

31921
62



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA**

**"PERCEPCION DE RIESGO DE CONTRAER
SIDA EN JOVENES UNIVERSITARIOS"**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
IRACEMA GARCIA MONROY

ASESORES: LIC. JOSE ESTEDAN VAQUERO CAZARES
LIC. EDDY AVILA RAMOS
MTRA. MARGARITA CHAVEZ BECERRA



IZTACALA

TLALNEPANTLA, ESTADO DE MEXICO,

2003

A

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Señor:

Te doy gracias por permitir una meta más en mi vida, por iluminar y guiar día a día mi camino y por ser quien soy.

A Gracema:

A ti mamita hermosa, por que gracias a ti he aprendido a luchar, a caer y a levantarme, a ser fuerte y no vencerme. Gracias por luchar conmigo para realizar esta meta, por apoyarme y ser mi amiga incondicional, sobre todo por estar conmigo cada momento y respetar mis decisiones. Gracias por ser un pilar importante en nuestra familia.

Te amo mamita.

A Rafael y Lucrecia:

A ustedes abuelitos, por ser mis segundos padres, por enseñarme los valores más importantes para un ser humano, por quererme y apoyarme tanto. Espero que este logro sea también suyo.

Los adora su nieta.

A Oswald:

A ti papi por ser un hombre responsable, por impulsarme a luchar por lo que se quiere, por enseñarme los valores de la vida y sobre todo por tu apoyo para estudiar esta carrera. Gracias por darme una familia hermosa y por amarme y quererme. Doy Gracias a Dios por elegirme como su hija y elegirlos como mis padres.

Te amo papito.

A Juan Manuel:

A ti Osito, por ser mi pareja incondicional, por impulsarme a ser una mujer exitosa, por nunca dejarme caer y por que gracias a ti, he aprendido a Amar y sobre todo a perdonar. Gracias por elegirme a mi para estar siempre juntos.

Te amo Osito.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

AGRADECIMIENTOS

A Salim:

A ti güerito, por que durante mi vida tú has sido el mejor de los amigos, me has apoyado y me has dejado estar en tu hombro cuando lo he necesitado. Doy gracias a Dios por tener un hermano como tú y por formar parte de esta familia.

Te quiero mucho.

A Anadir:

A ti muñequita, por ser una pieza importante en mi vida, por ser siempre mi confidente, por enseñarme que el cariño se da sin limitaciones. Gracias por quererme tanto y por ser mi hermana.

Te quiero mucho.

A Sucrecia y Juan Manuel:

Gracias a ustedes por ser unas personas de ejemplo para mí, por que estuvieron al tanto durante mi carrera y por cuidarme y quererme como una hija.

Los quiero mucho.

A Gloria Alicia y Manuel:

A ustedes por quererme y apoyarme en todo momento, por estar al tanto de este proyecto y de mis metas. Gracias por abrirme las puertas de su hogar y por ser los padres del hombre que AMO.

Los quiero mucho.

A mis Familiares y Amigos:

A todos los que pasamos por penas, desvelos, angustias y presiones en esta carrera. A todos mis familiares que estuvieron conmigo pendientes de este proyecto. Gracias por haber formado parte de este éxito.

TESTES CON
FALLA DE ORIGEN

AGRADECIMIENTOS

A la Unam y maestros:

A esta casa de estudios por aceptarme y darme la oportunidad de estudiar y de cumplir mi proyecto. A si también a todos mis maestros que me ayudaron día a día con su conocimiento y enseñanza.

A Vaquero, Eddy y Margarita:

Gracias por aceptar ser mis asesores, por sus acertados consejos y sobre todo por su profesionalismo para guiar de la mejor manera este proyecto.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO 1. ANTECEDENTES DEL VIH/SIDA.

1.1 ORÍGENES DEL VIH/SIDA.	8
1.2 DEFINICIÓN Y ETIOLOGÍA DEL VIH/SIDA.	14
1.3 EPIDEMIOLOGÍA DEL SIDA.	20
1.4 FORMAS DE TRANSMISIÓN DEL VIH.	35
1.4.1- <i>Vía sexual.</i>	36
1.4.2- <i>Vía sanguínea.</i>	40
1.4.3- <i>Vía perinatal.</i>	42
1.5- ¿CÓMO DETECTAR EL VIRUS VIH?	44
1.6 - SINTOMATOLOGÍA DEL VIRUS VIH.	48

CAPÍTULO 2.- PREVENCIÓN DEL VIH.

2.1.-PREVENCIÓN A TRAVÉS DE LA INFORMACIÓN.....	54
2.2.-SEXO SEGURO.....	59
2.3.- CONDÓN.	63
2.3.1- <i>Antecedentes del condón.</i>	64
2.3.2- <i>Actitud hacia el uso del condón.</i>	65
2.3.3- <i>Efectividad del condón.</i>	70
2.3.4- <i>Fallas del condón.</i>	72
2.4- PERCEPCIÓN DE RIESGO DE CONTAGIO DE VIH.	73
2.5- GRUPOS DE ALTO RIESGO.	79

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPÍTULO 3. INVESTIGACION SOBRE LA PERCEPCIÓN DE RIESGO DE CONTRAER SIDA EN JÓVENES UNIVERSITARIOS.

3.1. MÉTODO.....	82
3.2. PROCEDIMIENTO.....	83
3.3. RESULTADOS.....	84
3.4. DISCUSIÓN.....	100

<u>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.</u>	104
---	-----

ANEXOS.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESUMEN

Se realizó una investigación con 100 jóvenes estudiantes universitarios, con el propósito de identificar la percepción de riesgo que tienen los jóvenes universitarios ante el virus que provoca el SIDA.

En el primer capítulo, se realiza una revisión amplia de cómo, cuándo y dónde se descubrió el virus que provoca el SIDA, su definición, la epidemiología, las formas en que se transmite el VIH, así como la sintomatología del virus y las pruebas que se realizan para detectar el mismo.

En el segundo capítulo, se mencionan las principales formas de prevenir el contagio del virus que provoca el SIDA y se describe algunas técnicas de sexo seguro como: el uso del condón, sus antecedentes, actitudes, efectividad y fallas del condón, también se indican las poblaciones más propensas al contagio del VIH y la percepción de riesgo del contagio del mismo.

Finalmente, en el tercer capítulo del trabajo se describe la metodología, los resultados y la discusión de la investigación realizada a los estudiantes universitarios. Se encontró que los estudiantes tienen los conocimientos adecuados de lo que es el VIH, así como las formas de transmisión, grupos de riesgo y formas de prevención, sin embargo, se puede observar que no aplican estos conocimientos en sus prácticas sexuales.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

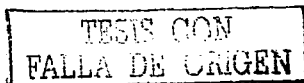
INTRODUCCIÓN

Durante las últimas décadas, la humanidad ha enfocado gran atención sobre una enfermedad transmisible a la que denominó "síndrome de inmunodeficiencia adquirida" (SIDA) que se empezó a propagar rápidamente y que se caracteriza por pérdida de las funciones normales del sistema inmunitario o de defensa, dando lugar a la aparición de las llamadas infecciones oportunistas. Pasaron varios años antes de que se descubriera que esta enfermedad se asociaba con la presencia de un virus al que hoy se denomina "virus de inmunodeficiencia humana" (VIH).

La infección por el VIH ha sido un desafío para la ciencia moderna. Por tratarse de un virus que se introduce en el núcleo de las células humanas resulta muy difícil de erradicar o eliminar. Además, las posibilidades de desarrollar una vacuna todavía están muy lejanas. Estas características le impusieron a la infección unas implicaciones de fatalidad. No obstante, en los últimos años se ha logrado avanzar considerablemente en tratamientos que pueden detener efectivamente el avance de la enfermedad, convirtiéndola en una infección tratable (aunque todavía no hay cura definitiva).

En general, el SIDA es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida y es provocada por un virus específico. No se trata por lo tanto de una enfermedad hereditaria, sino que es adquirida por causa de la falta de defensas del organismo, de gérmenes y microbios, que invaden la sangre y los tejidos, contra los cuales el organismo normalmente se defiende bien (Cotte, 1988 y Millar, 1989).

Posiblemente nunca se haya temido tanto a una enfermedad como el SIDA y es que esta enfermedad tiene una serie de connotaciones tanto psicológicas, como físicas, culturales y sociales que en muchas ocasiones las personas de



cualquier raza, sexo y cultura no toman en cuenta, y es por esto que la incidencia de los casos en VIH, es alta en nuestro país.

El conocimiento sobre el SIDA ha sido fuertemente influenciado por una serie de creencias y actitudes equivocadas, relacionadas principalmente con el hecho de que el virus que lo origina (VIH) es transmitido, entre otras formas, por la vía sexual y por que inicialmente las víctimas en el mundo occidental fueron los grupos homosexuales. Estas dos características parecen haber llevado a reacciones de miedo y confusión a las formas de contagio que son conductas como la humanidad misma.

De acuerdo con Del Río, y Uribe (1995), el desarrollo del VIH/SIDA, es una enfermedad que se puede prevenir. Es por supuesto una cuestión de prevención, educación y recursos. La prevención necesita incrementarse, la educación tiene que ser impartida y los recursos deben ser asequibles, antes de que sea demasiado tarde. Los jóvenes son mucho más receptivos a nuevas ideas, aprenden más rápido y están en el comienzo de su vida sexual. La llave del éxito es asegurarnos que todo el mundo esta prevenido, bien educado y que tiene los recursos "antes" de que comiencen su vida sexual, podemos entonces estar seguros que cuando la actividad sexual comience, las personas sobre todo los jóvenes comprendan completamente los riesgos que están tomando cuando no practican "el sexo seguro".

Existe una gran variedad de razones por las cuales los jóvenes comienzan una vida sexual activa sin tomar en cuenta los factores de riesgo, en cualquier enfermedad de transmisión sexual sobre todo en el VIH/SIDA. Para evitar lo anterior se deben incluir ciertos elementos en las instituciones a nivel general como son: la voluntad política para contender con la epidemia; información masiva sobre el VIH/SIDA; actividades orientadas a grupos y comunidades particularmente vulnerables, como lo pueden ser los adolescentes y jóvenes

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

universitarios que tienden a tener actividad sexual a temprana edad y con una prevención de manera irregular; amplio acceso a los condones y otros recursos: como agujas y jeringas esterilizadas y servicios de calidad para el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual.

El propósito de esta investigación es identificar la percepción de riesgo que tienen los jóvenes universitarios ante el virus que provoca el SIDA.

En el primer capítulo se hace una revisión de los antecedentes del VIH, así como sus orígenes, definición, epidemiología y formas de transmisión de la enfermedad.

En el capítulo 2 se describe ampliamente de la prevención que se debe de hacer para no contraer la enfermedad del SIDA, describiendo lo qué es sexo seguro, el uso y efectividad del condón, los grupos más propensos a contraer la enfermedad y la percepción de riesgo de contagio del VIH.

Finalmente, en el capítulo tres se realizó una investigación con 100 estudiantes universitarios a los cuales se les aplicó una escala tipo Likert, en la cual se obtuvieron diversos datos los cuales se analizó y discutió.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPÍTULO 1. ANTECEDENTES DEL VIH/SIDA.

1.1 Orígenes del VIH/SIDA.

La historia del SIDA se inicia a comienzos del año 1981, cuando el Dr. M.S. Gottlieb, inmunólogo de los Ángeles, en los Estados Unidos, se sintió particularmente intrigado ante un paciente adulto joven que padecía la pérdida total de las defensas inmunológicas, lo cual era muy particular e insólito a su edad. Poco tiempo después el paciente fue internado de urgencia por un bloqueo en el tracto gastro-intestinal, a consecuencia de un tumor, muriendo estando hospitalizado, debido a una neumonía de tipo raro provocada por un microorganismo parásito que invade los pulmones: un protozoario llamado *Pneumocystis carinii*.

El Dr. Gottlieb había detectado otros tres casos en el mismo hospital, tan intrigantes como el primero. En todos estos casos ocurrió lo mismo que en el primer paciente y todos ellos murieron en un plazo muy breve. Gottlieb, preocupado ante observaciones clínicas tan particulares se puso en contacto con otros colegas de Nueva York y San Francisco, encontrándose que algunos de ellos tenían en sus departamentos pacientes que presentaban desórdenes inmunológicos anteriormente desconocidos. Estos casos estaban unidos por un mismo cuadro, tenían una tipicidad presentaban un síndrome que solo podía indicar una cosa se estaba en presencia de una enfermedad desconocida.

En 1981, el Centro para el Control de las enfermedades de Atlanta, daba a luz el primer informe de una extraña enfermedad reconociéndose oficialmente como Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Cotte, 1988).

Sin embargo, de acuerdo con Sepúlveda, Valdespino Juárez y Mondragón, (1989), la historia del VIH se inicia en 1959, en Zaire (África), lugar en el que se

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

reportó un suero positivo a la prueba de anticuerpos contra el VIH con confirmación de la misma, que se mantenía congelado desde finales de los años 50. Diez años después un adolescente de 15 años murió en San Luis Missouri, (USA) con sarcoma de kaposi e infecciones oportunistas. En 1976 sucede la muerte de una familia noruega, una niña y sus padres. El padre presentó, desde 1966, un cuadro clínico con infecciones respiratorias recurrentes; a partir de 1973 se diagnosticó leucemia y un cuadro neurológico progresivo. Murió en Diciembre de 1976. La niña presentó infecciones bacterianas graves con complicaciones pulmonares y murió en enero del mismo año. En el caso de la familia se confirmó el diagnóstico de SIDA, al realizar las pruebas de Elisa y Western Blot en sueros congelados desde 1971.

En 1977 un informe médico Belga, refiere el caso de una secretaria originaria de Zaire, de 34 años de edad. viajó a Bélgica en ese mismo año para conocer la razón de sus infecciones respiratorias e intestinales persistentes. La mujer un año más tarde, con un cuadro clínico compatible con SIDA (Sepúlveda, Valdespino, Juárez y Mondragón 1989; citado en Colín y Fitz, 2001).

Es importante recalcar que existen diversas teorías e hipótesis de cómo es que se originó el SIDA, como la señalada por Cotte (1988), mencionando que los investigadores han determinado, en principio, que el SIDA y sus virus tienen su partida de nacimiento en África Ecuatorial, todo lo que se ha investigado apunta hacia allá.

Los habitantes de Haití fueron los primeros sospechosos de haber generado el virus. A raíz de las investigaciones que se continuaron haciendo, luego del reconocimiento oficial, por parte del Centro para el Control y Prevención de las enfermedades de E. U. de la existencia de la nueva enfermedad (junio de 1981), en el otoño de ese mismo año se observaron los primeros casos de SIDA entre los inmigrantes haitianos residenciados en la ciudad de Miami. Esto coincidió

a la vez, con os primeros casos de hombres y mujeres consumidores de Drogas-por vía intravenosa- en la Ciudad de Nueva York.

La hipótesis de que Haití pudo salir el virus del SIDA hizo que los investigadores trasladarán su atención al África Central. En los años de la década del 60, algunos miles de haitianos huyendo del país, fueron a trabajar a Zaire. La presencia probada del SIDA en África Ecuatorial hizo pensar con base en las anteriores consideraciones, que el mal había sido llevado por los inmigrantes. Ya que la enfermedad no se desarrolló en las dos décadas anteriores, pero sí en la década del 80, hizo pensar que el cuadro podía ser bastante diferente y que el origen del SIDA se encontraba en los territorios africanos.

La hipótesis planteada con lo haitianos pudo ser diferente a la que inicialmente se elucubró, de manera que la ruta seguida por el mal fuese a la inversa; puede imaginarse que uno de los inmigrantes regresó a su país llevando consigo tal carga explosiva que, por sus relaciones, originó un foco que saltó fácilmente a los Estados Unidos por la vía de los inmigrantes y los turistas.

En 1982 se notó un número anormalmente elevado de enfermos africanos graves ocupando camas en los hospitales belgas; estos pacientes presentaban un deterioro físico alarmante, sufriendo múltiples infecciones y presentando, algunos de ellos, el sarcoma de kaposi. Las pacientes graves eran trece de Zaire y dos de Chad, uno de ellos griego pero residenciado en África: ninguno de los casos era homosexual, siendo tres de ellos mujeres casadas y con familia. Los pacientes fueron muriendo poco a poco. Es de hacer notar que para 1982 se pensaba que solo los homosexuales y los heroínómanos contraían la enfermedad. Después de mucho indagar se pensó en la posibilidad de que padecían el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida: se hicieron las pruebas pertinentes y se llegó a la conclusión de que todos los pacientes antes reseñados tenían el SIDA. Se investigó en los archivos de los hospitales acerca de las muertes sin diagnóstico

de ciudadanos africanos centrales, ocurridas a partir de 1979, y se llegó a la conclusión de que la gran mayoría decesos habían ocurrido por padecer el Síndrome.

En octubre de 1983 un equipo mixto belga-norteamericano dirigido por el profesor Piot, se dirigió a Kinshasa, capital de Zaire. Allí en el principal y más grande hospital de la capital, encontraron cerca de treinta enfermos sospechosos. Al hacerse el diagnóstico, todos tenían SIDA; al indagarse sobre la vida de los pacientes se encontró que había muchos heterosexuales y que el origen del mal se encontraba, para dos grupos, en prostíbulos de la capital a los que frecuentemente acudían los europeos.

A raíz de lo anterior se generó la hipótesis de que el retrovirus responsable de producir el SIDA es un virus existente desde hace mucho tiempo en África Central, el cual. Entre 1970 y 1975. pudo sufrir una mutación, un cambio, que lo hizo más virulento para el hombre convirtiéndose en el azote que hoy conocemos. El virus pudo estar infectado endémicamente la zona y mantenido allí, en su medio ecológico no perturbado, hasta los años en que todo comenzó a cambiar por la urbanización y los cambios drásticos en la vida y el medio ambiente de Zaire y sus países vecinos.

El SIDA se presenta en África tanto en hombre como en mujer; las informaciones obtenidas muestran que el SIDA puede ser transmitido por contacto heterosexual, y que en el África Central, está es la principal forma de propagación del virus. Si en toda América, Europa, Asia, con la excepción de Haití, el perfil del enfermo de SIDA puede ser definido en términos de ser un varón homosexual sexualmente muy activo, o bisexual promiscuo. O drogadicto por la vía de inyección intravenosa, el enfermo africano tiene un perfil que corresponde a un heterosexual promiscuo con una media de más de 30 contactos anuales con prostitutas. En Haití la enfermedad presenta características un tanto diferentes a

las observadas en América y Europa: el 28% son mujeres y la proporción de homosexuales es sólo de 14%.

Desde hace más de 25 años, ciertos pueblos del Centro de África habían sido atacados por un extraño mal, una dolencia sin síntomas propios, la cual fue investigada por el Dr. Clumeck, quien encontró una explicación sólo en 1982, cuando se estudiaron los casos africanos en Bruselas. Esto hace concluir que en continente negro con carácter endémico y nadie le daba importancia.

Con los aspectos señalados anteriormente el SIDA fue asociado con prácticas, costumbres, y hábitos vistos en las comunidades homosexuales, se asocio al SIDA con el uso de inhalantes "afrodisíacos", con efectos producidos con una sobrecarga inmunológica derivada de la promiscuidad y una superactiva vida sexual, así como con la introducción directa del semen en el sistema circulatorio como consecuencia de politraumatismos y desgarramientos de la zona perianal.

Otra hipótesis relevante sobre el origen del SIDA es la *historia del mono verde*; con respecto a esto, las evidencias indican que el virus responsable de la enfermedad estaba presente en África por lo menos diez años antes de que se comenzarán a detectar casos en los Estados Unidos, siendo posible que el microbio se haya originado como producto de un proceso de evolución a partir de un virus presente en los monos desde hace más de 50. 000 años.

Los científicos tienen bases suficientes para pensar que el mal es endémico en las regiones del África Central. Una especie de mono, el mono africano verde, que ha vivido en toda esa área, es portador de un virus, el STLV-III (Simian T-Lymphotropic Virus), que es muy similar al retrovirus del SIDA, el VIH. Los retrovirus son una familia de virus muy compleja que se aislaron y caracterizaron de animales por primera vez en 1970. Los ejemplos de retrovirus animales que se han encontrado desde esa época incluyen el virus de la leucemia felina, que causa

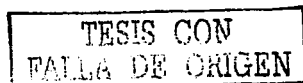
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

una serie de infecciones tipo SIDA (con mayor frecuencia que la leucemia) en gatos; el virus africano de la fiebre de los cerdos (VAFC), que produce en estos animales anomalías inmunológicas similares a las del SIDA y algunos de los síntomas que se observan en personas con SIDA, el virus Visna, que afecta ovejas, y el virus de la leucemia bovina, una infección del ganado. Tal vez el retrovirus más cercano al del SIDA en el hombre es el virus III linfotrópico de células T de los simios que ha originado afecciones en los monos (Cotte, 1988 y Miller, 1989).

Este virus de los primates fue descubierto al observar los científicos del New England Primate Center, que los monos Rhesus – primos hermanos de los monos verdes-, usados en las investigaciones biomédicas, comenzaron a morir de una enfermedad parecida al SIDA. A partir de estas observaciones se descubrió que el virus del mono verde, aun cuando no produce ninguna enfermedad en los mismos, por haberse producido un equilibrio entre el huésped y el parásito, sí puede infectar a otras especies de monos y producir una enfermedad como la observada en los monos Rhesus. Aquí se tiene que recordar que el hombre es un primate como el resto de los monos.

En las partes de África donde muchas personas han desarrollado el SIDA, o son positivas para el virus, hay un contacto estrecho entre los humanos y los monos verdes; entre la mitad y los dos tercios de estos monos están infectados con el virus STLV-III. Por el contacto existente entre el hombre y el mono, al compartir un ambiente que es común, son frecuentes las mordeduras y rasguños por parte de los simios a los nativos, sin olvidar que muchos africanos de estos lugares comen carne de mono.

En vista de estas relaciones, entre los monos y los hombres, hay algunos científicos que piensan que ésta fue la vía que encontró el virus para pasar del mono al ser humano. El virus del mono verde solo debió requerir de un pequeño



cambio, una pequeña mutación, para hacerse capaz de infiltrar las células humanas; una vez adaptado para poder multiplicarse en el hombre, el virus ha podido seguir mutando y cambiando (Cotte, 1988)

Como se puede observar hasta la fecha existen muchas hipótesis y explicaciones acerca de esta enfermedad, pero de estas no hay una exacta que nos deje ver de donde es que se contrajo esta misma; sin embargo es importante saber a que nos referimos cuando hablamos de SIDA.

1.2 Definición y etiología del VIH/SIDA.

Antes de comenzar con el presente inciso es importante hacernos una pregunta ¿Qué es el SIDA?, para contestar esta pregunta es necesario saber que el SIDA quiere decir Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Estas cuatro palabras explican exactamente en que consiste el SIDA: Síndrome: El SIDA se manifiesta a través de una serie de enfermedades y síntomas diversos que suelen ser fatales. Inmuno-deficiencia: El virus del SIDA hace que el cuerpo sea incapaz de combatir ciertas infecciones y enfermedades. Adquirida: El virus del SIDA se obtiene de alguien más.

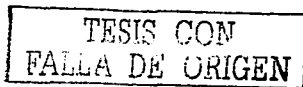
Síndrome:

Un síndrome es un conjunto de síntomas y problemas. Una persona con SIDA puede desarrollar una serie de síntomas diversos, que no necesariamente por que estén algunos de estos presentes se tiene SIDA

Inmune:

El término inmune significa a salvo o protegido. Cuando se tiene inmunidad se está a salvo de algo o protegido contra ello.

El cuerpo cuenta con un sistema que combate infecciones y enfermedades: se llama sistema inmunológico. Algunas enfermedades como el catarro común, la gripa y el sarampión son provocadas por virus. La función del sistema inmunológico es detener cualquier virus y evitar que se multiplique. El sistema



inmunológico cumple su función mediante la producción de anticuerpos. La tarea de un anticuerpo consiste precisamente en eliminar del cuerpo a cualquier virus.

Deficiencia:

Deficiencia quiere decir falta o insuficiencia. Al hablar de SIDA, la palabra deficiencia se vincula con la palabra inmune. Una persona con SIDA es inmunodeficiente, es decir, su sistema inmunológico es deficiente; no trabaja como debería para proteger a la persona contra infecciones y enfermedades.

Adquirida:

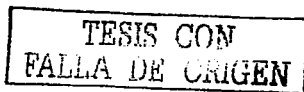
El término adquirida se refiere al hecho de que el SIDA es algo que se recibe, algo que se obtiene. El SIDA no se hereda de los padres de la misma manera en que se hereda el color de los ojos, o el color del cabello¹ (Hein, Foy y Consumer, 1991).

Existen diversas definiciones acerca del SIDA una de ellas es la mencionada por Cohen (1994), donde define al SIDA como presencia de una enfermedad clínica consistente en infección por oportunistas (como neumonía por *Pneumocystis carinii*), neoplasias (como Sarcoma de Kaposi) o ambos padecimientos; relacionada con inmunodeficiencia y ocasionada por el virus de la inmunodeficiencia humana. En 1982 se establece la siguiente definición: SIDA es una enfermedad moderadamente pronosticable provocada por defecto de la inmunidad celular en personas, sin causa aparente, de disminución de su resistencia a dicha enfermedad. Entre dichas enfermedades se incluyeron el SK², linfoma limitado al cerebro, neumonía e infecciones graves por oportunistas.

En Octubre de 1983, se acepta una definición describiéndose como: SIDA, síndrome que se expresa como un cierto número de enfermedades cuyo diagnóstico se puede llevar a cabo con suficiente certeza. Evoca una deficiencia de la inmunidad. Definición que no tiene causa anterior conocida: es adquirida.

¹ Si bien hay que señalar que una mujer con SIDA, embarazada, puede transmitir a su bebé el virus que provoca esta enfermedad.

² Sarcoma de Kaposi (en pacientes menores de 60 años).



También se define por un conjunto de enfermedades que explotan en un organismo inmunodeprimido por una razón desconocida. Las principales perturbaciones biológicas conciernen a la inmunología y todos sus componentes. Es un conjunto de anomalías biológicas (Rozenbaum, 1985. Citado en Gómez y Muñoz, 1993).

En general, el SIDA es el síndrome o conjunto de síntomas propios de una enfermedad con una producción deficiente de defensas del organismo, dejándolo inmune ante agentes como bacterias, hongos, virus y parásitos (Ramírez, 1989. Citado en Gómez y Muñoz, 1993).

Etiología:

El agente etiológico del SIDA es el virus de la inmunodeficiencia humana; en la actualidad se sabe que hay cuando menos dos subtipos tipo 1 y tipo 2 (HIV-1 y HIV-2). Antes, es necesario saber que los virus son responsables de la mitad de las enfermedades infecciosas del hombre moderno y de muchos centenares de enfermedades de plantas y animales y de los propios gérmenes. El SIDA es producido, también por un virus — el cual ha sido aislado y caracterizado en Francia y los Estados Unidos— de pacientes sufriendo tanto del síndrome como del complejo ARC. El virus ha sido llamado por siglas que en Ingles corresponden a Lymphadenopathy virus (LAV), human TLymphotropic virus III (HTLV-III) y AISD — Associated retrovirus (ARV). (Cohen, 1994 y Cotte, 1988).

De acuerdo con Miller (1989), el agente causal del SIDA —Virus de inmunodeficiencia humana (HIV)— es un retrovirus. Significa que pertenece a una familia de virus que tiene una capacidad única —elaboran DNA (la copia para la replicación genética) a partir del RNA. Los virus comunes no la llevan a cabo; en ellos el proceso de la replicación viral ocurre en forma inversa el DNA produce RNA. Como esta familia única trabaja en la forma opuesta, o sea hacia atrás, se

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

denomina *retrovirus*. Por su parte, Kalichman (Citado en, Colin y Fitz, 2001), afirma que el VIH es un retrovirus y que pertenece al grupo llamado *Lentivirus* – lenti significa "lento" en latín. Como su nombre lo indica, el VIH progresa lentamente hasta causar la enfermedad sobre un largo período de tiempo, usualmente años antes de que los síntomas aparezcan. Porque es una infección del sistema inmunológico, el cuerpo con sus propias defensas usualmente no puede luchar efectivamente contra la infección del VIH.

Los retrovirus son una familia de virus muy compleja que se aislaron y se caracterizaron de animales por primera vez en 1970. El retrovirus animal más cercano al del SIDA en el hombre es el virus III linfotrópico de células T de los simios (STLV-III) (del inglés, simian T-cell Lymphotropic virus III) que ha originado afecciones en monos.

Hasta finales de la década de 1970 se encontró que los miembros de la familia retrovirus también infectan al hombre. Hasta el aislamiento subsecuente del retrovirus del SIDA, que fue denominado entonces virus linfotrópico de células T humanas (HTLV-III) por los estadounidenses y virus relacionado con linfadenopatía (LAV) por los franceses (y hoy en día se conocen universalmente como virus de la inmunodeficiencia humana, HIV), sólo se conocían dos retrovirus humanos.

El primero, el virus de la leucemia de células T humanas (HTLV-I), causa leucemia y es transmitido de madres a niños en el útero, entre adultos por el coito y, por transfusiones sanguíneas. El segundo miembro de esta familia humana extraña es HTLV-II, que al parecer se transmite en la misma forma que el HTLV-I pero hasta la fecha no se ha comprobado que cause en realidad.

Hasta fecha más reciente, se unió un cuarto miembro a la familia. Se denominó en un principio HTLV-IV o LAV2, aunque hoy en día se conoce con el

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

nombre internacional HIV2 (virus de inmunodeficiencia humana 2) y fue aislado por primera vez por científicos franceses en prostitutas de África Occidental. Difiere de manera importante de HIV, pero a pesar de los primeros informes alentadores que sugieren pero podría ser menos patógeno (o sea que originaría una enfermedad menos grave) también causa SIDA. Se sabe que es distinto del virus original del SIDA por que las pruebas de anticuerpo HIV solo captan HIV2 la mitad de las veces (Cohen 1994 y Miller, 1989).

Por su parte, Richardson (1990) explica que el HIV deteriora progresivamente el sistema inmunológico. Lo lleva a cabo atacando y matando a un grupo particular de glóbulos blancos conocido como células T colaboradoras. Normalmente, estas células (también conocidas como células T4) tienen un papel muy importante en prevención de infecciones. Cuando ocurren se multiplican con rapidez, multiplicando a otras partes inmunológicas del cuerpo que se ha habido una elección. Como resultado, el organismo produce anticuerpos que atacan afortunadamente, destruyen bacterias y virus perjudiciales.

Además de movilizar los sistemas de defensa del cuerpo para limitar la infección, las células T colaboradoras también señalan a otro grupo de glóbulos blancos, conocidos como células T supresoras o T8, el momento que el sistema inmunológico debe suprimir su ataque.

Normalmente, hay más células T colaboradoras en la sangre que células T supresoras; cuando el sistema inmunológico funciona adecuadamente la proporción es de casi dos a uno. En personas con SIDA se invierte como relación y las T supresoras superan en número a las T colaboradoras. Como resultado, las personas con SIDA no sólo tienen células colaboradoras disponibles para combatir la infección, sino también un exceso de células supresoras que actúan contra las colaboradoras que llevan a cabo su trabajo. Además de saber que mata a las células T colaboradoras, también se sabe que, a diferencia de la mayor parte

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

de los otros virus, HIV cambia la estructura de las células que ataca. Lo lleva a cabo incorporando su propio código genético de las células que infecta. El resultado es que la célula infectada se transforma en una fábrica para producir virus HIV que salen al torrente sanguíneo y pueden infectar otras células T colaboradoras.

Hasta hace muy poco tiempo se creía que el virus del SIDA vivía dentro de las células del organismo de manera latente o de inactividad durante un período prolongado de tiempo, 5 o 10 años en muchos de los casos, no obstante, investigaciones recientes han demostrado que desde el momento en que el virus penetra en el organismo actúa como se ha descrito, infectando células sanas; sin embargo, el cuerpo infectado tiene suficiente fuerza y potencia como para atacar al agente extraño, se observó que el sistema inmunológico se encuentra en lucha constante durante el tiempo que se creía que el virus está inactivo, para cuando la persona infectada adquiere SIDA, se dice que el sistema inmunológico está en decadencia y ha perdido la batalla. (Colin y Fitz, 2001).

Finalmente, Devita, Hellman y Rosenberg (1986) mencionan que a pesar de que la estrecha relación entre SIV y HIV-2 es evidente, y la relación de cada uno de ellos con el HIV1 es superior al 50%, ninguno de estos virus tiene un parentesco muy estrecho con los restantes retrovirus. Por lo tanto, parece menos probable que el SIV de los monos verdes africanos sea el precursor inmediato del HIV-1, pero sí es muy probable que lo sea del HIV-2. Una hipótesis más lógica sería que el HIV-1 haya pasado al hombre a través de un virus precursor procedente de otras especies aún no identificadas. De la misma forma, tampoco ha sido identificado el virus progenitor evolutivo del que proceden tanto el SIV como el HIV-1. La identificación de estos progenitores sólo tendría importancia en el caso de que la información derivada de este hecho ayudará a comprender el mecanismo para controlar virus como el HIV.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Una vez que se ha revisado la etiología de lo que es el virus del SIDA, es importante revisar ampliamente los estudios epidemiológicos que se han hecho hasta el momento, con el fin de saber los casos de SIDA presentes en el mundo y específicamente en nuestro país.

1.3 Epidemiología del SIDA.

Al abordar el tema del SIDA es de suma importancia referirse al avance de la epidemia, a las cifras que pueden resultar alarmantes al observar su veloz incremento y hablan por sí mismas de la necesidad de prevenir la mortal enfermedad.

A 17 años de su aparición, el SIDA se ha extendido a casi todos los países. En la actualidad la Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta casos de SIDA en todas las regiones, afirmando que, el fenómeno reviste características pandémicas. La amenaza de este padecimiento ha puesto en marcha a organizaciones civiles, grupos de voluntarios, organismos internacionales y poderes públicos. Las políticas de salud frente al SIDA han tenido que ser rediseñadas tanto en aspectos administrativos como financieros, en coordinación con instituciones sanitarias y de seguridad social, con el propósito de obtener una respuesta eficiente. El SIDA en la actualidad está presente principalmente en las áreas metropolitanas de diferentes países, sin embargo la transmisión en áreas suburbanas o rurales están incrementándose y por tanto tiene una dinámica diferente (Valdespino, García y Cruz, 1993. Citado en Gonzáles, 1998)

En 1983 comenzaron a notificarse los primeros casos de SIDA en México, mismos que se habían iniciado en 1981, año que se considera como el principio de *la epidemia*. En la primera etapa (1981-1984) el propósito se redujo a conocer la distribución y la frecuencia de los casos de SIDA. A partir de 1985 se iniciaron las encuestas serológicas, que se transformaron en encuestas centinelas para

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

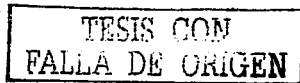
determinar seroprevalencias, factores de riesgo e incidencia en grupos poblacionales. En 1986, se reforma la ley sanitaria que regula el uso de la sangre y hemoderivados y ante la creciente necesidad en México de evaluar el curso de la infección, así como establecer criterios de diagnóstico, prevención y control de la enfermedad se creo, 1988, el Consejo Nacional de la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA), desde entonces el SIDA es uno de los problemas de salud prioritarios en México, por ello la notificación de los casos tiene un carácter de obligatorio, así como la información acerca de cual fue la vía de infección, con fines epidemiológicos y que han servido para crear estrategias preventivas. (Valdespino, García, Del Rio, Méndez, Magis y Salcedo; 1995 y Sepúlveda, Bronfam, Ruiz, Stanislawsky y Valdespino; 1989; citado en Torres, 1996).

Por otro lado, a principios de 1988 la Organización Mundial de la Salud (OMS), reportaba 81,433 casos de SIDA en el mundo, para mediados del mismo año la cifra ya había ascendido a 108,176 casos; dos años después en 1990 se llegaba a la cifra de 266,098 casos en el mundo, alcanzando un incremento del más del doble (CONASIDA 1988, Citado en Mejía, 1995).

Para el año de 1991, la OMS notifica 314.611 casos de SIDA a nivel mundial. Había detectado SIDA 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.

Como se observa América es el continente con mayor casos de SIDA notificados, de los cuales el 91.1% corresponde a Norteamérica, el 0.4% a Centroamérica, el 4.8% a Sudamérica y el 3.7% al Caribe.

En el año de 1987, la OMS reportaba 1,233 casos de SIDA en México, cifra que 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, Citado en Mejía, 1995).

Por su parte, Magis y Cols. (1998) mencionan que el primer caso de SIDA en México fue diagnosticado en 1983, sin embargo se ha documentado que el inicio del padecimiento fue en realidad en el año de 1981. Desde el inicio de la epidemia y hasta el primero de octubre de 1998 se han registrado de manera acumulada 37,381 casos en nuestro país. Sin embargo esta cifra constituye sólo una aproximación a la magnitud real de la epidemia, debido a los fenómenos conocidos como retraso en la notificación y subdiagnóstico. Los estudios más recientes sobre la materia, estiman que existe retraso en la notificación en un 33% de los casos de SIDA, en tanto que el subdiagnóstico se ubica en un 18.5%. Al aplicarle de manera acumulada estos porcentajes a la cifra de casos registrada, en realidad existe en nuestro país alrededor de 59,000 casos acumulados (Citado en. Colín y Fitz, 2001).

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 (Ver tabla 1).

A los 17,387 casos registrados en México hasta 1993, se suman 966 casos hasta marzo de 1994, incrementándose la cifra a 18,353 personas con SIDA. Desde el año de 1992 hasta 1994, el grupo más afectado es el de personas entre 25 y 44 años, siendo la principal vía de contagio la sexual. Para el año de 1994 por cada 6 hombres con SIDA existe una mujer infectada (CONASIDA, 1994, Citado en Mejía, 1995).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 1. Casos de SIDA en América, diez países con mayor frecuencia. Hasta diciembre de 1993.

POSICIÓN	PAÍS	FRECUENCIA	TASA POR MILLON DE HABITANTES.
1	E.U.	339,250	1,343
2	BRASIL	43,455	283
3	MEXICO	17,387	200
4	CANADA	8,640	320
5	COLOMBIA	3,870	115
6	VENEZUELA	3,150	158
7	HAITI	3,086	466
8	HONDURAS	2,865	544
9	ARGENTINA	2,767	85
10	REPUBLICA	2,179	293
	DOMINICANA		

Aun cuando se trata de una enfermedad de predominio urbano, se concentra en las grandes áreas metropolitanas, sin embargo se extiende con gran rapidez a áreas semiurbanas y rurales. Del total de casos notificados en 1994, el 56.5% se acumulan en el Distrito Federal, Estado de México y Jalisco; siendo las entidades de menos casos: Campeche, Colima, B.C.S., Zacatecas y Aguascalientes. (Ver tabla 2).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 2. Casos de SIDA en México por región geográfica. Hasta Marzo de 1994.

Estados	N° de casos
DF	5 736
EDO. MEX	2 293
PUEBLA	975
VERACRUZ	764
MORELOS	448
GUANAJUATO	269
HIDALGO	112
TLAXCALA	103
QUERÉTARO	102
JALISCO	2 314
GUERRERO	485
MICHOACÁN	485
SINALOA	248
NAYARIT	185
SAN LUIS POTOSÍ	184
DURANGO	104
ZACATECAS	73
AGUASCALIENTES	67
COLIMA	54
NUEVO LEÓN	579
BAJA CALIFORNIA	554
COAHUILA	329
TAMULIPAS	270
CHIHUAHUA	234
SONORA	174
BAJA CALIFORNIA SUR	54
YUCATÁN	348
OAXACA	234
CHIAPAS	162
TABASCO	92
QUINTANA ROO	88
CAMPECHE	44
EXTRANJERO	170
TOTAL	18 353

Al investigar los datos específicos de la epidemiología del SIDA, es importante saber la principal forma de transmisión y contagio del VIH, tanto en México como en el mundo.

En Norteamérica, Europa Occidental, Australia, Nueva Zelanda y algunas áreas de Sudamérica, más del 80% de los casos de SIDA aparecen en hombres

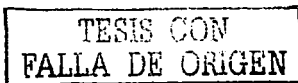
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

generalmente de 10 a 20 desarrollan el SIDA: Se espera que aumente la transmisión entre homosexuales. El número de casos pediátricos es bajo. Adicionalmente la transmisión por sangre y productos sanguíneos es prácticamente inexistente desde que se iniciaron las pruebas selectivas en 1985.

En África, partes del Caribe y algunas zonas de América del sur los heterosexuales constituyen la mayor proporción de los casos de SIDA. Hasta el 25% del grupo de edad de 20 a 40 años en algunas áreas urbanas está infectado, y hasta el 90% de las prostitutas mujeres. Las principales fuentes de riesgo son el contacto con prostitutas, las relaciones con múltiples compañeros sexuales y una historia de enfermedades ulcerativas sexualmente transmitidas. En el África, alrededor del 90% de los casos de SIDA se atribuyen a la transmisión heterosexual, y entre ellos es mayor el número de mujeres que de hombres. La proporción de casos que resultan de transmisión de madre a hijo es significativa; ocurren grandes números de casos pediátricos. La transmisión a través de transfusiones de sangre y otras posibles rutas parenterales continúan siendo un problema significativo en muchos países en desarrollo.

En algunos países la enfermedad ha aparecido sólo recientemente como en Europa Oriental, el medio Oriente, Asia y las Islas del Pacífico (excluyendo Australia y Nueva Zelanda), y algunas áreas de Suramérica. En estos países, la infección es generalmente el resultado de importaciones. Las prostitutas y las personas con múltiples compañeros sexuales corren el mayor riesgo (SIDA/ETS, 1993; citado en Gómez y Muñoz, 1993).

En general, la OMS reportó que en 1993, un 75% de los casos reportados habían sido transmitidos por la vía sexual. Es importante resaltar que la infección por vía heterosexual está tomando gran fuerza, la Organización Mundial de la Salud señala que para el año 2000, se espera que el 90% de los casos totales de infección en todo el mundo sean transmitidos por esta vía. Hasta 1993, en nuestro



infección en todo el mundo sean transmitidos por esta vía. Hasta 1993, en nuestro país en 84.5% de hombres y el 50% de mujeres con SIDA, se habían contagiado por vía sexual, como se muestra en la tabla 3. Porcentaje que se incremento para el año de 1994, dándose en contagio por vía sexual en un 93.4% en hombres y un 65.5% en mujeres.

Con respecto a la vía de transmisión sanguínea, se ha observado en distintos países que puede ser controlada con medidas energéticas de detección de donadores, así como en el caso de mujeres que planean embarazarse.

Del total de casos reportados hasta marzo de 1994, el cual asciende a 18,353 como ya se mencionó, se realizó una relación porcentual según la categoría de transmisión en adultos, en la cual se puede observar nuevamente el incremento en la transmisión del VIH por vía sexual.

Debido a que la principal vía de contagio es la sexual, los grupos con mayor riesgo de adquirir la infección son los jóvenes, debido a que se encuentran en la etapa reproductiva y tienen necesidad de relaciones sexuales frecuentes, pudiendo ser de alto riesgo si no se les informa y se les concientiza del problema que es el SIDA (SIDA/ETS, 1994, Citado en Mejía 1995).

Tabla 3. Total de casos reportados hasta marzo 1993 por transmisión sexual.

TRANSMISIÓN SEXUAL		
AÑO	HOMBRES	MUJERES
1991	86.7%	22%
1992	88.8%	44.4%
1993	84.5%	50%

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

22,055 casos de SIDA, sin embargo, se estima que el número real de casos asciende a 31,900 considerando aquellos que tardan en notificarse y aquellos que no se notifican, lo que en promedio significa un total de 9 casos diarios, con 263 durante el último mes, de los cuales el 92.4% responden a infección por vía sexual siendo el género masculino el más afectado, en donde 38.6% tienen preferencia homosexual, el 27.4% bisexual, y el 22.8% heterosexual; respecto de las mujeres el 68.7% son heterosexuales y el resto de ellas se han infectado a través de contacto sanguíneo; para grupos de edad se observa hasta 1995 que la mayor parte de los casos notificados ocurrió en los grupos de 20 a 49 años, de ellos el 88.5% correspondió a adultos de género masculino, porcentaje seis veces mayor comparado con el género femenino, sin embargo, la proporción de infectados en otros grupos poblacionales ha ido en aumento; por ocupación se encontró que la tasa más alta de infección tuvo lugar en trabajadores de servicios públicos, en segundo lugar se encuentran los denominados trabajadores del arte y los espectáculos, los profesionistas ocupan el tercer lugar y finalmente aunque en crecimiento se ubicaron los trabajadores domésticos, las personas dedicadas al hogar y especial la población estudiantil (Citado en Torres 1996).

De acuerdo con Valdespino, García, Del Río, Méndez, Magis y Salcedo (1995), de los 1 068 casos de SIDA en mujeres adultas por transmisión heterosexual, notificados desde 1986 hasta marzo de 1995 en México, se tiene el antecedente de que en 542 de éstos la pareja sexual permanente se sabía infectada por este virus o pertenencia a grupos de alto riesgo (bisexual, usuario intravenosa, hemofílico, ex-donador de sangre remunerado).

La tendencia de los casos de SIDA en mujeres por transmisión heterosexual se ha incrementado en los últimos cuatro años y desde 1993 represento más del 60% en este sexo

La seroprevalencia en mujeres que se consideran en alto riesgo de estar infectadas por vía sexual es de 4.9%, con rangos del 2% hasta el 10% (en 4 051

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

estudiadas). Las tasas más elevadas se observan en el Distrito Federal. El riesgo de estar infectadas por VIH por vía sexual es 80 veces mayor en estas mujeres, en relación con mujeres adultas con vida sexual activa en general, suponiendo que las embarazadas estudiadas en hospitales de obstetricia representan a este segmento de la población.

En cuanto a la transmisión heterosexual en hombres, en México se han notificado 3 417 casos de SIDA, cifra tres veces mayor a la de los casos en mujeres por la misma vía de transmisión. En cambio, en los EUA se ha observado que por cada caso de SIDA heterosexual en hombres, se reportan dos en mujeres. En México se ha documentado el sobre reporte de casos heterosexuales en hombres se ha estimado que 62% de los casos notificados como heterosexuales corresponde a individuos con prácticas homosexuales o bisexuales.

Se estima que el número de casos de SIDA en hombres heterosexuales en México es de alrededor de 1 100. En una proporción importante de los mismos se tiene el antecedente de ser pareja sexual de mujer infectada (vía transfusional, ex donadora de sangre por paga).

Por otro lado, es importante estimar el número de casos de SIDA, en cuanto a la prostitución, tanto femenina como masculina.

Existen diferentes modalidades de prostitución femenina en México, en general son jóvenes con promedio de edad de 27 años, el 86% tiene hijos y son jefes de familia, con un bajo nivel educativo (segundo de primaria). El tiempo promedio de ejercicio de prostitución es de 5.4 años y tiene en promedio 12 parejas sexuales a la semana. La mayoría no son usuarias de drogas intravenosas (99%) y han adoptado con mayor frecuencia el uso de condón; estos dos factores pueden explicar la baja prevalencia de infección por VIH en encuestas centinelas; hasta junio de 1994 se habían estudiado 20, 320 prostitutas con una tasa de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

infección de 0.7%, con rangos de 0 a 6%. La tendencia de la seroprevalencia es ligeramente ascendente y las tasas más elevadas se observan en las grandes ciudades (Distrito Federal, Guadalajara, Tijuana y Puebla) y en algunas entidades del norte del país (Chihuahua y Coahuila).

La epidemia del SIDA generó la necesidad realizar estudios centinela de VIH en un grupo poco conocido: el de los hombres que ejercen la prostitución homosexual.

Hasta junio de 1994 se han estudiado 2 262 trabajadores del sexo comercial, mediante encuestas centinela en cuatro ciudades del país. En el Distrito Federal en 1986 la prevalencia de VIH en este grupo fue de 7%; en 1989 de 14%, en 1990 de 24% y desde entonces ha permanecido entre 20% y 30%. En Guadalajara la tasa de infección en 1993 fue de 37.5% en Morelia ha sido menor a 5%.

Este grupo representa un factor de riesgo epidemiológico muy importante en la transmisión del VIH debido a las altas tasas de infección, el número elevado de parejas sexuales y a que los principales usuarios, que son bisexuales, pueden ser el puente para favorecer la transmisión heterosexual.

Así mismo, es necesario tomar en cuenta los casos de hombres homosexuales, sin necesariamente ejercer la prostitución. De acuerdo con los casos notificados en forma acumulada, los hombres que tiene relaciones sexuales con hombres representan dos terceras partes 67.5%, y 21% de los casos corresponden a varones con prácticas heterosexuales. Sin embargo, los estudios reportados por nuestro grupo indican que las prácticas homosexuales y bisexuales son sobreportadas: al corregir esto se puede estimar que de los casos de SIDA notificados en hombres, 81% se deben prácticas homosexuales y sólo 8% son transmisión heterosexual.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Por otro lado, a lo que se refiere a la transfusión sanguínea, en Marzo de 1995, la transmisión del VIH por productos sanguíneos ha producido 2 733 enfermos de SIDA, de los cuales 1 992 adquirieron la infección por transfusión sanguínea (1 113 mujeres, 753 hombres y 126 niños); se han reportado 338 casos en ex donadores de paga (292 hombres y 46 mujeres) y 241 casos en hombres hemofílicos (159 adultos y 82 niños).

Por lo anterior, CONASIDA (1996, Citado en Colín y Fitz, 2001) manifiesto que en México, existen disposiciones legales que prohíben la comercialización de sangre que obligan a que toda sangre transfundida sea analizada previamente. Como resultado de lo anterior, la prevalencia de infección en donadores a escala nacional ha descendido en los últimos años de 0.6% (1990) a 0.05% (1996). Los casos de SIDA asociados a transfusión sanguínea han disminuido de 3.7% a 2.7% del total de casos en los últimos dos años.

En cuanto al contagio de SIDA por drogadicción intravenosa (DIV), es de saberse que se concentra en algunas ciudades y estados del país, como Baja California, Guadalajara, Sonora, Distrito Federal y Michoacán.

Los factores de riesgo en los drogadictos intravenosa son semejantes a los de otros países y se ha encontrado que la práctica de compartir jeringas es el más fuertemente asociado.

Acerca de la transmisión perinatal, el número de casos pediátricos en nuestro país (menores de 15 años), representa 2.5% del total de casos de SIDA, de los cuales 50% lo adquirió por vía perinatal. Los estudios centinela realizados en embarazadas de la población general a cuidados prenatales, revelan que la prevalencia se ha incrementado en los últimos años, paso del 0.04% (1991) al 0.09% (1997). De este modo, se estima que puede haber alrededor de 2,500 embarazadas que son portadoras de VIH.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

0.09% (1997). De este modo, se estima que puede haber alrededor de 2,500 embarazadas que son portadoras de VIH.

Finalmente, los cuadros 1, 2 y 3 que se presentan a continuación fueron tomados de la dirección de Internet <http://www.ssa.gob.mx/proa/estadis/> y contienen información sobre la epidemiología del VIH/SIDA hasta el año de 1999. Con respecto al cuadro 1, se entiende por notificación el número de casos reportados por entidad federativa a la Dirección General de Epidemiología, esto es, cada institución médica envía toda la historia clínica completa de cada caso de VIH/SIDA (fecha y vía de contagio); y por diagnosticados en el año (actualizado el año 2000 a través del boletín Epidemiología, del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica), se entiende el número de casos que son detectados en cada institución médica, ya sea que el paciente acude a la institución por tener alguna enfermedad que al realizarse los análisis se le diagnostica SIDA; también, dentro de este rubro se encuentran los casos en que el paciente acude a realizarse análisis sanguíneo y resulta positivo a VIH. Lo anterior fue explicado por la Lic. Pilar Rivera, jefa del Departamento de Análisis y Tendencias de la Dirección de Investigación de CONASIDA, en la entrevista sostenida el 18 de agosto del 2000.

El cuadro 2 explica el número de casos diagnosticados por entidad federativa en el año 2000, y fue tomado del Boletín Epidemiología del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. El cuadro 3 explica el factor de riesgo y su distribución porcentual de casos de SIDA al primer trimestre del 2000. El cuadro 4 explica la distribución porcentual de los casos de SIDA por grupos de edad y sexo, ambos cuadros fueron tomados de la página de Internet <http://www.ssa.gob.mx/proa/estadis/>.

Con lo anterior, los datos explican los movimientos que ha tenido la epidemia de VIH/SIDA en México son los casos diagnosticados, debido a que existe tardanza en la notificación porque aún no se recaba la historia clínica completa de cada caso.

Si se suman los casos de los años de 1983 a diciembre del 2000 nos da un total de 43, 872 notificados

Cuadro 1
Sistema de vigilancia epidemiológica de SIDA
(hasta la semana 13 del 2000).
Reporte del primer trimestre
Casos de SIDA registrados por año de notificación.

Sistema de vigilancia epidemiológica de SIDA
(hasta la semana 52)
24-30 diciembre del 2000.
Casos de SIDA registrados por año de diagnóstico.

Año	Notificados en el	Diagnosticados
	Año *	en el año.
1983	6	60
1984	6	198
1985	29	349
1986	246	673
1987	518	1485
1988	905	2069
1989	1605	2661
1990	2587	3517
1991	3155	3625
1992	3210	3988
1993	5058	3950
1994	4111	4129
1995	4310	4170
1996	4216	3965
1997	3670	3817
1998	4758	3822
1999	4372	1541
2000	--	1110

*Estos casos fueron publicados en su mayoría en los boletines de CONASIDA en los años respectivos

**Información actualizada al 1er trimestre del 2000.

FUENTE: DGE. Notificación inmediata de casos de SIDA.

Cuadro 2
Casos de SIDA diagnosticados
En el año según entidad
(Semana Epidemiológica 52)
24-30 diciembre del 2000.

Entidad federativa	Acumulados
Aguascalientes	16
Baja California	--
Baja California Sur	4
Campeche	5
Coahuila	37
Colima	20
Chiapas	1
Chihuahua	53
Distrito Federal	97
Durango	11
Guanajuato	59
Guerreero	39
Hidalgo	22
Jalisco	41
México	83
Michoacán	38
Morelos	46
Nayarit	8
Nuevo León	66
Oaxaca	10
Puebla	125
Querétaro	12
Quintana Roo	1
San Luis Potosí	18
Sinaloa	14
Sonora	31
Tabasco	16
Tamaulipas	43
Tlaxcala	30
Veracruz	136
Yucatán	16
Zacatecas	12
Total*	1110

*No se incluyen los casos de extranjeros en tránsito en México.

FUENTE: DGE. Notificación inmediata de casos de SIDA.

1.4 Formas de transmisión del VIH.

Gran parte del temor y pánico que rodea al SIDA se debe a la falta de conocimientos sobre la forma en que se transmite el HIV de una persona a otra. Muchos piensan que es posible adquirir el SIDA a través del contacto diario normal con una persona infectada. No sucede así. No se puede adquirir el virus simplemente por estar cerca de una persona infectada, comer con ella o tocarla. Tampoco se contagia tocando los objetos utilizados por alguien que tiene el virus. Nadie se ha infectado jamás por nadar en la misma piscina que una persona infectada, compartir ropas p toallas o beber en la misma copa. El HIV es muy frágil y fácil de destruir fuera del cuerpo. No hay razón alguna en absoluto para pensar que puede diseminarse por el aire o el contacto social casual.

Otros mitos sobre las vías de transmisión son: besos, caricias o prácticas sexuales donde no hay participación genital, o sólo existe manipulación manual o de objetos con función sexual (los cuales no deben compartirse). El HIV no se transmite tampoco por picaduras de insectos, tos o estornudos, uso de sanitarios, teléfonos, cubiertos, platos, vasos, etc. (Mejía, 1995 y Richardson, 1990).

Al ser poco resistente fuera del organismo, el virus del SIDA sólo puede contagiarse cuando pasa el cuerpo de una persona infectada o enferma, al cuerpo de una persona sana. Su única forma de sobrevivir es alojándose dentro de un organismo vivo –célula-, fuera de estas vive muy pocas horas y factores ambientales, químicos o temperaturas elevadas acaban con él. Aunque el VIH se puede encontrar tanto en algunas células como los líquidos y secreciones orgánicas de las personas infectadas, en cantidades variables a lo largo del tiempo, su presencia no supone el mismo riesgo de transmisión en todos ellos.

Otro factor que tiene que tomarse en cuenta para hablar de riesgo de infección por el VIH es la vía de entrada en el organismo, en este sentido se

puede afirmar que las principales puertas de entrada son las mucosas (membranas muy delicadas que recubren el recto, la vagina, la uretra, la boca y parte de los ojos) y la piel dañada como resultado de cortaduras, abrasiones o ulceraciones. Tanto debajo de las mucosas como de la piel que recubre la superficie externa del cuerpo se encuentran los vasos sanguíneos y linfáticos, el VIH, luego de reproducirse en la puerta de entrada, se disemina a otras partes del organismo. De esta forma los mecanismos de transmisión de la infección por VIH son: *via sexual, via sanguínea y via perinatal* (Organización Panamericana de la Salud, 1993).

1.4.1- *via sexual.*

Durante el contacto sexual habitualmente ocurre transferencia de fluidos corporales y los microorganismos que puedan contener. Dependiendo de la forma del contacto que se trate, los fluidos implicados pueden ser vaginales, líquido preeyaculatorio, semen, saliva, sudor, sangre, orina, moco rectal o heces fecales. El VIH ha sido aislado de la mayoría de ellos; no obstante, solamente la sangre, el líquido preeyaculatorio, el semen y las secreciones vaginales son portadores de la cantidad suficiente para la transmisión de la infección. Por lo tanto, el VIH no se transmite por besos, abrazos, caricias ni por un apretón de manos. Tampoco por compartir cubiertos, alimentos o bebidas; por utilizar sanitarios, manejar dinero, usar regaderas, acudir al cine, así mismo, se ha podido demostrar que existen prácticas que implican mayor riesgo de adquirirla que otras (Romano, 1997 y Coperias, 1998).

De acuerdo con Acevedo y Solache (1998), el contacto sexual con una persona infectada es la forma de transmisión más frecuente, especialmente si se practica el coito sin protección o cualquier acto sexual penetrante en el que no se utilice condón (profiláctico o preservativo). No obstante el riesgo difiere de acuerdo con el tipo de acto sexual que se practique. El coito vaginal, anal u oral puede dar lugar a la transmisión del virus de un hombre infectado a una mujer o de una mujer

infectada a un hombre; el coito anal u oral puede dar lugar a la transmisión de un hombre a otro hombre.

1.4.1.1- Coito vaginal.

Este tipo de contagio parece ser menos propicio a la transmisión del VIH. La vagina se encuentra cubierta por un epitelio que posee varias capas de células aplanadas, la cual le confiere una mayor resistencia a la fricción que se produce durante el coito. Se piensa que durante la menstruación las condiciones pueden ser más favorables para la transmisión del virus.

Una última consideración es que, aparentemente, en esta forma de relación sexual la mujer tiene más riesgo de ser infectada por el hombre que a la inversa. Se debe que ello se debe a que el semen posee una mayor concentración de partículas virales (Carrillo, 1990; Citado en Gómez y Muñoz, 1993).

1.4.1.2- Coito rectal.

Las relaciones sexuales en las que ocurre penetración del pené por el recto del compañero(a) son las que implican mayor riesgo de transmisión. La razón se basa en la naturaleza del epitelio rectal, que es el tejido constituido por una sola capa de células de forma cilíndrica que tapiza la porción final del intestino grueso; la irrigación sanguínea es abundante en esta región y además está rodeado por tejido linfoide (tejido compuesto por células del sistema inmunológico). Durante el coito rectal, este epitelio sufre con frecuencia laceraciones que permiten el contacto del VIH, posiblemente contenido en el semen allí depositado, con el torrente circulatorio y con las células CD4. Por otro lado, el penetrador puede tener lesiones en el pené (aunque sean imperceptibles) que, al ponerse en contacto con la sangre proveniente de las lesiones rectales de la pareja, permiten la probable entrada del virus. Cualquier otro tipo de práctica que produzca lesiones en la

mucosa rectal o que ponga en contacto a las previamente existentes con flujos o sangre contaminada, se asocia a un alto riesgo de transmisión (Richardson, 1990).

La transmisión del VIH guarda más relación con la práctica sexual que con la orientación sexual. Se señala a los varones homosexuales como individuos de alto riesgo. Ciertamente lo son, pero no por la homosexualidad en sí, sino porque practican el coito anal. Los heterosexuales que practican el sexo anal tienen el mismo riesgo elevado. El coito anal es más frecuente en las parejas heterosexuales de lo que muchos miembros de la profesión médica creen. Sin embargo, pocos trabajos sobre la propagación del SIDA entre los heterosexuales abordan este punto (Sande y Volberding, 1992).

Las pruebas de transmisión a través de la inseminación artificial con semen contaminado por VIH se citan con frecuencia como ejemplo bien definido, casi experimental, de infección vaginal. Sin embargo la inseminación artificial no es vaginal, es intrauterina y comporta también un cierto riesgo de hemorragia. Es más probable que estas infecciones se produzcan a través del traumatismo y la contaminación por sangre que por la exposición vaginal

Dos estudios sobre la transmisión del SIDA entre heterosexuales diferencian el coito anal del vaginal. La transmisión del VIH a través del coito vaginal se debe probablemente a que este tipo de relación constituye la norma; es decir, puede producirse un gran número de infecciones a pesar de una baja infecciosidad del VIH. De todos modos, en ambos estudios se encontró un mayor índice de infección en los heterosexuales que practicaban la relación sexual anal. El riesgo³ era el mismo que para la infecciosidad del homosexual receptor anal (Lorian, 1988; Citado en Gómez y Muñoz, 1993).

³ 1.8 veces mayor para la relación anal que para la vaginal

1.4.1.3- Sexo oral.

La participación de la boca, en particular la lengua, en las relaciones sexuales genitales implica el contacto de la mucosa oral, que sufre con frecuencia lesiones imperceptibles para quien las padece, con el líquido preeyaculatorio y/o semen (Fellatio, boca-pene), con lesiones rectales irrigadas con sangre (Anilingus, lengua-orificio anal), o con secreciones vaginales (Cunnilingus, lengua-vulva, lengua-introito vaginal); que favorecen la adquisición del VIH probablemente contenido en estos flujos. La suposición de esta vía de transmisión no se ha podido documentar, pero se conoce que el hecho de deglutir semen o secreciones vaginales no implica riesgo en sí mismo, debido a que el virus se inactiva al ponerse en contacto con los jugos gástricos. Se sospecha un efecto equivalente al interactuar el VIH con un componente de la saliva.

El uso del condón masculino de látex proporciona una barrera que reduce el riesgo a la exposición de secreciones del compañero(a). Su utilización apropiada evita el depósito de las mismas, así como que exista el contacto con úlceras o lesiones. La falla del preservativo puede originarse en errores al usarlo, como el no utilizar uno diferente para cada contacto sexual; no colocarlo antes de cualquier contacto genital desde la erección del pene; no desenrollado completamente; utilizar lubricantes oleosos en vez de acuosos y lastimar el material al desempaquetarlo o colocarlo; o las fallas debidas al producto mismo como filtraciones y ruptura ocurrida por su envejecimiento o caducidad; por su deterioro al almacenarlo en un lugar caluroso y húmedo.

Materiales alternativos para prácticas sexuales en las que no participa el pene, por ejemplo anilingus o cunnilingus, que funcionan de manera semejante en la prevención de la transmisión por VIH, son los guantes, laminilla o dedos, fabricados inicialmente para intervenciones quirúrgicas.

Es muy reciente la producción de un condón femenino hecho con polietileno que se parece a una bolsa y que cubre la vagina desde el hueso del cuello uterino donde se sujeta con un anillo interno flexible hasta los labios mayores donde se sostiene de un anillo externo de mayor tamaño que el primero. Su comercialización en México aún no es a gran escala.

Respecto al uso de espermaticidas, se ha demostrado que una de las sustancias que contienen, los surfactantes, inactiva a los agentes productores de enfermedades de transmisión sexual (ETS), incluyendo la infección por VIH. Cuando los métodos de barrera descritos van acompañados por un espermaticida, la acción contra el virus puede ser eficaz en caso de que ocurriera filtración o derrame.

1.4.2- *Vía sanguínea.*

Esta forma de transmisión se produce por el paso de células de la sangre directamente al torrente circulatorio, de un individuo infectado por el virus a un individuo sano, debido a la gran concentración de partículas virales en las células sanguíneas, esta vía es de las más eficientes.

La transmisión de HIV por exposición de sangre o productos sanguíneos contaminados sucede de manera principal por transfusión de sangre de un donador infectado a personas que requieren sangre por enfermedad aguda, intervención quirúrgica o enfermedad crónica como la hemofilia; por diálisis o por compartir agujas y otros instrumentos relacionados con la administración de drogas, en especial entre toxicómanos de drogas intravenosas. Lesiones ocasionadas por agujas y objetos cortantes al personal de salud caen en esta categoría de transmisión (Cohen, 1994).

1.4.2.1- Transfusiones de sangre y derivados.

Hasta antes de que fuera descubierto el mecanismo de transmisión de este mal, las transfusiones de sangre constituían el mecanismo más eficaz de transmisión del VIH. Prueba de lo anterior se encuentra en las estadísticas mundiales, que muestran un aumento del número de enfermos con SIDA producto de transfusiones recibidas años atrás. Así mismo, se ha observado que los hemofílicos, que por razón de su padecimiento han tenido que recibir periódicamente componentes de la sangre específicamente plasma y/o factor VIII- están presentando como complicación ajena a su padecimiento, el SIDA (Domínguez, 1988 Citado en Gómez y Muñoz, 1993).

Con anterioridad, algunas personas recibían sangre o productos hematológicos infectados con VIH. Los hemofílicos, en particular, contrajeron el virus por el tratamiento con los productos hematológicos factores VIII y IX que ayudan a coagular la sangre. El factor VIII se elabora con plasma de miles de donadores. El plasma es el líquido que queda cuando se extraen las células de la sangre. Incluso cuando solo están infectados con VIH uno o dos de estos donadores, hay la posibilidad de que el factor VIII producido a partir de su sangre también contenga el virus.

Afortunadamente, en la actualidad se han eliminado el peligro de que las personas contraigan VIH por productos hematológicos infectados. Desde marzo de 1985 se hacen pruebas para VIH en toda la sangre donada y cualquiera que este infectada se desecha. Además los productos hematológicos se tratan con calor, un proceso simple que mata el virus (Richardson, 1990).

1.4.2.2- Agujas y jeringas.

La forma en que tiene lugar la transmisión por el uso de agujas y jeringas contaminadas por las personas adictas es la siguiente: cuando una persona

infectada se inyecta droga, la jeringa y la aguja se contaminan con su sangre, si otra persona utiliza estos mismos instrumentos sin esterilizar, parte de la sangre del primer usuario contaminada con el VIH, entra en la circulación sanguínea de la próxima persona y la infecta.

Otro modo de transmisión de agujas y jeringas se puede dar entre el personal de salud que atiende a personas con SIDA o entre el personal de laboratorios donde se manipula material contaminado, quienes pueden infectarse por pinchaduras accidentales con agujas contaminadas. Sólo una parte muy pequeña de estos accidentes laborales resultan en la infección por el VIH, pero es preciso tomar medidas de prevención (Organización Panamericana de la Salud, 1993).

1.4.3- Via perinatal.

La transmisión vertical de VIH por una madre infectada al feto o al neonato en el período perinatal es el mecanismo de transmisión que ocupa el tercer lugar en importancia. La transmisión prenatal está apoyada por diferentes líneas de evidencia. Es posible aislar VIH de tejidos fetales, líquido amniótico y hay un síndrome dismórfico relacionado con VIH descrito por algunos investigadores, pero todavía no comprobado por otros (Cohen, 1994).

La transmisión puede suceder a través de la placenta, durante el parto o por leche materna.

1.4.3.1- Intrauterina o durante el parto.

De acuerdo con datos recientes en casi el 90% de estos casos la transmisión durante el período de gestación es poco frecuente, al parecer, porque la placenta impide el paso de partículas del virus a la circulación sanguínea del feto. Se observó también que el riesgo de infección es mayor si nace por parto

normal que si nace por cesárea, esto se explica porque un parto normal es de mayor duración al de una cesárea y, por tanto, la probabilidad de que la sangre materna se mezcle con la del niño y lo infecte es más alta.

La transmisión durante el parto, análoga a la transmisión vertical de la hepatitis B, es posible que ocurra a través de contacto directo con sangre y secreciones maternas conforme al feto pasa a través del canal natal. Asimismo, el virus podría pasar directamente por transfusiones materno fetales, en particular durante la separación placentaria al momento del nacimiento. El hecho de que muchos niños infectados nazcan sin que se detecte el virus o sin anomalías inmunológicas apoya la posibilidad de que el parto represente un alto riesgo de transmisión del VIH (Acedo y Solache, 1998 y Sande y Volberding, 1992).

1.4.3.2- Por lactancia.

Por otra parte, Sande y Volberding (1992) mencionan que se han encontrado virus libres en la fracción sin células de la leche materna, los cuales podrían penetrar directamente la mucosa gastrointestinal del lactante. Sin embargo, los datos de varios grupos sugieren que el riesgo adicional de transmisión puerperal es bajo en madres embarazadas ya infectadas por el VIH.

En contraste, el riesgo de transmisión por amamantamiento en mujeres con infección primaria por VIH con seroconversión durante el embarazo o después del parto podría ser significativamente mayor.

Se puede reducir el riesgo de exposición perinatal si las mujeres infectadas con VIH aplazan el embarazo hasta disponer de mayor información. Además se recomienda a las madres infectadas eviten la lactancia. También deben aplazar el embarazo quienes están en peligro de infectarse (si su conducta o la de su compañero o estado de seropositividad puede exponerlas con mayor facilidad al VIH o hacerlas más susceptibles a estos virus). Finalmente, si no es posible evitar

el embarazo entonces se aconseja vigilancia estrecha de las condiciones de la madre y del feto (Durham y Cohen, 1994).

1.5- ¿Cómo detectar el virus VIH?

Cuando una persona sospecha que puede estar infectada por el VIH, ya sea por su estilo de vida o por haberse expuesto a una situación de riesgo, puede confirmar o desechar esta sospecha mediante análisis específicos. El examen de laboratorio que se utiliza para su detección mediante una muestra de sangre, solo detecta la presencia de anticuerpos que se producen en reacción contra el virus en el suero sanguíneo de la persona que está infectada

De acuerdo con Sande y Volberding (1992), las pruebas del VIH se dividen en varios grupos: técnicas del cultivo de virus, detección de anticuerpos, detección de antígenos, pruebas de amplificación de genoma y de función inmunitaria. Sin embargo, se dará una revisión a grandes rasgos de las más utilizadas para los resultados tanto positivo como negativo del VIH.

Pruebas de cultivo de virus

Esta técnica se utilizó para establecer a HIV-1 como el agente causal del SIDA. Se obtienen células mononucleares viables de sangre periférica de pacientes infectados con HIV-1 mediante centrifugación de sangre completa con anticoagulante en el medio de separación de linfocitos. Estas células se cocultivan con células derivadas de un donador humano sin infección, las cuales en forma previa se estimularon durante 24 a 48 horas con fitohemaglutinina.

Los cultivos se analizan en busca de evidencia de formación de sincitios⁴ como signo de infección viral *in Vitro* y en busca de la presencia ya sea de actividad de transcriptasa inversa de HIV-1 o producción de antígeno p24 de HIV-

⁴ Es decir, formación de células gigantes multinucleadas.

1 en el sobrenadante del cultivo. Los cultivos se declaran positivos cuando al menos dos pruebas consecutivas detectan la presencia de transcriptasa inversa o antígeno p24 en una magnitud creciente con respecto a un valor de corte premeditado.

Pruebas de anticuerpos con el VIH.

ELISA.

La prueba más común para descubrir los anticuerpos a HIV es la llamada ELISA, es de hecho una valoración de inmunoabsorbencia ligada a enzimas (ELISA). Cuando se descubrió el VIH en los años 1983 y 1984 la tecnología para realizar esta prueba ya era asequible. En forma rápida esta tecnología se aplicó como prueba de diagnóstico del HIV y en el verano de 1985 su uso era muy extendido (Miller 1989, Richardson 1990 y Sande y Volberding, 1992).

ELISA es una prueba positiva que suele indicar que existen anticuerpos a HIV y que el virus ha estado en el organismo por algún tiempo y ha originado que reaccione contra él. Las personas cuya prueba es positiva se dice que son positivas a anticuerpo o seropositivas. No significa que padezcan SIDA. La prueba no mide la infecciosidad, aunque hoy en día hay que suponer que cualquiera que es positivo a anticuerpos es tal vez capaz de transmitir el virus a alguien más que pueda desarrollar posteriormente SIDA.

En ocasiones, la prueba proporciona resultados positivos falsos. Es decir, indica que alguien ha sido infectado cuando en realidad no lo está. Las positivas falsas tienden a ocurrir con mayor frecuencia en mujeres. En algunos casos pueden relacionarse con la supresión inmunológica consecutiva al embarazo.

Cuando el resultado es negativo significa que no se encontró la presencia de anticuerpos contra el virus del SIDA en la muestra, lo cual indica que la persona no está infectada. Cuando la infección es muy reciente la prueba puede

dar negativas falsas, este resultado no necesariamente significa que la persona esté infectada. Así mismo, deben transcurrir varias semanas a meses después de la infección para que el organismo produzca anticuerpos a HIV. Ello significa que si se hiciera la prueba en alguna persona poco después de haber sido infectada, sería negativa. Por esta razón es necesario que las personas se hagan la prueba dos veces, con un período de tres a seis meses entre ambas, para comprobar que no padecen la infección. Durante este período no deben hacer nada que las ponga en riesgo de infectarse con HIV o de infectar a alguien más. (Acevedo y Solache, 1998 y Richardson 1990)

Por otra parte, Bartlett y Finkbeiner (1996), mencionan que puede existir un tercer resultado y es el indeterminado, que significa que el virus está presente o no lo está, no hay término medio. Pero igual que todas las pruebas de medicina, las de anticuerpos al VIH no siempre dan resultados decisivos los resultados indeterminados de una prueba son una zona gris y una fuente de obvia angustia para la persona que se realizó la prueba, ya que podría indicar que el organismo solo está elaborando anticuerpos para el virus o que está formando anticuerpos a cierta proteína no relacionada con el VIH. A las personas con resultados no indeterminados suele recomendárseles que repitan la prueba en 3 meses.

Si una persona tiene gran ansiedad sobre la posibilidad de que pueda haber sido infectada con HIV, puede ser útil que se practique la prueba. Sabiendo que es positiva a anticuerpo también tiene la posibilidad de alterar su estilo de vida en formas que reduzcan tal vez su peligro de desarrollar SIDA o transmitir el virus a alguien más. Ello se aplica en particular a mujeres que piensan que pueden haber sido infectadas y consideran un embarazo. Sin embargo, muchas personas creen que se gana poco en practicarse la prueba porque no se dispone de un tratamiento eficaz para quienes descubren que son positivos a anticuerpo y porque la asesoría que se les ofrece es la misma si el resultado de la prueba es positivo o negativo.

Así mismo, si una persona piensa en la prueba antes de hacérsela debe estar segura de recibir la asesoría adecuada sobre lo que significa el resultado y cómo puede afectar su vida si es positivo. Por la discriminación que implica ser positivo a anticuerpo, si la persona decide hacerse la prueba también debe asegurar que se conserve su anonimato y que sus resultados no se añadirán a sus expedientes médicos o de cualquier otra índole (Richardson, 1990).

La prueba de Elisa consiste en lo siguiente: la sangre del paciente se pone en competencia para unirse con antígeno en un pequeño "foso", con un antisuero HIV humano que se ha unido a una enzima. Se incluyen en la mezcla aditivos –un sustrato. Si hay anticuerpo HIV en la sangre del paciente, no se convierte en sustrato añadido a su producto final de color – una mezcla transparente indica que la sangre está infectada; y si no hay infección la sangre se tiñe (Miller, 1989).

Sin embargo, de acuerdo Sande y Volberding (1992), un resultado positivo único por el método de ELISA no es presuntivo, el resultado seropositivo se establece con dos pruebas ELISA y una confirmatoria positiva. La prueba Western Blot (Inmuno Fluorescencia) es el método que más comúnmente se utiliza para confirmar un resultado.

Western Blot.

Esta prueba se diseñó para detectar la presencia de anticuerpos contra el HIV, sin embargo, además de identificar la presencia de dichos anticuerpos; está permite la determinación del antígeno específico contra el cual se dirige el anticuerpo.

El procedimiento electroforético separa los antígenos de acuerdo con su tamaño; los fragmentos más grandes permanecen cerca de la parte superior del gel y los más pequeños emigran hacia abajo, por lo cual crea un gradiente de antígeno por los tamaños dentro del gel. Después las proteínas contenidas en el

gel se transfieren a un papel filtro de nitrocelulosa, el cual mantiene a los antígenos en su lugar con objeto de realizar pruebas adicionales. El papel filtro de nitrocelulosa se corta en tiras que se incuban con el suero del paciente. Los anticuerpos contra HIV presentes en este suero se unen con firmeza y especificidad a los antígenos contenidos en el papel de nitrocelulosa en el punto en donde emigraron dichos antígenos. Se detectan anticuerpos contra HIV al agregar anticuerpos de cabra contra globulina gamma humana, los cuales se conjugan con un enzima o con una sonda radioactiva. Una vez que se procesaron estas tiras de filtro aparecen bandas en la localización en donde los anticuerpos se unieron al antígeno. Mediante el uso de bandas de referencia producidas como control positivo se determina la reactividad de los anticuerpos contra antígenos específicos (Sande y Volberding, 1992).

Una vez que se ha diagnosticado si se tiene o no el virus del VIH, es importante tener la suficiente prevención ya sea para no contagiar o contagiar a alguien más del virus. Sin embargo, cuando es un hecho que la persona es seropositiva es importante que se informe más acerca del desarrollo del virus y sobre todo los síntomas que se presentan cuando ya se tiene el SIDA. Por lo tanto, el siguiente inciso trata de ahondar sobre los principales síntomas que se presentan durante la enfermedad.

1.6 - Sintomatología del virus VIH.

El VIH en el ser humano se desarrolla a través de un proceso que consiste en a) Exposición del organismo al VIH; b) Periodo de latencia y c) Desarrollo del SIDA, que termina con la muerte del organismo. El VIH tiene como característica la destrucción del aparato inmunológico, por eso es necesario conocer algo de este intricado sistema, para entender el desarrollo de los cuadros clínicos del SIDA. Los trastornos inmunológicos producidos por el VIH son variadísimos aunque no muy específicos, y se desarrollan por el ataque que éste virus hace en contra de los elementos clave del sistema inmunológico. Una vez rota la

interrelación de defensa, sin la cual este aparato es inactivo se produce el total colapso del sistema inmunológico, quedando el organismo expuesto al ataque de toda clase de microorganismos, aún de aquellos que normalmente se comportan como saprófitos o comensales y por otro lado, al quedar sin frenos los crecimientos anómalos de tejido neoplásicos se va a producir la destrucción del organismo afectado (Sander, 1987).

La mayoría de las personas expuestas al virus que produce el SIDA no desarrollará la enfermedad; sin embargo, ellas son portadoras y pueden pasar, eventualmente, a otros, la infección. Solamente un pequeño porcentaje de personas infectadas por el virus desarrollará la forma fatal de la enfermedad. Cabe mencionar que muchos de los síntomas del SIDA son similares a los que ocurren en enfermedades comunes, como resfrios, bronquitis y molestias gástricas. Sin embargo, en el SIDA estos síntomas suelen ser más intensos y durar mucho tiempo (Cotte, 1988 y Richardson, 1990).

De acuerdo con Acevedo y Solache (1998), tres fases de la enfermedad del SIDA y la fase propia del SIDA.

1.- Infección aguda (contagio).

Las fases de la infección son variadas y van desde la forma no aparente, hasta los aspectos más severos de la enfermedad.

Cuando el VIH infecta a una persona pueden presentarse signos y síntomas durante una o seis semanas, estos síntomas iniciales son inespecíficos y similares a los de una infección vírica como la gripe. Entre ellos se encuentran la hinchazón de los ganglios linfáticos, dolor de garganta y erupciones cutáneas las que por ser tan poco específicas, contribuyen a que a muy pocas personas se les diagnostique clínicamente la infección por el VIH en sus comienzos. Aunque no manifiesten síntomas, aparenten estar sanas e incluso se sientan bien físicamente, ya pueden

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

transmitir el virus a otras personas (el organismo elimina el virus a través de líquidos corporales aproximadamente 8 hrs. después de la infección).

La reacción aguda a la infección por el VIH no se produce en todos los individuos infectados, puede preceder a seguir el desarrollo de anticuerpos contra el virus. Algunos aspectos importantes respecto a la seroconversión son: a) algunos individuos infectados no producen anticuerpos, b) en el intervalo entre la exposición y la seroconversión los individuos son capaces de transmitir la infección y c) a veces en los pacientes con SIDA clínico avanzado se aprecia un descenso en los niveles de anticuerpos detectables.

II.- Infección asintomática.

Generalmente la infección inicial es seguida por un período carente de síntomas que puede durar desde unos meses hasta varios años, antes de que la enfermedad comience a manifestarse. En esta forma no aparente, la persona es portadora del VIH, pero goza de buena salud debido a que el virus está presente en su organismo y no está activo. Este período de latencia puede prolongarse con tratamientos profilácticos de prevención de infecciones.

Así mismo, Sepúlveda (1990) menciona que en promedio, pueden permanecer los pacientes seropositivos un lapso de 8 a 10 años, dependiendo de los cuidados que observen, deben tomar en consideración los siguientes aspectos que se conocen como cofactores: alimentación equilibrada, ejercicio físico regular, equilibrio de los períodos de descanso – actividad; manejo adecuado del estrés; consumo moderado de alcohol, drogas y tabaco; chequeo médico frecuente; red de apoyo emocional y psicoterapia.

III.- Linfadenopatía generalizada persistente (LGP).

En esta forma intermedia la persona tiene síntomas que también se encuentran en otras enfermedades (adelgazamiento, hipertrofia de ganglios), que

persisten durante más de 3 meses sin otro proceso patológico que lo explique. Además se presenta fiebre, mialgias, manifestaciones orofaríngeas y fatiga. Las indicaciones indican una respuesta del organismo infectado que se opone a la acción destructiva linfocitos causada por el virus, aumentando de forma importante la producción de dichas células. Los síntomas pueden hacer su curso sin otras señales de enfermedad y terminar por desaparecer (Acevedo y Solache, 1998 y Sepúlveda, 1990).

IV.- SIDA.

El SIDA es la fase más avanzada, es propiamente la enfermedad. En ella el virus activado se está replicando, afectando a las células del sistema inmunológico, por lo que bajan las defensas del organismo y se manifiestan reacciones específicas. La presencia de los siguientes signos y síntomas en una persona que forma parte de los grupos de alto riesgo, o que sea contacto sexual de un enfermo de SIDA, inducirá la sospecha de esta enfermedad, sin olvidar que algunos de los síntomas y signos que se mencionan a continuación pueden formar parte del cuadro característico de muchas enfermedades:

a) Síndrome de desgaste.

Pérdida de peso del 10 al 15% del peso total en menos de un mes.

Fiebre, principalmente nocturna de más de 39.7° C que duran de tres a cinco días o en ocasiones por más de un mes.

Diarrea con 5 o más evacuaciones líquidas o semilíquidas al día durante varias semanas.

Cansancio o debilidad que dura semanas a pesar de que se duerme bien y no está sucediendo nada extraordinario.

Acortamiento de la respiración, que empeora de manera gradual en varias semanas, acompañada de tos seca, irritante, que no es causada por tabaquismo y que ha durado más de lo que correspondería simplemente un resfriado.

Algodoncillo- manchas o úlceras de color blanco cremosos en boca o garganta. El algodoncillo es una infección vaginal común, que causa una exudado irritante. (La

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

candidiasis vaginal no se relaciona con el SIDA). En varones, el algodoncillo puede presentarse como manchas blancas irritantes en el extremo del pene o un exudado blanco por el recto.

b) Infecciones oportunistas.

Una infección oportunista es aquella debida a un germen que está presente normalmente en nuestro organismo, pero que no puede provocar una enfermedad si las defensas inmunitarias están intactas. Si dichas defensas no funcionan, el germen encuentra la "oportunidad" de multiplicarse por esa inmunodepresión, provocando así una enfermedad en boca (encías), piel (infecciones por herpes o causadas por hongos), en vías respiratorias (tuberculosis o neumonías), en vías digestivas (cuadros diarreicos provocados por gran cantidad de microorganismos) y en ojos.

c) Síndromes neurológicos, alteraciones físicas o cambios en el comportamiento debido al ataque directo del virus en el Sistema Nervioso Central. El virus también ataca las células gliales del cerebro de los pacientes. Se produce entonces una atrofia cerebral progresiva que hace perder facultades neurológicas y psicológicas a los enfermos. Entre las manifestaciones clínicas se encuentran: pérdida de la memoria, apatía; descontrol de esfínteres, pérdida de sociabilidad, depresión profunda, agresividad, ideas suicidas, movimientos involuntarios, convulsiones o incapacidad de movimiento.

d) Afecciones Tumorales.

Entre las que figuran el Sarcoma de Kaposi, forma particular de tumor de piel muy poco frecuente, salvo en los casos de SIDA, que se manifiesta por medio de manchas violetas e indoloras que no causan comezón o que, en su forma más grave, puede afectar órganos internos. Por razones que aún no se comprenden bien, no es un síntoma en mujeres con SIDA (Hein, Foy y Consumer, 1991; Kumate, 1994 y Richardson, 1990).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

De esta forma, un caso de SIDA se determina cuando una persona que está infectada por el VIH desarrolla síntomas constitucionales, infecciones oportunistas o tumores que, en el 50% de las personas se presentarán dentro de los 10 años siguientes a la infección inicial. A este respecto, los factores predisponentes o retardados del desarrollo de la enfermedad deben buscarse tanto en el agente causal infeccioso como en las características individuales del huésped.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPÍTULO 2.- PREVENCIÓN DEL VIH.

2.1.-Prevención a través de la información.

Cualquier fuente que consultemos al considerar el concepto de prevención, nos remite rápidamente a *prevenir o prever*, definido como anticipar o preparar acciones para evitar un peligro o conocer con anticipación algún hecho, por lo general también vinculado al riesgo en sus diferentes formas (Cahn, 1992).

La prevención es una medida hoy en día con la cual se puede enfrentar la epidemia de esta enfermedad como es el SIDA; pero desafortunadamente se le da muy poca importancia, en particular en esta enfermedad, nueva, mortal y para la que no existe vacuna ni medicamentos curativos, la prevención a través de la modificación de conductas es de hecho el único recurso con el que contamos. Sin embargo, debemos reconocer que es un recurso extraordinariamente complejo y muy costoso (Del Río y Rico. 1996).

La prevención es la única vía para detener la pandemia del SIDA y debe de llevarse a cabo a un 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; por otra parte a un nivel individual, se debe cambiar comportamientos, disminuyendo las conductas de alto riesgo (Mejía. 1995).

De acuerdo con Del Río y Rico. 1996, el primer desafío para un buen mensaje preventivo es lograr separar los valores de juicio de la cuestión del cuidado de la salud y de la vida. Si esta diferenciación se consigue, quedarán incluidos dentro de las pautas de prevención quienes voluntariamente o no, escapan al marco delimitado de la monogamia. El papel pasivo que tradicionalmente se confiere a la mujer en la cuestión sexual complementa y refuerza los efectos de lo anterior. El segundo desafío preventivo es no caer en



mensajes que refuercen el rol sexual pasivo que a la mujer le asigna la sociedad. El tercer desafío para un buen mensaje preventivo es demostrar la necesidad de que el individuo común interiorice el mensaje y cambie su conducta para que sus prácticas sexuales no aumenten el riesgo de infectarse o de infectar a otros.

Los medios masivos han sido una de las estrategias de comunicación más usadas para dirigir mensajes de prevención muy diversos a la población. Es difícil establecer relaciones de causalidad directa entre las campañas y las modificaciones efectivas de comportamiento. Desafortunadamente con frecuencia, si una campaña de prevención no cumple con el objetivo previsto, puede ser incluso contraproducente. Tal es el caso, en las campañas de prevención del SIDA, del efecto que se produjo cuando se utilizó como idea central el miedo. Lejos de promover la prevención, se ha visto que apelar al miedo hace, que *el portador se oculte, que la comunidad aumente su rechazo y segregue al portador y que cada individuo niegue sus conductas de riesgo* (Del Río y Rico, 1996).

Por lo tanto, la OMS reporta que la única medida preventiva es *educar e informar y desterrar el miedo*. Por lo tanto, el objetivo de toda campaña preventiva deberá ser: combatir prejuicios, estigmas, hostigamiento y pánico, modificando la representación social que se tiene del SIDA, también se debe motivar la movilización social solidaria para apoyar y ayudar a los enfermos e infectados por el VIH. Se debe educar sobre los medios de transmisión, principalmente el sexual, explicar el riesgo de cada práctica sexual y sus opciones preventivas, así el individuo será responsable de la elección de sus prácticas sexuales y no se impondrán reglas (Mejía, 1995).

De manera específica Cahn, 1992 y Gorzarrelli, 1993 (Citado en Mejía, 1995), dividen la prevención en primaria y secundaria. La prevención primaria debe estar dirigida a anticipar las posibilidades de infección del VIH y a:

- * Determinar conocimientos y actitudes y prácticas de la población en relación al SIDA.
- * Publicidad de prevención y percepción de enfermedad.
- * Diseñar modelos y ejecutar acciones de comunicación social para grupos específicos y población general.
- * Formar centros de información y atención telefónica.
- * Promover higiene y educación sexual en colegios.
- * Introducir valores positivos hacia la Salud: arte, deporte y relaciones comunitarias.
- * Aclarar precauciones a tomar en empresas, hospitales e instituciones públicas.
- * Especificar recomendaciones en centros educativos, militares, comunitarios y civiles.
- * Publicidad radial, televisiva y gráfica, comunicando medidas de protección.
- * Aumentar la calidad de vida.
- * Formar centros informativos para familias y adolescentes.
- * Organizar grupos para informar y prevenir.
- * Usar sólo sangre o hemoderivados tipificados.
- * Al igual que tejidos, órganos y espermatozoides.
- * Usar equipo Anti-SIDA en caso de riesgo conocido.
- * Evitar lesiones con objetos que pudieran estar contaminados.
- * Evitar embarazos en la mujer infectada, o de alguien infectado o con conductas de alto riesgo.
- * Evitar situaciones estresantes, peligrosas o depresión ya que desfavorecen al sistema inmunológico.
- * Uso Adecuado de antisépticos.
- * Limpieza estricta de cualquier superficie contaminada con sangre o secreciones que tengan o puedan tener el VIH.

La prevención secundaria es muy importante, a pesar de que ya se observa la patogenia de la enfermedad, es indispensable para que el seropositivo o enfermo

de SIDA viva lo mejor que sea posible. Gorzarrelli (1993), en términos generales propone:

- Diagnostico oportuno.
- Realizar pruebas en la población, aconsejar los beneficios que representa, debiendo ser gratuito, anónimo e individual.
- Efectuar pruebas sexológicas en bancos de sangre y grupos con conductas de alto riesgo.
- Tratamientos con AZT
- Tratamiento adecuado de 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 de que se es portador, para que tomen 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. Las sobreinfecciones aumentan la posibilidad de mortalidad. Un caso similar es el de los drogodependientes intravenosos.

Así pues, si todos los individuos que conforman una sociedad tuvieran la información necesaria, modificaran su comportamiento sexual y adquirieran las habilidades necesarias para influir sobre el comportamiento sexual de su pareja, la transmisión del VIH detendría y la epidemia del SIDA se acabaría mucho antes incluso de que apareciera una vacuna. Más que una buena vacuna, lo que necesitamos son buenos programas de educación, acceso y disponibilidad de condones, masculinos y femeninos, y una viricida vaginal que permita a las mujeres protegerse de la infección sin tener que depender de su pareja. A pesar de lo anterior, existe una gran resistencia de la sociedad para que la educación

sexual se incluya dentro de la educación básica, y las intervenciones educativas han tenido serias dificultades.

Se deben implementar programas de educación sobre sexualidad dirigidos a adolescentes en las escuelas. Desafortunadamente, hay gran controversia sobre si estos programas deben enfatizar la abstinencia sexual o promover el uso del condón y existe la preocupación de que dichos programas puedan aumentar la actividad sexual de riesgo entre jóvenes adolescentes en lugar de disminuirla (Del Rio y Rico, 1996).

Retomando lo anterior, la prevención del VIH en los jóvenes es fundamental, dado que se ha visto que desde muy temprana edad un número considerable comienza a tener relaciones sexuales.

En las muestras de estudiantes universitarios empleadas en diferentes estudios realizados en nuestro país, alrededor de la mitad de los participantes reportan haber tenido relaciones sexuales; además a pesar de que los hombres tienen su debut sexual antes que las mujeres, éstas también lo viven a una edad muy temprana, generalmente entre los 16 y los 18 años

De manera particular, en el Distrito Federal, según los datos reportados por la Dirección General de Epidemiología (1988), el promedio de edad de los estudiantes en la primera relación sexual es de 16 años para los hombres y 18 para las mujeres, el promedio de parejas sexuales en los últimos seis meses es de tres y dos respectivamente. Con relación al comportamiento sexual, el 78% de las estudiantes universitarias no habían tenido relaciones sexuales en los últimos seis meses; el 19% había tenido una sola pareja sexual; y el 2% dos o más (Valdespino, 1990. Citado en Hernández y Rozenel, 1999)

Como se puede observar, es necesario combatir los mitos, el miedo y la discriminación para una buena prevención. Así mismo, se requiere de una

presencia constante y repetida de mensajes educativos claros por todos los medios de comunicación, con el objeto de que no se olvide la existencia del padecimiento y no se baje la guardia.

2.2.-Sexo seguro.

Dado que el SIDA es una enfermedad transmitida sexualmente, la abstinencia (es decir, la ausencia de relaciones sexuales, es la única manera 100 por ciento segura de no contraer la enfermedad. Sin embargo, las parejas que se decidan por la abstinencia no tienen por que renunciar al placer sexual. Pueden disfrutar de otros tipos de actividades sexuales en las que no hay intercambio de líquidos corporales. Las actividades que involucran sólo el exterior del cuerpo son completamente seguras, esto es a lo que le llamamos “*sexo seguro*”.

Es necesario entender que los esfuerzos para cambiar conductas sexuales de alto riesgo ante el SIDA y aumentar las de sexo seguro, ocurren en un contexto social; un modo de reducir este riesgo es enseñar a las personas habilidades sociales que les permitan rehusar involucrarse en comportamientos de riesgo y aprender a discutir abiertamente las alternativas de prevención, para evitar la propagación del VIH/SIDA. (Kelly, Lawrence y Hood, 1989)

Lo anterior se relaciona con lo mencionado por Richardson (1990), donde explica que la comunicación es vital para las relaciones seguras (sexo seguro), ya que es importante que por ejemplo la mujer diga todo lo que desee y negocie lo que pueda hacer junto a su pareja. Muchas encontrarán que es difícil llevarlo a cabo. Quizá no se sientan capaces de hablar sobre el sexo con su compañero varón, en especial al inicio de una relación sexual tal vez porque se sienten muy apenadas o temen su reacción. De igual forma, si muchos varones tienen una diferente actitud para el sexo, es probable que las mujeres no tengan que pedir a sus compañeros varones que utilicen condón. En consecuencia, lo que también se

requiere es medios para estimular a los hombres a que consideren los peligros del sexo y no dejen la responsabilidad de su seguridad a las mujeres.

Buscar alternativas al coito no implica el abandono de las relaciones sexuales, sino el reemplazo del coito por otro tipo de actividades placenteras; bien sea en toda ocasión para no correr ningún riesgo, o algunas veces para reducirlo. Aún cuando el riesgo no se elimine por completo, una reducción del mismo constituye en sí un avance. El problema de esta práctica es que el coito continúa siendo legitimado, implícitamente, como la definición de la relación sexual, y la mayoría de los hombres y mujeres heterosexuales no han cuestionado esta norma (Berer, 1993).

El sexo más seguro es una oportunidad para mejorar la vida sexual explorando nuevas formas de “hacer el amor”. Hay que usar la imaginación. Las posibilidades para un sexo más seguro son prácticamente interminables. Por ejemplo a continuación se encuentran algunas de las alternativas de llevar a cabo el sexo seguro. Son sólo algunas de las actividades que se piensa implican muy poco o ningún riesgo de transmitir el virus VIH de una persona a otra (Hein, Foy y Consumer, 1991)

**El masaje.* Al dar masajes a diferentes partes del cuerpo, muchas parejas empiezan por la espalda (un poco de loción, talco o aceite en la piel ayuda a que las manos se deslicen con más facilidad). Luego la pareja que está dando masaje continúa con el cuello, el cuero cabelludo y la cara. El masaje es agradable en cualquier parte del cuerpo, incluyendo los dedos de los pies, las rodillas, las orejas y los codos.

**Las caricias.* Las parejas pueden acariciarse, ya sea que se encuentren vestidas o desnudas. En cualquiera de los dos casos, es imposible que adquieran el virus del SIDA por el hecho de tocarse, apretarse y frotar sus cuerpos uno con el otro. Tampoco lo adquirirán por frotar la vagina o el pene de su pareja, o por

acariciar los pechos, las piernas, las nalgas, la espalda, el vientre o los brazos. Igualmente seguro es el besar o chupar los pechos o los testículos. Pero hay que tener presente que algunas secreciones pueden salirse del pene antes de la eyaculación, y un hombre puede eyacular en el curso de las caricias. Así que hay que asegurarse de que el pene no llegue a tener contacto con la vagina, pues aun cuando el pene no penetre por completo en la vagina, las secreciones pueden alcanzar las células vaginales.

**La masturbación.* Una persona no puede adquirir el virus del SIDA si sus líquidos corporales no entran en contacto directo con los líquidos corporales de nadie más. Por tanto, la masturbación es perfectamente segura

Masturbar a la pareja también es seguro. El virus del SIDA no puede atravesar la piel cuando está sana. Es por ello que tener semen o secreción vaginal en las manos no representa ningún riesgo a menos que estas tengan lesiones abiertas o cortadas. En ese caso, será necesario esperar a que las cortadas o heridas en las manos sanen antes de tocar los líquidos corporales de la pareja.

**Los besos.* La pareja puede besarse en cualquier parte del exterior de sus cuerpos sin que haya riesgo de adquirir o transmitir el virus del SIDA. Besarse en los labios también es seguro. Sin embargo, los besos en los que hay contacto entre las dos lenguas podrían presentar cierto riesgo, ya que es posible que el VIH encontrara una forma de entrar al cuerpo a través de cortadas y lesiones localizadas en la boca o en las encías.

**Uso de vibradores u otros juguetes sexuales a condición de que no se compartan o que se limpien y sequen muy bien entre el uso por cada compañero.* Los juguetes sexuales pueden asearse utilizando blanqueador casero.

**Frotamiento del pene entre los muslos o las mamas.*

- *Tacto de los genitales propios
- *Chupar los pezones de un varón
- *Bañarse en la regadera o en la tina juntos.
- *Compartir fantasías sexuales.
- *Ver masturbarse uno a otro
- *Chupar los pezones de una mujer (a condición de que no esté en lactancia o tenga otra secreción).
- *Penetración anal con los dedos si no hay cortadas o úlceras en los dedos o en las manos. Utilizando un guante de caucho desechable se reducirá el peligro de infección.
- *Cualquier actividad, incluyendo sadomasoquismo (S/M), que no extraiga sangre o que incluya que los líquidos corporales entren en contacto con aberturas del cuerpo o alteraciones de la piel.

Existen otras tres formas principales formas que se deben tomar en cuenta en el sexo seguro:

**Ser monógamo.* Ser monógamo significa tener relaciones sexuales duraderas con una sola persona. Si ninguno de ustedes dos ha recibido transfusiones de sangre después de 1985, ni ha tenido relaciones sexuales con personas de alto riesgo (hombres homosexuales o bisexuales, o consumidores de drogas IV), entonces es muy poco probable que ninguno de ustedes esté infectado con el VIH. Si sólo tienen relaciones sexuales uno con el otro, no tiene por que preocuparse por la probabilidad de adquirir el virus del SIDA. El único riesgo que corren las personas en una relación monógama es la posibilidad de que alguna de las parejas sexuales previas de uno de los dos haya estado infectada.

**Limita el número de parejas sexuales.* El VIH puede transmitirse durante la relación sexual. Por tanto, mientras mayor sea el número de personas con las que

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

tienen relaciones sexuales, mayores serán las posibilidades de que alguna de ellas esté infectada.

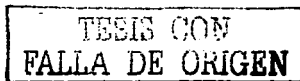
Por último, tenemos el "*USO DE CONDÓN*", que es considerado como la forma más eficaz para efectuar el coito con menor riesgo, si uno de los integrantes de la pareja ha tenido, está teniendo o va a tener relaciones con otras personas. Es una de las estrategias recomendadas para la prevención del VIH/SIDA por la Organización Mundial de la Salud (1997) (Richardson, 1990 y Hein, Foy y Consumer, 1991).

El sexo seguro no sólo se refiere al SIDA, también evitará que la mujer se embarace. El sexo seguro no causará ninguna enfermedad de transmisión sexual. Lejos de ser influencia restrictiva, el sexo seguro puede estimular nuevas formas de hacer el amor que amplíen el goce del sexo.

En el siguiente inciso veremos ampliamente una de las principales formas de prevención no sólo de enfermedades sexuales sino también de virus mortales como es el virus del VIH.

2.3.- Condón.

El término "sexo seguro" con frecuencia se utiliza como sinónimo de "sexo con condón", pero las únicas prácticas sexuales que pueden incluirse en ese concepto son aquellas en las que no existe penetración ni intercambio de secreciones sexuales (semen, líquido pre-eyaculatorio, secreciones vaginales) o sangre. Así, dentro de ese método se incluyen, entre otras, la masturbación, las caricias y los abrazos. Por ello, al referirse al uso del condón o de cualquier otra barrera mecánica durante una relación sexual con penetración, es preferible de hablar de "sexo protegido".



Dada la capacidad de los condones para prevenir la transmisión del síndrome de inmunodeficiencia adquirida y otras enfermedades sexualmente transmitidas, los beneficios del condón se extienden mucho más allá de la anticoncepción, por lo cual es importante saber más acerca de estos.

2.3.1-Antecedentes del condón.

El término "condón" se atribuye a un médico de la corte de Carlos I de Inglaterra, de apellido Condom, quien propuso al monarca que incorporará este elemento en sus prácticas sexuales, con el fin de tratar de limitar su ya numerosa descendencia. (Del Rio y Uribe, 1995)

Sin embargo, existe evidencia del uso del condón entre los egipcios, esto se debió a la presencia de frescos egipcios, de figuras con el pene cubierto por una envoltura aparentemente de fibra vegetal trenzada, esto hacia el año 1350 a. C. También se dice que hace dos mil años los chinos fabricaban condones con papel de seda, y que los legionarios romanos obtenían de sus enemigos muertos en batalla el material necesario para hacer los suyos (Carrillo, 1992. Citado en Gómez y Muñoz, 1993).

Apareció, por vez primera, un tratado sobre el uso del condón para prevenir enfermedades de transmisión sexual en el libro titulado *Morbo Gallico*, del anatomista italiano Gabriel Fallopio y publicado en 1564. Fallopio hace referencia a la sífilis y recomienda utilizar un condón de lino como medida de protección contra esta enfermedad.

De acuerdo con Tonda (1991), los primeros condones que existieron (siglo XVIII) se hacían de intestinos de animales con el objeto de prevenir la transmisión de enfermedades sexuales. Sin embargo, las desventajas eran obvias; no podían producirse masivamente, además de disminuir la sensibilidad. No fue sino hasta el año de 1839, cuando el celebre vulcanizador Charles Goodyear, conocido por todo

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

el mundo por la invención del proceso para fabricar llantas de hule, inicio la revolución del condón, al permitir con su descubrimiento la producción masiva de los mismos. A partir de la segunda mitad del siglo XIX los condones se utilizan ampliamente (Citado, en Gómez y Muñoz, 1993).

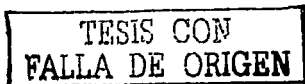
En un trabajo publicado en 1989, Potts y Short afirmaron que el uso del condón surgió como medio de protección ante el contagio de las enfermedades de transmisión sexual y no como método anticonceptivo, utilidad que se le dio posteriormente.

A pesar de que el condón ha sido utilizado durante mucho tiempo, el puritanismo característico de la sociedad occidental lo ha mantenido en la oscuridad y como un tema intocable en sociedad. Sin embargo, con la aparición de la epidemia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) a principios de la década de los ochenta, el condón se ha convertido en uno de los principales métodos para prevenir la transmisión sexual del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (Del Rio y Uribe, 1995).

2.3.2- Actitud hacia el uso del condón.

El estudio de las actitudes ha sido ampliamente abordado, se han elaborado infinidad de definiciones en donde se consideran componentes como los juicios, las capacidades la orientación y el comportamiento ante problemas específicos.

Una de las formas de conceptualizar a las actitudes que ha tenido mayor aceptación, ha sido el esfuerzo elaborado por Katz (citado en Torres, 1996) que señala que las actitudes son predisposiciones del individuo para valorar de manera favorable o desfavorable algún símbolo u objeto, en donde se conjuntan aspectos como los afectos, la sensibilidad ante el agrado o desagrado, y los



elementos cognoscitivos, como los conocimientos y las creencias, que describen el afecto de la actitud, sus características y sus relaciones con otros objetos.

Fishbein (1990) señala que las actitudes pueden influir directamente en la realización de conductas preventivas, respecto del uso del condón se ha encontrado que actitudes positivas hacia la conducta de usar condón influyen sobre las intenciones conductuales de usarlo (En Torres, 1996).

Al considerar las definiciones anteriores se desprenden que las conductas actúan en función de las actitudes, de los valores y de las creencias, y que forman parte de la socialización de los individuos y que por ello son resistentes al cambio. Así mismo se ha observado que las actitudes tienen tres componentes principales: el factor cognoscitivo, en donde se incluyen las creencias, que son de tipo evaluativo e incluyen cualidades deseables, indeseables, aceptables, inaceptables, buenas o malas. El siguiente componente es el emocional que refiere los sentimientos y emociones ligadas objeto, como el amor-odio, admiración-desprecio, gusto-disgusto, favorable-desfavorable; finalmente se señala el componente de tendencia a la acción, que implica la disposición del individuo a responder al objeto. Bajo este marco se han realizado investigaciones que permitan comprender la actitud hacia objetos específicos, como "el condón".

El uso del condón, dentro del contexto del sexo seguro es el método más eficaz para prevenir la infección por el VIH, en aquellas personas que son sexualmente activas (como es el caso de un gran número de jóvenes adolescentes). Sin embargo, su uso no ha parecido incrementarse entre los jóvenes, a pesar de la dimensión de la epidemia y de la publicidad que se le ha dado en las distintas campañas preventivas.

Lamentablemente, a pesar del ligero aumento en el uso del condón, su consumo es aún bajo. De acuerdo a las cifras actuales 46 millones de parejas

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

aproximadamente lo emplean como forma de contracepción. La mayoría de ellas pertenecen a países del llamado Primer Mundo y únicamente un 0.3% a América Latina y el Caribe.

Ahora, si bien, es cierto que las campañas han logrado incrementar el uso del condón, la respuesta no ha sido proporcional al grado de avance de la epidemia en cada región o país en particular. Aparentemente la respuesta es más positiva en los países donde existe una verdadera educación sexual, abierta, clara y sin tapujos. Por ejemplo, en E. U. país que tiene el mayor número de casos de infección en el mundo, el aumento en el uso del condón es de sólo 10%, mientras que en algunos países europeos, éste se ha doblado en unos cuantos años. La diferencia estriba en que mientras en los países escandinavos se habla claramente acerca del SIDA, de la importancia del condón y en las escuelas se enseña a los estudiantes todo lo que se debe conocer para su uso correcto, en ciertos estados de E. U. se propone la abstinencia como solución. Otro de los factores que influye en el uso del condón es disponibilidad en ciertas regiones del mundo, hay países en donde con dificultad se consiguen y si se encuentran el costo es muy alto (Carillo. 1992. Citado en Gómez y Muñoz. 1993).

De acuerdo a los datos de la Secretaría de Salud (1997), el uso del condón en nuestro país es bajo:

- En 1995 se usaron 55 millones de condones, lo que equivale a 1.16 condones por persona adulta (de 15 a 49 años) cada año.
- Actualmente en México sólo se utilizan entre 2.5 y 3.6% de los condones que se requerirían para prevenir la transmisión de las ETS y del VIH.
- De todos los casos que adquirieron el VIH por transmisión sexual, ninguno utilizó el condón como medida preventiva.

Esto coincide con lo obtenido en varios estudios realizados en nuestro país en los que se ha encontrado que solo una mínima parte de los estudiantes

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

universitarios participantes utilizan el condón siempre en sus relaciones sexuales, la mayoría lo utiliza algunas veces o nunca (Dirección General de Epidemiología, 1988), como lo muestra el estudio hecho por Díaz Loving (1997) donde se encontró que el 90% de los estudiantes a pesar de afirmar que sabían como usar el condón, sólo del 29% al 25% lo usaban en cada una de sus relaciones (Citado en Hernández y Rozenel, 1999).

Algunos estudios muestran que la población no esta segura de reducir el riesgo de contagio de VIH al usar el condón, o bien, no saben que el uso del condón es una medida preventiva. El conocimiento sobre el uso del condón para prevenir el contagio de VIH ha llevado a incrementar conductas preventivas efectivas, en especial con grupos homosexuales (Abramson y Pearsall, 1988; en Villagrán y Díaz Loving, 1992).

Las razones del uso o no del condón pueden estar asociadas, además de los conocimientos, con las actitudes hacia el uso del condón. Algunos estudios sobre este tópico han encontrado dimensiones que pudieran considerarse posibles barreras facilitadoras de las intenciones de usarlo: ofensivos, atractivos y efectivos. Entre las dimensiones se presentaron diferencias debidas al sexo: el condón o preservativo parece ser más ofensivo para las mujeres que para los hombres y su frecuencia de uso parece estar relacionada más con la atracción que con la ofensa (Sheran, Abraham, Abrams, Spears y Marks, 1990; en Villagrán y Díaz Loving, 1999).

Es importante hacer notar que enfatizar sólo el hecho de que existe cierta resistencia al uso del condón es en sí contraproducente y puede ayudar a mantener una imagen negativa del condón totalmente inmerecida. Para muchas personas que los usan, los condones son sinónimos de confianza y placer sexual, además se suelen mencionar razones que van más allá de los aspectos anticonceptivos profilácticos. Por ejemplo, a muchas mujeres no les gusta el goteo

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

de semen que sale de la vagina horas después de haber tenido relaciones. Los hombres pueden mantener la erección durante más tiempo y los condones se pueden utilizar como juguetes sexuales que hacen posible no hacer preguntas acerca de las otras relaciones de la pareja.

Sin embargo, varios estudios (Berer, 1993; Villagrán, 1993; Paterson, 1996 y Hammer, 1996) reportan diversos aspectos negativos que se han asociado al uso del condón: la espontaneidad de la pasión puede verse frustrada por el reconocimiento del riesgo y la responsabilidad; si alcanzar el orgasmo significa perder control, estar lleno de la sensación, los condones simbolizan control y un freno a la pasión al interrumpir el "aquí y el ahora" del acto sexual; son visibles e implican falta de confianza; hacen la relación sexual más impersonal; tanto literal como simbólicamente constituye una barrera entre los amantes y lo que esperan sea un momento de gran intimidad; no son totalmente confiables, pueden romperse; no son fáciles de usar; disminuyen la sensibilidad durante el acto sexual, tienen un precio alto, entre otros.

Villagrán (1993) realizó un estudio en estudiantes universitarios en donde evalúa el condón como un concepto, los hallazgos que reporta señalan que, en general, hay una actitud favorable hacia el uso del condón, consideran que su precio no es muy elevado, no son ofensivos, lo usarían tanto con sus parejas habituales como con las ocasionales, aceptarían usarlos a petición de la pareja y consideran que son de fácil uso; encontró algunas diferencias por género, en donde más hombres que mujeres consideran que el precio es elevado y que los condones son ofensivos para las esposas o parejas habituales; así mismo observó que un porcentaje mayor de mujeres que de hombres no aceptaría el uso del condón a petición de la pareja y que no son fáciles de usar; también encontró que más hombres que mujeres usan el condón. Respecto de las actitudes hacia el condón en relación con el debut sexual se observan también actitudes positivas, sin embargo, los que no han tenido relaciones sexuales consideran que el uso del

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

condón va en contra de su religión y que no aceptarían su uso si su pareja se lo pidiera; así mismo, los que se han iniciado sexualmente señalan que el precio de los condones es alto para usarlos con frecuencia, que son ofensivos para las esposas o parejas habituales y que hacen que el hombre pierda la erección, siendo este un factor que en este estudio adquiere importancia relevante. Finalmente, encontró que los conocimientos y las creencias sobre el SIDA, entre otros factores, afectan la toma de decisión del uso del condón, así como que la toma de decisión para usar el condón no se encuentra determinada por la percepción de riesgo, ni por la preocupación de contagio, es decir, la percepción de riesgo no es el mejor predictor de conductas saludables.

Como se puede observar existen muchos factores que influyen en la actitud que tengan los jóvenes ante el uso del condón y que desgraciadamente la mayoría de las veces es negativa.

2.3.3-Efectividad del condón.

La mayor parte de los esfuerzos para prevenir y controlar el contagio del SIDA en México y en el mundo están orientados a promover el uso masivo del condón como uno de los recursos más efectivos en esta lucha.

Una investigación publicada recientemente titulada "*Effectiveness of condoms in preventing HIV transmisión*", realizada por los doctores Steven D. Pinkerton y Ambrason, en la que se analizaron 89 estudios científicos sobre la efectividad del condón, y en la actual concluyen que el uso correcto y constante del condón protege de la infección por el VIH en una proporción de entre 90 y 95 por ciento, además de que las principales fallas detectadas se deben al uso inadecuado o inconsistente del preservativo. Esta efectividad ha sido confirmada en otros 437 estudios publicados al respecto (Torales, 1997 y CONASIDA, 1997).



Desde su aparición, el condón masculino ha sido producido con diversos materiales: desde tejidos animales, como el intestino ciego del cordero, hasta productos químicos, como el látex de diversos grosores. Es importante señalar que los condones elaborados con tejidos animales no son recomendables para prevenir enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA. Aunque autores como: Hein, Foy y Consumer, (1991) mencionan que los condones nuevos son más fuertes que los viejos, ya que a medida que pasa el tiempo, el caucho del que están hechos se debilita. El calor es un factor especialmente perjudicial, por lo que es de suma importancia en carteras o guanteras de los coches.

En el laboratorio se ha comprobado que los condones de látex constituyen una barrera mecánica eficaz contra los agentes causales de gran número de enfermedades de transmisión sexual, como: gonorrea, citomegalovirus, herpes virus, sífilis, hepatitis B, clamidia y VIH. Sin embargo, en la práctica es difícil demostrar la eficacia de los condones, debido a la falta de información sobre la exposición al virus, la dificultad de recabar información fidedigna sobre la exposición al virus, su uso, los posibles errores humanos en su utilización y, en menor medida, las fallas de fabricación.

Cabe señalar que si bien tardaron mucho en desarrollarse, actualmente ya existen también condones femeninos. Uno de plástico (Reality, bolsa vaginal) y dos de látex. Para evaluarlos se han realizado diversas pruebas entre mujeres de varios países; se ha probado su alta eficacia en la prevención de ETS y VIH, la seguridad en su uso y la aceptación por parte de la mujer y el hombre.

Actualmente, el costo del condón femenino es tres veces superior al masculino; sin embargo, su uso presta algunas ventajas, como es una mayor protección genital, ya que además de cubrir mucosa vaginal y pene, abarca los genitales externos femeninos. Al presente se requiere que, a la brevedad posible, se promueva su disponibilidad y uso, no como sustituto del condón masculino.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

sino como una opción más para la mujer, ya que la negociación sobre su uso con el varón facilita al depender este método de la mujer (Del Río y Uribe, 1995 y CONASIDA, 1997).

Según Del Río y Uribe (1995), es difícil valorar la eficacia del condón en la prevención de enfermedades sexualmente transmisibles debido a varios problemas, entre los que están: a) los agentes que las causan tienen diversa infectividad; b) la mayoría de los estudios se realizan entre personas con frecuentes prácticas de riesgo; c) existen diversos cofactores que intervienen para que alguien se infecte y finalmente, d) la mayoría de las investigaciones no son a gran escala.

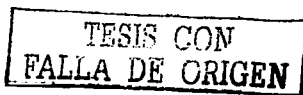
Finalmente, podemos concluir que para mejorar la eficacia del condón, es necesario enseñar las grandes ventajas que tiene y enseñar como usarlo.

2.3.4- Fallas del condón.

Como se ha mencionado anteriormente la principal falla del condón se debe a su utilización incorrecta e inconstante, esto es:

Entre los errores más frecuentes están la ruptura por utilizar lubricantes de base oleosa, por utilizar anillos prominentes o al dañar el condón con las uñas cuando se abre el empaque, por esto es importante que el condón se abra con la yema de los dedos. Otras fallas potenciales ocurrirán cuando los condones se almacenan en un sitio cálido, cuando se llevan en el bolsillo del pantalón o en la cartera, cuando se exponen a la luz directa o cuando el condón no se retira inmediatamente después de la eyaculación.

Otros factores importantes que se deben tomar en cuenta para que un condón no pierda su eficacia es que se observe que todavía sirva, ya que los



condones duran cinco años; cada empaque incluye su fecha de caducidad. Se debe fijar de que cada lado se desenrolla; presionar la punta del condón para quitar el aire y dejar un espacio para recibir el semen, sino se hace de esta manera el condón puede romperse en la relación sexual. El condón debe colocarse sobre la cabeza del pene cuando esté erecto, desenrollar con la otra mano hacia la base del pene hasta que lo cubra por completo. Debe retirarse después de la eyaculación y antes de que el pene vuelva a su estado de flacidez, sosteniendo el condón con la mano para que no se quede dentro de la pareja.

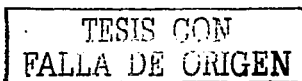
Es importante subrayar que los únicos condones que protegen de enfermedades sexualmente transmisibles son los de látex y, actualmente los condones femeninos de plástico (Del Río y Uribe, 1995).

Ante todo lo revisado en esta literatura es importante mencionar que a pesar de la resistencia de diversos sectores de la sociedad ante la promoción del condón, es necesario llevarla a cabo, pues se trata de un asunto de vida muerte. El uso del condón es un método de prevención de enfermedades sexualmente transmisibles y no un método para aumentar la sensibilidad sexual y el erotismo, por lo cual la sensación nunca será la misma. Es necesario aprender a "sentir con condón", para evitar la idea de que interfiere y enfría la relación sexual.

2.4-Percepción de riesgo de contagio de VIH.

La percepción la han estudiado todos los psicólogos como un proceso, gracias al cual el organismo se relaciona con su medio. Al percibir, el individuo interpreta, discrimina e identifica objetos que son experimentados como existentes en el ambiente.

La percepción se clasificó también muy a menudo como respuesta sensorial, pero era una respuesta que estaba sazónada por las influencias



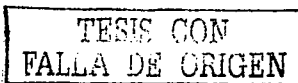
fácilmente verificables del aprendizaje y de la experiencia previa, manifestando además una especie de intencionalidad.

La percepción es la actividad general y total del organismo que sigue inmediatamente (o acompaña) a las impresiones energéticas que se producen en los órganos de los sentidos. El aparato sensorial es el mediador entre las actividades que se desarrollan en el interior del organismo y los eventos que tienen lugar en el exterior; tal mediación procede a la utilización. Por tanto, el ocuparnos de la percepción nosotros estudiamos lo que el organismo experimenta, no lo que el mundo físico contienen o su naturaleza.

Para Bartley (1973), la conducta no puede considerarse como una unidad aislada de actividad, sino más bien como una serie de reacciones, cada una de las cuales puede tomarse como una unidad y llamarse respuesta perceptual. por ejemplo, antes de que un individuo responda a un estímulo del medio ambiente, seguramente habrá hecho una serie de reacciones inmediatas, cada una de las cuales puede denominarse respuesta perceptual al exterior. Cuando el observador llega al punto terminal, su reacción se llamará expresión de un juicio (Citado en Colín y Fitz, 2001).

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, y puede ser analizada bajo dos factores que influyen la estructura típica para una mejor claridad de la variabilidad de la percepción de riesgo; el primer factor es el medio y el segundo la comprensión o incomprensión del riesgo. Johnson (1991) propone que la percepción de riesgo se basa en los siguientes aspectos:

- 1- Surgen la atención (qué eventos capta la persona en el medio y le llaman la atención porque le resultan significativamente amenazantes).
- 2- Estimación del riesgo (qué tan grande es el riesgo).



- 3- Evaluación del riesgo (qué tan serio es el riesgo).
- 4- Atribución de la causa y culpa (quién causa el riesgo y quién es el culpable de la distribución).
- 5- El control del peligro (cómo trata la persona de controlar el riesgo).
- 6- Estrategia (qué acciones elige la persona que conseguir un control sobre el riesgo). (Citado en Gómez y Muñoz, 1993).

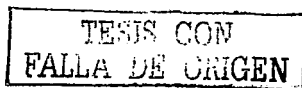
Estos aspectos se ven fuertemente influenciados durante la adolescencia que puede ser un periodo difícil, por la incertidumbre, presiones de los compañeros y mensajes contradictorios.

De acuerdo con Prohaska, Albrecht, Levi, Sugrue y Kim (1990), la percepción de riesgo de contraer SIDA es la atribución que cada individuo hace, de la posibilidad, de que se contagien con VIH los diferentes grupos de personas, de acuerdo a sus patrones sexuales y número de parejas así como de la posibilidad de que ellos mismos se contagien.

Esta percepción puede ser disfuncional en cuanto que los individuos están clasificando a otros individuos en grupos de alto o bajo, pero con relación a las formas de transmisión de SIDA no existen grupos de alto o bajo riesgo sino compartimientos de alto o de bajo riesgo.

En general, para el autor la percepción de riesgo es social y está dada cultural y estereotípicamente.

Como ya se explicó, la epidemia del VIH en sus inicios se propagó principalmente en la población homosexual, por lo cual la población en general (heterosexuales) se consideraron fuera de riesgo de contagiarse, lo que los condujo a estereotipar y caer en falsas creencias.



Los jóvenes universitarios perciben al SIDA como consecuencia de una relación social determinada; restándole así importancia, ya que para ellos mientras mantengan la "conducta sexual adecuada socialmente" no tienen riesgo de adquirirla.

Sobre la falta de conocimientos del VIH/SIDA, McCormack (1997, citado en Pérez, 1990), realizó un estudio, por medio del cual exploró en estudiantes los cambios en sus actitudes acerca del VIH, así como su actitud ante las víctimas del virus, la homosexualidad y el riesgo personal, encontrando que a menor nivel de conocimientos existe un mayor miedo de contagiarse, y que uno de los más grandes temores entre los estudiantes es tener riesgo al estar en contacto con homosexuales, de los cuales prefieren alejarse. También encontró que los hombres se perciben con más riesgo de contagio que las mujeres, y que los estudiantes que se perciben a sí mismos en riesgo cambian sus prácticas sexuales debido a la falta de conocimientos sobre sexo seguro. Con todo lo anterior, el autor determinó que por la falta de información los estudiantes caen en falsas creencias, las que los llevan a comportarse en forma equívoca.

Así mismo, Reyes (1990), hace un estudio con estudiantes universitarios de provincia. La muestra estuvo constituida por 59 sujetos de los cuales 28 eran mujeres y 31 hombres, se les aplicó el cuestionario de la familia mexicana, para evaluar las premisas histórico culturales que sustentan la orientación cultural del mexicano, y la técnica de diferencial semántico para medir las actitudes respecto al SIDA. Se 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. Esto permite concluir al autor 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

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

como algo muy lejano (poco familiar), consideran que está pandemia es algo que les sucede a otros y no a ellos (En Pérez, 1990).

En otro estudio realizado también con estudiantes universitarios entre 18 y 29 años de edad, por Izázola, Valdespino, Juárez, Mondragón y Sepúlveda (1989), entre otros aspectos se investigaron las conductas preventivas para no contraer el VIH, encontraron que el 98% consideró útil no tener relaciones sexuales con portadores o enfermos de SIDA, 97% estuvieron conscientes de que no se deben usar agujas ni jeringas sin esterilizar. 96% reconocieron la utilidad de realizar la prueba de detección de VIH a la sangre de donadores. 89% el evitar relaciones sexuales con personas recién conocidas y el 74% el uso del condón fue de los más bajos para prevenir la enfermedad.

Diversas investigaciones han demostrado que la sola información sobre el SIDA no es suficiente para un cambio de conducta. Por ejemplo Quadland y Shattis (1987), encontraron que los homosexuales continuaban con relaciones sexuales casuales, a pesar de su conocimiento sobre el SIDA. Bayes (1989) señala que la información no produce cambios en la conducta por si sola. Díaz-Loving (en prensa) señala que los conocimientos son necesarios pero no suficientes para provocar cambios conductuales deseados. Harrison, Wambach, Byers e Imersheim (1991), reportan que mujeres entre 18 y 53 años con conocimientos suficientes sobre el SIDA, no se perciben en riesgo a pesar de sus conductas riesgosas. En otro estudio realizado por O'Gorman y Dinsmore (1990), se observó que hombres entre 16 y 44 años de edad, con buenos conocimientos no presentaban prácticas de conductas de sexo seguro.

No obstante, Alfaro (1991, citado en Colín y Fitz 2001), indica que los jóvenes que usan anticonceptivos, están más conscientes de que si no se protegen en sus relaciones sexuales pueden estar en riesgo de adquirir VIH, por lo que tienen una actitud más favorable hacia el sexo seguro que los jóvenes que no

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

usan los anticonceptivos, los cuales posiblemente no se ven a si mismos en riesgo de adquirir el virus y por lo mismo no se protegen en sus relaciones sexuales. Sin embargo no hay que olvidar que muchos jóvenes asocian el uso de anticonceptivos como el condón para evitar un embarazo y no como un método para prevenir el SIDA.

Por otro lado, Villagrán – Vázquez (1993), realizó una investigación en estudiantes universitarios, encontrando 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. A pesar de la existencia de una percepción de riesgo de contagio, señala lo baja que está es. 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.

En otro estudio realizado por Bayés, (1989), apeándose a la perspectiva del análisis funcional de la conducta, considera que los individuos seguirán practicando un comportamiento riesgoso, a pesar de estar informados sobre el peligro, debido a los siguientes factores: el placer que se produce en forma inmediata, las consecuencias nocivas aparecen a largo plazo, no existe una cadena de hechos en forma definida el momento de la infección con una sintomatología y las consecuencias nocivas que se pueden derivar de un comportamiento de riesgo son sólo probables desconociéndose muchos factores específicos que incrementan o disminuyen el riesgo de que un episodio concreto produzca el contagio.

De acuerdo a lo anterior es necesario hacer una revisión acerca de los grupos de alto riesgo, para saber cuales son estos los que están más propensos al contagio del VIH.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.5- Grupos de alto riesgo.

En este último inciso se describirá a grandes rasgos las poblaciones más propensas ante el Virus del SIDA y las principales prácticas de riesgo a las cuales se someten estos grupos de riesgo.

Comencemos por definir lo que es un grupo de riesgo. Según CONASIDA (1990), un grupo de alto riesgo es aquel grupo poblacional que tiene alta probabilidad de contraer una enfermedad. En este caso, SIDA.

Sin embargo, al hablar de SIDA, no es conveniente de hacer mención a grupos de riesgo; ya que, como se señala en la pregunta anterior, no existen grupos de riesgo, sino practicas de riesgo.

Ante esto ahora definiremos lo que es una práctica de riesgo y es aquella conducta que esta implicada en la transmisión de una enfermedad. Por ejemplo, comer con los cubiertos usados por una persona enferma de hepatitis. En el caso del SIDA, cualquier práctica de riesgo en la que se pongan en contacto líquidos corporales (sangre y semen/ secreción vaginal) de una persona sana con una enferma Como:

- a) Contacto anal o vaginal, en donde se produzcan heridas que permitan que los líquidos corporales entren en contacto.
- b) Compartir jeringas utilizadas por una persona infectada.

A pesar de lo anterior si es conveniente citar algunos grupos que se encuentran en riesgo de contraer el virus del SIDA así como también describir algunas de sus prácticas de riesgo que realizan sin prevención alguna.

Según, Richardson (1990), el SIDA ocurre más comúnmente en varones homosexuales o bisexuales en Europa y Estados Unidos. Casi tres cuartas partes

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

de las personas con SIDA en E.U.A. corresponden a esta categoría. Esto no significa que el SIDA sea una enfermedad de homosexuales. No es así. Cualquiera puede contraer SIDA; homo o heterosexuales, varón o mujer.

El siguiente grupo importante es el de los toxicómanos que comparten agujas, jeringas u otro equipo para mezclar e inyectarse drogas. Cuando sucede, la sangre de uno puede pasar a otro; si la primera persona tiene el virus puede transmitirlo a la segunda. "El burbujeo de sangre" --llenar y vaciar la jeringa con sangre para no dejar nada de droga- aumenta el peligro de transmisión.

Muchos toxicómanos que usan drogas IV ya tienen el virus. Por ejemplo, se estima que en la ciudad de Nueva York más de la mitad de quienes se "disparan" drogas están infectados con VIH.

Los compañeros sexuales de quienes utilizan drogas inyectables, los hemofílicos y los varones homo o bisexuales pueden estar en riesgo si llevan a cabo prácticas sexuales que permitan la transmisión del virus.

Como el VIH se encuentra en el semen, las mujeres que utilizan inseminación artificial con donador para embarazarse también están en peligro. Pueden infectarse con VIH si usan semen de un donador infectado. Ello también implica un posible peligro para su descendencia. Los niños pueden infectarse con el virus estando aún en el útero o, tal vez, al nacer si la madre está infectada.

Las mujeres que se inseminan utilizando esperma de un banco no es probable que tengan riesgo. En la mayor parte de los bancos de esperma sistemáticamente se hacen pruebas a los donadores en busca de anticuerpos al VIH. Las mujeres que planean auto inseminarse podrían tener, no obstante, el riesgo de infección si utilizan semen sin selección previa del donador

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Sin embargo, hoy en día y de acuerdo con diferente literatura revisada el grupo de mayor riesgo son los jóvenes en general, ya que a datos proporcionados por CONASIDA (1998), se menciona que en la actualidad, más del 50% de las nuevas infecciones por el VIH, el virus que causa el SIDA, se producen en jóvenes. Los y las jóvenes son especialmente vulnerables a la infección por VIH y están resultando gravemente afectados por la epidemia. Cada día se infectan 7,000 jóvenes de 10 a 24 años de edad, es decir, que cada 5 minutos 5 personas de este grupo de edad adquieren la infección.

Al respecto, Micher y Silva (1997), mencionan que la imagen que los jóvenes tienen de sí mismos y de sus relaciones con sus amigos y padres, se relaciona con su propia sexualidad. Durante la adolescencia la actividad sexual, desde besos casuales hasta el coito, satisface una gran cantidad de necesidades importantes de las cuales la menos urgente es el placer físico. Más importante es la habilidad de la interacción sexual para mejorar la comunicación, para ejemplificar las nuevas búsquedas de nuevas experiencias, para proporcionar madurez, para estar a tono con los amigos y para lograr acabar con presiones sociales. De esta forma, con el objeto de verse libre de las presiones familiares, de los amigos y de la sociedad en general, el adolescente se compromete en actividades sexuales aún antes de estar preparado para ellas; esto es, incluso antes de que haya recibido una educación sexual adecuada y oportuna que la dé las armas suficientes para salvar las consecuencias graves del ejercicio de la sexualidad tales como la infección de ETS y el SIDA.

No obstante, tenemos que tomar en cuenta que a pesar de que hemos hablado de diversos grupos de riesgo así como de sus diversas prácticas de riesgo, tenemos que tener presente que no solo estos grupos pueden contagiarse, hay que recordar que el virus del SIDA no respeta edad, raza, estatus socioeconómico, etc.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPÍTULO 3. INVESTIGACION SOBRE LA PERCEPCIÓN DE RIESGO DE CONTRAER SIDA EN JÓVENES UNIVERSITARIOS.

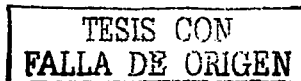
3.1. Método.

Muestra: En el presente proyecto colaboraron jóvenes universitarios de diferentes carreras pertenecientes a distintas universidades como son: el tecnológico de Monterrey, ubicado en lago de Guadalupe Estado de México, en donde se aplico la escala a 12 estudiantes del sexo femenino y 13 estudiantes del sexo masculino haciendo un total de 25 estudiantes. Así mismo, se aplico la misma escala a 19 estudiantes del sexo femenino y 6 estudiantes del sexo masculino de la FES Iztacala ubicada en Tlalnepanitla. Se eligieron otros 25 estudiantes de la ENEP Acatlán ubicada en Naucalpan, de los cuales fueron 12 estudiantes del sexo femenino y 13 del sexo masculino y finalmente se utilizaron otros 25 estudiantes de la FES campo 1 ubicada en Cuautitlan Izcalli, de los cuales fueron 14 estudiantes del sexo femenino y 11 del sexo masculino. El total de la muestra fue de 100 estudiantes de las diferentes universidades de los cuales 57 universitarios fueron del sexo femenino y 43 estudiantes fueron del sexo masculino. La edad promedio fue de 20 años con un rango mínimo de 17 años y un rango máximo de 30 años.

Selección de la muestra: la selección de los estudiantes se llevó a cabo mediante un muestreo no probabilístico de cuotas.

Materiales: se utilizaron plumas o lápices que se entregaron a cada estudiante para la resolución del cuestionario.

Instrumento: Se utilizo una escala tipo Likert cuyo objetivo fue investigar la percepción de riesgo de contraer SIDA en jóvenes universitarios en donde. Los



datos de la escala fueron capturados y analizados en el programa SPSS. (Anexo 1).

El cuestionario consta de 30 reactivos, de los cuales 26 pertenecieron a la escala tipo Likert. Los reactivos fueron evaluados de acuerdo a 4 categorías las cuales fueron: Información, Grupos de riesgo, Vías de transmisión y Prevención. Dentro de esta escala el código de respuestas fue: A: Totalmente de acuerdo, B: De acuerdo, C: Neutro, D: En desacuerdo y E: Totalmente en desacuerdo. En donde; el puntaje máximo es de 26 puntos, significando este mayor percepción de riesgo en los estudiantes y el puntaje mínimo es de 13 puntos, mostrando poca percepción de riesgo entre los estudiantes. El puntaje medio es de 78 puntos.

Confiabilidad: La confiabilidad de la escala se obtuvo por el alfa de Cronbach con un valor de 0.4871, lo que indica una estabilidad moderada.

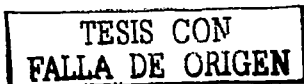
Validez: La validez de la escala se obtuvo por el método del análisis factorial obteniendo diez factores principales como se observa en la tabla 1.

Duración: La aplicación del cuestionario fue de manera ilimitada e individual.

Escenario: El lugar donde se realizó la aplicación de la encuesta fue en las diferentes instalaciones de cada una de las universidades, esto es: en pasillos, salones, jardinerías, bibliotecas y en puertas de entrada.

3.2. Procedimiento.

Se asistió a cada una de las instalaciones de las diferentes universidades, y se solicitó de manera voluntaria la participación de los estudiantes al cual se le



proporcionaba un cuestionario. Esta dinámica se realizó en las cuatro universidades hasta realizar los 100 cuestionarios.

3.3. Resultados

Los datos del presente estudio son descritos de acuerdo a cada categoría del VIH, las cuales fueron las siguientes: *Información, Grupos de Riesgo, Vías de Transmisión y Prevención.*

Información:

En la tabla 2, se muestran las respuestas a los indicadores de Información, como se puede observar la mayoría de los estudiantes tanto hombres como mujeres respondieron adecuadamente en la información de la transmisión del VIH. Además, se comparó por género los datos, en los cuales no se encontró diferencias significativas excepto en el reactivo 6, en donde el 19% de los hombres mantiene una postura neutra a considerar al SIDA como una enfermedad curable si se detecta a tiempo, mientras que las tres cuartas partes de la muestra de las mujeres se mantienen en una postura de total acuerdo y de acuerdo.

Grupos de Riesgo:

En la tabla 3, se muestran las respuestas a los indicadores correspondientes a los Grupos de Riesgo, en esta categoría se pudo observar que los estudiantes identifican que el SIDA no es una enfermedad propiamente de prostitutas y homosexuales, sin embargo, en el reactivo 2, el 40% de los hombres se mantiene en una postura neutra y el 25% en una postura en total desacuerdo, ante la afirmación de que los grupos de mayor riesgo para contraer la infección por el VIH son los drogadictos. Se comparó las respuestas entre hombres y mujeres, no encontrando diferencias significativas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Vías de Transmisión Sexual:

En la tabla 4, se muestran las respuestas a los indicadores de Vías de Transmisión, como se puede observar la mayoría identifica de manera adecuada las formas en que se transmite el VIH, excepto en el reactivo 2, en donde el 29% de los estudiantes, se mantiene en una postura neutra, y otro 29% en desacuerdo y total desacuerdo; ante la afirmación de que el VIH es transmitido cuando se realiza sexo oral. Cabe mencionar que en el reactivo 4 existen diferencias significativas, casi un 15% de los hombres muestra una postura de acuerdo y neutra ante la afirmación de que el contagio casual con lagrimas y saliva transmite el virus que provoca el SIDA.

Prevención:

En la tabla 5, se muestran las respuestas a los indicadores de Prevención, como se puede observar se encuentran dispersas las contestaciones de los estudiantes tanto de hombres como de mujeres, aunque en el reactivo 2 el 40% de los hombres su contestación en total acuerdo y neutra, ante la afirmación de que los condones no son efectivos para prevenir el SIDA.

Fuentes de Información.

En la figura 1, se muestran los datos de la principal fuente de información que tienen los estudiantes acerca del VIH/SIDA, en la cual se observó la principal fuente está en medios masivos y educación escolar.

Información sobre VIH/SIDA.

La figura 2, muestra los datos en relación a la información que tienen los estudiantes del VIH/SIDA, lo cual se observó que casi la mitad de los participantes se consideró medianamente informados en cuanto a la información del VIH.

Frecuencia de las Relaciones Sexuales.

En la figura 3, se observan los datos en relación a la frecuencia de sus prácticas sexuales de los estudiantes, donde se observa que la cuarta parte de los hombres indicó tener relaciones sexuales poco frecuente, mientras que aproximadamente la mitad de las mujeres menciona nunca tenerlas.

Principal Medida Preventiva del VIH.

La figura 4, muestra los datos de la principal medida preventiva que realizan los estudiantes para no contraer el VIH/SIDA, la cual mostró que más de la cuarta parte de hombres y mujeres su medida preventiva es la abstinencia y más de la tercera parte de hombres y mujeres es el uso del condón.

	"CARGAS FACTORIALES"									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
V11	.710		-.361	-.194	-.143					.246
V12	.653	-.246	-.181	-.411						.133
V21	.537	.422		.225	-.144	-.123	-.272	-.194		-.141
V8	.520	.233	-.275	.417	.112	.150	-.129			.220
V16	.500	-.235	.104		.299	-.191	.118	.145	.216	-.308
V29	.461		-.102	.458	-.216	-.231		-.255	-.324	
V22	.298	.604					.147	.249		
V26		.561		.132		.289	.211	-.114	.450	-.147
V28	.372	-.554			.197		-.246		.106	
V17		.523	.1090	-.164	.208		.213	-.266		
V25	.289	.448	.234		.338	-.189		-.132		
V32	.254	-.319	.260	-.300	-.137	.276	-.273	-.263	.162	.226
V15	.179	.225	.561	.117	.112		.115	.113	-.322	.299
V30	.118	-.196	.553	.214	.259	.431		-.131	.153	
V18	.372		-.472	-.222		.319	.183	.224	.270	
V19	.108		-.250	.531	-.260	.325	.197		-.191	
V24	-.183	-.107		.383	.379	.149	.124	.349	.223	.364
V14	.101	.345	-.126	-.303	.427		-.388	-.149	-.112	
V7	.369	.261	.287		-.374		-.165	.281		
V31	.245		.333	-.274		.477	.317	-.124	-.254	.226
V9	-.165	.277	-.429		.209	.471	-.260	.163	-.145	
V10	.348	-.262		.175	.169	-.290	.547	-.109	.204	
V23	-.158		-.147	-.337	-.359	.290	.429	-.248		-.207
V13	.171		.341	-.150	-.247			.669		-.180
V20			.201	.200	-.483		-.256	-.146	.520	.125
V27	.339	-.218	.228	.249		.347	-.155		-.189	-.568

Tabla 1.

TABLA 2. Respuestas de la categoría de información y análisis de Chi cuadrada.

1. EL SIDA ES UNA ENFERMEDAD QUE PUEDE AFECTAR A LOS INDIVIDUOS SIN CONSIDERAR SEXO O EDAD.	SEXO	TA	DA	N	ED	TD	TOTAL	V	S
	♂	2.4%	83.3%	0%	0%	0%	100 %	3.872*	.144
	♀	94.7%	5.3%	0%	0%	0%	100%		

2. ANTE UN INSECTO TRANSMITE EL VIH.	SEXO	TA	DA	N	ED	TD	TOTAL	V	S
	♂	2.4%	7.1%	14.3%	14.3%	59.5%	100 %	3.136*	.679
	♀	1.8%	5.3%	8.8%	22.8%	61.4%	100%		

3. EN LAS ALBERCAS EXISTE MAYOR RIESGO DE CONTRAER EL VIRUS DEL VIH.	SEXO	TA	DA	N	ED	TD	TOTAL	V	S
	♂	0%	0%	9.5%	28.6%	61.9%	100 %	2.174*	.704
	♀	1.8%	1.8%	8.8%	35.1%	52.6%	100%		

4. AL HACER USO DE LOS BAÑOS PÚBLICOS SE CONTRAE EL VIRUS DEL VIH.	SEXO	TA	DA	N	ED	TD	TOTAL	V	S
	♂	0%	0%	7.1%	26.2%	66.7%	100 %	2.538*	.281
	♀	0%	0%	8.8%	40.4%	50.9%	100%		

5. SE DEBEN RECICLAR LAS AGUJAS Y JERINGAS PARA NUESTRA ECONOMÍA.	SEXO	TA	DA	N	ED	TD	TOTAL	V	S
	♂	2.4%	0%	2.4%	7.1%	88.1%	100 %	3.661*	.454
	♀	1.8%	3.5%	7.0%	12.3%	75.4%	100%		

6. EL SIDA PUEDE SER DETECTADO SI SE CURA A TIEMPO.	SEXO	TA	DA	N	ED	TD	TOTAL	V	S
	♂	0%	7.1%	11.9%	11.9%	69.0%	100 %	8.900*	.031
	♀	0%	3.5%	1.8%	31.6%	63.2%	100%		

7. BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA SE DEBE SALUDAR, ACARICIAR O BESAR A UNA PERSONA CON SIDA.	SEXO	TA	DA	N	ED	TD	TOTAL	V	S
	♂	0%	0%	7.1%	9.5%	83.3%	100 %	4.264*	.234
	♀	1.8%	0%	3.5%	22.8%	71.9%	100%		

8. AL COMENZAR UNA VIDA SEXUAL ACTIVA SE DEBE TENER INFORMACIÓN SOBRE EL VIRUS QUE PROVOCA EL SIDA.	SEXO	TA	DA	N	ED	TD	TOTAL	V	S
	♂	73.8%	21.4%	4.8%	0%	0%	100 %	7.318*	.120
	♀	89.5%	7.0%	1.8%	0%	1.8%	100%		

TABLA 3. Respuestas de la categoría de Grupos de Riesgo y análisis de Chi cuadrada.

1. EL SIDA ES UNA ENFERMEDAD PROPIAMENTE DE PROSTITUTAS Y HOMOSEXUALES.	SEXO	TA	DA	N	ED	TD	TOTAL	V	S
	♂	2.4%	0%	9.5%	21.4%	66.7%	100 %	6.242*	.182
	♀	0%	1.8%	1.8%	33.3%	63.2%	100%		

2. LOS GRUPOS DE MAYOR RIESGO PARA CONTRAER LA INFECCIÓN POR EL VIH SON LOS DROGADICTOS.	SEXO	TA	DA	N	ED	TD	TOTAL	V	S
	♂	2.4%	23.8%	35.7%	14.3%	23.8%	100 %	5.192*	.268
	♀	0%	26.3%	28.1%	29.8%	15.8%	100%		

TABLA 4. Respuestas de la categoría Vías de Transmisión y análisis de Chi cuadrada.

1. INTRODUCIR AL PENE EN LA VAGINA CONTRAE EL VIH.	SEXO	TA	DA	N	ED	TD	TOTAL	V	S
	♂	57.1%	9.5%	11.9%	11.9%	9.5%	100 %	4.256*	.372
♀	52.6%	22.8%	12.3%	8.8%	3.5%	100%			

2. CUANDO SE REALIZA SEXO ORAL SE TRANSMITE EL VIRUS DEL VIH.	SEXO	TA	DA	N	ED	TD	TOTAL	V	S
	♂	16.7%	26.2%	28.6%	21.4%	7.1%	100 %	1.592*	.902
♀	19.3%	29.8%	24.6%	15.8%	8.8%	100%			

3. TENER RELACIONES CON UNA PERSONA QUE LLEVA UNA VIDA SEXUAL PROMISCUA, AUMENTA LA PROBABILIDAD DE CONTAGIO.	SEXO	TA	DA	N	ED	TD	TOTAL	V	S
	♂	45.2%	33.3%	11.9%	7.1%	2.4%	100 %	2.724*	.486
♀	54.4%	24.6%	7.0%	7.0%	7.0%	100%			

4. EL CONTAGIO CASUAL CON LAGRIMAS Y/O SALIVA TRANSMITE EL VIRUS VIH.	SEXO	TA	DA	N	ED	TD	TOTAL	V	S
	♂	0%	2.4%	7.1%	11.9%	78.6%	100 %	8.996*	.029
♀	0%	0%	10.5%	35.1%	54.4%	100%			

	SEXO	TA	DA	N	ED	TD	TOTAL	V	S
5. UNA MUJER CON VIH DEBE EMBARAZARSE LO ANTES POSIBLE PARA NO INFECTAR AL FETO.	♂	4.8%	2.4%	11.9%	4.8%	76.2%	100 %	12.894*	.079
	♀	1.8%	0%	14.0%	21.1%	63.2%	100%		

TABLA 4. Respuestas de la categoría Vías de Transmisión y análisis de Chi cuadrada.

1. INTRODUCIR PENE EN LA VAGINA CONTRAE VIH.	AL EL LA SE EL	SEXO	TA	DA	N	ED	TD	TOTAL	V	S
		♂	57.1%	9.5%	11.9%	11.9%	9.5%	100 %	4.256 ^a	.372
		♀	52.6%	22.8%	12.3%	8.8%	3.5%	100%		

2. CUANDO SE REALIZA SEXO ORAL SE TRANSMITE EL VIRUS DEL VIH.	SE EL SE EL	SEXO	TA	DA	N	ED	TD	TOTAL	V	S
		♂	16.7%	26.2%	28.6%	21.4%	7.1%	100 %	1.592 ^a	.902
		♀	19.3%	29.8%	24.6%	15.8%	8.8%	100%		

3. TENER RELACIONES CON UNA PERSONA QUE LLEVA UNA VIDA SEXUAL PROMISCUA. LA AUMENTA LA PROBABILIDAD DE CONTAGIO.	SE EL LA	SEXO	TA	DA	N	ED	TD	TOTAL	V	S
		♂	45.2%	33.3%	11.9%	7.1%	2.4%	100 %	2.724 ^a	.486
		♀	54.4%	24.6%	7.0%	7.0%	7.0%	100%		

4. EL CONTAGIO CASUAL CON LAGRIMAS Y/O SALIVA TRANSMITE EL VIRUS VIH.	SE EL	SEXO	TA	DA	N	ED	TD	TOTAL	V	S
		♂	0%	2.4%	7.1%	11.9%	78.6%	100 %	8.996 ^a	.029
		♀	0%	0%	10.5%	35.1%	54.4%	100%		

5. UNA MUJER CON VIH DEBE EMBARAZARSE LO ANTES POSIBLE PARA NO INFECTAR AL FETO.	SEXO	TA	DA	N	ED	TD	TOTAL	V	S
	♂	4.8%	2.4%	11.9%	4.8%	76.2%	100 %	12.894*	
	♀	1.8%	0%	14.0%	21.1%	63.2%	100%		

TABLA 5. Respuestas de la categoría de Prevención y análisis de Chi cuadrada.

1. SE DEBE REALIZAR UNA PRUEBA DE SANGRE ANTES DE TENER RELACIONES SEXUALES.	SEXO	TA	DA	N	ED	TD	TOTAL	V	S
	♂	16.7%	21.4%	40.5%	7.1%	14.3%	100 %		
	♀	15.8%	36.8%	28.1%	14.0%	5.3%	100%		
								6.223*	.183

2. LOS CONDOMES NO SON EFECTIVOS PARA PREVENIR EL SIDA.	SEXO	TA	DA	N	ED	TD	TOTAL	V	S
	♂	9.5%	11.9%	26.2%	35.7%	16.7%	100 %		
	♀	1.8%	12.3%	31.6%	38.6%	15.8%	100%		
								3.198*	.525

3. TENER RELACIONES CON UNA SOLA PAREJA DISMINUYE EL RIESGO DE INFECTARSE.	SEXO	TA	DA	N	ED	TD	TOTAL	V	S
	♂	35.7%	38.1%	14.3%	2.4%	9.5%	100 %		
	♀	38.6%	38.6%	8.8%	8.8%	5.3%	100%		
								4.455*	.486

4. SE DEBE UTILIZAR EL CONDON CUANDO SE TIENE RELACIONES SEXUALES CON PAREJAS OCASIONALES.	SEXO	TA	DA	N	ED	TD	TOTAL	V	S
	♂	78.6%	4.8%	2.4%	2.4%	11.9%	100 %		
	♀	75.4%	17.5%	1.8%	0%	5.3%	100%		
								6.014*	.198

5. EL USO DE PRESERVATIVOS Y ESPERMATICIDAS GARANTIZAN QUE NO OCURRA LA INFECCIÓN POR VIH DURANTE LAS RELACIONES SEXUALES.	SEXO	TA	DA	N	ED	TD	TOTAL	V	S
	♂	9.5%	19.0%	19.0%	21.4%	31.0%	100 %	5.181*	.394
♀	3.5%	12.3%	19.3%	38.6%	26.3%	100%			

6. CUANDO SE TIENE RELACIONES SEXUALES CON UNA PAREJA ESTABLE NO SE DEBE UTILIZAR CONDÓN.	SEXO	TA	DA	N	ED	TD	TOTAL	V	S
	♂	11.9%	11.9%	33.3%	28.6%	14.3%	100 %	9.181*	.057
♀	1.8%	3.5%	29.8%	36.8%	28.1%	100%			

7. AL TENER RELACIONES SEXUALES SIN CONDÓN SE DEBE REALIZAR UN EXAMEN DEL VIH.	SEXO	TA	DA	N	ED	TD	TOTAL	V	S
	♂	38.1%	35.7%	21.4%	2.4%	2.4%	100 %	2.661*	.616
♀	26.3%	50.9%	17.5%	3.5%	1.8%	100%			

8. LIMITAR EL NÚMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES ES UNA FORMA DE PREVENIR EL CONTAGIO DEL VIH.	SEXO	TA	DA	N	ED	TD	TOTAL	V	S
	♂	19.0%	38.1%	21.4%	7.1%	14.3%	100 %	4.034*	.401
♀	28.1%	40.4%	10.5%	12.3%	8.8%	100%			

9. SOLO EL HOMBRE DEBE TOMAR LA INICIATIVA PARA UTILIZAR CONDÓN.	SEXO	TA	DA	N	ED	TD	TOTAL	V	S
	♂	0%	0%	2.4%	26.2%	71.4%	100 %	2.588 ^a	.274
	♀	0%	0%	0%	17.5%	82.5%	100%		

10. SI OCURRE PENETRACIÓN NO SE DEBE UTILIZAR CONDÓN.	SEXO	TA	DA	N	ED	TD	TOTAL	V	S
	♂	16.7%	16.7%	33.4%	11.9%	21.4%	100 %	9.433 ^a	.093
	♀	3.5%	12.3%	35.1%	19.3%	29.8%	100%		

11. REALIZAR AL LA MASTURBACIÓN MUTUA SE DEBE UTILIZAR EL CONDÓN.	SEXO	TA	DA	N	ED	TD	TOTAL	V ^b	S ^b
	♂	14.3%	7.1%	45.2%	19.0%	14.3%	100 %	4.075 ^a	.539
	♀	7.0%	10.5%	38.6%	31.6%	12.3%	100%		

^a V- Valor de Chi Cuadrada.

^b S- Significancia de Chi Cuadrada.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

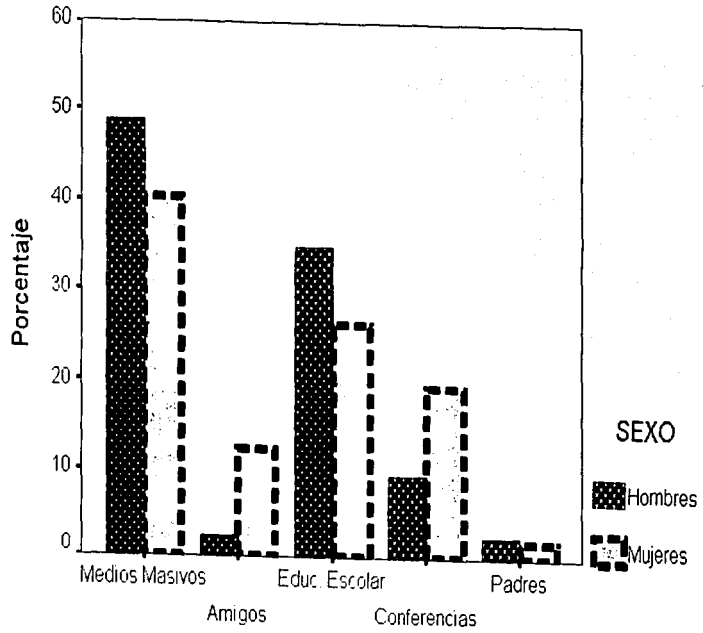


Fig. 1 Fuentes de Información

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

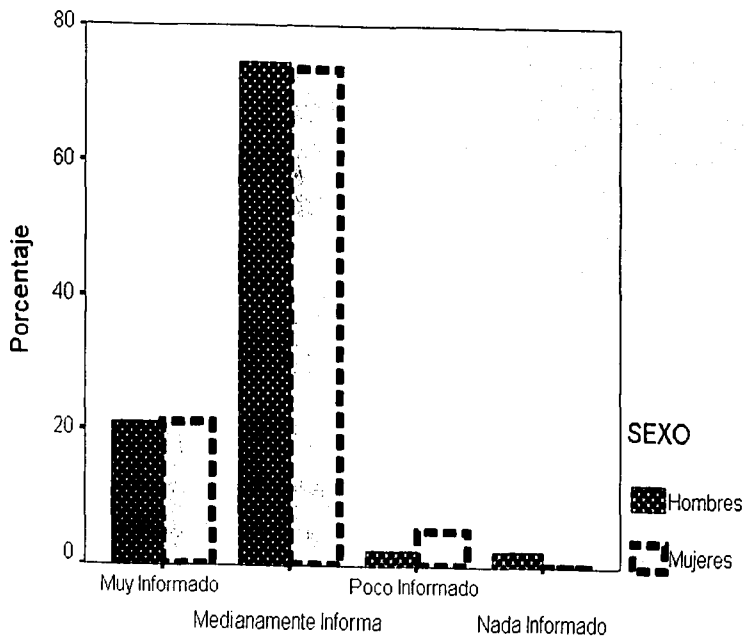


Fig. 2 Información sobre el VIH/SIDA

TESIS COM
FALLA DE ORIGEN

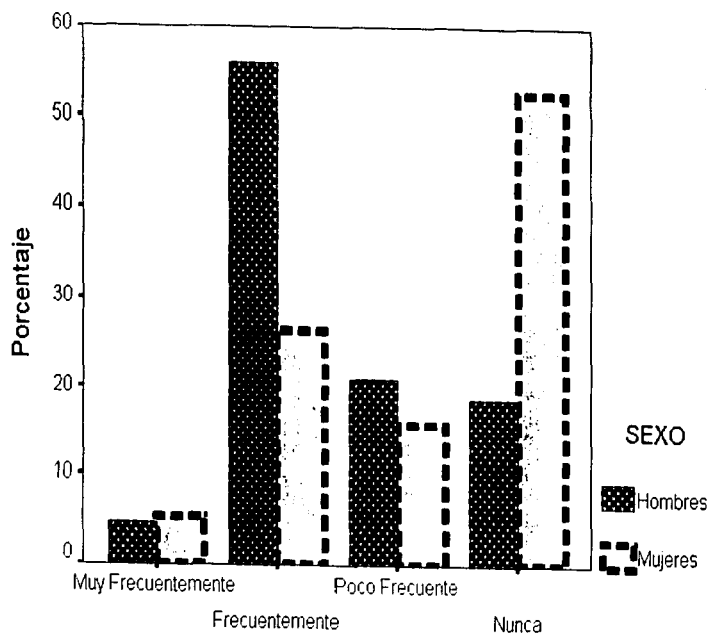


Fig. 3 Frecuencia de las Relaciones Sexuales

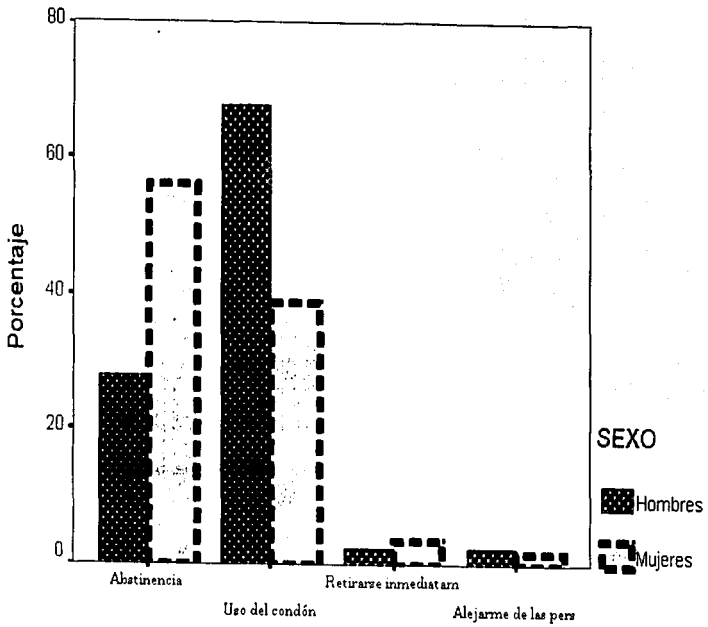


Fig. 4 Principal Medida Preventiva para el VIH/SIDA.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.4. Discusión.

En la presente investigación se encontró que los jóvenes universitarios tienen en general los conocimientos adecuados de información del virus que provoca el SIDA, esto se puede observar en los datos de la escala que les fue aplicada, aunque cabe mencionar que en un solo reactivo referente a si "el SIDA puede ser curable si se detecta a tiempo" el 20% de los hombres contestan estar de acuerdo ante la afirmación, esto indica que todavía existen creencias erróneas acerca de la enfermedad, como lo menciona el estudio realizado por Reyes (1990) y McCormack (1997) a estudiantes universitarios donde encontraron que la falta de información hace que los estudiantes tengan falsas creencias de lo que es el SIDA, asociando a esta última con prostitución, homosexualidad y promiscuidad sexual, haciendo que éstos perciban el virus como algo muy lejano (poco familiar), considerando que esta enfermedad es algo que les sucede a otros y no a ellos.

Los datos encontrados en el estudio de Reyes (1990), no concuerdan con los datos encontrados en este estudio ya que en los reactivos de la segunda categoría referente a los grupos de riesgo los estudiantes identifican que el SIDA es una enfermedad que no respeta sexo, edad, religión, clase social, etc., y que no es una enfermedad propiamente de homosexuales y prostitutas como fue señalado por muchos años.

También se encontró que más de la cuarta parte de los estudiantes no está de acuerdo que al introducir el pene en la vagina se contrae el VIH y que cuando se realiza el sexo oral se transmite el virus del VIH. Asimismo, en cuanto que una vida promiscua aumenta la probabilidad de contagio, el contagio casual con lagrimas y/o saliva transmite el virus del VIH y una mujer con VIH debe embarazarse lo antes posible para no infectar al feto, más de la cuarta parte no contestó adecuadamente a la afirmación, esto nos permite observar que los estudiantes a los que se les aplicó el cuestionario no tienen identificadas



adecuadamente las tres formas de contagio que existen para la transmisión del virus que causa el SIDA.

A pesar de que se pudo observar que los conocimientos a cerca de la información por parte de los estudiantes es acertada, no se observó estos conocimientos en cuanto a la prevención ya que en los datos muestran que ante afirmaciones como que los condones no son efectivos para prevenir el SIDA, casi un 40% de los hombres se encontró en una postura de desacuerdo y neutra; en cuanto a las mujeres también pudimos observar casi un 50% que se encontró en la misma postura que los hombres.

La mayoría de los datos obtenidos en cuanto a prevención se pudo identificar como es que los hombres en particular no se perciben en riesgo de contraer SIDA, esto se observa claramente en los reactivos 1, 8 y 11, los cuales refieren que si se debe realizar pruebas de sangre cuando se ha tenido un encuentro sexual para saber si se tiene el virus, a lo cual casi un 55% indica estar en total desacuerdo o neutro; otra afirmación refiere, si limitar el número de compañeros sexuales previene el contagio del SIDA, un 35% se mantiene en una postura neutra y en total desacuerdo y por último si al realizar la masturbación mutua se debe utilizar condón; casi un 60% se mantiene en una postura neutra y en total desacuerdo. Estos datos muestran que a pesar de que tienen conocimiento de lo que es la enfermedad y el cómo se transmite, no tienen claro lo que es tener prácticas sexuales con sexo seguro. Estos datos concuerdan con los realizados por Quadland y Shattis (1987), en donde reportó que los homosexuales continuaban con relaciones sexuales casuales, a pesar de su conocimiento sobre el SIDA; y Bayes (1989) señaló que la información no producía cambios en la conducta por si sola, señalando que los conocimientos son necesarios pero no suficientes para provocar cambios conductuales deseados; asimismo, Harrison, Wambach, Byers e Imersheim (1991), reportó que mujeres entre 18 y 53 años con conocimientos suficientes sobre el SIDA, no se percibían en riesgo a pesar de sus

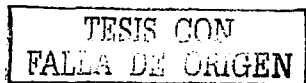
TESIS CON
FALLA DE CARGEN

conductas riesgosas. En otro estudio realizado por O'Gorman y Dinsmore (1990), se observó que hombres entre 16 y 44 años de edad, con buenos conocimientos no presentaban prácticas de conductas de sexo seguro, a pesar de que tienen información sobre lo qué es SIDA.

De acuerdo a los datos podemos decir que los estudiantes en general principalmente los hombres, perciben que todos pueden contagiarse menos ellos. (Sepúlveda, Valdespino, Juárez y Mondragón, 1989); quizá esto sea debido a que, como menciona Sontag (1988), el sujeto no se percibe en riesgo debido a que el contagio de SIDA está asociado a conductas inmorales y castigadas que él no lleva a cabo, ya que sólo lo practican los homosexuales y las prostitutas. Esto también podría relacionarse con comentarios de diferentes metodologías donde se menciona que la epidemia del VIH en sus inicios se propagó principalmente en la población homosexual, por lo cual la población en general (heterosexuales) se consideraron fuera de riesgo de contagiarse, lo que los condujo a estereotipar y caer en falsas creencias.

Podemos observar que, en general, la gente tiende a pensar que es invulnerable y que no será víctima de los eventos indeseables de la vida. Asimismo, los sujetos tienden a crear estereotipos de las personas que pueden contagiarse de SIDA y se comparan con ellos, pero al compararse encuentran que no se parecen y por lo tanto que ellos se encuentran en menor riesgo.

Considero que una propuesta de investigación muy interesante para un subsiguiente trabajo sería una investigación a fondo de las prácticas sexuales que realizan los jóvenes en general a partir de la adolescencia y cómo se perciben con una enfermedad como es el SIDA. Además, sería interesante promover con trípticos, información en la escuela, información masiva en radio y televisión; así como en hospitales y centros de salud, que el virus que provoca el SIDA, hoy en día es más propenso en poblaciones heterosexuales realizando conductas de



riesgo que los homosexuales, como las erróneas creencias que han tenido la mayoría de los jóvenes y que han llevado a reacciones de hostilidad hacia personas con una orientación homosexual y a que todas las víctimas de SIDA se les considere pertenecientes a este grupo. También sería importante trabajar arduamente con esta población (jóvenes universitarios) sobre sexo seguro, para disminuir el riesgo de contagio de este mortal virus.

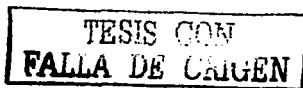
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Acevedo, R. B. y Solache, M. S. (1998) "Proceso vivencial de infectados por VIH/SIDA a través de su historia de vida" Tesis de licenciatura en Psicología, Iztacala, UNAM, México.
2. Bartlett, J. G. y Finkbeiner, A. K. (1996) Guía para vivir con VIH y SIDA. México. Ed. Diana.
3. Berer, M. (1993). *La mujer y el VIH/SIDA*. Inglaterra. Bath Press.
4. Boletín Epidemiológico del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (2000). En red: <http://www.ssa.gob.mx/proa/estadis/>.
5. Cahn, P. (1992) "La prevención". PSIDA, un enfoque integral. Buenos Aires. Paidós.
6. Cohen, F. (1994) "Etiología y Epidemiología de la infección HIV y del SIDA" Pacientes con SIDA cuidados de enfermería. México. El Manual Moderno. Pp. 1- 59
7. Colín, B. C. y Fitz, F. M. (2001) "Estrategias de afrontamiento que utilizan estudiantes universitarios de C. U."; y no estudiantes hombres y mujeres. con percepción y autopercepción de riesgo de contagio de VIH" Tesis de Licenciatura en Psicología, Facultad de Psicología, UNAM, México.
8. CONASIDA (1990) "¿Quiénes adquieren el VIH?" SIDA: Manual de trabajo para capacitadores. México. Pp. 27-29.
9. CONASIDA (1997) "El Condón en la prevención de la infección por el VIH". *Letra S*, La Jornada, Octubre. México. Pp. 1-2
10. CONASIDA (1998) "La fuerza del cambio. jóvenes contra el SIDA" *Letra S*, La Jornada, Julio (24) México. Pp. 4
11. Coperías, E. M. (1998). Las 10 preguntas definitivas sobre el SIDA. Muy interesante, Año XI, Núm. 11, México. Palsa. Pp. 13 – 16.
12. Cotte, C. (1988) "SIDA, un nuevo mal". SIDA y Sexo. Venezuela. Monte Ávila Editores.
13. DeVita, V.; Hellman, S. y Rosenberg, S. (1986) "Orígenes del SIDA" SIDA, Etiología, Diagnóstico, Tratamiento y Prevención. España. Salvat Editores.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

14. Del Río, C. y Rico, B. (1996). *Prevención de la transmisión sexual: Evaluación y Perspectivas*. Revista SIDA/ETS, Vol.2 (2) Pp. 47-54.
15. Del Río, C. y Uribe, P. (1995). *Prevención de ETS y SIDA mediante el uso del condón*. Revista SIDA/ETS, Vol. 1 (1) Pp. 11-19.
16. Durham, D. J. y Cohen, L. F. (1994) "Prevención de la infección HIV" Pacientes con SIDA Cuidados de enfermería, México. El Manual Moderno Pp. 119-138.
17. Gómez, V. E. y Muñoz, S. T. (1993) "Actitud de los adolescentes hacia el SIDA y el uso del condón: Percepción de riesgo". Tesis de Licenciatura en Psicología, Facultad de Psicología, UNAM, México.
18. Hammer, J. C.; Fisher, J. D. y Fitzgerald, P. "Cuando dos cabezas no son mejor que una: la conducta de riesgo de SIDA en parejas en edad escolar" *Journal of Applied Social Psychology*, 1996; 26 (5):375-397.
19. Hernández, S. P. y Rozenel, D. V. (1999) "Prevención del VIH en mujeres Universitarias desde la perspectiva de género" Tesis de Licenciatura en Psicología. Iztacala. UNAM, México
20. Hein, K.; Foy, D. T. y Consumer, R. B. (1991) "SIDA: Juego Mortal" SIDA: verdades en lugar de miedo, México. Promexa.
21. Izázola, J., Valdespino, J., Juárez, L., Mondragón, M. y Sepúlveda, A. (1989) "Conocimientos, Prácticas y actitudes relacionadas con el SIDA". En Sepúlveda Amor, SIDA, Ciencia y Sociedad en México, México: Fondo de Cultura Económica.
22. Kelly, J. A., Lawrence, J. S. y Hood, H. V. (1989). Behavioral interventions to reduce AIDS risk activities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 57-60.
23. Kumate, J. (1994) Manual de infectología Clínica, México. Méndez Editores. Pp. 559-580.
24. Mejía, M. H. (1995). "SIDA: Percepción de riesgo de contagio y conductas de alto riesgo en adultos jóvenes". Tesis de Licenciatura en Psicología, Facultad de Psicología, UNAM, México.
25. Micher, C. J. y Silva, B. J. (1997) "Nivel de conocimientos y prácticas de riesgo para ETS", Revista SIDA/ETS, Vol. 3 (3) Pp. 68-73.



26. Miller, D. (1989) "El virus y su diseminación" Viviendo con SIDA y VIH. México. El Manual Moderno. Pp. 1-12
27. Organización Panamericana de la Salud (1993) SIDA la epidemia de los tiempos modernos.
28. Paterson, G. (1996) El amor en los tiempos de SIDA, la mujer, la salud y el desafío del VIH. Burgos: Terrae Santander.
29. Prohaska, T., Albrecht, G., Levi, J., Sugrue, N y Kim, J. (1990) "Determinants of Self-perceived risk of AIDS". *Journal of Health on Social Behavior*, 384-394.
30. Richardson, D (1990) "¿Qué es el SIDA?" La mujer y el SIDA. México. El Manual Moderno
31. Romano, J. (1997) "Aspectos de la labor del psicólogo a la problemática del VIH/SIDA". Tesis de licenciatura en Psicología, Iztacala, UNAM, México.
32. Sande, M. y Volberding, L. (1992) "Adquisición y Transmisión de HIV" Manejo Médico del SIDA, México. Mc Graw Hill.
33. Sander, O. (1987) SIDA y Panacea. Venezuela. Monte Ávila
34. Sepúlveda, J. (1990) SIDA: Información básica para personal de Salud. México. SSA. Pp. 20
35. Torales, G. (1997) "El condón: esperanza de vida contra el SIDA". *Revista del Consumidor*. No. 249. México.
36. Torres, M. K. (1996) "La personalidad y su relación con el miedo al SIDA y a la infección por VIH, a través de factores cognoscitivos en estudiantes universitarios" Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología, UNAM. México.
37. Valdespino, G., García, G., Del Río, Z., Méndez, L., Magis, R. y Salcedo, A. (1995) "Epidemiología del SIDA/ VIH en México" Salud Pública de México. Vol. 37. No. 6 Pp. 520-524
38. Valdespino, G., García, G y Cruz, P. (1993) "Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA". Clinica Laboratorio Psicología y Sociología. México. INDRE. Secretaria de Salud Pública.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

39. Villagrán, V. G. y Díaz Living, R. (1992). Conocimientos sobre SIDA, prácticas sexuales, actitudes y creencias hacia el uso del condón, en estudiantes universitarios. *Revista Mexicana de Psicología*. 9, (1), 35-40.
40. Villagrán, V. G. (1993). "Hacia un modelo predictivo de la percepción de riesgo y uso del condón". *Tesis de Maestría*. Facultad de Psicología, UNAM, México.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A
N
E
X
O
1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

García Mourry Iracema

El propósito del presente cuestionario es conocer algunos aspectos importantes de la sexualidad y del virus del SIDA. La información que nos proporciones será absolutamente confidencial, por lo que te pedimos que contestes lo más sincero posible

¿Cuál es tu principal fuente de información acerca del VIH/SIDA?

Medios masivos _____ Amigos _____ Educación escolar _____
 Conferencias _____ Padres _____

¿Cómo te consideras en relación a la información que tienes de VIH/SIDA?

Muy informado _____ Medianamente informado _____
 Poco informado _____ Nada informado _____

¿Qué tan frecuente tienes relaciones sexuales?

Muy frecuentemente _____ Poco frecuente _____
 Frecuentemente _____ Nunca _____

INSTRUCCIONES En la línea que se encuentra en la parte izquierda de las afirmaciones escribe el número que creas conveniente de acuerdo al código de respuestas.

A. Totalmente de acuerdo	C. Poca	E. Totalmente en desacuerdo
B. De acuerdo	D. En desacuerdo	

- El SIDA es una enfermedad que puede afectar a los individuos sin considerar sexo o edad
- El SIDA es una enfermedad propiamente de prostitutas y homosexuales
- Los grupos de mayor riesgo para contraer la infección por el VIH son los drogadictos
- Ante un piquete de insecto se transmite el VIH
- En las albercas existe mayor riesgo de contraer el virus del VIH
- Al hacer uso de los baños públicos se contrae el virus del VIH
- Al introducir el pene en la vagina se contrae el VIH
- Deben reciclar las agujas y jeringas para nuestra economía.
- Cuando se realiza el sexo oral se transmite el virus del VIH.
- El SIDA puede ser curable si se detecta a tiempo
- Se debe realizar una prueba de sangre antes de tener relaciones sexuales.
- Bajo ninguna circunstancia se debe saludar, acaniciar o besar a una persona con SIDA.
- Los condones no son efectivos para prevenir el SIDA
- Tener relaciones con una sola pareja disminuye el riesgo de infectarse
- Tener relaciones con una persona que lleva una vida sexual promiscua, aumenta la probabilidad de contagio del VIH
- Se debe utilizar el condón cuando se tiene relaciones sexuales con parejas ocasionales
- El uso de preservativos y espermaticidas garantizan que no ocurra la infección por VIH durante las relaciones sexuales

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

- Cuando se tiene relaciones sexuales con una pareja estable no se debe utilizar condón
- Al tener relaciones sexuales sin condón se debe realizar un examen del VIH
- Limitar el número de compañeros sexuales es una forma de prevenir el contagio del VIH
- Solo el hombre debe tomar la iniciativa para utilizar condón
- El contagio casual con lágrimas y/o saliva transmite el virus VIH
- Al comenzar una vida sexual activa se debe tener información sobre el virus del SIDA
- Si no ocurre penetración no se debe utilizar condón
- Al realizar la masturbación mutua se debe utilizar condón
- Una mujer con VIH debe embarazarse lo antes posible para no infectar al feto.

Marca con una cruz la principal medida preventiva que realizas para no contraer el VIH/SIDA

- () Abstinencia
- () Uso del condón
- () Retirarse inmediatamente antes de la eyaculación
- () Realizar solo sexo oral
- () Practicar únicamente masturbación mutua, besos y caricias
- () Alejarme de las personas que son seropositivos

EDAD:

ESCOLARIDAD:

SEXO:

CARRERA:



GRACIAS POR TU COLABORACIÓN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN