

Año 2004

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA
SALUD

MAESTRÍA EN MEDICINA SOCIAL

**EL RECHAZO HACIA EL PACIENTE VIH/SIDA: el
caso del HGZMF/4, IGUALA, GRO.**

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRÍA
EN MEDICINA SOCIAL QUE PRESENTA:

MARISELA VEGA OROZCO

Director de tesis: Dr. Edgar C. Jarillo Soto

Asesores: Lic. Luz Arce S. e Ing. Juan Manuel Espiñeira Luksic

1

PARA LUIS HÉCTOR:

QUIEN TENÍA UN CONEJITO AZUL Y SE HA
TRANSFORMADO EN UN CANGURO GIGANTE
AUSTRALIANO

AGRADECIMIENTOS:

Quiero agradecer en primer término a las personas más importantes en mi vida a mi madre + por su bondad, a mi padre + por su integridad, a mi hermano por su solidaridad + y a mi tío Luis+ por su cultura.

Mi hijo por permitir a su llegada mi expansión a la vida y al universo.

Mis hermanas Haydeé y Rosalba su apoyo y generosidad

Lemuel su gran sabiduría e inteligencia médica

Irma Fernández quién aceptó mi ingreso al Diplomado de Epidemiología con el que recupere la curiosidad e inquietud hacia la investigación socio médica.

Juan Zúñiga, Ismael Lezama, Lucía González y Orlando Herrera + quienes siendo pilares de la planeación institucional de Salud Pública en el IMSS brindaron el tiempo necesario para la reflexión y abordaje metodológico inicial institucional de este padecimiento.

Gregorié mi fiel compañero en el inicio de recolección y hechura del trabajo.

Al IMSS de Iguala y su población derechohabiente que tan gentilmente colaboraron con sus respuestas.

A los pacientes muchos de los cuales ya no están presentes para conocerlo.

Cristina Laurell como siempre fuerza motriz del pensamiento de los médicos sociales.

A mis queridos amigos chilenos Luz Arce y Juan Manuel Espiñeira con su sapiencia y paciencia en el desarrollo metodológico y estadístico del Excel.

A Nicaragua por darme el aplomo y la decisión para enfrentar los retos que frenan el desarrollo y la conclusión del hombre nuevo.

A Edgar Jarillo mi apreciable director de tesis que no escatimo horas de tiempo extra para dar un sentido de coherencia a un trabajo extemporáneo de acuerdo a los cánones señalados por la investigación, y por su confianza y consideración de que este trabajo... "tiene algo que mostrarnos."-...

INDICE

INTRODUCCIÓN

1. ANTECEDENTES

1.1. Reseña Histórica: Visibilidad y respuestas.

1.2. SIDA: una epidemia en busca de solución.

1.3. Diagnóstico

1.3.1 Complicaciones.

1.4. Transmisión del SIDA.

1.5. Prevención del SIDA

1.6. Atención de enfermos.

1.7. Discriminación

1.8. Ética y SIDA

2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

2.1. Objetivos

2.2. Eje de análisis general

2.3. Procedimiento

2.3.1. Tabla de Características, Variables e Indicadores

2.3.2. Características socioeconómicas de los encuestados

2.3.3. Conocimientos

2.3.4. Temor

2.3.5. Prejuicios

2.3.6. Rechazo

2.3.7. Sexualidad

3. RESULTADOS

3.1 Características

3.1.1. Características de la población encuestada

3.1.2. Características de la población derechohabiente

3.2. Asociaciones

3.2.1. Conocimientos

3.2.2. Temor

3.2.3. Prejuicios

3.2.4. Rechazo

3.2.5. Sexualidad

4. ANÁLISIS

5. CONCLUSIONES

ANEXOS

1. Atención médica para el paciente de VIH/SIDA
2. Uso del condón
3. Categorías, variables e indicadores – Codificación de respuestas
4. Encuesta sobre conocimientos y actitudes VIH/SIDA, IMSS iguala, 1993.

BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

Estoy de acuerdo en que cualquier persona podría opinar que este trabajo debió de haberse elaborado antes, no pretendo justificar el retraso de su presentación, por un lado diré que se presentaron un sinnúmero de obstáculos que impidieron la elaboración de éste pero por otra puedo decir que el rechazo permanente a los pacientes de VIH/SIDA en el Hospital del IMSS de Iguala, Guerrero es una la situación que me obliga a retomar este trabajo, aún en forma extemporánea, para analizar aquellos aspectos que contribuyen en este proceso que afecta a los enfermos.

Es una necesidad de primer orden demostrar que las Instituciones de Salud no designan recursos económicos para fines de investigación pero esto es todavía más claro respecto a lo relacionado con lo social, psicológico, cultural, político y económico y su repercusión en los problemas de salud. Esto se puede ejemplificar con el tema de la atención a los pacientes con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

El eje explícito de las políticas institucionales sobre el VIH/SIDA es la prevención, ésta se ha planteado como prioridad el comportamiento, con el término estilos de vida. Por eso es indispensable mejorar los conocimientos refiere CARBALLO (1990) sobre esos factores, con el fin de "evaluarlos y disponerlos de tal forma que puedan incorporarse a las estrategias de prevención".

Pero los comportamientos responden a aspectos más generales como dice Baudrillard (1994), la sociedad contemporánea está enmarcada en tres aspectos fundamentales: el sexo, dinero y poder; de tal suerte que dentro del marco del capitalismo se dejó atrás al "homo- político" y éste se ha transformado en un "homo- sexual".

En la sociedad contemporánea de consumo, la sexualidad corresponde a ese patrón y en ésta se enmarcan fenómenos como la prostitución, la drogadicción, y la promiscuidad. Los aparentes avances consecuencia del progreso en la producción son en realidad las necesidades del mercado.

El resultado en ésta lógica es que el hombre va perdiendo su individualidad pues sólo se define por la producción y esto significa que apenas la recupera en sus pocos tiempos libres. Cada individuo cuenta con cierto tiempo libre, pero también éste es, cada vez más, planificado por el consumo. Así entonces la sexualidad forma parte de éste esquema y al expresarse es cada vez más dependiente de los patrones de mercado.

Cada vez son menos importantes los actos sociales o interpersonales y actos privados individuales, que van restringiéndose a la búsqueda desesperada del placer. El significado de la sexualidad para la humanidad se acerca más a la aventura sexual donde el ser exaltado se pone en riesgo a quien lo ejerce tratando de lograr un placer sin arrepentimiento, un placer aparentemente inofensivo.

Al respecto se deben mencionar los aportes expresados en la Segunda Declaración de Beijing sobre los Derechos Sexuales, estos son retomados en el trabajo, se señalan el origen y las diversas razones que han favorecido la presencia y propagación del VIH/SIDA. También se desarrollan los aspectos biológicos, pues ésta enfermedad afecta en primer término y en forma directa, las

defensas del organismo humano, transformándolo en un organismo inmunodeficiente donde intervienen un sin número de procesos biológicos que se describen detalladamente.

Se realizó una breve reseña histórica con el fin de conocer aspectos sobre la aparición de los primeros casos y los hallazgos científicos que contribuyen al conocimiento de la enfermedad mostrando la necesidad de generar un enfoque multidisciplinario y multisectorial, que tenga como base fundamental el beneficio de los enfermos. Se reseñan los daños causados a nivel de cerebro, corazón y las neoplasias más frecuentes que tienen una elevada incidencia en el desarrollo del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida.

Otro aspecto de interés fue lo relacionado con la etapa de portador asintomático que puede prolongarse hasta diez años, y lo que significa un riesgo de propagación imperceptible porque los contactos sexuales de los portadores no se protegen.

También se desarrolló el tema del SIDA como problema mundial; para ello fue necesario analizar algunas de las estrategias de prevención que se han tomado para evitar la propagación del virus y se centró el tema en la situación nacional de la enfermedad a partir de la información de organismos como el Consejo Nacional contra el SIDA (CONASIDA), en cuanto a sus modelos de manejo, diagnóstico, tratamiento, prevención y control, y se hace alusión a las legislaciones correspondientes.

Fue importante incursionar en los aspectos sociales que se imponen a los biológicos y en los individuales en su expresión más íntima: la sexual. Respecto a las sociales se describen aspectos sobre los mensajes de SIDA, comportamientos, formas de rechazo y discriminación social.

En el proceso de investigación se valoró el conocimiento sobre VIH/SIDA entre los pacientes los familiares y el personal de salud. Fue importante tomar en consideración los conocimientos biológicos sobre el virus, sus variaciones y los aspectos relacionados con la sobrevivencia de los enfermos. Organizando la información por grupos de edad y sexo.

Un tema importante fue el de las creencias arraigadas basadas en prejuicios, como es considerar al SIDA un castigo divino o la de suponer que se adquiere mediante prácticas de hechicería, para escudriñar en éstas ideas se pregunto acerca de éstas concepciones del pensamiento mágico que envuelve la enfermedad.

Éstos temas están relacionados con lo referente al diagnóstico, el tratamiento, y principalmente con el apego al mismo, también con la atención médica más allá de su finalidad de prolongar y mejorar la calidad de vida del enfermo.

En el aspecto de prevención del-VIH/SIDA se describen las conductas de riesgo, los mensajes en relación a las consecuencias del SIDA, la prevención durante las prácticas sexuales, el conocimiento sobre mecanismos de transmisión y el uso adecuado del condón tanto masculino como femenino, pues es significativo identificar los aspectos que intervienen en la posibilidad de infectarse, remarcando que no es sólo una enfermedad propia de determinados grupos.

Se tomaron en consideración aspectos éticos y morales que envuelven a la enfermedad, valorando las contradicciones existentes con respecto a las formas de discriminación de los enfermos. En cuanto a la individual se tomó en cuenta a nivel general, la conducta personal, la vulnerabilidad, el miedo, la solidaridad y los grados de rechazo percibidos. Se hace referencia a los derechos humanos en relación a los pacientes; los trabajadores de la salud para ello se realizó la descripción de los principios de la atención de la Salud de cualquier sistema de Salud y en particular de los médicos del IMSS.

Otro factor investigado fue el relativo al temor al contagio que padecen las personas que tienen una relación directa con los enfermos y lo relacionado a la atención física y psicológica de los pacientes por parte de los trabajadores de la salud y los familiares de los enfermos. Esto relacionado con su apreciación sobre la sexualidad en lo referente al mecanismo de atracción sexual, la sociedad de consumo, del matrimonio, la fidelidad, la promiscuidad, prostitución, homosexualidad, bisexualidad, heterosexualidad, prácticas como el sexo oral, el sexo grupal con el fin de definir las categorías más relevantes y las variables del fenómeno del rechazo y discriminación de éste tipo de enfermos.

También se tomó en cuenta el problema de las adicciones pero no se abordó directamente algún indicador que nos permitiera valorar ésta situación quedando algunos elementos para la reflexión futura.

Con todos éstos elementos incorporados se procedió a plantear el problema de investigación, estableciendo las decisiones teóricas preliminares que permitieran el abordaje metodológico del problema sobre el rechazo al paciente VIH/SIDA.

Este es un trabajo preliminar que permitirá ampliar el universo en futuros estudios. Se logra mostrar como hay posibilidades de mejorar la atención a los enfermos, cuando se ven no sólo desde la biología sino también sus implicaciones psicológicas y sociales, también se requiere de un esfuerzo adicional para identificar la naturaleza de la enfermedad y las contradicciones en las que se enmarca para que en un futuro se elabore una interpretación del rechazo y la discriminación del enfermo con SIDA.

Para el estudio del VIH /SIDA, es imprescindible contar con un enfoque multidisciplinario que considere como meta la construcción de un ambiente con tolerancia, sin discriminación, ni rechazo, respeto a los derechos humanos solo así se podrá realizar acciones eficaces para la prevención y atención de los enfermos. Este trabajo pretende aportar en ese sentido.

Por último sólo resta agradecer a los compañeros que se comprometieron conmigo en el viaje sobre éste fenómeno médico social, y espero que esto contribuya a mejorar el mundo de los enfermos del VIH/SIDA y sus esperanzas en la humanidad, por lo menos de aquellos que reciben aún la Seguridad Social y después... ya se verá.

"Hay algo que cultivar en todas las dimensiones de la libertad, esas flores tan difíciles en éstos tiempos de tan escasos jardines."

1. ANTECEDENTES:

1.1 Reseña Histórica: Visibilidad y Respuestas.

El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida es un problema de reciente aparición los primeros casos se detectaron en el año de 1981 o sea que, han pasado 23 años desde el inicio de esta epidemia, pero su propagación ya es mundial.

Es contagiosa, y hasta el momento incurable y mortal es uno de los padecimientos más importantes para la salud pública por su tendencia a la cronicidad, por lo costoso del tratamiento, y por la estigmatización de que son objeto los enfermos. Ha sido considerada como una epidemia grave, que se extiende a todo el planeta, catalogándose como una pandemia. En México para el año 1988 ya sumaban 1,302 los casos reportados (ALANIS: 1988) y en el año 2001 eran ya 46,495 casos reportados.

En los primeros años de su aparición este síndrome se relacionó con otros diagnósticos; en el año de 1981 en la ciudad de los Ángeles California aparecieron algunos casos de neumonía extraña provocada por el pneumocystis carinii; unidos a un tipo de cáncer conocido como Sarcoma de Kaposi, en un grupo de hombres adultos jóvenes que nunca habían padecido estas enfermedades. Fue el Centro de Control de Enfermedades de los Estados Unidos en Atlanta (CDC) en donde se consideró que el sarcoma de Kaposi y la pneumocystis carinii eran infecciones graves asociadas a otra enfermedad que afectaba el sistema de defensa del organismo. Observando la presencia de infecciones intercurrentes así como cánceres donde fallaba el sistema de defensa, se le denominó como SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida). Luc Montagner del Instituto Pasteur en Francia en el año de 1983 al igual que el Dr. Gallo del Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos en el año de 1984 encontraron que la enfermedad de la inmunodeficiencia era causada por un virus hasta entonces desconocido, que a partir del año 1986 se conoció como el VIH o Virus de la Inmuno Deficiencia Humana.

Esta enfermedad inicialmente fue diagnosticada en grupos de homosexuales por lo que se relacionó con sus prácticas sexuales, así se inició su definición como propia de éste grupo, no pasó mucho tiempo en que se diagnosticara también entre heterosexuales. Hoy día se sabe que este síndrome afecta principalmente a personas jóvenes en plena edad productiva y reproductiva. El grupo más afectado es el de 15 a 45 años de edad. (ALANIS: 1988).

El VIH/SIDA es de trascendencia mundial considerada como la gran pandemia del siglo XX; hasta el momento se ha propagado en todos los continentes. En el año de 1991 por la Organización Mundial de la Salud (ATTWELL: 1991), reportó que 38 millones de hombres, mujeres y niños en todo el mundo habían sido infectados por el virus de la Inmunodeficiencia Adquirida y que más de 16 000 eran infectados a diario por ésta enfermedad. El SIDA tiene una tasa a nivel mundial de 177 casos por cada millón de individuos, esto quiere decir que existe un caso por cada 5 300 habitantes (MADRAZO: 1993). Lo anterior es preocupante pues en pocos años el número de pacientes ya es tan elevado que representa un alto costo social y económico para la humanidad (ANDERSON: 1992)

En Estados Unidos de América la tasa de mortalidad por SIDA en el año de 1995 fue de 33.4% y para 1998 descendió a 5.2%, las infecciones por pneumocystis carinni y mycobacterium avium eran en 1994 de 20.8% y para 1998 descendió al 2.1% lo que indica la implementación de estrategias acertadas hacia el control de la enfermedad. La situación en Latinoamérica es también elevada, en el caso de Brasil la incidencia de casos corresponde al segundo lugar en el continente americano, siendo importante señalar que con la administración del tratamiento se disminuyó la mortalidad en 44%.

En México hasta junio del año 2000 se había detectando la infección en 45 134 personas de lo cuales 18 002 aún permanecían con vida, se contaba con una cobertura de tratamiento del 52% de los casos. En el Hospital de la Raza del IMSS, hospital de concentración, en el año de 1996 se registró una mortalidad de 23.2% y en el año 1998 esta descendió a 6.4%, disminuyendo los costos de hospitalización en un 35%. El costo de tratamiento promedio por paciente adulto es muy alto \$68,000,00 MN al año 2000. Este problema sigue siendo grave para el Instituto Mexicano del Seguro Social pues existían 26 752 casos hasta el año 2000. (ZÚÑIGA: 2000). O sea la presencia de enfermos de VIH/SIDA en el IMSS sigue siendo relevante, especialmente en el grupo de edad entre 15 a 49 años, el 85% de los casos corresponde a éste grupo, existe una relación de ocho a diez casos respecto al resto de la población.

En cuanto a los grupos de edad afectados en nuestro país la mayor incidencia es en el grupo de edad más productivo, aunque el SIDA se presenta también en menores de un año y en el grupo de ancianos, cualquier grupo de edad se encuentra expuesto al contagio a través de los diferentes tipos de transmisión. Un feto puede llegar a infectarse dentro del útero de la madre si ella se encuentra infectada por el VIH, pues recibe su sangre a través de la placenta.

A nivel Nacional la enfermedad se presenta más importantemente en el grupo de 15 a 19 años de edad con 45 %, un 14 % de 45 a 64 años de edad, el 13% para el grupo de 15 a 24 años, 2% a menores de 15 años y el 1% para mayores de 65 años de edad. De acuerdo al sexo la población masculina de los 20 años en adelante presenta el mayor número de casos, 85% de éstos en el grupo de 20 a 49 años. Respecto a escolaridad, 21% de los casos son profesionistas, 47% solteros, 39 % manifestó ser heterosexual, 26% tenía pareja de riesgo (sexo servidora). Hasta el año de 1998 habían muerto el 40.2% de los enfermos (ZÚÑIGA: 2000)

El número, la composición, el sexo, o cualquier característica no protege a los enfermos de la discriminación por eso se puede decir que los pacientes de VIH/SIDA han enfrentado la discriminación en alguna medida y solo a partir de un amplio marco de humanismo, se puede promover su integridad, y resaltar sus formas de vida, su cultura, sus valores y también estableciere una mejor relación médico-paciente.

Entre los principios éticos y jurídicos, destaca la confidencialidad de la información, el principio de protección-beneficio, la no discriminación y el respeto de la autonomía de los enfermos con respecto a la toma de decisiones.

Los beneficiados con este cambio de actitud finalmente somos todos, el personal de salud, los derechohabientes y la población en general, "cualquier esfuerzo por establecer recomendaciones y lineamientos, homogeneizar criterios, sumar esfuerzos, o ampliar la respuesta con el fin de detener la diseminación de ésta infección o mejorar la calidad de vida de las personas que viven con el VIH/SIDA requieren ser apoyadas" (MADRAGO: 2000).

Especialistas de la Organización Mundial de la Salud en el área de salud pública, epidemiología, enfermedades transmisibles, educación en salud y prevención de enfermedades, así como en materias legales, psicología y sociología han estudiado las políticas de prevención y control del SIDA llegando a la conclusión de que "...El respeto a los derechos humanos es más que un criterio humano, es el único criterio capaz de combatir con eficacia el VIH/SIDA" (SCHOLLE: 1988:587-603). Lo principal a tomarse en cuenta en el caso del VIH/SIDA es que la discriminación de los enfermos constituye una mala estrategia "...lo que posiblemente hará esta actitud es fomentar la propagación del SIDA". (SEPULVEDA: 1992:2202-2204).

Por otra parte la OMS considerará que la epidemia ha tenido repercusiones trascendentales en la sociedad con efectos económicos sociales, políticos y culturales; ya que plantea cuestiones sociales, humanitarias y jurídicas y que amenaza con socavar la estructura de tolerancia y entendimiento que deberían prevalecer en la vida de las sociedades (HAMISA: 1988). Por eso se ha concluido en diversas Asambleas Mundiales de la Salud que el respeto a los derechos humanos y la dignidad de las personas infectadas por el VIH, es fundamental para la prevención y lucha contra el SIDA e insta a los Estados miembros a que en los

programas nacionales de prevención contra el SIDA se tomen en consideración diversos aspectos:

1. Fomenten un espíritu de comprensión hacia las personas afectadas con el VIH/ SIDA mediante programas de información, educación y apoyo social.
2. Protejan los derechos humanos y la dignidad de las personas infectadas con el VIH/SIDA, y los grupos de población, evitando toda discriminación y estigmatización en relación a proporcionarles servicios, empleos, vivienda, viajes, etc.
3. Garanticen la confidencialidad de las pruebas del VIH y proporcionar asesoría y servicios de apoyo (HAMISA:1988)

En relación a la detección existen problemas éticos como son la protección de la confidencialidad, la fiabilidad de las pruebas, que se proporcione adecuada información de contenido humanitario a la persona afectada, orientación y educación, búsqueda de beneficios a la persona examinada, resultados negativos falsos y positivos falsos, actividades de atención a la salud y sociales útiles. Por eso es indispensable que la aplicación de las pruebas del VIH sean de carácter voluntario y sólo obligatorio para: poblaciones seleccionadas, como donadores de sangre, productos sanguíneos, tejidos y órganos. (HAMISA: 1988).

A las personas afectadas deben mantenerse integradas a la sociedad, y procurar que asuman la responsabilidad de impedir la transmisión del VIH con la conciencia de que si no lo hacen, ponen en peligro los esfuerzos para impedir su propagación. Es fundamental que comprendan que al ser seropositivos y a pesar de no tener la enfermedad, no deben confiarse pues el periodo de incubación del VIH puede ser prolongado, de dos meses a 10 años (SCHOLLE: 1988).

La epidemia del VIH/SIDA ha tenido graves repercusiones, porque estamos enfrentando a un virus biológico, pero también un "virus" ideológico que además de la enfermedad, crea diversas reacciones sociales de pánico, ignorancia, prejuicios, violencia y discriminación, cuyas repercusiones pueden tener efectos desastrosos. "(HERBERT: 1992). Así sucede cuando se considera al **SIDA como Castigo de Dios**. Una explicación así considera las epidemias por su aparición brusca y la fuerza con la cual se propagan como un castigo divino resultado de la ruptura de una moralidad específica. También se puede explicar desde otros prejuicios, respecto al contagio y la solución así que todavía se recurre a talismanes, aguas curativas y otras protecciones mágicas para evitar los daños. Estos esquemas no científicos impiden ver que el agente causal en el SIDA es un virus el de la Inmunodeficiencia Humana y que la transmisión depende de las prácticas de riesgo que ejercen los individuos en relación a los mecanismos de transmisión. (BELLINGHAUSEN: 1988) Estas ideas equivocadas proceden de explicaciones tradicionales respecto a las enfermedades que no ayudan a evitar su propagación.

Las explicaciones basadas en tradiciones son muy fuertes porque están arraigadas en la historia por ejemplo en el México prehispánico las epidemias

fueron consideradas castigo de los dioses, junto con cambios cósmicos y climatológicos... "Xipe castigaba con males cutáneos u oculares; Tezcatlipoca reprimía a los viciosos; Quetzalcoatl era invocado para el alivio de reumatismo y la cura de la esterilidad". (LEON: 1974) En esa época eran importantes los ruegos y las ofrendas ya sea como tratamiento o con el fin de calmar la ira divina.

Durante la colonia esas explicaciones fueron en el sentido de los "malos aires", para eliminarlos se prendían fogatas y braseros en las plazoletas y se disparaban cañones, de manera que el olor de la pólvora se llevara la infección; también se ahuyentaban a éstos malos espíritus con la música, un ejemplo de explicación frente a la presencia de una epidemia llamada " fiebres pestilentes", se ilustra en el simposio de medicina, uno de los doctores que participó lo calificó como el "flagelo divino" criterio que se tomó de su lectura de la Biblia.

Otro ejemplo de esta visión que la sociedad colonial tenía sobre las epidemias es la sífilis, la explicación oscilaba entre considerar un flagelo divino y una enfermedad galante y secreta. El protestante Ulrich Von Hutten (ARIDJIS: 1987). Publicó un libro donde afirmaba que esta enfermedad era un castigo de dios que merecían todos los pecadores, pero resultó que él también murió de sífilis. Otro juzgador que resultó afectado fue el cardenal Gonzaga que tuvo que usar una nariz de plata porque la suya se cayó por una infección sífilítica (COOPER: 1970). Estas afirmaciones son los antecedentes de la doble moral que califica los padecimientos relacionados con la sexualidad como un estigma y son los fundamentos de las campañas moralistas.

Pero estos prejuicios son enfrentados actualmente, por una visión diferente de las relaciones sexuales, que se van haciendo más abiertas y aunque persisten prejuicios sobre las prácticas diferentes, existe mayor apertura respecto a los diversos aspectos de la sexualidad, por ejemplo aunque la homosexualidad desde viejos prejuicios es calificada como peligrosa y fuente de contagio del SIDA, ya se ha logrado comprender como una opción dentro de las orientaciones sexuales al ver que también los heterosexuales adquieren este padecimiento.

Sin embargo todavía hoy, encontramos opiniones que consideran el SIDA como una enfermedad denigrante, producto de un comportamiento inmoral y en consecuencia los afectados "merecen su suerte". Esta situación es una violación a los derechos humanos y es terrible que incluso los familiares de los enfermos, expresen temores de contagio a pesar de que no existe riesgo de transmisión mediante la convivencia. (SEPÚLVEDA: 1992).

“EL SIDA es una enfermedad, ni castigo divino, ni Crimen.”

1.2 SIDA: Una Epidemia en Busca de Solución

El SIDA es una epidemia mundial ya conocida como la epidemia del Siglo XX, la frecuencia de casos y su gravedad han excedido lo esperado cuando se inició su diagnóstico. Actualmente se considera que está llegando a un período de meseta (LORE: 2001), pero esto no será realidad sin el fortalecimiento de estrategias de prevención, para frenar su propagación.

Este problema aparece como un cierre de fracaso, en un siglo que se consideraba exitoso para la salud pública. En las últimas décadas del siglo XX, se anunciaban proyectos a futuro sobre el control de esta enfermedad, pero en el siglo XXI el SIDA reúne todos los ingredientes para seguir siendo una epidemia grave, hasta el momento incurable, no prevenible por mecanismos biológicos como las vacunas, y con una vía de transmisión que se da en el contexto de las actividades más íntimas y privadas del ser humano, en el terreno de la vida sexual. (HAMISA: 1988). Es por eso que la explicación de su origen y su desarrollo tiene que surgir de un punto de vista en el que converjan explicaciones de lo biológico, lo social y lo psicológico.

Los resultados de los estudios sobre la difusión y propagación del VIH/SIDA, hacen énfasis en sus causas inmediatas: comportamientos íntimos en relaciones sexuales, consumo de drogas, sexoservicio y promiscuidad. Sometidas todas estas a diferentes grados de tolerancia y aprobación en un país u otro, en función de tradiciones que poco se relacionan con derechos humanos (PÉREZ: 1990). En éste contexto se desarrolla nuestro estudio, centrado en mostrar como el temor al contagio y la falta de información sobre el tema VIH/SIDA, son factores de rechazo por parte del personal que labora en los servicios de salud.

En todo el mundo la evolución y la condena a muerte que significa este padecimiento se fomentan conductas de rechazo y discriminación hacia los pacientes por ello han sido necesarias reuniones a escala mundial para insistir en la necesidad de tomar en consideración programas de prevención, que protejan los derechos humanos y la dignidad de las personas infectadas, pues la discriminación y estigmatización de estos sujetos, socava los principios de la salud pública. (HAMISA: 1988). Se han propuesto como las formas más adecuadas para la protección de las personas que se encuentran afectadas por la enfermedad, el desarrollo de sus vidas en condiciones normales, en la medida que su salud lo permita; la eliminación de cualquier discriminación o estigma. El combate a los abusos que se ejercen contra estos enfermos por ejemplo impidiendo que se les negue vivienda, enseñanza, empleo, asistencia médica. (SCHOLLE: 1988).

No ha sido fácil vivir con SIDA en el tercer mundo. Es más, no ha sido fácil vivir en el tercer mundo”

1.3 Diagnóstico

A partir del año 1983, en que se identifica el VIH como agente causal del SIDA se ha desarrollado un gran número de pruebas diagnósticas de laboratorio. Dada la historia natural de la enfermedad, la detección de anticuerpos es posible de 6 a 12 semanas después de la exposición, aunque la aparición de las manifestaciones del SIDA pueda ocurrir meses e inclusive años después.

Las primeras pruebas, llamadas de ELISA, se realizan desde marzo de 1985 y se ha establecido su uso rutinario en las muestras de sangre. Esto disminuyó la transmisión del virus por transfusiones (CASTILLO: 2000). Se puede detectar anticuerpos en diferentes muestras biológicas como el suero, el plasma, sangre total, fluidos de sangre en papel filtro, líquido cefalorraquídeo, orina, saliva. Esta última procesada adecuadamente puede proporcionar resultados similares a los obtenidos en sangre, teniendo una sensibilidad y especificidad de 99.8% a 100%, presentándose en ocasiones solo falsas positivas (VALLADARES: 1991). Para confirmar el diagnóstico, es importante realizar estudios complementarios más específicos como es el Western Blot que utiliza un conjugado enzimático antiglobulina humana y proteínas del VIH separadas por electroforesis e inmovilizadas. Es un prueba más compleja y costosa, pero secuenciadas mantienen un poder predictivo positivo.(CASTILLO,2000).

Además de estas pruebas, la clínica proporciona información fundamental para el diagnóstico, pues los enfermos de SIDA presentan síntomas gastrointestinales, tienen pérdida de peso, y factores de malnutrición, también otros como fiebre prolongada, infecciones, anorexia y otras lesiones digestivas. También se diagnostica a partir de la aparición del Sarcoma de Kaposi (descrito por Moritz Kaposi en 1872). Quienes lo padecen tienen una sobrevivida de 8 a 13 años. Este problema es frecuente entre los homosexuales, otro signo que se presenta en el 50% de los pacientes son lesiones cutáneas. (VALLADARES: 1991).

El VIH/SIDA se ha entendido como un síndrome por presentar un conjunto de signos y síntomas que caracterizan a la enfermedad y cuyas alteraciones principales se aprecian en la deficiencia del sistema inmune, presentando síntomas como fatiga, náuseas, diarrea, dolor en diferentes partes del cuerpo, sobre todo estomacal y de cabeza, falta de aire, (PÉREZ, 1990). Se caracteriza por la deficiencia en el sistema inmunológico; el sistema de defensas del

organismo queda a expensas de los diferentes tipos de infecciones y neoplasias (ALANIS: 1988).

El Sistema de defensas del organismo que se desarrolla por la presencia de células denominadas glóbulos blancos o leucocitos y formas jóvenes de estas mismas células conocidas como linfocitos, es parasitado por los virus de la inmunodeficiencia humana introduciéndose a través de las barreras naturales como piel y mucosas o sustancias como las enzimas, entrando en acción las defensas del organismo en su variante linfocitos, lo que evita que el agente agresor dañe el sistema inmunológico y así poder destruirlo.

El Sistema Inmune está estructurado por células especializadas que se distribuyen a lo largo y ancho del organismo en los ganglios linfáticos, en el bazo, el timo y la médula ósea. Los linfocitos pertenecen a los glóbulos blancos quienes a su vez forman parte del Sistema Inmunológico, se clasifican en linfocitos T y linfocitos B, los cuales se encargan de la preparación de las células para la respuesta inmunológica en relación a la presencia del agente agresor, destruyen células envejecidas, cancerosas o infectadas por algún agente infeccioso, lo que garantiza la formación de anticuerpos. A través de los mecanismos de memoria realizan la digestión o atrapan a los agentes en caso de tener un nuevo encuentro con ellos.

Cuando ingresa el virus de inmunodeficiencia, es reconocido por los linfocitos como un agente extraño, apareciendo de inmediato los macrófagos quienes tratan de fagocitarlo, realizando el procesamiento y la presentación a los linfocitos T quienes reconocen a los antígenos extraños y proporcionan los informes a los linfocitos B llamados exterminadores, éstos elaboran los anticuerpos necesarios para su destrucción. La formación de proteínas que son producidas por los linfocitos B, quienes reconocen al agente extraño y tienen la propiedad de combinarse con el antígeno que favoreció la producción para bloquearlo y destruirlo (ALANIS, 1988)

- Los tres mecanismos de transmisión de la enfermedad del VIH/SIDA son:
- Relaciones sexuales sin protección
 - Mediante sangre o productos sanguíneos contaminados
 - De una madre infectada a su bebé, antes, durante o inmediatamente después de nacer (transmisión perinatal) (URIBE: 1988).

El virus del SIDA es un ser vivo pequeño e imperceptible aún por el microscopio de luz, en esto se diferencia de las bacterias. Es una de las entidades más pequeñas conocidas, incluso menor que los virus de la influenza, del sarampión y de la rabia.

Los virus para sobrevivir requieren alojarse en un organismo vivo que sirve de huésped. Para poder realizar su replicación, es necesario que se encuentren dentro de las células vivas, lo que les brinda una gran posibilidad de

sobrevivencia. Son muy vulnerables fuera del organismo de los individuos, y a cualquier tipo de estímulos físicos como el calor, frío, sequedad, humedad, y a los agentes químicos como desinfectantes, cloro, yodo. Para que el virus pueda introducirse en una célula necesita de receptores específicos con los cuales realiza una unión y éstos a su vez pueden penetrar a la célula (ALANIS: 1988). En el caso del virus del SIDA, su atributo principal es que se hospeda en los seres humanos y para sobrevivir se introduce dentro de las células conocidas como linfocitos, neuronas, macrófagos y células epiteliales.

Es importante mencionar que los linfocitos se encuentran en grandes cantidades en la sangre, el semen, secreciones vaginales. En otros líquidos corporales como las lágrimas, el sudor, saliva y orina, su concentración es escasa. De estos últimos, se necesitaría varios litros de líquidos para infectar. Por otra parte, hay que señalar que estos virus tienen poca sobrevivencia dentro de estas secreciones, porque carecen de linfocitos para poder alimentarse y replicarse. Este tipo de secreciones forma parte de los mecanismos de defensa del organismo caracterizándose por poseer sustancias bactericidas que exterminan no solamente a los virus, sino a una parte importante de microorganismos (ALANIS, 1988).

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH 1), pertenece a la familia de los lentivirus (GAO: 2000). Actualmente existen dos tipos de VIH: el tipo (VIH 1), el que se encuentra distribuido por todo el mundo y es el principal responsable de los casos de SIDA, y el tipo (VIH 2) que aparentemente procede de otros primates (KOBBER: 2000). Las cepas del VIH 1 que son prevalentes fueron transmitidas a los seres humanos en los años 1915 a 1930. Tal conocimiento surge de los estudios de divergencia viral, de los tipos de grupos diferentes de introducción del SIVCPz hacia el ser humano (GAO: 1999). Gran parte de los casos de SIDA en todo el mundo, son provocados por el VIH -1 del grupo M, existiendo una división en subgrupos o tipos conocidos como "caldes" que tienen una alta homología. Estas formas han sido llamadas como recombinantes en circulación ("circulating recombinant forms" o CRFS). Actualmente se pueden identificar nueve subtipos dentro del grupo M (A, B, C, D, F, G, H, J y K), los grupos que predominan con más frecuencia en el mundo corresponden a los subtipos A y C, seguidos de la forma recombinante CRFO 1 - AE siendo conocida con anterioridad como el subtipo E), CRFOZ - AG y subtipo B (KUWATA: 1997).

En África se observa la mayor tasa de variación del VIH 1 encontrándose todos los grupos y subtipos. En relación a la evolución del VIH 1, existen mutaciones y recombinaciones, aumentando en forma importante su capacidad de variación. (MC CUTCHANE: 1996).

Con respecto al virión del VIH se sabe que cuenta con dos copias de RNA de una sola cadena, que se encuentran guardadas dentro de un CORE, contiene varias proteínas virales gp120 y gp 41 y están fuertemente asociadas para la formación de heterotrimeros. La glicoproteína gp 120 tiene una gran afinidad hacia la molécula del CD4 ubicándose dentro de los linfocitos T cooperadores, en los

monocitos y en los macrófagos, por tal razón es un mediador en la adhesión al virus y a las células que infecta.

Para que el virus penetre en las células blanco, se requiere de la participación de un segundo receptor que tiene que unirse a un dominio diferente de gp120 y que va a provocar los cambios conformacionales en el complejo GP120 – gp41, exponiendo un dominio hidrofóbico de la glicoproteína gp41, responsable de dar inicio al proceso de la fusión viral en la célula blanco (BERGER: 1999).

Los virus fuera del cuerpo humano difícilmente sobreviven y si lo hacen es por corto período. Para conocer su verdadera capacidad de sobrevivencia es necesario considerar varios factores como es la cantidad de virus presente y la temperatura, puesto que se sabe que el virus es destruido a una temperatura mayor de los 70°C (VALDESPINO: 1991)

1.3.1 Complicaciones.

Daños al Cerebro y Corazón. Es importante mencionar que los pacientes con SIDA van a presentar diversas afecciones orgánicas y sistémicas, siendo en su inmensa mayoría provocadas por infecciones oportunistas y /o neoplásicas que se van a expresar en complejos clínicos diversos.

Como es el caso donde se observa que el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en su etapa final se caracteriza por afectar el **Sistema Nervioso**. Éste problema es conocido ampliamente en la actualidad. (SNIDER: 1983), siendo las principales, afecciones por bacterias oportunistas, tumores primarios, condiciones inflamatorias y las relacionadas con la resistencia a los medicamentos. También existen diversas clasificaciones de las cuales se tratan de incluir las principales afecciones del sistema nervioso.

Dentro de los Síndromes primarios que se encuentran, los relacionados a la infección primaria por el VIH y son los siguientes:

- Complejo Cognitivo Motor asociado a VIH, la mielopatía asociada a VIH, polineuropatía asociada a VIH, miopatía asociada a VIH.
- En el caso de las infecciones oportunistas corresponden a los agentes que son prácticamente inofensivos en las personas inmunocompetentes como es el caso del toxoplasma cerebral, la meningitis criptocócica, la encefalitis y la polirradiculitis por citomegalóvirus, leucoencefalopatía multifocal progresiva.
- Con respecto a los tumores se encuentra el Linfoma primario del Sistema Nervioso.
- En relación a las condiciones inflamatorias se van a observar las neuropatías desmielizantes adquiridas y las meningitis asépticas.

- Las manifestaciones relacionadas con el tratamiento se encuentran la miopatía inducida por Zidovudina, o la neuropatía inducida por análogos nucleósidos. (JUÁREZ: 2000).

Las complicaciones neurológicas se han encontrado entre 39% - 70% de los pacientes y se aprecia el impacto sobre todo en la capacidad funcional, en la sobrevida y la calidad de vida (LEVY: 1985). La vía de entrada del VIH al sistema nervioso es a través de los macrófagos infectados, después de la infección viral (RESVIK: 1988). La microglía y los macrófagos van a ser las células que principalmente son afectadas a nivel del sistema nervioso. El VIH ha sido aislado en pacientes portadores que no llegan aún a la etapa de inmunosupresión o SIDA en líquido cefalorraquídeo así como en las muestras de tejido cerebral de los sujetos de estudio postmortem (CHIODIF: 1986).

Una vez que el virus penetra al organismo va a inducir una respuesta inflamatoria por parte del huésped, simulando diferentes entidades nosológicas siendo algunas de ellas síndromes relacionados con la seroconversión como es el caso de la meningitis aséptica, la meningoencefalitis, la neuropatía atóxica, la rabdomiolísis aguda, el síndrome de Guillián – Barré, la mielopatía aguda, neuritis braquial, parálisis facial, meningoradiculitis aguda y una forma de la esclerosis múltiple (JUÁREZ: 2000).

Con respecto a la demencia subcortical (CDS) se caracteriza por tener una prevalencia entre 7% - 90% y se ha observado su presencia en el 20% - 30% de los casos de los pacientes con la enfermedad del SIDA avanzada (PORTEGIES: 1995)

La atrofia cerebral se expresa clínicamente por una triada de disfunción cognitiva, motora y de comportamiento, lo que es conocido como el complejo demencia del SIDA. Las lesiones ocupativas intracraneales son frecuentes en 23% de los casos de SIDA, los estudios patológicos muestran lesiones focales macroscópicas, la toxoplasmosis es dos veces más común que el linfoma primario del cerebro como causa de las lesiones. También se aprecian lesiones menos comunes como los abscesos por cándida, la tuberculosis, la criptococosis, el herpes, sarcoma de kaposi y abscesos bacterianos.

En la enfermedad de la sustancia blanca, aparecen cambios en el Sistema Nervioso Central, siendo más frecuentemente observados al realizar las autopsias, de lo que se aprecia en la clínica. Son evidentes los cambios por encefalitis virales del tipo del VIH, los citomegalovirus, hérpes, papovavirus y otros. Siendo hallazgos de estudios de imagen de resonancia magnética con la cual se evalúa el complejo demencia del SIDA.

En la enfermedad Leptomeningea se manifiesta meningismo, fotofobia y la cefalea formando un complejo sintomático y neurológico común en los pacientes con SIDA, siendo las meningitis de origen micótico generalmente debidas a

infección por cryptococos neoformans. La enfermedad meníngea puede producir hidrocefalia comunicante o infartos cerebrales.

Las mielopatías se han encontrado en complejos relacionados con paraparesia espástica y atáxica, incontinencia urinaria, es uno de los signos más frecuentemente observados, puede ser causada por compresión medular o enfermedad medular espinal intrínseca, el linfoma no Hodgkin es la causa más común, siendo las metástasis a los cuerpos vertebrales o la extensión a través de los agujeros neurales. (VALLADARES: 1991)

Compromiso cardiovascular. Se conocen en la actualidad un sinnúmero de informes que toman en consideración el compromiso cardiovascular en los enfermos adultos afectados por el VIH, cardiopatía dilatada y la miocarditis, pero también las endocarditis se presentan con frecuencia en enfermos a los cuales se les ha colocado catéteres cardiovasculares. (ABELMAN: 1985)

Los enfermos con cardiopatía dilatada y miocarditis muy probablemente progresarán a la insuficiencia cardíaca, la cual se caracteriza por una elevada morbilidad y mortalidad, ya se han realizado múltiples estudios en donde se aprecia que los enfermos infectados por el VIH mejoran con tratamiento médico.

En éstos pacientes es muy variable la presencia de la enfermedad cardiovascular, pudiendo ser pacientes sintomáticos o asintomáticos con insuficiencia ventricular izquierda, por lo que es recomendable en todos los enfermos de VIH se investigue la enfermedad cardiovascular lo cual permitirá proporcionar un diagnóstico y tratamiento oportuno, disminuyendo la morbilidad y la mortalidad por esta patología. (HSIA: 1992).

La enfermedad puede presentarse como insuficiencia ventricular izquierda en los pacientes asintomáticos, arritmias en un 44% a 93% de los casos, como hipertensión arterial pulmonar, enfermedad pericárdica y la hipertensión arterial sistémica (CAMARILLO: 2000). En relación a la cardiomiopatía dilatada con insuficiencia cardíaca secundaria, las arritmias o alteraciones en la conducción del impulso eléctrico, los trastornos auto inmunes como púrpura, artritis, o vasculitis, diversas alteraciones de refuncionamiento renal, etc. (PACHECO: 1994).

“¡Ay amor, eres un largo adiós que nunca termina!”

1.4 Transmisión del SIDA

Debido a que el VIH se aloja en sangre y semen / secreciones vaginales, los mecanismos de transmisión lo constituyen aquellas situaciones que propician que éstos líquidos se pongan en contacto. La transmisión implica una serie de prácticas; y conductas que lo permitan. Esto significa que no hay ningún peligro de infectarse a través del contacto social (WILLIAM: 1991).

La transmisión del virus del VIH a nivel sexual implica una serie de prácticas (conductas individuales), independientemente de las opciones sexuales. La mujer embarazada con SIDA lo transmite a su bebé mediante la vía sanguínea, durante el embarazo, el parto y la lactancia (ALANIS: 1988). Esto se debe a que durante el embarazo, hay circulación materno fetal y a que en el momento de nacer, el recién nacido pasa por el conducto vaginal y entra en contacto con las secreciones vaginales y la sangre infectada de la madre.

También el virus de la inmunodeficiencia humana se excreta por la leche materna y algunos niños se infectan al ser alimentados de pecho. El problema en este tipo de transmisión se puede resolver en etapas muy tempranas del embarazo, con la interrupción del embarazo, provocando un aborto, pero si llega el embarazo a término, el bebé puede padecer alteraciones desde su nacimiento aún cuando el niño adquiere la infección durante el embarazo o el parto; cursando con una apariencia normal, pero alrededor de los 7 a 12 meses se desarrolla la enfermedad, manifestándose de formas diversas, por eso es muy importante realizar la detección del VIH a todo niño recién nacido (SOLER:1988)

La otra forma de transmisión por sangre se puede evitar utilizando sangre proveniente de donaciones altruistas. En México de acuerdo a la Ley General de Salud se prohíbe la comercialización de la sangre y se tiene que realizar estricta vigilancia en el proceso de donación para descartar a los donantes infectados. Se debe evitar el uso de sangre de procedencia desconocida. (ALANIS: 1988). Para evitar la infección por sangre se somete a pruebas de detección y se desecha la contaminada. También existen medidas preventivas en el caso de agujas, jeringas y otros instrumentos que penetren en la piel. Tienen que esterilizarse o desecharse después de usarlos, y no deben ser compartidos. (WILLIAM: 1991).

Una de las medidas para quienes atienden enfermos es no tratar de encapuchar jeringas, doblar o romper agujas utilizadas para extraer sangre a los pacientes. Las sustancias que se pueden utilizar para eliminar al VIH son: Hipoclorito de sodio (loro al 4%-5%). Con una concentración de 0.1% es suficiente para matar al virus, por lo que la recomendación es diluir el cloro casero en agua 1:10 siendo la sustancia más utilizada por su eficacia y bajo costo, Agua oxigenada al 0.3%, Alcohol etílico al 50%-70%, Isopropil alcohol al 35%, Paraformaldehído al 0.5%, someter los instrumentos a ebullición durante 20-30

minutos a temperaturas mayores de 56°C. En el personal de saúde aun cuando el riesgo es muy bajo, menor a 1%, las lesiones accidentales por herida o pinchazo pueden ser una vía de transmisión (FIGUEROA: 2000).

Aunque no se trata de medidas reconocidas se puede minimizar el riesgo, no compartiendo navajas de rasurar, y no consumir comida que se encuentre contaminada por sangre de enfermos (ACCIÓN: 1991)

Adicciones. También es un riesgo para las personas que usan drogas compartir las agujas y jeringas. Es común entre este tipo de población al usar jeringas desechables varias veces, no esterilizarlas adecuadamente; esto es peor con el uso de plástico que es poroso y por lo tanto es más fácil que se alojen partículas infectadas por el VIH (ALANIS: 1988).

Las personas que usan drogas pueden adquirir fácilmente el VIH/SIDA ya que muchas drogas incluyendo al alcohol afectan el nivel de conciencia de los usuarios y aumentan potencialmente los comportamientos asociados al riesgo de infección por VIH, el uso de crack en particular, aumenta la frecuencia de prácticas sexuales riesgosas, adicionalmente el consumo activo de drogas restringe la posibilidad de mantener cambios de comportamiento.

En un inicio en Estados Unidos el 25% de los casos de SIDA detectados se presentaba principalmente en drogadictos de sustancias intravenosas. (SOLER: 1988). Pues la seroprevalencia total de anticuerpos anti VIH es elevada de un 39% de drogadictos al compartir material para la inyección de drogas, existiendo un porcentaje de incremento por cada factor de riesgo a la infección del VIH. Si se agrega: la duración en la adicción a las drogas, el consumo de heroína, etc. (VALDESPINO: 1992).

La utilización de las drogas se ha dado en todos los tiempos y en todas las culturas llegando a convertirse en adicciones. Es una situación grave y difícil en determinadas épocas y sociedades. Para ello es importante el significado que se les asigne como una evasión, un refugio o una superación fácil. Es interesante considerar que los humanos requerimos de todo esto: evasión, refugio, y superación puesto que son necesidades psicológicas. Pero las adicciones nos hacen perder posibilidades e independencia creadora. Las drogas se han utilizado con diversos objetivos.

El antiguo chamán siberiano preparaba su cocción de Amanita Muscaria, pensando en relacionarse con los espíritus para poder llevar la paz y la curación a un miembro de su tribu que se encontraba enfermo. Sin embargo, esta imagen es muy distinta de la que nos ofrece un joven de hoy, ocupada su mente casi exclusivamente por la jeringuilla, el proveedor, el dinero, el polvo...o la imagen del individuo que lleva su sangre y su cerebro cargados de alcohol hasta pisar el acelerador y llegar al choque final. Siendo ambas situaciones de autodestrucción y de suicidio.

En la drogadicción intervienen tres elementos básicos: la sustancia, el sujeto y la sociedad. El estudio de los mismos nos proporciona una visión del fenómeno en su conjunto. Los estudiosos de las drogodependencias emplean la definición de: "Droga es toda sustancia que, introducida en el organismo, produce una modificación del estado psíquico y de la conducta que lleva al individuo a querer repetir el uso de esta sustancia" (MONTEJO: 1992).

Actualmente se admite que tanto el tabaco, alcohol, el opio y sus derivados, anfetaminas, alucinógenos, cocaína, marihuana, hachis, inhalantes, drogas de diseño, y medicamentos, todos: son drogas. (MONTEJO: 1992: pp.1-20)

Sin embargo, es natural la tendencia que tiene el hombre de huir de las dificultades y evitar cosas desagradables buscando refugio en alguna droga que le permita olvidar que no es todopoderoso, pero es importante señalar que la fuente de la tranquilidad se encuentra en nuestro interior, en nosotros mismos (ESCANDON: 1990).

El consumo de drogas en general favorece la disminución de conciencia en los individuos y los predispone a caer en conductas de riesgo. Al ser menos selectivos en el ejercicio de su sexualidad, aumenta la probabilidad de tener contacto sexual desprotegido y por lo tanto es un factor importante en la pandemia del SIDA.

SEXUALIDAD Y SIDA. El SIDA, (enfermedad estigmatizada), aparece como el mayor fracaso de la salud pública en el cierre del siglo XX. En el siglo XXI ya se ve que en todos los países ha impactado las relaciones sociales entre los grupos y los proyectos económicos, al tiempo que alimenta conflictos de toda índole provocando desigualdad, discriminación, exclusión y violencia hacia quienes viven con el virus y a sus familias. Basta observar algunos datos sobre países africanos.

Como se ha señalado el SIDA es una entidad biopsicosocial cuya principal vía de transmisión, se da en el contexto de las actividades íntimas y privadas del ser humano, en el terreno de la vida sexual, razón por la cual es preciso referirse particularmente al tema de la Sexualidad, desde las perspectivas de los Derechos de las Personas y de Género, esa visión es, acorde a la evolución cultural y de las ciencias humanas, y lleva a plantearse que para evitar la propagación del VIH/SIDA se requiere de la responsabilidad de todas las personas. La manera como el VIH/SIDA puede afectar la vida de una persona y su entorno, hace necesario plantear cambios orientados a responder a los ya afectados y familiares y a buscar los recursos necesarios para que vivan con dignidad la enfermedad para ello es indispensable la difusión-formación de las personas en general, eliminando desde los tabúes respecto de la sexualidad para que se evolucione a una sexualidad ejercida en libertad, sin riesgo de infección, en lo personal, y en lo social. Sólo así disminuirá y evitara la propagación de esta pandemia.

La sexualidad, se va construyendo en las personas, a partir de las normas sociales que, aprueban o rechazan comportamientos determinados, desde pequeños, niños y niñas incorporan en su entorno -de manera acrítica en esta etapa- normas y valores. En lapsos posteriores, niños y jóvenes pueden descubrir que su idea -acertada o no-, acerca de la sexualidad, puede no corresponder a la realidad personal y que el ejercicio de la sexualidad puede implicar riesgos. Para Jeffrey Weeks,... "La sexualidad, lejos de ser un fenómeno natural es un producto de fuerzas sociales, una construcción histórica" (JEFFREY: 1999)

En la atracción sexual existe atracción erótica que incluye simpatías y antipatías, deseos y aversiones, vitalidades y fatigas, intereses y desintereses, novedades y hábitos donde los individuos se apasionan unos por otros y también se desencantan. (LÓPEZ: 1974). Pero las sociedades, han organizado la pulsión sexual y erótica desde las normas culturales vigentes. Acorde a la evolución, se han generado las diferentes maneras, de vivir la sexualidad en el matrimonio, en la familia, en las relaciones entre hombres y mujeres, mujeres y mujeres, hombres y hombres, adultos y niños, otorgándole gran importancia a las costumbres, la ley, la religión y la moral respecto a lo sexual (JEFFREY: 1999).

Para la teoría psicoanalítica, en el sujeto humano entremezcla el inconsciente y la sexualidad, el sujeto humano se constituye a partir de su sexualidad, para Freud, ni el inconsciente ni la sexualidad son hechos preexistentes, son mas bien construcciones, es decir, son objetos con historia y el sujeto en sí, sólo se forma dentro de estas historias. Es la historia del sujeto en su generalidad (Historia Humana) y en su individualidad (La vida específica del individuo). Lo que se manifiesta en la fantasía inconsciente, lo que el psicoanálisis intenta indagar (LORE: 1991, pág. 19).

Pero este enfoque no coincide con las visiones comunes y las basadas en la religión por eso en América Latina, -todavía-, se interpreta la sexualidad como orientada fundamentalmente a la procreación y por lo tanto su ejercicio es recomendado solo dentro del matrimonio. En el presente trabajo, se considera que la sexualidad además de ser factor de la procreación, es un ejercicio positivo para las personas, pues posibilita el intercambio de afectos es un ejercicio del placer corporal. En resumen se afirma que toda persona tiene derecho a vivir su sexualidad libremente, por lo tanto es preciso asumir el propio cuerpo y los deseos sexuales.

Una persona, con VIH-SIDA, puede vivir su situación como tragedia, con culpas y pensar que debe resignarse a morir, pero también puede asumir la situación con respeto, con dignidad, aceptándose. Si se asume como cualquier persona con derechos lograra el respeto y aceptación de los otros y de sí mismo. Debe promoverse su aceptación a tener deseos y afectos, en el ejercicio de su sexualidad. Así, pues el respeto por la sexualidad de cada persona, sin exigir actuar diferente a las necesidades y sentimientos profundos permite avanzar hacia la meta, de evitar una mayor propagación de la enfermedad pues así las personas portadoras del VIH/SIDA podrán relacionarse honestamente con quienes acepten

su seropositividad. Una forma de aceptación es que consideren que al igual que el resto de las personas los portadores del VIH deben tener una vida erótica protegida, en el entendido que, al evitar infectarse o infectar de VIH/SIDA se contribuye a no propagar la pandemia.

Una opción que en toda relación sexual, al involucrarnos con otro u otra se haga con dignidad y responsabilidad, aprendiendo a desgenitalizar el ejercicio de la sexualidad, usando instrumentos y técnicas que reduzcan el riesgo e incrementen el placer -entre estos instrumentos se encuentra el condón-

Pero el uso del condón encuentra los mayores obstáculos como medida de prevención en los dictados religiosos, especialmente en lo referente a la sexualidad y el matrimonio. Desde el siglo XIII, en el Concilio de Trento, para frenar el impulso de La Reforma, se pronunciaron posturas dogmáticas sentando las bases de la futura gestión de la Iglesia Católica especialmente en terrenos como el de la moralidad sexual, se reviste al matrimonio con carácter de indisolubilidad y único, siendo elevado a la categoría de sacramento y revestido de un ceremonial público, con lo que se pretendió responsabilizar a las personas contrayentes del matrimonio una institución imposible de ser anulada (LÓPEZ: 1974).

Pero el enfoque religioso no es el único, también el matrimonio ha sido motivo de inquietud e investigación por parte de pensadores preocupados por la felicidad (o infelicidad) humana. Entre otros, Engels en "El Origen de la Familia, La Propiedad Privada y el Estado". La contribución más relevante de la corriente socialista, es el concepto de la división sexual del trabajo articulado al de reproducción ampliada del capital y al de la reproducción social (CORREA: 2001).

Mucho se ha avanzado en la historia desde diferentes perspectivas hasta los documentos Internacionales de la Conferencia sobre "Población y Desarrollo", de El Cairo (1996), que han legitimado varios conceptos como el término de salud reproductiva y han pugnado por consagrar los derechos reproductivos y los contenidos relativos a los derechos sexuales (CORREA: 2001 pp. 127-151). Para que estos se ejerzan son indispensables dos elementos, los Derechos Humanos en general y la noción de "un ambiente favorable" en cuanto a las condiciones económicas, sociales y políticas (CORREA: 2001 pág. 131).

Decía Perdigón (trovador del s. XIII):... "Mujeres: no pretendáis hacerme pensar, yo quiero encontrar provecho en todas las que adoro. A la que me diga que no, puede estar segura de que la dejaré"...

Sin embargo pese a los avances no se logra evitar que se considere en algunas culturas a la mujer como un objeto de propiedad, subordinada; por ello el movimiento de las mujeres insiste en reconocer las múltiples formas de la subordinación sexual femenina, desde la violencia masculina endémica y la misoginia hasta el acoso sexual y ha exigido el reconocimiento de los Derechos de

la Mujer sobre su propio cuerpo para entonces si lograr el ejercicio de los derechos reproductivos también del deseo y el placer (JEFFREY: 1999 pág. 21).

Este ejercicio de los derechos tiende a la libertad de tomar decisiones sin coacciones de ningún tipo tomando en cuenta la formación de la conciencia, del carácter y de la voluntad es para ser libres especialmente en cuanto a una pasión numana tan poderosa como es la sexualidad (GALAVIS: 2000).

La formación para la libertad incluye evitar los riesgos. La promiscuidad en este contexto, que debe comprenderse como un ejercicio indiscriminado de la sexualidad que favorece situaciones de sexo desprotegido.

La promiscuidad sexual se practicaba en forma libre cuando la sociedad no se encontraba lo suficientemente evolucionada, algunos documentos literarios atestiguan la práctica de la promiscuidad sexual, por ejemplo en documentos antiguos de China refiere que los hombres no se diferenciaban demasiado de los animales, e iban vagando de un lado a otro y se repartían a las mujeres, así que los hijos no eran asignados a un padre (LÓPEZ: 1974).

Pero esto terminó cuando se estableció la herencia de bienes. Desde entonces uno de los dilemas profundos de la vida matrimonial y en general de las parejas estables, es el de la fidelidad, saber que los hijos serán propietarios de los bienes de sus padres se convirtió en uno de los ejes de la sociedad y su economía. La burguesía que cambia algunos viejos conceptos y por eso elaboro otros, pero en el ámbito de lo sexual logrará escasos cambios. Por eso algunos autores como Gustav Thibon, define la fidelidad como "el rechazo al cambio" eso constituye un problema, porque la vida es un cambio permanente. La fidelidad es algo que se infiltra en el ser, y es una negación al cambio dado lo temporal que es la vida (LÓPEZ: 1974).

Esta visión económica de la fidelidad se ha complementado por la relevancia del contagio del VIH/SIDA cuando no se ejercita el sexo protegido.

Y una de las costumbres más añejas de la infidelidad es el pago por sexo. Los sexo servidores (as), complementan la idea de que en el matrimonio solo se ejerce la sexualidad para procrear por eso las mujeres sólo deben tener relaciones dentro del matrimonio, en cambio los hombres pueden obtener satisfacción sexual por un costo económico. Esto se traduce en que el goce de los "favores sexuales" tienen que ser remunerados.

En el sexo servicio, existen contratos verbales y una tarifa que regula la remuneración a cambio de determinados favores sexuales, en esta situación, se manifiesta la sujeción con relaciones económicas entre los sexos se burlan en parte las cláusulas sutiles del contrato matrimonial, reduciéndolo a la categoría de objeto. El comprador, no compra la sexualidad, sino el poder sobre otro ser humano, la sensación de reinar sobre la voluntad ajena durante un lapso determinado de tiempo (TERÁN: 1991).

Esta forma de separar matrimonio de placer y reducir este último a objeto de compra-venta refuerza la importancia de lograr una nueva política sexual, que cuestione el carácter fijo de los atributos masculinos y femeninos, la división entre adultos y niños, la relación entre procreación y sexo, entre genitales y placer sexual (JEFFREY: 1991).

La nueva política debe partir del reconocimiento de que la construcción de las entidades de género y de las normas que suponen, asimetrías de las relaciones entre hombres y mujeres necesariamente las manifestaciones que niegan el deseo, limitan las prácticas eróticas de las personas y las experiencias del placer. (RUBIN: 1984). Es necesaria entonces la ruptura de un esquema limitante de la sexualidad y el erotismo, cambiando, la noción de un solo tipo de relaciones (CORREA: 2001 Pág. 149). Al reconocimiento de la diversidad en sexualidades y erotismos. Esto permitirá describir y analizar mejor las prácticas sexuales, el erotismo y el placer en las distintas formas y etapas de la vida humana – infancia, adolescencia, vida adulta, tercera edad.

Reconocer que...” Hombres y mujeres son prisioneros de su género. Y que los hombres sean los tutores de una totalidad social puede llevar a romper ese esquema para que no estén sometidos a las reglas de los sistemas de género (FLAX: 1992 pág. 225).

Y se logre una...”La justicia erótica”, (RUBIN: 1984), noción que debe aplicarse tanto al dominio de las relaciones personales (entre los cuerpos), como al de la esfera pública. La justicia erótica y los derechos sexuales exigen un ambiente favorable en donde las prácticas individuales no estén sujetas a la coherción moral o legal, en el que las condiciones políticas, económicas y sociales conduzcan a la igualdad entre los géneros y a la no discriminación (CORREA: 2001).

“La persona infectada con VIH pasó a convertirse en una especie de paria, un condenado a muerte civil”

1.5 Prevención del SIDA. Uno de los grandes logros a nivel mundial es el cambio del lenguaje, nombrar las cosas por su nombre permite que los mensajes en relación a las conductas de riesgo, se difundan. Hablar las consecuencias del SIDA, como evitarlas, basados en frases sin prejuicios es una de las estrategias educativas más eficientes. Por ejemplo se habla ya de que una relación coital (pene-vagina, pene-ano, pene-boca) puede ser suficiente para infectarte con el virus del SIDA (RADHAKRISHNA: 1999) y que si el coito anal (pene-ano), tiene mas posibilidades de contagio. (LISKIN: 1990). También se aclara que el sexo oral (vulva-boca, o pene-boca) es riesgoso, porque el semen y las secreciones vaginales contienen los virus. Si no se conoce bien a la pareja es recomendable no tener relaciones coitales. Esta información clara permite fomentar la protección

con el condón de látex. La eficacia del condón (mayor al 95%) para evitar la infección por el VIH, (FELABLUM: 1986).

Esta forma de expresar claramente los temas da también alternativas se sabe ya que la única forma de obtener placer sin riesgo, es practicar el "sexo protegido", este se refiere a evitar el intercambio de fluidos corporales, tanto del líquido preeyaculatorio, como del semen, los fluidos vaginales y de la sangre. Las recomendaciones se complementan con ejemplos de prácticas sexuales seguras como: dar y recibir caricias o masajes, bailar desnudos, bañarse juntos, masturbarse mutuamente, eyacular en piel sana (por ejemplo entre los muslos), etc. (WINKELSTEIN: 1987)..

El lenguaje claro redundante en opciones de prevención. Ya se ha podido exponer claramente los mecanismos de transmisión, las conductas en prácticas sexuales. Esto permite que se conozcan las prácticas sin riesgo, y se sepan cuales son de mediano y con alto riesgo. (ALANIS: 1988:43.)

Otro asunto que se ha podido aclarar a partir de estudios y acuerdos entre instituciones es el hecho que en el matrimonio es poco probable la fidelidad, y que se sepa que un número mayoritario de jóvenes tiene relaciones sexuales antes del matrimonio. Estos datos llevan a la necesidad de aceptar el uso de protección aun cuando las parejas sean estables. Por ejemplo en Sudáfrica, donde los maridos y las esposas pasan separados durante largos periodos de tiempo, los hombres cuestionan ¿cómo se les ocurre que uno permanezca en abstinencia durante diez a once meses al año?, los educadores no pueden decirle a la gente qué hacer o cómo vivir; únicamente darles la información que les permita tomar una decisión informada. (ATTAWELL: 1991. Pág. 16).

Los mensajes que asumen la realidad con un lenguaje sin prejuicios pueden llevar a prácticas sexuales sin riesgo. Y a las técnicas en las que no se realiza intercambio de líquidos corporales (semen, sangre y secreciones vaginales) para evitar el riesgo de adquirir el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (SOTOMAYOR: 2000).

Entre estas técnicas como ya se dijo destaca el condón como instrumento indispensable para la prevención del contagio con el VIH, al usarlo apropiadamente, se retiene el semen eyaculado impidiendo el intercambio de secreciones. Además, cuando se usan correctamente los condones crean una barrera física contra otros gérmenes que causan enfermedades de transmisión sexual y se evita el embarazo no deseado.

El uso del condón es fundamental cuando se tienen prácticas sexuales no monogámicas pues el número de parejas sexuales y el coito anal receptivo son las prácticas que se asocian en mayor medida a la posibilidad de adquirir la infección por VIH. Es recomendable:

1. Evitar que una persona infectada por el VIH sea reinfectada y aumenten las posibilidades de progresión de la enfermedad.
2. Evitar contraer otras enfermedades sexualmente transmisibles, ya que pueden actuar como factores que favorezcan el desarrollo del SIDA.
3. Evitar contagiar al compañero sexual. (URIBE: 1989).

“La vida es más grande que la mezquindad y el miedo, la vida es del tamaño del amor que puede unir a los humanos entre sí”

1.6 Atención de Enfermos. Los avances en el lenguaje y los acuerdos internacionales, nacionales y legales deben reflejarse en la atención de los enfermos de SIDA así los trabajadores de la salud y de familiares para la atención de las necesidades físicas de los enfermos deben que tomar en consideración que las personas infectadas con el VIH/SIDA, requieren de:

1. Tener un control médico periódico para establecer las condiciones físicas generales, el estado de nutrición, conocer las recomendaciones específicas de su caso y si es posible establecer las condiciones del sistema inmunológico.
2. Revisión médica cada 6 meses para la detección oportuna de cualquier manifestación clínica.
3. Acudir con el médico para la atención de infecciones secundarias.
4. Evitar automedicarse, ya que existen diversos fármacos como los corticosteroides y el trimetoprim con sulfametoxazol que pueden provocar disminución de los linfocitos.
5. Cualquier medicamento que se administre para el tratamiento de la infección por VIH/Sida debe ser dado bajo estricto control médico.
6. Antes de decidirse a tomar cualquier medicamento, éste debe ser valorado por un médico capacitado para manejar los problemas clínicos derivados de la infección por VIH.
7. Acudir a un Centro de referencia confiable, donde el personal médico calificado aportará datos para manejar este problema.
8. Es importante informar al médico que se es portador del VIH para que pueda establecer las medidas más adecuadas para la atención de los problemas que se presenten y para poder tomar las precauciones necesarias en algunos procedimientos diagnósticos o quirúrgicos. (URIBE: 1989)

La Atención Dental en relación al cuidado de los dientes y las encías; es necesaria la prevención de algunas infecciones oportunistas y tratar de ayudar en el buen estado y conservación de la boca. Además es frecuente que las manifestaciones del desarrollo de la enfermedad se inicien en la vía oral, siendo indispensable la asistencia periódica con el dentista.

Si se padece una infección bucal es necesario acudir al dentista para recibir tratamiento, en caso de necesitar antibióticos, el dentista y el médico acordarán cuál es el mejor, existiendo una serie de normas básicas para reducir el peligro de contraer otras infecciones como es la práctica de una buena higiene oral.

Pero no solo las necesidades físicas son indispensables, es importante considerar las necesidades psicológicas de los pacientes. Por ello para los enfermos de SIDA es fundamental el poder contar con una familia o relaciones afectivas cercanas con individuos que sean fuente de apoyo constante. Algunos enfermos de VIH/SIDA, son rechazados por las personas que les rodean, por no estar de acuerdo con situaciones previas a la infección, relacionadas básicamente con actitudes sexuales del individuo. Los problemas se exacerbaban con la estigmatización y marginación que provoca la infección por el VIH, en estos casos la familia es el único apoyo afectivo real con el cual cuenta el enfermo, la vida cotidiana con la familia es no sólo un medio de distracción, para no pensar y hablar solamente de su enfermedad, sino una base indispensable de sobrevivencia.

Las personas afectadas con el VIH/SIDA, tienen miedo frecuentemente a las reacciones familiares o de personas cercanas pasando por un proceso de miedo, angustia, dolor, incertidumbre y es importante entender y hacerles ver que también pueden obtener orientación y apoyo psicológico. (URIBE: 1989)

En relación a la atención psicológica es importante tomar en cuenta que la respuesta psicológica a un diagnóstico de infección por el VIH es diversa y depende del grado de salud o enfermedad mental del sujeto afectado, existen respuestas que por su frecuencia merecen especial apoyo psicológico. Hay que considerar las reacciones de ansiedad secundarias a la realidad de que se tiene una enfermedad incurable y mortal, la angustia se puede ver como intolerable y puede requerirse apoyo farmacológico, pues también aparecen reacciones de orden depresivo, manifestándose como tristeza, sentimientos de minusvalía y fantasías suicidas o insomnio, anorexia, apatía e irritabilidad.

Resulta fundamental cuidar la salud mental de los seres más cercanos al enfermo quienes también se sienten amenazados siendo frecuente la aparición de sentimientos ambivalentes que se pueden manifestar bajo la forma de sobreprotección, rechazo o una fluctuación entre ambas actitudes.

La gravedad con que se recibe el diagnóstico da lugar a severas reacciones depresivas y de impotencia que a menudo no pueden ser exteriorizadas por temor

a afectar más a sus seres queridos. Los procedimientos con la finalidad de proporcionar apoyo psicológico a los enfermos son variados y se tienen que aplicar tanto a los enfermos con VIH / SIDA así como a sus seres queridos. La participación de los familiares y enfermos en sesiones de psicoterapia de grupo puede ventilar emociones y temores, fantasías e intentos de resolución de la problemática con otros individuos que se encuentran en condiciones psicológicas similares. Lo que tiene un elevado valor terapéutico.

También es muy importante la psicoterapia individual, porque ofrece la posibilidad de elaborar satisfactoriamente los desafíos que significa el asumirse como portador de una enfermedad mortal, lo que ayuda al individuo a realizar las modificaciones necesarias en sus hábitos para abandonar las conductas de riesgo en que pudiera estar incurriendo, sustituyéndolas por medidas higiénicas y preventivas ya descritas. (URIBE: 1989).

Derechos Humanos

La prevención de la enfermedad, la atención de los enfermos, los cambios de los lenguajes, confluyen en la promoción de los derechos humanos uno de los aspectos que mencionan permanentemente los pacientes afectados por el VIH o que ya cursan con SIDA, es el relacionado a los derechos humanos... "ésta teoría fundamental supone que ninguna persona debe ser tratada en forma injusta o desigual debido a su raza, religión, nacionalidad u otra condición que no guarde relación con sus acciones o calificaciones."(SEPÚLVEDA: 1992)

Es importante recordar que una persona cuando ha sido diagnosticada con VIH/SIDA requiere de proteger la confidencialidad de las pruebas y algo muy importante es que los resultados sean conocidos por las personas que tienen derecho a saberlo: la persona infectada, el personal de salud que trata directamente al paciente, las autoridades de salud pública con miras hacia la prevención de las personas que se encuentran claramente en riesgo.

Respecto al respeto a los derechos de los pacientes es fundamental hablar sobre las iniciativas que han sido tomadas por el programa mundial de SIDA. En una reunión para hacer una consulta en el lugar del trabajo, en la OIT (Organización Internacional de Trabajadores) en el año de 1988 en la cual se tomó una resolución consistente en la necesidad de evitar toda discriminación contra las personas infectadas por el VIH y las personas con el SIDA, se concluyó que "...el método empleado para abordar el problema del VIH/Sida en el lugar del trabajo debe tener en cuenta el contexto social y jurídico existente así como las políticas nacionales de salud y la estrategia mundial sobre el SIDA" (LEYVA: 1988).

En junio de 1988 la OMS y la OIT organizaron una reunión de consulta con especialistas en SIDA acordando lo siguiente:"... los trabajadores infectados por el VIH que estén saludables deben ser tratados de manera semejante a cualquier otro trabajador y que un trabajador que padezca cualquier enfermedad relacionada con el VIH/SIDA inclusive, debe ser tratado como cualquier otro trabajador enfermo (MAN: 1988).

En el caso de los que solicitan empleo ...”El examen de detección VIH/SIDA no es necesario ni debe exigirse antes del empleo como parte de la idoneidad del aspirante, examen en este caso se refiere a métodos directos (detección de VIH) o indirectos (evaluación de patrones de conductas arriesgadas) o preguntas sobre exámenes de esa clase a los que se haya sometido el aspirante o para otros fines, es motivo de graves preocupaciones en lo relativo a discriminación y merece un examen más profundo y detallado (MAN: 1988)

En la 17ª Asamblea Mundial celebrada en Nueva York, USA. En 1963, adoptó 12 Principios para la atención de la salud en cualquier Sistema Nacional de Salud entre los que destacan los siguientes;

1. En cualquier Sistema de Salud las condiciones de la práctica médica deben determinarse en consulta con los representantes de las organizaciones médicas.
2. En nombre del interés del paciente, no se debe restringir al médico su derecho a prescribir medicamentos o cualquier otra medida terapéutica que corresponda a los estándares médicos corrientes.
3. Cualquier Sistema de Salud debe permitir al paciente que consulte al médico de su elección y al médico que elija y trate a sus pacientes sin que éstos sufran influencias extrañas.
4. El médico debe ser libre de ejercer su profesión donde lo desee y delimitar su práctica al dominio en el que se especializa.
5. La profesión médica debe ser adecuadamente representada en todos los órganos oficiales que tratan de los problemas de la salud o la enfermedad.
6. Debe garantizarse la independencia moral, económica y profesional del médico.
7. Todos aquellos que colaboran en cualquier etapa de la terapia del paciente o en su control deben reconocer y observar el carácter confidencial de la relación médico - paciente. Las autoridades deben considerarlo debidamente.

Para brindar una asistencia médica más actualizada y consecuentemente más eficaz, se debe respetar plenamente los derechos humanos tanto del médico como del paciente” (IMAZ: 2000: Pág. 36).

Desde estas propuestas generales se han establecido temas en los Derechos Humanos del personal de salud, en el caso del IMSS se ha llegado a superar un aparente conflicto entre los derechos del paciente y del personal que los atiende con la afirmación inicial de que los Derechos Humanos son universales y desde esta premisa se señalan los derechos humanos estipulados para los médicos del IMSS:

1. A recibir un trato justo y respetuoso por parte de las autoridades, el personal en general y los pacientes, y a que se les garanticen todos los derechos consagrados en la Constitución Política de los Estados Unidos

- Mexicanos, a recibir protección sanitaria y jurídica cuando trabajen con pacientes de alto riesgo, como son los enfermos afectados por el VIH/SIDA.
2. A contar con la remuneración, condiciones y prestaciones laborales.
 3. A tener oportunidad de avanzar a la par con el desarrollo de la medicina, así como a mantener un alto nivel de conocimientos y actividades necesarias para proveer atención de alta calidad, en razón de que la educación es una poderosa herramienta respecto a los derechos humanos dentro del contexto VIH/SIDA.
 4. A recibir información sobre derechos humanos y asesoría jurídica de tal suerte que los médicos conozcan sus derechos y obligaciones ante la ley; dentro de ese conocimiento es necesario se incluya lo relativo a la Ley General de Salud, así como la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la infección de la Inmunodeficiencia Humana NOM-O10-SSA2-1993, publicada en el Diario Oficial de la Federación la cual sustenta el principio de dignidad de la persona y por lo tanto, en los conceptos de autonomía de la voluntad y actuación ética responsable.
 5. A disponer de condiciones e insumos para el trabajo, ello de acuerdo con los artículos 27, Fracción VIII, y 28 de la Ley General de Salud, los cuales disponen que las autoridades institucionales tienen la obligación de garantizar la existencia permanente de un catálogo de insumos para el segundo y tercer nivel. Además, de que "... es importante el cuadro básico no es una facultad discrecional de las autoridades, sino que es una facultad regulada, que única y exclusivamente tiene como supuesto normativo para su ejercicio obligatorio, el carácter esencial para la salud".
 6. Le sean garantizadas condiciones adecuadas de seguridad. Lo anterior se sustenta en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica que señala en sus artículos 19, párrafo segundo, 21, 26 y 95, que es responsabilidad de las autoridades a cargo de los establecimientos hospitalarios vigilar que se apliquen las medidas de seguridad e higiene para la protección de la salud del personal expuesto por su ocupación, contar con personal suficiente e idóneo, así como con los recursos físicos y tecnológicos con dotación de medicamentos para su operatividad, las 24 horas del día durante todo el año. (IMAZ: 2000: Pág.: 35).

"Ninguna persona debe ser tratada en forma injusta o desigual"

1.7 Discriminación. Pero estos derechos no pueden contradecir de ninguna manera los que tienen los pacientes aunque se sabe que en los hechos el principal fenómeno que impide el ejercicio de los derechos humanos es la discriminación una de las primeras cuestiones que se han puesto en evidencia con la epidemia del VIH/SIDA, son las debilidades que existen en las sociedades y del personal de salud en particular La negación a proporcionar la atención a un enfermo de VIH/SIDA, por parte del médico, cuando tiene la preparación técnica es inmoral e indefendible, también lo es negarse a mantenerse actualizado sobre

el tema. Para favorecer el desarrollo de la ética médica es necesario considerar las contradicciones existentes en la atención médica hacia los enfermos de VIH/SIDA pues desde el conocimiento del fenómeno se puede mejorar los principios de compasión, solidaridad y servicio de los médicos y del personal de salud en general (LIFSHITZ: 2000: 70).

Se sabe que discriminar es violar la dignidad y los derechos fundamentales de los individuos enfermos, al negar o suspender o limitar su derecho al tratamiento médico que requieren, en razón de la enfermedad que padecen. Por ello en 1998 la OMS establece una resolución en la que señala como elemento fundamental el principio de no discriminación en la estrategia global para el SIDA y enfoca la atención sobre la vulnerabilidad social a la infección por SIDA.

Se parte del hecho que el paciente sufre vulnerabilidad hacia la enfermedad, a los impactos sociales y económicos de la enfermedad. Por tanto esto debe superarse desde la estructura gubernamental, las relaciones de género, las actitudes hacia la sexualidad, las creencias religiosas y la pobreza, aspectos que van a influir en la capacidad del Estado para disminuir la vulnerabilidad de las personas al VIH en forma directa o a través de los programas de salud pública (FORO VIH/SIDA: 2003).

En relación a la discriminación es indispensable cambiar las campañas gubernamentales, que se centran en considerar el SIDA como una enfermedad incurable y fatal, pues estigmatizando y avergonzando a los enfermos; no se logra luchar contra la enfermedad y evitar la propagación de la epidemia (URIBE: 1989)

La lucha contra la epidemia del SIDA es parte de un movimiento para defender la vida, la cual no es sólo la sobrevivencia biológica, viene a ser la esencia de la libertad. "...la pertenencia al mundo de las cosas y de los seres es el ejercicio pleno de los derechos llamados humanos, sin los cuales solo nos queda una muerte peor que la muerte biológica, que es la muerte civil, una condena a la ausencia de todos los derechos civiles básicos" (HERBERT: 1992)

Es imprescindible la defensa de los derechos humanos para la sociedad, los cuales hacen de la vida el riesgo permanente de ser puro derecho a amar (HERBERT: 1992). La solidaridad es un método y de hecho la mejor vacuna con la que ya contamos. La actitud de rechazo y de condena hacia los enfermos tiende a mantenerse.

Castro considera cinco grados de rechazo o prejuicio entendiéndolo como una actitud negativa siendo clasificada en actitudes que adoptan las personas hacia los enfermos. El primer grado es la anti-locución o el rechazo verbal. Este grado es ampliamente generalizado hacia los homosexuales y enfermos de SIDA. El segundo grado es el esquivamiento o tendencia a evitar a una persona, el tercer grado es la discriminación o tendencia a excluir (del trabajo, la escuela, de un

lugar público, etc.) a determinadas personas, el cuarto es el ataque físico y quinto son conductas más peligrosas que llevan al exterminio de una persona o grupo.

Esta es una clasificación que se adapta muy bien a las etapas de rechazo que expresan los enfermos de SIDA. Por otra parte se da la estigmatización como atributo profundamente desacreditador, esta es de tres tipos: el primero los que tienen que ver con enfermedades o deformidades físicas, (en esta categoría pueden inscribirse a los enfermos de lepra sífilis y SIDA.) El segundo estigma es percibido como resultado de pasiones antinaturales o de creencias rígidas o falsas (se pueden incluir aquí a exconvictos, drogadictos, alcohólicos, sexoservidores-as, homosexuales, desempleados, etc.) El tercer estigma se refiere a los que se asocian a una raza, nación o religión, transmisibles por herencia y contaminadores por igual de todos los miembros de una familia (por ejemplo hacia judíos, negros, indígenas, etc.).

En el caso de los enfermos de SIDA son estigmatizados en dos formas: por enfermos y por sus prácticas sexuales. El estigma es un rasgo cultural donde el normal y el estigmatizado no son personas sino perspectivas.

La pregunta necesaria sería ¿Cuál es la perspectiva cultural que estigmatiza a los enfermos de SIDA? Pudiendo ser objeto de otras investigaciones las respuestas preliminares que se proponen son que se refiere a la enfermedad, las características de los grupos afectados hasta ahora, y/o las características de los grupos perjudiciados. (CASTRO: 1988).

Para eliminar el estigma habría que decir que "vivimos todos con SIDA, estamos vivos, vamos a hacer de la vida en nuestro planeta un inventario de bellezas incontables. Juntos vamos a lanzar un grito de exaltación y de esperanza cuyo eco se escuchará por toda la tierra y por todos los tiempos. Vamos a entonar un viva a la vida que nos libere del fastidioso dogma de la discriminación y rechazo a otro ser humano" (HERBERT. 1992).

Temor al Contagio. En el trabajo de atención a enfermos de VIH/SIDA, puede presentarse el miedo al contagio de la enfermedad; por ello algunos trabajadores de la salud evitan la atención y cuidado de los enfermos, otros aunque expresan cierto grado de compromiso, tratan de no involucrarse y algunos más se comprometen y deben enfrentar el quedar emocionalmente exhaustos, "quemados" y en algunas ocasiones deprimidos por la impotencia que genera esta enfermedad debido a que es imposible su curación (EAKIN: 1990).

Estas diferentes reacciones se pueden observar entre trabajadores de la salud (TDS) médicos, enfermeras, químicos, empleados de servicios básicos, conservación, personal administrativo, estudiantes, voluntarios de las instituciones de salud, cuyas actividades involucran el contacto con enfermos, sangre y otros fluidos biológicos provenientes de éstos. La causa más común de exposición es la percutánea a través de los accidentes con agujas u objetos punzo cortantes que

contienen sangre o productos de individuos seropositivos al VIH (HENDERSON: 1990).

En Estados Unidos el riesgo de transmisión ocupacional al VIH se ha calculado en un 0.27% para los trabajadores de la salud. Entre los cirujanos el riesgo se incrementa a 0.7% si no se toman en cuenta las medidas de protección específicas. Se consideran factores asociados al contacto: la ruta de exposición, profundidad de la herida, tipo y cantidad de fluido biológico con el que se tuvo contacto, tiempo de exposición, concentración de los virus en el fluido biológico y presencia de células CD4 + en el sitio de la exposición.

Las recomendaciones para evitar el contagio en el caso de presentarse algún accidente que provoque alguna herida o sangrado, limpiar la sangre derramada inmediatamente con una solución de cloro casero, diluida en 1:10, la persona que realice la limpieza deberá usar guantes, aunque sea el propio infectado por el VIH (URIBE: 1989) junto con ello se deben mantener las precauciones generales son:

- 1.- Lavado de manos antes y después de tocar a los pacientes o de estar en contacto con sangre o productos biológicos.
- 2.- Utilizar guantes durante la manipulación de los pacientes.
- 3.- Empleo de mascarilla o protección ocular durante procedimientos que ocasionen aerosoles o salpicaduras.
- 4.- Cuidado extremo cuando se manipulen agujas, objetos con punta o punzo cortantes; eliminación de este tipo de objetos en recipientes a prueba de perforaciones (FIGUEROA: 2000: 72).

Independiente de prejuicios, es necesario que quienes atienden enfermos de SIDA tengan claras las posibilidades de contagio. A partir de conocer sobre el adiestramiento en primeros auxilios que permite dar a conocer los aspectos relacionados sobre la infección del VIH/SIDA entre los miembros de la comunidad. Las personas que son debidamente adiestradas pueden posteriormente difundir la información correcta a nivel comunitario por ello es conveniente durante los adiestramientos señalar que después de una exposición parenteral a sangre infectada por el VIH, el riesgo de adquirir la infección es muy reducido 1 por cada 250 exposiciones. A las personas que prestan los primeros auxilios se les debe enseñar a adoptar precauciones para evitar el contacto con la sangre o los humores orgánicos, puesto que tales precauciones disminuyen el riesgo de infectarse en forma considerable reduciendo la infección de transmisión por sangre.

Conviene motivar a los trabajadores de la salud sobre la necesidad de planificar cursos de capacitación en el manejo de pacientes con VIH/SIDA dentro del lugar de trabajo sobre la asistencia y transmisión del VIH tomando en consideración temas como por ejemplo de: Reanimación de boca a boca, hemorragias, limpieza de salpicaduras de sangre, trabajadores que han estado en contacto con la sangre (VALDESPINO: 1991).

Los prejuicios sobre el contagio afectan las relaciones personales entre personal de salud y pacientes es imposible que los trabajadores de la salud no estén en contacto directo con los enfermos en general y precisamente el contacto directo y profesional es lo que asegura el reconocimiento de los pacientes, por ende en la medida que se tenga un mayor acercamiento de calidad hacia los enfermos es posible que los trabajadores de salud recibamos el reconocimiento por el quehacer de la práctica médica, donde el riesgo biológico es permanente, pero no sólo por el SIDA, sino por cualquier otra enfermedad; y con este conocimiento pueden mejorar éstas.

"Vivimos todos con SIDA, estamos vivos, vamos a hacer de la vida de nuestro planeta un inventario de bellezas incontables."

1.8 Ética y SIDA. Responsabilidad Hacia los Enfermos de SIDA. Podemos ver que en México en el año 1986 se organizó el Comité Nacional de Prevención del SIDA mejor conocido como CONASIDA, una de sus funciones era evaluar la situación nacional en relación a esta enfermedad, para definir los criterios de manejo en cuanto al diagnóstico, tratamiento, prevención y control para poder establecer la normativa y señalar las actividades más apropiadas. Para ello se estableció una coordinación más adecuada con diversas instituciones creando los comités de epidemiología, la definición de aspectos clínicos, bancos de sangre, educación, aspectos jurídicos, servicios directos al público de información y capacitación (SEPÚLVEDA: 1992).

De acuerdo a la Declaración de Lisboa realizada en el año de 1981 siendo la 34ª Asamblea Médica Mundial, se define muy bien lo concerniente a los derechos de los enfermos, tomando en consideración que durante la atención de los mismos existen dificultades prácticas, éticas, legales en la atención y el tratamiento y que los médicos tienen que actuar de acuerdo a su conciencia y con respeto a los derechos. Esto se expresa en México en un complejo normativo cuyo contenido estructural son las normas jurídico penales que se originan de la Ley General de Salud, siendo las normas contenidas en la Ley Reglamentaria del artículo 5º Constitucional o la Ley de Profesiones.

En el ámbito de la profesión médica que establece responsabilidades para el Estado en relación a la salud de la población en el párrafo del artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, consagra el derecho a la protección de la Salud específicamente la Ley Reglamentaria de la Ley General de Salud en su artículo 2º. Los pacientes afectados por el VIH/Sida como los médicos que se encargan de su tratamiento tienen derechos, pero con cierta desigualdad,

en el sentido de que el médico es un profesional que posee conocimientos necesarios para tratar este padecimiento y el paciente es un individuo vulnerable.

Pues se trata de una solución en la que una persona que necesita ayuda para recuperar su salud acude a otro capaz de prestársela – el verbo griego *medeo* significa cuidar a otro y es la raíz del sustantivo latino *médicus* – es decir la persona afectada por una enfermedad, deposita en un profesional de la salud su vida, su integridad corporal, su lucidez psíquica, su dignidad, su privacidad (LIFSHITZ: 2000). Por ello es central tomar en cuenta aspectos éticos en la prestación de los servicios.

En contradicción con ello está uno de los argumentos para justificar la discriminación a los pacientes de VIH/SIDA, uno de estos es el conflicto de derechos de la mayoría no infectada y los de las personas enfermas este aparente enfrentamiento supone la protección de la salud pública, pero se ha visto que al asumirla de forma arbitraria se violan los derechos de los enfermos en la práctica de esta discriminación no son ajenos los sentimientos de superioridad del personal de salud hacia aquellos que son considerados “diferentes”.

Estos prejuicios hacen olvidar que desde la antigüedad en Grecia y Roma, los médicos deben cumplir con el juramento de Hipócrates, y con códigos de conducta para su práctica médica, cuya regla de oro es el beneficio del paciente. Que se basa fundamentalmente en la vocación profesional y el altruismo, por las que el enfermo podría confiar en la actitud ética del médico como protector de la vulnerabilidad de los pacientes por eso es tan criticable por tal razón es incapaz de aprovecharse de la ignorancia e impotencia de los enfermos.

Las decisiones privadas del paciente con VIH /SIDA tienen repercusiones sociales que requieren del compromiso de los sectores públicos involucrados en la seguridad y la salud de la población (SEPÚLVEDA: 1992).

Una salida que se ha dado para resolver el miedo al contagio es que los enfermos de VIH/SIDA se atiendan en Unidades Separadas. La ética médica es parte de la ideología dominante, por lo que incluye desde aspectos discriminatorios y racistas hasta conductas eutanásicas. Estos aspectos hacen que dentro de la legalidad existan códigos de ética médica que difieren aún dentro de la legalidad, cuando en la mayor parte de las culturas actuales se han aceptado ciertos principios éticos generales como el código internacional de ética médica, como los contenidos en las declaraciones de Helsinki, la de Sydney, la de Oslo y la de Tokio (TORRES: 1989).

El trato de los médicos y de la sociedad hacia los enfermos de VIH/SIDA, responde a prejuicios y discriminación que llegan a ocasionar una deficiente atención médica, esto ha sido consecuencia de varios factores:

- El SIDA es una enfermedad incurable hasta el momento.

- Que los grupos discriminados desde antes de la aparición del SIDA, tienen un riesgo incrementado de contraerlo.
- El riesgo de contagio del personal médico y de salud en general, pequeño pero real, al tener contactos accidentales con la sangre y otros líquidos corporales de los pacientes.
- El desconocimiento o la exageración de los riesgos de contagio de la enfermedad por parte del grupo médico.

La obligación del personal de salud es brindar cuidados a los pacientes infectados por VIH/SIDA (WALTER: 1988). Por ello compartimos la idea que todo problema médico es también un problema ético. Considerando que la ética médica no es una doctrina única, sino que es un reflejo grupal o sea, que obedece a intereses de grupo o de sociedades y ayuda a su supervivencia (GARCÍA: 2001; SHISKIN, 1966). Es necesario ahondar la disyuntiva ética del personal de salud frente a los pacientes infectados para lograr el control de la epidemia sin discriminación de grupos específicos, sin limitar la libertad de los individuos, ni entrar en contradicción los principios éticos como el de la justicia, el de la beneficencia y el del respeto a la autonomía de las personas (PÉREZ: 1990).

Ya se ha visto que la discriminación, la marginación y la violación de derechos provocan mayor riesgo de contraer el virus, ya que no son útiles en la promoción de la Salud Pública poniendo en peligro a la sociedad. A la inversa, la promoción y protección de los derechos humanos crea un ambiente más apropiado en el desarrollo de una respuesta nacional efectiva contra el SIDA (LIFSHITZ: 2000).

Esto se comprueba con el hecho de que al inicio de la enfermedad las medidas de Salud Pública propuestas fueron el aislamiento y la prueba obligatoria, pero estas medidas solo contribuyeron a la discriminación de los infectados por VIH/SIDA, y con ello se redujo la efectividad en los esfuerzos de prevención siendo una estrategia inadecuada y poco productiva.

El aislamiento unilateral de los enfermos de SIDA. Es la materialización de la discriminación y lleva a que para enfrentar el aislamiento se promueva a la clandestinidad exacerbándose el problema de la propagación.

Con medidas de esta naturaleza las personas que están fuera de los grupos estigmatizados tienen la falsa percepción de que ha desaparecido el riesgo de la infección y de tomar medidas preventivas personales, es decir disminuye el grado de concientización tanto de los enfermos, como sanos, quedando estos últimos al acecho de ser víctimas inconscientes de la infección. Si volvemos a la clandestinidad, a la epidemia del SIDA; los esfuerzos de prevención y tratamiento serán mayores (VALDESPINO: 1991).

Una salida para mejorar el buen trato a los enfermos ha sido el sobresueldo del personal que atiende a los enfermos de SIDA. Sabemos que todo el personal que

trabaja en los servicios de salud sea médico o no, es necesario que asuman que por el tipo de actividad se vive en un permanente riesgo biológico. De tal suerte que aún cuando está claro el peligro implícito no se había considerado como algo palpable, por lo que es importante tomar en cuenta en la selección vocacional la aceptación del riesgo que tiene que ser asumido por los sujetos involucrados, el ejemplo mas claro es el de los aviadores..." ¿qué sería de aquel que acepta todas las responsabilidades de su oficio, menos la de volar por el temor a sufrir un accidente?" (LIFSHITZ: 2000). El personal de salud que escatima los servicios a los pacientes de VIH/SIDA, puede tener todo tipo de argumentos epidemiológicos pero en el fondo carece de argumentos éticos y morales.

No debe ignorarse el impacto psico social del SIDA en los trabajadores de la salud dado que existe estrés asociado con el trabajo con SIDA, por ello es central el tema de la seguridad y la higiene, y valdría la pena analizar si la compensación para los trabajadores sería justa y sobre todo tomando en consideración los efectos en la salud mental de los trabajadores. Las implicaciones psicosociales tienen efectos en el tratamiento y la atención de los enfermos por lo que, es indispensable el entrenamiento de personas específicamente preparadas para el cuidado de estos pacientes. (CARBALLO: 1990).

La ética hacia los pacientes infectados es pauta para la actitud de la población involucrada sobre todo por su relación con la prestación de apoyo, pero también por otros límites que se ponen a los enfermos de SIDA en el acceso a fuentes de trabajo, y la segregación en las personas afectadas y desde el manejo de la información le afecta también, a los familiares, convivientes o amistades para la propia atención directa hacia los enfermos.

Acerca de algunos tratamientos también es necesario analizar como se asume por las instituciones el personal y los familiares con respecto al mal pronóstico. Para que el tratamiento sea adecuado además, es necesario reconocer que en el caso de los pacientes crónicos y en los terminales, se debe respetar la autonomía de los enfermos, es decir la facultad que tienen de autogobernarse, en otras palabras, debemos promover que los pacientes participen activamente en decisiones que les conciernen. Aunque sin desconocer que hay una responsabilidad del personal de salud para abogar a favor de los enfermos de VIH /SIDA y de sus familiares. Es necesario conocer más sobre los derechos fundamentales de los pacientes, como son el derecho a la confidencialidad, a la información y a la atención médica, así como los derechos civiles de las personas y de los individuos sanos, como en el caso de los que se encuentran en contacto estrecho con los pacientes, especialmente del personal de salud (LIFSHITZ: 2000: 65)

Todo lo referente a ética y respuesta está inmerso en aspectos Sociales, por ello no puede ignorarse que el SIDA es un problema de salud fundamentalmente social, en parte debido a la facilidad con que puede propagarse en estos tiempos donde las comunicaciones se han acortado tanto. Pero también

por las características de la epidemia, pues son tan diversas, al trascender la explicación de su naturaleza biológica, ya que dentro de la sociedad contemporánea nos involucra a todos, como una patología que ha vuelto muy vulnerable nuestra individualidad en su expresión más íntima como es la sexualidad o en la más personal a nivel de su psicología.

Será importante en otros estudios, considerar a los enfermos desde su inserción de clase, para ver los diversos comportamientos sociales tanto en la esfera productiva como reproductiva y para lograr que los mensajes de tratamiento y prevención sean específicos y se asuman por los diferentes grupos sociales los mensajes para la prevención del SIDA tienen mucho que ver con el marco socio económico y cultural en la incorporación de los mismos, así como los recursos y oportunidades para lograr un mayor éxito en la posibilidad de prolongar la vida a los enfermos. Por ello se tiene que contextualizar la procedencia social de los enfermos, como trabajan y obtienen sus recursos económicos y sus posibilidades para controlar el padecimiento, entre otras cosas porque su manejo y tratamiento, son sumamente costosos. Y también debe tomarse en cuenta en esta condición social influye en su inversión en las instituciones y que sino se responsabilizaran del tratamiento significaría que los enfermos de SIDA están condenados a morir.

En el nivel individual es fundamental conocer la historia de la enfermedad, las circunstancias en que surge, los grupos humanos más lesionados, las causas de su presentación y sobre todo aspectos socioculturales que influyen en su difusión, la percepción que tienen los enfermos de su enfermedad, sus expectativas.

Con relación a los patrones culturales es importante considerar la conciencia del peligro de adquirir la enfermedad que tiene la población en general y la conciencia que tienen los enfermos en relación a la transmisión y propagación de la enfermedad (ROJAS: 1988). Se tiene que tomar en cuenta los costos por enfermedad pues es menor el precio de la educación en salud que el tratamiento médico de los enfermos (LEYVA: 1988). Ya que la medicina preventiva tiene un menor costo que la medicina curativa.

"Remontarse de lo general a lo particular"

2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

En los problemas de salud crónicos, uno de los problemas más álgidos e importantes desde el punto de vista clínico es la falta de apego al tratamiento, pero esto no es atribuible de modo directo al paciente o persona enferma, sino que en él coinciden un serie de factores que van más allá del individuo y de la institución donde ocurre la relación de intervención terapéutica.

Esta situación adquiere relevancia en el caso de la infección por VIH y en la consecuente afección del SIDA. Para este conjunto de daños a la salud la falta de apego al tratamiento incide con mucha gravedad en la carga viral y el incremento del número de CD4, la interrupción del suministro de medicamentos es una de las causas principales del fracaso en el tratamiento antirretroviral (ARV) en pacientes con virus de inmunodeficiencia humana.

De los factores asociados a la falta de apego al tratamiento se pueden destacar los que tienen que ver directamente con el tratamiento: la secuencia de ingesta, la dosis correcta, que el paciente acuda a las citas programadas, realice cambios en el estilo de vida; la edad y el número de medicamentos. Para que el tratamiento avance sin tropiezos es importante que los médicos tratantes den las indicaciones por escrito con mucha claridad, por lo tanto una buena relación médico paciente es fundamental, así como la participación de los familiares y amigos para que no se abandone el tratamiento.

Por ello las actitudes, los valores, los conocimientos y por supuesto los prejuicios en torno al paciente con VIH/SIDA de las personas con quienes se relaciona resultan trascendentales para asegurar el apego al tratamiento.

Por lo tanto la presente investigación aborda el modo problemático del rechazo al paciente con VIH/SIDA. Para tener una perspectiva que pudiera aproximarnos al conocimiento de esta situación se realizó un estudio de caso con un cuestionario de auto aplicación en 1993 en los servicios de salud del IMSS en Iguala Guerrero.

Las categorías principales que sustentan las preguntas del cuestionario son; conocimientos en torno al VIH/SIDA, temor al contagio, y prejuicios en cuanto a determinadas conductas sociales y sexuales.

2.1 Objetivos

Objetivo General

Identificar actitudes y formas de rechazo hacia los pacientes del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 4 de la Ciudad de Iguala, Gro. en el año 1993.

Objetivos Específicos

- 1.- Identificar algunas características de la población encuestada en cuanto a: edad, sexo, escolaridad, estado civil y ocupación.
- 2.- Caracterizar los conocimientos sobre el VIH/SIDA de los individuos encuestados del HGZMF/4.
- 3.- Identificar formas de rechazo del paciente VIH/SIDA del personal de los servicios de salud y del núcleo familiar.
- 4.- Valorar el grado de temor al contagio que tienen los trabajadores de la salud y la población encuestada en relación a la enfermedad del VIH/SIDA.
- 5.- Caracterizar algunas actitudes positivas y negativas hacia el paciente VIH/SIDA por conductas sociales y sexuales de los enfermos afectados.
- 6.- Identificar factores de riesgo asociados a la conducta sexual de las personas encuestadas

2.2 Eje de Análisis General

El rechazo del paciente VIH/SIDA por parte del personal de salud y del núcleo familiar de los pacientes derechohabientes del IMSS en la ciudad de Iguala, Guerrero, es debido a falta de conocimientos sobre la enfermedad, por temor al contagio y por prejuicios en relación a la conducta social y sexual de los enfermos.

Ejes de Análisis Específicos: -

1. La falta de información y conocimientos sobre el padecimiento VIH/SIDA del personal de salud y del núcleo familiar, condicionan el rechazo o aceptación de los pacientes afectados.
2. La conducta social y sexual del enfermo VIH/SIDA condiciona actitudes de rechazo o aceptación por parte del personal de salud y del núcleo familiar.

3. El temor al contagio del personal que asiste al paciente VIH/SIDA y el núcleo familiar condiciona el rechazo o aceptación de los pacientes afectados.

2.3 Procedimiento.

En el año 1993 se realizó un estudio en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 4 del IMSS en la Ciudad de Iguala Guerrero. Para ello se diseñó un cuestionario como resultado de un curso impartido en este Instituto. El cuestionario fue elaborado y discutido con los participantes en el curso, posteriormente se realizó una prueba piloto y se efectuaron modificaciones. Finalmente el cuestionario se aplicó a 183 personas: el 23% eran médicos, el 23% enfermeras, el 27% trabajadores del área administrativa, el 10% trabajadores de servicios básicos, y el 7% pacientes y familiares directos con diagnóstico de VIH/SIDA. Esto representó el 47 % del personal de dicha Unidad Médica y al 100% de los pacientes existentes en ese año y algunos de sus familiares.

El cuestionario inicial contaba con 114 preguntas (Ver anexo 4), de las cuales se eliminaron 27 no directamente relacionadas con el tema de este trabajo (Ver anexo 3). Las preguntas seleccionadas para el estudio quedaron distribuidas de la forma que se indica en la siguiente tabla:

2.3.1. Tabla de Características, Variables e Indicadores

CARACTERÍSTICAS	VARIABLES	INDICADORES (Preguntas)
Características socioeconómicas	Edad	73
	Sexo	74
	Ocupación	83
	Escolaridad	77
	Estado Civil	80
CATEGORÍAS	VARIABLES	INDICADORES (Preguntas)
1. Conocimientos	1.1 Conocimientos de SIDA.	Preguntas 1 a 8
	1.2 Conocimientos de Prevención de VIH/SIDA	17, 18, y 50

CATEGORÍAS	VARIABLES	INDICADORES (Preguntas)
	1.3 Conocimientos sobre transmisión de VIH/SIDA	27 a 39 y 49
	1.4 Conocimientos sobre tratamiento preventivo contra el SIDA	61 a 67
	1.5 Conocimientos sobre el cuidado de los enfermos de VIH/SIDA	68 a 71
2. Temor	2.1 Rechazo por temor al contagio	21 a 26
3. Prejuicios	3.1 Rechazo a quienes adquieren el SIDA	40 a 48
	3.2 Rechazo por posibilidad de contagio	53 a 60
4. Rechazo	4.1 Responsabilidad hacia los enfermos de VIH/SIDA	9 a 16
5. Sexualidad	5.1 Atracción sexual	86 y 87
	5.2 Prácticas sexuales	91 a 97, 102 a 115
	5.3 Información sexual	94

Se diseñó una base de datos en el programa Excel 2000, para capturarlas y codificarlas, así como para realizar los cálculos estadísticos que se aplicaron.

El análisis de la información se realizó asociando las variables independientes: edad, sexo, escolaridad, estado civil y ocupación con las variables dependientes: conocimientos del SIDA, mecanismos de prevención, Transmisión del SIDA, Auto valoración de conocimientos sobre SIDA, Cuidados a los pacientes, Capacidad para atender a los enfermos, Temor al contagio, Responsabilidad hacia los enfermos, Atracción sexual, Prácticas sexuales de riesgo y fuentes de información sobre sexualidad. El plan de análisis de las asociaciones fue mediante frecuencia simple analizando a) los que laboran en la Unidad Médica que considera los siguientes subgrupos: médicos, enfermeras, técnicos, personal administrativo, personal de servicios básicos. Y b) los derechohabientes enfermos y sus familiares. La codificación de las respuestas implicó una asociación diversa de preguntas y respuestas, ver el anexo 3.

Las frecuencias relativas se obtuvieron con base a las relaciones de las variables de cada grupo con las variables dependientes de: conocimientos,

prevención, conductas, mecanismos de transmisión, temor al contagio y sexualidad.

Se tiene que mencionar por otra parte los procedimientos que se siguieron para desarrollar las escalas de medición que se hicieron para cada asociación:

2.3.2. Características socioeconómicas de los encuestados

1.- Se definieron grupos de edad en base a su productividad laboral: grupo joven – menos de 25 años; adultos en plena etapa productiva – de 25 a 44 años -; madurez laboral – de 45 a 60 años-; adultos mayores – más de 60 años -.

2.- Distribución por sexo se clasificó en hombres y mujeres con los porcentajes correspondientes a cada caso.

3.- Escolaridad se distribuyó la cantidad de encuestados por cada grado.

4.- Estado civil se describe el número de solteros, casados, viudos, divorciados, unión libre, separados y los porcentajes.

5.- Ocupación donde se muestra la ocupación principal y el porcentaje.

6.- Derechohabientes por grupos de edad. Muestra el número y porcentaje por cada grupo de edad.

7.- Derechohabientes por sexo. Se clasificó en hombres y mujeres con los porcentajes correspondientes a cada caso.

8.- Escolaridad de los derechohabientes. Se distribuyó la cantidad por cada grado y el porcentaje.

9.- Estado civil de los derechohabientes. Muestra el número de solteros, casados, viudos, divorciados, unión libre, separados y los porcentajes.

10.- Ocupación de los derechohabientes. Muestra la ocupación principal y el porcentaje.

2.3.3. Conocimientos:

11.- Para la evaluación de los conocimientos de SIDA los porcentajes de los que respondieron con conocimiento científico, los que respondieron con supuestos no científicos y los que no respondieron, se asociaron según actividad profesional y se señalaron los porcentajes correspondientes. Las siguientes fueron las preguntas que permitieron esta clasificación.

- El SIDA es una enfermedad causada por virus
- El SIDA destruye el Sistema Inmunitario
- El SIDA daña el cerebro y el corazón
- El SIDA se presenta en cualquier edad
- El SIDA ocasiona cánceres
- El SIDA tiene portadores asintomáticos
- El SIDA es un castigo de Dios
- El SIDA es causado por hechicería

12.- Conocimientos de SIDA según sexo

13.- Conocimientos de SIDA según escolaridad distribuidos en hombres y mujeres.

14.- Conocimientos de SIDA de acuerdo a edad y sexo.

15.- Conocimientos de SIDA según profesión, agrupando a los que conocen los que obtuvieron de 6 a 8 respuestas correctas, conocimiento parcial los que obtuvieron de 5 a 8 respuestas y los que no conocen con menos de 5 respuestas.

17.- Conocimientos sobre medidas de prevención se valoró con buena información los que contestaron afirmativamente 3 respuestas. 2 respuestas correspondió a regular y 1 respuesta significó ninguna información las preguntas fueron:

- Cuáles son las diferentes opciones de prevención durante las prácticas sexuales: a) abstinencia sexual, b) relación fiel con una pareja sana, c) utilización de preservativos, d) todas las anteriores, e) ninguna de las anteriores.
- Cuáles son las prácticas sexuales sin riesgo: a) beso seco, b) abrazos, c) masturbación mutua, d) todas las anteriores, e) ninguna de las anteriores.
- Cuáles son las prácticas sexuales de poco riesgo: a) beso húmedo, b) coito con uso de condón, c) todas las anteriores, d) ninguna de las anteriores.

20.- Conocimientos sobre Transmisión del SIDA de acuerdo a profesión era alto con más de 9 respuestas afirmativas, regulares de 6 a 8 respuestas y escasas cuando obtuvieron menos de 5 respuestas:

- La mujer embarazada con SIDA se lo transmite a su bebé.
- El SIDA se puede transmitir por transfusión sanguínea.
- El SIDA lo contagian los enfermos asintomáticos.
- El SIDA lo transmite quien tuvo relaciones con un enfermo.
- El SIDA se transmite por jeringas contaminadas.
- El SIDA se contagia dando sangre.
- Solo quienes usan drogas adquieren el SIDA
- Los mosquitos transmiten el SIDA.
- El SIDA se transmite por la saliva.
- El SIDA se adquiere por alimentos preparados por un enfermo.
- El SIDA se transmite por utensilios de comida de un enfermo.

22.- Autovaloración de conocimientos de SIDA pregunta de selección cualitativa clasificada como mucho, poco o nada.

- Qué tanto sabe sobre SIDA

24.- Conocimientos sobre manejo preventivo del SIDA de 5 a 7 respuestas calificaban como alto conocimiento, de 2 a 4 respuestas era un conocimiento medio y menos de 2 bajo conocimiento.

- El SIDA se previene sin tener relaciones sexuales o absteniéndose de las mismas.
- Una pareja sana no presentará SIDA.
- Se puede prevenir con pastillas anticonceptivas.
- Hay vacuna contra el SIDA.
- Hay cura contra el SIDA.
- Los curanderos curan el SIDA.
- La mayoría de los enfermos de SIDA mueren.

25.- Conocimientos sobre el cuidado de los enfermos 4 respuestas se calificaron con alto, de 2 a 3 respuestas el conocimiento era medio y menos de 2 obtenían una calificación baja.

- El enfermo debe tener apoyo psicológico.
- El enfermo debe retirarse de su profesión.
- El enfermo debe ser aislado.
- El SIDA es más temido que la lepra

2.3.4 Temor

18.- Temor al contagio se calificó con 4 respuestas de acuerdo; el temor era alto, con 3 respuestas de acuerdo el temor era parcial, 2 respuestas correspondió a bajo temor, 1 respuesta escaso temor y 0 respuestas de acuerdo sin ningún temor. Siendo las preguntas:

- Temo o temería contraer SIDA por atender a pacientes con ésta enfermedad.
- Mi mayor preocupación acerca de la atención a los pacientes con SIDA es si puedo infectarme o morir.
- Si atiendo a pacientes con SIDA puede afectar mis relaciones familiares.
- Atender a pacientes con SIDA puede afectar mis relaciones personales.

19.- Sentimiento de incapacidad para la atención de los enfermos de SIDA si contestaron 2 respuestas de acuerdo no tenían ninguna capacidad, 1 respuesta de acuerdo tenían regular capacidad y ninguna respuesta correspondió a mucha capacidad.

- Cuando atiendo a pacientes con SIDA me siento incapaz de atender sus necesidades físicas.
- Cuando atiendo a pacientes con SIDA me siento incapaz de satisfacer sus necesidades psicológicas.

2.3.5. Prejuicios

21.- Conocimientos sobre quienes adquieren el SIDA de 7 a 9 respuestas afirmativas era alto, con 4 a 6 respuestas conocimiento medio y menos de 3 respuestas escaso conocimiento. Las preguntas correspondientes son:

- Las personas que usan drogas adquieren fácilmente el SIDA.
- Las personas que usan drogas intravenosas adquieren fácilmente el SIDA.
- Las personas que tienen relaciones sexuales con varias personas adquieren el SIDA.
- Todas las prostitutas-os adquieren fácilmente el SIDA.
- Los que practican la homosexualidad se contagian fácilmente.
- Los que practican la bisexualidad se contagian fácilmente.
- Los que practican la promiscuidad se contagian fácilmente.
- El uso de condones, el tener relaciones sexuales con una sola persona conocida, son algunas medidas para prevenir el SIDA.
- El SIDA se transmite por platicar o dar la mano a la persona que tiene la enfermedad.

23.- Posibilidad de adquirir el SIDA si contestaron de 6 a 8 respuestas afirmativas se clasificó con alta posibilidad, de 3 a 5 respuestas mediana posibilidad y de 2 o menos era baja posibilidad. Las preguntas fueron:

- El SIDA es frecuente en personas con vida sexual activa.
- El SIDA solo los homosexuales lo adquieren.
- El SIDA lo contraen probablemente los homosexuales.
- El SIDA lo adquieren las prostitutas.
- El SIDA se presenta en bisexuales.
- Hay mayor riesgo al tener relaciones con varias personas.
- El SIDA puede usted adquirirlo.
- El SIDA es una epidemia mundial.

2.3.6. Rechazo

16.- Responsabilidad de acuerdo a actividad con 6 a 8 respuestas correctas hay responsabilidad, de 3 a 5 respuestas corresponde a mediana y de menos de 3 respuestas se clasificaron son ninguna responsabilidad. Siendo las siguientes preguntas:

- Las instituciones de salud deberían tener el derecho de rehusarse a proporcionar atención a un enfermo con SIDA.
- Creo que tengo el derecho a cuidar un enfermo de SIDA.
- Los individuos con SIDA deberían ser atendidos en unidades separadas.
- El personal que atiende enfermos con SIDA debe hacerlo unilateralmente.
- Si atiendo a individuos con SIDA me deben de pagar un sobresueldo.

- Me molesta que se destine presupuesto de atención a la salud y recursos de salud al cuidado de los enfermos de SIDA.
- No deberían utilizarse tratamientos radicales para enfermos con SIDA.
- Es mi responsabilidad como personal de salud abogar a favor de quien tiene SIDA y de sus familiares.

2.3.7. Sexualidad

26.- Atracción sexual se evaluó con respuestas donde los encuestados tenían relaciones sexuales con personas del mismo sexo, relaciones sexuales con personas de ambos sexos y relaciones sexuales con personas del sexo opuesto, siendo las preguntas siguientes:

- El grado de atracción que yo siento hacia otras personas es:
 - a) Sólo me siento atraído hacia personas de mi mismo sexo y no reconozco belleza en personas del sexo contrario.
 - b) Sólo me siento atraído hacia personas de mi mismo sexo y puedo reconocer belleza en personas del sexo contrario.
 - c) Me siento atraído principalmente hacia personas de mi mismo sexo, pero también con frecuencia hacia personas del sexo contrario.
 - d) Me siento igualmente atraído físicamente por hombres y mujeres.
 - e) Me siento atraído principalmente hacia personas del sexo contrario, pero también con frecuencia hacia personas de mi mismo sexo.
 - f) Sólo me siento atraído hacia personas del sexo contrario y puedo reconocer belleza en personas de mi mismo sexo.
 - g) Sólo me siento atraído hacia personas del sexo contrario y no reconozco belleza en personas de mismo sexo.
- Haciendo un balance de mi experiencia sexual hasta la fecha:
 - a) Sólo he tenido relaciones con personas de mi mismo sexo.
 - b) Sólo he tenido relaciones con personas de mi mismo sexo y algunas veces con personas del sexo contrario.
 - c) He tenido relaciones con un número similar de mujeres que de hombres.
 - d) Sólo he tenido relaciones con personas del sexo contrario y algunas veces con personas de mi mismo sexo.
 - e) Sólo he tenido relaciones con personas del sexo contrario.
- Si durante tu relación de pareja actual has tenido o tuviste relaciones sexuales con otra(s) persona(s), aparte de tu compañero(a), esto ha ocurrido:

- a) Una vez.
 - b) Entre dos y cinco veces.
 - c) Entre seis y diez veces.
 - d) Más de 11 veces.
 - e) Nunca he tenido relaciones sexuales fuera de mi pareja.
- Si antes de tu matrimonio (o unión libre) tuviste relaciones sexuales, esto sucedió:
 - a) Una vez.
 - b) Entre dos y cinco veces.
 - c) Entre once y quince veces.
 - d) Más de 16 veces.
 - e) Nunca he tenido relaciones sexuales fuera de mi pareja.

27.- Prácticas sexuales según riesgo.

- Si alguna vez has introducido tu pene en el ano de una mujer, esto ha ocurrido:
 - a) Una vez.
 - b) Entre dos y cinco veces.
 - c) Entre 6 y 10 veces.
 - d) Más de 10 veces.
 - e) Nunca me ha sucedido.
- Si alguna vez has introducido tu pene en el ano de un hombre, esto ha ocurrido:
 - a) Una vez.
 - b) Entre dos y diez veces.
 - c) Entre 10 y 20 veces.
 - d) La mayor parte de las veces.
 - e) Sólo eso hago.
 - f) Nunca lo he hecho.
- Alguna vez has utilizado una droga o sustancia para disfrutar más tus relaciones sexuales como alcohol, marihuana, poppers, etc.
 - a) Sí una vez.
 - b) Sí, entre dos y cinco veces.
 - c) Sí entre 6 y 10 veces.
 - d) Sí frecuentemente.
 - e) Si la mayor parte de las veces.
 - f) No nunca.
- Si alguna vez han penetrado un pene en tu ano, esto ha sucedido:
 - a) Una vez.
 - b) Entre dos y cinco veces.
 - c) Entre 6 y 10 veces.

- d) Más de 10 veces.
- e) Nunca me ha sucedido.

- Han realizado tú y tú pareja sexual el coito durante la menstruación:
 - a) Pocas veces.
 - b) Casi siempre o siempre.
 - c) Sólo en ese período lo hacemos.
 - d) Nunca lo hacemos en ese período.
 - e) Nos acariciamos sin tener coito.

28.- Fuentes de Información sexual. Se elaboran los porcentajes de acuerdo a las personas o medios que proporcionaron la primera información sexual: médico(a), amigo(a), Padre, Maestro (a), Sacerdote, Libros /revistas, hermano o familiar, otros. Corresponde a la siguiente pregunta:

- La primera información que tuviste sobre temas sexuales, te fue dada por (enumera del uno al tres, en orden de importancia): el médico, amigo(a), padre, maestro, sacerdote, libros/revistas, hermano(a), otros.

"La fuerza del conocimiento humano, vivo, fértil, auténtico, poderoso, omnipotente, objetivo y absoluto"

3. RESULTADOS.

3.1 Características

3.1.1 Características de la población encuestada.

De un total de 183 personas a quienes se les aplicó el cuestionario 25 fueron médicos, personal de enfermería 42, técnicos 14, trabajadores de servicios básicos 19, asistentes médicas y personal administrativo 31, pacientes y familiares 13, todos pertenecientes al Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 4 en la Ciudad de Iguala en el Estado de Guerrero.

En la Tabla 1, se puede apreciar que 27% no respondió a esta pregunta. 50% tenía entre 25 y 44 años, 12% eran menores de 24 años, 10% de 45 y 60 años, 1% era mayor de 61 años.

TABLA 1: GRUPOS DE EDAD
HGZMF/4. IMSS. IGUALA. 1993

Grupos de edad	Número	Frecuencia
Menores de 24 años	22	12%
De 25 a 44 años	92	50%
De 45 a 60 años	18	10%
61 años y mayores	1	1%
No responden	50	27%

La Tabla 2, muestra la distribución de la población por sexo. Se encontró que el 53% eran mujeres, 30% hombres y 17% no respondió.

TABLA 2. DISTRIBUCIÓN POR SEXO Y PORCENTAJE DE LOS ENCUESTADOS EN EL HGZMF/4. IMSS. IGUALA. 1993

SEXO:	Mujeres	No Resp.	Hombres	Mujeres	No Resp.
Hombres	97	32	30%	53%	17%

La Tabla 3, corresponde a escolaridad. El 32% de los encuestados tiene estudios profesionales, 16% con secundaria o prevocacional; 13% no respondió, 10% con estudios de postgrado, 7% con primaria, 3% para comercio o normal, y 1% otra. Actualmente, para ingresar al IMSS se pide como requisito de escolaridad, mínimo preparatoria o vocacional.

TABLA 3. DISTRIBUCIÓN POR ESCOLARIDAD DE TODOS LOS ENCUESTADOS EN EL HGZMF/4. IMSS. IGUALA. 1993

Escolaridad	Número	Porcentaje
PRIMARIA	13	7%
SECUNDARIA O PREVOCAACIONAL	29	16%
COMERCIO NORMAL	5	3%
PROFESIONAL	6	3%
POST GRADO	58	32%
OTRA	18	10%
NO RESPONDIO	1	1%
	24	13%

En la Tabla 4.-Se muestra la distribución por estado civil de los encuestados. Se encontró que 54% eran casados, 28% solteros, 8% no respondió, el 5% vivía en unión libre, 2% eran viudos o divorciados y 3% estaban separados.

TABLA 4. DISTRIBUCIÓN POR ESTADO CIVIL DE TODOS LOS ENCUESTADOS EN EL HGZMF/4. IMSS. IGUALA. 1993

Estado Civil	Número	Porcentaje
SOLTERO(A)	48	28%
CASADO (A)	99	54%
VIUDO (A)	3	2%
DIVORCIADO (A)	3	2%
UNIÓN LIBRE	10	5%
SEPARADO (A)	5	3%
NO RESPONDIO	14	8%

En la Tabla 5 se refiere la ocupación donde invertían mayor tiempo los encuestados. 44% se definió como empleados del IMSS, 32% de profesionales, 13% no respondieron, 3% en actividades técnicas, 3% labores domésticas, y 1% como estudiante. Solamente el 2 % no trabajaban.

TABLA 5. OCUPACIÓN DE TODOS LOS ENCUESTADOS DEL HGZMF/4. IMSS. IGUALA. 1993

Ocupación	Número	Porcentaje
OBRAERO	1	1%
EMPLEADO	81	44%
TÉCNICO (A)	5	3%
OTRA	3	2%
PROFESIONAL	59	32%
ESTUDIANTE	1	1%
LABORES DOMESTICAS	6	3%

Ocupación	Número	Porcentaje
NO TRABAJA	4	2%
NO RESPONDIÓ	23	13%

Características de la población derechohabiente

En la Tabla 6, se refiere a la población derechohabiente donde el 54 % se encuentra en el grupo de edad de 25 a 44 años. El 31 % entre 45 y 60 años, el 8% más de 60 años y un 8% no respondió.

TABLA 6: GRUPOS DE EDAD DE LA POBLACIÓN DERECHOHABIENTE HGZMF/4. IMSS. IGUALA. 1993

Grupos de Edad	Número	Frecuencia
Entre 1 y 24 años	0	0%
Entre 25 y 44 años	7	54%
Entre 45 y 60 años	4	31%
Entre 61 y 99 años	1	8%
No respondió	1	8%

En la Tabla 7, 54 % son mujeres y 46 % hombres. Todos respondieron.

TABLA 7. DISTRIBUCIÓN POR SEXO Y PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN DERECHOHABIENTE ENCUESTADA EN EL HGZMF/4. IMSS. IGUALA. 1993

SEXO	Mujeres	No Resp	Hombres	Mujeres	No Resp
Hombres	7	0	46%	54%	0%

En la Tabla 8, observamos que en la Población derechohabiente, 31 % tenía escolaridad primaria. Otro 23 % Preparatoria o Vocacional, el 23% Profesional, el 8% con secundaria o Prevocacional, Normal y Otra. Todos respondieron.

TABLA 8. DISTRIBUCIÓN POR ESCOLARIDAD DE LA POBLACIÓN DERECHOHABIENTE ENCUESTADA EN EL HGZMF/4. IMSS. IGUALA. 1993

ESCOLARIDAD	NUMERO	PORCENTAJE
Primaria	4	31%
Secundaria o Prevocacional	1	8%
Preparatoria o Vocacional	3	23%
Comercio	0	0%
Normal	1	8%

ESCOLARIDAD	NÚMERO	PORCENTAJE
Profesional	3	23%
Postgrado	0	0%
Otra	1	8%
No respondió	0	0%

En la Tabla 9, se puede apreciar el Estado Civil. Se declaran casados el 46 %, solteros un porcentaje similar, 8 % en Unión Libre.

TABLA 9. DISTRIBUCIÓN POR ESTADO CIVIL DE LA POBLACIÓN DERECHOHABIENTE ENCUESTADA EN EL HGZMF/4. IMSS. IGUALA. 1993

ESTADO CIVIL	NÚMERO	PORCENTAJE
Soltero(a)	6	46%
Casado(a)	6	46%
Viudo(a)	0	0%
Divorciado(a)	0	0%
Unión libre	1	8%
Separado(a)	0	0%
No resp	0	0%

Para la Tabla 10, que corresponde a la Ocupación a la que se dedica mayor parte del tiempo es el 31 % que no trabajaban, 23 % empleados del IMSS, 15 % Profesionales y Labores Domésticas y 8% otra ocupación o no respondieron.

TABLA 10. OCUPACIÓN DE LA POBLACIÓN DERECHOHABIENTE ENCUESTADA DEL HGZMF/4. IMSS. IGUALA. 1993

OCUPACIÓN	NÚMERO	PORCENTAJE
Obrero(a)	0	0%
Empleado(a)	3	23%
Técnico(a)	0	0%
Otra	1	8%
Profesional	2	15%
Estudiante	0	0%
Labores domésticas	2	15%
No trabajo	4	31%
No respondió	1	8%

3.2 Asociaciones.

3.2.1 Conocimientos

En la Tabla 11, se realiza una descripción de los distintos grupos de encuestados tratando de conocer el porcentaje de conocimientos científicos o de supuestos no científicos.

En relación a los conocimientos científicos se aprecia que tanto los médicos como el personal técnico de laboratorio obtuvieron el mismo porcentaje: 85%. Con relación a los supuestos no científicos el personal de servicios básicos tuvo el mayor porcentaje 18%, el personal administrativo obtuvo 17%, y el personal técnico 15% de supuestos no científicos, 14% todos los encuestados y un 13% las enfermeras. En relación al personal médico se aprecia 11% obtuvieron supuestos no científicos.

TABLA 11. CONOCIMIENTOS DE SIDA.
Trabajadores de la Salud y población según actividad profesional. HGZMF/4.
IMSS. IGUALA. GUERRERO. 1993

Encuestas	CONOCIMIENTO CIENTÍFICO	SUPUESTO NO CIENTÍFICO	No respondió
Médicos	85%	11%	3%
Enfermeras	82%	13%	6%
Técnicos	85%	15%	0%
Personal administrativo	76%	17%	5%
Servicios Básicos	80%	18%	3%
Población IMSS	81%	10%	10%
Todos los encuestados	80%	14%	6%

La Tabla 12, muestra los conocimientos de SIDA en relación a su distribución por sexo. Presentaron mayor número de aciertos los hombres con 84%, contra 79% de las mujeres. 3 % de los hombres y 5% de las mujeres no contestaron las preguntas.

TABLA 12. CONOCIMIENTOS DE SIDA, SEGÚN SEXO
HGZMF/4.IMSS. IGUALA, GUERRERÓ. 1993

SEXO	CONOCIMIENTO CIENTÍFICO	SUPUESTO NO CIENTÍFICO	NO RESPONDIÓ
Hombres	84%	13%	3%
Mujeres	79%	14%	5%
Sexo no	77%	16%	8%

SEXO	CONOCIMIENTO CIENTÍFICO	SUPUESTO NO CIENTÍFICO	NO RESPONDIÓ
indicado			

En la Tabla 13, se muestran los conocimientos sobre SIDA según grado de escolaridad. Quienes obtuvieron mayor número de conocimientos científicos fueron los que habían realizado estudios de preparatoria o vocacional, 89% eran hombres, siguiendo los médicos con posgrado con 88%, las mujeres con posgrado obtuvieron un 86 %, de las mujeres con primaria y secundaria obtuvieron un 85%.

De los encuestados que tuvieron menor puntaje de conocimiento científico, el 70% fueron mujeres con escolaridad de comercio y un 75% en el grupo de otra escolaridad. Los hombres con estudios de preparatoria y vocacional obtuvieron los porcentajes más bajos de supuestos no científicos, menos del 5% fueron hombres con estudios de preparatoria o vocacional. Llama la atención que los hombres y las mujeres con estudios de primaria, secundaria y normal contestaron todas las preguntas, así como los que tenían estudios de posgrado.

TABLA 13. CONOCIMIENTOS DE SIDA, SEGÚN ESCOLARIDAD
HGZMF/4. IMSS. IGUALA. GUERRERO. 1993

ESCOLARIDAD	SEXO	CONOCIMIENTO CIENTÍFICO	SUPUESTO NO CIENTÍFICO	NO RESP
PRIMARIA	HOMBRES	81%	19%	0%
	MUJERES	85%	15%	0%
SECUNDARIA O PREVOCAACIONAL	HOMBRES	83%	17%	0%
	MUJERES	83%	17%	0%
PREPARATORIA O VOCACIONAL	HOMBRES	89%	5%	5%
	MUJERES	77%	15%	8%
COMERCIO	HOMBRES			
	MUJERES	70%	8%	23%
NORMAL	HOMBRES			
	MUJERES	78%	22%	0%
PROFESIONAL	HOMBRES	82%	14%	5%
	MUJERES	81%	17%	2%
POST GRADO	HOMBRES	88%	13%	0%
	MUJERES	86%	8%	6%
OTRA	HOMBRES			
	MUJERES	75%	25%	0%

En la Tabla 14, al clasificar los grupos de edad se encontró que tienen más conocimientos científicos sobre SIDA las personas de 45 a 60 años. 85% de los hombres y 82% de las mujeres quedó en esta categoría, seguidos por 83% de hombres y 81% de las mujeres de 25 a 44 años. El grupo que mostró menores conocimientos científicos correspondió a las mujeres de 24 años y menores.

En cuanto a los supuestos no científicos: los hombres de 25 a 44 años obtuvieron el 15% y 16% las mujeres. El resto de los grupos de edad obtuvieron 13% de supuestos no científicos. Las personas mayores de 60 años obtuvieron el mayor porcentaje de conocimientos científicos.

TABLA 14. CONOCIMIENTOS DE SIDA, SEGÚN EDAD Y SEXO
HGZMF/4.IMSS. IGUALA. Gro.1993

EDAD	SEXO	CONOCIMIENTO CIENTÍFICO	SUPUESTOS NO CIENTÍFICOS Y NO RESP.
24 AÑOS Y MENORES	HOMBRES	81%	19%
	MUJERES	77%	22%
25 Y 44 AÑOS	HOMBRES	83%	16%
	MUJERES	81%	20%
45 Y 60 AÑOS	HOMBRES	85%	15%
	MUJERES	82%	18%
MÁS DE 60 AÑOS	HOMBRES	100%	0%

En la Tabla 15, las preguntas correspondientes a conocimientos científicos sobre SIDA con relación a la profesión, las enfermeras obtuvieron el porcentaje más alto de conocimientos con 93%, le siguen el personal de servicios básicos con 89% de conocimientos, en tercer lugar los médicos con 88%, luego la población IMSS 85%, por último los técnicos obtuvieron el 79% y el personal administrativo 78%.

TABLA 15. CONOCIMIENTOS DE SIDA, SEGÚN PROFESIÓN
HGZMF/4. IMSS. IGUALA, GRO. 1993

GRUPOS	SI CONOCEN	CONOCEN PARCIALMENTE	NO CONOCEN
MÉDICOS	88%	9%	2.3%
ENFERMERAS	93%	7%	0%
TÉCNICOS	79%	21%	0%
PERSONAL ADMINISTRATIVO	78%	20%	0%
SERVICIOS BÁSICOS	89%	11%	0%
POBLACIÓN IMSS	85%	15%	0%
TODOS	85%	13%	2%

Tabla 16.- Muestra las medidas de prevención el 35% de los médicos cuentan con buena información en cuanto a medidas de prevención, 44% se ubicaron en la escala de regular información y 21% no contaba con información.

Podemos decir que el grueso de los encuestados incluyendo a los médicos, contaba con un conocimiento medio y en la escala de medición los porcentajes quedaron ubicados dentro de esta clasificación.

TABLA 16. CONOCIMIENTO DE MEDIDAS DE PREVENCIÓN, SEGÚN PROFESIÓN Y ACTIVIDAD. HGZMF/4. IMSS. IGUALA, GRO. 1993

ENCUESTAS	BUENA INFORMACIÓN	REGULAR INFORMACIÓN	NINGUNA INFORMACIÓN
MÉDICOS	35%	44%	21%
ENFERMERAS	12%	40%	48%
TÉCNICOS	0%	14%	88%
PERSONAL ADMINISTRATIVO	4%	24%	72%
SERVICIOS BÁSICOS	0%	21%	79%
POBLACIÓN IMSS	8%	69%	23%
TODOS	13%	34%	53%

Tabla 17.- El conocimiento sobre transmisión del SIDA. El 100% de los técnicos y población del IMSS obtuvieron un nivel alto de conocimiento en cuanto a la transmisión del SIDA.

Los médicos y personal administrativo obtuvieron conocimiento alto, el 98%; y conocimiento escaso el 2% para ambos grupos.

Todos los encuestados tuvieron 96% de conocimiento alto y 4% escaso conocimiento sobre la transmisión. El personal de servicios básicos tuvo 95% de conocimiento alto y 5% regular. El personal de enfermería tuvo alto conocimiento 93%, y 7% escaso conocimiento.

TABLA 17. CONOCIMIENTOS SOBRE TRANSMISIÓN DEL SIDA, SEGÚN PROFESIÓN Y ACTIVIDAD. HGZMF/4. IMSS. IGUALA, GRO. 1993

Encuestas	Alto	Regular	Escaso
Médicos	98%	0%	2%
Enfermeras	93%	0%	7%
Técnicos	100%	0%	0%
Personal administrativo	98%	0%	2%
Servicios Básicos	95%	5%	0%
Población IMSS	100%	0%	0%
Todos	96%	1%	4%

Tabla 18 -La autovaloración del conocimiento de SIDA. En el caso de los médicos ellos consideraban (44%) que conocían mucho sobre los mecanismos de transmisión, poco conocimiento el 49%. Los trabajadores de servicios básicos

obtuvieron 26% en mucho conocimiento y 74% en poco conocimiento. Las enfermeras obtuvieron 24% en mucho conocimiento, 62% poco conocimiento y el 7% no tenían conocimientos. Los técnicos obtuvieron 14% en mucho conocimiento, y 86% con poco conocimiento. El personal administrativo el 6% consideró tener mucho conocimiento, y el 92% poco conocimiento.

De la población derechohabiente todos contestaron que tenían poco conocimiento. En relación a todos los encuestados el 21% calificó en mucho conocimiento, 72% con poco conocimiento y un 2% sin conocimiento.

TABLA 18. AUTOVALORACIÓN CONOCIMIENTOS DEL SIDA, SEGÚN PROFESIÓN Y ACTIVIDAD HGZMF/4. IMSS. IGUALA. GRO. 1993

Encuestas	Mucho	Poco	Nada
Médicos	44%	49%	0%
Enfermeras	24%	62%	7%
Técnicos	14%	86%	0%
Personal administrativo	6%	92%	0%
Servicios Básicos	26%	74%	0%
Población IMSS	0%	100%	0%
Todos	21%	72%	2%

Tabla 19.- Manejo preventivo contra el SIDA. La población del IMSS obtuvo un alto conocimiento con 100% sobre el manejo preventivo. El personal administrativo tuvo 94% en alto, 4% conocimiento medio y 2% bajo. Los médicos alcanzaron 91% en alto, 7% conocimiento medio y 2% bajo.

Todos los encuestados obtuvieron el 89% en calificación alta; las enfermeras 88% quedaron clasificadas con calificación alta, 2% en medio y 10% bajos, siendo el extremo más bajo los servicios básicos con 68% en alto y 32% medio.

TABLA 19. CONOCIMIENTOS SOBRE TRATAMIENTOS CONTRA EL SIDA. SEGÚN PROFESIÓN Y ACTIVIDAD. HGZMF/4. IMSS. IGUALA. GRO. 1993

Encuestas	Alto	Medio	Bajo
Médicos	91%	7%	2%
Enfermeras	88%	2%	10%
Técnicos	93%	0%	7%
Personal administrativo	94%	4%	2%
Servicios Básicos	68%	32%	0%
Población IMSS	100%	0%	0%
Todos	89%	7%	2%

Tabla 20.- La población derechohabiente del IMSS obtuvo el mayor porcentaje en alto con 69%. Los médicos con 47% en alto. Los técnicos obtuvieron 36% en alto. Todos los encuestados y el personal administrativo con 33% y 32% de calificación en conocimiento alto.

Es importante mencionar que los porcentajes más elevados en casi todos los grupos están dentro de una calificación media de conocimiento.

TABLA 20. CONOCIMIENTOS SOBRE EL CUIDADO PARA LOS ENFERMOS DE SIDA, SEGÚN PROFESIÓN / ACTIVIDAD). HGZMF/4. IGUALA. IMSS. GRO. 1993

Encuestas	Alto	Medio	Bajo
Médicos	47%	49%	5%
Enfermeras	21%	67%	12%
Técnicos	36%	57%	7%
Personal administrativo	32%	60%	8%
Servicios Básicos	5%	95%	0%
Población IMSS	69%	31%	0%
Todos	33%	60%	2%

3.2.2. Temor

Tabla 21.- Se describen los resultados del temor al contagio. De todos los encuestados 12% expresó temor elevado, 23% resultó dentro de la medición temor parcial, 15% se ubicaron dentro de la clasificación bajo temor, 17% con escaso temor y 32% de los encuestados no tenían temor.

El 32% del personal de servicios básicos quedaron clasificados en la medición de temor alto, el 21% de las enfermeras quedaron en la clasificación de temor elevado, 40% estaban dentro del temor parcial, 14% obtuvieron calificación de bajo temor, 10% con escaso temor y 14% se ubicaron dentro del no temor.

En cuanto a los médicos el 9% se clasificó dentro del temor alto, 14% en temor parcial, 19% con bajo temor, 16% escaso temor y 42% en la escala de sin temor.

El personal administrativo se encontraba el 6% dentro de la escala de temor elevado, con temor parcial se ubicó el 26%, con bajo temor el 18%, escaso temor el 12% y sin temor el 38%. En relación a los técnicos y población derechohabiente no quedaron dentro de la medición de temor alto, ubicándose el 36% de los técnicos dentro de la medición temor parcial, y el 8% de la población del IMSS se encontró dentro de temor parcial y en temor bajo con el mismo porcentaje.

Para los servicios básicos 32% refirió temor elevado, 5% con temor parcial, 21% con bajo temor, el 26% percibía escaso temor y 16% quedó en el rango de sin temor.

TABLA 21. TEMOR AL CONTAGIO, SEGÚN PROFESIÓN Y ACTIVIDAD
HGZMF/4. IGUALA, GRO. 1993

Encuestas	Alto	Parcial	Bajo	Escaso	Sin
Médicos	9%	14%	19%	16%	42%
Enfermeras	21%	40%	14%	10%	14%
Técnicos	0%	36%	0%	29%	36%
Personal administrativo	6%	26%	18%	12%	38%
Servicios Básicos	32%	5%	21%	26%	16%
Población IMSS	0%	8%	8%	38%	46%
Todos	12%	23%	15%	17%	32%

Tabla 22.- Sentimientos de incapacidad para atender a los pacientes. En relación a los médicos, contestaron 70% que sí se sentían capaces de atender tanto física como psicológicamente a los enfermos con SIDA, 14% respondieron tener regular capacidad y 16% respondieron que no tenían capacidad.

En la categoría ocupacional de servicios básicos 74% del personal entrevistado consideraba tener mucha capacidad, 5% regular y 21% ninguna. El 56% del personal administrativo respondió que sentía mucha capacidad, el 16% quedó calificado con regular y 28% que no la tenían.

De las enfermeras el 52% respondió tener mucha capacidad, 31% regular y 43% ninguna capacidad. De la población derechohabiente del IMSS, el 46% calificó con mucha capacidad, 8% con regular, y el 46% se ubicó dentro de ninguna capacidad.

TABLA 22. SENTIMIENTOS DE CAPACIDAD PARA LA ATENCIÓN DE LOS ENFERMOS SEGÚN PROFESIÓN Y ACTIVIDAD
HGZMF/4. IGUALA. GRO. 1993

Encuestas	Mucha	Regular	Ninguna
Médicos	70%	14%	16%
Enfermeras	52%	31%	17%
Técnicos	43%	14%	43%
Personal administrativo	56%	16%	28%
Servicios Básicos	74%	5%	21%
Población IMSS	46%	8%	46%
Todos	59%	17%	24%

3.2.3. Prejuicios

El conocimiento en relación a quienes adquieren el SIDA. Los médicos obtuvieron conocimiento alto, el 16%, medio 79% y escaso 5%. La población IMSS tuvo 15% de conocimiento alto y 85% medio. El personal administrativo y todos los encuestados obtuvieron 8% en conocimiento alto, conocimiento medio 88% y 87% respectivamente y 4% y 5% para bajo conocimiento.

Los técnicos obtuvieron el 100% de conocimiento medio; el personal de servicios básicos obtuvo el 95% y el 5% correspondió a escaso conocimiento.

TABLA 23. CONOCIMIENTOS SOBRE QUIENES ADQUIEREN EL SIDA, SEGÚN PROFESIÓN Y ACTIVIDAD
HGZMF/4. IMSS. IGUALA. GRO. 1993

Encuestas	Alto	Medio	Escaso
Médicos	16%	79%	5%
Enfermeras	2%	90%	7%
Técnicos	0%	100%	0%
Personal administrativo	8%	88%	4%
Servicios Básicos	0%	95%	5%
Población IMSS	15%	85%	0%
Todos	8%	87%	5%

Posibilidad de adquirir el SIDA. La población derechohabiente del IMSS obtuvo 92% de calificación en cuanto a la posibilidad de adquirir el SIDA, lo que es un porcentaje alto. Los médicos alcanzaron un 84% en alto, 14% en medio y un 2% de bajo conocimiento.

Todos los encuestados tuvieron alto porcentaje, pero según la categorización fue alto 77%, 19% medio y 2% bajo. Estando muy cerca de esta calificación el personal administrativo con un 76% de alto, 22% conocimiento medio y 2% fue bajo conocimiento.

Las enfermeras obtuvieron el 74% en la calificación de alto conocimiento y el personal de servicios básicos fue similar en alto, en conocimiento medio las enfermeras obtuvieron un 19% y el 7% de servicios básicos tuvieron bajo conocimiento.

Para el grupo de servicios básicos el 26% de los encuestados tuvieron conocimiento medio y ninguno clasificó en conocimientos bajos. Finalmente los técnicos fueron los más bajos obteniendo 64% de los encuestados mucho conocimiento, el 29% tuvo conocimiento medio y 7% de los encuestados no tenían conocimientos.

TABLA 24. POSIBILIDAD DE ADQUIRIR EL SIDA, SEGÚN PROFESIÓN Y ACTIVIDAD. HGZMF/4. IMSS. IGUALA. GRO. 1993

Encuestas	Alto	Medio	Bajo
Médicos	84%	14%	2%
Enfermeras	74%	19%	7%
Técnicos	64%	29%	7%
Personal administrativo	76%	22%	2%
Servicios Básicos	74%	26%	0%
Población IMSS	92%	8%	0%
Todos	77%	19%	2%

3.2.4. Rechazo

Tabla 25.- Se encontró que la población derechohabiente expresó el mayor sentido de responsabilidad con un 77%, los médicos obtuvieron 51%, los técnicos 43%, el personal administrativo 36%, las enfermeras solamente 14% y los servicios básicos no respondieron nada en responsabilidad.

En el caso de la población derechohabiente el 77% se consideran responsables, 23% respondieron tener solo mediana responsabilidad. Con respecto al personal médico el 51% aceptaron tener responsabilidad, un 37% expresaron una mediana responsabilidad y el 12% manifestó que no tenían ninguna responsabilidad.

En cuanto al personal técnico y administrativo, éste tiene una responsabilidad de 43% y 36% respectivamente. Con mediana responsabilidad el 29% y 46%, y ninguna responsabilidad el 29% y el 18%.

El personal de servicios básicos consideraba ser responsable el 58% de los encuestados, un 42% expresó no tener ninguna responsabilidad.

TABLA 25. RESPONSABILIDAD, SEGÚN ACTIVIDAD LABORAL HGZMF/4. IMSS. IGUALA, GRO. 1993

ENCUESTAS	SI HAY RESPONSABILIDAD	MEDIANA RESPONSABILIDAD	NO HAY RESPONSABILIDAD
MÉDICOS	51%	37%	12%
ENFERMERAS	14%	64%	21%
TÉCNICOS	43%	29%	29%
PERSONAL ADMINISTRATIVO	36%	46%	18%
SERVICIOS BÁSICOS	0%	58%	42%
POBLACION IMSS	77%	23%	0%
TODOS	34%	46%	20%

3.2.5 Sexualidad

Tabla 26.- Con respecto a la población derechohabiente del IMSS el 23% respondió haber tenido relaciones con personas del mismo sexo. El personal de servicios básicos respondió el 11%, los médicos el 9%, el personal de enfermería y administrativo un 2 % respectivamente.

Habían tenido relaciones sexuales con ambos sexos el 7% de los técnicos, 5% de los servicios básicos y el 2% el personal administrativo y la población total encuestada.

Tener relaciones sexuales con personas del sexo contrario, las enfermeras contestaron que el 98%, el personal administrativo un 96%, los técnicos el 93%, los médicos el 91%, servicios básicos el 84% y la población derechohabiente un 77%.

TABLA 26. ATRACCIÓN SEXUAL, SEGÚN PROFESIÓN / ACTIVIDAD). HGZMF/4. IMSS. IGUALA. GRO. 1993

Encuestas	Homosexual	Bisexual	Heterosexual
Médicos	9%	0%	91%
Enfermeras	2%	0%	98%
Técnicos	0%	7%	93%
Personal administrativo	2%	2%	96%
Servicios Básicos	11%	5%	84%
Población IMSS	23%	0%	77%
Todos	6%	2%	92%

Tabla 27.- En relación a las prácticas de riesgo los resultados de las preguntas expresan que los encuestados realizan practicas de no riesgo; el 100% de las enfermeras, técnicos y personal administrativo, en el caso de todos los encuestados también el 96% refirió no tener riesgo en sus prácticas sexuales, los médicos ejercen una sexualidad sin riesgo del 95%, la población derechohabiente estuvo en el 85% del no riesgo y finalmente, el personal de servicios básicos solamente el 84% calificaron con no riesgo.

Los que expresaron bajo riesgo dentro de sus prácticas sexuales fueron los médicos con el 5%, la población derechohabiente con el 15% y el personal de servicios básicos que señalaron tener las prácticas sexuales con mayor riesgo del 16%, a pesar de esto las prácticas se ubican dentro de la medición de bajo riesgo.

TABLA 27. PRÁCTICAS SEXUALES DE RIESGO SEGÚN PROFESIÓN / ACTIVIDAD).
HGZMF/4. IMSS. IGUALA. 1993

Encuestas	Alto	Bajo	Poco	No riesgo
Médicos	0%	5%	0%	95%
Enfermeras	0%	0%	0%	100%
Técnicos	0%	0%	0%	100%
Personal administrativo	0%	0%	0%	100%
Servicios Básicos	0%	16%	0%	84%
Población IMSS	0%	15%	0%	85%
Todos	0%	4%	0%	96%

Tabla 28.- Para los médicos, el maestro fue el informante principal en un 30%, los amigos con 21%, los médicos el 14%, el padre, los libros y o revistas fueron el 9% de los casos y los hermanos el 5%.

Las enfermeras recibieron la información sexual de parte de los maestros con 24%, luego los libros y revistas con 17%, familiares el 5%, y el padre o los amigos correspondieron al 2%.

Para los técnicos el 21% fueron los maestros los informadores, 14% por libros, revistas y otros, y el 7% el padre. El personal administrativo recibió información en primer lugar de amigo(a) 22%, 12% el maestro, 10% libros y revistas, 8% por médico o padre, y un 2% sacerdote, familiar y otros.

Para los trabajadores de servicios básicos, el 26% recibieron información del maestro, 16% por médico o libros y revistas, 11% del padre y 5% de los amigos.

La población IMSS se informó el 31% por amigos, 15% fue el padre y otros, y un 8% el médico, maestro y familiares.

Para todos los encuestados el maestro con el 21% fue el informante principal, 14% los amigos y el 11% los libros y revistas, 8% médico y padre, familiar y otros el 3% , y el sacerdote el 1%.

TABLA 28. FUENTES DE INFORMACIÓN SEXUAL SEGÚN PROFESIÓN / ACTIVIDAD). HGTZMF/4. IMSS. IGUALA. 1993

Encuestas	Médico	Amigo (a)	Padre	Maestro	Sacerdote	Libros/revistas	Hermano(a) o familiar	Otros
Médicos	14%	21%	9%	30%	0%	9%	5%	0%
Enfermeras	0%	2%	2%	24%	0%	17%	5%	0%
Técnicos	0%	0%	7%	21%	0%	14%	0%	14%
Personal administrativo	8%	22%	8%	12%	2%	10%	2%	2%
Servicios Básicos	16%	5%	11%	26%	0%	16%	0%	0%
Población IMSS	18%	31%	15%	8%	0%	0%	8%	15%
Todos	8%	14%	8%	21%	1%	11%	3%	3%

"Los muertos en el camino no eran pocos: la justicia, la democracia, la libertad, la soberanía nacional, la paz, la vida digna, la verdad, la legitimidad, la vergüenza, y sobre todo la esperanza"

4. ANÁLISIS.

Es importante mencionar algunas de las características básicas de los individuos que fueron encuestados en el HGZMF/4 encontrando en ese momento que la mayoría pertenecían al grupo de edad de 25 a 44 años de edad podían considerarse personas con una maduración emocional ideal de acuerdo a experiencia institucional y vivencial, más de la mitad pertenecían al sexo femenino, más de la tercera parte de los encuestados contaban con formación profesional y estaban casados más de la mitad.

La tercera parte mencionaron como ocupación ser profesionistas o empleados del IMSS o de otras dependencias, algunos de los encuestados eran los derechohabientes estando incluidos en este grupo los enfermos y sus familiares.

Las personas encuestadas estaban dentro de la edad productiva, eran principalmente del sexo femenino y con una tercera parte de profesionistas, tal vez este perfil de individuos pudiera ser semejante a las características que pueden apreciarse en los recursos de salud como de los derechohabientes dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social.

En la población derechohabiente el 54% se encontraba entre los 25 y 44 años de edad, siendo el 54% hombres y el 46% mujeres; en relación a la escolaridad el 31% contaba con estudios de primaria el 23% tenía preparatoria o vocacional y/o profesional.

En cuanto al estado civil el 46% eran solteros, 46% casados y 8% en unión libre, a la ocupación que dedicaban mayor tiempo el 31% de los derechohabientes respondieron que no trabajaban, el 23% eran empleados de alguna institución y el 15% eran profesionales o se dedicaban a su hogar.

Los conocimientos básicos en relación al VIH/SIDA no es el óptimo para poder manejar en toda su complejidad la atención requerida por los enfermos con SIDA donde es relevante conocer sobre las implicaciones sociales, psicológicas, políticas, biológicas, culturales y conductuales que inciden directamente o que condicionan el rechazo o aceptación del enfermo con VIH/SIDA.

Dentro de los resultados de los encuestados los médicos y técnicos tenían mayor proporción de conocimientos básicos sobre generalidades en SIDA y el personal de servicios básicos obtuvo el mayor número de errores.

Los derechohabientes se abstuvieron en mayor proporción a responder las preguntas generales sobre el VIH/SIDA esta situación indica la necesidad imperiosa de capacitar en primer lugar al personal de salud y por añadidura a los derechohabientes hay que hacer un énfasis especial en el personal de servicios básicos ya que por su función de higiene tienen tendencia a encontrarse muy relacionados con la atención directa de la limpieza de los enfermos.

También es un aspecto importante, los resultados de conocimientos básicos en los hombres quienes tenían mayor cantidad de conocimientos que las mujeres en todos los grupos encuestados lo que nos plantea de alguna forma los patrones culturales donde socialmente los hombres tienen mayor acceso a la información considerándose su sexualidad de dominio público no así en la mujer donde la sexualidad reviste un carácter privado.

Por otro lado las mujeres están más dedicadas aunque sean profesionistas a sus labores domésticas, sin embargo no podríamos insistir mucho en este sentido porque el número de encuestados no representan una muestra significativa de la institución sino es una mínima proporción de los resultados obtenidos en una unidad, pero sería interesante en otro momento verificar si esto es una realidad y si los factores que intervienen sociológicamente en ésta aproximación representan una generalidad dentro del IMSS.

Los resultados obtenidos en relación a la variable conocimientos y escolaridad, llaman la atención por el mayor número de aciertos para los individuos con formación media preparatoria o vocacional, lo que tal vez nos haría pensar que en esta etapa de escolaridad los individuos se encuentran en la etapa de búsqueda, definición de proyectos de vida y sexualidad lo que les permite estar más relacionados con el tema del SIDA, siguiendo en porcentaje de aciertos los médicos con posgrado que en este caso deberían ser los de mayores aciertos puesto que son el motor de la información a los derechohabientes y a la sociedad en su conjunto.

Es satisfactorio saber que cuentan con un buen número de aciertos en conocimientos básicos pero es una responsabilidad del personal de salud contar con la totalidad de conocimientos básicos; por ser: el centro de difusión e información de la población en general, por otra parte la formación profesional y la vida laboral facilita el acceso a la información en forma permanente y continua pero de alguna manera se refleja que el personal médico no se encuentra del todo actualizado en esta temática.

El personal administrativo obtuvo en general bajas puntuaciones lo que refleja lo importante de la capacitación de este grupo por ser los responsables de

muchas de las gestiones que realizan los pacientes para recibir la atención médica necesaria.

Llama la atención que las personas de 45 a 60 años de edad obtuvieron mayor número de respuestas correctas siendo interesante que las personas mayores sigan con el interés y el ímpetu de su actualización, pero no deja de preocuparnos la gente de los 25 a 44 años y los menores de 24 años que obtuvieron los resultados más bajos. Por ser fundamental para este grupo tener una formación básica completa porque son los que tienen una actividad sexual mayor y una tendencia mayor hacia la experimentación sexual de tipo casual.

De acuerdo a la profesión el grupo que más destacó por sus conocimientos fue el de enfermería y de servicios básicos, seguramente por ser los que conviven más estrechamente con los pacientes, siguiendo en importancia los médicos que son los que definen los criterios diagnósticos, de manejo y tratamiento. Pero no están en contacto permanente con los enfermos como es el caso de enfermeras (os) y personal de servicios básicos o de limpieza los cuales tienen mayor sensibilización hacia los pacientes porque son los que manipulan y asisten en forma directa a los pacientes llegando en ocasiones a contaminarse con las secreciones de los enfermos.

Podría señalarse que todo el personal de salud debería tener un manejo de conocimientos básicos sobre el SIDA elevado, puesto que esta situación es una prioridad para un tratamiento eficiente, ético y de calidad, ya que los conocimientos generales tienen una relación trascendental, si pensamos mejorar las condiciones de los enfermos ya que la falta de conocimientos; si es una condicionante para el rechazo que existe hacia los enfermos del VIH/SIDA.

En cuanto a la prevención, el personal encuestado obtuvo una proporción muy baja en el manejo de la información sobre mecanismos de prevención y transmisión del VIH/SIDA, teniendo una proporción mayor en lo referente a sus prácticas sexuales de poco riesgo.

El conocimiento sobre las medidas de prevención resultó muy deficiente, lo que pudiera indicar que en este aspecto la población encuestada se encontraba en un grado de exposición al riesgo elevado, y expresa la necesidad apremiante de la capacitación del personal puesto que el personal de salud y la población derechohabiente obtuvieron resultados elevados en la ponderación de los criterios de regular o de ninguna información en cuanto a medidas de prevención.

Lo anterior es muy evidente en el grupo de servicios básicos, personal administrativo, personal técnico y de enfermería, que son los recursos que tienen un mayor contacto con los pacientes, una conclusión ya expresada es la capacitación urgente de este personal en varios aspectos de esta enfermedad

Los conocimientos de todos los encuestados sobre los mecanismos de transmisión son elevados, llama la atención que sea la población derechohabiente y no tanto los técnicos quienes obtuvieron mejores promedios.

En los conocimientos sobre algunos procedimientos en la curación de los enfermos y la prevención del SIDA se obtuvieron porcentajes elevados, y en este punto llama la atención que la población derechohabiente obtuviera las calificaciones más altas. Esta situación nos permite suponer que los encuestados conocen a grandes rasgos cuales son los procedimientos que previenen la transmisión del SIDA y que definitivamente hoy por hoy la curación es una posibilidad muy remota.

Casi todos los encuestados consideran tener pocos conocimientos en relación al SIDA y efectivamente en los resultados obtenidos, se aprecia la tendencia de autovalorarse con pocos conocimientos, pero se pudo apreciar que los médicos si cuentan con una calificación mayor pero sin llegar a alto grado de conocimientos con el que se autocalificaron.

En general se pudo observar que los médicos obtuvieron la mayoría de los aciertos lo que nos permite considerar que una capacitación masiva e intensiva de los mismos y a través de ellos replicar la capacitación hacia el otro personal de salud y de los derechohabientes, se pueden obtener mejores resultados para garantizar mayor ética en la atención de este tipo de enfermos.

Por otra parte al contar con menor acervo de conocimientos en relación a la transmisión de la enfermedad, se pudo apreciar muy claramente que mientras mayor es el conocimiento sobre el SIDA el temor hacia adquirir la enfermedad es menor y viceversa, como dice Jarillo y cols. (2000: Pág.184) el conocimiento básico da fundamento y es soporte del prestigio de la medicina; por otro el conocimiento técnico es el que se asocia a la resolución de los problemas de salud.

En general los encuestados expresaron un temor al contagio de la enfermedad como consecuencia de atender a los pacientes. Se pudo constatar que la principal fuente de temor es la posibilidad de que con la atención de este tipo de enfermos se puedan afectar sus relaciones personales, llamando la atención que el poseer ética y moral de la responsabilidad hacia los enfermos de VIH/SIDA pueda ser un factor de temor, otro de los temores expresados fue el de infectarse durante la atención de los enfermos.

Posiblemente este hecho nos muestra que una situación puede llevar a la otra, es decir la atención de los enfermos puede ser causa de la posibilidad de infectarse, sin embargo es claro que todo el personal de salud tiene como objeto de trabajo principal la atención de los enfermos y en el caso del SIDA se requiere de una total participación tanto del Estado como del personal de salud y de la población derechohabiente, la sociedad y de no existir y exigir esa participación,

podemos esperar que el nivel de propagación de la enfermedad sea más precipitada y extensiva, como ha sucedido en los países africanos.

Con respecto a la capacidad de atención a los enfermos se encontró que los médicos reconocieron tener mayor capacidad de satisfacer las necesidades de los enfermos tanto a nivel físico como psicológico, el porcentaje no es el óptimo pero es un aliciente en relación a que los médicos por lo menos expresan con sus respuestas, tener cierto entusiasmo y compromiso hacia los pacientes.

También llama la atención la sobrevaloración del personal de servicios básicos quienes respondieron tener mucha capacidad para la atención de los enfermos en contra de su baja puntuación en cuanto a conocimientos generales sobre la enfermedad de SIDA se refiere.

La capacidad que se logra apreciar de acuerdo a los resultados de todos los encuestados se encontraron por debajo del promedio necesario para una atención calificada incluyendo al personal médico.

Es importante mencionar que para brindar una atención eficiente hacia los enfermos del VIH/SIDA no es suficiente contar con una capacidad de atención media sino es indispensable que todo el personal del IMSS y los familiares de los enfermos manejen la mayor capacidad con el fin de poder abordar las diversas implicaciones que intervienen en el proceso de deterioro de los enfermos con SIDA.

Hay claridad en cuanto a los cuidados necesarios para los enfermos del VIH/SIDA, requieren del apoyo físico y psicológico para continuar con sus actividades laborales y/o profesionales, que desde luego no deben ser aislados y que en la actualidad es una de las enfermedades más temidas por no existir curación.

Pese a todo hay una tendencia mediana a considerar importante el cuidado de los enfermos, para lo cual es necesaria una preparación intencionada en ésta dirección lo que seguramente tendrá una repercusión favorable en el sostenimiento adecuado y digno de los pacientes.

Se pudo apreciar en la mayoría de los encuestados una tendencia moderada hacia el rechazo de conductas sociales marginadas como es el caso de los usuarios de drogas, en especial drogas intravenosas, los promiscuos(as), las prostitutas (os), los homosexuales, los bisexuales, que son considerados personas con mayor tendencia para adquirir el SIDA, esto de alguna forma parece evidenciar que dentro del grupo de encuestados existe la tendencia a pensar que las personas que participan en este tipo de prácticas son las que tienen mayor predisposición a desarrollar la enfermedad .

Es importante resaltar que hay una tendencia hacia el rechazo moderado de este tipo de conductas no cayendo en patrones de rechazo total sino

podríamos considerar que existe cierta tolerancia, lo que posiblemente facilite el desarrollo de acciones para la concientización del personal de salud y los derechohabientes, para disminuir los prejuicios hacia las tendencias conductuales "diferentes", favoreciendo una mayor comprensión de los modos de ser de las personas enfermas, quienes a pesar de todas las adversidades que la sociedad les ha ofrecido... han sobrevivido...; aunque seguramente debido a la ignorancia otorgada por la misma sociedad, han llegado a su límite el que les defina la evolución de su enfermedad .

Los conocimientos básicos sobre las diversas preferencias de los individuos y la libertad que tienen a decidir sus opciones, con base en lo que el sistema a todos nos ha proporcionado en forma personal, permitirá un mayor acercamiento y sentimientos de apoyo y solidaridad hacia los enfermos como tal.

Con los enfermos de VIH/SIDA solo es posible expresar una actitud de aceptación hacia todas las personas que por diversas razones fueron infectados y requieren de una asistencia médica y social solidaria.

Los encuestados consideran la posibilidad de contagio por el manejo de los enfermos de SIDA, todos tienen una percepción elevada de contagiarse obteniendo resultados elevados en sus respuestas destacándose mayor temor al contagio en la población derechohabiente, situación comprensible por ser los familiares del enfermo quienes sufren directa, paulatina y en forma permanente el deterioro del enfermo.

Según los porcentajes obtenidos en las respuestas relacionadas con la responsabilidad hacia los enfermos de SIDA, puede observarse que la mayor parte de las personas encuestadas reconocieron la responsabilidad de las Instituciones de Salud hacia la asistencia a los enfermos, pero les es difícil aceptar su responsabilidad profesional. Es doblemente preocupante puesto que si partimos de conocimientos básicos insuficientes y el poco sentido de responsabilidad hacia los enfermos tanto del personal de salud como de sus familiares esto indica el grado de indefensión con que posiblemente tienen que cursar los enfermos. ¿Qué puede hacer un enfermo sin personal de salud responsable en los servicios médicos, sin dominio de conocimientos básicos, sin ética profesional, con prejuicios y/o sin familiares concientes de la necesidad de asistir a sus enfermos en cuanto a la aceptación y apoyo que requieren, así como la necesidad de respetar sus derechos humanos relacionados con la salud, educación, el trabajo, la no discriminación, el rechazo, etc.?

Por otra parte hay que considerar también la responsabilidad del Estado mexicano a través de sus instituciones de salud las cuales a pesar de que existe cierta difusión a nivel masivo no existe mayor énfasis en la formación de los recursos de salud operativo, en cuanto a SIDA se refiere. Al Estado le corresponde la responsabilidad social en relación a la formación de los recursos humanos de salud sobre el manejo del paciente, el aseguramiento de sus medicamentos, estudios de laboratorio y atención física y psicológica de los

enfermos con el VIH/SIDA. Lo cual es producto también de la ausencia de políticas estatales que no inciden en mejorar esa responsabilidad y la atención del personal de salud para disminuir el rechazo hacia los enfermos de SIDA.

El sentido de responsabilidad del personal de salud va ligado a su formación por parte de la institución y a su vocación, su altruismo y el de los familiares a satisfacer las necesidades primarias que ameritan los pacientes en la evolución extrema de su enfermedad.

En relación a esto sería importante en otro momento investigar si la tendencia es similar en otras unidades médicas del IMSS, para tener conclusiones de mayor precisión. La referencia a la homosexualidad en la ciudad de Iguala o por lo menos de la población estudiada, es importante porque es necesario considerar la tolerancia y comprensión del hecho por las personas en igualdad de circunstancias de exclusión o marginación, ello permitiría mejorar la atención a los enfermos.

El aspecto de la homosexualidad fue un punto que se valoró como tal y en este punto se contaba con resultados precisos no así con los otros aspectos conductuales donde no se elaboraron indicadores de análisis para su conocimiento.

Las prácticas sexuales de los encuestados de acuerdo a resultados se ubicaron dentro de las de no riesgo, pero en el personal de servicios básicos y la población derechohabiente se encontraron dentro de las prácticas sexuales de bajo riesgo, podemos sintetizar que de todos los encuestados de cada 100 individuos solamente 4 habían tenido prácticas de bajo riesgo el resto se ubicó dentro del no riesgo, esto tal vez nos pueda explicar sobre la baja incidencia del SIDA en el personal del HGZMF/4, pero vale la pena insistir sobre las prácticas de sexo seguro para seguir previniendo la posibilidad de adquirir la enfermedad.

Al tratar de saber de donde procede la primera información sobre la sexualidad, la mayoría de los encuestados respondió que la obtuvieron a través de sus maestros, en segundo lugar de sus amigos y por último de los libros o revistas, siendo importante tomar como una prioridad institucional de salud la necesidad de capacitar exhaustivamente a los maestros como una fuente de primera mano en la prevención del SIDA en los niños, adolescentes y jóvenes, dado que ellos año tras año son los responsables de la formación de miles de niños, adolescentes y jóvenes lo cual seguramente de lograrlo se favorecerá sustantivamente que el sector de los más vulnerables por su juventud y el inicio de su vida sexual pueda contener con esta enfermedad gracias a los conocimientos adquiridos en sus etapas de formación.

Menos de la décima parte de los médicos declaró preferencias homosexuales, en las enfermeras y personal administrativo la proporción fue menor, en el personal de servicios básicos se aprecia una tendencia ligeramente mayor a la de los médicos, siendo mucho más elevada en la población

derechohabiente la preferencia homosexual, cuestión entendible porque este grupo se encuentra integrado por los enfermos y familiares donde la preferencia homosexual correspondió a la quinta parte de los encuestados.

Alcances y limitaciones del estudio. Aunque el presente estudio no brinda una respuesta definitiva en relación a los ejes de análisis podemos suponer que existe asociación entre los conocimientos sobre el SIDA, los prejuicios y el rechazo por que se pudo apreciar que a mayor porcentaje de conocimientos son menores los prejuicios y menor es el rechazo.

Desde luego que una investigación de este tipo puede presentar muchos errores durante la aplicación del instrumento de conocimiento en relación al cuestionario, como pudo ser la interpretación de las preguntas por parte de los encuestados, en algunos de los aspectos estudiados y como pudimos apreciar en la baja prevalencia de las prácticas de riesgo y en lo concerniente al bajo índice de respuestas en varias preguntas lo que limita el aporte de las conclusiones.

"Y el amanecer dejó de ser una
tentación...
Y se formó el hombre nuevo"

5. CONCLUSIONES.

1. La información y conocimientos en el personal de salud y el núcleo familiar de los enfermos juegan un papel fundamental en el rechazo de los pacientes afectados por el VIH/SIDA.
2. Es evidente que las características generales de la población encuestada en relación a la edad, sexo, escolaridad, estado y civil y ocupación se relacionan en forma indirectamente proporcional con la tendencia al rechazo hacia los enfermos del VIH/SIDA.
3. Los conocimientos del personal de salud deberían ser los más completos y amplios en los aspectos básicos de la enfermedad del VIH/SIDA dado que en las instituciones de salud, sobre todo en ciudades de provincia son el centro principal de información de las enfermedades y en especial del SIDA.
4. Los médicos deberían tener toda la información básica y técnica debido a su quehacer científico-laboral y tienen la obligación de estar en un proceso de capacitación continua en relación al VIH/SIDA.
5. En todos los grupos de encuestados los hombres demostraron tener más conocimientos que las mujeres, existiendo la necesidad de compensar esta carencia, lo cual podría lograrse a través de la formación de grupos de mujeres para la concientización sobre la sexualidad de la mujer, en particular lo relativo al VIH/SIDA, que deja de ser un problema privado y pasa a ser del dominio público.
6. Las personas de mayor edad obtuvieron conocimientos con valores más altos sobre el VIH/SIDA, lo que cuestiona la idea de que los más adultos son los más conservadores, se aprecia que se informan más, por lo que es necesario que los jóvenes estén más informados puesto que por su misma juventud se encuentran más expuestos al riesgo de contraer la enfermedad.
7. El personal de enfermería y de servicios básicos sobresalió más en conocimientos básicos por ser quienes tienen el contacto más directo con los enfermos siendo necesario incrementarlo pues aún se perciben deficiencias importantes.
8. Se aprecia que los médicos tienen un manejo mayor de los aspectos preventivos, como debe ser; pero más de la mitad de la población encuestada manejan muy escasa información en este punto.

9. El temor a contagiarse favorece el rechazo de los enfermos del VIH/SIDA tanto en los familiares como en el personal de salud.
10. Los trabajadores que tienen mayor contacto con los pacientes como son enfermería y servicios básicos, tienen temor al contagio sin que sea absoluto ya que inclusive algunos no expresaron temor.
11. Tanto el personal de salud como los derechohabientes tienen una mediana preparación en cuanto a capacidad de atención de los enfermos con VIH/SIDA, por lo que ameritan una capacitación constante en el manejo de éstos pacientes.
12. Se percibe mucho temor en los encuestados frente a la posibilidad de adquirir el SIDA.
13. Existe una predisposición moderada del personal de salud y los derechohabientes al rechazo de conductas consideradas socialmente marginales en los enfermos del VIH/SIDA.
14. Se puede apreciar el impacto de la propaganda masiva por parte del Estado en los medios masivos de comunicación, sobre los mecanismos de transmisión de la enfermedad, pero no se puede dejar de insistir en la concientización del personal y su responsabilidad en la salud, especialmente en lo referente a los derechos humanos.
15. Hay un sentido de responsabilidad moderado por falta de formación en aspectos de ética y derechos humanos necesarios para la atención de los enfermos de VIH/SIDA. Este aspecto es muy importante ya que la atención cotidiana de los enfermos requiere una capacitación más extensa y al mismo tiempo detallada, lo que evidencia la necesidad de capacitación urgente e intensiva.
16. Los encuestados expresaron un rechazo moderado hacia los enfermos, el miedo a la enfermedad se personaliza en el rechazo durante la atención de los pacientes.
17. Los encuestados mostraron buena disposición respecto al problema del SIDA, lo que abre la posibilidad de mejorar el manejo de los enfermos vía capacitación.
18. En la población encuestada se detectó la presencia de personas con orientación homosexual y también prácticas de riesgo para adquirir el SIDA, por lo que la prevención en los grupos vulnerables se ratifica ante la importancia de insistir en el uso del condón o preservativo como el único recurso con que contamos en la actualidad con mayor seguridad para practicar nuestra sexualidad con cierto margen de seguridad y confianza

independientemente de nuestras preferencias sexuales o de nuestras conductas sociales.

19. Finalmente, el presente trabajo brinda muchas posibilidades de continuidad. Por un lado, la identificación de espacios de trabajo y temas específicos para realizar actividades de capacitación. Por otro lado, la estructuración de contenidos para aprovechar los conocimientos vertidos en los capítulos iniciales para la estructuración de manuales de capacitación, dirigidos al personal de salud en sus diversos tipos de actividad y a la población derechohabiente, así como a los familiares de los enfermos.

ANEXOS

ANEXO 1

Atención Médica para el paciente VIH/SIDA

Para ofrecer una atención médica de calidad y así prolongar la calidad de vida de los afectados se requiere de experiencia y de contar con un enfoque multidisciplinario que aplique estrategias de intervención que deben realizarse en forma permanente:

- 1.- Detección en grupos de riesgo
- 2.- Prevención
- 3.- Diagnóstico oportuno
- 4.- Seguimiento y control del paciente
- 5.- Notificación inmediata de casos de primera vez
- 6.- Accesibilidad diagnóstica a los pacientes de primera vez
- 7.- Expedición de certificados de incapacidad
- 8.- Establecimiento de criterios de referencia
- 9.- Fomento para la salud
- 10.-Elaborar censo de pacientes con factores de riesgo, portadores y VIH/SIDA

Determinación de riesgo. Con la historia clínica es posible identificar el grado de riesgo a que puede estar sometido el paciente por lo que es indispensable el interrogatorio sobre los antecedentes y las prácticas sexuales del enfermo en un ambiente de confianza y respeto, con el objetivo de conocer los antecedentes:

1. Relacionados con la transmisión sanguínea (IMSS: 2000)
 - Transfusiones de sangre o sus componentes después de 1980
 - Práctica de donación remunerada de sangre
 - Trasplante de órganos o inseminación artificial.
 - Uso de drogas intravenosas
 - Personal de salud con antecedentes de exposición ocupacional a sangre
 - Líquidos potencialmente infectantes
 - Punción con agujas y jeringas sin esterilizar
2. Relacionados con la transmisión sexual
 - Relaciones sexuales sin protección ya sean homosexuales, bisexuales o heterosexuales
 - Ser o haber sido pareja sexual de alguien infectado con VIH/SIDA
 - Tener un solo compañero sexual, pero que este tenga prácticas de riesgo
 - Tener múltiples parejas sexuales

- Ser mujer o hombre con antecedentes de violación o de abuso sexual
- Ser hombres o mujeres que ejerzan la prostitución
- Ser hombres o mujeres con antecedentes recientes de enfermedad de transmisión sexual

3. Relacionados con la transmisión perinatal

- Ser hijo menor de 5 años , de mujer infectada por VIH
- Ser hijo menor de 5 años, de mujer con prácticas de riesgo para VIH
- Ser menor de 5 años con datos clínicos que obliguen a descartar infección por VIH

¿Cuándo considerar positivo un resultado de VIH?

- Dos resultados positivos de pruebas de tamizaje de anticuerpos (ELISA) y prueba suplementaria de ELISA y prueba suplementaria de Western Blot positiva, incluyendo a pacientes asintomáticos aún en ausencia de factores de riesgo.
- Dos resultados positivos de pruebas de tamizaje de anticuerpos en pacientes con cuadro clínico de VIH/SIDA, hay que confirmarlo.
- Alguna otra prueba positiva como cultivo de virus, determinación de antígeno, reacción en cadena a la polimerasa.

Comunicación de resultados al paciente

La notificación del resultado debe de guardar los siguientes requisitos:

- Personal
- Privada
- Confidencial
- Simple y concreta sobre la infección por VIH
- Según el nivel de comprensión del paciente

Evaluación clínica y de laboratorio al paciente con VIH/SIDA

A) Historia clínica

- Antecedentes: historia de enfermedades de transmisión sexual, alergias a medicamentos.
- Síntomas generales: fiebre, sudores nocturnos, pérdida de peso.
- Gastrointestinales: disfagia, diarrea.
- Cavidad oral: candidiasis, gingivitis, leucoplaquia pilosa, lesiones violáceas (Sarcoma de Kaposi.)
- Dermatológico: herpes zoster, exantemas, lesiones violáceas (Kaposi).
- Respiratorio: tos.
- Sistema Nervioso: deterioro mental (memoria, conducta, juicio, lenguaje, concentración), cefalea, convulsiones.
- Genitales: úlceras crónicas o recurrentes, condilomas múltiples recurrentes, candidiasis vaginal recurrente, estudio de citología vaginal reciente.

B) Examen Físico

- Habitus exterior: caquexia, variaciones recientes de peso corporal, temperatura y frecuencia respiratoria.
- Cavidad oral: candidiasis oral, leucoplaquia pilosa, sarcoma de Kaposi, retracción gingival, úlceras orales (herpes simple).
- Examen detallado de la piel: dermatitis seborreica, foliculitis, resequedad y descamación fina, herpes simple, varicela zoster, molusco contagioso, sarcoma de kaposi, infecciones por hongos.
- Examen de ojo: agudeza visual, y fundoscopia (retinitis por citomegalovirus).
- Examen de tórax: auscultación y telerradiografía.
- Examen Neurológico: Estado mental, marcha, datos de focalización, signos meníngeos.

C) Laboratorio

- Biometría hemática completa
- VDRL, serología para toxoplasmosis y hepatitis B
- Química sanguínea
- Proteínas totales y albúmina

Referencia al segundo nivel de atención

De acuerdo a resultados clínicos y de tamizaje el médico general, o el médico familiar canalizara al enfermo con infección probable al segundo nivel de atención, a los servicios de Medicina Interna:

a) Pacientes de los siguientes grupos:

- Homosexuales o bisexuales.
- Drogadictos de drogas intravenosas.
- Parejas sexuales de personas con SIDA o con alto riesgo de padecerlo.
- Poli transfundidos.
- Hijos de madres seropositivas o con SIDA.
- Heterosexuales promiscuos.

b) Pacientes con sospecha de pertenecer a grupos expuestos que presentan una enfermedad febril de más de dos semanas, acompañada de linfadenopatía generalizada persistente.

c) Linfadenopatía generalizada persistente en sitios extrainguinales con más de un mes de duración.

d) Pacientes pertenecientes a grupos expuestos con:

- Fiebre de 38.5oC.
- Diarrea de más de un mes de evolución.
- Disminución ponderal de más del 10% del peso corporal.

Recomendaciones Preventivas Generales para el paciente con infección por VIH/SIDA. El médico debe instruir a todos los pacientes con infección por VIH/SIDA sobre las siguientes medidas:

- Sexo seguro con uso de condón masculino o femenino, en todo contacto sexual con penetración.
- No donar sangre, semen, ni órganos para trasplante.
- No compartir objetos potencialmente contaminados (agujas, jeringas, cepillo de dientes, navajas).
- Los pacientes deben informar de su padecimiento cuando les realicen tratamientos odontológicos, muestras de sangre, cirugías.
- No se recomienda estar en contacto con enfermos de tuberculosis o varicela.
- Evitar la convivencia con animales.
- Solicitar atención médica periódica.
- Evitar el uso de drogas, alcohol y tabaco.

Mujeres infectadas se recomienda:

- Papanicolaou y colposcopia inicial.
- Conveniencia de evitar embarazos.
- Si está embarazada ofrecer tratamientos antirretrovirales.
- Las madres infectadas con VIH/SIDA evitar el amamantamiento siempre que se pueda sustituir por una alimentación adecuada (IMSS: 2000).

ANEXO 2

Uso del condón

El uso del condón en la prevención del SIDA, investigaciones recientes han revelado que los condones de látex son sumamente eficaces para prevenir la transmisión del VIH cuando se usan permanentemente y en forma correcta cada vez. A continuación se señalan aspectos relevantes que deben ser reiterados todas las veces que sea necesario en la explicación a las personas sobre la manera de utilizarlos: (OMS: 1993).

Condón Masculino:

- Utilizar condón de látex lubricado y de ser posible con espermaticida (Nonoxynol-9)
- Revisar la fecha de caducidad
- Apretar suavemente la bolsita que lo contiene y percibir que tenga aire en su interior.
- Abrir la bolsita con la yema de los dedos para no rasgar el látex con las uñas nunca usar los dientes o las tijeras.
- Colocarlo en la punta del pene erecto antes de cualquier contacto genital
- Colocarlo en la punta del pene erecto antes de cualquier contacto genital, sujetarlo con las yemas de los dedos para dejar un pequeño espacio donde depositar el semen.
- Con la otra mano desenrollarlo hasta la base del pene.
- Deslizar las yemas de los dedos de la punta de la base para expulsar cualquier burbuja de aire.
- Si se utiliza un lubricante antes de la penetración, debe ser a base de agua (lubrizal, lubrigel, lubafaxi KY). Evitar lubricantes de aceite (aceites para bebé, cremas, etc.) porque dañan el látex.
- Después de la eyacuación dentro del condón retirar el pene antes de que pierda su erección, sujetarlo por la base para que no se vaya a zafar, cuidar que no se derrame el semen.
- El condón se usa una vez y debe ser tirado en el bote de basura.

Condón Femenino:

- Se trata de un saco de poliuretano, con un anillo flexible en cada extremo (un anillo más pequeño en el lado interno que se introducirá en la vagina, y un anillo más ancho que permanece en el exterior de la vagina).
- Sujetar el anillo interno con los dedos pulgar, índice y medio e introducirlo en la vagina.
- Introducir el dedo índice en el interior del condón con el fin de empujarlo tanto como sea posible. Se pretende adherir el anillo interno al cuello del útero.
- Asegurarse de que el anillo externo quede fuera del cuerpo cuando el pene esté dentro del condón.

- Después de que la pareja haya eyaculado, retira cuidadosamente el condón, torciendo el anillo externo y jalándolo. Cuidar que no se derrame el semen.
- El condón sólo se usa una vez y debe ser tirado igual que el masculino (IMSS: 2000).

La eficacia del condón para evitar la infección por el VIH, si se aplica correctamente y en forma sistemática, es mayor al 95%, aumentando su eficacia cuando contiene un espermaticida como el nonoxynol-9 (JOHN HOPKINS: 1997).

Las prácticas sexuales con riesgo son todas aquellas en que existe contacto con secreciones genitales y que se realizan sin uso de condón, o la penetración del pene a vagina, o los contactos ano boca. Las relaciones coitales (pene- vagina, pene-ano, pene-boca) puede ser suficiente para infectarse con el virus del SIDA (IPAS-USA: 1999)

ANEXO 3

Categorías, variables, indicadores

Categoría	Variable	Indicadores	Preguntas.		
1.- Población	1.1 Características	Edad	73		
		Sexo	74		
		Religión	75 se eliminó		
		Frecuencia de práctica religiosa	76 se eliminó		
		Escolaridad	77		
		Lugar de nacimiento	78 se eliminó		
		Laz vivido en	79 se eliminó		
		Estado civil	80		
		Haz sido casado	81 se eliminó		
		Años de casado	82 se eliminó		
		Tu ocupación es	83		
		Número de hijos	84 se eliminó		
		Ingreso personal	85 se eliminó		
		2.- Conocimientos de SIDA	2.1 Conocimientos del SIDA	Causalidad virus	1
				Sistema inmunitario	2
Daña cerebro y corazón	3				
Edad de presentación	4				
Ocasiona cánceres	5				
Tiene portadores sanos	6				
Castigo de Dios	7				
Causado por hechicería	8				
2.2 Conocimientos de Prevención del VIH/SIDA	Opciones de prevención en prácticas sexuales		17		
	Prácticas sexuales sin riesgo		18		
	Prácticas sexuales de poco riesgo		19		
	Prácticas sexuales con riesgo		20 se eliminó		
	Autovaloración de conocimientos		50		
	Información médica		51 se eliminó		
	Expectativa de conocimientos de SIDA		52 se eliminó		
2.3 Conocimientos sobre transmisión del VIH/SIDA	Por relaciones sexuales	27			
	Por saludos de manos y mejillas	28			
	De madre a hijo	29			
	Por transfusión sanguínea	30			
	Por enfermos asintomáticos	31			
	Relaciones con un enfermo	32			
	Por jeringas contaminadas	33			
Por donar sangre	34				
Por uso de drogas	35				

Categoría	Variable	Indicadores	Preguntas.
		Por piquetes de mosquito	36
		Por saliva	37
		Por alimentos preparados por enfermo	38
		Por utensilios de comida de un enfermo	39
		Comprensión de anuncios	49
	2.4 Conocimientos sobre tratamiento preventivo contra el VIH/SIDA	El SIDA se previene sin relaciones sexuales	61
		Pareja sana puede tener SIDA	62
		Se puede prevenir con pastillas anticonceptivas	63
		Hay vacuna contra el SIDA	64
		Hay cura contra el SIDA	65
		Los curanderos curan el SIDA	66
		La mayoría de los enfermos de SIDA mueren	67
	2.5 Conocimientos sobre el cuidado para los enfermos de VIH/SIDA	El enfermo debe tener apoyo psicológico	68
		El enfermo debe retirarse de su profesión	69
		El enfermo debe ser aislado	70
		El SIDA es más temido que la lepra	71
		Hay información insuficiente sobre el SIDA	72 Se eliminó
3.- Temor	3.1 Rechazo por temor al contagio	Temor por atender a pacientes	21
		Temor de infectarse	22
		Temor por arriesgar a familiares, amigos	23
		Temor por afectar mis relaciones	24
		Temor por incapacidad de satisfacer necesidades físicas	25
		Temor por incapacidad de satisfacer necesidades psicológicas	26
4.-Prejuicios	4.1 Rechazo hacia quienes adquieren el SIDA	Personas que usan drogas	40
		Personas que usan drogas intravenosas	41
		Personas promiscuas	42

Categoría	Variable	Indicadores	Preguntas.
		Personas prostitutas	43
		Personas homosexuales	44
		Personas bisexuales	45
		Personas promiscuas	46
		Quienes usan condón	47
		Por contacto casual	48
	4.2 Rechazo por posibilidad de adquirirlo	Frecuente en personas con vida sexual	53
		Sólo lo adquieren los homosexuales	54
		Lo contraen probablemente los homosexuales	55
		Lo adquieren las prostitutas	56
		Se presenta en bisexuales	57
		Mayor riesgo al tener relaciones sexuales con varias personas	58
		Uno lo puede adquirir	59
		SIDA epidemia mundial	60
5.- Rechazo	5.1 Responsabilidad hacia los enfermos VIH/SIDA	Derechos de las instituciones de Salud para rehusarse a atender a enfermos	9
		Tengo derecho a cuidar enfermos VIH/SIDA	10
		Enfermos VIH/SIDA deben atenderse en Unidades separadas	11
		Enfermos deben atenderse unilateralmente	12
		Por atender enfermos VIH/SIDA debo recibir un sobresueldo	13
		Me molesta se destine presupuesto para la atención de los enfermos VIH/SIDA	14
		No deben de utilizarse tratamientos radicales para enfermos de VIH/SIDA	15
		Es mi responsabilidad abogar a favor de los enfermos de VIH/SIDA	16
5.- Sexualidad	6.1 Atracción sexual	Grado de atracción que siento hacia otras personas	86
		Haciendo un balance de mi experiencia sexual	87

Categoría	Variable	Indicadores	Preguntas.
		Durante tu relación de pareja actual has tenido relaciones con otras personas	88 se eliminó
		Si antes de tu matrimonio tuviste relaciones sexuales	89 se eliminó
		Tu primera eyacuación fue	90 se eliminó
	6.2 Prácticas sexuales	Has introducido tu pene en el ano de una mujer	91
		Has penetrado tu pene en el ano de un hombre	92
		Has utilizado una droga o sustancia para tus relaciones sexuales	93
		Han penetrado un pene en tu ano	95
		Has realizado el coito en la menstruación	96
		Realizas el coito o tienes relaciones sexuales	97
		Fuiste obligado a tener relaciones sexuales...	98 se eliminó
		Te forzaron a tener relaciones sexuales	99 se eliminó
		Fuiste forzado...	100 se eliminó
	6.4 Heterosexualidad	El primer coito heterosexual que tuviste	102
	6.5 Sexo Grupal	Has intercambiado tu pareja	104
		Has tenido relaciones sexuales con 2 personas al mismo tiempo	105
		Has tenido relaciones sexuales con mas de 2 personas al mismo tiempo	106
	6.6 Homosexualidad	Has tenido relaciones sexuales con una persona de tu mismo sexo	103
		Tengo pareja estable de mi mismo sexo	107
		Tiempo de vivir con pareja de mi mismo sexo	108
		Primera relación sexual homosexual que tuviste	109
		Primera relación sexual homosexual fue	110
		Primera relación sexual homosexual fue con	111
		-	112 No existe

Categoría	Variable	Indicadores	Preguntas.
		En tu opinión eres homosexual o lesbiana	113
		Te aceptas como homosexual	114
		Brevemente indica porque eres homosexual	115
	6.7 Información Sexual	La primera información sexual te fue proporcionada por	94

Codificación de Respuestas

Variable	Preguntas	Codificación
1.1 Características	73 Edad	Número de años cumplidos
	74 Sexo	Masculino o femenino
	77 Escolaridad	A, B, C, D, E, F, G, H.
	83 Ocupación	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
2.1 Conocimientos VIH/SIDA	1 Causalidad del virus	S = SI N = NO
	2 Sistema inmunitario	" "
	3 Daña cerebro y corazón	" "
	4 Edad de presentación	" "
	5 Ocasiona cánceres	S = SI N = NO
	6 Tiene portadores asintomáticos	" "
	7 Es un castigo de Dios	" "
	8 Es causado por hechicería	" "
2.2 Conocimientos de prevención del VIH/SIDA	17 Opciones de Prevención en prácticas sexuales	A, B, C, D, E
	18 Practicas sexuales sin riesgo	A, B, C, D, E
	19 Prácticas sexuales de poco riesgo	A, B, C, D
	50 Autovaloración de conocimientos	Mucho, poco, nada
2.3 Conocimientos sobre transmisión de VIH/SIDA	27 Por relaciones sexuales	S = SI N = NO
	28 Por saludos de manos y mejillas	" "
	29 Transmisión de madre a hijo	" "
	30 Por transfusión sanguínea	" "
	31 Por enfermos asintomáticos	" "
	32 Por relaciones con un enfermo	" "
	33 Por jeringas contaminadas	" "
	34 Por donar sangre	" "
	35 Por uso de drogas	" "
	36 Por piquetes de mosquitos	" "
37 Por saliva	" "	

Variable	Preguntas	Codificación
	38 Por alimentos preparados por un enfermo	" "
	39 Por utensilios de comida de un enfermo	" "
	49 Comprensión de anuncios	" "
2.4 Conocimientos sobre tratamientos contra el VIH/SIDA	61 El SIDA se previene sin tener relaciones sexuales	S = SI N = NO
	62 Pareja sana puede tener SIDA	" "
	63 Se puede prevenir con pastillas	" "
	64 Hay vacuna contra el SIDA	" "
	65 Hay cura contra el SIDA	" "
	66 Los curanderos curan el SIDA	" "
	67 La mayoría de los enfermos de SIDA mueren	" "
2.5 Conocimientos sobre el cuidado para los enfermos VIH/SIDA	68 El enfermo debe tener apoyo psicológico	" "
	69 El enfermo debe retirarse de su profesión	" "
	70 El enfermo debe ser aislado	" "
	71 El SIDA es más temido que la lepra	" "
3.1 Rechazo por temor al contagio	21 Por atención a pacientes	A B C
	22 Por infectarse al atender pacientes	" "
	23 Por arriesgar a familiares, amigos y personal de salud	" "
	24 Por afectar mis relaciones	" "
	25 Por incapacidad de satisfacer necesidades físicas	" "
	26 Por incapacidad de satisfacer necesidades psicológicas	" "
3.2 Por quienes adquieren el VIH/SIDA	40 Personas que usan drogas	S = SI N = NO
	41 Personas que usan drogas intravenosas	" "
	42 Personas que tienen relaciones sexuales con varias personas	" "
	43 Por prostitución	" "
	44 Practicantes de la homosexualidad	" "
	45 Practicantes de la bisexualidad	" "
	46 Practicantes de promiscuidad	" "
	47 Quienes usan el condón	" "
	48 Por contacto casual	" "
3.3 Rechazo por posibilidad de adquirir el VIH/SIDA	53 Es frecuente en personas con vida sexual activa	" "

Variable	Preguntas	Codificación
	54 Solo lo adquieren los homosexuales	" "
	55 Lo contraen probablemente los homosexuales	" "
	56 Lo adquieren las prostitutas	" "
	57 Se presenta en bisexuales	" "
	58 Mayor riesgo en promiscuos	" "
	59 Uno lo puede adquirir	" "
	60 Epidemia Mundial	" "
4.1 Responsabilidad hacia los enfermos de SIDA	9 Derechos de las Instituciones de Salud para rehusarse a atender enfermos	A, B, C
	10 Tengo derecho a cuidar enfermos VIH/SIDA	" " "
	11 Enfermos VIH/SIDA deben atenderse en unidades separadas	" " "
	12 Enfermos deben atenderse unilateralmente	" " "
	13 Por atender pacientes VIH/SIDA debo recibir sobresueldo	" " "
	14 Me molesta se destine presupuesto de Atención a la Salud y recursos para el cuidado de enfermos VIH/SIDA	" " "
	15 No deben utilizarse tratamientos radicales para enfermos VIH/SIDA	" " "
	16 Es mi responsabilidad abogar a favor de los enfermos VIH/SIDA	" " "
5.1 Atracción sexual	86 Grado de atracción física	" " "
	87 Haciendo un balance de mi experiencia sexual	" " "
5.2 Prácticas sexuales	91 Has introducido tu pene en el ano de una mujer	" " "
	92 Has penetrado tu pene en el ano de un hombre	" " "
	93 Has utilizado una droga en tus relaciones sexuales	" " "
	95 Han penetrado un pene en tu ano	" " "
	96 Has realizado el coito en la menstruación	" " "
5.3 Sexo oral	101 Acaricias con tu boca los genitales de tu pareja	S = SI N = NO
5.4 Heterosexualidad	102 El primer coito que tuviste	1, 2, 3, 4, 5, 6
5.5. Sexo grupal	104 Has intercambiado tu pareja con la de otra persona	1, 2, 3, 4

Variable	Preguntas	Codificación
	105 Has tenido relaciones sexuales con 2 personas al mismo tiempo	1, 2, 3, 4, 5
	106 Has tenido relaciones sexuales con mas de 2 personas	S = SI N = NO
5.6 Homosexualidad	103 Has tenido relaciones sexuales con personas de tu mismo sexo	S = SI N = NO
	107 Tengo pareja estable de mi mismo sexo	" "
	108 Tiempo de vivir con pareja de mi mismo sexo	1, 2, 3, 4, 5, 6
	109 Primera relación sexual homosexual que tuviste	1, 2, 3, 4, 5, 6
	110 Primera relación sexual homosexual fue muy	1, 2, 3, 4, 5, 6
	111 Primera relación homosexual fue con	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9
	113 En tu opinión eres homosexual o lesbiana	1, 2, 3, 4, 5, 6
	114 Te aceptaste como homosexual	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
	115 Brevemente indica porque eres homosexual	

ANEXO 4

ENCUESTA SOBRE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES VIH/SIDA. IMSS 1993.

I.- NIVEL DE CONOCIMIENTOS

RESPUESTAS: SI O NO

- | | | |
|--|----------|----------|
| 1.- EL SIDA ES UNA ENFERMEDAD CAUSADA POR VIRUS: | SI _____ | NO _____ |
| 2.- EL SIDA DESTRUYE EL SISTEMA INMUNITARIO | SI _____ | NO _____ |
| 3.- EL SIDA DAÑA EL CEREBRO Y EL CORAZÓN | SI _____ | NO _____ |
| 4.- EL SIDA SE PRESENTA EN CUALQUIER EDAD | SI _____ | NO _____ |
| 5.- EL SIDA OCASIONA CÁNCERES | SI _____ | NO _____ |
| 6.- EL SIDA TIENE PORTADORES ASINTOMÁTICOS | SI _____ | NO _____ |
| 7.- EL SIDA ES UN CASTIGO DE DIOS | SI _____ | NO _____ |
| 8.- EL SIDA ES CAUSADO POR HECHICERÍA | SI _____ | NO _____ |

RESPUESTAS DE SELECCIÓN

- 9.- LAS INSTITUCIONES DE SALUD DEBERÍAN TENER EL DERECHO DE REHUSARSE A PROPORCIONAR ATENCIÓN A UN ENFERMO CON SIDA
A) DE ACUERDO B) NO SE C) EN DESACUERDO
- 10.- CREO QUE TENGO DERECHO A CUIDAR A UN ENFERMO DE SIDA
A) DE ACUERDO B) NO SE C) EN DESACUERDO
- 11.- LOS INDIVIDUOS CON SIDA DEBERÍAN SER ATENDIDOS EN UNIDADES SEPARADAS
A) DE ACUERDO B) NO SE C) EN DESACUERDO
- 12.- EL PERSONAL QUE ATIENDE ENFERMOS CON SIDA DEBE HACERLO UNILATERALMENTE
A) DE ACUERDO B) NO SE C) EN DESACUERDO
- 13.- SI ATIENDO A INDIVIDUOS CON SIDA ME DEBEN DE PAGAR SOBRESUELDO
A) DE ACUERDO B) NO SE C) EN DESACUERDO
- 14.- ME MOLESTA QUE SE DESTINE PRESUPUESTO DE ATENCIÓN A LA SALUD Y RECURSOS O DE SALUD AL CUIDADO DE LOS ENFERMOS DE SIDA
A) DE ACUERDO B) NO SE C) EN DESACUERDO
- 15.- NO DEBERÍAN UTILIZARSE TRATAMIENTOS RADICALES PARA ENFERMOS CON SIDA, A CAUSA DEL PRONÓSTICO POCO FAVORABLE DE LA ENFERMEDAD
A) DE ACUERDO B) NO SE C) EN DESACUERDO
- 16.- ES MI RESPONSABILIDAD COMO PERSONAL DE SALUD ABOGAR A FAVOR DE QUIEN TIENE SIDA Y DE SUS FAMILIARES
A) DE ACUERDO B) NO SE C) EN DESACUERDO
- 17.- CUÁLES SON LAS DIFERENTES OPCIONES DE PREVENCIÓN DURANTE LAS PRÁCTICAS SEXUALES:
A) ABSTINENCIA SEXUAL B) RELACIÓN FIEL CON UNA PAREJA SANA
C) UTILIZACIÓN DE PRESERVATIVO D) TODAS LAS ANTERIORES
E) NINGUNA DE LAS ANTERIORES
- 18.- CUÁLES SON LAS PRÁCTICAS SEXUALES SIN RIESGO:
A) BESO SECO B) ABRAZOS
C) MASTURBACIÓN MUTUA D) TODAS LAS ANTERIORES
E) NINGUNA DE LAS ANTERIORES
- 19.- CUÁLES SON LAS PRÁCTICAS SEXUALES DE POCO RIESGO:
A) BESO HÚMEDO B) COITO CON USO DE CONDÓN
C) TODAS LAS ANTERIORES D) NINGUNA DE LAS ANTERIORES
- 20.- CUÁLES SON LAS PRÁCTICAS SEXUALES CON RIESGO? :
A) COITO SIN USO DE CONDÓN B) COITO CON USO DE CONDÓN

II.- TEMOR AL CONTAGIO

- 21.- TEMO O TEMERÍA CONTRAER SIDA POR ATENDER A PACIENTES CON ESTA ENFERMEDAD
A) DE ACUERDO B) NO SE C) EN DESACUERDO
- 22.- MI MAYOR PREOCUPACIÓN ACERCA DE LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES CON SIDA ES SI PUEDO INFECTARME Y MORIR
A) DE ACUERDO B) NO SE C) EN DESACUERDO
- 23.- SI ATIENDO A PACIENTES CON SIDA ME PREOCUPARÍA PONER EN RIESGO A MIS FAMILIARES, AMIGOS Y COMPAÑEROS DE TRABAJO
A) DE ACUERDO B) NO SE C) EN DESACUERDO
- 24.- ATENDER A PACIENTES CON SIDA PUEDE AFECTAR MIS RELACIONES PERSONALES
A) DE ACUERDO B) NO SE C) EN DESACUERDO
- 25.- CUANDO ATIENDO A PACIENTES CON SIDA ME SIENTO INCAPAZ DE ATENDER SUS NECESIDADES FÍSICAS
A) DE ACUERDO B) NO SE C) EN DESACUERDO
- 26.- CUANDO ATIENDO A PACIENTES CON SIDA ME SIENTO INCAPAZ DE SATISFACER SUS NECESIDADES PSICOLÓGICAS
A) DE ACUERDO B) NO SE C) EN DESACUERDO

PREGUNTAS: SI -- NO

- 27.- EL SIDA SE TRANSMITE POR RELACIONES SEXUALES: SI _____ NO _____
- 28.- EL SIDA SE TRANSMITE POR SALUDOS DE MANOS Y MEJILLAS SI _____ NO _____
- 29.- LA MUJER EMBARAZADA CON SIDA SE LO TRANSMITE A SU BEBÉ SI _____ NO _____
- 30.- EL SIDA SE PUEDE TRANSMITIR POR TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA SI _____ NO _____
- 31.- EL SIDA LO CONTAGIAN LOS ENFERMOS ASINTOMÁTICOS SI _____ NO _____
- 32.- EL SIDA LO TRANSMITE QUEN TUVO RELACIONES CON UN ENFERMO SI _____ NO _____
- 33.- EL SIDA SE TRANSMITE POR JERINGAS CONTAMINADAS SI _____ NO _____
- 34.- EL SIDA SE CONTAGIA DANDO SANGRE SI _____ NO _____
- 35.- SOLO QUIENES USAN DROGAS ADQUIEREN EL SIDA SI _____ NO _____
- 36.- LOS MOSQUITOS TRANSMITEN EL SIDA SI _____ NO _____
- 37.- EL SIDA SE TRANSMITE POR LA SALIVA SI _____ NO _____
- 38.- EL SIDA SE ADQUIERE POR ALIMENTOS PREPARADOS POR UN ENFERMO SI _____ NO _____
- 39.- EL SIDA SE TRANSMITE POR UTENSILIOS DE COMIDA DE UN ENFERMO SI _____ NO _____

III.- CONDUCTA SOCIAL Y SEXUAL.

RESPUESTAS: SI -- NO

- 40.- LAS PERSONAS QUE USAN DROGAS ADQUIEREN FÁCILMENTE EL SIDA SI _____ NO _____
- 41.- LAS PERSONAS QUE USAN DROGAS INTRAVENOSAS ADQUIEREN FÁCILMENTE EL SIDA SI _____ NO _____
- 42.- LAS PERSONAS QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON VARIAS PERSONAS ADQUIEREN EL SIDA SI _____ NO _____
- 43.- TODAS LAS PROSTITUTAS ADQUIEREN FACILMENTE EL SIDA SI _____ NO _____
- 44.- LOS QUE PRACTICAN LA HOMOSEXUALIDAD SE SI _____ NO _____

- CONTAGIAN FÁCILMENTE
- 45.- LOS QUE PRACTICAN LA BISEXUALIDAD SE CONTAGIAN FÁCILMENTE SI _____ NO _____
- 46.- LOS QUE PRACTICAN LA PROMISCUIDAD SE CONTAGIAN FÁCILMENTE SI _____ NO _____
- 47.- EL USO DE CONDONES. EL TENER RELACIONES SEXUALES CON UNA SOLA PERSONA CONOCIDA, SON ALGUNAS MEDIDAS PARA PREVENIR EL SIDA SI _____ NO _____
- 48.- EL SIDA SE TRANSMITE POR PLATICAR O DAR LA MANO A LA PERSONA QUE TIENE LA ENFERMEDAD SI _____ NO _____
- 49.- COMPRENDE USTED LO QUE DICEN LOS ANUNCIOS SOBRE SIDA SI _____ NO _____
- 50.- QUE TANTO SABE SOBRE LA PREVENCIÓN DEL SIDA MUCHO _____ POCO _____ NADA _____
- 51.- LE GUSTARÍA QUE SU MÉDICO LE INFORMARA SOBRE LA ENFERMEDAD DEL SIDA SI _____ NO _____
- 52.- QUE LE GUSTARÍA SABER SOBRE EL SIDA
-

- 53.- EL SIDA ES FRECUENTE EN PERSONAS CON VIDA SEXUAL ACTIVA SI _____ NO _____
- 54.- EL SIDA SOLO LOS HOMOSEXUALES LO ADQUIEREN SI _____ NO _____
- 55.- EL SIDA LO CONTRAEN PROBABLEMENTE LOS HOMOSEXUALES SI _____ NO _____
- 56.- EL SIDA LO ADQUIEREN LAS PROSTITUTAS SI _____ NO _____
- 57.- EL SIDA SE PRESENTA EN BISEXUALES SI _____ NO _____
- 58.- HAY MAYOR RIESGO AL TENER RELACIONES CON VARIAS PERSONAS SI _____ NO _____
- 59.- EL SIDA PUEDE USTED ADQUIRIRLO SI _____ NO _____
- 60.- EL SIDA ES UNA EPIDEMIA MUNDIAL SI _____ NO _____
- 61.- EL SIDA SE PREVIENE SIN RELACIONES SEXUALES O ABSTENIENDOSE DE LAS MISMAS SI _____ NO _____
- 62.- UNA PAREJA SANA NO PRESENTARÁ SIDA SI _____ NO _____
- 63.- SE PUEDE PREVENIR CON PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS SI _____ NO _____
- 64.- HAY VACUNA CONTRA EL SIDA SI _____ NO _____
- 65.- HAY CURA CONTRA EL SIDA SI _____ NO _____
- 66.- LOS CURANDEROS CURAN EL SIDA SI _____ NO _____
- 67.- LA MAYORÍA DE LOS ENFERMOS DE SIDA MUEREN SI _____ NO _____
- 68.- EL ENFERMO DEBE TENER APOYO PSICOLÓGICO SI _____ NO _____
- 69.- EL ENFERMO DEBE RETIRARSE DE SU PROFESIÓN SI _____ NO _____
- 70.- EL ENFERMO DEBE SER AISLADO SI _____ NO _____
- 71.- EL SIDA ES MAS TEMIDO QUE LA LEPROA SI _____ NO _____
- 72.- HAY INFORMACIÓN INSUFICIENTE SOBRE EL SIDA SI _____ NO _____

- 102.- EL PRIMER COITO HETEROSEXUAL (HOMBRE-MUJER) QUE DECIDISTE TENER FUE:
 ANTES DE LOS 15 AÑOS ENTRE 15 Y 17 AÑOS
 ENTRE 18 Y 20 AÑOS ENTRE 21 Y 25 AÑOS
 DESPUÉS DE LOS 25 AÑOS NUNCA HE TENIDO UN COITO
HETEROSEXUAL (HOMBRE-MUJER)
- 103.- HAS TENIDO RELACIONES SEXUALES (CON O SIN ORGASMO) CON UNA PERSONA DE TU MISMO SEXO
 SI NO
- 104.- ALGUNA VEZ HAS TENIDO UNA EXPERIENCIA EN LA QUE INTERCAMBIASTE TU PAREJA CON LA DE OTRA PERSONA PARA TENER RELACIONES SEXUALES
 SI, UNA VEZ SI, ENTRE 2 Y 5 VECES SI, MAS DE 5 VECES
 NO, NUNCA LO HE HECHO
- 105.- SI ALGUNA VEZ HAS TENIDO RELACIONES SEXUALES CON DOS PERSONAS AL MISMO TIEMPO. ESTO HA SUCEDIDO PRINCIPALMENTE
 SI CON DOS PERSONAS DEL SEXO CONTRARIO AL MÍO
 SI CON DOS PERSONAS DE MI MISMO SEXO
 SI CON UNA PAREJA DE AMBOS SEXOS
 SI, VARIAS VECES CON TODAS LAS COMBINACIONES
 NO, NUNCA LO HE HECHO
- 106.- HAS TENIDO RELACIONES CON MAS DE DOS PERSONAS SIMULTÁNEAMENTE (SEXO EN GRUPO)
 SI NO
- 107.- TENGO PAREJA ESTABLE (CON LA QUE VIVO) DE MI MISMO SEXO
 SI NO
- 108.- EL TIEMPO QUE TENGO DE VIVIR CON ESTA PAREJA DE MI MISMO SEXO ES
 MENOS DE SEIS MESES ENTRE 6 MESES Y UN AÑO
 ENTRE 1 Y 3 AÑOS ENTRE 3 Y 5 AÑOS
 ENTRE 5 Y 10 AÑOS MAS DE 10 AÑOS
- 109.- LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL HOMOSEXUAL (CON UNA PERSONA DE TU MISMO SEXO) QUE TUVISTE FUE:
 ANTES DE LOS 15 AÑOS ENTRE LOS 15 Y 17 AÑOS
 ENTRE LOS 18 Y 20 AÑOS ENTRE LOS 21 Y 25 AÑOS
 ENTRE LOS 26 Y 35 AÑOS DESPUÉS DE LOS 35 AÑOS
- 110.- LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL HOMOSEXUAL (CON UNA PERSONA DE TU MISMO SEXO) QUE TUVISTE FUE:
 MUY AGRADABLE AGRADABLE INDIFERENTE
 DESAGRADABLE MUY DESAGRADABLE NUNCA LA HE TENIDO
- 111.- LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL HOMOSEXUAL (CON UNA PERSONA DE TU MISMO SEXO) QUE TUVISTE FUE CON:
 AMIGO (A) NOVIO (A) PROSTITUTA (O)
 FAMILIAR, ESPECIFICA _____ PAREJA
 DESCONOCIDO (A) SIRVIENTE (A) OTRA

NUNCA LO HE TENIDO

113.- EN TU OPINIÓN, ERES HOMOSEXUAL O LESBIANA

DESDE QUE ME ACUERDO DESDE ANTES DE LOS 10 AÑOS

DESDE QUE TUVE ENTRE 13 Y 20 AÑOS

DESPUÉS DE LOS 20 AÑOS DE EDAD

DESPUÉS DE LOS 30 AÑOS DE EDAD


114.- TE ACEPTASTE COMO HOMOSEXUAL:

ANTES DE LOS 10 AÑOS DE EDAD ENTRE LOS 11 Y 15 AÑOS

ENTRE LOS 16 Y 20 AÑOS DESPUÉS DE LOS 20 AÑOS

DESPUÉS DE LOS 30 AÑOS

115.- BREVEMENTE INDICA POR QUE CREES QUE ERES LESBIANA U HOMOSEXUAL:



*"COMO EL TIEMPO CORRE, ALLÁ ARRIBA UNOS Y OTROS
DISPARAN A LOS RELOJES GRITANDO"*

BIBLIOGRAFÍA.

ABELMAN WH. (1985). Incidence of dilated cardiomyopathy , Postgrad . MED . 61: 1123

ACCIÓN EN SIDA (1989): Análisis: ¿Conocimiento o Discriminación? Boletín Acción en SIDA. 1989. pp. 1-4

ALANIS, CL, URIBE, P, ET. AL. (1988). SIDA: Manual de Trabajo Para Capacitadores. SSA - SEP. México.

ANDERSON, REM. ; MAY, R.M.:(1992) Understanding the AIDS Pandemic. SCIENT. AM. 266: pp 20-27

ARIDJIS, PP. (1987) Las Epidemias Flagelo Divino. Información Científica Tecnológica. 9: pp. 48-50.

ATTAWELL, KATHY. (1991): Boletín Internacional sobre prevención y control del SIDA. Acción en SIDA. Número 13. Octubre. Págs. 1-16

BAUDRILLARD J. (1994). Olvidar a Foucault. PRE-Textos, España, pp.7-95.

BELLINGHAUSEN HERMANN (1988): Los Dilemas de la Nueva Enfermedad. Salud Pública de México. Julio-Agosto. Vol. 30. No. 4

BERGER, EA; MURPHY, PM; ET AL. (1999). Chemokine receptors as HIV 1 coreceptors : roles in viral entry, tropism, and disease. Annu. Rev. Immunol 17:657-700

Bimestral. CONASIDA. México. Num. 3

CAMARILLO, FD. (2000) Cardiología en VIH/SIDA. Recomendaciones y Experiencia Institucional para la Atención Integral del Paciente con VIH/SIDA. TOMO I. IMSS. México. Pág.27

CARBALLO M.(1990) Aspects of AIDS : policy implications. AIDS, 4:529-533

CASTILLO, TN. (2000). Diagnóstico por Laboratorio en el VIH/SIDA. Recomendaciones y Experiencia Institucional para la Atención Integral del Paciente con VIH/SIDA. TOMO I. México. Pág. 44

CASTRO PR. (1988). Aspectos Sociales del SIDA: Estigma y Prejuicio. Salud Pública de México. Julio- Agosto. 1988. Vol. 30. Número 4

CHIODI F, ASJO B, FANYO EM ET. AL. (1986). Isolation of HIV from Cerebrospinal Fluid of Antibody- Positive Virus Carrier Without Neurological Symptoms . LANCET 11: Pág. 1276

COOPER, DONALD. (1970): Las Epidemias en la Ciudad de México. Colección de Salaya. Seguridad Social. IMSS. México

CORREA, SONIA.(2001): Salud reproductiva , Género y Sexualidad: Legitimación y nuevas interrogantes. El Colegio de México. (Pág. 127-151)

CUEVAS, VL. (2000). Medicina Familiar en el VIH/SIDA. Recomendaciones y Experiencia Institucional Para la Atención Integral del Paciente con VIH/SIDA. TOMO I. 2000. PP127-136

EAKIN JM, TAYLOR KM. (1990). The Psychosocial Impact of AIDS on Health Workers. AIDS. 1990. 4. (Suppl 1): pp. 5257-5262

ELIZONDO R G (1991): Radiología en el paciente con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Hospital Universitario. Monterrey, México. 1991

ESCANDÓN, R. (1990). Las Drogas y su Efecto Sobre el Comportamiento. Editorial de Publicaciones México Centro, AC. pp. 5-7

FELABLUM PS, RINEHART W, SELLER JS. (1986). Spermicides and Sexually Transmitted Diseases: New Perspectives. NC Medical Journal 47:pp 569-572

FIGUEROA DR. (2000). Exposición Accidental al VIH en los Trabajadores de la Salud Prevención y Profilaxis Post Exposición. Recomendaciones y Experiencia Institucional para la Atención Integral del Paciente con VIH/SIDA. TOMO I. IMSS. 2000. Pág. 72

FLAX, J. (1992), "Pós-Modernismo e as Relações de Género na Teoria Feminista", en H. Holanda (ed.), Pós-Modernismo e Política, Río de Janeiro, Rocco.

GALAVIS, J.A. (2000). Sexualidad y SIDA. Noticias en el Universal. Com. 8 de febrero. Caracas

GAO F, BAILES E, ROBERTSON DL, CHEN Y RODENBURG CM, MICHAEL SF, ET AL (1999). Bringing of HIV-1 in the chimpanzee *Pantroglodytes Troglodytes*. NATURE, 397: 436-441

GAONA, F V., FLORES GP ET. AL. (2000). Terapia Antirretroviral Durante el Embarazo. Recomendaciones y Experiencia Institucional Para la Atención Integral del Paciente con VIH/SIDA. TOMO I. México. pp. 231-242

GARCIA MAYNEZ F. (2001). Ética. EDITORIAL PORRUA. México

GONZÁLEZ B. C.: Patogenia de la Infección por el VIH Tipo 1. Recomendaciones y Experiencia Institucional para la Atención Integral del Paciente VIH/SIDA. TOMO I. IMSS. México.

GONZÁLEZ, Y VF. (2000). Diferencias Entre Falta de Apego a Tratamiento, Efectos Colaterales y Resistencia Antirretroviral. Técnicas Para Mejorar el Apego al Tratamiento. Recomendaciones y Experiencia Institucional Para la Atención Integral del Paciente con VIH/SIDA. TOMO I. México. 2000. pp. 54-59

GUERRERO, RG. (1993): Patrón Epidemiológico de la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana en el Estado de Querétaro. Rev. MED. IMSS. México. 31: pp. 359-362

HAMISA, HS (1988).. El SIDA Y La Ley. PP. 28-29. SALUD MUNDIAL

HATCHER RA, RINEHARTW, SELLER JS. (1997)The Essentials of Contraceptive Technology, Baltimore. John Hopkins School of Public Health, Population Information Program.

HENDERSON D, FAHEY B, WILLY M. (1990). Risk for Occupational Transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1 HIV-1 Associated with Clinical Exposure : A Perspectiva Evaluation. ANN. INTERN. MED. 1990. 113 .PP. 740-746

HERBERT D. (1992). El Inmovilismo del Miedo y la Respuesta Solidaridad. Bol. ACCIÓN SIDA. OMS. 1992. (15): PP 10-11

HSIA J, ADAMS S, MOHANTY N, ET. AL. (1992). Human Immunodeficiency virus – related heart disease during 560 patient. Year of follow – up . CIRCULATION 86 (Supply 1); Pag. 1992

IMAZ, L B. (2000). Derechos Humanos del VIH/SIDA y del Médico que lo Atiende. Recomendaciones y Experiencia Institucional Para la Atención Integral del Paciente con VIH/SIDA. TOMO I. 2000. pp. 32-36

JARILLO, E; DELGADILLO, J. Y GRANADOS, J: (2000). Conocimientos Sobre el SIDA Entre los Estudiantes de Medicina de Tres Universidades Mejjicanas. Rev. Esp. Salud Pública. Vol. 74, No. 2: Pág. 184

JEFFREY, W. (1999): SEXUALIDAD. Paidós : Género y Sociedad. 1ª. Ed. (pág. 107 a 109)

JUAREZ J. (2000). Neurología en el VIH/SIDA. Recomendaciones y Experiencia Institucional para la Atención Integral del Paciente VIH/SIDA. TOMO I. IMSS. México. Pág. 50

KOBER B, MULDON M, ET AL. (2000). Timing the ancestor of the HIV-1 Pandemic Strains. SCIENCE 2000. pp: 1789-1796.

KUNATA T, MIYAZAKI Y, ET. AL. (1997). The Rapid Spread of Recombinants During a Natural in Vitro Infection With Two Human Immunodeficiency Virus Type 1 Strains. J. Virol. 71: 7088 – 7091.

LEON PORTILLA, MIGUEL; GARIBAY A. (1974): Visión de los Vencidos. UNAM. 1974

LEVY RM, BREDESEN DE, ET. AL. (1985). Experience at UCSF and Review of the Literature, J NEUROSURG 62: 475.

LEYVA JÁ. (1988). El SIDA, su Impacto Social y Democrático. GACETA CONASIDA. Año 1. Número 1. Mayo Junio. 1988

LIFSHITZ, GA. (2000). Ética Médica y el VIH/SIDA. Recomendaciones y Experiencia Institucional para la Atención Integral del Paciente con VIH/SIDA. TOMO I. IMSS. 2000. Pág. 68

LISKIN L, WHARTON CH, BLACK B R. (1990). Condomes Ahora más que nunca. Population Reports. Serie H: 8

LÓPEZ, IBOR. (1974). El Libro de la Vida Sexual. Antropología Sexual. Editorial DANAE. Pp.24-27

LÓPEZ, IBOR. (1974). El Libro de la Vida Sexual. Educación Sexual y Desarrollo Psicofisiológico de la Sexualidad. Editorial DANAE. Pág. 227

LÓPEZ, IBOR. (1974). El Libro de la Vida Sexual. Evolución Histórica del Comportamiento Sexual. Editorial DANAE. pp. 32-36

LÓPEZ, IBOR. (1974). El Libro de la Vida Sexual. La Conducta Sexual. Editorial DANAE. Pág. 428

LÓPEZ, IBOR. (1974). El Libro de la Vida Sexual. Sexualidad del Tema Sexual. Editorial DANAE. pp. 191-196

LÓPEZ, IBOR. (1992). La Sexualidad Humana. Rev. Psicología Práctica. Espacio y Tiempo Ediciones. pp. 1-8

LORE, A. (1991): "Aspectos Psicosociales ". Sexualidad Humana. Ensayos. UAM-X. México.

LORE, A. (2001). ¿VIH = SIDA = MUERTE? .Contexto Global Actual. Editorial Fondo Cultural Albergues de México. Pág. 57

MADRAZO, MN. (2000): Introducción. Recomendaciones y Experiencia Institucional para la Atención Integral del Paciente con VIH/SIDA. TOMO IMSS. México.

MAGIS CL, GARCIA GL, Y ET. AL. (1992). BOLETIN MENSUAL/ETS. EPI-
CONASIDA, AÑO 6. No. 1. Enero.2094-2096.

MAN, JS. (1988). SIDA y Discriminación. Salud Mundial. 1988. pp. 14-15

MC. CUTCHANE FE, SALMINEM MD, ET AL. (1996). HIV-1 Genetic Diversity.
AIDS SUPPL 3: pp. 13-20.

MONTAGNER L. (1993). SIDA Los Hechos, La Esperanza. Organización Mundial
de la Salud y Comisión de Comunidades Europeas.

MONTEJO, C. (1992). Drogas (1). Alcohol, Tabaco y Marihuana. Rev. Psicología
Práctica. Espacio y Tiempo Ediciones. Pp.1-20

OMS (1988). Conducta Sobre el SIDA Y EL Lugar de Trabajo.3-5

OMS (1988): INFORME DE LA OMS. Boletín OMS. 1988. pp. 1-4

OPS. (2000). Hablemos de Salud Sexual. Manual de Profesionales de Atención
Primaria de la Salud. Información, Herramientas Educativas y Recursos. Modulo
VIH/SIDA.

PACHECO, CR; DIAZ, MGS, ARREDONDO, JL ET. AL. (1994). El Laboratorio
Clínico en el Diagnóstico, Clasificación y Seguimiento de los Pacientes con
Infección por VIH/SIDA. GACETA MÉDICA. México. 130(1): Pág. 26

PÉREZ PR, PONCE DE LEÓN S. (1990). Actitudes de un Grupo de Médicos Ante
los Problemas del Manejo de los Pacientes con el Síndrome de Inmunodeficiencia.
Boletín Mensual. SIDA. Año 4. Número 2. Febrero 1990.

PORTEGIES P. (1995). Review of antiretroviral therapy in the prevention of HIV-
related AIDS dementia complex (ADC). DRUGS 49 (SUPPLY 1); PP 25-31

RADHAKSRISHNA A, GRINGLE RE, GREENSLADE FC. (1999). Identificando la
Intersección: Adolescencia, Embarazo no Deseado, VIH/SIDA y Aborto en
Condiciones de Riesgo. IPAS. USA.

RESVIK L, BERGER JR, SCHAPSHAL P ET. AL. (1988). Early Penetration of the
Blood- Brain Barrier By hiv. NEUROLOGY 38: Pag. 9.

ROJAS, SR. (1988). Aspectos Sociales del SIDA. GACETA CONASIDA. Año 1.
Número 4. Noviembre -Diciembre. 1988.

RUBIN, G. (1984): Thinking of sex: notes for a radical theory of the politics of
sexuality " en C. VANCE, Pleasure and Danger: exploring sexuality. New York,
Routledge and Kegan.

SALUD MUNDIAL (1988): SIDA y Discriminación. SALUD MUNDIAL. 1988. pp. 14-15.

SANTOS, B.(1996): "De la Mão de Alice ", O Social Postmodernidades, São Paulo, Cortéz Editora. Pág. 237.

SCHOLLE S. (1988). SIDA Aspectos Sociales, Jurídicos y Éticos de la Tercera Epidemia. Boletín OPS. 1988: (105): 587-603.

SEGUNDO FORO EN VIH/SIDA E ITS DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. La Habana, Cuba 2003.

SEPULVEDA AJ. (1992): SIDA y Derechos Humanos. Bol. Mensual. Año 6. Número 12. Diciembre 1992: Pág. 2329.

SEPULVEDA, A ET AL. (1992) Derechos Humanos y el SIDA. Boletín Mundial del SIDA/ETS. Mensual 6,8.

SEPÚLVEDA, J. (1992). SIDA y Derechos Humanos. Bol. Mensual. Año 6. Número 12. Diciembre. Pp. 2329-2330.

SERRAINO D, FRANCES H; ETL AL. (1991). Risk Factors for Human Immunodeficiency Virus Infection in 581 Intravenous Drug Users, Northeast Italy, 1984-a988. 20:pp. 264-270.

SHISKIN A. F. (1966). Ética Marxista. Editorial GRIJALBO.

SIDA/ETS:(2001) El Dia Mundial del SIDA. Un reto Compartido. Boletín Mensual. SIDA/ETS. Pág. 2021.

SNIDER WD, SIMPSON S ET. AL. (1983) Neuroiogical Complications of Acquired Immunodeficiency Syndrome Analysis of 50 Cases. ANN. NEUROJ. 14: Pág. 403.

SOLER, C. (1988).Como se Transmite el Virus del SIDA por Vía Sanguínea. CONASIDA. Año 1. Número 2. Julio/Agosto. 1988. Pág. 3.

SOTOMAYOR GA. (2000). Prevención de la Infección VIH/SIDA. Recomendaciones y Experiencia Institucional Para la Atención Integral del Paciente VIH/SIDA. TOMO I. México. IMSS. pp. 10.

SSa (1988). SIDA. Manual de Trabajo para Capacitadores. México. Pág. 24.

TERÁN, M. (1991): "Aspectos psicosociales". Sexualidad Humana. Ensayos, UAM-X. México.

TORDJMAN, G (1975). Realidades y Problemas de la Vida Sexual. La Sexualidad Durante la Adolescencia. Editorial Argos Vergara S.A. pp. 57-62.

TORRES CERNA C. (1989). Normas Éticas Internacionales Sobre el Ejercicio de la Medicina. TRIBUNA MÉDICA 55 (6): pp. 3541.

UNDA R; LÓPEZ M. (1988). Crisis Comportamiento Sexual en la Era del SIDA. CONASIDA. 1 Número 2. Julio/Agosto. 1988. pp. 10-12.

URIBE p (1989) Como vivir con el virus del SIDA. Consejo Nacional para la Prevención del SIDA. Año II. Num. 1. México.

URIBE, P. (1989). GACETA CONASIDA AÑO II, Número 1. Mayo Junio. 1989. Pág. 5.

URIBE, P. (2000): Prologo. Recomendaciones y Experiencia Institucional para la Atención Integral del Paciente con VIH/SIDA. TOMO I. IMSS. México.

VALDESPINO ET. AL. (1991). Directrices sobre el SIDA y los Primeros Auxilios en el Lugar de Trabajo. Boletín Mensual. SIDA /ETS. Año 5. Número 7. Julio 1991. pp. 1170-1172.

VALDESPINO, ET AL. (1990): Actitudes Éticas de un Grupo de Médicos Ante los Problemas del Manejo de los Pacientes con SIDA Bol. CONASIDA. 1990 (2): pp. 814-816.

VALDESPINO, ET. AL (1992): Uso de drogas y comportamiento sexual en parejas de usuarios de drogas intravenosas, Estados Unidos de América, 1988 -1990. Boletín Mensual SIDA/ETS. México 6, 3 (pp. 2124-2141).

VALDESPINO, G. ET AL. (1992): III Conferencia Internacional Sobre SIDA / III Congreso Mundial de ETS. Julio 1992. Amsterdam, Holanda. Contribuciones de Mexicanos (1a. Parte). Boletín Mensual de SIDA/ETS. México 6,8. Agosto. 1992.

VALDESPINO, JOSÉ ET AL.(1991): Directrices sobre el SIDA y los primeros auxilios en el lugar de trabajo. Boletín Mensual de SIDA / ETS. Julio. México. 5,7 pp. 1160-1177).

VALLADARES, MA. (1991): Espectro Clínico de la Infección por VIH. Hospital de Zona Vicente Guerrero. Acapulco. GRO.

WALTERS L. (1988). Ethical Signs in the Prevention and Treatment of HIV Infection and AIDS, SCIENCE. 1988. 239: 597-603.

WILLIAM W.D. (1991). El Uso del Condón y su Eficacia en Poblaciones de Alto Riesgo. Boletín Mensual. SIDA /ETS. Año 5. Número 5. Mayo 1991.

WINKELSTEIN W, LYMAN DM. (1987). Sexual Practices and Risk of Infection by The Human Immunodeficiency Virus : The San Francisco Men Health Study. *Jama* 257: pp 321-325.

ZUÑIGA, J. (2000) Epidemiología del VIH/SIDA en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Recomendaciones y Experiencia Institucional para la Atención Integral del Paciente con VIH/SIDA. TOMO I. IMSS. México. Pág. 1.