud de la mujer y su acceso a los servicios de salud se dan también en el caso del VIH/SIDA. El virus no hace distinciones de género, clase social, raza o fronteras nacionales.

Las mujeres están subordinadas económica y sexualmente, lo que ayuda a que siga aumentando la pandemia del VIH/SIDA. El número de mujeres infectadas va en aumento y la edad promedio es menor en ellas que en los hombres, lo que está aumentando la infección entre las adolescentes. Es importante el manejo de las medidas preventivas de la infección por VIH en este grupo ya que de ello depende la participación activa de la mujer en la sociedad del siglo venidero (Wallace, 1996).

Incluso en los países desarrollados las mujeres pobres y las que pertenecen a las minorías étnicas representan un número desproporcionado de los casos de VIH/SIDA. En Estados Unidos las mujeres afectadas y sus parejas tienen mayores probabilidades de ser pobres, pertenecientes a una minoría étnica y provenientes de una comunidad donde se de el uso de drogas. En Canadá se ha encontrado un vínculo entre el bajo nivel socioeconómico y la infección de VIH entre las mujeres de Montreal y Toronto, al mismo tiempo que el SIDA ha aumentado con mayor rapidez entre la comunidad negra. En México, los casos de SIDA en los sectores de clase alta y media han ido disminuyendo proporcionalmente, mientras que en los sectores socioeconómicos pobres han ido aumentando (Berer, 1993)

En nuestro país, la situación frente al SIDA, adquiere rasgos alarmantes en las mujeres indígenas, su situación social es muy desfavorable y les impide comprender el problema y por lo tanto protegerse. Están en total desventaja respecto a su percepción de riesgo de infección y a la atención de la enfermedad (Díaz, 1996)

Durante sus años de trabajo la Fundación Mexicana para la Lucha contra el Sida ha observado que las mujeres son el sector de la sociedad más desprotegido en todos los aspectos referentes a la información, prevención y atención del VIH/SIDA. Esto ha sido constatado por el contacto que se ha tenido con las mujeres afectadas, tanto a través de la atención que se ha prestado a las usuarias de los servicios, como en las visitas domiciliarias realizadas.

Así, se considera que el trabajo de prevención en VIH/SIDA debe enfocarse particular y urgentemente a la mujer, fortaleciendo su educación para el fomento de la salud, con una orientación sexual adecuada y efectiva que haga hincapié en el uso del condón y en la negociación del mismo con la pareja, a fin de prevenir de esta forma las enfermedades de transmisión sexual, incluyendo al SIDA.

Muchas personas creen erróneamente que las mujeres son depósitos de infección o vectores de transmisión de la misma hacia sus parejas masculinas o sus hijos, esta idea libera al hombre de su responsabilidad en la prevención del VIH/SIDA, impide que los servicios de atención estén destinados a las necesidades específicas de la mujer y enfatiza estrategias de investigación e intervención que están dirigidas más hacia la protección de los hombres de las mujeres y no facilita que las mujeres se protejan a sí mismas (Wallace, 1996)

El VIH puede manifestarse por una variedad de enfermedades y efectos en la salud de la mujer, algunos de los cuales son específicos del VIH/SIDA y otros no.

Existen pruebas de que algunas enfermedades vinculadas al VIH pueden manifestarse más tarde o más temprano, o con distintos grados de gravedad y frecuencia, en la mujer y en el hombre seropositivos (Berer, 1993)

Berer (1993) afirma que no se han descrito diferencias de género en cuanto a la frecuencia, gravedad o el momento en el que surgen los síntomas menores de la infección, aunque se pueden interpretar de forma distinta los síntomas en la mujer que en el hombre. Muchos de los primeros síntomas de la infección del VIH pueden ser atribuidos a depresión, tensión emocional o exceso de trabajo. Y es posible que las mujeres no tomen tan en serio sus propios síntomas. Muchas madres acuden al médico con frecuencia porque sus hijos están enfermos, pero no esperan ser atendidas ellas mismas.

3.2. TRANSMISION Y EPIDEMIOLOGÍA DEL VIH/SIDA EN MUJERES

La mujer puede contraer el VIH a través de todas las vías conocidas de transmisión. Sin embargo, Richardson (1990) afirma que el mayor riesgo para ellas lo representan las relaciones sexuales sin protección con un hombre infectado.

Por su parte, Berer (1993) afirma que desde 1990, el 90% de los nuevos casos de infección del VIH entre la población adulta a nivel mundial se han dado a través de las relaciones heterosexuales.

Así mismo, afirma que la transmisión sexual ha sido responsable de la mayoría de los casos de infección desde los inicios de la epidemia, y el tener relaciones sexuales sin protección constituye la forma de contagio más común para la mujer.

No es común que una mujer le transmita el VIH a otra mujer a través de las relaciones sexuales, pero que es algo que sucede. Se cree que las prácticas sexuales realizadas entre mujeres son más seguras porque no se practica el coito, sin embargo, este tipo de relaciones pueden involucrar exposición oral o por otra vía a la mucosidad vaginal y rectal y a la sangre menstrual, el uso compartido de ayudas sexuales para la penetración vaginal y anal, prácticas que causan irritación o lesiones a los tejidos o sangramientos. Los hombres seropositivos tienen mayor probabilidad de transmitirle el VIH a sus compañeras que viceversa, debido posiblemente a que el semen contiene una cantidad mucho mayor de VIH que la mucosidad vaginal; además el revestimiento vaginal y rectal de la mujer son más vulnerables a la infección que el pene y el periodo de exposición es más prolongado en la mujer (Richardson, 1990).

Según el Boletín Mensual SIDA/ETS, marzo 1995, que publica CONASIDA, la proporción de mujeres que ha contraído la infección por transmisión sexual es cada vez mayor: 48.2% en 1993, 85.0% en 1994 y 68.7% hasta marzo de 1995. En este sentido, las mujeres con riesgo son las compañeras sexuales de varones, bisexuales o heterosexuales. Otra situación que las pone en riesgo es la violación sexual, ya que el violador puede ser portador del VIH y puede causar heridas internas que faciliten la penetración del VIH al torrente sanguíneo.

En los casos atribuibles a transmisión heterosexual hubo un incremento entre 1991 y 1995 de 37.0% a 62.9%., y para el mismo período de 1996 aumentó a 77.3% (SIDA/ETS, 1996).

Según Richardson (1990) las mujeres tienen peligro de adquirir el VIH si:

1. - Se inyectan drogas y comparten sus implementos.
2. - Tienen contacto sexual con un hombre infectado con el VIH o son inseminadas artificialmente por él
3. - Reciben una transfusión sanguínea de sangre infectada con VIH

En cuanto al punto uno, mujeres que se inyectan drogas están en peligro de contraer SIDA si comparten agujas, jeringas y otros implementos que se utilizan para mezclar e inyectar drogas. Si la aguja no se esteriliza y ha sido utilizada previamente por una persona seropositiva se puede contraer el virus. No solo el uso de drogas intravenosas implica este riesgo, el llenado y vaciado de las jeringas a fin de no dejar nada de la droga que contiene puede aumentar las posibilidades de estos problemas.

Aquellas mujeres que tienen compañeros sexuales usuarios de drogas intravenosas también tienen riesgo de contagiarse.

Es importante que las mujeres usuarias de drogas intravenosas tengan acceso a información y asesoría sobre SIDA.

Es frecuente que en los lugares en los que los usuarios de drogas intravenosas están contrayendo VIH se hable de medidas preventivas. Pero es necesaria una mayor información sobre drogas y programas de tratamiento, así como educación sobre relaciones sexuales sin riesgo, inclusive en los países en desarrollo. Además, para dejar las drogas hace falta un cambio de vida y de valores sociales, posiblemente la mujer necesite ayuda para hacer frente a su baja autoestima, un cambio en cuanto a su percepción de las normas de su grupo social y de sus creencias. Para muchas de estas mujeres, sus sentimientos de impotencia y las exigencias de la pobreza en la que viven las hacen mantener una dependencia en su pareja, quien puede ser también usuario de drogas, por lo que el hecho de que una mujer deje de tomar drogas no siempre reduce su riesgo de contraer el VIH por vía sexual, a menos de que pueda influir en el comportamiento de su pareja o que abandone la relación (Berer, 1993).

En cuanto al riesgo de infectarse de las mujeres que son compañeras sexuales de varones con SIDA Richardson (1990) afirma que hay mayor riesgo de que una mujer se infecte con el virus que causa el SIDA si tiene una relación sexual fija con un varón infectado con VIH que con muchos diferentes compañeros y valora el riesgo de infección dependiendo de la clase de prácticas sexuales que se lleven a cabo, considerando que la mujer tiene mayor riesgo de contraer el virus si tiene coitos vaginales o anales, en especial si su compañero no usa condón.

En este punto Richardson (1990) también considera a la violación, ya que el violador puede estar infectado con el VIH y transmitirlo durante el coito forzado con una mujer. Entre más violento sea el ataque, aumenta la probabilidad de que la mujer sufra magulladuras, desgarros internos y hemorragia, lo cual facilita la penetración del virus al torrente sanguíneo.

La violencia sexual y la violación constituyen una fuente de transmisión del VIH, estas acciones son utilizadas para expresar ira contra la mujer, también se utilizan para silenciar los esfuerzos de la mujer en pro de la práctica del sexo más seguro. El miedo al SIDA también ha provocado la violencia sexual dentro del matrimonio (Berer, 1993).

Richardson (1990) también considera las transfusiones sanguíneas como una forma de que las mujeres se infecten con el VIH, pero actualmente esta forma de contagio está más controlada.

En los países en vías de desarrollo la mayoría de las transfusiones de sangre son para el tratamiento de anemia en mujeres y niños, en particular para las mujeres embarazadas y las que han sufrido hemorragias. Las mujeres con este tipo de problemas corren el riesgo de contraer el VIH y las mujeres que tienen compañeros sexuales que padecen enfermedades hematológicas corren el riesgo de contagio por vía sexual (Berer, 1993).

La proporción de casos atribuibles a transfusión sanguínea ha tenido una tendencia a disminuir, pues en 1991 fue de 63.0%, en 1995 de 37.0% y de 22.6% hasta el 1 de abril de 1996 (SIDA/ETS, 1996).

La transmisión por transfusión sanguínea ha disminuido debido a las medidas de seguridad que se han adaptado a nivel nacional, prohibiendo la comercialización y venta de sangre y a las pruebas realizadas en sangre donada a diversas instituciones de salud.

El Centro de Control de Enfermedades de Atlanta en Estados Unidos afirma que los principales mecanismos de transmisión del VIH en la mujer son (Treviño, 1996):

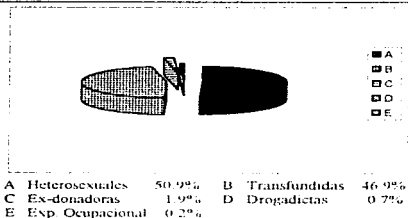
- El abuso de drogas intravenosas (51%)
- La transmisión heterosexual (34%)
- Por transfusión (8%)
- Desconocidos (7%)

Sin embargo en México y Latinoamérica la transmisión heterosexual es la más común por cuestiones de educación y estilo de vida (Treviño, 1996)

En México, en el total de casos acumulados en mujeres adultas hasta el primer trimestre de 1996 se han notificado 3,494 casos: 50.9% se atribuyen a transmisión heterosexual y 49.1% a transfusión sanguínea. Dentro de esta última categoría el 1.9% son ex-donadoras remuneradas de productos sanguíneos y 0.9% adquirió la enfermedad por otras vías de transmisión (SIDA/ETS, 1996).

GRAFICA I

PORCENTAJE DE CASOS ACUMULADOS DE SIDA EN MUJERES ADULTAS POR FACTOR DE RIESGO MÉXICO, 1 DE ABRIL DE 1996



FUENTE: SIDA-ETS, 1996.

Los estados que reportan mayor proporción de casos de SIDA en mujeres asociados a transmisión heterosexual son Durango (75.0%) y Tabasco (64.7%), mientras que los estados que reportan menor número de casos en esta categoría son Zacatecas (16.7%) y Jalisco (18.3%). Por transfusión sanguínea, Zacatecas y Nayarit reportan el 75% y el 63.5% respectivamente, en contraste con Tabasco que presenta el 11.8% y Durango el 12.5% de casos asociados a esta categoría de transmisión (SIDA/ETS, 1996).

El grupo de edad más afectado es el de las mujeres en edad productiva y reproductiva, lo que favorece un aumento en la frecuencia de casos de SIDA en niños. Existen factores que favorecen la transmisión heterosexual en estas mujeres como son: la presencia de úlceras genitales, parejas no circuncidadas, relaciones sexuales de tipo anal y relaciones sexuales con parejas en etapas avanzadas de la enfermedad (Treviño, 1996).

3.3. MUJERES PORTADORAS.

Una mujer que se enfrenta a un diagnóstico de SIDA comienza a cuestionar su vida entera, se preocupa por el bienestar de ella y de sus familiares cercanos, especialmente de sus hijos. Muchas mujeres con un diagnóstico de seropositividad se culpan y se enojan consigo mismas, muchas se sienten aisladas y solas, para estas mujeres la incertidumbre es uno de los problemas más difíciles de sobrellevar. Las mujeres son especialmente susceptibles a sufrir tensión emocional y depresión, y el rechazo y la discriminación que sufren las mujeres portadoras del VIH pueden exacerbar estos problemas. El temor al rechazo puede resultar peor que el rechazo mismo y con frecuencia le impide a la mujer hablar con alguien o buscar ayuda (Richardson, 1990)

Algunos factores psicológicos, como el grado de vulnerabilidad de la persona ante la tensión emocional y la ansiedad, y su capacidad para controlar estos factores, son determinantes en la respuesta del organismo ante la infección y las probabilidades de llegar a desarrollar SIDA.

La superación de los problemas que van surgiendo es un reto difícil y llega a constituir la parte central en la vida de estas mujeres. Berer (1993) menciona que muchas de estas mujeres hablan de las posibilidades potenciales de cambio y crecimiento personal que ello involucra, pero esto no resulta fácil.

Muchas de las mujeres infectadas son detectadas durante el seguimiento del embarazo o en el parto, lo que demuestra una falla en los programas de prevención de enfermedades en este grupo social.

Las mujeres que acuden en busca de atención médica pueden estar o no enteradas de ser portadora del VIH. Las mujeres asintomáticas pueden sentirse sanas y visitar una clínica para recibir atención prenatal o asistencia relacionada con la planificación familiar, esterilidad, cuidados pediátricos u otros motivos, o su visita puede estar motivada por problemas de salud que no respondan a tratamientos. Son pocos los estudios que indican cuáles son los sectores de los servicios de salud utilizados por la mujer como puerta de entrada en casos de problemas de salud vinculados al VIH. Estos estudios son importantes porque la información que se obtiene puede ser utilizada en campañas de educación que alienten a las mujeres a buscar ayuda médica tan pronto como aparezcan los primeros síntomas (Berer, 1993).

Es preocupante que dentro de los programas de educación y salud la mujer ocupe el último lugar de atención, solo en algunos casos, como el embarazo o urgencias es cuando recibe atención médica. Además la mujer recibe una educación muy limitada sobre todo en las zonas marginadas, urbanas o rurales, en donde sólo se le considera como el ama de casa, quien realiza las funciones de crianza y atención al esposo.

El estereotipo de la buena y mala mujer ha influido considerablemente en la percepción que tiene la gente de la relación existente entre la mujer y el VIH. Muchas personas creen que el SIDA es una enfermedad de mujeres "promiscuas". Debido a los altos índices de infección existentes entre las trabajadoras del sexo en algunos países, se ha llegado a creer que el grueso de la infección se concentra en este grupo, a pesar de que la mayoría de las pruebas indican lo contrario. Por ejemplo, en México, la primera mujer a la que se le diagnosticó SIDA fue un ama de casa de 52 años de edad, para quien la única conducta de riesgo conocida era el mantener relaciones sexuales con su marido sin la utilización de condones (Berer, 1993).

Los primeros carteles relacionados con el SIDA a nivel mundial advertían a los hombres que se cuidaran de las mujeres trabajadoras del sexo (Berer, 1993). Los estereotipos continúan dominando en muchos lugares. Aunque se conoce el grado de extensión del VIH entre las mujeres que no son trabajadoras del sexo, en términos generales muchos de los esfuerzos educativos y preventivos no han sido enfocados hacia la mujer.

Otra gran preocupación está en relación al riesgo para los niños. Y aunque muchas mujeres contraen la infección de los hombres, son las mujeres las que han sido vistas como la fuente de infección para los niños por vía del embarazo. Muchas mujeres se enteran de que son portadoras del VIH durante el embarazo o después de este.

Berer (1993) considera a todos estos factores los que contribuyen a que se responsabilice a la mujer por la propagación del SIDA, ya sea como trabajadora del sexo, esposa o compañera con la que se mantienen relaciones sexuales, o madre.

Un aspecto muy importante en lo que se refiere a las mujeres seropositivas se refiere a la transmisión del VIH vinculada al embarazo. No se pueden mantener relaciones sexuales con menor riesgo y concebir un hijo a la vez.

La incidencia de este tipo de transmisión depende directamente del número de mujeres con VIH/SIDA y puede ocurrir cuando una mujer está intentando concebir un hijo, durante el embarazo y posiblemente durante la lactancia. No se conoce el número de mujeres que posiblemente contrajeron el VIH al intentar un embarazo. Incluso ha habido casos de transmisión del VIH vinculada al embarazo en mujeres que han intentado quedar embarazadas por medio de la inseminación artificial, cuando los donantes del semen eran portadores del VIH (Berer, 1993).

No solo existe la posibilidad de infectar al producto, el embarazo también podría aumentar en la mujer la posibilidad de adquirir el VIH o de desarrollar el SIDA, debido a que en este proceso existe una disminución en el sistema inmunológico, haciéndolo más sensible a la infección.

Berer (1993) afirma que se ha encontrado que si una mujer seropositiva se encuentra bien o presenta solo síntomas leves de la infección y no lleva infectada mucho tiempo, tiene pocos riesgos de morbilidad materna vinculada al embarazo.

En cuanto a esto menciona que los efectos adversos parecen agravarse en mujeres de bajo nivel socioeconómico, especialmente en los países en desarrollo, igual que sucede con los niveles de mortalidad y morbilidad maternas. En las mujeres con una salud delicada o pobre, la presencia del VIH durante el embarazo podría empeorar su condición. Esto es más probable si la salud ya se ha visto afectada por embarazos previos, si ha sido seropositiva durante un tiempo prolongado o si se encuentra en una etapa avanzada de SIDA.

Algunas enfermedades específicas vinculadas al VIH pueden conducir a complicaciones durante el embarazo y el parto.

Existen pocos estudios a largo plazo, extensos y controlados sobre la interacción entre el embarazo y el VIH. La mayoría han incluido sólo a grupos reducidos de mujeres y niños pequeños, y generalmente se les presta mayor atención a los resultados relacionados con los niños.

La transmisión del VIH vinculada al embarazo puede ocurrir en cualquier fase del embarazo o del parto. La presencia del VIH en la madre puede ser que afecte o no al hijo. El estado de salud de la madre puede jugar un papel determinante ya que influye en el grado de vulnerabilidad del hijo ante cualquier enfermedad.

La consecuencia negativa más grave para el bebé que tiene una madre seropositiva es contraer la infección en sí. El riesgo de transmisión durante el embarazo observado en distintos grupos de mujeres ha variado desde niveles tan bajos como el 0.4%, hasta casi el 60%. En mujeres europeas y norteamericanas se ha observado con mayor frecuencia un riesgo menor de transmisión. Es muy difícil determinar cuándo y cómo ocurre esta forma de contagio, se cree que la mayor parte del contagio ocurre durante el embarazo, posiblemente a través del VIH presente en la placenta o cuando el VIH presente en la sangre materna logra cruzar la placenta. O puede ser que el contagio también ocurra durante el parto, cuando la sangre materna e infantil se mezclan a través del cordón umbilical, o debido a la ingestión de mucosidad vaginal y/o sangre por parte del bebé (Berer, 1993).

No se puede predecir si un bebé va a nacer con la infección del VIH o no, y no existe una prueba de escrutinio prenatal para los bebés. Si se realizara una prueba de carácter invasivo durante el embarazo, se podría dar la transmisión de la infección. Y aun cuando se pudiera desarrollar una prueba prenatal libre de todo riesgo que demostrara que un feto no es portador del VIH en el momento de efectuarla, no habría garantías de que el bebé permaneciera seronegativo a lo largo de todo el embarazo y parto.

Una vez que ha nacido el bebé también es difícil determinar si está o no infectado, ya que si se le efectúa una prueba de anticuerpos contra VIH por medio de un análisis de sangre no ofrece un diagnóstico definitivo, debido a que los anticuerpos de la madre contra el VIH pueden permanecer en la sangre del bebé por un periodo de hasta 18 meses. Esta situación ocasiona una gran incertidumbre para la madre durante los 18 meses posteriores al nacimiento y es uno de los problemas más difíciles que enfrentan las mujeres portadoras del VIH. El riesgo de transmisión del VIH vinculado al embarazo puede ser mayor si la madre

se infecta durante el embarazo o cerca de la fecha del parto. Esto podría relacionarse con el hecho de que la cantidad de VIH de la madre sea alta durante las semanas o meses inmediatamente posteriores a la infección y antes de que el organismo produzca suficientes anticuerpos para combatirla (Berer, 1993)

El riesgo puede ser menor en las mujeres que han pasado el periodo de ventana, que tienen pocos o ningún síntoma de enfermedades vinculadas al VIH y con un conteo de T4 relativamente alto. El riesgo también aumenta a medida que la enfermedad vinculada al VIH en la madre avanza, y/o su función inmunológica disminuye. El haber tenido uno o más embarazos previos, aunado a una salud pobre y cualquier complicación materna, pueden contribuir a que empeore la salud de la mujer, lo cual puede contribuir a que el VIH cause daños más graves, esto podría aumentar la vulnerabilidad de la mujer y por lo tanto del bebé. El riesgo también puede ser mayor cuando el bebé nace antes de las 34-37 semanas de embarazo, que si nace más cerca del término. El nacimiento prematuro puede indicar que el bebé se encuentra infectado. O puede infectarse en el canal del parto ya que es más vulnerable por su condición de prematuro o porque al adelantarse el parto no ha tenido la oportunidad de recibir algunos anticuerpos maternos (Berer, 1993)

La mejor forma de evitar la transmisión del VIH a bebés es que la mujer y su compañero no contraigan la infección. Las personas en edad de tener hijos deben estar informados con respecto al riesgo de transmisión del VIH vinculado al embarazo. Las mujeres portadoras del VIH deben aprender a vivir con su seropositividad y con la posibilidad de infectar a sus hijos si se embarazan.

Richardson (1990) afirma que una mujer en estas circunstancias puede decidir seguir adelante con el embarazo y que es muy importante dar a estas mujeres la información adecuada para ayudarles a tomar decisiones informadas con respecto a ese y a otros embarazos futuros.

El acelerado aumento de mujeres infectadas con el VIH que no lo saben y se embarazan ha obligado al establecimiento de recomendaciones para el escrutinio del VIH en mujeres embarazadas para ayudar a tomar decisiones radicales en una etapa temprana de la gestación. La administración de AZT durante las últimas semanas de embarazo ha demostrado disminuir el riesgo por esta vía (Trevisño, 1996)

Los embarazos no deseados, el VIH y otras infecciones de transmisión sexual se pueden evitar si se practica una sexualidad de menor riesgo y utilizando el condón.

Son limitadas las estrategias de reducción de riesgo de transmisión sexual del VIH al alcance de quienes buscan formar una familia. Algunas de estas estrategias podrían ser practicar el sexo más seguro excepto en días fértiles y contar con la cooperación masculina. Este procedimiento reduce el riesgo al disminuir la frecuencia de exposición potencial a la infección (Berer, 1993)

Una buena atención prenatal, durante el parto y después de éste beneficia a todas las mujeres y a sus bebés, incluyendo a los portadores del VIH

Berer (1993) considera importante que la mujer se proteja contra la infección o reinfección durante el embarazo y la lactancia materna absteniéndose de mantener relaciones sexuales o utilizando condones durante este periodo, asegurándose de que cualquier transfusión de sangre sea analizada para detectar la presencia de VIH y absteniéndose de utilizar drogas inyectadas o limpiando los implementos compartidos con otros. Así mismo propone las siguientes estrategias:

- Cuando uno o ambos miembros de la pareja son portadores del VIH una opción puede ser la adopción, siendo ésta la única forma de evitar riesgos por completo.
- Cuando una mujer es portadora del VIH pero su compañero no, una forma de evitar el riesgo para el miembro masculino de la pareja y para el hijo es encontrar a una mujer seronegativa que este dispuesta a tener un hijo para ellos, esta puede quedar en cinta por medio del coito con el futuro padre, si esto resulta aceptable o a través de la inseminación con el semen del mismo. La mujer que criara al niño no sera la madre biológica. Otra opción es que la mujer se insemine a si misma utilizando el semen de su pareja sin mantener relaciones sexuales, de esta forma protege a su pareja y tiene la posibilidad de engendrar a su hijo, pero las posibilidades de infección para el bebe durante el embarazo no se reducen.
- Cuando el compañero es portador del VIH pero la mujer no, se puede optar por la inseminación utilizando el semen del compañero. Se han hecho intentos por eliminar el VIH del semen mediante técnicas de lavado y centrifugado, pero aun no se ha determinado el grado de seguridad de este procedimiento. Otra opción es la inseminación por medio de un donante, esto protegeria a la mujer y al bebé del riesgo de contraer SIDA, pero el compañero no seria el padre biológico.

Se han realizado estudios para conocer como puede ocurrir la infección del VIH a través de la leche materna

En Belgica en 1985 se realizo un estudio efectuado con tres mujeres, se pudo extraer el VIH presente en su leche, pero no quedo claro si este podria resultar infeccioso. En 1988, Un estudio realizado en Australia con una mujer portadora indico que el VIH en la leche materna podia resultar infeccioso. En la actualidad se investiga si la cantidad o capacidad de contagio del VIH en la leche materna varian en algún modo a lo largo de las distintas etapas de la enfermedad vinculada al VIH en la mujer y del proceso de amamantar. Para que se de la infección al bebe durante la lactancia tendria que ocurrir a traves de los tejidos bucales o gastrointestinales del bebé. La presencia de llagas, heridas o infecciones en la boca del bebe pueden contribuir a que esto resulte más factible (Berer, 1993).

En México, los casos acumulados de SIDA en niños en el primer trimestre de 1996 son por vía sanguínea 28.5% y por transmisión perinatal 71.4% (SIDA/ETS, 1996)

No se tiene información confiable acerca de la sobrevivencia de las mujeres con VIH/SIDA ya que los estudios se han realizado en población total con la enfermedad y la mayoría de los sujetos son del sexo masculino. Además la mayoría de las mujeres que se realizan la prueba de detección lo hacen cuando ya tienen alguna complicación por lo que podría subestimarse su sobrevivencia. Mientras se tiene mayor información la recomendación es el empleo de dos antirretrovirales en sus distintas combinaciones si se encuentran con menos de 500 linfocitos CD4 (Treviño, 1996)

3.4. ALGUNAS INVESTIGACIONES SOBRE VIH/SIDA EN MUJERES

Carpenter, Mayer, Stein, Leibman, Fisher y Fiore (1991), realizaron un estudio en 200 mujeres seropositivas norteamericanas en el que se examinó la historia natural de la infección, las manifestaciones clínicas y los aspectos sociales que conlleva el VIH en estas mujeres. Se encontró que el 63% de las mujeres tenían historia de uso de drogas inyectables, todas ellas habían compartido las agujas. El 35% habían contraído el VIH por medio de relaciones heterosexuales. De las 200 mujeres, 168 solicitaron por sí mismas la prueba de detección por sentir que se hallaban bajo riesgo, las demás fueron sometidas a pruebas obligatorias por ingresar a la cárcel o por iniciar algún tipo de tratamiento. La mayoría de las mujeres no tenían síntomas en el momento de la prueba. Las mujeres usuarias de drogas tenían más probabilidades de no haber sufrido síntomas en el momento del diagnóstico que las mujeres infectadas por transmisión sexual.

117 mujeres desarrollaron síntomas relacionados con el VIH, de éstas el 38% tuvieron como manifestación clínica inicial más común de la presencia del VIH hongos vaginales, pero en ningún caso este síntoma fue el motivo de la prueba. La hinchazón de las glándulas linfáticas fue la segunda manifestación inicial más común de la presencia de la infección (15% de la muestra), seguida de la neumonía bacteriana (13% de los casos). Se reportó que la segunda infección genital más común fueron las verrugas venéreas, pero no resultó claro si resultaban más comunes que en mujeres seronegativas. También se encontraron células cervicales y vaginales anormales en el 25% de las mujeres y el 36% presentó inflamación aguda de la cerviz y de la vagina, todas recibieron un tratamiento oportuno.

Diez mujeres se embarazaron durante el estudio, de éstas, dos abortaron y las ocho restantes tuvieron embarazos normales sin mostrar señales de disminución en cuanto a su grado de inmunidad o de infecciones oportunistas potencialmente fatales. Tres niños resultaron seronegativos, a dos se les declaró seropositivos a los 15 meses de edad y a los demás no se les pudo establecer un diagnóstico debido a que no había transcurrido el período necesario.

Durante la duración del estudio 18 mujeres fallecieron por alguna enfermedad vinculada al SIDA. En general, las demás mujeres sobreviven con buena salud y por periodos de tiempos equivalentes a los de los hombres. Los autores concluyen que con el cuidado y el apoyo apropiados, la mujer no tiene por qué enfermar o morir a consecuencia del SIDA con mayor rapidez que el hombre.

En otra investigación realizada por Allen, Lindan, Serufilira, Van de Perre, Rundle, Nsengumuremyi, Schwalbe y Hulley (1991) en Kigali, Ruanda, con mujeres embarazadas de entre 18 y 35 años de edad, la prevalencia del VIH resultó ser del 29%, no se encontraron diferencias significativas en lo que se refiere a la prevalencia de la infección de acuerdo a la religión. Las tasas de seroprevalencia más altas se encontraban entre las mujeres más jóvenes. Las mujeres que vivían con un compañero presentaban tasas de infección inferiores; las que estaban legalmente casadas tenían menos probabilidades de infección que las mujeres unidas en concubinato.

También se encontró una relación entre las mujeres que tenían muchos hijos, con un menor riesgo de infección. Lo más impactante fue que existía una alta prevalencia de la infección en las mujeres que habían estado viviendo con un solo compañero durante menos de siete años. El riesgo de infección disminuía en forma notable a medida que la relación se prolongaba por un periodo de más de siete años. El haber tenido más de un compañero sexual a lo largo de su vida y no tener en ese momento una relación monógama eran factores fuertemente asociados con la infección del VIH. También se asociaron con una mayor prevalencia de la infección el tener relaciones sexuales durante la menstruación, la presencia de sangre no menstrual durante el coito y el dolor durante el mismo. La mayor frecuencia de ingestión de alcohol de los compañeros sexuales se asoció a tasas más altas de la infección del VIH en las mujeres, al igual que la presencia de una historia de enfermedades de transmisión sexual.

Los autores concluyen que la prevalencia de VIH en las mujeres embarazadas en Ruanda es alta en las mujeres cuyas uniones no están legalizadas o no son monógamas, así como en aquellas que han tenido más de un compañero sexual en su vida, sin embargo, el mayor riesgo de contraer la infección se debe al comportamiento sexual de sus compañeros estables.

Temmerman, Moses, Kiragu, Fusallah, Amola y Piot (1990) realizaron un estudio en Kenia sobre la influencia del VIH en madres en cuanto al resultado final del embarazo. Las mujeres seropositivas tenían mayores probabilidades de ser solteras, haber tenido su primera relación sexual a una edad más temprana y haber tenido relaciones sexuales con mayor número de compañeros que el grupo de mujeres negativas. A las mujeres seropositivas se les proporcionó información sobre las vías de transmisión del VIH, las formas de prevención y como reconocer los síntomas de enfermedades vinculadas al VIH, se enfatizaba también sobre el riesgo de cualquier embarazo futuro. Un año después se citó a estas mujeres, sólo 24 de 94 regresaron, de éstas sólo 9 habían informado de la infección a su compañero, sólo 2 reportaron haber cambiado su vida debido al resultado de la prueba. 15 de las 24 mujeres

seropositivas expresaron deseos de tener muchos hijos para asegurarse de que algunos fueran sanos

Este estudio muestra que desafortunadamente las sesiones de orientación no persuadieron a las mujeres a utilizar mas los condones ni a limitar el numero de hijos. También es preocupante la tasa tan baja de notificación del diagnostico al compañero, la mayoría prefirió callar por miedo al abandono o a ser substituidas por otra mujer.

Wilson, T., Jaccard, J., Endias, R., Minkoff, H. (1993) realizaron un estudio en 971 mujeres heterosexuales no embarazadas en Nueva York, para analizar su actitud hacia la conducta de traer condones consigo mismas reduciendo de esta forma el riesgo de infección con el VIH. Se utilizo un cuestionario para conocer los principales factores que influyen en las mujeres en la conducta de cargar consigo condones. Se mencionaron ocho creencias principales:

- Traer condones disminuye el riesgo de infección del VIH y de otras enfermedades de transmisión sexual
- Traer condones disminuye el riesgo de embarazo.
- Traer condones puede hacer que el compañero sexual crea que la mujer que lo carga es "fácil"
- Traer condones puede hacer que el compañero sexual piense que es promiscua la mujer que lo carga
- Por traer condones el compañero puede pensar que la mujer lo esta acusando de ser promiscuo
- Traer condones puede hacer "demasiado fácil" para la propia mujer que lo carga el tener una relación sexual
- Traer condones puede resultar en una situación potencialmente embarazosa para la mujer
- Traer condones puede hacer a la mujer sentirse como una prostituta

El estudio tambien evaluo 4 variables:

- La actitud hacia los condones en general
- La actitud hacia la conducta de traer condones
- Las creencias acerca de traer condones.
- Las conductas sexuales de riesgo.

La muestra se dividió en las mujeres que reportaban un solo compañero sexual en los últimos 12 meses y aquellas que reportaban más de un compañero en el mismo tiempo. También se dividieron las mujeres que reportaban conocer bien a sus compañeros sexuales y las que aceptaban no conocer bien a sus compañeros. Se encontró que una actitud positiva hacia los condones es una condición necesaria pero no suficiente para tener una actitud positiva hacia la conducta de cargar condones. Contrario a lo que los autores suponían, muchas mujeres con actitudes negativas hacia los condones en general mostraron una actitud positiva hacia la conducta de traer condones con ellas mismas.

También encontraron que uno de los principales predictores de la conducta de cargar condones es la percepción de los estigmas sociales, más que lo que la pareja pueda pensar y que la posibilidad de un embarazo o de contraer una enfermedad, el principal obstáculo que reportaron las mujeres para cargar condones fue lo que los amigos y la sociedad pudieran pensar de ellas por tener esta conducta. Lo anterior se observó tanto en los diferentes grupos de mujeres de la muestra. La actitud de estas mujeres hacia los condones en general y su percepción de riesgo de infección de alguna enfermedad de transmisión sexual no influyó directamente en su actitud hacia la conducta de cargar condones. Los autores concluyen que es importante terminar con los estereotipos de que las "malas mujeres" son las que cargan condones en su bolsa, reforzando que el cargar condones puede ayudar a prevenir el SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual.

En otro estudio realizado por Williams (1990) con mujeres heterosexuales, portadoras y no portadoras del VIH y vinculadas de alguna manera con un programa de tratamiento, se encontró que en todas ellas las relaciones con sus hijos eran el vínculo interpersonal más importante. A todas las mujeres de la muestra, independientemente de su estado serológico, les preocupaba lo que iba a pasar con sus hijos si ellas desarrollaran el SIDA. Todas las mujeres, con excepción de una, pensaban en el aborto como la mejor solución para las mujeres VIH positivas embarazadas, sin embargo ninguna de ellas había abortado por este motivo, pero las mujeres seropositivas sentían miedo y culpa por la decisión de continuar con el embarazo, muchas de ellas entraron en conflicto debido a su deseo de ser madres y a sus derechos reproductivos. La autora concluye afirmando que las mujeres y los niños estarían más protegidos ante el SIDA previniendo la infección en la mujer y desarrollando una serie de servicios clínicos y de apoyo para las mujeres infectadas.

Allen, M., y Miller, D., (1989) realizaron un estudio con 237 estudiantes universitarios para examinar los efectos de la edad, el sexo y el contacto con víctimas de SIDA en la decisión de apoyar a una mujer heterosexual víctima de SIDA. Se aplicó un cuestionario en el que se presentaba a una estudiante seropositiva que contrajo la enfermedad a través de 4 diferentes situaciones: sexo sin protección, por uso de drogas, relaciones sexuales con un marido infiel y a través de una transfusión sanguínea, se preguntaba a los universitarios si apoyarían a dicha estudiante en su derecho de seguir acudiendo a clases firmando una circular.

Se encontró que el apoyo a una mujer heterosexual con SIDA es claramente influenciado por la conducta de riesgo. La mayoría de los integrantes de la muestra reportó un mayor deseo de apoyar a la mujer con SIDA si creían que no contrajo el SIDA a través de conductas de alto riesgo. Se encontraron algunas diferencias en cuanto al sexo, mientras que los hombres mostraron el mismo apoyo en todas las situaciones, las mujeres se mostraron mucho más deseosas de ayudar si el SIDA había sido contraído por una transfusión. No se encontró una relación entre la edad y el deseo de ayudar a una víctima de SIDA. El estudio también reportó que los estudiantes mostraban un mayor apoyo si este era anónimo y si se requería de poco esfuerzo. Estos resultados indican la necesidad de una mejor educación pública sobre la naturaleza del SIDA y su transmisión para incrementar el apoyo y el respeto a los derechos de las víctimas de SIDA, independientemente de la forma en la que se hayan infectado, especialmente en las mujeres.

Gerrard, M. y Warner, T. (1994) en otro estudio compararon las conductas de riesgo, la percepción de contraer VIH/SIDA y los predictores del uso del condón en dos grupos de mujeres muy diferentes en cuanto a su historia sexual, estudiantes y reclutas de la marina.

El estudio reportó que la conducta sexual de las marinas las pone en un riesgo mucho mayor de contraer el VIH/SIDA que la de las estudiantes, ya que reportaron mayor frecuencia de relaciones sexuales, con mayor número de compañeros, usando condones de manera menos frecuente y teniendo menor conocimiento sobre la transmisión del VIH/SIDA. También se encontró que son las marinas las que se perciben más vulnerables a contraer el virus que las estudiantes, pero en ambos grupos se vio que las mujeres se perciben a sí mismas con menor riesgo que otras mujeres independientemente del grupo al que pertenecían. En cuanto al uso del condón se encontró que las estudiantes reportaron ser, más frecuentemente, quienes toman la iniciativa en el uso del condón y lo utilizan más que las marinas, las estudiantes que utilizan el condón de manera usual son las que reportan que los condones son efectivos para prevenir el embarazo, se perciben con menor riesgo de contraer el VIH/SIDA, tienen relaciones de manera menos frecuente y sus relaciones son más frecuentemente con compañeros casuales. Mientras que las marinas reportaron de manera más frecuente que a sus parejas les desagrada usar condón lo que las pone en una situación muy difícil. En el grupo de mujeres estudiantes, la conducta de usar condón está relacionada con un menor percepción de riesgo de contraer el VIH/SIDA.

En general se encontró que las mujeres que reportaron menor número de relaciones sexuales regulares y casuales y menor percepción de contraer VIH/SIDA son las que usan de forma regular el condón. Mientras que las mujeres con mayor riesgo de infección debido a su conducta sexual utilizan de manera menos frecuente el condón. Estos hallazgos nos hacen ver que la relación entre la percepción de riesgo y las conductas de riesgo son muy diferentes en los diferentes grupos de mujeres, por lo que es importante no generalizar los resultados de un estudio hecho en un grupo a toda la población.

CAPITULO IV

MÉTODO

4.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La proporción de mujeres que se realiza la prueba de detección de anticuerpos del VIH es pequeña y el porcentaje de las mujeres que resultan portadoras del VIH también es bajo. Muchas mujeres que están infectadas son detectadas en el seguimiento del embarazo, en el parto o cuando sus parejas sexuales resultan infectadas.

Parece ser que no hay cambios en las conductas de riesgo o que no se tienen consciencia de la gravedad del problema. De aquí la importancia de la percepción de riesgo de contagio como un facilitador de conductas de riesgo y por lo tanto de la transmisión del VIH. Al tener mayor información que conduzca a saber más sobre los factores que influyen en la percepción de riesgo y en la realización de conductas preventivas asociadas al contagio del VIH por vía sexual, tales como las actitudes hacia el uso del condón y la conducta sexual en los diferentes grupos, en este caso las mujeres, se pueden realizar programas que incrementen la percepción de riesgo y por lo tanto, al percibir posibilidades de contraer el VIH se puede esperar que la población disminuya las conductas riesgos y cambie sus actitudes y conducta sexual.

Por lo tanto se plantearon las siguientes preguntas:

1. ¿Cuál es la distribución de las características sociodemográficas de la muestra, en las mujeres que se someten a la prueba de detección de anticuerpos del VIH y en las que no?
2. ¿Existe mayor percepción de riesgo de contraer VIH/SIDA en las mujeres que se someten a la prueba de detección de anticuerpos del VIH que en las que no?
3. ¿Existen diferencias en la actitud hacia el condón, en las mujeres que se someten a la prueba de detección de anticuerpos del VIH que en las que no?
4. ¿Habrá interacción entre el debut sexual con respecto a la percepción de riesgo y a la actitud hacia el uso del condón, en las mujeres que se someten a la prueba de detección de anticuerpos del VIH que en las que no?

4.2. HIPÓTESIS.

- **Hi:** Existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la percepción de riesgo de contagiarse de SIDA en las mujeres que se someten a la prueba de detección del VIH y en las que nunca se han realizado la prueba
- **Ho:** No existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la percepción de riesgo de contagiarse de SIDA en las mujeres que se someten a la prueba de detección del VIH y en las que nunca se han realizado la prueba.
- **Hi:** Existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la actitud hacia el condón en las mujeres que se someten a la prueba de detección de anticuerpos del VIH y en las que nunca se han realizado la prueba
- **Ho:** No existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la actitud hacia el uso del condón en las mujeres que se someten a la prueba de detección del VIH y en las que nunca se han realizado la prueba
- **Hi:** Existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la interacción del debut sexual y la prueba de detección del VIH, con respecto a la percepción de riesgo y a la actitud hacia el condón.
- **Ho:** No existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la interacción del debut sexual y la prueba de detección del VIH, con respecto a la percepción de riesgo y a la actitud hacia el condón.

4.3. VARIABLES

- Variables dependientes Percepción de riesgo de contraer SIDA.
Actitud hacia el condón

DEFINICIONES CONCEPTUALES

- **La percepción de riesgo** es la estimación que el individuo hace acerca de la posibilidad de que ocurra un evento (Proshaska, Albretch, Levy, Sugrue y Kim, 1990).
- **La actitud hacia el condón** es la predisposición del individuo para valorar de manera favorable o desfavorable el condón (Villagrán, 1993)

DEFINICIONES OPERACIONALES:

- **La percepción de riesgo** se midió a partir de la respuesta dada al grado de percepción de riesgo en una escala (de 1 a 3) que va de nada de riesgo hasta mucho riesgo
 - **La actitud hacia el condón** se evaluó a partir de las respuestas dadas a una serie de afirmaciones en las que el sujeto manifestó su acuerdo o desacuerdo
- Variable independiente: Prueba de detección de anticuerpos del VIH.
- Variables de clasificación: Nivel socioeconómico
Preferencia sexual.
Escolaridad
Estado civil
Debut sexual

4.4. MUESTRA.

Se utilizó una muestra de 60 sujetos, dividida en dos grupos. El grupo A está integrado por 30 mujeres que nunca se han sometido a la prueba de detección de anticuerpos del VIH/SIDA. El grupo B está integrado por 30 mujeres que se han sometido a la prueba de detección de anticuerpos del VIH/SIDA en la Fundación Mexicana para la Lucha contra el SIDA.

Los criterios de inclusión para ambos grupos fueron: edad entre 20 y 45 años, nivel socioeconómico medio, heterosexuales, con escolaridad mínima de secundaria y únicamente solteras y casadas

4.5. ESCENARIO

La presente investigación se llevó a cabo en las instalaciones de la Fundación Mexicana para la Lucha contra el SIDA para las mujeres que se han realizado la prueba. Y en el ambiente natural, en áreas de recreo, descanso, trabajo y enseñanza, donde se localizó a las mujeres que nunca se han realizado la prueba y que cumplían con los requisitos necesarios.

4.6. INSTRUMENTO

Se utilizó una encuesta CAP de Conocimientos, Actitudes y Prácticas sexuales, creado por la Facultad de Psicología de la UNAM.

Se trata de instrumento autoaplicable que consta de 113 reactivos divididos en 8 secciones, datos generales, vida sexual, anticoncepción y uso del condón, información y actitudes hacia el SIDA, este apartado a su vez se divide en percepción de riesgo y actitudes hacia el SIDA, enfermedades sexualmente transmisibles; inyecciones y consumo de drogas.

4.7 TIPO DE ESTUDIO

Se trata de una investigación descriptiva. Es un estudio comparativo ya que se comparan dos grupos para saber si existen diferencias entre ellos.

Es un estudio transversal porque el instrumento sólo se aplicó una vez y no hubo seguimiento.

4.8. PROCEDIMIENTO

Se aplicó el CAP en forma individual. Se dijo a los sujetos: "Soy psicóloga y estoy llevando a cabo una investigación sobre SIDA y las conductas de riesgo de contraer la enfermedad", se solicitó la cooperación para responder el cuestionario honestamente, agregando que los datos son anónimos y confidenciales, utilizándose sólo para fines estadísticos, se les explicó como contestar y se les pidió que preguntaran en caso de duda, agradeciendo su colaboración.

4.9. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Para el análisis de los datos se utilizó el Paquete Estadístico de las Ciencias Sociales SPSS. De este paquete se utilizaron los programas de:

Frecuencias, para conocer la distribución de las características de la muestra

Prueba t, para comparar grupos, con el objetivo de saber si existen diferencias

Correlaciones, para compara escalas, con el objetivo de saber si existen diferencias

Anova, para comparar grupos, con el objetivo de encontrar diferencias significativas en las escalas de uso del condón y percepción de riesgo

Para un mejor entendimiento y comprensión de la información, los resultados se presentan en tablas que describen las características de la muestra y las relaciones entre las variables dependientes e independiente

Finalmente los resultados obtenidos se confrontaron con la información que se tiene del marco teórico.

CAPITULO V

RESULTADOS

Para la obtención de los resultados, se utilizó el paquete estadístico SPSS (Statistical Package of the Social Science)

Del paquete ya mencionado se utilizaron los siguientes programas

- FRECUENCIAS.** Cuyo objetivo es dar a conocer la distribución de las características de la muestra
- CORRELACIONES** Comparando las escalas de actitud hacia el uso del condón, percepción de riesgo de contraer VIH y variables sociodemográficas, para saber si existen diferencias.
- PRUEBA t.** Para encontrar diferencias entre los grupos en las escalas de actitud hacia el uso del condón y de percepción de riesgo de contraer VIH/SIDA.
- ANOVA:** Con el cual se comparan los grupos A y B, así como los grupos de las mujeres que han tenido relaciones sexuales y las que no las han tenido, con relación a las escalas de actitud hacia el uso del condón y de percepción de riesgo

5.1 FRECUENCIAS:

A continuación se presentan las tablas de frecuencias obtenidas en las que se incluyen las variables y porcentajes de cada una de éstas, así como una breve descripción de cada tabla con el objetivo de conocer la distribución de las características de la muestra

Se presentan en forma simultánea los resultados de los grupos A, que incluye a las mujeres que nunca se han realizado la prueba de detección de anticuerpos del VIH, y del grupo B, que incluye a las mujeres que ya se han realizado la prueba.

En el grupo de mujeres que nunca se han realizado la prueba se encontró que las edades varían de los 21 a los 45 años, teniendo como promedio de edad 34.5 años y una desviación estándar de 7.4 años. La mayor frecuencia se encuentra en la edad de 42 años, siendo 4 las mujeres de esta edad.

En el grupo de mujeres que ya se realizaron la prueba de detección de anticuerpos del VIH las edades van de los 20 a los 44 años, teniendo un promedio de edad de 29.1 años y una desviación estándar de 7.6. La mayor frecuencia se encontró en los 24 años con 4 mujeres.

TABLA 7

VARIABLE	EDAD			
	GRUPO A		GRUPO B	
EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
20	0	0.0	2	6.7
21	2	6.7	1	3.3
22	1	3.3	3	10.0
23	0	0.0	4	13.3
24	1	3.3	3	10.0
26	1	3.3	3	10.0
27	1	3.3	1	3.3
28	2	6.7	1	3.3
29	2	6.7	0	0.0
31	0	0.0	1	3.3
32	0	0.0	1	3.3
33	1	3.3	0	0.0
34	1	3.3	0	0.0
35	2	6.7	3	10.0
36	2	6.7	1	3.3
37	1	3.3	1	3.3
38	2	6.7	0	0.0
39	2	6.7	0	0.0
40	1	3.3	2	6.7
41	1	3.3	0	0.0
42	4	13.3	1	3.3
43	0	0.0	1	3.3
44	1	3.3	1	3.3
45	2	6.7	0	0.0
TOTAL	30	100.0	30	100.0

TABLA 8

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS				
VARIABLE	GRUPO A		GRUPO B	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ESCOLARIDAD				
PRIMARIA	0	0.0	0	0.0
SECUNDARIA	3	10.0	6	20.0
PREPARATORIA	3	10.0	5	16.7
ESC TÉCNICA	10	33.3	2	6.7
PROFESIONAL	14	46.7	17	56.7
INGRESO				
SIN INGRESO	6	20.0	12	40.0
1 A 2 S.M.	1	3.3	7	23.3
3 A 4 S.M.	9	30.0	8	26.7
5 A 6 S.M.	14	46.7	3	10.0
ESTADO CIVIL				
SOLTERA S/PAR.	4	13.3	11	36.7
SOLTERA C/PAR.	8	26.7	8	26.7
CASADA	16	53.3	6	20.0
D. V. S. S/PAR	1	3.3	2	6.7
D. V. S. C/PAR	1	3.3	3	10.0
RELIGION				
NINGUNA	1	3.3	3	10.0
CATOLICA	28	93.3	24	80.0
OTRA	1	3.3	3	10.0

Con respecto a la escolaridad del grupo A, en su mayoría son profesionistas quienes conforman la muestra, no obstante, se pueden observar todas las escolaridades, excepto nivel primaria.

De la misma forma, las mujeres que conforman el grupo B son en su mayoría profesionistas v. aunque tampoco hay escolaridad de nivel primaria en este grupo, el 20% de estas mujeres tienen estudios de nivel secundaria.

En cuanto al ingreso del grupo A, se encontró que la mayoría de las mujeres que lo conforman perciben entre 3 y 6 salarios mínimos. En tanto que en el grupo B el 40% de las mujeres no perciben ningún ingreso y la mitad perciben entre 1 y 4 salarios mínimos.

Se encontró que la mayoría de las mujeres del grupo A son casadas, seguidas por solteras con pareja, conformando entre ambos grupos la mayoría. Mientras que el grupo B está compuesto por 20% de casadas y la mayoría son solteras con o sin pareja.

La religión que prevalece entre los dos grupos es católica, y de quienes pertenecen a alguna religión, en su mayoría admiten una regular influencia de esta al actuar

Del total del grupo de mujeres que no se han realizado la prueba de detección de anticuerpos del VIH, el 80% ha tenido relaciones sexuales y solo el 20% reportan no haber tenido relaciones sexuales. Mientras que las mujeres del grupo que ya se hicieron la prueba todas han tenido relaciones sexuales

TABLA 9.

CONDUCTAS DE RIESGO				
VARIABLE	GRUPO A		GRUPO B	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HA TENIDO REL. SEXUALES.				
Si	24	80.0	30	100.0
No	6	20.0	0	0.0
EDAD DE LA 1ª RELACION				
7	0	0.0	1	3.3
13	1	3.3	0	0.0
14	0	0.0	1	3.3
15	2	6.7	2	6.7
16	2	6.7	3	10.0
17	0	0.0	4	13.3
18	0	0.0	3	3.3
19	2	6.7	6	20.0
20	3	10.0	1	3.3
21	4	13.3	2	6.7
22	1	3.3	0	0.0
23	0	0.0	1	3.3
24	3	10.0	5	16.7
25	1	3.3	0	0.0
26	2	6.7	1	3.3
28	2	6.7	0	0.0
30	1	3.3	0	0.0
CON QUIEN TUVO LA 1ª RELACION				
Novio	17	56.7	22	73.3
Esposo	7	23.3	3	10.0
Amigo	0	0.0	4	13.3
Pariente	0	0.0	1	3.3

No DE PAREJAS SEXUALES EN LA VIDA					
1	11	36.7	10	33.3	
2	6	20.0	3	10.0	
3	3	10.0	6	20.0	
4	2	6.7	4	13.3	
5	1	3.3	0	0.0	
7	0	0.0	2	6.7	
8	0	0.0	2	6.7	
9	0	0.0	1	3.3	
10	1	3.3	1	3.3	
60	0	0.0	1	3.3	
CUANTAS HAN SIDO PAREJA SEX REGULAR					
1	18	60.0	13	43.3	
2	1	3.3	6	20.0	
3	1	3.3	6	20.0	
4	2	6.7	2	6.7	
5	1	3.3	1	3.3	
10	1	3.3	0	0.0	
NO. PAREJAS SEX EN EL ULTIMO AÑO					
0	8	26.7	2	6.7	
1	22	73.3	22	73.3	
2	0	0.0	5	16.7	
20	0	0.0	1	3.3	
TIENE PAREJA SEX REGULAR ACTUAL					
Si	22	73.3	18	60.0	
No	8	26.7	12	40.0	
FRECUENCIA DE REL CON P S R EN ULTIMOS SEIS MESES					
Menos 1 V/Mes	0	0.0	2	6.7	
1 O 2 V/Mes	3	10.0	6	20.0	
1 O 2 V/15 Dias	5	16.7	1	3.3	
1 O 2 V/Sem	12	40.0	8	26.7	
Diario O Casi	2	6.7	1	3.3	

HA USADO ANTI- CONCEPTIVOS				
Si	16	53.3	16	53.3
No	6	20.0	2	6.7
CUALES				
Condon	6	20.0	8	26.7
Pastillas	7	23.3	6	20.0
Ritmo	4	13.3	0	0.0
Ovulos, Jaleas	2	6.7	2	6.7
D I U.	6	20.0	4	13.3
Inyecciones	0	0.0	2	6.7
Retiro	0	0.0	2	6.7
EN CUANTAS REL USO CONDON				
Nunca	9	30.0	6	20.0
Algunas Veces	9	30.0	9	30.0
Siempre	0	0.0	3	10.0
HA OÍDO DEL CONDON				
Si	29	96.7	29	96.7
No	1	3.3	1	3.3
EXPLICAR COMO SE USA				
No Sabe	13	43.3	8	26.7
Sabe	17	56.7	22	73.3
SI INGIERE ALCOHOL, TIENE REL. SEXUALES				
Nunca	7	41.2	5	27.7
Algunas Veces	10	58.8	13	43.3

De las mujeres del grupo A que reportaron haber tenido relaciones sexuales se encontro que la edad de su primera relacion va de los 13 a los 30 años, encontrandose una mayor frecuencia a los 21 años con 4 mujeres, la media de la edad de la primera relacion sexual es de 17.13 años con una desviacion estandar de 9.59 para este grupo

En tanto que para las mujeres del grupo B la edad de su primera relacion sexual va de los 7 a los 26 años, la mayor frecuencia se encuentra en los 19 años con 6 mujeres, la media es de 18.86 años y la desviacion estandar de 3.91

17 de las 24 mujeres del grupo A que han tenido relaciones sexuales tuvieron la primera relacion con su novio y las 7 restantes la tuvieron con su esposo

El 73.3% de las mujeres del grupo B tuvieron su primera relación sexual con su novio, 4 mujeres de este grupo reportaron haber tenido su primera relación sexual con un amigo, 3 más con su esposo y una con un familiar

Del total de mujeres del grupo A el 36.7% ha tenido relaciones solo con una pareja, el 20% con dos, el 10% con tres. 2 mujeres reportaron haber tenido relaciones sexuales con 4 parejas, una mujer con 5 y una más reportó haber tenido 10 parejas sexuales en su vida

De las mujeres del grupo B el 33.3% han tenido solo una pareja sexual, el 10% ha tenido 2 y el 20% 3, las demás han tenido entre 4 y 10 parejas sexuales y una mujer reportó un total de 60 parejas

Del grupo A 18 mujeres definieron como pareja sexual regular a solo una de sus parejas sexuales, una mujer reportó haber tenido 2 parejas sexuales regulares y otra 3. Dos mujeres reportaron cuatro parejas sexuales regulares y dos mujeres reportaron haber tenido cinco y diez parejas sexuales regulares respectivamente

Del grupo B el 43.3% solo han tenido una pareja sexual regular, 21.20% reportan dos parejas sexuales regulares y otro 20% tres, dos mujeres reportan 4 parejas y otra más 5 parejas sexuales regulares en toda su vida

Las mujeres de ambos grupos que reportaron haber comenzado su vida sexual todas han tenido relaciones sexuales únicamente con hombres, por lo que se puede afirmar que son heterosexuales

De las mujeres del grupo A el 73.3% reportaron haber tenido solamente un compañero sexual durante los 12 meses anteriores al día de que se contestó el cuestionario, las otras mujeres de este grupo no han tenido relaciones sexuales en el último año

Del grupo B dos mujeres no han tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses, el 73.3% solo han tenido un compañero sexual, cinco mujeres reportaron dos compañeros sexuales en el último año y una de ellas 20

En el grupo A se encontró que de las mujeres que han tenido relaciones sexuales, solo 2 no tienen actualmente pareja sexual regular, mientras que las 22 restantes sí la tienen. En el grupo B el 60% tienen actualmente una pareja sexual regular y el 40% reportaron no tenerla

La mitad de las mujeres del grupo A que tienen una pareja sexual regular reportaron que tienen relaciones sexuales con dicha pareja una o dos veces por semana, solo dos mujeres reportaron tener relaciones sexuales con su pareja diario o casi diario, el 10% de este grupo tiene relaciones sexuales con su pareja una o dos veces al mes, y cinco mujeres de este grupo tienen relaciones una o dos veces cada quince días.

De las mujeres del grupo B el 26.7% tiene relaciones 1 ó 2 veces a la semana, el 20% 1 ó 2 veces al mes, dos mujeres de este grupo tienen relaciones sexuales menos de una vez al mes, una reporta tenerlas 1 ó 2 veces cada quince días y una más diario o casi diario.

Se encontró que de las mujeres del grupo A que han tenido relaciones sexuales solo el 53.3% ha utilizado algún método anticonceptivo, mientras que en el grupo B es el mismo porcentaje el que reporta haber utilizado algún método.

De las mujeres que reportaron el uso del algún método anticonceptivo, se encontró que en el grupo A se han utilizado el condón, las pastillas, el ritmo, ovulos, jaleas y DIU, mientras que en el grupo B las mujeres reportan haber utilizado además de estos las inyecciones y el coito interrumpido.

De las mujeres del grupo A solo el 30% ha utilizado el condón y ninguna reporto haberlo utilizado en todas sus relaciones sexuales. Mientras que en el grupo B se encontró que el 40% ha utilizado el condón, el 30% algunas veces y el 10% siempre.

El 96.7% de las mujeres de ambos grupos han oído hablar del condón o preservativo y solamente una mujer de cada grupo no ha escuchado nunca de este.

Aunque la mayoría de las mujeres del grupo A han oído hablar del condón, sólo el 43.3% sabe como se usa y la mayoría, el 56.7%, no sabe como utilizar un condón.

Para el grupo B se encontró que el 73.3% sabe utilizar el condón, y solo el 26.7% no sabe usarlo.

De las mujeres del grupo A que reportaron consumir bebidas alcoholicas el 41.2% nunca tiene relaciones sexuales cuando bebe, mientras que el otro 58.8% algunas veces tiene relaciones sexuales cuando consume alcohol.

De las mujeres del grupo B que consumen bebidas alcoholicas el 27.7% nunca tiene relaciones sexuales cuando bebe, mientras que el restante 43.3% algunas veces lo hace.

TABLA 10

PREDICTORES DE PERCEPCION DE RIESGO				
VARIABLE	GRUPO A		GRUPO B	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
QUE ES EL SIDA				
Sabe	4	13.3	4	13.3
No sabe	26	86.7	26	86.7

FORMAS DE CONTAGIO					
Sexual	27	90.0	29	96.7	
Sanguinea	25	83.3	27	90.0	
Perinatal	2	6.7	10	33.3	
UNA PERSONA CON VIH PUEDE NO MOSTRAR SINTOMAS					
Si	27	90.0	27	90.0	
No	2	6.7	1	3.3	
No se	1	3.3	2	6.7	
COMPARADO CON OTROS QUE RIESGO TIENES DE CONTRAER SIDA					
Mayor riesgo	0	93.3	8	26.7	
Menor riesgo	28	0.0	21	70.0	
SE PUEDE EVITAR EL SIDA CAMBIANDO LAS CONDUCTAS					
Si	25	83.3	27	90.0	
No	2	6.7	0	0.0	
No se	3	10.0	3	10.0	
CAMBIARAS ALGUNA CONDUCTA					
Si	7	23.3	24	80.0	
No	23	76.7	6	20.0	
HA HABIDO SITUACIONES EN LAS QUE NO TE HAS PROTEGIDO					
Si	0	0.0	15	50.0	
No	30	100.0	15	50.0	
EL GOBIERNO DEBE TOMAR MEDIDAS PARA EVITAR QUE EL SIDA SE EXTIENDA					
Si	27	90.0	23	76.7	
No	3	10.0	7	23.3	

CUANTO PREVALECE EL SIDA EN MÉXICO				
Nada	2	6.7	0	0.0
Algo	6	20.0	6	20.0
Mucho	29	66.7	23	76.7

En ambos grupos se encontró que el 13.3% no sabe que es el SIDA. Casi la mitad de las mujeres del grupo A, el 46.7%, dicen que el SIDA es un virus que debilita o que es la pérdida de defensas. En este mismo grupo, el 13.3% supo que el SIDA es un síndrome adquirido por un virus que debilita las defensas y que hace más vulnerable a las enfermedades. Un 10% dice que es una enfermedad que se da en algunas personas por determinadas prácticas, mientras que 2 mujeres más afirman que el SIDA es una enfermedad venerea, mortal, contagiosa e infecciosa.

En el grupo B, el 30% explicó al SIDA como un virus que debilita y termina con las defensas, el 26.7% dice que es un síndrome que se adquiere mediante un virus que debilita las defensas y que hace más vulnerable a adquirir enfermedades.

En lo que se refiere a las formas de transmisión del SIDA, se encontró que en el grupo A el 90% de las mujeres sabe que se puede contagiar a través de relaciones sexuales, mientras que en el grupo B este porcentaje es de 96.7.

La forma de contagio a través de la vía sanguínea es conocida por el 83.3% de las mujeres del grupo A y por el 90% de las del grupo B.

La vía perinatal resultó ser la menos conocida con 6.7% para el grupo A y 33.3% para el B.

El 90% de las mujeres de cada grupo saben que es posible que una persona contagiada con el virus que causa el SIDA no muestre síntomas de la enfermedad. El 6.7% del grupo A y el 3.3% del B no saben que esto es posible, mientras que una mujer del grupo A y dos del B no están seguras de esto.

Todas las mujeres reportaron saber que una persona que no presenta síntomas de la enfermedad, pero que tiene el virus que causa el SIDA puede contagiar a otra persona.

El 93.3% del grupo A se considera con menor riesgo de contraer SIDA al compararse con otras personas, mientras que en el grupo B el 70% se consideran con menor riesgo y el 26.7% con mayor riesgo.

A la pregunta de si se puede evitar contraer SIDA haciendo algunas cosas y dejando de hacer otras, el 83.3% del grupo A contestó que si es posible, el 6.7% afirma que esto no puede ser y el 10% no lo sabe

En el grupo B el 90% cree que si es posible evitar el contagio de SIDA cambiando el comportamiento, mientras que el 10% restante no lo sabe

El 46.7% del grupo A informa que se puede evitar el contagio de SIDA teniendo relaciones sexuales con precaución, es decir, teniendo solo una pareja o usando el condón. El 20% dio respuestas generales como "ser precavido, tener una vida sana, usar ciertos métodos". Una mujer mencionó llevar una vida heterosexual y otra evitar donar o recibir sangre

En el grupo B la mayoría de las mujeres dicen que se puede evitar el contagio de SIDA teniendo relaciones sexuales con precaución, el 26.7% mencionó el ser precavido y también se mencionaron como medidas de prevención en este grupo el no tener vida sexual y el no tener relaciones sexuales con seropositivos.

En el grupo A el 76.6% no tiene pensado cambiar ninguna conducta para contraer el SIDA, dando como razones el no tener vida sexual, el ser precavidas o la falta de decisión.

En el grupo B el 80% si ha pensado cambiar alguna conducta por lo que ha oído y aprendido sobre el SIDA. Entre estas conductas se mencionaron el tener relaciones con una sola pareja, usar condón, tener más cuidado en sus relaciones, buscar más información, exigir higiene en consultorios, hospitales, laboratorios y clínicas, no tocar la sangre de nadie y no tener relaciones sexuales.

A la pregunta de si ha habido situaciones en las que debías haberte protegido del contagio del SIDA pero no lo hiciste, el 100% del grupo A contestó que no, mientras que en el grupo B el 50% contestó que no y el otro 50% que sí, mencionando situaciones tales como actividad sexual con parejas ocasionales y actividad sexual sin condón.

La mayoría de las mujeres de ambos grupos consideran que el gobierno debe tomar medidas para evitar que el SIDA se siga extendiendo. Las medidas propuestas fueron: dar mayor información, impartir educación sexual, controlar la prostitución, aislar a los enfermos, aportar dinero para la investigación y prevención y mejorar el manejo de la información.

La mayoría de las mujeres de la muestra consideran que el SIDA prevalece mucho en nuestro país.

TABLA 11

PORCENTAJE DE LA PERCEPCION DE RIESGO POR PREFERENCIA SEXUAL Y NUMERO DE PAREJAS SEXUALES						
	GRUPO A			GRUPO B		
	NINGUNA	REGULAR	MUCHAS	NINGUNA	REGULAR	MUCHAS
HO HM CON 1 PAREJA	16.7	53.3	30.0	23.3	46.7	30.0
HO HM MAS DE 1 PAREJA	0.0	6.7	93.3	33.3	10.0	86.7
MU HM CON 1 PAREJA	20.0	60.0	20.0	33.3	36.7	30.0
MU HM MAS DE 1 PAREJA	6.7	6.7	86.7	6.7	16.7	76.7
HO HT CON 1 PAREJA	53.3	26.7	20.0	43.3	43.3	13.3
HO HT MAS 1 PAREJA	0.0	23.3	76.7	10.0	23.3	66.7
MU HT CON 1 PAREJA	53.3	30.0	16.7	43.3	43.3	13.3
MU HT MAS 1 PAREJA	0.0	23.3	76.7	3.3	20.0	76.7
HO Y MU BISEX	3.3	3.3	93.3	0.0	26.7	73.3
TU	73.3	26.7	0.0	30.0	50.0	20.0

Como se puede observar, ambos grupos consideran que la posibilidad de contagiarse de SIDA incrementa la aumentar el numero de parejas sexuales

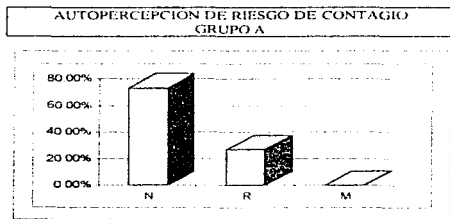
La mayoria de las mujeres que no se han hecho la prueba se consideran a si mismas con ninguna posibilidad de contagiarse, y ninguna de ellas se percibe con muchas posibilidades de contagio.

Las mujeres del grupo A perciben casi con la misma posibilidad de contagio a hombres y mujeres, mientras que las mujeres del grupo B perciben con mayor riesgo de contagio a las mujeres que a los hombres

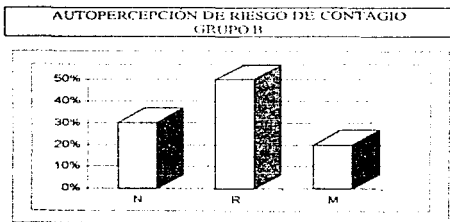
En ambos grupos se consideró a los homosexuales con mayor riesgo de contagio que a los heterosexuales

En ambos grupos, al cuestionarles sobre el riesgo de contagio de infectarse con el VIH en si mismas, se aprecia claramente como baja la percepción de riesgo, incluso en el grupo de mujeres que ya se hicieron la prueba

GRAFICA 2



GRAFICA 3



5.2 CORRELACIONES

A continuación aparecen las tablas de correlaciones obtenidas y se interpretaron. Se correlacionaron los diferentes factores de la escala de actitud hacia el condón, para encontrar relaciones significativas entre ellos. Con el mismo fin se obtuvieron correlaciones entre los distintos factores de la escala de percepción de riesgo de contagio de VIH. Se obtuvieron correlaciones de la escala de actitud hacia el uso del condón, contra la escala de percepción de riesgo de contagio y contra las variables sociodemográficas, con la finalidad de obtener relaciones significativas.

En la escala de actitud hacia el condón se tomaron en cuenta tres factores:

- Utilidad:** Considerando su precio, prevención de embarazos o facilidad de utilizarlos.
- Placer:** Como que el condón haga que el hombre pierda la erección o que su uso inereamente el placer en la relación sexual.
- Desagrado:** El hecho de que su uso vaya en contra de la religión, la posibilidad de quedarse dentro de la matriz o el estómago o que su uso sea ofensivo para las esposas o parejas habituales.

En cuanto a la correlación de la escala de actitud hacia el uso del condón, en el grupo A se encontraron relaciones significativas entre los tres factores: utilidad, placer y desagrado hacia el uso del condón.

TABLA 12

ACTITUD HACIA EL USO DEL CONDÓN		
GRUPO A		
	UTILIDAD	NEGATIVA
DESAGRADO	0.4212 **	
PLACER	0.6394 **	0.4005 **

** Valor menor o igual a .05

Como se puede observar en la tabla 13, las mujeres que no se han realizado la prueba de detección de anticuerpos del VIH tienen una actitud de desagrado hacia el condón, aunque lo perciben como algo útil y placentero.

TABLA 13

ACTITUD HACIA EL USO DEL CONDÓN		
GRUPO B		
	DESAGRADO	POSITIVA
NEGATIVA	0.8578 **	
PLACER	0.8021 **	0.5611 **

** Valor menor o igual a .05

En el grupo de mujeres que ya se realizaron su prueba se encontraron correlaciones significativas entre la actitud de desagrado hacia el uso del condón y la percepción del condón como algo útil, la percepción del condón como algo útil y como algo placentero también se correlacionaron significativamente, al igual que la actitud hacia el condón como algo placentero con la actitud de desagrado hacia el condón

Las correlaciones en este grupo son más altas que en el grupo A, principalmente las mujeres que perciben el condón como algo desagradable lo perciben también como algo útil.

En la correlación de la escala de percepción de riesgo de contagio de VIH al practicar diversas conductas, se correlacionaron los siguientes factores: conducta sexual de alto riesgo con desconocidos, conductas de prevención hacia el contagio, conductas de bajo riesgo y situaciones públicas, relaciones con personas que tienen SIDA en situaciones de bajo riesgo, y consumo de drogas.

La conducta sexual de alto riesgo con desconocidos se refiere a: tener relaciones sexuales con prostitutas sin usar condón, tener relaciones sexuales con parejas ocasionales sin usar condón, el uso de agujas o jeringas sin esterilizar y el tener relaciones sexuales con muchas personas.

Las conductas de prevención hacia el contagio tienen que ver con tener relaciones sexuales con alguien que tiene SIDA, aunque se use el condón, masturbación mutua con una pareja ocasional, tener relaciones sexuales con parejas ocasionales, aunque se use condón, y tener sexo oral con alguien que no se conoce bien.

El factor de conductas de bajo riesgo y situaciones públicas, se refiere al uso de baños públicos, nadar en albercas públicas, donar sangre y recibir transfusiones sanguíneas en un hospital.

El factor que se refiere a las relaciones con personas que tienen SIDA, en situaciones de bajo riesgo, incluye: saludarse de mano con alguien que tiene SIDA, jugar con niños que tienen SIDA, acudir a clínicas dentales o de salud en las que se atiende a personas con SIDA y besarse en la boca con alguien que tiene SIDA.

El factor de drogas tiene que ver con inyectarse con drogas como heroína, cocaína, etc y a tener relaciones sexuales usando el condón, con una persona que se inyecta drogas

TABLA 14

CORRELACIONES EN LA PERCEPCIÓN DE RIESGO DE CONTAGIO DE VIH AL PRACTICAR DIVERSAS CONDUCTAS				
GRUPO A				
	CONDUCTA SEXUAL DE ALTO RIESGO CON DESCONOCIDOS	CONDUCTA DE PREVENCIÓN AL CONTAGIO	CONDUCTA DE BAJO RIESGO Y SITUACIONES PÚBLICAS	CONSUMO DE DROGAS
CONDUCTA DE PREVENCIÓN AL CONTAGIO	0.2203			
CONDUCTA DE BAJO RIESGO Y SITUACIONES PÚBLICAS	0.0532	0.3762 **		
CONSUMO DE DROGAS	0.0925	0.6081 **	0.6848 **	
RELACIONES CON PERSONAS CON SIDA EN SITUACIONES DE BAJO RIESGO	0.2150	0.3980 **	0.3980	0.0886

** Valor menor o igual a 0.05

En el grupo de mujeres que no se ha realizado la prueba de detección de anticuerpos del VIH se encontró que las mujeres que perciben como muy riesgosas las conductas de prevención hacia el contagio, también perciben como muy riesgosas las conductas de bajo riesgo y situaciones públicas, las relaciones con personas que tienen SIDA en situaciones de bajo riesgo y el uso de drogas, y de igual manera, las mujeres que perciben como poco riesgosas las conductas de prevención hacia el contagio, también perciben como poco riesgosas las conductas de bajo riesgo y situaciones públicas, las relaciones con personas que tienen SIDA en situaciones de bajo riesgo y el uso de drogas. Sin embargo, no se encontró ninguna correlación significativa en la percepción de riesgo de contagio entre las conductas de prevención y la conducta sexual de alto riesgo con desconocidos.

Así mismo, las mujeres del grupo a que consideran como muy riesgoso el uso de drogas también consideran altamente riesgosas las conductas de bajo riesgo y situaciones públicas, y viceversa, las mujeres que consideran poco riesgoso el uso de drogas consideran poco riesgosas las conductas de bajo riesgo y situaciones públicas.

Entre los demás factores no se encontraron correlaciones significativas en este grupo

TABLA 15

CORRELACIONES EN LA PERCEPCIÓN DE RIESGO DE CONTAGIO DE VIH AL PRACTICAR DIVERSAS CONDUCTAS				
GRUPO B				
	CONDUCTA SEXUAL DE ALTO RIESGO CON DESCONOCIDOS	CONDUCTA DE PREVENCIÓN AL CONTAGIO	CONDUCTA DE BAJO RIESGO Y SITUACIONES PÚBLICAS	CONSUMO DE DROGAS
CONDUCTA DE PREVENCIÓN AL CONTAGIO	0.5188 **			
CONDUCTA DE BAJO RIESGO Y SITUACIONES PÚBLICAS	0.0988	0.1834		
CONSUMO DE DROGAS	0.3522 **	0.1748	0.3293 *	
RELACIONES CON PERSONAS CON SIDA EN SITUACIONES DE BAJO RIESGO	0.0575	0.0829	0.3246	0.0025

** Valor menor o igual a 0.05

* Valor marginal, cercano a 0.05

En el grupo B se encontró que las mujeres que perciben como muy riesgosa la conducta sexual de alto riesgo con desconocidos también perciben como muy riesgosa las conductas de prevención hacia el contagio, y las que perciben como poco riesgosa la conducta sexual de alto riesgo con desconocidos también perciben con poco riesgo las conductas de prevención hacia el contagio.

También hay una relación significativa en la percepción de riesgo de contagio entre las conductas de alto riesgo con desconocidos y el uso de drogas.

En contraste con el grupo A, no se encontró una relación en la percepción de riesgo entre las conductas de prevención hacia el contagio y las conductas de bajo riesgo y situaciones públicas, las relaciones con personas que tienen SIDA en situaciones de bajo riesgo y el uso de drogas.

En el grupo A se encontró una relación significativa en la percepción de riesgo de contagio entre las conductas de bajo riesgo y situaciones públicas y el uso de drogas, en este grupo se encontró una correlación marginal entre estos dos factores de prevención.

También se encontró una correlación marginal entre las conductas de bajo riesgo y situaciones públicas y las relaciones con personas que tienen SIDA en situaciones de bajo riesgo.

TABLA 16

CORRELACIÓN ENTRE ACTITUD HACIA EL USO DEL CONDÓN Y PERCEPCIÓN DE RIESGO DE CONTAGIO DEL VIH						
	GRUPO A			GRUPO B		
	U	D	P	U	D	P
CONDUCTA SEXUAL DE ALTO RIESGO CON DESCONOCIDOS	0.6826 **	0.3822 **	0.5012 **	0.0784	0.0086	0.1674
CONDUCTA DE PREVENCIÓN HACIA EL CONTAGIO	0.1522	-0.2996	-0.1882	0.1841	0.2154	0.0772
CONDUCTA DE BAJO RIESGO Y SITUACIONES PÚBLICAS	0.3120 *	-0.0157	-0.0349	-0.4284**	-0.2114	-0.5195**
RELACIONES CON PERSONAS QUE TIENEN SIDA EN SITUACIONES DE BAJO RIESGO	0.1307	-0.1016	-0.1314	-0.0497	-0.2127	0.0660
DROGAS	0.1313	-0.1631	-0.1713	-0.1031	-0.0922	-0.1312

** Valor menor o igual a 0.05

* Valor marginal, cercano a 0.05

En la correlación en las escalas de actitud hacia el uso del condón y percepción de riesgo de contagio de VIH al practicar diversas conductas se tomaron en cuenta los factores citados anteriormente.

Se encontró que las mujeres que no se han hecho la prueba y que consideran el uso del condón como algo útil perciben como muy riesgosa la conducta sexual de alto riesgo con desconocidos, también se encontró una relación entre la percepción del condón como algo útil y la percepción de alto riesgo de las conductas de prevención hacia el contagio, siendo ésta una correlación marginal.

En este mismo grupo de mujeres que ya se han realizado la prueba, se encontró que las mujeres que tienen una actitud de desagrado hacia el condón perciben como más riesgosas las conductas sexuales de alto riesgo con desconocidos y las que tienen una actitud de menor desagrado perciben como menos riesgosa la conducta sexual de alto riesgo con desconocidos.

También se encontró una relación entre placer y la conducta de bajo riesgo y situaciones públicas en el grupo B, conforme aumenta su actitud hacia el condón como algo agradable consideran más riesgosas las conductas de bajo riesgo y situaciones públicas.

Como se puede observar, en el grupo A, la percepción de riesgo de la conducta sexual de alto riesgo se correlaciona positivamente con los tres factores del uso del condón: utilidad, desagrado y placer, ninguna de estas correlaciones se encuentra en el grupo B

En el grupo A se encontró una correlación marginal entre una actitud de utilidad hacia el uso del condón y las conductas de bajo riesgo y situaciones públicas, mientras que en el grupo B se encontró una correlación negativa entre estos dos factores, es decir que las mujeres que ya se han realizado la prueba de anticuerpos del VIH que consideran el uso del condón como algo útil perciben como poco riesgosas las conductas de bajo riesgo y situaciones públicas y las que consideran como poco útil el uso del condón perciben como muy riesgosas las conductas de bajo riesgo y situaciones públicas.

También en el grupo B se encontró una correlación negativa entre una actitud de placer hacia el uso del condón y las conductas de bajo riesgo y situaciones públicas. Conforme aumenta la actitud hacia el condón como algo agradable disminuye la percepción de riesgo en las conductas de bajo riesgo y situaciones públicas, y las mujeres de este grupo que tienen una actitud hacia el condón como algo menos placentero consideran con mayor riesgo las conductas de bajo riesgo y situaciones públicas. En el grupo A no se encontró ninguna relación entre el placer y las conductas de bajo riesgo y situaciones públicas.

No hay ninguna otra correlación significativa entre los factores de actitud hacia el uso del condón y los factores de percepción de riesgo de contagio de VIH en ninguno de los dos grupos.

TABLE 17

	CORRELACION ENTRE ACTITUD HACIA EL USO DEL CONDÓN Y VARIABLES SOCIODEMOCRÁFICAS					
	GRUPO A			GRUPO B		
	U	D	P	U	D	P
EDAD	0.2487	0.1197	0.0152	-0.0170	-0.0632	0.0459
EDAD DE LA PAREJA SEXUAL REGULAR	0.3647**	0.3197*	0.2120	-0.0764	-0.0414	0.1525
EDAD DE LA 1ª RELACION SEXUAL	0.4224**	0.1969	0.1766	0.2096	0.1962	-0.1101
ESCOLARIDAD	-0.1964	-0.1371	0.2999	0.2363	0.1540	0.0902
INGRESO	-0.0589	-0.2475	-0.3185*	0.0163	0.1084	0.0433

* Valor menor o igual a 0.05

** Valor marginal cercano a 0.05

Al correlacionar los factores de actitud hacia el uso del condón con las variables sociodemográficas, solo se encontraron relaciones significativas en el grupo A.

En el grupo de mujeres que no se han realizado la prueba del SIDA hay una relación entre la actitud hacia el condón como algo útil con respecto a la edad de la pareja sexual regular y la edad de la primera relación sexual. Conforme aumenta la edad de la pareja sexual se considera más útil el uso del condón, de igual forma esta misma actitud hacia el condón aumenta al aumentar la edad de la primera relación sexual.

Se encontró también una correlación marginal entre la edad de la pareja sexual regular y una actitud de desagrado hacia el condón, conforme aumenta la edad de la pareja sexual regular se tiene una actitud de mayor desagrado hacia el uso del condón.

Otra correlación marginal, aunque negativa, se da entre la actitud hacia el condón como algo desagradable y el ingreso, es decir, las mujeres con mayor ingreso perciben como menos placentero el uso del condón y las mujeres con menor ingreso perciben más placer en las relaciones sexuales con condón.

Entre los demás factores de esta correlación no se encontró ninguna otra relación significativa.

5.3 PRUEBA t

Se realizó una prueba t para saber si hay diferencias entre el grupo A y el grupo B en la actitud hacia el uso del condón tomándose en cuenta la actitudes de utilidad, desagrado y placer, y en la percepción de riesgo de contagio de VIH por la práctica de conducta sexual de alto riesgo con desconocidos, conducta de prevención hacia el contagio, conducta de bajo riesgo y situaciones públicas, relaciones con personas que tienen SIDA en situaciones de bajo riesgo y uso de drogas.

TABLA 18

DIFERENCIAS A TRAVÉS DE LA PRUEBA t EN LA ACTITUD HACIA EL USO DEL CONDÓN EN MUJERES QUE SE HAN REALIZADO Y NO SE HAN REALIZADO LA PRUEBA DE DETECCIÓN DE ANTICUERPOS DEL VIH				
FACTOR	A GRUPO A	A GRUPO B	VALOR DE t	SIGNIFICANCIA
DESAGRADO	4.40	3.83	1069	0.096 *
PLACER	4.16	4.20	-0.11	0.913
UTILIDAD	8.66	8.00	1051	0.138

* Valor marginal, cercano a 0.05

La prueba t de la escala de actitud hacia el uso del condón reportó que existe una diferencia marginal entre el grupo A y el grupo B en la actitud de desagrado hacia el uso del

condón. Las mujeres que no se han realizado la prueba de detección de anticuerpos del VIH tienen una actitud de mayor desagrado hacia el uso del condón, y a las mujeres que se han realizado la prueba les desagrada menos usar el condón o preservativo

No se encontraron diferencias significativas entre los grupos en la percepción que tienen del uso del condón como algo útil y como algo placentero

TABLA 19

DIFERENCIAS A TRAVÉS DE LA PRUEBA EN LA PERCEPCIÓN DE RIESGO DE CONTRAER VIH/SIDA EN MUJERES QUE SE HAN HECHO LA PRUEBA Y LAS QUE NO SE LA HAN HECHO				
FACTOR	A GRUPO A	A GRUPO B	VALOR DE t	SIGNIFICANCIA
CONDUCTA SEXUAL DE ALTO RIESGO CON DESCONOCIDOS	14.70	14.50	0.64	0.522
CONDUCTA DE PREVENCIÓN HACIA EL CONTAGIO	9.46	8.70	1.52	0.134
CONDUCTA DE BAJO RIESGO Y SITUACIONES PÚBLICAS	8.00	7.23	1.73	0.089 *
RELACIONES CON PERSONAS QUE TIENEN SIDA EN SITUACIONES DE BAJO RIESGO	6.56	5.96	1.73	0.088 *
DROGAS	5.33	5.10	0.91	0.367

* Valor marginal, cercano a 0.05

En lo que se refiere a la percepción de riesgo de contagio del VIH no se encontró ninguna diferencia significativa entre los grupos en los factores de conducta sexual de alto riesgo con desconocidos, conductas de prevención hacia el contagio ni en el uso de drogas

Se encontró una diferencia marginal en las conductas de bajo riesgo y situaciones públicas, las mujeres que no se han realizado la prueba de detección de anticuerpos del VIH consideran mas riesgosas las situaciones de bajo riesgo y las situaciones publicas que las mujeres que ya se han realizado la prueba

Tambien se encontro una diferencia marginal en el factor de las relaciones con personas que tienen SIDA en situaciones de bajo riesgo, las mujeres que ya se han hecho la prueba perciben menos riesgosas las relaciones con personas que tienen SIDA en situaciones de bajo riesgo, que las mujeres que no se han hecho la prueba.

TABLA 20

PRUEBA t				
PERCEPCIÓN DE RIESGO POR PREFERENCIA SEXUAL Y NÚMERO DE PAREJAS				
	X GRUPO A	X GRUPO B	VALOR DE t	SIGNIFICANCIA
HO HM CON 1 PAREJA	2.13	2.06	0.36	0.71
HO HM MAS DE 1 PAREJA	2.93	2.83	1.04	0.30
MU HM CON 1 PAREJA	2.00	1.93	0.34	0.73
MU HM MAS DE 1 PAREJA	2.76	2.70	0.40	0.68
HO HT CON 1 PAREJA	1.66	1.70	-0.17	0.86
HO HT MAS DE 1 PAREJA	2.76	2.53	1.44	0.15
MU HT CON 1 PAREJA	1.60	1.63	-0.16	0.84
MU HT MAS DE 1 PAREJA	2.76	2.70	0.47	0.64
HO Y MU BISEXUALES	2.90	2.73	1.51	0.13
TU	1.20	1.86	-3.84	0.00 **

** Valor menor o igual a 0.05

5.4 ANOVA.

Continuando con el análisis de diferencias, a continuación se presentan los resultados del análisis de varianza y su respectiva interpretación, comparando el grupo A y el grupo B, así como el grupo de mujeres que ha tenido relaciones sexuales y el que no las ha tenido, con las escalas del uso del condón y de percepción de riesgo para encontrar diferencias significativas.

Con respecto a la actitud de la muestra hacia el condón, se encontraron los datos que se presentan en la tabla 21.

Como se puede observar no existieron diferencias significativas entre las mujeres que han tenido y las que no han tenido relaciones sexuales, respecto a la actitud hacia el uso del condón.

TABLA 21

ANÁLISIS DE VARIANZA				
ACTITUD HACIA EL USO DEL CONDÓN				
FACTOR	MEDIAS		F	SIGNIFICANCIA
UTILIDAD	GRUPO A	8.93	5.200	0.27 *
	GRUPO B	8.00		
	REL SEX NO REL SEX	8.42 8.75		
DESAGRADO	GRUPO A	4.41	4.067	0.49 *
	GRUPO B	3.83		
	REL SEX NO REL SEX	4.11 4.00		
PLACER	GRUPO A	4.30	0.123	0.728
	GRUPO B	4.20		
	REL SEX NO REL SEX	4.25 4.25		

** Valor menor o igual a 0.05

Se encontraron diferencias entre los grupos A y B en cuanto a la actitud de utilidad y la actitud de desagrado hacia el condón, siendo el grupo A el que percibe como más útil el uso del condón y también tiene una actitud de mayor desagrado hacia éste.

En lo que se refiere a la actitud de placer hacia el condón no se encontraron diferencias significativas.

Los resultados que se obtuvieron en la escala de percepción de riesgo de contagio de VIH en los grupos A y B y en los grupos de mujeres que han tenido y no han tenido relaciones sexuales se presentan en la tabla 22.

TABLA 22

ANÁLISIS DE VARIANZA				
PERCEPCIÓN DE RIESGO DE CONTAGIO DE VIH				
FACTOR	MEDIAS		F	SIGNIFICANCIA
CONDUCTA SEXUAL DE ALTO RIESGO CON DESCONOCID	GRUPO A	14.78	0.737	0.394
	GRUPO B	14.50		
CONDUCTA DE PREVENCIÓN HACIA EL CONTAGIO	REL SEX	14.62	0.003	0.960
	NO REL SEX	14.75		
CONDUCTA DE BAJO RIESGO Y SITUACION PÚBLICAS	GRUPO A	9.63	3.352	0.73 *
	GRUPO B	8.70		
RELACIONES CON PERSONAS QUE TIENEN SIDA EN SITUACIONES DE BAJO RIESGO	REL SEX	9.13	0.176	0.677
	NO REL SEX	9.25		
DROGAS	GRUPO A	8.11	6.127	0.16 **
	GRUPO B	7.23		
RELACIONES CON PERSONAS QUE TIENEN SIDA EN SITUACIONES DE BAJO RIESGO	REL SEX	7.74	4.278	0.043 **
	NO REL SEX	6.5		
DROGAS	GRUPO A	6.70	3.435	0.69 *
	GRUPO B	5.97		
DROGAS	REL SEX	6.26	0.231	0.632
	NO REL SEX	7.00		
DROGAS	GRUPO A	5.37	1.048	0.311
	GRUPO B	5.10		
DROGAS	REL SEX	5.23	0.065	0.800
	NO REL SEX	5.25		

** Valor menor o igual a 0.05

* Valor marginal, cercano a 0.05

No se encontraron diferencias significativas en ningún grupo en los factores de conducta sexual de alto riesgo con desconocidos, relaciones con personas que tienen SIDA en situaciones de bajo riesgo y drogas.

En cuanto a la conducta de prevención hacia el contagio se encontró una diferencia marginal entre los grupos A y B, encontrándose que el grupo A percibe con mayor riesgo de contagio las conductas de prevención hacia el contagio de VIH que el grupo B. En este factor no se encontraron diferencias entre las mujeres que han tenido relaciones sexuales y las que no las han tenido.

En lo que se refiere al factor que mide las conductas de bajo riesgo y las situaciones públicas, se encontró que han diferencias significativas tanto en los grupos A y B, como en las mujeres que han tenido relaciones sexuales y que no las han tenido, siendo el grupo A y

el grupo de mujeres que han tenido relaciones sexuales las que perciben las conductas de bajo riesgo y las situaciones públicas con mayor riesgo de contraer SIDA

En cuanto a la percepción de riesgo de contraer SIDA al tener relaciones sexuales con personas que tienen SIDA en situaciones de bajo riesgo se encontró que el grupo A percibe estas relaciones con mayor riesgo que las mujeres del grupo B, mientras que no hay diferencias entre las mujeres que han tenido y las que no han tenido su debut sexual.

CAPITULO VI

DISCUSIÓN.

6.1 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

A continuación se presenta la discusión de los resultados obtenidos en la presente investigación, empezando por las características que describen la muestra

Resulta alarmante que a pesar de que se ha constatado un incremento en el porcentaje de mujeres portadoras del VIH/SIDA y que la proporción de mujeres con SIDA en relación al total de casos notificados ha aumentado (Boletín Mensual SIDA/ETS, Julio, 1995), son muy pocas las mujeres que en la actualidad acuden a realizarse la prueba de detección de anticuerpos del VIH/SIDA.

Las mujeres que sí lo hacen son en su mayoría jóvenes solteras menores de 30 años, con una vida sexual activa, esto es importante ya que estas mujeres están en edad reproductiva y al estar conscientes de que pueden contagiarse con el virus que causa el SIDA ayudan a evitar que esta enfermedad se siga propagando

Sin embargo, es preocupante el hecho de que las mujeres mayores de 30 años, al igual que las mujeres casadas no se estén realizando su prueba o lo hagan cuando ya están embarazadas o tienen algunos síntomas de la enfermedad. En un estudio realizado por Allen, Lindan, Serufulira, Van de Perre, Rundle, Nsengumuremyi, Schwalbe y Hulley (1991) se encontró que las mujeres que están legalmente casadas tienen menos probabilidades de infección con VIH, sin embargo, no se debe minimizar el riesgo de infección y las campañas de prevención deben llegar también a las mujeres casadas o que tienen un solo compañero sexual

Otro aspecto importante es que un gran porcentaje de las mujeres que se realizan la prueba son económicamente dependientes y si trabajan lo hacen sólo medio tiempo. Además la mayoría de ellas son católicas, sin embargo la práctica de su religión no influye en que lleven una vida sexual activa ni que se preocupen por el contagio de enfermedades de transmisión sexual.

Casi todas las mujeres que no se han realizado la prueba son catolicas o pertenecen a alguna religion, pero se ha encontrado que la religion no se relaciona significativamente con la ocurrencia de mujeres seropositivas (Allen, Lindan, Seruflira, Van de Perre, Rundle, Nsengumuremyi, Schwalbe y Hulley ,1991)

Existe actividad sexual en el 90% de las mujeres heterosexuales de 19 a 45 años de edad. Rivera Aragón, Diaz Loving y Cubas Carlin (1994) encontraron datos similares en personas de 15 a 73 años, ya que el 83.3% ya se habia iniciado sexualmente. En la presente investigacion se encontró que un alto porcentaje de estas mujeres no se han realizado la prueba del SIDA, lo que nos habla de que hay muchas mujeres en riesgo de contraer dicha enfermedad que no se han preocupado por conocer su estado serologico, lo cual pone en riesgo a toda la poblacion

En un estudio realizado por Diaz Loving, Flores Galaz, Rivera Aragón, Andrade Palos, Ramos Lira, Villagrán Vázquez, Cubas Carlin, Camacho Valladares y Muñiz Campos (1992) se reporto un promedio de edad de la primera relacion sexual a los 17.2 años, los datos obtenidos en la presente investigacion son similares a estos ya que el promedio de edad de la primera relacion sexual fue de 18.8 para las mujeres que se han realizado la prueba y de 17.1 para las que no, es preocupante que estas mujeres inicien su vida mas temprano, ya que esto indica que llevan mas tiempo teniendo relaciones sexuales y a pesar de esto no saben si están infectadas con el virus que causa el SIDA o no. Esto es importante si se toma en cuenta que se ha encontrado que las mujeres seropositivas tienen mayores probabilidades de haber iniciado su vida sexual a una edad más temprana (Temmerman, Moses, Kiragu, Fusallah, Amola y Piot, 1990)

El hecho de que la mayoría de las mujeres tengan su primera relacion con su novio puede sugerir la existencia de un mayor número de parejas sexuales antes del matrimonio, esto y el hecho de que no se reportan muchas parejas sexuales regulares, que muchas de estas mujeres no tienen actualmente una pareja sexual regular o que no viven con ella, nos indica que puede tratarse de relaciones con poca estabilidad y que no son duraderas, con lo que se incrementa el riesgo de contagio

La mayoría de las mujeres reporta haber tenido mas de una pareja sexual en su vida y algunas de ellas durante los ultimos doce meses. En otras investigaciones se ha encontrado que el número de parejas sexuales entre los jóvenes sexualmente activos se ha incrementado. Diaz Loving, Flores Galaz, Rivera Aragón, Andrade Palos, Ramos Lira, Villagrán Vázquez, Cubas Carlin, Camacho Valladares y Muñiz Campos (1992), reportan que la mayoría de los universitarios habian tenido una o dos parejas en su vida, en cambio, en un estudio realizado por Rivera Aragón, Diaz Loving y Cubas Carlin (1994) se da un incremento reportando un 30% una pareja sexual en su vida y otro 30% mencionó haber tenido 6 o más parejas sexuales.

Es importante tomar esto en cuenta ya que al incrementarse el número de parejas sexuales y a su vez estas tener varias parejas puede ayudar a que se propague el virus con mayor rapidez, al mismo tiempo que aumenta la posibilidad de tener relaciones con una persona infectada. Además en una investigación realizada por Allen, Lindan, Serufilira, Van de Perre, Rundie, Nsengumuremyi, Schwalbe y Hulley (1991) con mujeres embarazadas, se encontró que el haber tenido más de un compañero sexual a lo largo de la vida y el no tener en el momento del estudio una relación monógama, fueron factores fuertemente asociados con la infección del VIH.

En lo que se refiere al uso de anticonceptivos, casi la mitad de las mujeres reportan no utilizar ninguno y son pocas las que utilizan el condón y su uso es irregular, esto puede deberse a que los sujetos se envuelven en una relación y al involucrarse minimizan el riesgo de infección (Vasconcelos, Claudio, Gouveia, Dias, Brandao, Robalo y Sousa, 1994), es necesario erradicar esta creencia errónea, ya que el hecho de involucrarse o no, no es suficiente para eliminar el riesgo de contagio existente.

Díaz Loving, Flores Galaz, Rivera Aragón, Andrade Palos, Ramos Lira, Villagrán Vazquez, Cubas Carlin, Camacho Valladares y Muñiz Campos (1992), reportan que más de la mitad de los universitarios no saben cómo utilizar el condón y que en su mayoría son mujeres quienes no saben cómo utilizarlo, en contraste, la presente investigación encontró que casi todas las mujeres han oído hablar del condón o preservativo y aunque no todas saben cómo utilizarlo se encontró que la mayoría de las mujeres si lo saben, tanto las mujeres que se han hecho la prueba, como las que no se la han hecho, esto nos habla de un posible incremento en el uso del condón y que es posible que quienes lo utilizan lo hacen de manera adecuada. Las mujeres que ya se han hecho la prueba utilizan más el condón y es también en este grupo más alto el porcentaje de las mujeres que saben utilizar el condón de forma adecuada, por lo que las mujeres que no se han hecho la prueba tienen más posibilidades de adquirir VIH a través de relaciones sexuales sin protección. Es necesaria una concientización de problema, ya que los resultados encontrados por Alfaro Martínez, Rivera Aragón y Díaz Loving (1992), indican que cuando se incrementa el temor al contagio existe una actitud más favorable al cambio de conductas y al sexo seguro.

De las mujeres que utilizan el condón la mayoría reporta que la iniciativa de usarlo fue tanto de ellas como de su pareja lo que confirma que el uso del condón se incrementa cuando es idea de ambos, ya sea en una relación casual o con la pareja regular (Díaz Loving, Rivera Aragón y Andrade Palos, 1994).

Todas las mujeres perciben el uso del condón como algo útil y placentero, aunque tienen una actitud negativa hacia él. Las que se han realizado la prueba son quienes consideran al condón como algo más útil, más placentero y más negativo, entre más negativa es su actitud hacia él, lo consideran como algo más útil. Esto es importante ya que una actitud positiva

hacia los condones no es suficiente para tener una actitud positiva hacia la conducta de cargar condones, como lo muestra un estudio en mujeres heterosexuales realizado por Wilson, T., Jaccard, J., Endias, R., Minkoff, H (1993), en el que se encontró que muchas mujeres con actitudes negativas hacia los condones en general mostraron una actitud positiva hacia la conducta de cargar condones

Continuando con la actitud hacia el uso del condón, se encontró que las mujeres que no se han realizado la prueba y que perciben muy riesgosa la conducta sexual de alto riesgo con desconocidos perciben el uso del condón como algo útil y placentero, al mismo tiempo que tienen una actitud negativa hacia él, lo cual es un buen indicador de que estas mujeres posiblemente utilizarán el condón en relaciones casuales aunque no les guste

No se encontró ninguna relación significativa entre las escalas de estimación de riesgo y de actitud hacia el uso del condón entre las mujeres que reportan haberse realizado su prueba, sin embargo son las que más lo utilizan y lo hacen de manera más regular, resultados similares fueron encontrados por Gerrard, M. y Warner, T (1994), en mujeres estudiantes la conducta de usar condón está relacionada con una menor percepción de riesgo de contraer VIH/SIDA

En este mismo grupo se encontró que a mayor edad de la pareja sexual regular se percibe el uso del condón como algo más útil y se tiene una actitud más negativa hacia su uso y entre más joven es la pareja se tiene una actitud menos negativa hacia el uso del condón, al mismo tiempo que se le considera como algo menos útil, lo que nos podría indicar que entre las parejas jóvenes se utiliza menos el condón ya que no lo consideran tan útil, lo que contradice los resultados obtenidos por Alfaro Martínez, Rivera Aragón y Díaz Loving (1992), quienes encontraron una actitud más favorable hacia el sexo seguro entre jóvenes de 18 a 20 años

También se encontró en este grupo, que a mayor ingreso hay menos placer en el uso del condón, lo cual nos habla de una actitud menos favorable hacia el uso del condón entre las mujeres que perciben un mayor ingreso y que no se han realizado la prueba

Es preocupante el hecho de que las mujeres que no se han realizado la prueba de anticuerpos del VIH tienen una actitud más negativa hacia el uso del condón, lo que indica que hasta que se perciben en riesgo su actitud hacia el condón es menos negativa, cuando seguramente ya se incurrió en alguna práctica de riesgo. Sin embargo, se encontró que aunque las mujeres que no se han realizado la prueba tienen una actitud más negativa hacia el condón perciben su uso como algo más útil que las mujeres que ya se realizaron la prueba, pero a pesar de esto lo utilizan menos. De nuevo encontramos que a mayor temor al contagio, existe una actitud más favorable al cambio de conductas y al sexo seguro.

Es importante que las campañas de prevención hagan énfasis en el uso del condón y terminar con los estigmas sociales, ya que se ha encontrado que la actitud de las mujeres hacia los condones y su percepción de riesgo de infección de alguna enfermedad de transmisión sexual no influye directamente en la actitud hacia la conducta de cargar condones, mientras que uno de los principales predictores de esta conducta es la percepción de los estigmas sociales, el principal obstáculo que reportan las mujeres para cargar condones es lo que los amigos y la sociedad pudieran pensar de ellas por tener esa conducta (Wilson, T., Jaccard, J., Endias, R., Minkoff, H. (1993)

Coincidiendo con los resultados obtenidos por Díaz Loving, Flores Galaz, Rivera Aragón, Andrade Palos, Ramos Lira, Villagran Vázquez, Cubas Carlin, Camacho Valladares y Muñiz Campos (1992) se encontró que la mayoría de la muestra sabe lo que es el SIDA y conoce las vías de transmisión, aunque la menos conocida es la vía perinatal, este hecho es preocupante, ya que por ser mujeres, estar en edad de tener hijos y ante las conductas de riesgo que tienen no sólo peligran la población a la que pertenecen, sino que ponen en peligro a la población infantil

A pesar de que la mayoría de las mujeres saben lo que es el SIDA no tienen la información suficiente, hecho que también puede influir en sus conductas de riesgo, ya que como señala Kelly, Lawrence, Brasfield, Imke, Amidei, Roffman, Hood, Smith, Kilgore, McNeill (1990), a menor información sobre la enfermedad se tienen más conductas de riesgo Tshakkori y Thompson (1992) encontraron cambios en la conducta ante la pandemia del SIDA y el conocimiento sobre la enfermedad, siendo básica la información clara, sencilla y suficiente para ayudar a combatir la pandemia. La información no parece ser suficiente, ya que Proshaska, Albrecht, Levy, Sugrue y Kim (1990), encontraron que a pesar de tener conocimientos suficientes sobre SIDA la población estudiada presentaba conductas riesgos y en otro estudio realizado con mujeres por Temmerman, Moses, Kiragu, Fusallah, Amola y Piot (1990) se encontró que las sesiones de información y orientación sobre SIDA no persuadieron a las mujeres a utilizar más los condones ni a limitar el número de hijos

También se ha encontrado que las mujeres con un conocimiento suficiente de SIDA no se perciben en riesgo a pesar de la prevalencia de conductas riesgos como el contacto sexual protegido en forma constante (Parrison, Wameach, Byers e Imersheim, cit. Villagran, 1993)

En el presente estudio se encontró que las mujeres saben que es posible que una persona contagiada con el virus que causa el SIDA no muestre los síntomas de la enfermedad, esto coincide con lo reportado por Díaz Loving, Flores Galaz, Rivera Aragón, Andrade Palos, Ramos Lira, Villagran Vázquez, Cubas Carlin, Camacho Valladares y Muñiz Campos (1992), los jóvenes saben que una persona con VIH puede no mostrar los síntomas y que a pesar de esto puede infectar a otros, hecho que puede influir en un cambio de creencias y no relacionarse con una persona que aparenta estar sana por no mostrar ningún síntoma.

La mayoría de las mujeres no conocen a alguien con SIDA, pero casi la mitad de las mujeres que se han realizado la prueba si han conocido a alguien, lo que nos puede hablar de que la cercanía con algún enfermo es posible que ayude a la concientización del problema ante la creciente propagación del virus, ya que resultados encontrados por Kelly, Lawrence, Brasfield, Lemke, Amidei, Roffman, Hood, Smith, Kilgore y McNeill (1990), muestran un aumento en la percepción de riesgo de contagio en hombres homosexuales con amigos infectados

En cuanto a la estimación de riesgo de contagio de VIH al practicar diversas conductas se encontraron resultados muy interesantes. Entre las mujeres que no se han realizado la prueba, no se encontró ninguna relación entre las conductas de prevención de contraer SIDA y la conducta sexual de alto riesgo con desconocidos, sin embargo si hay relación entre las conductas de prevención hacia el contagio con las conductas de bajo riesgo y situaciones públicas, las relaciones con personas que tienen SIDA en situaciones de bajo riesgo y el uso de drogas, esto es alarmante, ya que estas mujeres están más preocupadas por las situaciones en las que hay poco riesgo de contagio, que en las que existe mayor riesgo de infección y en las que es más probable que se involucren

Por el contrario, en las mujeres que ya se han hecho la prueba se encontró una relación entre la conducta sexual de alto riesgo con desconocidos y las conductas de prevención hacia el contagio y el uso de drogas. Por lo que se puede decir que las mujeres se preocupan más por el contagio hasta que ya se han visto en riesgo de infección con el virus que causa el SIDA.

Las mujeres que no se han realizado la prueba consideran con mayor riesgo las conductas de bajo riesgo y situaciones públicas y las relaciones con personas que tienen SIDA en situaciones de bajo riesgo, tal vez esto se deba a que las mujeres que ya se realizaron su prueba tienen mayor información en lo que se refiere a las formas de transmisión del VIH. También las conductas de prevención hacia el contagio fueron percibidas como más riesgos por las mujeres que no se han hecho la prueba. Mientras que las conductas de bajo riesgo y situaciones públicas son percibidas con mayor riesgo por las mujeres que han tenido relaciones sexuales y con menor riesgo por las que no las han tenido.

Las mujeres consideran que la posibilidad de contagiarse de SIDA se incrementa al aumentar el número de parejas sexuales, los mismos resultados fueron encontrados por Diaz Loving, Flores Galaz, Rivera Aragón, Andrade Palos, Ramos Lira, Villagran Vazquez, Cubas Carlin, Camacho Valladares y Muñoz Campos (1992) y por Villagran Vazquez, Cubas Carlin, Diaz Loving y Camacho Valladares (1990), los jóvenes consideran que entre más parejas sexuales se tengan hay posibilidades de contraer SIDA, sin importar su preferencia sexual. Quizá por esto las mujeres reportan que las personas que tienen una sola pareja sexual son las que tienen menos probabilidades de contagiarse de SIDA.

Las mujeres consideran que los homosexuales tienen mayor riesgo de contagio y aunque perciben casi con la misma posibilidad de infección a los hombres y a las mujeres, las mujeres que se han realizado la prueba perciben a las mujeres con mayor riesgo de contagio que a los hombres

A pesar de que se sabe que el SIDA afecta a todos los grupos sociales, las mujeres siguen percibiendo a los homosexuales como el grupo de mayor riesgo, resultados similares fueron encontrados por Lopez Muñoz, Villagran Vazquez y Diaz Loving (1994), quienes reportan que las mujeres adolescentes perciben en mayor riesgo de contagio a los homosexuales, bisexuales, lesbianas, prostitutas, drogadictos y a los que tienen múltiples parejas, mientras que las mujeres adultas encuentran a la gente mal alimentada, los infieles, las prostitutas, los alcohólicos, los pobres, los analfabetas y los adolescentes como los grupos con mayor riesgo

Mays y Cochran (1988) han encontrado que la mujer no considera sus propios riesgos elevados debido a que la mayoría ha vivido siempre con algún tipo de riesgo, por lo que el SIDA es solo un riesgo más del cual preocuparse. La baja admisión de riesgo puede asociarse también a la vergüenza que puede implicar tener SIDA (Prohaska, Albrecht, Levy, Sugrue y Kim, 1990)

Sin embargo hay que recordar que la relación entre la percepción de riesgo y las conductas de riesgo son muy diferentes en los diferentes grupos de mujeres.

Entre las mujeres existe una baja autopercepción de riesgo, en otros estudios también se ha encontrado que al preguntar sobre la propia estimación de riesgo, esta baja significativamente (Diaz Loving, Flores Galaz, Rivera Aragon, Andrade Palos, Ramos Lira, Villagran Vazquez, Cubas Carlin, Camacho Valladares, y Muñoz Campos, 1992, y Villagran Vazquez, Cubas Carlin, Diaz Loving y Camacho Valladares, 1990). Es importante resaltar que las mujeres que no se han hecho la prueba se consideran a sí mismas sin posibilidades de contagio a pesar de llevar una vida sexual activa, no reportar un uso regular del condón y, algunas de ellas, haber tenido más de un compañero sexual en la vida.

También Sepulveda, Bronfman, Ruiz, Stanislawski y Valdespino (1989) reportan que los estudiantes universitarios sexualmente activos se consideran inmunes o con pocas probabilidades de contraer el VIH.

Es alarmante que las mujeres tengan baja autopercepción de riesgo, ya que según Flores Galaz y Díaz Loving (1994) las mujeres tienen un mayor control sobre su vida sexual, son más asertivas con su pareja que los hombres y tienen mayor comunicación sexual con su pareja

Quizá esto se deba a que los sujetos perciben al SIDA como algo muy lejano y consideran que esta pandemia es algo que les sucede a otros y no a ellos (Reyes, 1990)

La mayor parte de las mujeres saben que el SIDA es incurable, y muchas piensan que una persona infectada no debe tener relaciones sexuales y debe ser precavida para evitar contagiar a otros, lo cual puede hablarnos de cierto rechazo hacia estas personas

Casi todas las mujeres consideraron que el SIDA es una amenaza, tanto para la comunidad universitaria, como para su comunidad y están conscientes de que el SIDA prevalece mucho en México, este puede ser un factor significativo que influya de manera positiva en un cambio de actitud en lo que se refiere a las conductas de riesgo, ya que como señalan Tashakkori y Thompson (1992), la creencia sobre la amenaza del SIDA es fuertemente predictiva y tiene como reacción un cambio de conducta por la enfermedad. Alfaro Martínez, Rivera Aragón y Díaz Loving (1992) observaron que a mayor temor al contagio hay una actitud más favorable hacia los cambios en la actitud sexual y el sexo seguro. Bouton, Gallaher, Garlinghouse, Leal, Rosenstein y Young (1989) encontraron que los cambios en la conducta se dieron por percibir la epidemia del SIDA.

Se encontró que la mayoría de las mujeres saben que se puede evitar contraer el SIDA dejando de realizar algunas conductas y realizando otras, la conducta más mencionada a realizar para evitar una posible infección fue la utilización del condón y el ser precavido. Al cuestionarseles sobre si pensaban cambiar alguna conducta por lo aprendido sobre SIDA, las mujeres que no se han realizado la prueba contestaron que no, dando como razones el no sentir riesgo y el ser precavidas. Por el contrario, las mujeres que ya se realizaron la prueba si tienen pensado cambiar alguna conducta, principalmente tener una sola pareja sexual y usar el condón, incluso algunas de ellas ya lo han empezado a hacer, mientras que otras han dejado de tener relaciones sexuales para evitar el contagio. Las mujeres que no se han hecho la prueba no han cambiado ninguna conducta para protegerse del SIDA y además no dan ninguna razón por la que no lo han hecho y algunas mencionan solo ser precavidas.

Resulta alarmante el hecho de que las mujeres no han cambiado sus conductas y que algunas no piensan hacerlo, a pesar de que saben que pueden prevenir una posible infección, a esto se suma que la utilización del condón es baja en las mujeres que han cambiado sus conductas y también en las que piensan cambiar su comportamiento, ya que muy pocas mencionan el uso del condón. Al parecer no ha habido un avance en lo que se refiere a los

cambios de conducta para evitar el contagio del VIH/SIDA. Mays y Cochran (1988) encontraron que la mitad de las mujeres sexualmente activas están poco o nada preocupadas por contraer VIH, además de no haber cambiado su patrón conductual para reducir la posibilidad de contagio. Ishii-Kuntz, Whitbeck y Simons (1990) encontraron que la percepción del SIDA como un problema no incrementa directamente el uso del condón ni la percepción para el cambio en la conducta sexual.

La mayoría de las mujeres mencionó no saber o no estar seguras de que sus amigos hubieran cambiado algunas conductas para protegerse del contagio del SIDA, esto puede hablarnos de una falta de comunicación con respecto al tema, incluso entre amigos.

La mayoría de las mujeres reportaron no haber incurrido en situaciones en las que debían protegerse del contagio y no lo hicieron, sin embargo, la mitad de las mujeres que ya se realizaron su prueba admiten haber incurrido en este tipo de situaciones, como actividad sexual con parejas ocasionales y actividad sexual sin condón, es preocupante el hecho de que el resto de las mujeres no admitan haber estado en este tipo de situaciones a pesar de no reportar el uso del condón y de haber tenido más de una pareja sexual en la vida.

Casi todas las mujeres creen que el gobierno debe tomar medidas para prevenir que el SIDA se siga extendiendo, la mayoría propone mayor información, lo cual nos habla de que las campañas de prevención no están siendo efectivas o no están llegando a la población, también nos habla de un predominante locus de control externo, al parecer creen que todos los demás deben hacer algo para frenar la epidemia, como proporcionar información, usar el condón o ser fieles y ellas no están haciendo nada, o casi nada, por cuidar su propia salud. Villagran Vazquez y Diaz Loving (1994), así como Flores Galaz y Diaz Loving (1994) encontraron como factores básicos para la prevención del SIDA el locus de control, la asertividad, la comunicación y los valores, resultando aspectos básicos a tomarse en cuenta en las campañas futuras preventivas. Esto también se ve reflejado en el hecho de que se atribuye mayor riesgo a ciertos grupos (Diaz Loving y Rivera Aragon, 1992), tal es el caso de los homosexuales.

Es interesante observar que la utilización del condón fue mencionada en un alto porcentaje para prevenir las enfermedades de transmisión sexual, bajando considerablemente en el caso de prevenir la transmisión del VIH. Diclemente, Zorn y Tamoshok (1988), señalan la inseguridad en los estudiantes ante el hecho de que relacionarse con condón reduce el riesgo de contagio.

También resulta interesante el hecho de que ninguna de las mujeres de la muestra reporta haber padecido alguna enfermedad de transmisión sexual en toda su vida, sin embargo, esto no reduce el riesgo de infección por VIH.

Con respecto al consumo de drogas se encontró que son pocas las mujeres que consumen bebidas alcohólicas, sin embargo, poco más de la tercera parte cuando toma alcohol tienen algunas veces relaciones sexuales, lo cual las pone en riesgo de infección. No se reportó el uso de ningún otro tipo de drogas.

Para finalizar, podemos decir que se aceptan las hipótesis planteadas, ya que si se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la percepción de riesgo de contagiarse de SIDA en las mujeres que se someten a la prueba de detección del VIH y en las que nunca se la han realizado, también se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre estos grupos en lo que se refiere a la actitud hacia el condón.

En cuanto a la interacción del debut sexual, con respecto a la percepción de riesgo si hubo diferencias estadísticamente significativas, aunque no así con respecto a la actitud hacia el condón.

6.2. LIMITACIONES

Es importante tomar en cuenta las limitaciones que se tuvieron al realizar la presente investigación, con la finalidad de evaluar la posible influencia de estas en los resultados.

Una limitación importante fue el hecho de que la sexualidad sigue siendo un mito del que no se habla abiertamente y que está estrechamente relacionado con el problema del SIDA, por lo que algunas mujeres se negaron a contestar el cuestionario, ya que incluye aspectos de su vida sexual, y a pesar de que se les pedía que contestaran todas las preguntas, no lo hacían en las que hacen referencia a su sexualidad.

Un aspecto muy importante es que las mujeres no se realizan la prueba de detección, son muy pocas las que asisten a las instituciones para saber si tienen el virus del SIDA, muchas de ellas lo hacen hasta que su compañero sexual resulta infectado, cuando ya empiezan a presentar algún síntoma o cuando están embarazadas. Este hecho retrasa mucho la investigación por el tiempo que se tuvo que esperar para completar la muestra.

Por otra parte, el instrumento que se aplicó es muy completo, por lo tanto es extenso, lo que influyó en el tiempo de aplicación y en el tiempo del cual disponía la persona para contestarlo, al ver el número de preguntas y calcular el tiempo que se llevarían en responderlo preferían negarse.

También es importante tomar en cuenta la posible limitación que puede significar el hecho de haberse abocado a ciertas características de la muestra, como la escolaridad y el nivel socioeconómico entre otros, sin embargo, investigaciones anteriores parecen demostrar que algunos de estos aspectos no influyen en la percepción de riesgo (Dorantes, 1988)

Todo esto limitó el número de mujeres a quienes se les aplicó el cuestionario, aspecto que puede influir en los resultados, no obstante, investigaciones anteriores con mayor población muestran datos muy similares como se puede observar en las conclusiones

6.3 SUGERENCIAS

Se sugiere que en investigaciones posteriores relacionadas con mujeres y SIDA se incremente en número de sujetos participantes en la investigación y se abarque una población más heterogénea, todo esto con la finalidad de conocer el estilo de vida llevado por otras poblaciones, evaluar la posible propagación del SIDA entre las mujeres y llevar a cabo campañas de prevención más efectivas.

También puede ayudar el hecho de reducir el número de preguntas del cuestionario para obtener una mayor cooperación por parte de la población

En nuestro país aun falta educación sexual adecuada, existen una gran cantidad de mitos y creencias erróneas en lo que se refiere a la sexualidad y al SIDA, lo cual contribuye a la propagación de esta y otras enfermedades de transmisión sexual, por lo que es necesaria una buena educación sexual, empezando por la familia, ya que se ha demostrado que la comunicación con los padres influye en el aumento de la percepción de riesgo de contagio (Andrade Palos, Camacho Valladares y Diaz Loving, 1992) Pick y Givaudan (1994) encontraron que entre población mexicana existe una gran disposición y solicitud de educación sexual en las escuelas. También se ha demostrado disponibilidad por parte de los farmacéuticos para asistir a cursos e informar a sus clientes sobre el adecuado uso del condón y la prevención del SIDA (Pick y Reyes, 1994), lo cual es muy importante si se toma en cuenta que son una de las principales fuentes de distribución de anticonceptivos. Todo esto puede contribuir a detener la propagación del SIDA, no solo en mujeres, sino en el resto de la población

Es importante que se tomen en cuenta las investigaciones realizadas en torno al SIDA al crear las campañas de prevención, y tomar en cuenta a que población van dirigidas.

Las campañas preventivas deben incluir no solo el uso del condón, sino también explicar cómo se usa, también deben tomarse en cuenta aspectos como el placer, la racionalidad y utilidad del condón, ya que Díaz Loving, Rivera Aragón y Andrade Palos (1994), encontraron una relación entre éstos y la intención en el uso del condón, dependiendo también del sexo y de relacionarse con parejas regulares o casuales.

También es muy importante explicar qué es el SIDA y hacer énfasis en que no es una enfermedad de ciertos grupos, ya que todos estamos expuestos al contagio. Hacer hincapié en las vías de transmisión, sobre todo en la perinatal, ya que es la menos conocida y esto puede ayudar a que se incremente

REFERENCIAS

- AIDSCOM (1991). A través del espejo. Guía de consejería.
- Alfaro Martínez, L., Rivera Aragón, S., Díaz Loving, R. (1992) "Actitudes y conocimientos hacia la sexualidad y SIDA en estudiantes de preparatoria" La psicología social en México, 4. Mexico: Asociación Mexicana de Psicología Social.
- Allard, R., (1989) "Beliefs about AIDS as determinants of preventive practices and of support for coercive measures" American Journal of Public Health, 79, 448-52
- Allen, S., Lindan, C., Senfifira, A., Van de Perre, P., Rundle, A.C., Nsengumuremyi, F., Caraer, M., Schwalbe, J. y Hulley, S. (1991) "HIV infection in childbearing women in Kigali, Rwanda". Journal of the American Medical Association, 266 (12), 1657-1663
- Allen, S. y Miller, D. (1989) "University students' support for heterosexual women with aids" Psychological Reports, 65, (1), 171-176
- Andrade Palos, P., Camacho Valladares, M., Díaz Loving, R., (1992) "Comunicación con los padres y su relación con conducta sexual y percepción de riesgo de contraer SIDA". La psicología social en México, 4. Mexico: Asociación Mexicana de Psicología Social
- Bayes, R. (1989) "La prevención del SIDA". Cuadernos de salud, 2, 45-55.
- Becker, H. and Joseph, G. (1988) "AIDS and behavioral change to reduce risk: a review" American Journal of Public Health, 78 (4), 394-410
- Berer, M. (1993) La mujer y el VIH/SIDA. Gran Bretaña: Bath Press. 384 paginas
- Bernard, J., Hebert, Y., de Mann, A., y Farrar, D. (1989) Attitudes of french-canadian university students toward use of condoms: a structural analysis. Psychological Reports 65: 851-854
- Bouton, R., Gallaher, P., Gatlinghouse, P., Leal, T., Rosenstein, L., Young, R. (1989) "Demographic variables associated with fear of AIDS and homophobia". Journal of Applied Social psychology. 885-901

- Campbell, L. Stewart, A. (1992) "Effects of group membership on perception of risk for AIDS", Psychological Reports, 70, 1075-1092
- Carpenter, C. Mayer, K. Stein, M. Leibman, B. Fisher, A. Fiore, T. (1991) "Human Immunodeficiency Virus infection in North American women: experience with 200 cases and a review of the literature", Medicine, 70 (5), 307-325
- Chan, P. (1992) PSIDA, un enfoque integral. Argentina Paidós
- CONASIDA (1995), Boletín Mensual 3, 8
- CONASIDA (1995), Boletín Mensual 7, 4
- CONASIDA (1990) SIDA, Información básica para el personal de salud, 3-58
- CONASIDA (1990) SIDA. Manual de trabajo para capacitadores
- Conrad, P. (1986) "The social meaning of AIDS", Social Policy, 17 (1), 51-56
- Del Río, (1994) Investigación, Mujer, y SIDA, Internacional Center for Research on Women
- Diaz, A. (1996) Las mujeres indígenas y el SIDA, Letra S, 17,4
- Diaz Loving, R. (1993) "Personalidad, valores y patrones sexuales relacionados con el SIDA", SIDA, Perspectiva psicológica de un problema de salud mundial, Mexico.
- Diaz Loving, R. Flores Galaz, M., Rivera Aragón, S., Andrade Palos, P., Ramos Lira, L., Villagran Vazquez, G., Cubas Carlin, E., Camacho Valladares, M., y Muñoz Campos, A. (1992) "Conocimientos, actitudes, creencias y practicas sexuales relacionadas con el SIDA en estudiantes universitarios", Investigaciones e innovaciones docentes en psicología, UNAM.
- Diaz Loving, R., Rivera Aragón, S. (1992) "Percepción y autopercepción de riesgo ante el contagio del VIH en estudiantes universitarios", Investigación psicológica, 2, Mexico
- Diaz Loving, R., Rivera Aragón, S. y Andrade Palos, P. (1994) "La teoría de la acción razonada en la predicción de uso y peticion de uso del condon" La Psicología Social en México, 4, Mexico. Asociación Mexicana de Psicología Social
- Diclemte, R., Zorn, J. y Temoshok (1987) "The association of gender, ethnicity and length of residence about acquired immune deficiency syndrome", Journal of applied social psychology, 17, 216-230.

- Dorantes, G., (1988) Cambios en las conductas sexuales de riesgo para la transmision del SIDA, en un grupo de homosexuales masculinos de la ciudad de México. Tesis. Universidad del Valle de México
- Dorsch, F., (1985) Diccionario de psicología, Barcelona: Herder.
- Flores Galaz, M. y Diaz Loving, R., (1994) "Locus de control, asertividad y comunicacion en la prevencion del SIDA" La Psicología Social en México, 4, México: Asociación Mexicana de Psicología Social.
- Gaceta CONASIDA (1988) Mitos y realidades sobre la transmisión del VIH. nov-dic. (1) 4, 3-4
- Gaceta CONASIDA (1988) SIDA en Mexico, nov-dic. (1) 4, 8-9
- Gaceta CONASIDA (1988). Los heterosexuales y el SIDA, may-jun (1), 14-15
- Galban, G. De Quesada, R. y Cadiz, L., (1989). Programa de entrenamiento sobre SIDA. La Habana, Cuba. Ciencias Medicas.
- Gerrard, M. y Warner, T. D., (1994) "Comparison of marine and college women's HIV/AIDS relevant sexual behaviors" Journal of Applied Social Psychology, 24, (11), 959-980
- Gomez Vergara, M. y Munoz Sanchez, M., (1993) Actitud de los adolescentes hacia el SIDA y el uso del condon. Percepcion de riesgo. Tesis. UNAM
- Gorzarelli, J., (1993) "Aspectos psicosociales del SIDA en la Republica de Argentina", SIDA. Perspectiva psicologica de un problema de salud mundial, Mexico
- Hamilton, M., (1988) "Masculine generic terms and misperception of AIDS risk" Journal of Applied Social Psychology, 18 (14), 1222-1240
- Hernandez Robledo, A., Camacho Valladares, M., Moreno Camacho, S. y Andrade Palos, P., (1994) "Atribuciones del contagio del VIH en seropositivos y personas con SIDA" La Psicología Social en México, 4, Mexico: Asociacion Mexicana de Psicología Social
- Ishii-Kuntz, M., Whitbeck, L., Simons, R., (1990) "AIDS and perceived change in sexual practice: An analysis of a college student sample from California Iowa", Journal of Applied Social Psychology, 16.

- Izazola, J., Valdespino, J., Juárez, I., Mondragón, M y Sepulveda, J., (1989). "Conocimientos, actitudes y practicas relacionadas con el SIDA. Bases para el diseño de programas educativos" En J. Sepulveda-Amor, M. Bronfman, G. Ruiz Palacios, E. Stanislawski y J.L. Valdespino (Coord): SIDA, Ciencia y Sociedad en Mexico Mexico: Fondo de Cultura Economica
- Johnson, B., (1991) "Risk and culture research", Journal of Cross-Cultural Psychology, 141-149.
- Juran, S., (1989) "Sexual behaviour changes as a result of a concern about AIDS: gays, straights, females and males" Journal of psychology and human sexuality, (2) 2, 61-77.
- Kelahr, M y Ross, M., (1992) "Sources of bias in perception of HIV risk by injecting drug-users", Psychological Reports, 70, 771-774
- Kely, J., Lawrence, J., Brasfield, T., Lemke, A., Amidei, T., Roffman, R., Flood, H., Smith, J., Kilgore, H., McNeill Jr. Chip., (1990) "Psychological factors that predict AIDS high-risk versus AIDS precautionary behavior" Journal of Consulting and Clinical Psychology
- Kerlinger, F. N., (1981) Investigación del comportamiento...Técnicas y metodología México: Interamericana 748 paginas
- Kiefer, R., (1992) "El SIDA y la infección VIH pediátrica: el problema de la madre infectada y de su recién nacido" Revista Latinoamericana de Psicología, 24, (1-2), 157-167
- Leyva, J. A. (1988) El SIDA su impacto social y demográfico. Gaceta CONASIDA Ene-Feb VI, 1 3-7
- Lopez Munoz, A. A., Villagran Vazquez, G., Diaz Loving, R., (1994) "Percepción de riesgo, atribución del contagio y aspectos emocionales en relación con el SIDA", La psicología social en Mexico, 5, Mexico: Asociación Mexicana de Psicología Social
- Marks, G., Richardson, J., Loechner, T., MacGuigan, K., Levine, A., (1988) "Assumed Similarity of attitudes about AIDS among gay and heterosexual physicians", Journal of Applied Social Psychology, 774-786
- Mays, V., Cochran, S. D., (1988) "Issues in the perception of AIDS risk and risk reduction activities by Black and Hispanic/Latina women" Journal American psychologist, 43(11), 949-957
- McDonald, G y Smith, C., (1990) "Complacency, risk perception and the problem of HIV education" AIDS care, (2), 1, 63-68

- Miller, D (1990) "The worried well. Phenomenology, predictions of psychological vulnerability and suggestions for mangment". En AIDS. Etiology, prevention, and treatment, edited by Lydia Temoshok and Andrew Baum. Englewood Cliffs, N J Lawrence Erlbaum
- Pick, S. y Givaudan, M. (1994). "Las opiniones de la población como apoyo a la educación sexual". La Psicología Social en México, 4, México. Asociación Mexicana de Psicología Social
- Pick, S. y Reyes, J. (1994) "Programas de educación para prevención de SIDA dirigido a farmacéutas". La Psicología Social en México, 4, México. Asociación Mexicana de Psicología Social
- Price, J., Desmond, S. y Kukulka, G. (1985) "High school students perception and misperception of AIDS". Journal of School Health, 55, 107-109.
- Prohaska, T., Albrecht, G., Levy, J., Sugrue, N., Kim, J. H. (1990) "Determinants of self-perceived risk for AIDS". Journal of health and social Behavior, 31, 384-394
- Quadland, M., y Shattis, W. (1987) AIDS, sexuality and sexual control, New York. The Hawort Press, Inc
- Ramírez, P. (1993) Percepción de riesgo de contraer SIDA en estudiantes universitarios, Tesis UNAM
- Reyes, L. (1990) "Actitudes hacia el SIDA en jóvenes universitarios". La Psicología social en México, 3, México. Asociación Mexicana de Psicología Social.
- Rivera Aragón, S., Díaz Loving, R. y Cubas Carlin, E. (1994). "Patrones de conducta sexual y anticonceptiva en empleados de gobierno de la ciudad de México". La Psicología Social en México, 4, México. Asociación Mexicana de Psicología Social
- Richardson, D. (1990) La mujer y el SIDA. México: Manual Moderno. 152 paginas
- Sandner, O., (1990) SIDA. La pandemia del siglo. Caracas, Venezuela. Monte Avila Latinoamericana Editores
- Sepulveda, J., Brontiman, M., Ruiz, G., Stanislawki, E., Valdespino, J. (1989) SIDA, ciencia y sociedad en México. México. Fondo de Cultura Economica.
- Sheran, P., Abraham, S., Abrams, D., Spears, R. Y Marks, D. (1990) The post AIDS structure of student's attitudes to condoms: age, sex and experience of use. Psychological Reports 166), 614
- SIDA/ETS (1994) Boletín informativo, abril, a.o 8, num 4

- Simkins, L. and Kushener, A. (1986) "Attitudes towards AIDS, Herpes II, and Toxic shock syndrome: Two years later". Psychological Reports, (59), 883-891
- Solomon, M. and Dejong, W. (1989) "Preventing AIDS and other STD through condom promotion: A patient education intervention". American Journal of Public Health, 79 (4), 453-458
- Strunin, L. y Hingson, R., (1987), "SIDA y adolescentes: conocimientos, creencias, actitudes y conductas", Pediatrics, 23 (5), 311-314.
- Tashakkori, A., Thompson, V., (1992), "Predictors of intention to take precautions against AIDS among black college students", Journal of Applied Social Psychology, 22, 736-753
- Temmerman, M., Moses, S., Kiragu, D., Fusallah, S., Amola, I. y Piot, P. (1990) "Impact of single session post-partum counselling of HIV infected women on their subsequent reproductive behaviour", AIDS Care, 2 (3), 247-252.
- Torres Maldonado, K. B., Alfaro Martínez, L. B., Díaz Loving, R., Villagrán Vázquez, G., (1994) "La atribución del origen del SIDA, percepción de riesgo y respuestas emocionales ante el contagio del VIH" La Psicología Social en México, 5, México: Asociación Mexicana de Psicología Social.
- Treviño, S., (1996) El SIDA en la mujer, Letra S, 17, 13.
- Vasconcelos, P., Claudio, V., Gouveia, M., Dias, M., Brandao, A., Robalo, P., Soussa, S., (1994), "I have an AIDS relative: What can I think?", Instituto Superior de Psicología Aplicada, 1-11.
- Villagrán Vázquez, G., (1993) Hacia un modelo predictivo de la percepción de riesgo y uso del condón, Tesis UNAM.
- Villagrán Vázquez, G., Cubas Carlin, F., Díaz Loving, R., Camacho Valladares, M., (1990), "Prácticas sexuales, conductas preventivas y percepción de riesgo de contraer SIDA en estudiantes", La psicología social en México, 3, México: Asociación Mexicana de Psicología Social.
- Villagrán Vázquez, G. y Díaz Loving, R., (1994) "Control percibido sobre las relaciones interpersonales, valores e inicio de la vida sexual" La Psicología Social en México, 3, México: Asociación Mexicana de Psicología Social.
- Velasquez, de V., SIDA Enfoque Integral Medellín, Colombia: Carvajal, S.A.
- Wallace, M., (1996) Agenda para la acción. Letra S, 17, 3.

- Williams, L. (1986) "AIDS risk reduction: A community health education intervention for minority high risk group members" Health Education Quarterly, 13 (4), 407-421
- Wilson, T., Jaccard, J., Endias, R., Minkoff, H. (1993) "Reducing the risk of HIV infection for women: an attitudinal analysis of condom-carrying behavior" Journal of Applied Social Psychology, 23, (14), 1093-1110
- Williams, A.B. (1990). "Reproductive concerns of women at risk for HIV infection" Journal of nurse-midwifery, 35, (5), 292-298

ANEXO

Este es un cuestionario creado por la Facultad de Psicología de la UNAH, que pretende conocer algunos aspectos relacionados con el SIDA y la sexualidad. Las respuestas son absolutamente confidenciales. Por lo que agradecemos tu cooperación en este estudio.

No escribas en esta sección, a continuación se te darán las instrucciones para responder al cuestionario.

No. de Cuestionario: -----

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

1 2 3 4

POR FAVOR MARCA CON UNA (X) EL NUMERO QUE CORRESPONDE A TU RESPUESTA O EN SU CASO ESCRIBE LO QUE SE PIDE. EN ALGUNAS PREGUNTAS, SE ESPECIFICA SI POR TU RESPUESTA TIENES QUE SALTARTE A OTRA PREGUNTA, SI ESTO NO TE SUCEDE POR FAVOR RESPONDE TODAS LAS PREGUNTAS. ES MUY IMPORTANTE TENER LA INFORMACION MAS COMPLETA POSIBLE. SI TIENES DUDAS PREGUNTA AL APLICADOR.

1. SEXO (1) Masculino (2) Femenino 5
2. EDAD ----- 6 7
3. ¿ HASTA QUE AÑO DE LA ESCUELA CURSASTE ? 8
- (1) primaria
(2) secundaria
(3) preparatoria
(4) escuela técnica
(5) profesional
4. ¿ CUAL ES TU INGRESO MENSUAL ? 9
- (1) 1 a 2 salarios mínimos
(2) 3 a 4 salarios mínimos
(3) 5 a 6 salarios mínimos
5. ¿ ACTUALMENTE ERES: ? 10 11 12
- (1) soltero(a) sin pareja
(2) soltero(a) con pareja
(3) casado(a) número de años de casado(a) -----
(4) Divorciado(a) o Separado(a) o viudo(a) sin pareja
(5) Divorciado(a) o Separado(a) o viudo(a) con pareja

6. ¿ CUANTOS HIJOS E HIJAS TIENES ?
- Hijas 13 14
- Hijos 15 16
7. ¿ DONDE NACISTE ? ----- 17 18
8. ¿ CUANTO TIEMPO TIENES VIVIENDO EN EL D.F. ?
- años y meses
- 19 20 21 22
9. ¿ SI HAS VIVIDO AQUI POR MENOS DE UN AÑO ¿ EN DONDE VIVIAS ANTES ? -----
- 23 24
10. ¿ ACTUALMENTE TRABAJAS ?
- (1) Si tiempo completo 25
- (2) Si medio tiempo
- (3) No
11. ¿ CUAL ES TU RELIGION ?
- (1) ninguna (pasa a la pregunta 13)
- (2) Católica 26
- (3) Otra -----
especifica
12. ¿ QUE TANTO INFLUYE TU RELIGION EN TU FORMA DE ACTUAR ?
- (3) Mucho 27
- (2) Regular
- (1) Nada
13. EN EL ULTIMO MES ¿ CON QUE FRECUENCIA HAS LEIDO EL PERIODICO?
- (5) Todos los dias
- (4) Casi todos los dias
- (3) Al menos una vez por semana 28
- (2) Menos de una vez por semana
- (1) Nunca
14. EN EL ULTIMO MES ¿CON QUE FRECUENCIA HAS ESCUCHADO LA RADIO?
- (5) Todos los dias
- (4) Casi todos los dias
- (3) Al menos una vez por semana 29
- (2) Menos de una vez por semana
- (1) Nunca

15. EN EL ULTIMO MES ¿CON QUE FRECUENCIA HAS VISTO LA T.V.?

- (5) Todos los días
- (4) Casi todos los días
- (3) Al menos una vez por semana
- (2) Menos de una vez por semana
- (1) Nunca

30

RECUERDA QUE TUS RESPUESTAS SON TOTALMENTE CONFIDENCIALES Y ANONIMAS. POR LO QUE TE PEDIMOS QUE CONTESTES TODAS LAS PREGUNTAS DE MANERA HONESTA Y SINCERA.

16. ¿ HAS TENIDO RELACIONES SEXUALES ?

- (1) Si
- (2) No (pasa a la pregunta 44)

31

17. ¿ A QUE EDAD TUVISTE TU PRIMERA RELACION SEXUAL ?

----- (años)

32 33

18. ¿ CON QUIEN TUVISTE TU PRIMERA RELACION SEXUAL ?

- (1) Novio(a)
- (2) Amigo(a)
- (3) Conocido(a)
- (4) Esposo(a)
- (5) Pariente
- (6) Otro -----
especifica

34

19. ¿ CUANTO TIEMPO TENIAS DE CONOCER A ESA PERSONA ?

especifica en días meses o años

35 36 37 38

20. ¿ CUAL ERA EL SEXO DE ESTA PERSONA?

- (1) masculino
- (2) femenino

39

21. ¿ CON CUANTAS PERSONAS HAS TENIDO RELACIONES SEXUALES EN TU VIDA? -----
numero de personas

40 41

22. ¿ CUANTAS DE ESTAS PERSONAS RADICAN EN EL D.F. ?

numero de personas

42 43

23. ¿ CUANTAS DE ESTAS PERSONAS (CON QUIENES TUVISTE RELACIONES SEXUALES) FUERON O SON TU PAREJA SEXUAL REGULAR ?

número de personas

44 45

*Por pareja sexual regular nos referimos a la persona (hombre o mujer) con la que hayas tenido relaciones sexuales por más de un año. O también a la persona con la que hayas tenido relaciones sexuales por menos de un año, pero con quien pretendes seguirlas teniendo. El (Ella) puede ser tu esposo(a), alguien con quien vives, o alguien que no vive contigo.

24. HAS TENIDO RELACIONES SEXUALES:

46

- (1) Solo con mujeres
- (2) La mayoría de las veces con mujeres y ocasionalmente con hombres
- (3) Tanto con hombres como con mujeres
- (4) La mayoría de las veces con hombres y ocasionalmente con mujeres
- (5) Solo con hombres

25. ¿ HACE CUANTO TIEMPO TUVISTE TU ULTIMA RELACION SEXUAL ?

especifica días meses y años

47 48

49 50

51 52

26. ¿ CON CUANTAS PERSONAS HAS TENIDO RELACIONES SEXUALES EN LOS ULTIMOS 12 MESES ?

número de personas

53 54

27. ¿ CON QUE FRECUENCIA HAS DADO O RECIBIDO DINERO, REGALOS O FAYORES, A CAMBIO DE TENER RELACIONES SEXUALES DURANTE LOS ULTIMOS 12 MESES ?

- (3) Siempre que he tenido relaciones sexuales
- (2) Alguna vez que he tenido relaciones sexuales
- (1) Nunca

55

28. ¿ ACTUALMENTE TIENES UNA PAREJA SEXUAL REGULAR ?

- (1) sí
- (2) no (pasa a la pregunta 42)

56

29. ¿ CUAL ES EL SEXO DE TU ESPOSO(A) O PAREJA SEXUAL REGULAR ?

- (1) masculino
- (2) Femenino

57

30. ¿ CUANTO TIEMPO LLEVAS CON TU PAREJA SEXUAL REGULAR ?

años y meses

58 59 60 61

31. ¿ CUANTOS AÑOS TIENE TU PAREJA ? ----- (Años) 62 63

32. ¿ HASTA QUE AÑO ESTUDIÓ?

(1) Primaria
(2) Secundaria
(3) Preparatoria

(4) Profesional
(5) Posgrado

64

33. ¿ VIVEN JUNTOS ? (1) SI (2) No 65

34. ¿ TU ESPOSO(A) O PAREJA SEXUAL REGULAR TIENE OTRA PAREJA SEXUAL ?

(1) Si ¿Cuántas? -----
(2) No
(3) No se

66 67 68

35. ¿ EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES CON QUE FRECUENCIA TUVISTE RELACIONES SEXUALES CON TU PAREJA SEXUAL REGULAR ?

(5) Diario o casi diario
(4) Una o dos veces por semana
(3) una o dos veces cada quince días
(2) Una o dos veces cada mes
(1) menos de una vez al mes

69

36. ¿ HAS UTILIZADO ALGUN MÉTODO ANTICONCEPTIVO ? 70

(1) SI (2) No (pasa a la pregunta 40)

71 72 73 74 75 76

37. ¿ CUALES ? -----

1

No. de tarjeta

77

No. de Cuestionario

1 2 3 4

38. ¿ EN CUANTAS DE ESTAS RELACIONES USARON EL CONDON ?

- (3) Siempre 5
(2) Algunas veces
(1) Nunca (pasa a la pregunta 40)

39. ¿ DE QUIEN FUE LA IDEA DE USAR EL CONDON ?

- (1) mía 6
(2) de mi pareja
(3) de ambos

40. ¿ EN EL ULTIMO MES HAS TENIDO RELACIONES SEXUALES CON OTRA(S) PERSONA(S) ADEMÁS DE TU ESPOSO(A) O PAREJA REGULAR ?

- (1) Sí ¿Cuántas? _____ 7 8 9
(2) No (pasa a la pregunta 44)

41. ¿ EN TOTAL CUANTAS RELACIONES SEXUALES TUVISTE CON ESTA(S) PERSONA(S) EN EL ULTIMO MES ? _____ número de veces 10 11

42. ¿ EN CUANTAS DE ESTAS RELACIONES USARON EL CONDON ?

- (3) Siempre 12
(2) Algunas veces
(1) Nunca (pasa a la pregunta 45)

43. ¿ DE QUIEN FUE LA IDEA DE USARLO ?

- (1) mía 13
(2) de mi pareja
(3) de ambos

LAS PERSONAS PIENSAN DIFERENTES COSAS SOBRE LOS CONDOMES O PRESERVATIVOS. A CONTINUACION TE PRESENTAREMOS ALGUNAS

AFIRMACIONES AL RESPECTO. POR FAVOR, TACHA PARA CADA UNA LA OPCION QUE MAS SE ACERQUE A TU MANERA DE PENSAR: 2. SI 1. NO

44. ¿ HAS OIDO HABLAR DEL CONDON O PRESERVATIVO ? 14
 (1) SI (2) No (pasa a la pregunta 46)

45. EXPLICA COMO SE USA: 15

SI(2) NO(1)

- 46. Los preservativos o condones hacen las relaciones sexuales más placenteras 2 1 16
- 47. Los preservativos o condones son más apropiado para usar con parejas ocasionales..... 2 1 17
- 48. El uso de preservativos o condones va en contra de mi religión..... 2 1 18
- 49. Los preservativos o condones pueden quedarse dentro de la matriz o el estómago 2 1 19
- 50. El precio de los preservativos o condones es muy alto para usarlos con frecuencia 2 1 20
- 51. Los preservativos o condones son ofensivos para las esposas o parejas habituales 2 1 21
- 52. Los preservativos o condones son útiles para prevenir el embarazo si se utilizan correctamente 2 1 22
- 53. Los preservativos o condones son más apropiados para usarse con la esposa o pareja habitual..... 2 1 23
- 54. Los preservativos o condones son fáciles de usar. 2 1 24
- 55. Yo aceptaría el uso de preservativo o condón si mi pareja me lo pidiera 2 1 25
- 56. Los preservativos o condones pueden hacer que el hombre pierda la erección. 2 1 26
- 57. No tener preservativo o condón es una buena razón para rechazar las relaciones sexuales con una pareja ocasional 2 1 27

28

58. ¿ EXPLICA QUE ES EL SIDA (SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA)?

59. ¿ CUALES SON LAS PRINCIPALES FORMAS DE CONTAGIO DEL SIDA ?
 29 30 31

60. ¿ ES POSIBLE QUE UNA PERSONA CONTAGIADA POR EL VIRUS QUE CAUSA EL SIDA NO MUESTRE LOS SINTOMAS DE LA ENFERMEDAD ?

- (1) Si
 (2) No 32
 (3) No sé, no estoy seguro

61. UNA PERSONA QUE NO PRESENTA LOS SINTOMAS DE LA ENFERMEDAD Y TIENE EL VIRUS QUE CAUSA EL SIDA ¿ PUEDE CONTAGIAR A OTRA PERSONA ?

- (1) Si
 (2) No 33
 (3) No sé, no estoy seguro

62. ¿ HAS CONOCIDO A ALGUIEN CON SIDA ?

- (1) Si
 (2) No 34
 (3) No sé, no estoy seguro

SEÑALA POR FAVOR QUE TAN GRANDE CONSIDERAS QUE ES EL RIESGO DE CONTAGIARSE DEL VIRUS DEL SIDA AL REALIZAR LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES.

NADA RIESGOSO (1)
 MEDIANAMENTE RIESGOSO (2)
 MUY RIESGOSO (3)

63. Saludarse de mano con alguien que tiene SIDA 3 2 1 35
64. Jugar con un niño que tiene SIDA 3 2 1 36
65. Acudir a una clínica dental o de salud en la que se atiende gente con SIDA 3 2 1 37
66. Besarse en la boca con alguien que tiene SIDA 3 2 1 38
67. Tener relaciones sexuales con alguien que tiene SIDA, aunque se use preservativo (condón) .. 3 2 1 39
68. Masturbación mutua (estimularse uno al otro para tener un orgasmo) con una pareja ocasional 3 2 1 40
69. Tener relaciones sexuales con una pareja ocasional aunque se use preservativo (condón) .. 2 2 1 41
70. Sexo oral con alguien que no conoces bien..... 3 2 1 42
71. Tener relaciones sexuales anales sin usar el preservativo (condón) con una pareja ocasional 3 2 1 43

NADA RIESGOSO (1)
MEDIANAMENTE RIESGOSO (2)
MUY RIESGOSO (3)

72. Tener relaciones sexuales con una prostituta sin usar preservativo (condón) 3 2 1 44
73. Usar baños publicos 3 2 1 45
74. Nadar en albercas públicas 3 2 1 46
75. Tener relaciones sexuales con una pareja ocasional sin usar preservativo (condón)..... 3 2 1 47
76. Inyectarse drogas como heroína o cocaína, etc... 3 2 1 48
77. Usar una jeringa o aguja usada por otra persona sin haberla esterilizado previamente 3 2 1 49
78. Donar sangre 3 2 1 50
79. Recibir una transfusión sanguínea en el hospital 3 2 1 51
80. Tener relaciones sexuales usando el preservativo (condón) con una persona que se inyecta drogas 3 2 1 52
81. Tener relaciones sexuales con muchas personas.. 3 2 1 53
- 54 55
82. ¿ QUE TIPO DE PERSONAS SON MENOS PROBABLES DE CONTAGIARSE DEL SIDA ? (Específica) _____

83. ¿ CREES QUE UNA PERSONA CON SIDA PUEDE CURARSE ?
- (1) Sí
(2) No 56
(3) No sé, no estoy seguro
84. ¿ QUE PIENSAS QUE DEBE HACER UNA PERSONA CON SIDA PARA EVITAR INFECTAR A OTRAS PERSONAS ? 57 58

85. ¿ CONSIDERAS QUE EL SIDA REPRESENTA UNA AMENAZA PARA LA SALUD DE TU COMUNIDAD UNIVERSITARIA ?
- (1) Sí
(2) No 59

86. ¿ PIENSAS QUE EN LOS PROXIMOS AÑOS EL SIDA SERA UNA AMENAZA PARA LA SALUD DE TU COMUNIDAD ?

(1) Si 60
(2) No

87. ¿ QUE POSIBILIDADES HAY DE QUE LAS SIGUIENTES PERSONAS SE CONTAGIEN DE SIDA ?

Ninguna Regulares Muchas

Hombre homosexual con una pareja	1	2	3	<input type="checkbox"/> 61
Hombre homopsexual con más de una pareja	1	2	3	<input type="checkbox"/> 62
Mujer Homosexual con una pareja	1	2	3	<input type="checkbox"/> 63
Mujer Homosexual con más de una pareja	1	2	3	<input type="checkbox"/> 64
Hombre heterosexual con una pareja	1	2	3	<input type="checkbox"/> 65
Hombre heterosexual con más de una pareja	1	2	3	<input type="checkbox"/> 66
Mujer heterosexual con una pareja	1	2	3	<input type="checkbox"/> 67
Mujer heterosexual con más de una pareja	1	2	3	<input type="checkbox"/> 68
Hombres o mujeres bisexuales	1	2	2	<input type="checkbox"/> 69
Tu	1	2	3	<input type="checkbox"/> 70

88. COMPARANDOTE CON OTRAS PERSONAS, PIENSAS QUE TIENES:

(1) Mayor riesgo de contagiarte de SIDA 71
(2) Menor riesgo de contagiarte de SIDA

89. ¿ QUE HACE QUE TE PERCIBAS CON MAYOR O MENOR RIESGO DE CONTAGIARTE DE SIDA ? 72

90. ¿ QUE TANTO TE PREOCUPA CONTAGIARTE DE SIDA ?

(3) Mucho 73
(2) Algc
(1) Nada

95. ¿ HA HABIDO SITUACIONES EN LAS QUE DEBIAS HABERTE PROTEGIDO DEL CONTAGIO DEL SIDA PERO NO LO HICISTE ? 10 11 12

(1) Si ¿Que clase de situaciones? -----

(2) No -----

96. ¿ CREES QUE EL GOBIERNO DEBE TOMAR MEDIDAS PARA PREVENIR QUE EL SIDA SE EXTIENDA ? 13 14 15

(1) Si ¿ Que medidas propones ? -----

(2) No -----

97. ¿ SABES DONDE PUEDEN HACERTE LA PRUEBA DEL VIRUS DEL SIDA ? 16 17

(1) Si ¿ Donde ? -----

(2) No

98. ¿ TE HAS REALIZADO LA PRUEBA DEL VIRUS DEL SIDA ? 18 19

(1) Si ¿ El resultado fue ? (1) Positivo (2) Negativo

(2) No

99. ¿ ESTARIAS DISPUESTO A HACERTE LA PRUEBA ?

(1) Si

(2) No

(3) No sé, no estoy seguro 20

100. ¿ LE INFORMARIAS A TU(S) PAREJA(S) SEXUAL(ES) SOBRE EL RESULTADO DE LA PRUEBA ?

(1) Si

(2) No

(3) No sé, no estoy seguro 21

101. ¿ QUE TANTO PREVALECE EL SIDA EN MEXICO ?

(3) Mucho

(2) Algo

(1) Nada 22

113. ¿ HAS USADO DROGAS EN LOS ULTIMOS 6 MESES ?

49 50 51

(1) Si ¿ Cuales ? -----

(2) No (no respondas las siguientes preguntas. GRACIAS)

114. ¿ TE HAS INYECTADO ALGUNA DROGA EN LOS ULTIMOS 6 MESES ?

(1) Si ----- 52 53 54
 Numero de veces

(2) No

115. ¿ CUANDO USAS DROGAS TIENES RELACIONES SEXUALES ?

(3) Siempre
(2) Algunas veces. 55
(1) Nunca

GRACIAS