



UNIVERSIDAD DE PANAMA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PUBLICA
MAESTRIA EN SALUD PUBLICA

CONDUCTA SEXUAL DE RIESGO E INFECCION POR VIH EN HOMBRES Y
MUJERES DEL AREA METROPOLITANA. PANAMA 1994.

POR

OMAIRA DORATI DE RODRIGUEZ

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAESTRIA EN SALUD PUBLICA CON
ENFASIS EN EPIDEMIOLOGIA

1996

292750

Obs del autor

31 MAY 1997

T

APROBACION

PAGINA DE APROBACION

APROBADO POR:

Director de Tesis: Manuel Escal
(Nombre y Título)

Miembro del Jurado: Rolando Jiménez
(Nombre y Título)

Miembro del Jurado: Armando Zamora
(Nombre y Título)

Representante
Vice Rectoría de
Investigación y PostGrado: DR. Alfredo Figueroa Navano
(Nombre y Título)

Comentarios:

Publicación de un fragmento en la revista SCIENTIA.

DEDICATORIA

Mi eterna gratitud
Al Todopoderoso por iluminar cada uno de mis días.

A mis hijas
Omaira Michelle y Stephanie Marie por su comprensión
y paciencia.

A mi esposo
Miguel Angel por su apoyo y consideración.

A mis padres
Dora y Miguel por estar conmigo en todo momento.

A mis hermanos
Marta, Miguel e Isabel por su confianza y estímulo.

A mi amiga
Bineika Castroverde por su gran ayuda y colaboración
en la realización de este trabajo.

AGRADECIMIENTO

Mi profundo agradecimiento al Dr. Manuel A. Escala L., Pediatra, Médico Epidemiólogo y Profesor de Administración y Planificación de los Servicios de Salud, el cual ha dirigido esta investigación, su oportuna y valiosa orientación fueron fundamentales para llevar a feliz término este esfuerzo.

Deseo expresar mi sincera gratitud al Profesor Vicente Bayard, el cual laborará como Jefe de Epidemiología a Nivel Nacional y a la Dra. Rosalía Quintero, Jefe del Departamento de Epidemiología de la C.S.S. ambos mediante sus conocimientos y gran experiencia colaboraron en el desarrollo de las distintas etapas de esta investigación.

Un agradecimiento al personal de los diferentes equipos de Epidemiología de las Policlínicas de la Caja de Seguro Social del Area Metropolitana y al personal de la Sección de Serología del Departamento de Laboratorio del Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid y del Laboratorio de la Policlínica Presidente Remón.

Al profesor Felix Mascarín por su atinada asistencia en lo correspondiente a los aspectos estadísticos. Esta investigación no hubiera sido posible sin la colaboración que prestaron, de una u otra manera cada una de estas personas, a todos ellos mi eterna gratitud.

INDICE GENERAL

	Página
APROBACION.....	ii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	vi
INDICE GENERAL.....	viii
INDICE DE CUADROS	xiv
INDICE DE FIGURAS.....	xviii
INTRODUCCION.....	xx

CAPITULO I

MARCO CONCEPTUAL

A. Definición del Problema.....	2
1. Situación Nacional.....	2
2. Situación Mundial.....	3
B. Objetivos.....	6
1. Generales.....	6
2. Específicos.....	6
C. Próposito y Justificación.....	7
D. Hipótesis.....	9
E. Definición Operacional de Variables.....	10

CAPITULO II

LA CONDUCTA SEXUAL

A. Aspectos Generales de la Conducta.....	15
1. Conducta.....	15
2. Conducta Sexual.....	17
3. Determinantes de la Conducta Sexual.....	18
a. Entorno Sociocultural.....	18
b. Ideología Sexual.....	18
4. Formas de Conducta Sexual.....	20
a. Coito.....	21
1. Coito Vaginal.....	23
2. Coito Anal.....	23
3. Coito Oral.....	23
b. Masturbación.....	25
1. Masturbación Mutua o Acompañada....	26
2. Masturbación Solitaria.....	27
c. Caricias Sexuales.....	28
1. Beso.....	29
2. Estimulación Tactil.....	30
5. Preferencias Sexuales.....	31
a. Heterosexual.....	31
b. Bisexual.....	31
c. Homosexual.....	32
6. Los Preservativos.....	33
7. Enfermedades de Transmisión Sexual.....	39

CAPITULO III

GENERALIDADES DEL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

A. Generalidades del SIDA.....	44
1. Antecedentes Históricos.....	44
2. Descubrimiento y Denominación del VIH.....	48
3. Definición del VIH/SIDA.....	51
4. Modos de Transmisión del VIH.....	52
a. A través de contacto sexual.....	53
b. A través de sangre o sus componentes y órganos o tejidos infectados.....	57
c. Transmisión de Madre a Hijo (Perinatal).	60
d. Otros modos de transmisión investigados.	63
5. Periodo de Incubación.....	65
6. Manifestaciones Clínicas.....	66
a. Infección Aguda.....	69
b. Infección Asintomática.....	70
c. Linfadenopatía Generalizada Persistente.	71
d. Complejo Relacionado con el SIDA.....	72
e. SIDA.....	73
1. Infecciones Oportunistas.....	83
1.1. Infecciones Protozoarias.....	84
1.2. Infecciones Mucólicas.....	86
1.3. Infecciones Bacterianas.....	87
1.4. Infecciones Virales.....	89

CAPITULO IV

CONDUCTA SEXUAL DE RIESGO E INFECCION POR VIH EN LA POBLACION

A. Generalidades.....	92
1. Variables que influyen en la difusión del VIH.....	94
2. Conducta sexual de riesgo asociadas a la transmisión del VIH.....	98
3. Factores de riesgo asociados a la transmisión heterosexual del VIH.....	101
4. Estudios sobre conducta sexual y riesgo de VIH en hombres y mujeres.....	103
a. Variables.....	103

CAPITULO V

METODOLOGIA

A. Tipo de Estudio.....	120
B. Universo de Estudio.....	122
C. Tamaño de la Muestra.....	123
D. Instrumento y Método para la Recolección de los Datos.....	126
E. Plan de Tabulación y Análisis.....	129
1. Análisis Estadístico Simple.....	131
2. Análisis Estratificado.....	133

CAPITULO VI

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

A. Generalidades.....	137
1. Análisis Estadístico Simple.....	141
2. Análisis Estratificado.....	143
CONCLUSIONES Y DISCUSIONES.....	156
RECOMENDACIONES.....	163
BIBLIOGRAFIA.....	166
ANEXOS.....	174

INDICE DE CUADROS

Cuadro #	Página
1. Esquema de Clasificación de la Infección por VIH. Centro para el Control de las Enfermedades.....	68
2. Definición de Caso de SIDA por los Centros para el Control de las Enfermedades.....	76
3. Resumen de la Definición de Caso de SIDA y Revisión de 1993 en Europa.....	81
4. Estadios Clínicos de la Infección por VIH. Organización Mundial de la Salud.....	82
5. Características Socio-Económicas de los Casos y Controles de la Conducta Sexual de Riesgo, Asociada a la Transmisión del VIH; C.S.S.: Año: 1994.....	138
6. Características Socio-Económicas de los Casos y Controles de la Conducta Sexual de Riesgo, Asociada a la Transmisión del VIH; C.S.S.: Año: 1994.....	140
7. Razón de Productos Cruzados (OR) de Infección por VIH, en Relación a la Promiscuidad Sexual, Estratificada por Edad, Sexo, y Grupo Racial; C.S.S.: Año:1994.....	144
8. Razón de Productos Cruzados (OR) de Infección por VIH, en Relación a la Promiscuidad Sexual, Estratificada por Estado Civil, Nivel Educativo y Nivel Económico; C.S.S.: Año: 1994.....	145

Cuadro #	Página
9. Razón de Productos Cruzados (OR) de Infección por VIH, en Relación a la Promiscuidad Sexual, Estratificada por Infidelidad e Historia de Enfermedades de Transmisión Sexual; C.S.S.: Año: 1994.....	147
10. Razón de Productos Cruzados (OR) de Infección por VIH, en Relación al Tipo de Actividad Sexual sin Preservativo, Estratificada por Edad, Sexo y Grupo Racial; C.S.S.: Año: 1994.....	148
11. Razón de Productos Cruzados (OR) de Infección por VIH, en Relación al Tipo de Actividad Sexual sin Preservativo, Estratificada por Estado Civil, Nivel Educativo y Nivel Económico; C.S.S.: Año: 1994.....	149
12. Razón de Productos Cruzados (OR) de Infección por VIH, en Relación al Tipo de Actividad Sexual sin Preservativo, Estratificada por Infidelidad e Historia de Enfermedades de Transmisión Sexual; C.S.S.: Año: 1994.....	151
13. Razón de Productos Cruzados (OR) de Infección por VIH, en Relación al Tipo de Actividad Sexual, Estratificada por Edad, Sexo y Grupo Racial; C.S.S.: Año: 1994.....	152
14. Razón de Productos Cruzados (OR) de Infección por VIH, en Relación al Tipo de Actividad Sexual, Estratificada por Estado Civil, Nivel Educativo y Nivel Económico; C.S.S.: Año: 1994.....	154

Cuadro #	Página
15. Razón de Productos Cruzados (OR) de Infección por VIH, en Relación al Tipo de Actividad Sexual, Estratificada por Infidelidad, e Historia de Enfermedades de Transmisión Sexual; C.S.S.: Año: 1994.....	155

INDICE DE FIGURAS

Figura #	Página
1 Notificación de Personas identificados por el VIH. Portador VIH/Caso de SIDA. C.S.S.....	78

INTRODUCCION

INTRODUCCION

EL SIDA hizo su aparición en los países desarrollados, entre los grupos de homosexuales y usuarios de drogas intravenosas, convirtiéndose actualmente en una pandemia que afecta a millones de personas en el mundo entero.

Ante la breve difusión del VIH, diversos estudios han utilizado modelos matemáticos que combinan procesos epidemiológicos y demográficos a fin de conocer la dinámica de propagación del VIH en los distintos segmentos de la población, mediante la interpretación de los patrones epidemiológicos.

Los datos de SIDA alrededor del mundo presentan diferencias en relación a una región y otra. Así pues, las investigaciones epidemiológicas permiten que se identifiquen los siguientes patrones de transmisión del VIH:

PATRON I

Los casos de SIDA aparecen primordialmente en hombres

homosexuales, bisexuales y usuarios de drogas intravenosas¹, donde la extensión del virus comenzó a finales de 1970 e inicios de 1980. Los datos epidemiológicos indican las siguientes regiones: Estados Unidos, Europa Occidental, Canadá, Australia, Africa del Norte y partes de América del Sur. En lo que a la transmisión heterosexual se refiere, se puede señalar que forman una pequeña proporción de casos, que va en aumento.

PATRON II

En este segundo patrón los heterosexuales constituyen la mayor proporción de casos, distribuyéndose en Africa y América del Sur. Más de las 2/3 partes de los casos de SIDA a nivel mundial están en Africa, contrario a la situación de los Estados Unidos y Europa donde los heterosexuales son una pequeña parte en la pandemia del SIDA². Lo anterior tiene sus efectos en la transmisión perinatal.

¹PIOT P., KAPITA B M, NGUGI E N, MANN J M, COLEBUNDERS R, WABITSCH, Rudolph. OMS. AIDS in Africa. "A Manual for Physicians". Geneva. 1992. pág. 14.

²KLINGER, Karen. Presentado en la 8th International Conference on AIDS. Amsterdam. Harvard Public Health Review. 4(1): 34, 1992.

PATRON III

Se presenta en áreas en las cuales la enfermedad ha sido de reciente aparición, y cuyas fuentes de infección la constituyen mayoritariamente los heterosexuales ya sean prostitutas y personas con múltiples compañeros sexuales. Las áreas donde se distingue este patrón son: Asia Pacífico, Europa Oriental y el Este Medio. Estudios recientes reflejan un aumento llamativo en casos incidentes de la infección por VIH en estas regiones, principalmente Tailandia.

Los patrones de transmisión descritos van cambiando con el transcurrir del tiempo, de forma inevitable.

El virus que se transmite a través del contacto sexual, es de rápida difusión, en comparación a la infección adquirida por vía parenteral por señalar un ejemplo.

Es evidente que la distribución geográfica del VIH y el SIDA presenta notables variaciones en relación a una región y otra. A esto se le puede agregar, la marcada distribución entre los subtipos del VIH, es decir el VIH-1 y VIH-2. Según se indica, el VIH-1 es el responsable de la mayoría de las infecciones en el mundo. Por otra parte, el VIH-2, se ha encontrado predominantemente en la población heterosexual de

países del Oeste de Africa y a pesar de que se han encontrado casos esporádicos en Europa y Estados Unidos, no se ha observado una gran difusión fuera de los países del Oeste de Africa.

En nuestro medio los servicios de salud pública muchas veces son insuficientes para atender las necesidades de la población, la escasez de recursos y la necesidad de lograr mayor eficacia a través de las acciones de salud obligan a integrar los servicios de prevención de la infección por VIH, con los de prevención y control de otras enfermedades tales como las de transmisión sexual y la tuberculosis. Este esfuerzo por prevenir el VIH no debe limitarse al sector salud sino que debe incluir también otros sectores e instituciones públicas y privadas, con esta coordinación y los recursos requeridos se pueden adoptar medidas más adecuadas.

Como se podrá apreciar en detalle posteriormente en Panamá la mayor cantidad de contagios con el VIH, se producen por la vía sexual. Por otra parte, en otras regiones se ha abierto un debate público sobre la sexualidad, se han contabilizado una mayor cantidad de encuestas sobre la conducta sexual en la población. Así pues, la revisión documental sobre el tema menciona a países como Francia, Gran Bretaña y Estados Unidos primordialmente, donde se han

obtenido resultados positivos sobre la demografía del VIH asociado a diversos factores de riesgo, lo cual ha coadyuvado notablemente a la labor preventiva.

La presente investigación está dirigida a hombres y mujeres del Area Metropolitana ya que ambos miembros deben responder a los mensajes que les suministren sobre los factores de riesgo asociados a la transmisión del VIH. Lo anterior es muy importante para el logro de cambios en aquellos estilos de vida que favorecen el contagio.

Este trabajo está estructurado de la siguiente manera:

El primer capítulo incluye el marco conceptual, donde se expone la definición del problema, los objetivos generales y específicos de la investigación, el propósito, justificación, las hipótesis y las variables seleccionadas.

El segundo capítulo aborda la descripción de los distintos conceptos y acepciones sobre la conducta sexual de los individuos, se presenta además información teórica sobre los determinantes de dicha conducta, sus modalidades, etc.

El tercer capítulo presenta información sobre las generalidades del SIDA, se describe sus antecedentes

históricos, descubrimiento, definición, modos de transmisión, periodo de incubación, manifestaciones clínicas y forma de tratamiento, entre otros aspectos.

El cuarto capítulo incluye aspectos referidos a la conducta sexual y el riesgo de infección por VIH, se hizo una revisión documental sobre este tema, permitiendo la descripción de acuerdo a criterios teóricos de los factores de riesgo más importantes para la adquisición del VIH, además de esto, se señalan distintos estudios epidemiológicos realizados en otros países, los cuales se centran en la conducta sexual y el riesgo de infección por VIH.

El quinto capítulo contempla la metodología que se emplea para el desarrollo de la investigación, se especifican aspectos tales como: el tipo de estudio, el tamaño de la muestra, el instrumento para la recolección de los datos y los procedimientos de tabulación y análisis de la información.

El sexto capítulo comprende el análisis e interpretación de los resultados, en el proceso se analizan las distintas variables utilizadas en el estudio a fin de determinar aquellas asociadas a la adquisición del VIH.

Finalmente se presentan las conclusiones de los hallazgos más sobresalientes de esta investigación y diversas recomendaciones que pueden permitir en un alto grado superar las limitaciones naturales de este tipo de trabajo.

CAPITULO I
MARCO CONCEPTUAL

A. DEFINICION DEL PROBLEMA

1. Situación Nacional

En retrospectiva se puede señalar, que en la República de Panamá el primer caso de SIDA se diagnosticó en septiembre de 1984 en el Hospital Santo Tomás, este caso fue de una mujer de 34 años procedente de Haití³. Posteriormente en julio de 1985 fue diagnosticado el primer caso con evidencia de haberse expuesto al virus en Panamá, ya que el paciente nunca había viajado fuera del país⁴.

Hasta septiembre de 1995, en la República de Panamá se han notificado 947 casos de SIDA⁵. Han fallecido 578, representando una tasa de letalidad de 61%. En la distribución de los casos por grupos de edad, se observa, que el más

³MINISTERIO DE SALUD. División Técnica de Epidemiología. Departamento de Vigilancia y Control de ETS y SIDA. "Situación Epidemiológica del SIDA en Panamá". Boletín Epidemiológico; 8:(12)1-4, agosto de 1989, s.p..

⁴CARRINGTON de BEETS, Carmen. DMD; MPH. Lineamientos Generales para un Plan de Salud en ETS y SIDA. s.e.; s.f.; pág. 1

⁵MINSA. Dirección de Epidemiología. Departamento de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles. Informe Acumulativo de la Situación del SIDA. 1984-1995, 30 de septiembre de 1995.

afectado es el de 20 a 44 años, siendo esta la población sexualmente más activa y económicamente más productiva del país.

Por sexo se observa que 783 (82.7%) corresponde a hombres y 164 (17.3%) a mujeres, presentándose una relación de 5 hombres por 1 mujer.

La transmisión sexual es la responsable por el 84.4% de los casos, el 31.9% pertenecen al grupo de homosexuales, el 9.6% a los bisexuales y el 42.9% a los heterosexuales. La transmisión sanguínea fue la vía de entrada en el 5.2% de los casos, a expensas del uso de drogas intravenosas con un 2.7%, los hemofílicos con 1.3% y los receptores de sangre 1.2%. La transmisión perinatal representa el 3.0%.

2. SITUACION MUNDIAL

La Sociedad Española Interdisciplinaria de SIDA publicó información proporcionada por el Programa Global de SIDA de la Organización Mundial de la Salud, sobre la situación mundial de los casos de SIDA declarados hasta el 12 de enero de 1995, la distribución es la siguiente⁶:

⁶Publicación Oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria de SIDA. Madrid, 6(7-8):472.1995.

La cantidad de 1,024,073 casos notificados por los cinco continentes se distribuyen de la siguiente forma, el continente americano notificó 522,277 o 51% de los casos, el continente africano notificó 348,185 o 34% de los casos, Europa notificó 128,009 o un 12.5% de los casos, Asia notificó 20,481, es decir un 2% de los casos y Oceanía 5,120, o sea el .5% de los casos.

De la descripción anterior se observa que el continente americano es el que ha notificado el mayor número de casos a nivel mundial, con un 51%. Dentro de este contexto se puede señalar que hasta el 31 de diciembre de 1994, el número de casos notificados y acumulados en América ascendía a 578,943, el número de casos de SIDA en países seleccionados presentaba el siguiente perfil: Estados Unidos de América notificó 387,809 casos, Brazil 62,314, México 21,436, Canadá 11,119, Colombia 5,577, Costa Rica 729 y Panamá 833 casos.

Dado que el número de casos por sí solo, no muestra la trascendencia del problema, referido a la población bajo riesgo y expresada en tasas por 100,000 habitantes; la incidencia del SIDA en los mencionados países mostraba la siguiente magnitud: Estados Unidos (18.7), Brazil (6.2), Canadá (4.8), Panamá (4.7), México (3.8), Costa Rica (3.3) y Colombia con una tasa de (2.8)

Las cifras presentadas son elocuentes, al señalar, que en proporción a su población en Panamá el SIDA representa un gran problema de salud pública en comparación con Costa Rica, México y Colombia.

En la región de Centroamérica y Panamá, se notificaron 7,565 casos de SIDA. De acuerdo al número y la tasa por 100,000 habitantes se observaba la siguiente distribución: Honduras 4,212 (11.8), Belice 100 (7.2), Panamá 833 (4.7), Costa Rica 733 (3.3), El Salvador 992 (2.9), Guatemala 594 (0.9), Nicaragua 101 (0.3).

Según estos datos, Panamá se ubica en tercer lugar dentro de la región de Centroamérica, de acuerdo a la incidencia anual de casos notificados.

Un informe trimestral de la OMS/OPS hasta el 10 de junio de 1995, señala que el número acumulado de casos notificados a nivel mundial ascendía a 1,078,520. En el caso específico de América, el número acumulado de casos notificados, es de 580,129 y el número acumulado de muertes notificadas de 304,493.

B. OBJETIVOS

1. Generales

- Describir los aspectos teóricos sobre la conducta sexual humana, información referente a las generalidades del VIH/SIDA y estudios referidos a la conducta sexual y el riesgo de adquirir el VIH.

- Identificar conductas sexuales de riesgo de transmisión del VIH en hombres y mujeres del Area Metropolitana.

- Determinar si existe diferencias significativas en la conducta sexual de riesgo en los hombres y mujeres del Area Metropolitana.

2. Específicos

- Identificar factores de riesgo de la conducta sexual asociados a la transmisión del VIH en hombres y mujeres del Area Metropolitana.

- Determinar la fuerza de asociación entre los factores de riesgo identificados y el riesgo de infección por

VIH.

- Estimar el riesgo relativo asociado a los factores de riesgo de aparición de seropositivos en hombres y mujeres del Area Metropolitana, ajustando individualmente las variables de confusión, tales como: edad, estado civil, raza, nivel educativo, nivel económico, historia de ETS e infidelidad.

C. PROPOSITO Y JUSTIFICACION**1. PROPOSITO**

- Brindar información necesaria para la formulación de políticas, estrategias y sobre todo para el desarrollo de programas de educación sanitaria que actúen eficientemente en la interrupción de la cadena de transmisión del VIH en nuestro medio.
- De esta manera contribuiremos a la disminución de la incidencia en la propagación del VIH, mediante la adquisición de conocimientos sobre conducta sexual y sus determinantes facilitando el desarrollo de programas de educación sanitaria.

2. JUSTIFICACION

Esta investigación tiene como fundamento las siguientes razones:

-Los estudios que se han realizado⁷ revelan que cada muerte por VIH acarrea la perdida de un promedio de 15-20 años de experiencia laboral, se pierde la inversión en educación y capacitación, junto con la tercera parte del producto que esa persona hubiese podido ganar el resto de su vida. Los costos se reflejan también en la ausencia del enfermo en el puesto de trabajo, lo que disminuye la productividad, se ven afectados los ingresos familiares y los gastos de atención al enfermo.

-Un estudio realizado en el país sobre el impacto de la epidemia del SIDA⁸ reveló entre otros aspectos que un paciente con SIDA conlleva diversos gastos cuando acude a los servicios de salud pública, estos pueden circunscribirse a la consulta médica (incluye la

⁷OPS. Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas. Washington, D.C., E.U., 1991-1994, pág. 108.

⁸Ministerio de Salud. División Técnica de Epidemiología. Departamento de Vigilancia y Control de ETS/SIDA. La Epidemia del SIDA en Panamá. Impacto en personas afectadas y Repercusiones Económicas. Panamá, octubre 1993, págs:36-38

consejería), gastos de hospitalización, tratamiento, exámenes de laboratorio, tiempo perdido, defunción; etc, dicho estudio señala que el costo total acumulado de la epidemia para 1984-1993 ascendió a B/.70,565,371, no obstante estas cifras se consideran conservadoras, por el subregistro en la notificación al sistema de vigilancia epidemiológica del Programa Nacional. Lo anterior implica la necesidad de brindar mayor orientación sobre la conducta sexual que puede implicar riesgo de infección por VIH.

-En el campo de la salud pública, las investigaciones sobre el tema que nos ocupa son escasos, siendo de interés la realización de la misma, a fin de que sirva además en futuras investigaciones.

-La inquietud por realizar un trabajo que sea de utilidad para el país, principalmente para la unidad administrativa en la cual laboro.

D. Hipótesis

A continuación se señalarán las hipótesis y variables que se han seleccionado en el presente estudio.

Ho: La probabilidad que tiene la población mayor de 18 años de adquirir VIH no está relacionada con:

- a. Las relaciones sexuales sin uso de preservativo
- b. El número de compañeros sexuales (promiscuidad)
- c. La actividad sexual específica

H1: La probabilidad que tiene la población mayor de 18 años de adquirir el VIH está relacionada con:

- a. Las relaciones sexuales sin uso de preservativo
- b. El número de compañeros sexuales (promiscuidad)
- c. La actividad sexual específica

E. Definición Operacional de Variables

1. Sexo: Femenino y Masculino, se investigará a hombres y mujeres sexualmente activos.

2. Edad: Tiempo en años cumplidos al momento de la aplicación del cuestionario, en hombres y mujeres mayores de 18 años.

3. Estado Civil: Se tomará en cuenta la condición actual

de los hombres y mujeres, entendiéndose para tal efecto si el o ella está soltero (a), comprometido (a), casado (a), divorciado (a); etc. Para esta variable se conformaron dos categorías:

- Solteros (as), separados (as), viudos (as), divorciados (as), (sin pareja).
- Casados (as) o unidos (as) consensualmente (con pareja).

4. Raza: Se distinguirán los caracteres biológicos constantes que predominen en los grupos de estudio.

5. Nivel Educativo: Ultimo año de estudios realizados, si concurrió a la universidad, a la secundaria, primaria; etc. Para efecto del análisis se considerará como completo cuando se hayan cursado todos los años correspondientes al respectivo nivel académico. Las categorías correspondientes son:

- Universitario - PostGrado (nivel educativo alto)
- Secundaria, vocacional (nivel educativo medio)
- Algún grado de primaria (nivel educativo bajo)

6. Nivel Económico: Ingreso recibido mensualmente por los hombres y las mujeres.

7. Relaciones sexuales sin uso de Preservativo: Contacto sexual no protegido en las parejas. Según el uso del preservativo en las relaciones sexuales se establecieron:

- Las relaciones sexuales sin uso de preservativo y,
- Las relaciones sexuales con uso de preservativo.

8. Número de compañeros sexuales (promiscuidad): Número promedio de compañeros de sexo en hombres y mujeres en el año anterior (1993) y en los meses previos a la entrevista (1994). Para esta variable se establece la dicotomía:

- Con menos de 2 compañeros (no promiscuos)
- Con 2 o más compañeros (promiscuos).

9. Actividad Sexual Específica: Se considerará el antecedente o tipo de acto sexual, en el grupo, que entraña riesgo significativo de transmisión del VIH. Se distinguen 2 modalidades:

- La actividad sexual anal y,

- La actividad sexual vaginal

10. Infidelidad: Se expresará en la relación que mantienen los hombres y mujeres fuera de la pareja.

11. Historia de ETS: Antecedente de haber contraído por contacto directo durante la actividad sexual: sífilis, gonorrea, úlcera genital, clamidiasis, hepatitis B; etc.

genitales muy vagos que pueden llevar a la pareja hasta el orgasmo.

3. Determinantes de la Conducta Sexual

La mayoría de las investigaciones señalan que la conducta sexual esta determinada por los siguientes elementos:

a. Entorno Sociocultural

Esta constituido por las principales instituciones de la sociedad como por ejemplo: el matrimonio, la religión, las normas, los valores dominantes, la economía; etc.

b. Ideología Sexual

Esta comprendida por las creencias y actitudes relativas a la conducta sexual. Esta ideología no solo puede diferir de un grupo a otro de la población, sino que en general varía según el tipo de persona a las que se aplican como por ejemplo: hombres y mujeres, ya sean casados (as) y solteros

(as)⁷.

En el entorno sociocultural están los grupos de la sociedad que en ella interactúan, como es el matrimonio. En ella subyacen normas y valores que condicionan dicho sistema social. Estas pueden afectar en mayor o menor grado las conductas sexuales.

En lo concerniente a la ideología sexual, se puede indicar, que en la misma convergen elementos relativos a la psicología, representado por creencias y aptitudes que evidentemente influyen en la forma que manifiesta una persona de comportarse. Las condiciones fisiológicas y necesidades biológicas están presentes en la ideología sexual e interactúa con el entorno cultural, existe por lo tanto una relación interdependiente, desempeñando ambos un papel de mucha profundidad y sutileza en la determinación de la conducta.

⁷INSAN. Ministerio de Sanidad y Consumo. Protocolo de Investigación Sobre Comportamiento Sexual y Riesgo de Infección por el VIH. Op. cit..., pág. 2

4. Formas de Conducta Sexual

En este punto es importante mencionar a 3 pioneros en las investigaciones sobre la conducta sexual humana, estos son: Alfred Kinsey, quien realizo en Estados Unidos, la primera encuesta objetiva sobre la verdadera conducta sexual de las personas, y William H. Masters y Virginia E. Johnson, iniciadores del estudio de laboratorio de la respuesta sexual humana.

Si bien es cierto que no corresponde describir los hallazgos de estos investigadores, su contribución a la comprensión de las formas de conducta sexual son muy valiosas. Dada la universalidad de la conducta sexual, habría que esperar un conocimiento amplio de ella. No obstante se han creado pocos modelos para el estudio de este tipo de conducta humana⁸.

En toda sociedad es evidente la carencia de normas establecidas para expresar la actuación sexual, tanto en hombres como en mujeres, observándose por lo tanto distintas

⁸GOTWALD H. William Jr., HOLTZ GOLDEN, Gale. Op. cit., pág. 7

modalidades de conducta sexual. La revisión de la literatura sobre este tema, ha permitido que se distingan las siguientes conductas sexuales:

a. Coito

La palabra coito viene de las palabras latinas co "junto" e ire ir. En sentido literal significa ir o venir juntos. Es utilizado como termino clínico de las relaciones sexuales.

El Diccionario de Psicología lo define como el intercambio o copulación sexual⁹.

Según Morton A. Stenchever el coito es una relación sexual que se define estrictamente en términos del contacto de los órganos genitales entre un hombre y una mujer. Esta representa una descarga sexual¹⁰.

Shere Hite, define el coito, como una expresión sexual desde el comienzo del patriarcado y es la única forma de

⁹WARREN, Howard C. *Op. cit.*, pág. 54

¹⁰STEVENCHEVER, Morton A. *Como Orientar en Conducta Sexual*. México: Editorial Pax-México., 1987: pág. 13

placer sexual realmente perdonada en la sociedad. Además de esto, la misma sostiene que el coito ha sido definido como la forma básica de la sexualidad¹¹.

Por otra parte, Julia R. Heiman y Joseph Loppiccolo señalan, con respecto al coito, que debido a la influencia de la biología y de la cultura, muchos individuos sostienen que el coito es mejor que otras formas de expresión sexual¹².

En síntesis se puede indicar, que el coito constituye una forma de contacto físico, uno de los caminos que las personas eligen para relacionarse, el cual representa una de las posibilidades o alternativas en todo el espectro de las posibles relaciones físicas. Como parte importante de la sexualidad, implica el establecimiento de relaciones carnales entre el hombre y la mujer.

¹¹HITE, Shere. El Informe Hite. Estudio de la Sexualidad Femenina. Barcelona: Plaza y Janes Editores, S.A., 1988: pág. 253

¹²HEIMAN, Julia R., LOPICCOLO, Joseph. Relaciones Humanas y Sexología. Un programa de Crecimiento Sexual y Personal para la Mujer para Alcanzar el Orgasmo. México: Editorial Grijalbo, S.A., 1990: pág. 266

1. Coito Vaginal

Consiste en la inserción del pene dentro de la vagina¹³.

2. Coito Anal

Relaciones sexuales en las que el hombre coloca su pene en el recto-ano de su pareja¹⁴.

3. Coito Oral

En esta actividad sexual denominada también estimulación bucal o bucogenital se presentan 2 variantes:

3.1. La felación

Es la estimulación bucal del pene, este término proviene de la palabra latina fellare que significa chupar, cuyas

¹³RODRIGUEZ ROCH/RASACH DE LA CONCEPCION/ ALVAREZ GONZALEZ. **Nosotros. Recomendaciones para un VIH⁺**. Ministerio de Salud Pública de Cuba. s.f.; pág. 16

¹⁴HEIN, Karen M.D., FOY DIGERONIMO, Teresa. **El SIDA: Verdades en Lugar de Miedo. Una Guía para Jóvenes**. New York: Editores de Consumer Reports Books. 1993: pág. 245

prácticas pueden ser de varias maneras, en general la mujer lame el glande del pene, su tallo, o los testículos, los cuales introduce en su boca¹⁵.

3.2. El Cunnilingus

Estimulación clitorica oral cuya palabra se deriva de los términos latinos *cunus* que significa vulva y *lingere* que quiere decir lamer. En esta práctica el área genital de la mujer es acariciada con la lengua o con la boca de su pareja¹⁶.

El cunnilingus, puede ir de besos en la región interna de los genitales femeninos o el monte de venus, o besos en los labios mayores y menores.

Sobre estas conductas sexuales, Gotwald y Golden, hacen referencia a que Alfred Kinsey y colaboradores en unas de sus investigaciones descubrieron que la felación ocurre con menor

¹⁵GOLTWALD H. William Jr., HOLTZ GOLDEN, Gale. Op. cit., pág. 324.

¹⁶HEIN, Karen M.D., FOY DIGERONIMO, Teresa. Op. cit., pág. 245.

frecuencia que el cunnilingus en el grupo de heterosexuales¹⁷.

La práctica simultanea de felación y cunnilingus, con cada miembro de la pareja, con cara delante de los genitales del otro se llama soixante - neuf.

El coito como actividad sexual involucra una serie de variaciones, el cual forma parte de cada encuentro sexual. Como se observa, la forma en que es practicado, esta sujeta a cambios, por la pareja para unirse sexualmente.

b. Masturbación

La palabra masturbación viene del latin manu-stuprare que significa corromper con la mano.

Según Morton A. Stenchever la masturbación al igual que el coito, es una forma de descarga sexual común en los 2 sexos y que en cierto punto ocurre en todas las edades¹⁸.

¹⁷GOTWALD H. William Jr., HOLTZ GOLDEN, Gale. Op. cit., pág. 324.

¹⁸STEVENCHER, Norton A. Op. cit., pág. 12.

Otra definición de masturbación es la que considera este acto como la frotación o caricia de los órganos sexuales para causar una sensación de placer o clímax, considerado normal, sin efectos nocivos para las personas, ya sea como causante de enfermedad, de locura o agotador de espermatozoides¹⁹.

Esta forma de conducta sexual, presenta variaciones, los niños de ambos sexos suelen masturbarse llegando a veces al orgasmo. Después de la pubertad, este acto constituye una practica generalizada en los adolescentes de sexo masculino y no tan común en las muchachas de la misma edad. En la masturbación se dan variaciones en cuanto a la edad, sexo y estado civil²⁰.

La masturbación puede ser de 2 tipos:

1. Masturbación Mutua o Acompañada

Esta práctica consiste en la estimulación manual entre si de los genitales, que realiza la pareja sexual como

¹⁹PARENTHOOD, Planned. **Cómo Hablar a su Hijo Acerca de la Sexualidad. Una Guía para los Padres.** México: Editorial Diana, S.A. 1990: pág. 221.

²⁰Ibid.

preparación para el coito. Esta masturbación puede darse de la mujer al hombre y viceversa²¹.

2. Masturbación Solitaria

Es la frotación individual de los órganos sexuales. En el sexo masculino, consiste en tomar el pene erguido, con la mano frotándolo repetidas veces de la punta a la base, o del glande o cabeza del órgano. En el sexo femenino este acto se centra en torno a la fricción del clitoris²².

La masturbación de la zona clitórica vulvar por parte de la mujer y la manipulación del pene por el hombre, es practicada por una parte, con el objeto de llegar al clímax, en este caso, la misma se convierte en un reemplazo del acto sexual, para procurar el máximo placer. No obstante, en un segundo caso, puede ser una acción que se realiza previo al coito, con el fin de adicionar al mismo mayor placer.

²¹GOTWALD H. William Jr., HOLTZ GOLDEN, Gale. Op. cit., pág. 319.

²²REUBEN, David R. Todo lo que usted siempre quiso saber sobre el sexo. México: Editorial Diana., 1972: pág. 176.

Es importante indicar que generalmente se aborda el estudio de la sexualidad a través del coito, considerando la masturbación una práctica secundaria, argumentándose que, el impulso sexual es fundamentalmente para fines de reproducción. Sin embargo, considerar que el coito es la expresión básica de la sexualidad, durante el cual se puede experimentar el orgasmo, puede resultar una conclusión estrecha y posiblemente apresurada.

c. Caricias Sexuales

Según Morton A. Stenchever las caricias sexuales constituyen una descarga sexual que comprende los besos, la estimulación táctil de las zonas erógenas, incluyendo los senos y los órganos genitales. Estas conductas sexuales son empleadas a menudo por parejas que desean evitar la consumación del acto sexual o coito. aunque se han usado comúnmente como estimulación erótica previa al contacto sexual entre parejas²³.

Como se observa, las caricias sexuales ofrecen una

²³STENCHEVER, Morton A. Op. cit., pág. 12.

variación de contactos físicos, donde se distinguen el beso, la estimulación táctil de las zonas erógenas, como formas de demostración afectiva.

1. Beso

El Diccionario Enciclopédico de la Educación Sexual, define el beso como el acto donde se establece contacto con los labios, en señal de amor o amistad, el cual implica movimientos de contracción y dilatación²⁴.

El beso implica contacto corporal o físico, una manera de expresar o comunicar sentimientos.

En el beso se distingue:

1.1. Beso Pasivo

Acto donde el individuo es besado, recibiendo impresiones sensitivas²⁵.

²⁴NOGUER, Moré J. Diccionario Enciclopédico de la Educación Sexual. Tomo I. Barcelona: Ediciones Aura., 1971: pág. 77.

²⁵Ibid.

1.2. Beso Activo

Acto donde el individuo besa, caracterizándose deleites eróticos²⁶.

Como se observa, tanto en el beso pasivo como en el activo, ocurre un contacto íntimo, una proximidad física que conlleva a la adquisición de sensaciones en los individuos.

2. Estimulación Tactil

La estimulación táctil puede incluir la exploración de diferentes partes del cuerpo como lo es el clitoris, el pene, la vagina, los senos o tetillas, los gluteos, vientre; etc.

Según Masters y Johnson, esta forma de proporcionar placer sensual, donde se toca y acaricia, constituyen una forma primaria de comunicación, donde se explora la textura de la piel, la flexibilidad del músculo, de los contornos del

²⁶Ibid.

cuerpo, cuya meta es el disfrute de las sensaciones táctiles²⁷.

5. Preferencias Sexuales

Los niveles de excitación que aparecen en el desarrollo sexual de la persona, tienden a ser canalizados y formados a medida que el individuo adquiere experiencia sexual, fortaleciendo así su preferencia sexual, es en este momento, donde este tiende a emprender preferencias hacia un comportamiento ya sea heterosexual, bisexual u homosexual.

a. Heterosexual

Es toda persona que tiene relaciones sexuales con el sexo opuesto²⁸.

b. Bisexual

Individuo que tiene nivel de atracción hacia uno y otro

²⁷MASTERS, William H., JOHNSON, Virginia E. *El Vínculo del Placer. Relaciones Humanas y Sexología*. Barcelona: Ediciones Grijalbo, S.A., 1985: pág. 308.

²⁸PARENTHOOD, Planned. *Op. cit.*, pág. 220.

sexo, que originan estímulos sexuales, sin existir preferencia real por alguno²⁹.

c. Homosexual

Según Marmor y Green, es toda persona cuyo gusto o preferencia consiste en relacionarse afectivamente o eróticamente con personas del mismo sexo³⁰.

Los heterosexuales, bisexuales y homosexuales han existido por milenios, desde la existencia del homo-sapiens³¹.

La heterosexualidad es la expresión mas frecuente, en los individuos, donde el coito es la forma más predominante de conducta sexual. Existe una gran tendencia en la especie humana, en favor de la relación heterosexual; la cual esta reforzada por fenómenos culturales y biológicos, que favorecen la perpetuación de la especie.

²⁹ALVAREZ, Juan Luis., GAYOU, Jurgenson. *Sexoterapia Integral*. México: Manual Moderno., 1986: pág. 29.

³⁰ALVAREZ, Juan Luis., GAYOU, Jurgenson. *Op. cit.*, pág. 18.

³¹*Ibid.*

Las preferencias bisexuales se encuentran en el continuo heterosexual-homosexual, siendo las causas de esta última preferencia aún desconocidas. Algunos investigadores de la conducta sexual humana, consideran que la comprensión mas profunda de las preferencias bisexuales y homosexuales, se lograra una vez adquirido mayor conocimiento sobre la relación heterosexual, lo que constituirá un valioso aporte para las conductas desadaptadas.

La homosexualidad desde el punto de vista psicológico, es un rol adquirido, también puede verse como una condición aprendida que representa un fenómeno complejo y multidimensional³².

6. Los Preservativos

Es indiscutible que existe una variabilidad en la conducta sexual, de acuerdo a cada género. Se puede suponer por ejemplo, que las mujeres más que los hombres, se comporten racionalmente evitando comportamientos riesgosos. Los hábitos sexuales pueden manifestarse en la disposición de un compañero

³²SARASON, Irving G.; SARASON, Barbara G. Op. cit., pág. 265.

o pareja sexual, para considerar o no el uso del preservativo en la practica del coito, en la tendencia a mantener, disminuir o aumentar, el número de compañeros sexuales, estos cambios en la conducta sexual, pueden ya sea poner en riesgo a la pareja de contraer enfermedades de transmisión sexual o producir una protección sustancial contra las mismas. No obstante, las mismas van a depender del estilo de vida que lleven a cabo las personas. Además de lo anterior, los aspectos concernientes a la precocidad en el inicio de relaciones sexuales y las relaciones sexuales fuera de la pareja (infidelidad), constituyen un agravante para la propagación de enfermedades y evidentemente un elemento que conlleva a la disfunción de la relación sexual de la pareja.

Como primer avance técnico en campo del control de la natalidad, los preservativos, son llamados también condones. Como referencia se puede señalar además que estos inicialmente fueron utilizados por hombres egipcios como objeto decorativo para cubrir su miembro viril.

Se originaron en el Siglo XV³³ como protección contra la

³³REUBEN, David R. Op cit., pág. 266

sífilis. El primer modelo estaba hecho de lino saturado con una solución mercurial, hecho en forma de una pequeña media de tela que cubría flojamente el pene. Los primeros condones se rompían a menudo; eran parchados con goma y se usaban una y otra vez. La goma se disolvía con rapidez con la tensión y el esfuerzo del hombre en la penetración y el mismo se desintegraba cuando más se necesitaba. Con el transcurrir del tiempo, aparecieron nuevos modelos, incluyendo condones de vejiga de pescado y de tripa de cordero.

Aunque estos adelantos resistían más, resultaban desagradables.

En 1564 el anatomista italiano Gabriello Fallopius³⁴ diseña un dispositivo para prevenir las enfermedades venéreas y no como anticonceptivo. En fecha posterior (1717) el Dr. Daniel Turner, en un trabajo sobre las enfermedades venéreas, también recomendó cubrir el pene con algún material como medida preventiva.

³⁴GOTWALD H. William Jr., HOLTZ GOLDEN, Gale. Op cit., pág. 198-199

Aproximadamente en 1840, el descubrimiento del caucho vulcanizado revolucionó la industria de los condones. Aunque no fue sino hasta 1920, que la producción refinada y en gran escala hizo de los condones un método muy popular de anticoncepción y como método para protegerse contra las enfermedades venéreas.

El condón consiste en una barrera o membrana de caucho que cubre el pene durante la relación sexual, este colecta el semen durante la eyaculación e impide que penetre en la vagina³⁵.

Es un hecho bien establecido que el condón evita la propagación de muchas enfermedades transmitidas por vía sexual, como por ejemplo: la gonorrea, la sífilis, clamidia³⁶, etc.

En la mayoría de los países, no se usa ampliamente el condón. Si bien en todo el mundo, al menos 40 millones de parejas confían en el condón para la planificación familiar, más de una cuarta parte de estos usuarios se encuentra en

³⁵Ibid

³⁶POPULATION REPORTS. Temas Sobre Salud Mundial. Serie L. No. 6. U.S.A.: 1987: pág. L22

Japón, 2/5 partes en otros países desarrollados y aproximadamente 1/5 parte en China. Por consiguiente corresponde al resto del mundo menos de 1/5 parte del uso total del condón.

En América Latina³⁷, la mayor parte de Asia, el Cercano Oriente y los países desarrollados, se pueden obtener condones al menos en las ciudades. No obstante, en muchas zonas rurales del mundo y en particular en muchos países africanos, los condones son escasos. Aun cuando los fabricantes de condones venden sus productos en muchos países, dichos artículos pueden ser demasiado caros para la mayoría de la población.

Los condones puestos sobre el pene erecto, actúan como métodos de barrera o preventivos evitando la entrada de esperma en la vagina. Algunos condones están cubiertos con espermicidas. En cuanto a la eficacia del espermicida, en el caso de ruptura del condón, se puede señalar que todavía no ha sido aclarada³⁸.

³⁷POPULATION REPORTS. Op cit., pág. L23

³⁸CONTRACEPTIVE TECHNOLOGY. 15th. Revised Edition. E.U.: 1990: pág. 160-162

Los condones son hechos de caucho, también de una telilla de colageno, de especie de piel. Las grandes diferencias entre los condones de caucho son: tamaño, forma, grosor, la presencia o ausencia de lubricantes, la ausencia o presencia de un espermaticida por dentro y fuera del condón.

Los condones pueden ser laterales, rugosos, lisos, lubricados y no lubricados y de colores claros o blancos. Los lubricantes son secos, de aceite silicona, otros de jaleas húmedas, polvos secos o espermaticidas. Alrededor de 1% de los condones vendidos son condones de piel; hechos de entrañas de borregos.

Los argumentos que esgrimen el uso del condón son: la disminución de la sensibilidad del pene, que crea una sensación desagradable durante la eyaculación. Otras parejas pueden considerar que colocarse el condón interrumpe el ritmo de la relación amorosa. Es posible también, que la colocación del condón sobre el pene incremente el placer erótico en la pareja, si se hace parte del juego sexual. En aquellos casos poco frecuentes en la que el hombre o la mujer son alérgicos al caucho o lubricantes puede usarse el condón de piel animal.

Los condones son uno de los métodos de anticoncepción que se utilizan con mayor frecuencia. Si bien lo compran sobre todo los hombres, cada vez es mas frecuente que también los compren las mujeres. Las mujeres de esta manera pueden asumir mayor responsabilidad de su sexualidad y, aunque usen otros métodos, pueden protegerse con mayor eficacia contra las enfermedades venéreas³⁹.

7. Enfermedades de Transmisión Sexual

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS), también llamadas enfermedades venéreas, son padecimientos infectocontagiosos que se adquieren generalmente por realizar el coito en condiciones de higiene inapropiadas y/o con personas ya infectadas⁴⁰.

La Organización Mundial de la Salud ha clasificado como enfermedades sexualmente transmisibles a los siguientes padecimientos: sífilis, gonorrea, chancro blando, granuloma

³⁹GOTWALD H. William Jr., HOLTZ GOLDEN, Gale. Op cit., pág. 200

⁴⁰PICK DE WEISS, Susan; AGUILAR, José Gil. Planeando tu Vida. Programa de Educación Sexual para Adolescentes. México: Editorial Pax-México; 1988: pág. 67

inguinal, linfogramuloma venéreo, condilomas acumulados, vaginitis, herpes genital, parasitosis (sarna y pediculosis), uretritis inespecífica y el Síndrome de Inmunodeficiencia Humana⁴¹.

Indudablemente que las ETS revisten gran interés a todos los niveles sociales, en cuanto representa posiblemente el mas grande problema de salubridad publica actual⁴². Estas enfermedades nacieron con el hombre, pero existen factores que han contribuido a un incremento incalculable, cuyas repercusiones no son controlables a menos que se demuestre desde el punto de vista epidemiológico la gravedad de estas.

En la esfera de las ETS, existen infecciones provocadas por protozoos, bacterias, virus; existen nexos entre displasias y neoplasias, como al igual que factores intrínsecos (inmrológicos) y factores extrínsecos (ambientales) que escapan a menudo de la capacidad del análisis médico. Los factores que más incidencia tienen se circunscriben a los grandes desplazamientos de personas, los cambios de comportamiento en los individuos, al asintomatismo

⁴¹Ibid

⁴²GARRIDO M., Jorge Luis. **Enfermedades de Transmisión Sexual. Aspectos Clínicos y Epidemiológicos.** C.S.S., s.f., s.f.

de muchas de las ETS sobre todo en casos de heterosexualidad y prevalentemente en la mujer y finalmente el libertinaje sexual, con mayor precocidad en el inicio de relaciones sexuales, y en el gran número de compañeros sexuales, a lo largo de la vida sexual.

En general la base del control de las ETS depende de 4 técnicas tradicionales: vigilancia, inmunización, supresión del huesped intermedio y tratamiento especial⁴³.

La vigilancia adecuada depende del diagnóstico de casos y del descubrimiento de contactos. El problema diagnóstico, con las infecciones asintomáticas en ambos sexos y la tarea muy difícil de descubrir y cuidar los contactos plantea problemas insuperables.

La inmunización adquirida artificialmente por vacuna, o naturalmente por infección no existe.

Las enfermedades venéreas son únicas entre las infecciones contagiosas, por cuanto no constituyen un problema

⁴³KRUGMAN, Saul, KATZ L., Samuel. **Enfermedades Infecciosas.** México: Nueva Editorial Interamericana, S.A., 1984: pág. 81

clínico completo. Su raíz estriba en el medio socialmente inaceptable, en un mal ajuste social⁴⁴.

⁴⁴KRUGMAN, Saul., KATZ L., Samuel. Op cit., pág. 81

CAPITULO III

GENERALIDADES DEL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

A. GENERALIDADES DEL SINDROME DE INMONODEFICIENCIA ADQUIRIDA

1. Antecedentes Históricos

En el año de 1981 los Centros para el Control de las Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos comunicaron la aparición de una enfermedad inusual en 5 varones homosexuales de San Francisco California¹.

Se trataba de un síndrome caracterizado por la presencia de numerosas infecciones oportunistas y cánceres en homosexuales y usuarios de drogas. Con anterioridad, a fines de 1970, se había informado de casos de neumonía por pneumocystis carinii y sarcoma de kaposi, comunicados como tales, es decir, sin relacionarlos con el síndrome, pero la aparición de otras infecciones oportunistas graves hizo pensar que se trataba de un padecimiento nuevo².

¹ALVAREZ ALVA, Rafael. Salud Pública y Medicina Preventiva. México: Editorial el Manual Moderno, S.A., 1991, pág. 315.

²Ibid.

Surgieron diversas hipótesis sobre la causa del SIDA³.

Al respecto se puede señalar, que inicialmente al constatarse que la mayoría de los primeros casos se daban en varones homosexuales, se pensó en la relación con un determinado modo de vida, adoptado sólo por esta población, ya en 1960 y 1970, la revolución sexual llevo a una mayor aceptación de la homosexualidad, incrementándose la promiscuidad y el número de contactos sexuales, se consideraron como causas potenciales del SIDA, la exposición al esperma, la exposición rectal al semen o las ampollas de nitrito o de butilo, utilizado por muchos homosexuales para estimular la capacidad sexual. Sin embargo, al ser evidente que el SIDA era un padecimiento nuevo, muchas formas de comportamiento cambiaron sólo relativamente.

Brevemente se describieron casos de SIDA en los drogadictos por vía intravenosa y hemofílicos, los cuales no habían estado expuestos a las ampollas de nitrito ni a dosis de semen por vía rectal, se pensó, que a semejanza de los homosexuales masculinos, podrían haber estado expuestos a dosis inmuoestimulantes de proteínas extrañas y antígenos.

³ESSEX, Max., KAUKI, Phyllis J. Origen del SIDA. Investigación y Ciencia. Lo que la ciencia sabe sobre el SIDA. 147 (12): 32-35. 1988.

En cuanto a los hemofílicos, se pensó en la responsabilidad de los preparados de los factores de la coagulación, obtenidos de la mezcla de sangre de un gran número de donantes.

Posteriormente se relacionó el SIDA, a las transfusiones sanguíneas, ya que algunos individuos con SIDA clínico, no presentaban ninguna de las características de los grupos de riesgo mencionados anteriormente (homosexuales, hemofílicos, drogadictos por vía intravenosa), pero si antecedentes de transfusiones de sangre en los 3 y 5 años precedentes.

Se iniciaron estudios para determinar las tasas de seroprevalencia por exposición a diversos microorganismos, especialmente virus. Fueron objetos de estudio el citomegalovirus, el Epstein-Barr (virus linfotrópico) y la hepatitis B. No obstante, al ser en ese entonces el SIDA una enfermedad nueva, se consideró difícil su origen por un agente vírico, que no fuera desconocido. No se descartó la posibilidad de que si estaban implicados los 3 virus mencionados anteriormente, hubiese ocurrido una mutación o que se trataría de una variante genética recombinada. Es importante indicar que estos virus estaban reconocidos con mucha anterioridad además de que no se relacionaban con las

celulas T. Otros sostenían que se trataba de agentes infecciosos aún no identificados, que causaban inmunodeficiencia celular adquirida.

A largo plazo la selección evolutiva, considera la supervivencia de 2 protagonistas: el virus y el hospedero, sin descartarse la posibilidad de alteraciones de esa relación virus-hospedador, el desencadenamiento de una enfermedad mortal causado en hospedadores sensibles por un patógeno virulento.

Robert C. Gallo, sostiene que el HTLV, se originó en Africa infectando así a los humanos y primates, extendiéndose hacia América a través del comercio de esclavos y al archipiélago japonés llevado por marinos y comerciantes portugueses.

La descripción de los anteriores hallazgos se muestran a favor de que la etiología del SIDA la constituyen los retrovirus. Reconociéndose que el HIV-1 es el causante del SIDA, fue evidente que el virus era nuevo para el mundo occidental. Lo que sugiere que o bien, el virus ha pasado recientemente a los grupos de riesgo occidentales a partir de poblaciones diferentes en los que ha pasado inadvertido, o

bien que proviene de un reservorio animal⁴. Es importante indicar que los virus VIH pertenecen a la familia de los Retroviridae, Lentivirinae.

Evidentemente todas las investigaciones en torno a las causas del SIDA han aportado mayores conocimientos sobre la enfermedad, siendo por lo tanto muy importante interpretar los mecanismos involucrados en la inmunoselección evolutiva. Así el origen y los antecedentes de la mortal enfermedad podrán aportar información de gran valor para su prevención.

2. Descubrimiento y Denominación del VIH

Es importante destacar que en 1983, el francés Luc Montagnier y sus colegas Françoise Barre Sinoussi, Jean Claude Cherman y otros investigadores del Instituto Pasteur⁵ analizaron un paciente con linfadenopatía o glándulas hinchadas. Se eligió dicho paciente ya que parecía más significativo un virus en las fases tempranas de la

⁴ESSEX, Myron. Orígenes del SIDA. De Vita., Vincent Jr., HELLMAN, Samuel., ROSEMBERG, Steven A.. SIDA. Etiología, Diagnóstico, Tratamiento y Prevención. Op. cit., pág. 5.

⁵GALLO, Robert C., MONTAGNIER, Luc. Descubrimiento del SIDA. Investigación y Ciencia. Lo que la Ciencia sabe sobre el SIDA. Op. cit., pág. 10-16.

enfermedad. En ese mismo año este grupo investigó un nódulo linfático hinchado de un joven homosexual, el cual se desmenuzó, cultivó e investigó la presencia de actividad retrotranscriptasa en el medio. Era la señal de la presencia de un retrovirus. Los franceses descubrieron que el nuevo virus asociado a la linfadenopatía o LAV carecía de células T, pero no en los T8. Se demostró además, que el virus mataba o inhibía su crecimiento.

Gallo, Essex y el resto del equipo de investigadores identificaron líneas celulares en las que podía cultivarse el nuevo agente, se demostró que 48 muestras aisladas a principio de 1983 de pacientes con SIDA y grupos de riesgo, correspondían al mismo tipo de virus, llamado por el grupo americano HTLV-III (Virus III linfotrópico de las células T humanas) y el virus relacionado con el SIDA (ARN), el cual estaba presente en casi todos los sidosos, incluyéndose los infectados mediante transfusión sanguínea pero sin otros factores de riesgo y en heterosexuales enfermos. Estos resultados confirmaron los de Francia, determinándose que el LAV y HTLV-III eran los mismos virus.

Como se pudo observar, tanto investigadores franceses

como estadounidenses descubrieron separadamente el retrovirus considerado como causante del SIDA. El grupo francés lo denominó LAV (Virus relacionado con la linfadenopatía), y los estadounidenses lo denominaron Virus III linfotrópico de las células III humanas (HTLV-III) y retrovirus relacionado con el SIDA (ARN).

El descubrimiento del SIDA es atribuido al francés Luc Montagnier. Para reconocer por igual el mérito de los dos grupos investigadores, muchos han empleado los términos: HTLV-III/LAV o LAV/HTLV-III⁶.

En cuanto a la denominación del VIH, se puede indicar, que en mayo de 1986, el Comité Internacional Sobre Taxonomía del Virus recomendó el término VIH, pues identifica el grupo afectado que es el ser humano y describe el efecto principal del virus: la inmunodeficiencia. De esta forma también se elimina la confusión creada cuando se emplean diversos términos, para designar la misma entidad⁷.

⁶POPULATION REPORTS. Op. cit., pág. L-11.

⁷Ibid.

3. Definición del VIH/SIDA

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es el agente causal del SIDA. "El SIDA es la manifestación última de la infección por VIH"⁸.

Otros definen el SIDA como un trastorno clínico grave y mortal que representa la última etapa clínica de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana, que daña comúnmente en forma progresiva el aparato inmunitario, otros órganos y sistemas y en especial el sistema nervioso central (SNC)⁹.

La diferencia entre la infección por el VIH y el SIDA es que una persona puede estar infectada por VIH y vivir muchos años sin problemas manifiestos de salud. El SIDA es la etapa más grave de la infección, que generalmente se presenta varios años después de la infección por VIH¹⁰.

⁸RAMIREZ, Carlos H., RONDA, MD. El VIH. Patogénesis y Tratamiento. Médico Interamericano. Publicación Oficial del Colegio Interamericano de Médicos y Cirujanos. 10(12): 19. 1993.

⁹Organización Panamericana de la Salud. El Control de las Enfermedades Transmisibles en el Hombre. Publicación Científica, 15a. Edición, 538: 483. 1992.

¹⁰Organización Panamericana de la Salud. SIDA. La Epidemia de los Tiempos Modernos. Comunicación para la Salud. 5: 2. 1993.

En 1982 los Centros para el Control de las Enfermedades, definieron al SIDA como una enfermedad que presenta una deficiencia básica de la inmunidad celular, cuya causa primaria se desconoce, sin que exista otro factor que explique la diseminación de la resistencia asociada a la enfermedad¹¹.

La idea general que se va aceptando es que el SIDA sería un fenómeno que supone una primera activación y posteriormente una eventual destrucción del sistema inmune¹².

De las definiciones anteriores se observa, que las mismas consideran al SIDA como el desenlace del VIH, es decir la última etapa de la infección viral, que daña el sistema inmunológico del individuo llevándolo finalmente a la muerte.

4. Modos de Transmisión del VIH

Los modos de transmisión del VIH, fueron establecidos antes que el agente etiológico fuera identificado y sirvieran de base para considerar que se trataba de un agente

¹¹ALVAREZ ALVA, Rafael. Salud Pública y Medicina Preventiva. Op. cit., pág. 315.

¹²WEISS RA. How does HIV cause AIDS? Science. 260: 1273-1279. 1993.

infeccioso.

Previo a la ocurrencia de un contagio, debe existir una fuente de infección, modo de transmisión, un huésped susceptible, una vía de entrada dentro del huésped y una cantidad suficiente de organismos para producir la infección.

Las pruebas epidemiológicas indican que los modos de transmisión del VIH, son:

- a. A través de contacto sexual
- b. A través de la sangre o sus componentes, y por órganos o tejidos infectados por el VIH
- c. A través de Madre a Hijo (Perinatal)¹³.

A continuación se describirá los modos de transmisión del VIH:

- a. A través de contacto sexual

La mayoría de los casos notificados de SIDA se han transmitido por contacto sexual. Sólo el contacto más íntimo,

¹³Organización Panamericana de la Salud. SIDA. La Epidemia en los Tiempos Modernos. Op cit., pág. 15.

que supone intercambio de semen puede transmitir el virus. De ahí que el VIH sea una enfermedad altamente contagiosa¹⁴.

La infección por el VIH puede transmitirse durante las relaciones sexuales así: de hombre a hombre, de hombre a mujer y viceversa, y también de mujer a mujer.

En Estados Unidos, los homosexuales y bisexuales, siguen siendo el grupo más numeroso de infectados con el VIH¹⁵ a pesar de los crecientes casos de SIDA en los usuarios de drogas por vía intravenosa.

Es importante señalar que muchos investigadores han identificado el VIH en secreciones vaginales¹⁶, ya sea por contacto oral-genital, inserción del dedo en la vagina o aposición genital (frotación de los órganos femeninos unos con otros), que podría resultar en la transmisión del virus de una

¹⁴POPULATION REPORTS. Op. cit., pág. L-11.

¹⁵FULLER, Jon D. The Homosexual/Bisexual Patient. LIBMAN, Howard. WITZBURG, Robert A. HIV Infection. A Clinical Manual. 2th. Edition, U.S.A., 1993, pág. 447.

¹⁶MASTERS, William H., JOHNSON, Virginia E., KOLODNY, Robert C. Crisis. La Conducta Heterosexual en la Era del SIDA. Argentina, Editorial Planeta Argentina, S.A.I.C., 1988, pág. 80-81.

mujer infectada a su compañera no infectada, aunque esta transmisión probablemente requiere alguna lastimadura de la piel.

El riesgo de adquirir una infección por VIH, a través del coito, depende de los siguientes factores:¹⁷

1. La probabilidad de que uno de los miembros de la pareja este infectado
2. Cantidad de virus presente en la sangre o en las secreciones de la persona infectada
3. Presencia de otras ETS o de lesiones en la piel en uno o en ambos miembros de la pareja
4. Tipo de acto sexual

Se han efectuado cálculos en cuanto al riesgo de transmisión de hombre a mujer y viceversa durante el coito vaginal, al respecto es oportuno señalar que un estudio

¹⁷Organización Panamericana de la Salud. SIDA. La Epidemia de los Tiempos Modernos. Op. cip., pág. 15-18.

realizado sobre este particular, en 563 parejas europeas¹⁸ que comprendían a 156 casos índices femeninos clasificados con sus correspondientes compañeros, y 400 casos índices masculinos con sus 404 compañeras, reveló que la transmisión de hombre a mujer es 20% mas efectiva, que la transmisión de mujer a hombre, identificándose como factores que potencian este mayor riesgo: el sexo anal, y la edad de la mujer (>45 años). La transmisión de mujer a hombre fue del 12%, identificándose los siguientes factores de riesgo: un estado avanzado de la infección por el VIH en el paciente clasificado, los contactos sexuales durante la menstruación, aumentando el riesgo de transmisión y el estado de la infección. Se agregan además una historia femenina de candidiasis genital en los últimos 5 años.

Los resultados anteriores sugieren que la práctica sexual por vía genital desprotegida es un medio frecuente de transmisión del VIH, confirmándose la existencia de una mayor transmisibilidad en el sentido hombre-mujer que en el sentido contrario.

¹⁸European Study on Heterosexual Transmission of HIV. Comparison of Female to Male and Male to Female Transmission of HIV in 563 stable couples. Br Med J. 304: 809-813. 1992.

En cuanto al coito oral sin protección se puede señalar que si bien es cierto, los datos disponibles no permiten extraer conclusiones definitivas, esta práctica implica riesgo de contagio¹⁹, ya sea en la práctica de la felación, como en el cunnilingus. El semen o las secreciones vaginales infectados pueden introducirse al cuerpo de la pareja a través de las células de la boca, garganta o encías.

b. A través de sangre o sus componentes y por órganos o tejidos infectados por el VIH

El VIH se encuentra en la sangre de los infectados, así, las transfusiones de sangre o hemoderivados contaminados pueden transmitir el virus. Los concentrados de factor de coagulación elaborados de plasma no controlado, son una fuente de infección en hemofílicos, aunque este riesgo según se señala, se ha eliminado desde 1985²⁰.

Según la UNICEF las transfusiones de sangre siguen siendo un medio importante, de transmisión del VIH en los países

¹⁹HEIN, Karen, FOY DIGERONIMO, Teresa y Editores de Consumer Reports Books. Op. cip., pág. 40-41.

²⁰Organización Panamericana de la Salud. El Control de las Enfermedades Transmisibles en el Hombre. Op. cip., pág. 486

donde no se efectúan verificaciones de laboratorios universales y de rutina²¹. Las inyecciones y pruebas serológicas, si no se aplican en condiciones de asepsia, pueden causar el VIH.

En lo concerniente a la transmisión del VIH en los profesionales de la salud por exposición laboral, se puede señalar, que los datos de seguimiento epidemiológico recogidos por los CDC, sugieren que la mayor parte de los profesionales sanitarios infectados por VIH, no han sido transmitidos por accidentes laborales²², siendo el riesgo de contagio de una exposición accidental muy bajo. Así pues, de los 5,425 casos de SIDA registrados en E.U. hasta el 30 de junio de 1990, en el personal sanitario, solo 3 fueron considerados laborales.

El riesgo de VIH como resultado de exposición a sangre entre los trabajadores sanitarios se estima en un 0.3% tras un solo pinchazo con sangre infectada²³.

²¹UNICEF. El SIDA en su Segundo Decenio. E.U., 1993, pág. 20.

²²CHAMBERLAND ME, CONLEY LJ, BUSH TJ et al. Health Care Workers With AIDS. JAMA. 266: 3459-3462. 1991.

²³HENDERSON DK., KOZIOL DE. Risk Analysis and Occupational Exposure to HIV and HBV. Current Opinion in Infections Diseases. 6: 506-510. 1993.

El VIH se transmite entre drogadictos que se inyectan por vía intravenosa al compartir agujas y jeringas. Así, en los E.U. existen aproximadamente 1.2 millones de usuarios de drogas intravenosa. Entre ellos 25 de cada 100 tienen SIDA²⁴.

Un informe de la OMS señala que la transmisión del SIDA a través de los usuarios de drogas por vía parenteral, constituye un serio problema de salud pública en Europa, donde de todos los casos de SIDA, registrados en 1984, el 6,6% corresponden a este grupo, aumentando a un 20,6% en 1986 y a un 34,5% en 1988, alcanzando un notable aumento en 1991 con un 38,2%²⁵.

Los estudios demuestran que el VIH normalmente no sobrevive fuera del cuerpo, sin embargo, puede sobrevivir más de una semana dentro de una jeringa cerrada o de una aguja

²⁴HEIN, Karen., FOY DIGERONIMO, Teresa y Editores de Consumers Reports Books. Op. cip., pág. 74.

²⁵AIDS Among drug users in Europe. Segunda Revisión del Informe de la Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional para Europa. Copenhague.

sucia²⁶.

c. Transmisión de Madre a Hijo (Perinatal)

El contagio del VIH puede ocurrir en este caso por la transmisión vertical²⁷, esta representa el mecanismo más común en la transmisión de madre a hijo. Fue en 1982 cuando se notificó a los CDC el primer caso de infección por VIH, adquirido en fase perinatal. En la gestación, el virus puede cruzar la placenta y ello según se ha demostrado, puede suceder en los comienzos de la gestación.

El niño puede infectarse durante el parto, por el contacto con la sangre y líquidos corporales de su madre.

La posibilidad de transmisión del virus después del parto, es por medio de la leche materna, lo que se ha comprobado en mujeres que lactaban a sus hijos, los cuales mas tarde infectaron.

²⁶Boletín Internacional Sobre Prevención y Control del SIDA. Acción en SIDA. México, 21 (10): 4. 1993.

²⁷CADWELL, Blake M., ROGERS, Marta F. Epidemiología de la Infección por Virus de Inmunodeficiencia en Niños. En: EDELSON, Paul. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. México, Nueva Editorial Interamericana, S.A., Mc Graw-Hill, 1991, pág. 2.

El porcentaje para los mecanismos de transmisión vertical antes y durante el parto son desconocidos aunque los CDC, recomiendan que las madres infectadas no amamenten a sus hijos. Por otra parte la OMS, sugiere que en casi todos los países en desarrollo deba continuarse con la alimentación a través del seno²⁸.

En cuanto a la frecuencia de transmisión maternoinfantil, por VIH se puede indicar que se desconoce la cifra exacta, debido a la dificultad para hacer el diagnóstico en el primer año de vida y el período variable de incubación de la enfermedad²⁹.

La OMS sostiene que el riesgo antes, durante y después del parto se sitúa entre el 15% y el 45%³⁰.

La embarazada tiene aproximadamente un 50% de posibilidades de engendrar un hijo VIH+ y ella presentar la

²⁸EDELSON, Paul J. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. Op. cip., pág. 3.

²⁹Ibid.

³⁰Organización Mundial de la Salud. Salud Mundial. SIDA: Una Amenaza Especial para la mujer. Noviembre-diciembre, 1990, pág. 13.

enfermedad más precozmente y clínicamente más grave³¹.

Los niños de madres infectadas por el VIH reciben en forma pasiva anticuerpos IgG contra el mortal virus, durante la gestación y aunque los estudios de detección de anticuerpos muestren positividad, no todos los niños se contagian del virus.

Como se observa, la transmisión del VIH esta restringida a determinadas vías, como la sexual, a partir de la inoculación de sangre contaminada, de madre a hijo (vertical), no obstante, otras vías infrecuentes de contagio pueden ser eficientes³². Al respecto es importante señalar, que en New Jersey, se comunicó, el caso de un niño de 3 años que había sido infectado por otro de 5 años, con el cual convivía y que estaba recibiendo AZT. El caso demuestra que la cepa del VIH transmitida es resistente a AZT. Los CDC notificaron la

³¹BERNAL, Juan N. SIDA. Finalmente los heterosexuales y nuestra descendencia. Revista Chilena de Enfermedades de Transmisión Sexual. 3(1): 3-8. 1988.

³²VERDEJO J., SORIANO V.. Presentado en el Primer Congreso Norteamericano Sobre Retrovirus Humanos y Enfermedades Relacionadas. Washington D.C., U.S.A..Publicación Oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria de SIDA. Madrid, 5 (4): 230-231. 1994.

infección de un niño con hemofilia A, por un mecanismo dudoso, a partir de su hermano también hemofílico y portador del VIH. Se agrega además, que estos casos y otros de relaciones sexuales orogenitales, alertan sobre la potencial contaminación de otras vías, hasta ahora infravaloradas, en la diseminación del virus.

d. Otros Modos de Transmisión Investigados

1. Transmisión por Contacto Casual

No se ha comprobado que el VIH se transmita por contacto casual o siquiera por estrecho contacto familiar. Así, en más de 10 estudios realizados entre 600 familiares de enfermos de SIDA en E.U., Europa y Africa no se presentan pruebas de transmisión del virus, salvo en el caso de compañeros sexuales o de niños nacidos de madres infectadas³³. La convivencia en condiciones de hacinamiento, no ha producido infección.

Hasta la fecha se desconoce de algún miembro de la familia de un paciente encargado de su cuidado, que se haya

³³POPULATION REPORTS. Op. cit., pág. L-15.

infectado por el contacto habitual o casual con el enfermo³⁴.

2. Transmisión por Insectos

La transmisión del VIH a través de los insectos carece aún de respuesta. Los estudios revelan que el virus puede vivir aproximadamente 48 horas en ellos³⁵. No existe evidencia de que el virus del SIDA se reproduzca dentro de los mosquitos u otros insectos hematófagos (chupadores de sangre), lo que permitiría que se difundiera a las glándulas salivales del mosquito y luego se transmitiera biológicamente en la saliva que el insecto segrega mientras se alimenta.

Según se señala actualmente los mosquitos no son considerados como vectores de la transmisión del VIH, esto se atribuye a que la mayoría de los mismos inyectan saliva y no sangre cuando pican a un ser humano³⁶.

³⁴Organización Panamericana de la Salud. SIDA. La Epidemia de los Tiempos Modernos. Op cit. pág. 22.

³⁵MASTERS, William H., JOHNSON, Virginia E., KOLODNY, Robert C. Op. cit., pág. 80.

³⁶Boletín Internacional Sobre Prevención y Control del SIDA. Acción en SIDA. México. 20(7):5. 1993.

5. Periodo de Incubación

Es el periodo que transcurre desde la infección por el VIH hasta el inicio de los síntomas del SIDA. El mismo es variable³⁷, generalmente transcurren de 1 a 3 meses desde el momento de la infección hasta la aparición de anticuerpos detectables, pero el lapso del periodo de incubación, el cual se alarga con la aplicación del tratamiento, tiene límites de 2 meses a 10 años.

Se indica además, que es difícil precisar los periodos de incubación, siendo necesario conocer la fecha de infección con el VIH. Al respecto es importante presentar algunos datos de un estudio longitudinal en individuos cuyo tiempo de seroconversión era conocido (punto medio entre la última prueba VIH- y la primera prueba VIH+)³⁸ analizándose a 451 usuarios de drogas intravenosas, 297 hombres homosexuales y 124 heterosexuales no usuarios de drogas. En el año de seroconversión 104 (14%) habían desarrollado la enfermedad y 674 (86%) permanecieron asintomáticos.

³⁷Organización Panamericana de la Salud. El Control de las Enfermedades Transmisibles en el Hombre. Op. cit., pág. 486-487.

³⁸REZZA, Giovanni. Natural History of HIV Disease. Abstrac No. WS- CO3-1. Presentado en la IXth International Conference on AIDS, Berlín. June 6-11, 1993.

Generalmente después de 6 a 12 semanas de la infección, aparecen los anticuerpos contra el VIH. El paciente puede permanecer asintomático en 5 años o más, aunque puede transmitir el virus³⁹. Alrededor de los 5 años de iniciado el padecimiento fallece prácticamente el 100% de los enfermos⁴⁰.

6. Manifestaciones Clínicas⁴¹

Actualmente es conocido que el VIH puede afectar directamente o indirectamente, casi todos los sistemas del organismo y que la infección por este patógeno puede dar lugar a un amplio espectro de manifestaciones clínicas.

En las personas con VIH, las manifestaciones clínicas del virus, se presentan como consecuencia del daño producido por el virus al sistema inmunitario. En los adultos los síntomas graves comunmente no se presentan antes de los 2 años de la

³⁹ALVAREZ ALVA, Rafael. Salud Pública y Medicina Preventiva. Op. cit., pág. 322

⁴⁰Ibid.

⁴¹YARCHOAN, Robert., PLUDA, James M.. Aspectos Clínicos de la Infección por el Retrovirus del SIDA: Infección Aguda por HIV, Adenopatías Generalizadas Persistentes y Complejo Relacionado con el SIDA. En: De Vita T. Vincent Jr., HELLMAN, Samuel., ROSEMBERG, Steven A. Op. cit., pág. 109-119.

infección inicial⁴².

Existen diversas razones para clasificar la infección por VIH⁴³, una de ellas, y más importante es la concerniente al manejo de los enfermos, las distintas etapas, ayudan a determinar la terapia apropiada a intervalos de estudios consecutivos, elegidos por la clínica de ensayos y pronóstico. Otra razón es la relacionada con el desarrollo de protocolos para las nuevas terapias epidemiológicas.

En este punto, se efectuará una descripción de las manifestaciones clínicas de la enfermedad, donde la misma evoluciona, pasando de una infección aguda a un estado asintomático, y a una inmunodeficiencia grave con infecciones crónicas y consunción, finalmente la última etapa de este padecimiento consiste en el fallecimiento del individuo.

En 1986, los CDC clasificaron las características clínicas de la infección por VIH en cuatro categorías, estas son: (Ver Cuadro No.1)

⁴²Organización Panamericana de la Salud. SIDA. La Epidemia de los Tiempos Modernos. Op. cit., pág. 11.

⁴³STEGER, Kathleen A.. A Epidemiology Natural History, and Staging.. LIBMAN, Howard., WITZBURG, Robert A.. Op. cit., pág. 13.

CUADRO No. 1. ESQUEMA DE CLASIFICACION DE LA INFECCION POR VIH
CENTROS PARA EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES

GRUPO I.	Infección Aguda por VIH
GRUPO II.	Infección Asintomática por VIH
GRUPO III.	Adenopatías generalizadas persistentes (AGP). Adenopatías mayores de 1 cm de diámetro en 2 o mas localizaciones extrainguinales de mas de 3 meses de duración, sin ninguna otra causa que las justifique.
GRUPO IV.	Otras enfermedades por VIH
Subgrupo A.	Enfermedad consuntiva. Uno o mas de los trastornos siguientes: fiebre de mas de un mes, perdida de peso de del 10%, diarrea de mas de un mes, sin otra causa que justifique estos hallazgos.
Subgrupo B.	Enfermedad neurológica. Uno o mas de los trastornos siguientes: demencia, mielopatía, neuropatía periférica, sin otra causa que justifique estos hallazgos.
Subgrupo C.	Enfermedades infecciosas secundarias C-1 Una de las 12 enfermedades especificadas sintomáticos o invasivas que definen el SIDA: neumonía por <i>Pneumocystis carinii</i> , criptosporidiosis crónica, toxoplasmosis, estrongiloidiasis extraintestinal, isoporiasis, candidiasis (esofágica, bronquial o pulmonar), criptococosis, histoplasmosis, <i>Mycobacterium avium</i> o <i>M. Kansassi</i> , citomegalovirus, herpes simple mucocutáneo crónico o diseminado o leucoencefalopatía multifocal progresiva. C-2 Síntomas de enfermedad invasiva con uno de los trastornos siguientes: leucoplasia vellosa oral, herpes zoster multidermotómico, bacteriemia recidivante por <i>Salmonella</i> , nocardiosis, tuberculosis o candidiasis oral.
Subgrupo D.	Cánceres secundarios. Diagnóstico de uno de los siguientes, conocidos como asociados con la infección por VIH: sarcoma de Kaposi, linfoma no hodgkiniano (linfomas de células pequeñas no hendidas o sarkoma inmunoblastico) o linfoma primario del cerebro.
Subgrupo E.	Otras alteraciones en la infección por VIH: diversas manifestaciones clínicas que pueden ser atribuibles a la enfermedad por VIH, como la neumonitis intersticial linfoide crónica, síntomas consuntivos que no pertenecen al subgrupo IV-A, pacientes con enfermedades infecciosas que no entran dentro del subgrupo IV-C y pacientes con neoplasias que no entran dentro del subgrupo IV-D.

FUENTE: Adaptado de CDC:MMWR, 35, 334, 1986. DE VITA, Vincent Jr., HELMAN, Samuel., ROSEMBERG, Steven. SIDA. Op. cit., pág.110.

- a. Infección Aguda
- b. Infección Asintomática
- c. Linfadenopatía Generalizada Persistente
- d. Complejo Relacionado con el SIDA (CRS)
- e. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

a. Infección Aguda

Los primeros informes sobre este tipo de infección, aparecieron después de 3 años de la descripción inicial del SIDA, como una enfermedad nueva. Los síntomas de la infección aguda, suelen ser inespecíficos, dando lugar a dificultades diagnósticas. Por lo general, la misma es asintomática, siendo posible un síndrome agudo febril, similar a la mononucleosis, sobre todo si el individuo pertenece a los grupos de riesgo o desarrolla erupción o síntomas neurológicos. En lo que se refiere a la erupción cutánea ocurrida en la infección aguda llamada también infección primaria, se indica, que es quizás el más reconocible de los signos, que consiste en una erupción tipo rubeola, que aparece sobre el tronco y extremidades y puede afectar la cara, manos y pies, generalmente cede en las 2 semanas siguientes a la aparición. La erupción macular, eritematosa puede relacionarse con un enantema difuso de la cavidad oral con

estomatosis angular, también se ha presentado el desarrollo de una erupción exantematosa visiculopapulosa distintiva. También puede presentarse síntomas neurológicos asociados a la seroconversión, encontrándose una encefalopatía aguda reversible, que se manifiesta por alteración mental.

La seroconversión puede asociarse también a síntomas neurológicos o periféricos, como una neuropatía aguda o un síndrome similar al de Guillain-Barre que aparecen durante las 20 semanas que siguen a la infección aguda o bien después. La presencia de mielopatía aguda con paraparesia e hiperreflexia de los brazos, ha sido hallada en enfermos con esta infección.

b. Infección Asintomática

En esta etapa la persona infectada tiene anticuerpos, pero no presenta señales manifiestas de la enfermedad. Las pruebas de laboratorio pueden mostrar un número reducido de linfocitos T inductores (T-helper), llamados también linfocitos T-4, leucocitos especializados que ayudan a combatir infecciones.

Se desconoce el tiempo que pueda durar una persona asintomática, ya que suele ser muy difícil determinar cuando

comenzó la infección.

c. Linfadenopatía Generalizada Persistente

En ciertos pacientes infectados con el VIH se observan las adenopatías generalizadas y persistentes (LGP), definidas como ganglios linfáticos mayores de 1 cm de diámetro en 2 localizaciones extrainguinales de más de 3 meses de duración, sin causa atribuible y no asociados a otros síntomas consuntivos importantes. Algunas veces se utiliza el término síndrome de linfadenopatía para describir esta alteración y estos pacientes se clasifican como pertenecientes al grupo III de la clasificación de la infección por VIH de los CDC.

Un elevado porcentaje de pacientes con infección por VIH tienen adenopatías generalizadas.

Generalmente la anatomía patológica de los ganglios es inespecífica siendo el hallazgo más frecuente la linfadenopatía hiperplásica con hiperplasia folicular.

Estudios en pacientes VIH indican que las adenopatías de los enfermos con la infección, constituyen un proceso reactivo y no son consecuencias de que la mayoría de sus células estén

infectadas por el virus. Las pruebas sugieren que muchas de las clulas ganglionares infectadas son células dentríficas.

d. Complejo Relacionado con el SIDA (CRS)

Es denominado también síndrome de "emaciación", SIDA menor o PRESIDA. En la clasificación de los CDC, los pacientes se incluyen en los subgrupos A, C-2 o E del grupo IV. Los que tienen fiebre persistente de más de 1 mes de duración, pérdida de peso involuntaria superior al 10% del valor basal o diarrea de más de un mes de duración, sin ninguna alteración que justifique estos síntomas, se clasifican en el grupo A. Los enfermos con otras infecciones secundarias se integran en el subgrupo C-2 y los que tienen otros síntomas generales en el subgrupo E.

Los pacientes ya sea con infección asintomática, linfadenopatía generalizada persistente o complejo relacionado con el SIDA, pueden presentar una amplia variedad de alteraciones inmunológicas, que oscilan entre anomalías mínimas del sistema inmune a graves inmunodeficiencias. Muchos de los enfermos con LGP o CRS son anérgicos. Pueden presentarse alteraciones de otros aspectos del sistema inmune como hipergammaglobulinemia, hiperesplenismo y a veces

disminución de las respuestas primarias de anticuerpos. Muchos sufren anemia ligera, leucopenia o trombocitopenia.

Se ha comprobado que muchos de los pacientes con el CRS progresan a un SIDA en un período de 5 años.

La candidiasis oral sugiere un pronóstico desfavorable en los pacientes con CRS. Otras características que parecen predecir una mayor probabilidad de que el VIH evolucione a un SIDA son la fiebre, la pérdida de peso, y la anergia, determinada por una sensibilidad cutánea de tipo retardado y en menor medida herpes zoster.

e. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)

Después de la etapa correspondiente al Complejo Relacionado con el SIDA, el individuo puede ser diagnosticado como caso de SIDA, presentándose muchos síntomas psiquiátricos. Al momento del diagnóstico, las reacciones del paciente se tipifican como negación e incredulidad, seguido de síntomas depresivos y de ansiedad, que pueden incluir agitación, ataques de pánico, anorexia, taquicardia e insomnio, siendo común el cólera. Sobre este punto es importante señalar que en un seguimiento físico-psíquico en 4

casos de enfermos de SIDA se presentaron manifestaciones neuropsiquiátricas que van desde la depresión con aislamiento hasta el suicidio⁴⁴.

El SIDA representa el estadio clínico mas avanzado de la infección de la inmunodeficiencia humana, o retrovirus que afecta el sistema inmunológico causando una disminución del sistema inmune, que condiciona la aparición de infecciones oportunistas y neoplasias inmunodependientes⁴⁵.

La definición de caso de SIDA⁴⁶, constituye una herramienta útil para la delimitación y cuantificación del problema de salud y por lo tanto para el control de la enfermedad. En 1987, la definición de caso de SIDA según los CDC, se basó en la evidencia de infección por VIH, en laboratorio y la presencia de enfermedades indicativas de SIDA (infecciones oportunistas, neoplasias, síndrome caquéctico o encefalopatía por VIH) diagnosticadas por métodos fiables

⁴⁴MEZA, José Modesto., AGUILERA, Abelardo., AVERY, Ada E.. Aspectos Psiquiátricos y Sociales del SIDA.. ACTA. Psiquiatría y Psicología de América Latina. Buenos Aires. 40(2)6: 146. 1994.

⁴⁵TELLO, Anchuela O., et al. Definiciones de Caso de SIDA.. Publicación Oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria de SIDA. Madrid, 5(2):57. 1994.

⁴⁶Ibid., pág. 63

(definitivos) o métodos presuntivos. Sin embargo, en junio de 1991 los CDC ampliaron la definición de caso de 1987, para adultos y adolescentes mayores de 12 años, la cual se concretó en 1992, para entrar en vigor en Estados Unidos al inicio de 1993 (Ver cuadro No. 2). Se incluyen como casos de SIDA todas las personas infectadas por el VIH que tengan contagios de linfocitos-T CD4 por debajo de 200/mm³ o CD4% menos del 14% (criterio biológico). Esta ampliación incluye además, las condiciones clínicas de la definición de 1987, agregando a la lista de enfermedades indicativas, 3 nuevas: tuberculosis pulmonar, neumonía bacteriana recurrente (más de dos episodios en 12 meses) y cáncer cervical invasor.

Las evaluaciones iniciales de la nueva definición de caso de SIDA de los CDC, según se señala, auguran un importante impacto en el aumento del número de casos de SIDA, variable desde un 20% hasta un 300%⁴⁷.

En Panamá para propósitos de Vigilancia Epidemiológica, se incluyó el SIDA como una enfermedad transmisible de

⁴⁷USIETO, Ricardo., VALENCIANO, Luis. SIDA. Avances en el Tratamiento Médico y Psicosocial. Madrid: Ediciones CESA., 1994, pág. 46.

**CUADRO No. 2
DEFINICION DE CASO DE SIDA
CENTRO PARA EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES**

ENFERMEDAD	DIAGNOSTICO DEFINITIVO					DIAGNOSTICO PRESUNTIVO				PRUEBAS REQUERIDAS DE VIH 1	
	SINOMIAS O EXAMENES	HISTOLOGIA/ CITOLOGIA	AUTOPSIA ENDOSCOPICA	PRUEBA CLINICA/ LABORATORIO	1/2 OTRAS CAUSAS	PRUEBAS REQUERIDAS DE VIH 2	SINTOMAS CLINICOS	EXAMENES FISICOS	R/O OTRAS CAUSAS		PRUEBA CLINICA/ LABORATORIO
monia recurrente (2 o más episodios) ad 13 años) excluidos otitis media				cultivo		si					NN
siidiasis de esófago		x/or	x			no	x	x/or		Microscopía	SI
siidiasis de tráquea, quistes y pulmones		x/or	x			no					NN
linfocitos o células/mm3 o CD4% <14%						si					NN
car cervical basof		x				si					NN
Idioidomicosis diseminado extrapulmonar		x/or		cultivo o antígeno		si					NN
ptococosis extrapulmonar		x/or		cultivo o antígeno		no					NN
ptosporidiosis (edad >1 mes)		x				no					NN
ecisión por Citomegalovirus que no sea el odo, bazo, o nódulos linfáticos, edad >1 mes		x				no					NN
initis per omegalovirus		x				si	x	x			SI
ja herpes simplex con care >1 mes o breñquitis, neumonia, latitis en >1 mes		x/or		cultivo		no					NN
toplasmosis o de pulmones, cervical o linfáticos linfática		x/or		cultivo o antígeno		si					NN
ctofalopatía VIH	x			CSF2 Cerebro, CT MRI x autopsia	x	si					NN
rome isosporidiasis VIH (edad más de un mes)	x				x	si					NN
koma de Kaposi ad <80 años)		x				no		x			SI
koma de Kaposi ad >80 años)		x				si		x			SI
óma del cerebro (primario) ad <80 años)		x				no					NN
óma del cerebro (marlo) (edad >80 años)		x				si					NN
óma estructural de neumonia o hiperplasia ad <13 años)		x				no	x ^b		x	CXR ^b	SI
óma No Hodgkin's						si					NN
obacterias de tuberculosis "pulmonar"				cultivo		si				AFB (+)	SI
robacteria atuberculosa (monar)				cultivo		si				AFB (+)	SI
robacteria avium intracelular robacteria Kansasi extrapulmonar olinfáticos cervicales axilares				cultivo		no					NN
as Microbacterias no identificadas raquimones, nódulos linfáticos, vicales y axilares				cultivo		si				AFB (+)	SI
monia por Pneumocystis carinii (NPC)		x				no	x		x	ABG/PFT & CXR o centelleo ponocistium	SI
monia recurrente 2 veces 1 período de 12 meses				cultivo & CXR		si				C	NN
coencefalopatía linfocel progresiva (LMP)		x				no					NN
icam:ia Salmonella irrenie no t:ibidea				cultivo		si					NN
oplasmosis del cerebro d >1 mes		x				no	x	x		x ^d	SI

- A: a. Definición de Caso de SIDA
b. No responde a los antibióticos o tratamientos presentes en 2 meses o más.
c. Casos que no tienen confirmación de los organismos causantes por uno de los episodios de neumonia, pudiendo ser presumiblemente diagnosticado.
d. Imagen del cerebro con radiografía, con contraste y anticuerpos que responden a la terapia.
- *CSF & Cerebro CT, MRI o Autopsia: Líquido Cefaloraquídeo. (Punción Lumbal)
*CT: Tomografía Computarizada.
*MRI: Resonancia Magnética
*CXR: Radiografía de Torax
*AFB(+): Prueba Baar
*ABG/PFT & CXR: ABG: Gases Arteriales.
*PFT: Prueba Pulmonar Funcionales
*CXR: Radiografía de Tórax
*N/N: No Necesaria

VTE: MMWR 36(15):1-15, 1987 Y CDC 1993. Sistema de Clasificación Revisada del VIH y Ampliación de Caso de SIDA en Adolescentes y Adultos, MMWR. 41(RR-17):1-19. 1993. STEGER, Kathleen A. Epidemiology Natural History, and Staging. LIBMAN, Howard; WITZBURG, Robert A. Op. cit; pág.14-17.

notificación obligatoria en 1985⁴⁸. Además existe una disposición jurídica sobre la notificación de cualquier caso sospechoso de SIDA (Ver Figura No. 1), a la autoridad sanitaria correspondiente en este caso es el Departamento de Epidemiología de la Dirección General de Salud del Ministerio de Salud.

Para efectos de la Vigilancia epidemiológica del SIDA, en Panamá se utiliza actualmente la definición de caso de SIDA, en adultos y niños, formulada por los Centros para el Control de las Enfermedades y aprobada por la OMS en 1987.

El caso de Europa⁴⁹ ha sido diferente en el sentido de no acogerse a la definición de caso de SIDA, de los CDC, así en ese mismo año el Centro Europeo para la Vigilancia Epidemiológica del SIDA (Centro de Colaboración de la Organización Mundial de la Salud y la Comunidad Europea, Paris), por sugerencia del Comité Asesor, ha propuesto a todos los países europeos que la nueva definición no se aplique en toda su extensión, y la ampliación sólo se refiera a las 3

⁴⁸Organización Panamericana de la Salud. **Aportes de la Etica y el Derecho al Estudio del SIDA**. Publicación Científica No. 530. Washington D. C.. 1991.

⁴⁹TELLO, Anchuela, et al. **Definición de Caso de SIDA**. Op. cit., pág. 24

FIGURA No. 1

CAJA DE SEGURO SOCIAL
COMPLEJO HOSPITALARIO DR. A. ARIAS M.
COORDINACION DE EPIDEMIOLOGIA

NOTIFICACION DE PERSONAS INFECTADAS POR EL VIH
PORTADOR VIH CASO SIDA

I. DATOS PERSONALES

No de caso	Cama No	
Nombre del paciente:	(nombres)	(apellidos)
Dirección permanente:	(provincia) (distrito) (corregimiento)	Tel:
(casa)	(calle)	
Nacionalidad:	Ocupación:	Escolaridad:
Fecha de nacimiento:	SEXO	EDAD:
No de cédula	día/mes/año	No de S.S.
Número de expediente	Fecha de ingreso	Fecha de egreso
	Días estancia	
* Nombre de la madre o responsable:		

II. FACTOR DE RIESGO

HOMOSEXUAL.....	HEMOFILICO.....
HOMOSEXUAL/U.D.I.V.....	DROGA I.V.....
BISEXUAL.....	PERINATAL.....
HETEROSEXUAL CON MAS DE UN COMPAÑERO SEXUAL.....	OBSERVACIONES
HETEROSEXUAL CON MAS DE UN COMPAÑERO SEXUAL.....	
HETEROSEXUAL/U.D.I.V.....	
TRANSFUSION.....	

III. ENFERMEDADES OPORTUNISTAS

	DIAG. INIC. D. P.	FECHA INIC. M. A.		DIAG. INIC. D. P.	FECHA INIC. M. A.
CANDIDIASIS-BRONQ. TRAQUEA O PULMONES	1	NA	LINFOMA	1	NA
CANDIDIASIS DEL ESOFAGO	1	2	TUBERCULOSIS PULMONAR DISEMINADA	1	2
CRUPTOCOCOSIS EXTRAPULMONAR	1	NA	TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR	1	2
CRUPTOCOCOSIS CRONICA INTESTINAL (> UN MES)	1	NA	NEUMONIA POR PNEUMOCISTIS CARINII	1	2
INFECCION POR CITOMEGALOVIRUS (CON PERDIDA DE VISION)	1	NA	LEUCOENCEFALOPATIA MULTIFOCAL PROGRESIVA	1	2
ENCEFALOPATIA POR VIH	1	NA	SEPTICEMIA RECURRENTE POR SALMONELLA	1	2
HERPES SIMPLE	1	NA	TOXOPLASMOSIS DEL CEREBRO	1	2
HISTOPLASMOSIS	1	NA	SINDROME DE EMANCIACION	1	2
ISOSPOROSIS (POR > UN MES)	1	NA	OTRAS:		
SARCOMA DE KAPOSII	1	2	Def. = Diagnóstico definitivo Pres. = Diagnóstico presuntivo NA = No se aplica		

IV. DATOS DE LABORATORIO

PRUEBAS DE LABORATORIO	FECHA dia/mes/año
ELISA.....positivo negativo indeterminado	
WESTERN BLOT.....positivo negativo indeterminado	
INMUNOFLUORESCENCIA.positivo negativo indeterminado	

V. CONDICION DEL PACIENTE

vivo	LUGAR DE DIAGNOSTICO	FECHA
muerto	LUGAR DE DEFUNCION	FECHA

VI. OBSERVACIONES

FUNCIONARIO OUE INFORMA

INSTITUCION OUE INFORMA

FECHA DEL INFORME

FIRMA

nuevas condiciones excluyendo el criterio biológico. En cuanto a la fecha de entrada en vigor de esta definición de caso, se señala, que la misma ha variado en Europa, de un país a otro.

Para efectos de la vigilancia epidemiológica, los criterios de definición de caso de SIDA, se consideran según lo expresa el cuadro número 3.

Además de lo anterior, la OMS en julio de 1990, ha establecido criterios para diagnosticar la infección sintomática por VIH⁵⁰ (Ver Cuadro No. 4), esta clasificación es la más reciente. Según se indica su utilidad radica en la combinación de variables clínicas y de laboratorio y proporciona ayuda para el manejo de los casos individuales, a través de 4 estadios, para lo cual se consideran las manifestaciones clínicas y tres subgrupos constituídos según la cifra de linfocitos totales o de células CD4.

Así pues, el diagnóstico de SIDA en una persona adulta está basado en la existencia de, por lo menos, dos signos

⁵⁰Organización Panamericana de la Salud. Pautas para la Atención Clínica de las Personas Adultas Infeccionadas por el VIH. 1994.

CUADRO No. 3
RESUMEN DE LA DEFINICION DE CASO DE SIDA
Y REVISION DE 1993 EN EUROPA

Resumen de la definición de caso de SIDA y revisión de 1993 en Europa			
A los efectos de vigilancia epidemiológica, un caso de SIDA* se define como una enfermedad caracterizada por una o más de las siguientes enfermedades «indicativas», diagnosticada por los métodos que se expresan (en negrilla diagnósticos presuntivos) dependiendo de la existencia o no de evidencia de laboratorio de infección por VIH			
Enfermedades indicativas de SIDA	VIH positivo	VIH no realizado o dudoso (1)	VIH negativo (1)
Candidiasis esofágica	Endoscopia o microscopia/disfagia u odinofagia + candidiasis oral	Endoscopia o microscopia	Endos o microsc + <400 T ₂
Candidiasis traqueal, bronquial o pulmonar	Endoscopia o microscopia	Endoscopia o microscopia	Endos o micros + <400 T ₂
Criptococosis extrapulmonar	Microscopia (histología o citología), cultivo o detección de antígeno	Microscopia, cultivo o detección de antígeno	Microsc + <400 T ₄
Criptosporidiasis con diarrea persistente más de un mes	Microscopia (histología o citología)	Microscopia	Microsc + <400 T ₄
Neumonía por <i>Pneumocystis carinii</i>	Microscopia/tos o disnea + Rx gascimetría, ausencia de neumonía bacteriana	Microscopia	Microsc
Toxoplasmosis cerebral (edad >1 mes)	Microscopia/alt neurológica focal o baja conciencia, TAC RMN, serología o respuesta a tratamiento	Microscopia	Microsc + <400 T ₄
Coccidiomicosis diseminada (pulmón, ganglios linfáticos cervicales o hiliares)	Microscopia (histología o citología), cultivo o detección de antígenos	—	—
Histoplasmosis diseminada (pulmón o ganglios linfáticos cervicales o hiliares)	Microscopia (histología o citología), cultivo o detección de antígenos	—	—
Isosporiasis con diarrea persistiendo más de un mes	Microscopia (histología o citología)	—	—
CMV de órganos, hígado, bazo o ganglios linfáticos (edad >1 mes)	Microscopia (histología o citología)	Microscopia	Micros + <400 T ₄
Retinitis por CMV con pérdida de visión	Microscopia/oftalmoscopia	Microscopia	Micros + <400 T ₄
Herpes simple mucocutáneo crónico que persista más de 1 mes, bronquial, pulmonar o esofágico de cualquier duración (edad >1 mes)	Microscopia (histología o citología), cultivo o detección de antígeno	Microscopia, cultivo o detección de antígeno	Micros + <400 T ₄
Leucoencefalopatía multifocal progresiva	Microscopia (histología o citología)	Microscopia	Micros + <400 T ₄
Neumonitis intersticial linfoide/hiperplasia linfoide pulmonar (edad <13 años)	Microscopia/Rx sin identificar patógena y sin respuesta a tratamiento	Microscopia	Micros + <400 T ₄
Dos o más infecciones bacterianas recurrentes (edad <13 años)	Cultivo	—	—
<i>M. avium</i> o <i>M. kansasii</i> diseminada (pulmón, piel o ganglios linfáticos cervicales o hiliares)	Cultivo	Cultivo	Cultivo + <400 T ₄
Micobacteriosis no TBC diseminada (ídem anterior)	Cultivo	—	—
TBC extrapulmonar	Cultivo	—	—
Septicemia recurrente por salmonella SD typhi	Cultivo	—	—
Sarcoma de Kaposi (edad <60 años)	Microscopia/visualización de las lesiones características, por expertos	Microscopia (histología)	Micros + <400 T ₄
Sarcoma de Kaposi (cualquier edad)	Microscopia (histología)/lesiones características vistas por expertos	—	—
Linfoma primario de cerebro (cualquier edad)	Microscopia (histología)	—	—
Linfoma primario de cerebro (edad <60 años)	Microscopia (histología)	Microscopia (histología)	Micros + <400 T ₄
Linfoma no Hodgkin de células B o de fenotipo inmunológico desconocido	Microscopia (histología)	—	—
Linfoma no hendido pequeño**	Microscopia (histología)	—	—
Sarcoma inmunoblástico***	Microscopia (histología)	—	—
Encefalopatía por VIH	Clínica + LCR + TAC o RMN para excluir otras patologías	—	—
Síndrome caquético por VIH	Pérdida del 10% del peso corporal + diarrea o fiebre de más de 1 mes en ausencia de otra enfermedad que justifique los síntomas	—	—
Tuberculosis pulmonar (edad >12 años)	Cultivo/Diagnóstico en base a criterios clínicos y radiológicos	—	—
Neumonías bacterianas recurrentes	Cultivo de una bacteria (a <i>M. tuberculosis</i> y <i>N. P. carinii</i>)/signos clínicos o radiológicos	—	—
Cáncer invasivo de cuello uterino	Histología o citología	—	—

(1) Descartar otras causas de inmunodeficiencia
 * No se consideran indicativas de SIDA, los linfomas de fenotipo inmunológico T, los linfomas de tipo histológico no descrito y los que se describen como *linfocitos* «linfoblástico» «hendido pequeño» o «linfocitos plasmoides»
 ** Burkitt tipo Burkitt o no tipo Burkitt
 *** Linfoma inmunoblástico: linfoma de células grandes, linfoma histiocítico difuso, linfoma difuso indiferenciado, linfoma de alto grado

FUENTE: CDC. Revision of the CDC surveillance case definition for Acquired Immunodeficiency Syndrome. MMWR. 1987. 36(19): 3-15. WHO-EC Collaborating Centre on AIDS. AIDS surveillance in Europe. Quarterly Report No. 37. 1995.

CUADRO No. 4
ESTADIOS CLINICOS DE LA INFECCION POR VIH
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

Hallazgos clínicos	Resultado de laboratorio							
	Estadio Clínico	A	B	C	A	B	C	
	Linfocitos >2000	CD4 <500	Linfocitos 1000-2000	CD4 200-500	Linfocitos 1000-2000	CD4 <200		
Estadio 1 asintomático Linfadenopatía persistente Actividad física: asintomático, normal		1A		1B		1C		
Estadio 2 Enfermedad temprana (leve) Pérdida de peso <10% Manifestaciones cutáneas leves (por ej., dermatitis seborreica, prurito, dermatomicosis, aftas orales recidivantes, queilitis angular, etc) Herpes zoster (en los últimos 5 años) Infecciones recurrentes del tracto respiratorio superior Actividad física: sintomático, actividad normal		2A		2B		2C		
Estadio 3 Enfermedad intermedia (moderada) Pérdida de peso >10% Diarrea crónica de causa desconocida >1 mes Fiebre prolongada, constante o intermitente, de causa desconocida >1 mes Candidiasis oral Leucoplasia oral vellosa Tuberculosis pulmonar (en el último año) Infecciones bacterianas graves (ej., neumonía, piomiositis, etc) Actividad física: En cama <50% del día durante el último mes		3A		3B		3C		
Estadio 4 Enfermedad tardía grave (esencialmente SIDA) Síndrome de desgaste Neumonía por <i>P. carinii</i> Toxoplasmosis cerebral Criptosporidiasis con diarrea >1 mes Criptococosis extrapulmonar Enfermedades por CMV en órganos que no sean hígado, bazo o ganglios linfáticos Herpes simple mucocutáneo >1 mes o visceral de cualquier duración Leucoencefalopatía multifocal progresiva Micosis diseminada (por ej., histoplasmosis) Candidiasis esofágica, traqueobronquial o pulmonar Micobacteriosis atípica diseminada Septicemia por <i>Salmonella</i> no typhi Tuberculosis extrapulmonar Linfoma Sarcoma de Kaposi Encefalopatía por el VIH Actividad física: En cama >50% del día durante el último mes		4A		4B		4C		

FUENTE: WHO. OPS. AIDS. Interim proposal for a WHO Staging system for HIV Infection and Disease. Weekly Epidemiol. Rec. 1990. 65:221-228. Pautas para la Atención Clínica de la Persona Infectada por el VIH. 1994.

mayores, combinados, por lo menos, con un signo menor, ante la ausencia de causas conocidas de inmunosupresión, como cáncer, malnutrición grave u otras enfermedades reconocidas. La presencia de Sarkoma de Kaposi generalizado o de meningitis criptocócica son suficientes por si mismas para establecer el diagnóstico de SIDA con fines de vigilancia. Se agrega además, que en pacientes con tuberculosis, una tos persistente de más de un mes de duración no deben considerarse como un signo menor⁵¹.

Estos criterios no tienen como objetivo, reemplazar la definición de caso de SIDA desarrollada para propósitos epidemiológicos, aunque requieren de pruebas mas agresivas para el diagnóstico⁵².

1. Infecciones Oportunistas

Las infecciones oportunistas constituyen la principal causa identificable de morbilidad y mortalidad en los pacientes con el SIDA. Los pacientes con este padecimiento son sensibles a las infecciones comunitarias o nosocomiales,

⁵¹Ibid.

⁵²Boletín Internacional Sobre Prevención y Control del SIDA. Acción en SIDA. 20 (7): 6. 1993.

prevalentes entre el resto de la población seronegativa, así como a las infecciones oportunistas que aprovechan la inmunosupresión inducida por el virus.

Para la presencia de las infecciones oportunistas se requiere una oportunidad especial, una relativa inmovilización de la reacción del sistema inmune, para así invadir con éxito el organismo y producir diversas enfermedades. Estas infecciones, pueden ser producidas por virus, hongos, bacterias y protozoos, pueden aparecer tumores como el Sarkoma de Kaposi y linfomas de localización en el sistema nervioso central.

Las infecciones oportunistas que se presentan en pacientes con el SIDA son los siguientes:

1.1 Infecciones Protozoarias

1.1.1 Neumonía por *Pneumocystis Carinii*

Fue descrita por primera vez por Chagas en 1909, siendo en 1942 establecida como un patógeno de seres humanos. Es considerado un parásito protozoario obicuo, dada su semejanza morfológica con tripanosomas; aunque recientemente se ha

señalado que la secuencia de ADN del microorganismo se asemeja muy íntimamente a la de un hongo⁵³ por sus características ultraestructurales, afinidad por colorantes, por hongos y sus mecanismos de transmisión por aire.

1.1.2. Criptosporidiasis

Es una infección parasitaria que afecta las células epiteliales de las vías gastrointestinales, biliares y respiratorias.

La criptosporidiosis aparece con mayor frecuencia en varones homosexuales y bisexuales que en otros pacientes afectados con el SIDA.

1.1.3 Isosporiasis

Es una Infección parasitaria, causada por el *Isospora belli* que afecta los intestinos.

Es un coccidio descrito ocasionalmente como causa de diarrea crónica en pacientes con SIDA.

⁵³VINER, Brant L. *Pneumocystis Pneumonia*. LIBMAN, Howard., WITZBURG, Robert A.. Op cit., pág. 233.

1.1.4. Toxoplasmosis

Es una infección protozoica provocada por el *Toxoplasma Gondii*, que comunmente afecta el cerebro de los pacientes con la infección por el VIH.

1.2. Infecciones Micóticas

1.2.1. Candidiasis

Las infecciones producidas por *Candida albicans* y más raramente por *C. tropicalis* son las infecciones micóticas más frecuentes en pacientes infectados por el VIH. La candidiasis es una infección fúngica provocada por la *Candida* especies.

1.2.2. Cryptococosis

Es una infección fúngica parecida a la levadura causada por el *Cryptococcus neoformans* que afecta comunmente a las meninges o membranas alrededor del cerebro.

El *Cryptococcus* es un hongo levaduriforme que puede alcanzar al organismo por vía inhalatoria y diseminarse desde

el pulmón.

1.2.3. Histoplasmosis

Esta infección oportunista, se esta identificando con frecuencia creciente en los pacientes con infección por VIH. Se trata de un hongo dimórfico, que enferma a personas inmunocompetentes e inmunodeprimidas a causa del *histoplasma capsulatum*. Dos micosis clínicamente diferente reciben el nombre de histoplasmosis, porque los agentes patógenos que las causan no se diferencian morfológicamente cuando se les cultiva en medios idóneos, como mohos.

1.3. Infecciones Bacterianas

1.3.1. *Micobacterium Avium* intracelular o el *Micobacterium Kansasii*

Son formas de micobacterias. *Mycobacterium avium-intracellulare* y *M. kansasii* son muy frecuentes en los pacientes con el VIH. Las infecciones producidas por *M. Kansasii*, *M. fortuitum*, *M. ulcerans*, *M. hemophilum* y otras micobacterias atípicas, también han sido descritas.

1.3.2. *Micobacterium tuberculosis*

La *Micobacterium tuberculosis* es una bacteria estructuralmente compleja, estrictamente aerobia y parásita obligada del ser humano. Como patógeno primario virulento, que no requiere de un deterioro inmunitario tan marcado como los microorganismos oportunistas típicamente asociados a las fases tardías de la infección retroviral como por ejemplo la *pneumocystis carinii* o el citomegalovirus.

1.3.3. *Salmonella*

La *salmonella* es una infección bacteriana causada por la *Shigella* especies, que afecta al intestino. Además son bacterias negativas pertenecientes a la enterobacterias. La *S. Typhimurium* y *S. Enteritidis*, son las más notificadas.

La literatura médica relacionada con esta infección, señala que las del grupo *thypi*, presentan características especiales en pacientes infectados, como el aumento de la frecuencia de presentación, la mayor tendencia a producir bacteriemias recurrentes.

1.4. Infecciones Virales

1.4.1. Herpes Simple

Es una infección vírica caracterizada por una lesión primaria localizada, un período de latencia a reaparecer en forma localizada. Es miembro de la subfamilia de los virus herpes beta, de la familia herpesviridae, que incluye cepas antigénicamente relacionada. Las infecciones por herpes simple tipo 1 y 2, pueden causar enfermedades tanto a personas sanas como inmunodeprimidas. Se caracteriza por la mayor severidad y la tendencia a la recurrencia.

Pertenece al grupo de los virus herpes, que incluye el virus zoster, el virus herpes simplex y el Virus Epstein Barr. Es un herpes virus de la subfamilia herpeteviridae.

1.4.2. Citomegalovirus

Es la infección vírica oportunista más frecuente en pacientes infectados, debido a aptencia que tiene por todos los tejidos.

El citomegalovirus puede presentarse como coriorretinitis, afectación del tubo digestivo y árbol biliar,

colitis, etc.

La literatura señala que en los pacientes con SIDA, hay otras infecciones que aunque no son indicativas de la enfermedad, también requieren mucha atención, como lo son la leishmaniasis visceral, la giardiasis, las infecciones por neocardia asteroides o las neumonías producidas por bacterias como streptococcus pneumoniae y haemophilus influenzae.

Además de lo anterior, también se pueden presentar neoplasias secundarias como el sarkoma de kaposi y los linfomas (No-Hodgkin), denominados "cánceres asociados al SIDA". Aunque no se profundizará sobre estos tópicos, si es importante señalar, que en cuanto al sarkoma de kaposi, este es la presentación más común en la incidencia del SIDA entre el grupo de los homosexuales, caracterizándose por la aparición de nódulos y placas en la piel, mucosas de color violáceo, afección ganglionar y visceral.

En lo que respecta a los linfomas No-Hodgkin se puede señalar, que son un grupo heterogéneo de neoplasias del tejido linfoide, procedente de los ganglios linfáticos y de otras localizaciones, variando desde formas indolentes hasta formas más invasivas.

IV CAPITULO

**CONDUCTA SEXUAL Y RIESGO DE INFECCION POR EL VIH EN HOMBRES Y
MUJERES**

A. Generalidades

En el aparte correspondiente a los aspectos generales del SIDA, se pudo observar, que el patrón de transmisión de esta mortal enfermedad, esta cambiando drásticamente acaparando al grupo heterosexual, el cual va numericamente en aumento, pasando así la enfermedad de los grupos de "alto riesgo" (hombres homosexuales y drogadictos por vía intravenosa) al resto de la población. Así lo señala Laga et al¹, los cuales añaden además, que el conocimiento de los riesgos relativos, los factores de riesgo y la efectividad de los métodos preventivos es esencial para la prevención. De allí que en países como E.U. e Inglaterra por ejemplo las investigaciones en torno a la conducta sexual, sean cada vez más objeto de mayor interés, originándose según Eliseo Verón² un replanteamiento de las vivencias sexuales. Este considera que la sexualidad ha ido perdiendo progresivamente lo esencial de su poder simbólico, llegándose a la banalización del sexo.

Existen referencias sobre la existencia, en las épocas

¹LAGA M., MANOKA A., KIVUVU M., et al. Non-ulcerative sexually transmitted diseases as risk factors for HIV-1 transmission in women: results from a cohort study. AIDS. 7.95-96. 1993.

²VERON, Eliseo. "Estrategias de Comunicación Sobre el SIDA". Causa Rerum, Technologies cultures médias communication. Usieto, Ricardo, Valenciano, Luis. Op. cit., pág. 238.

medievales y renacentistas sobre los baños públicos donde normalmente se ponían en contacto numerosos hombres y mujeres desnudos, que favorecían los contactos sexuales. También de que correspondió a la sífilis, restringir la conducta sexual de los europeos, en determinado tiempo, introduciendo el miedo al sexo. La carencia de tratamiento eficaz ante la enfermedad determinó dicha conducta³. Por otra parte, el SIDA marcó una nueva época en relación al sexo, surgiendo el llamado "sexo seguro", acompañado de las prácticas sexuales de personas con cualquier orientación sexual. En términos generales, existen diversas circunstancias en las que todas las formas de conducta sexual, pueden considerarse seguras, siendo determinante la enfermedad.

Parker y Carballo⁴ señalan que los estudios de comportamiento sexual son de suma importancia, ya que estos aportan mayores evidencias para comprender la transmisión del SIDA. También indican que todavía es obvio que la sexualidad

³MORRONDO, Najera R. **Nuevos Datos y Reflexiones sobre la Transmisión Heterosexual**. Conferencia de Clausura. I Reunión Nacional Sobre el SIDA. Sevilla 19-21, marzo, 1992. Publicación de la Sociedad Española Interdisciplinaria de SIDA. Madrid, 3(5): 239. 1993.

⁴PARKER G., Richard, CARBALLO, Manuel. **Human Sexuality and AIDS: The Case of Male Bisexuality**. CHEN, Lincoln C., SEPULVEDA AMOR, Jaime, SEGAL J., Sheldon. **AIDS and Wome'n Reproductive Health**. New York, 1991, pág. 109.

a través del tiempo, ha sido objeto de negligencia, dando como resultado un aumento en la extensión de la epidemia. Se agrega además que en la salud pública y en otras disciplinas, los métodos empleados para interpretar y entender la experiencia sexual se han caracterizado más por restricciones que por innovaciones.

1. Variables que influyen en la difusión del VIH en la población

Piot et al⁵ señalan que el comportamiento sexual es indudablemente, muy importante para determinar la extensión del VIH, indicándose que existen diversas variables que pueden influir en la difusión del VIH en la población, tales como:

- Variables del comportamiento
- Variables biológicas
- Variables demográficas
- Variables económicas y políticas

⁵PIOT P., Laga M., RYDER R.W., et al. The Global Epidemiology of HIV Infection: Continuity, Heterogeneity, and Chance. J AIDS. 1990., 3: 403-412. MENDELL, Gerald L., BENNETT E., Jhon, DOLIN, Raphael. Principles and Practice of Infections Diseases. Fourth Edition. Churchill Livingstone. 1994, pág. 1169.

-Variables del comportamiento

Dentro de esta variable se pueden apreciar aspectos como el promedio en el cambio de parejas sexuales, el patrón sexual mixto, las prácticas sexuales, el uso del preservativo, el promedio de infecciones en los compañeros y la prevalencia en el uso de drogas.

-Variables Biológicas

El efecto amplificador del riesgo de transmitir el VIH, depende de ciertos elementos a considerar tales como: el nivel de viremia, la infectividad y virulencia de la cepa del VIH, la incidencia y prevalencia de ETS, el uso de ciertos productos vaginales y la carencia de circuncisión masculina.

Sobre este último punto, Arnaud Fontanet⁶ hace referencia a la asociación entre circuncisión e infección con VIH, en poblaciones de Africa, donde aspectos etnicos y religiosos pueden influir en la conducta sexual o en las prácticas de higiene genital. Además de lo anterior el estudio considera

⁶FONTANET, Arnaud. ¿Qué asociación existe entre la ausencia de circuncisión y la infección con VIH? *Transcriptase*. 25 (5) 14-15, 1994. VINCENZI, de Isabelle, MERTENS, Thierry. Male Circuncisión a role in HIV Prevention? *AIDS*. 1994, (8), 153-160.

prudente dilucidar este y el resto de los mecanismos biológicos.

-Variables Demográficas

En este espectro, la infección del VIH se puede percibir, en el tamaño de la población, cuyos grupos son los de vida sexual más activa, en la razón hombre-mujer, el promedio y crecimiento de la organización, y los patrones migratorios; todos estos aspectos tienen un impacto en el sistema sanitario y la comunidad producto de la epidemia del VIH. Dicho impacto es variable y asimismo depende por ejemplo del tipo de región, la cual puede acusar peculiaridades demográficas que reflejan conductas sexuales muy discímiles con respecto a una población y otra.

-Variables Económicas y Políticas

Sobre estos factores, se indica que la extensión del VIH, es determinada por la respuesta de las naciones ante esta problemática, la cual necesita de un compromiso político, donde se pueda proveer a la población mayores conocimientos científicos sobre conducta sexual. Se agrega además, que los países en desarrollo requieren de 5 a 10 veces más

financiamiento que el actualmente disponible para controlar la epidemia. Otros elementos importantes son la pobreza, la falta de educación, las guerras y los disturbios sociales, la posición de la mujer en la sociedad y las actitudes hacia el sexo, los cuales proveen una tierra fértil para la epidemia.

Como se observa, son diversos los aspectos que influyen en la diseminación del VIH, los cuales están referidos entre otras cosas al estilo de vida del individuo (condiciones de vida, las características psicosociales y personales) siendo sumamente importantes desde el punto de vista sociológico para prevenir la infección por VIH, ya que desde el punto de vista biomédico son inexistentes armas eficaces para controlar la enfermedad⁷. Lo anterior es corroborado en la definición que Páez, Ubillos y Paicheler⁸ otorgan al SIDA, para este grupo el SIDA, es una enfermedad infecciosa basada en un estilo de conducta.

⁷J.B. GOMEZ, Peñalba. II Reunión Nacional Sobre el SIDA. Complejo Cultural San Francisco. Centro de Congresos y Exposiciones. Cáceres, 9-11 de marzo de 1994. SEISIDA 5(3): 44, 1994.

⁸PAEZ, Dario, Ubillos, S. y PAICHELER, H.. Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco VIII. Publicación SEISIDA. 5(1): 10, 1994.

2. Conductas de riesgo asociadas a la transmisión del VIH

Según J. Sanford⁹ existen distintas conductas de riesgo importantes de conocer a fin de determinar la adquisición y transmisión del VIH. Estas conductas son:

- Las conductas sexuales
- La inyección intravenosa o pinchazo de la piel
- Recepción de infusión de productos sanguíneos
- La infección perinatal
- La exposición ocupacional.

Dentro de este conjunto de conductas de riesgo, relacionadas a la adquisición del VIH, interesa abordar aquellas inherentes a las conductas sexuales. En este sentido es importante indicar, que existen determinadas conductas sexuales que facilitan el contacto con mayores concentraciones de virus y por otro lado, ciertas técnicas pueden aumentar el acceso del material infectado al torrente sanguíneo.

⁹SANFORD J.P., SANDE M.A., GILBERT D.N., GERBERDING, J.L..
Guía Terapéutica de la Infección por VIH/SIDA. U.S.A., 7:2-3, 1993-1994.

Existen distintos grados de riesgo para la transmisión del VIH estableciéndose prácticas sexuales que van desde hábitos que conllevan riesgo hasta aquellas, que pueden resultar menos perjudiciales para el contagio. Estas conductas sexuales asociadas a la transmisión del VIH son las siguientes:

a. Conductas sexuales

1. Pareja (s) sexual (es)

- Parejas infectadas por el VIH
- Parejas no examinadas que comportan riesgo
- Parejas múltiples
- Presencia de ulceración de la mucosa en cualquier pareja

2. Prácticas sexuales

a. Alto riesgo de infección:

- Coito anal receptor sin protección
- Coito vaginal receptor sin protección

b. Riesgo de infección documentado:

- Coito oral receptor sin protección
- Coito anal insertor sin protección
- Coito vaginal insertor sin protección (el riesgo puede ser más alto durante la menstruación)

- Coito oral insertor sin protección
- c. Riesgo de infección más bajo:
 - Cualquiera de lo anterior con protección de preservativo de latex/vinil o (vaginal o peneano)
 - Cunilingus, especialmente con contención de goma, envoltorio plástico de alimentos microondulable u otra barrera impermeable al agua.
- d. Más seguro:
 - Besos profundos
 - Sexo protegido con una pareja con prueba del VIH negativa
 - Monogamia mutua
 - Masturbación mutua
 - Masturbación o masaje
- e. Lo más seguro:
 - Abstinencia"¹⁰.

Existen otras conductas sexuales que implican riesgo de transmisión del virus, como lo son los contactos extramaritales, las relaciones sexuales con prostitutas y la

¹⁰SANFORD J.P., SANDE M.A., GILBERT D.N., GERBERDING, J.L. Op. cit., pág. 2.

presencia de otras ETS¹¹.

3. Factores de riesgo asociados a la transmisión heterosexual del VIH

Siendo el objetivo de este capítulo realizar una descripción de los aspectos relacionados a la conducta sexual y riesgo de infección por VIH, en hombres y mujeres, también es importante hacer alusión a los factores de riesgo asociados a la transmisión heterosexual del mortal virus, así por ejemplo en un pasado en Africa, y otros países europeos y americanos¹², se han presentado casos de SIDA entre varones y mujeres, con múltiples compañeros heterosexuales; otros factores de riesgo en mujeres se circunscriben a las transfusiones de sangre, hábitos de drogadicción, promiscuidad sexual y contactos sexuales con enfermos de SIDA. En cuanto a los hombres heterosexuales con SIDA, se han identificado factores únicos de riesgo, como los contactos sexuales con mujeres integradas en los llamados grupos de riesgo y prostitutas.

¹¹MORRONDO, Najera R.. *Op. cit.*, pág. 5.

¹²MORRONDO, Najera R., ASIA DE LA LOMA, Danilova, ESTEVANEZ E., Pilar, et al. *SIDA. Un Problema de Salud Pública*. Madrid. Ediciones Díaz de Santos, S.A., 1987, pág. 96.

Como se ha podido apreciar los factores de riesgo para la adquisición del VIH pueden ser de diversa índole. No obstante siendo el objetivo de este aparte, realizar una descripción de los aspectos relacionados a la conducta sexual y el riesgo de infección por VIH, en hombres y mujeres, es de vital importancia hacer alusión a los factores de riesgo asociados a la transmisión heterosexual del mortal virus, los cuales dependen de:

- Las propias características biológicas del agente causal, es decir el VIH.
- La susceptibilidad del huésped con determinadas características del caso índice o infectado (a).
- La(s) ruta(s) de contagio¹³.

Dentro de las rutas de contagio la conducta sexual constituye uno de los factores de riesgo más consistentes en diversos estudios, considerándose además como uno de los predictores más importantes en la tasa de transmisión del virus¹⁴.

¹³Publicación Oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria de SIDA. IDEPSA. Madrid, 3(5): 247, 1993.

¹⁴Ibid., pág. 248.

Un hallazgo importante en la realización de esta investigación, es que en nuestro país, prácticamente son inexistentes las investigaciones, donde se halla determinado la incidencia y prevalencia de conductas sexuales en la población, asociadas con el riesgo de transmisión del VIH de acuerdo a ciertas variables, que puedan reflejar la magnitud de un problema de salud o bien determinar una asociación entre la enfermedad o factor de interés.

4. Estudios sobre conducta sexual y riesgo de VIH en hombres y mujeres

A continuación se presentará información proveniente de distintas fuentes, ya sean estudios epidemiológicos (transversales y/o retrospectivos, prospectivos) sobre conducta sexual y riesgo de infección por VIH de acuerdo a determinadas características personales tales como: edad, sexo, raza y otros factores de interés.

a. Variables

1. Sexo

Un estudio sobre conducta sexual realizado en Inglaterra,

Gales y Escocia¹⁵ en una muestra de 18,876 hombres y mujeres, entre 16 y 59 años, reveló que los hombres (66%) son los que con mayor frecuencia practican conductas sexuales de riesgo de VIH, colocándolos como el grupo más proclive para adquirir la infección en comparación con las mujeres, las cuales señalaron practicar determinadas conductas sexuales con menor frecuencia, es decir, que tienden a poseer menor cantidad de compañeros sexuales que los hombres, agrega la autora de este estudio, que estos han tenido experiencias sexuales más temprano influyendo esto posiblemente en su conducta sexual.

2. Edad

Se ha demostrado que a edades de 18 a 44 años¹⁶ se presentan mayores conductas sexuales de riesgo, que colocan a los individuos en un riesgo para que se les transmita el virus. En otro estudio sobre conducta sexual realizado por Barbara C. Leigh¹⁷ et al, el cual fue realizado en 48 estados

¹⁵JOHNSON M., Anne, WADSWORTH, Jane, WELLINGS, Kaye et al. **Sexual Lifestyle and HIV Risk.** Nature. 360(12): 410. 1992.

¹⁶Mc Queen D.V., UITENBROEK D.G.. **Condom use and concern about AIDS.** Health Education Research. 7(1): 47-53. 1992.

¹⁷LEIGH C., Barbara., TEMPLE T., Mark, TROCKI F., Karen. **The Sexual Behavior of US Adults: Results from a National Survey.** New York. American Journal of Public Health. 83(10): 1402-1403. 1993.

de los E.U., en 2,058 personas de 18 años y más, se identifican personas con riesgo de contaminación con el VIH cuyas edades van de 18 a 39 años.

3. Estado Civil

Catania et al¹⁸, señalan en un estudio realizado en los E.U., en una muestra de 10,630 heterosexuales que las conductas sexuales de riesgo son mayores en las personas casadas (46.5%), seguido del grupo de los solteros (27.2%), divorciados (10,2%), viudos (5,9%), los que cohabitan representan el 5.8% y los separados no legalmente el (4,4%). De estos datos se puede deducir que el riesgo de adquirir el VIH, presenta fundamentalmente el perfil de una persona casada.

4. Raza

Observaciones epidemiológicas llevadas a cabo en los

¹⁸CATANIA, J.A., COATES, T.J., STALL, R., et al. Prevalence of AIDS-Related Risk Factors and Condom Use in the United States. Science. 258(11): 1102. 1992.

E.U.¹⁹ han demostrado que el riesgo de infectarse con el VIH es marcadamente más frecuente en las poblaciones minoritarias étnicas o raciales, así los datos indican que los de raza negra, son los más proclives a la infección, seguidos de los hispanos, en los cuales las tasas de incidencia anuales por SIDA, aumentan significativamente.

5. Nivel Educativo

Sobre esta variable un estudio²⁰ reveló que la actividad sexual es más frecuente en aquellos (as) personas que tienen un nivel de estudios más elevado, así pues en el grupo investigado, 91% fueron graduados de secundaria. Si evaluamos esta respuesta, se puede considerar que dichas declaraciones implican un marcado comportamiento de riesgo para contraer el VIH, en este grupo.

¹⁹CASTRO, K.G. Distribution of Acquired Immunodeficiency Syndrome and Other Sexually Transmitted Disease in Racial and ethnic populations, United States. Influences of life-style and socioeconomic status. A.E.P.. 3(2): 181-184. 1993.

²⁰LEIGH C., Barbara., TEMPLE T., Mark, TROCKI F., Karen. Op. cit., pág. 1402-1403. 1993.

En otro estudio realizado en Estados Unidos²¹ donde se relacionó el nivel educativo con la raza, y el riesgo de adquirir el VIH, se encontró que en una muestra de 1,601 personas de ambos sexos, 980 (61.2%), se habían graduado de secundaria y 621 (38.8%) de raza negra poseían educación secundaria incompleta, o sea un nivel de escolaridad inferior.

6. Relaciones Sexuales sin Preservativo

Diversas investigaciones han demostrado la asociación que existe entre las relaciones sexuales sin el uso de preservativos, y el riesgo de infección por el VIH, una de estas es un estudio longitudinal²² conformado por 256 seronegativos heterosexuales cuyas parejas eran casos índices, (196 mujeres y 108 hombres), revelando que sólo 124 (48.4%) utilizaron condones constantemente tanto en el sexo vaginal como en el anal. Entre éstas parejas ninguno de los sujetos seronegativos se infectó con el VIH, a pesar de haber experimentado aproximadamente 15,000 episodios de encuentros sexuales. Señala este estudio que el uso consciente de

²¹CASTRO, K.G.. Op. cit., pág. 181-184.

²²VINCENZI, DE Isabelle et al. A Longitudinal Study of Human Immunodeficiency Virus Transmission by Heterosexual Partners. The New England Journal of Medicine. 331 (6):341. 1994.

condones en la relación heterosexual evita la transmisión del VIH. La incidencia de rotura del condón durante el coito vaginal, se ha estimado en 1%.

Diversos estudios sobre comportamiento sexual, han sido llevados a cabo, así pues encontramos el realizado en Francia²³, con una muestra de 20,055 ciudadanos de 18 y 69 años (9,928 hombres y 10,127 mujeres), donde el uso del condón varía notablemente con la edad y el sexo. A lo largo de la vida 56.5 hombres y 43.7 mujeres lo han utilizado alguna vez $p=0.001$. La prevalencia disminuye muy rápidamente con la edad, indicando mayor uso en los jóvenes $p=0.001$.

El 23.6% de los hombres usaron el condón con propósitos anticonceptivos, las mujeres representaron el 8.8% en el grupo de edad de 18 y 24 años. El estudio señala como determinantes del uso del condón²⁴, la edad, donde los jóvenes son los que mayoritariamente usan el condón, el tipo de relación (2.5% veces más usado con compañeros casuales, que con compañeros

²³ACSF Investigators. *Analyses des Comportements Sexuels en France. AIDS and Sexual Behaviour in France*. Nature. 360 (12): 408. 1992.

²⁴Ibid., pág. 409.

regulares), el tiempo de la relación con un nuevo compañero, y finalmente la percepción del riesgo de contraer la enfermedad.

Otro estudio²⁵ reveló entre otros aspectos, que del 82% de los hombres y el 74% de las mujeres que tuvieron al menos una pareja en el transcurso de los últimos 12 meses, el 4% de los hombres y de las mujeres con una sola pareja usaron preservativos. El uso no sistemático de preservativo, correspondió al 73% de los hombres y 80% de las mujeres. Aquellos con más de una pareja y uso sistemático de preservativo, representaron un porcentaje minoritario, es decir el 2% de los hombres y 1% de las mujeres. Finalmente los que reportaron más de una pareja y uso no sistemático de preservativo fue el 21% de los hombres y 15% de las mujeres.

Este estudio también indica que el uso ocasional del preservativo, a menudo es el resultado, del uso sistemático con las parejas secundarias y de una ausencia de uso con la pareja principal. Los jóvenes, los solteros y los hombres usan con mayor frecuencia el condón con las nuevas parejas.

²⁵LEIGH C., Barbara., TEMPLE, M.T., TROCKI, Karen F.. **The Sexual Behavior of US Adults from a National Survey.** American Journal of Public Health. 83 (10): 1406. 1993.

Los autores señalan que los polígamos, tienen más miedo de ser infectados y estiman tener un riesgo superior al promedio de personas que están en contacto con el mortal virus. Además de esto el análisis de regresión logística señala que el uso del condón fue más alto entre hombres (29.7%), que en mujeres (21%), para los hombres el OR=1.7, I.C=95% cuyos límites eran 1.2 y 2.5.

Como se observa, los resultados de esta variable en los estudios que se han realizado en los distintos países de Europa y América principalmente, son similares, indicándose en los mismos que son muestras representativas de la población general; y en este caso, los resultados revelan que en las poblaciones estudiadas el no uso del preservativo, en las relaciones sexuales esta asociado al riesgo de adquirir el VIH. Siendo lamentable lo que en su momento Higson y Strunin²⁶ consideraron por una parte un medio obstaculizante o entorpecedor de las relaciones sexuales, debido a la renuencia de las personas a abordar este tema en sus relaciones íntimas y por otro lado, a la aceptación del uso del preservativo exclusivamente cuando éste es solicitado por

²⁶HIGSON, R., STRUNIN L.. Monitoring Adolescents. Response to the AIDS Epidemic. En R. Di Clemente. Adolscents and AIDS: a generation in jeopardy. Newbury Park, Sage, 1992. USIETO, Ricardo; VALENCIANO, Luis. Op. cit., pág. 302-303.

la compañera.

7. Actividad Sexual Específica

En otro estudio realizado en 4 ciudades de los Estados Unidos²⁷ (Saint Louis, Atlanta, Nueva York, Los Angeles), cuya muestra fue de 800 individuos de 21 y 41 años (400 casos y 400 testigos de ambos sexos), más mujeres con numerosos compañeros de sexo habían practicado sexo oral en el año anterior que las mujeres monógamas (96% y 73.5%). Para estas mujeres en la muestra total que habían practicado sexo oral con sus compañeros en el año anterior (192 en los casos y 147 en los controles) hubo una gran discrepancia en la frecuencia de la práctica de este acto sexual, es decir que en promedio, las mujeres con numerosos compañeros de sexo practicaban el sexo oral, el doble que las mujeres monógamas. En cuanto a los hombres, 42,5% del grupo control, había practicado cunilingus y 81% la felación, en los casos, el 54% de los hombres había realizado cunilingus y el 99,5% experimentó la felación. Como se observa, menos hombres habían practicado cunilingus durante el año anterior. Añaden los autores que no se encontró relación entre la situación respecto a los

²⁷MASTERS, William H., JOHNSON, Virginia E., KOLODNY, Robert C. *La Conducta Heterosexual en la Era del SIDA*. Argentina, Editorial Planeta, S.A.I.C., 1988, pág. 51-63.

anticuerpos al VIH de los hombres y su práctica al sexo oral.

En los testigos sólo una minoría de sujetos había practicado el coito anal en el año precedente, o sea el 0.4% (18) de los hombres y 0.5% (23) de las mujeres controles. Ello fue muy semejante en los casos donde 0,9% (28) de los hombres y 1,4% (35) de las mujeres habían practicado el coito anal.

Lo anterior revela que el coito anal es 3 veces más frecuente en los casos.

En cuanto al coito vaginal, el estudio, indica una semejanza en esta práctica tanto en los hombres testigos (8,5%), como en los casos (9,7%).

8. Número de Compañeros Sexuales:

En Gran Bretaña²⁸ se encontró que es grande la tendencia de varones jóvenes con múltiples parejas sexuales. La proporción que respondió tener 2 ó más compañeros en el año pasado se incrementó de 1.8% de mujeres mayores de 45 años

²⁸JOHNSON M., Anne, WADSWORTH, Jane, WELLINGS, Kaye et al. Sexual Lifestyle and HIV Risk. Nature. 360(12): 410. 1992.

hasta 26,9% de varones entre 16 y 24 años. Los hombres reportaron 2 ó más compañeros sexuales en el año pasado, los solteros tuvieron 7.3 veces más múltiples compañeros sexuales que los hombres casados. Los hombres que cohabitaban mostraron un odd ratio de 2.8 para múltiples compañeros comparado con los casados.

Como se observa, la probabilidad de reportar 2 ó más compañeros en el año pasado, fue significativamente incrementado entre los solteros, así también la influencia de los múltiples compañeros era similar para hombres y mujeres²⁹.

En el grupo de 25 y 44 años, la proporsión que reportó 2 ó más compañeros fue alta. Los más jóvenes reportaron más compañeros sexuales, en el tiempo reciente.

Para las personas que reportaron una larga lista de número de compañeros sexuales, se puede indicar, que los hombres de 45-49 años, reportaron 13.6 compañeros, con una desviación standar de 4.7. Sobre este aspecto los autores, no descartan la influencia por un error de memoria debido a la

²⁹Ibid., pág. 411.

extensa experiencia sexual, además de la proclividad en el varón de alardear su vida sexual y de la mujer de ocultar esta.

La proporción de hombres con múltiples compañeros sexuales que reportaron ETS fue alta, representando más de 1 en 7 de éstos con 5 ó más compañeros heterosexuales, en los últimos 5 años³⁰. El 13.7% de los hombres manifestaron haber tenido 5 ó más compañeros sexuales, habiéndose atendido en clínicas de ETS, 15.7% de las mujeres fueron atendidas en dichas clínicas.

Los datos anteriores nos muestran una alta incidencia de personas con múltiples compañeros sexuales que enfatizan la existencia de conductas sexuales de riesgo en los habitantes de Gran Bretaña.

En otro contexto, Usieto y Valenciano³¹ señalan en un estudio, realizado en España a 1,117 individuos, que las mujeres manifestaron haber mantenido relaciones sexuales con una sola persona en el 50% de los casos, y entre 2 y 5 hombres

³⁰Ibid., pág. 412.

³¹USIETO, Ricardo, VALENCIANO, Luis. SIDA. Avances en el Tratamiento Médico y Psicosocial. Madrid: Ediciones CESA., 1994, pág. 16-17.

diferentes, el 18.6%. En cuanto a los hombres, el 20.4% manifestaron que solo han tenido una pareja en toda su vida. El 31.5% informó haber cambiado compañero sexual entre 2 y 5 veces y el 24% entre 6 y 20 parejas sexuales diferentes. Como se observa, en comparación con las mujeres, el hombre se ha mostrado más activo.

9. Historia de ETS

Estudios prospectivos señalan que las conductas sexuales y la coinfección con otras ETS, son elementos de confusión potenciales que asocian la cantidad de exposiciones a las ETS con el riesgo de adquirir el VIH. Sobre este aspecto Kin et al³², encontraron que existe una amplia tendencia hacia las prácticas sexuales de alto riesgo, que aumenta el riesgo de contraer el VIH. Por sexo el estudio reveló que los hombres tienen más probabilidades que las mujeres de haber sido diagnosticados de alguna ETS.

Un mecanismo por el cual algunas ETS, pueden facilitar la transmisión del VIH, es la disolución de las barreras

³²KIM, M.Y., MARMOR, M., DUBIN, N., et al. HIV Risk related Sexual Behaviours Among Heterosexuals in New York City: Associations with race, sex and intravenous Drug use. AIDS. 7: 411-412. 1993.

epiteliales en el tracto genital. Lo anterior sugiere el rompimiento de las barreras epiteliales. Por otra parte las interacciones patógenas entre las ETS, y el VIH pueden ser responsables de incrementar la transmisión o aceleración de estas enfermedades. Las ETS pueden aumentar la infección por VIH estimulando la exposición de los receptores de las células que facilitan la unión del VIH.

Datos en vitro consideran que el virus herpes (HSV, EBV y CMV) pueden transactivar el VIH. Es posible que los productos gene VIH, como lo es, la proteína TAT podría jugar un papel en la neoplasia asociada HPV, tanto como aparece para promover el desarrollo del sarkoma de kaposi.

De lo anterior se desprenden 2 aspectos de interés, el primero se circunscribe a la relevancia de la asociación entre la exposición a ETS, y el riesgo de adquirir el VIH y segundo el impacto que tienen las ETS en el status del VIH, es decir en la aceleración que tiene el sujeto infectado hacia un estado donde se presente el SIDA.

Se ha observado por ejemplo en análisis univariables individuos que desarrollan SIDA dentro de 30 meses de seroconversión VIH, los cuales mostraron 3.4 veces un

historial de sífilis algún tiempo antes de la infección por el VIH. Lo contrario ocurrió en los controles, los cuales no mostraron un cuadro de SIDA en el periodo indicado. Estudios en sujetos con infección gonnococal sugieren igualmente una progresión hacia el SIDA.

Un estudio de cohortes³³ sobre comportamientos sexuales entre otros aspectos y el cual fue efectuado en adolescentes de 15 a 19 años mostró sustanciales padecimientos de infecciones uretrales, *C. Trachomatis*, *N. Gonorrhoeae* en la muestra. De acuerdo a los autores del estudio, el uso del condón, para prevenir las ETS, fue menos frecuente para aquellos con más comportamientos de riesgo de ETS (RP=0.65, I.C.=0.45, a=0.96, p=0.03).

10. Infidelidad

En el citado estudio francés³⁴ se demostró que la infidelidad es un indicador para el riesgo de contagio del VIH, en personas que mantienen relaciones sexuales con 2 ó más

³³ORR, D.P., LANGEFELD, C.D.. Factors Associated with Condom use by Sexually Active Male Adolescent at Risk for Sexually Transmitted Disease. *Pediatrics*. 91(5): 873-879. 1993.

³⁴ACSF. Investigators. AIDS and Sexual Behaviour in France. *Nature*. 360: 408. 1992.

personas simultaneamente, esta variable supone el 33.3% en los hombres y el 5.6% en las mujeres, este estudio confirma que todo aumenta con la edad. Señalan los autores de este estudio que los resultados del mismo coinciden con la aparición del masivo sondeo realizado en los E.U., Dinamarca, y otros países que han explorado cuantitativamente estas y otras variables relacionadas con la vida sexual de sus habitantes.

Se puede añadir lo que Valenciano y Usieto³⁵ puntualizan, primeramente, sobre el porcentaje de personas que manifiestan haber tenido relaciones sexuales fuera de la pareja, el cual era del 38% para hombres y del 16% para mujeres. En segundo lugar, consideran que en otras investigaciones la mayoría de las personas no comunican sobre su infidelidad, resultando por lo tanto un sesgo.

³⁵VALENCIANO, Luis., USIETO, Ricardo. Op. cit., pág. 314.

CAPITULO V
METODOLOGIA

A. Tipo de Estudio

Este estudio es de "casos y testigos", retrospectivo y longitudinal, dirigido a identificar la conducta sexual de riesgo en hombres y mujeres durante el año 1994.

Para ser objeto de inclusión en la investigación, la población debía reunir las siguientes características, en conjunto:

a. Ser asegurada y que demandara servicios en las distintas policlínicas de la Caja de Seguro Social y del Complejo Hospitalario Metropolitano, Dr. Arnulfo Arias Madrid.

b. Tener 18 años o más de edad, residente en el Area Metropolitana y con vida sexual activa.

Para los casos: Pacientes con diagnóstico reciente de VIH (portadores), detectados en las distintas Policlínicas y adquirido solamente por el contacto sexual.

Para los testigos: Pacientes hospitalizados en las salas quirúrgicas del Complejo Hospitalario

Metropolitano que no padecieran el VIH u otra enfermedad relacionada con ella (previo examen).

No se consideraron como parte del estudio, los pacientes VIH+ (SIDA Grupo IV) ya que existe una alta probabilidad de la pérdida de los sujetos y debido a la circunstancia de que algunos pudieron estar muy enfermos para responder a las preguntas contenidas en el cuestionario de investigación.

Los casos se seleccionaron al momento que acudieron a demandar los servicios de consulta externa y a los portadores identificados, los cuales fueron captados a través del Laboratorio de Serología del Complejo Hospitalario Metropolitano, Dr. Arnulfo Arias Madrid.

Los testigos se seleccionaron al azar entre los pacientes hospitalizados en las salas quirúrgicas del Complejo Hospitalario Metropolitano y a los que demandaron pruebas de Serología para VIH, en los servicios de Laboratorio de la mencionada dependencia, con resultados negativos.

B. Universo de Estudio

El universo de estudio de la presente investigación estuvo constituido por los pacientes que acudían a las instalaciones del Seguro Social ubicadas en las regiones de Salud del Area Metropolitana y de San Miguelito, siendo ellas:

POLICLINICA:

CORREGIMIENTO:

- | | |
|---------------------------------|---------------|
| 1. Presidente Remón..... | Santa Ana |
| 2. Pediátrica..... | Calidonia |
| 3. Alejandro de la Guardia..... | Betania |
| 4. Carlos N. Brín..... | San Francisco |
| 5. J.J. Vallarino..... | Juan Díaz |
| 6. Generoso Guardia..... | San Miguelito |
| 7. Manuel Mario Valdés..... | San Miguelito |

El universo también estuvo constituido por el Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid ubicado en el corregimiento de Bella Vista.

En 1994, la población comprendida dentro de los límites geográficos de referencia de dichas instalaciones, era del orden de 894,837 personas, siendo el 62,19%, o sea 556,524, aseguradas activas.

C. Tamaño de la Muestra

La pregunta crucial de cuantas personas son necesarias en un estudio de casos y estudios (retrospectivo) fue resuelta aplicando las fórmulas de Schlesselman, que permiten determinar los tamaños de muestras mínimos necesarios para alcanzar una precisión determinada¹.

El tamaño de la muestra requerida (n) dependerá:

1. De α , el error de tipo I, o el nivel de significación del test de Ho: RR=1
2. De β , el error de tipo II, o la probabilidad de no revelar como significativa, un RR considerado como importante.
3. La prevalencia de la exposición.
4. Del riesgo relativo RR, considerado como importante a describir.

¹Schlesselman J.J. Sample Size Requirements in Cohort and Epidemiol., 99: 381-384, 1974.

Si denominamos a:

P1= como prevalencia de la exposición

P2= frecuencia relativa de la exposición en los casos

P3= frecuencia relativa de la exposición en los testigos,

Considerando que $f1 = P1 =$ prevalencia de la exposición, por el teorema de Bayes se puede escribir:

$$P2 = \frac{f(RR)}{[1 + f(RR-1)]} \quad \text{y si}$$

P3= (es levemente aproximado a) $f1$

El tamaño de la muestra se puede estimar a partir de f , RR , α y β mediante la siguiente ecuación:

$$n = \frac{(z\alpha\sqrt{2u(1-u)} + z\beta\sqrt{f(1-f) + P2q2})^2}{(P3 - P2)^2}$$

$$\text{Donde: } u = \frac{1}{2} f \left\{ 1 + \frac{RR}{1 + f(RR-1)} \right\}$$

$$\text{y } q2 = 1 - P2$$

En nuestro caso² P1 = f1 = .45
 RR= 2
 α = .05 que corresponde a Z α = 1.96
 β = .20 que corresponde a Z β = 1.28
 P3 = .423

Reemplazando en las fórmulas:

$$u = 1/2 (.45) \left\{ 1 + \frac{2}{1 + .45 (2-1)} \right\}$$

$$= 1/2 (.45) \left\{ 1 + \frac{2}{1 + .45} \right\}$$

$$= 1/2 (.45) (2.3793)$$

$$= .225 (2.3793) = .5353$$

$$P2 = \frac{.45 (2)}{[1 + .45(2-1)]} = \frac{.9}{1 + .45} = \frac{.9}{1.45} = .6207$$

$$\frac{(1.96\sqrt{2(.5353)(1-.5353)} + 1.28\sqrt{.45(1-.45)+.6207(1-.6207)^2})^2}{(.423 - .6207)^2}$$

²Public Health Reports. Condom Use Among Hispanic Men With Secondary Female Sexual Partners. (11-12):6, 1993.

$$= \frac{(1.96 \sqrt{.49751} + 1.28 \sqrt{.2475+.2354})^2}{(-.1977)^2}$$

$$= \frac{(1.38247 + .8895)^2}{.03908} = \frac{5.161848}{.03908} = 132.08$$

Para el grupo de casos, el tamaño de la muestra es del orden de 132 personas. La relación de casos y grupos de testigos será de 1:2.

D. Instrumento y Método para la Recolección de los Datos

La recopilación y registro de la información se realizó a través de un cuestionario. Con la finalidad de comprobar la validez, la coherencia de las preguntas y su estructuración, a fin de asegurar que las variables, a través de sus indicadores, estaban siendo efectivamente exploradas, el cuestionario fue sometido a prueba, mediante entrevista directa, a pacientes que acudían a realizar exámenes de laboratorio relacionados con el VIH, en los laboratorios de las policlínicas del Seguro Social, del Area Metropolitana de Panamá, en los meses de marzo y abril de 1994.

En total fueron entrevistados 30 pacientes y los resultados obtenidos en la prueba, permitieron efectuar los ajustes pertinentes al instrumento.

El cuestionario final utilizado para la recolección de los datos se estructuró en 3 áreas específicas, la primera está referida a los datos generales del entrevistado (edad, sexo, raza, estado civil, nivel educativo y nivel económico) además de esas variables, se incluyeron algunas preguntas tendientes a controlar la veracidad (validez) de algunas respuestas específicamente en cuanto al estado civil y la residencia, siendo ellas: ¿Si está casado, desde cuándo?, ¿Si se está viviendo con alguien, desde cuando mantiene esa relación? En cuanto al estado civil y, ¿En qué lugar nació? en cuanto a la residencia.

La segunda parte, abarcó aspectos relacionados con la conducta sexual (inicio de relaciones sexuales, número de compañeros sexuales, actividad sexual específica, infidelidad, uso de preservativo e Historia de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS). En esta área también se incluyeron preguntas de control para verificar la validez del dato, específicamente en cuanto a la práctica del uso de preservativo, siendo ellas ¿Utiliza el preservativo desde el inicio de la penetración?,

¿Aplica lubricantes oleosos al preservativo?, ¿Utiliza preservativo de latex?, ¿Verifica la fecha de caducidad del preservativo antes de usarlo?.

La tercera parte correspondió a datos relacionados con los exámenes de laboratorio, que permitió una clasificación correcta de los encuestados, sin lugar a dudas, en su respectivo grupo: casos y controles (Ver Anexo 1).

La encuesta propiamente dicha, se realizó en el período comprendido entre los meses de mayo a diciembre de 1994. Con antelación a la recolección de los datos, se solicitó autorización a la Jefa del Departamento de Epidemiología de la Caja de Seguro Social y al Director de Docencia del Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid, a fin de asegurar el acceso a los informantes.

El cuestionario fue suministrado a las personas seleccionadas previa aceptación de participar en el estudio y tenía que ser llenado en presencia del encuestador.

En este proceso no hubo mayores dificultades en la conformación de la muestra, salvo aquellas relacionadas con la captación de los casos, dado que estos se investigaban en la

medida que iban haciendo acto de presencia.

Recopilada la información cada cuestionario era evaluado (que no hubiera omisión) y las preguntas debidamente codificadas, para posteriormente incorporarlos al programa de computación EPI-INFO versión 5, a fin de llevar a efecto el proceso de sistematización, tabulación y análisis estadístico.

E. Plan de Tabulación y Análisis

Se reconoce que la comparación numérica directa de las observaciones raramente es posible. Las informaciones están influenciadas por un gran número de factores, entre los cuales se encuentran los denominados factores de confusión.

Un factor de confusión es una variable que asocia tanto la variable independiente de interés (factor causal verdadero) como la variable dependiente (enfermedad). Esta asociación no siempre es causal, incluso si el factor de confusión constituye una buena característica del riesgo de la enfermedad³.

³JENICEK, Milos, CLEROUX, Robert. **Epidemiología. Principios. Técnicas. Aplicaciones.** Salvat Editores, S.A. Barcelona. España. 1988, págs. 102-103.

Metodológicamente existen 3 formas de controlar el factor de confusión; el apareamiento, la estratificación y la estandarización.

Para llevar a cabo este análisis se seleccionó el método de la estratificación que consiste en elegir una muestra de testigos y luego clasificar los individuos de ambas muestras en relación a los factores de confusión (estratificación a posteriori).

En el presente estudio, se consideran como factores de riesgo de adquirir VIH a:

1. Las relaciones sexuales sin uso de preservativo
2. El número de compañeros sexuales (promiscuidad)
3. La actividad sexual específica.

En tanto que, como factores de confusión se postulan:

1. Edad
2. Sexo
3. Raza
4. Estado civil
5. Nivel Educativo

- 6. Nivel Económico
- 7. Infidelidad
- 8. Antecedentes de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)

1. Análisis Estadístico Simple

La información recopilada y sistematizada se presentó en tablas estadísticas (de contingencia). Con este tipo de tablas, se efectuó un análisis estadístico simple, para detectar el efecto de exposición y de no exposición, es decir, si la distribución de sujetos en las diferentes casillas de la tabla, se debe o no al azar.

Las medidas estadísticas utilizadas en el análisis fueron:

- 1. La tasa de homogeneidad (Chi cuadrado de Mantel-Haenszel)

$$X^2 = \frac{(AD-BC)^2 (N-1)}{M1 Mo N1 No}$$

Con una significación estadística de $p < .05$, que es lo

mismo χ^2 calculado $> \chi^2_{0.05}$.

2. La aproximación al riesgo relativo (razón de productos cruzados)

$$OR = \frac{A D}{B C} \quad y,$$

3. Estimación del intervalo del riesgo (límites de confianza)

$$LC = OR^{1 \pm (1.96/Xm-h)}$$

La OR es un estimador de magnitud de la asociación causal y su rango de asociación denota lo siguiente:

OR = 1, La magnitud de la asociación causal es nula, ya que no hay diferencias de riesgo de la enfermedad, entre los individuos expuestos y los no expuestos a la variable de exposición.

OR > 1, Se interpreta en sentido de que la variable de exposición es factor de riesgo de la enfermedad, ya que la incidencia de ésta, es mayor en los expuestos que en los no expuestos, y,

OR < 1, La variable de exposición es un factor de protección de la enfermedad, ya que los expuestos a ella presentan incidencias más baja que los no expuestos.

2. Análisis Estratificado

En segunda instancia se realiza un análisis estratificado, con la finalidad de neutralizar el posible efecto de confusión, de algunas variables, ya conformadas con antelación, en el estudio de una asociación causal.

Se denomina confusión a la distorsión en la estimación del efecto de un factor de exposición que se estudia, debido al efecto de otro factor extraño, al cual se le identifica como factor o variable de confusión, que se mezcla con el efecto de la variable de exposición y lo falsea: lo sobreestima, lo subestima o lo anula.

Los procedimientos para el control de confusión mediante el análisis estratificado intentan:

a. Valorar la asociación causal real entre la variable de exposición y la enfermedad en los distintos estratos de la variable de confusión (a través de la razón de productos

cruzados OR).

b. Calcular un estimador global de la asociación causal que controle el efecto distorcionante del o de los factores de confusión (OR poderado).

Los datos se presentan en tablas de $2 \times (r+1)$ y el procedimiento utilizado para el análisis estratificado, se basa en cálculo estadístico, del estimador global o ponderado de la OR propuesto por Mantel-Haenszel y su forma de operar es la siguiente:

En primer lugar se calcula la OR cruda, para la variable que tenemos interés en analizar (en nuestro caso promiscuidad, tipo de actividad sexual y no uso de preservativo), luego cada una de ellas se combina con las variables que hemos llamado confusión, edad, sexo, raza, estado civil, nivel educativo, nivel económico, infidelidad e historia de ETS, dando origen a tablas estadísticas estratificadas, por ejemplo promiscuidad-edad, luego se procede a calcular las OR para cada uno de los estratos de la combinación y mediante sumatoria se llega a la OR M-H ajustada:

$$\text{OR M-H ajustada} = \frac{\sum (a \times d) / N}{\sum (b \times c) / N}$$

Comparando las dos estimaciones (la OR cruda y la OR ajustada) se podrá observar, si hay o no efecto de confusión. Si las dos OR son iguales o con un mínimo de diferencia no hay efecto de confusión. Los límites de confianza para la OR M-H ajustada se calculan con la fórmula utilizada en el análisis simple.

Sólo para efecto de control, se calcula la significación estadística mediante la prueba de chi cuadrado de Mantel-Haenszel, cuya fórmula es la siguiente:

$$X^{m-h} = \frac{\sum_{i=1}^s A_i - \sum_{i=1}^s \frac{M_{1i} \eta_{1i}}{\eta}}{\left[\sum_{i=1}^s \frac{M_{1i} M_{0i} \eta_{1i} \eta_{0i}^{1/2}}{M_i^2 (\eta_i - 1)} \right]}$$

El X^{m-h} así calculado, sirve para verificar la hipótesis de independencia entre la exposición y el factor de riesgo.

La hipótesis de independencia se rechaza al nivel 0.05 sí, y únicamente si $X^{mh} / > 3.84$, siendo 3.84 el valor crítico de chi cuadrado a un nivel de $\alpha = 0.05$.

CAPITULO VI

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

A. Generalidades

Las variables utilizadas en el estudio sobre la conducta sexual de riesgo asociadas a la transmisión del V.I.H., se analizan por separado, en una primera instancia, a fin de brindar una idea sobre la frecuencia relativa de las mismas, tanto en los casos como en los controles.

En relación a la edad, los datos señalan un rango que varía desde los 18 años y 46 y más, siendo la edad mediana de 34.7 años para los casos y de 37.4 para los controles.

En cuanto al sexo se observa una distribución similar, en ambos grupos, manteniéndose una relación de 5 hombres por mujer, distribución que se observa en los datos acumulativos sobre la situación del SIDA en el país.

Los casos y controles, clasificados por la variable raza, muestran una distribución bastante uniforme. En general se puede resumir que, en cuanto a las variables edad, sexo y raza existe una distribución homogénea (ver cuadro #5).

La distribución de los casos y controles, según las características sociales muestran que en cuanto al estado

Cuadro No. 5
 CARACTERISTICAS SOCIO-ECONOMICAS DE LOS CASOS Y CONTROLES,
 DE LA CONDUCTA SEXUAL DE RIESGO, ASOCIADA
 A LA TRANSMISION DEL VIH, CAJA DEL SEGURO SOCIAL: AÑO 1994.

Variable	Casos		Controles		Valor P	RPC (1)	Interv. de Conf. del 95%	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje			Límite Inferior	Límite Superior
Edad					0.00194			
18 - 25	25	19%	46	17%		1.00		
26 - 45	94	71%	153	58%		1.13	0.65	1.96
46 y más	13	10%	67	25%		0.36	0.17	0.78
Sexo					0.97478			
Hombres	110	83%	222	83%		1.00		
Mujeres	22	17%	44	17%		0.99	0.55	1.83
Raza					0.31145			
Mestiza	78	59%	141	53%		1.00		
Blanca	27	20%	73	27%		0.67	0.40	1.13
Negra, Indígena	27	20%	52	20%		0.94	0.55	1.61
Estado Civil					0.00000			
Sin Pareja	62	47%	65	24%		1.00		
Con Pareja	70	53%	201	76%		2.74	2	4.36
Nivel Educativo					0.002			
Bajo	24	18%	85	32%		1.00		
Medio	57	43%	116	44%		1.74	1.01	3.02
Alto	51	39%	65	24%		2.78	1.55	4.98
Nivel Económico (B/.)					0.08544			
Menos de 100	15	11%	14	5%		1.00		
100 - 249	43	33%	90	34%		0.45	0.20	1.02
250 y más	74	56%	162	61%		0.43	0.20	0.94

(1) Razón de Productos Cruzados, aproximación al riesgo relativo, o sea, ODDS RATIO en inglés.

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes del Programa de Epidemiología de las policlínicas de la C.S.S del Área Metropolitana de Panamá.

civil, una mayor proporción de controles, 76.0% tienen una pareja estable, en comparación con los casos (53.0%), en relación al nivel educativo se observa, una similar proporción en los casos y controles con estudios medio 43.0 - 44.0%, en tanto que el nivel bajo muestra un predominio en el grupo de control (32.0%). Por nivel económico los datos señalan una alta proporsión, tanto en casos como en controles, con un nivel alto, es decir, más de B/.250.00 (ver cuadro #5).

En lo concerniente al conjunto de variables que denominamos de conducta sexual: promiscuidad, tipo de actividad sexual, uso de preservativos, infidelidad y antecedentes de enfermedades de transmisión sexual, los datos del cuadro #6 señalan que los aspectos más relevantes son los siguientes:

El 58.0% de los casos eran promiscuos, en comparación con el 41.0% de los controles.

El 41.0% de los casos practicaban la actividad sexual anal, en comparación con 11% de los controles.

Apenas el 2.0% de los casos siempre usaba preservativo en sus episodios sexuales, con comparación con un 9.0% de los

Cuadro No. 6
**CARACTERÍSTICAS SOCIO-ECONÓMICAS DE LOS CASOS Y CONTROLES,
 DE LA CONDUCTA SEXUAL DE RIESGO, ASOCIADA
 A LA TRANSMISIÓN DEL VIH, CAJA DEL SEGURO SOCIAL: AÑO 1994.**

Variable	Casos		Controles		Valor P	RPC (1)	Interv. de Conf. del 95%	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje			Límite Inferior	Límite Superior
Promiscuidad (Compañero sexual)					0.00140			
2 ó más	76	58%	108	41%		1.00		
Menos de 2	56	42%	158	59%		1.99	1.27	3.10
Tipo de Actividad Sexual					0.00000			
Anal	54	41%	30	11%		1.00		
Vaginal	78	59%	236	89%		5.45	3.16	9.44
Uso de Preservativo					0.00583			
No	130	98%	243	91%		1.00		
Si	2	2%	23	9%		6.15	1.48	54.49
Infidelidad					0.01583			
Si	79	60%	125	47%		1.00		
No	53	40%	141	53%		1.68	1.08	2.63
Enfermedades de Transmisión Sexual					0.00000			
Si	64	48%	68	26%		1.00		
No	68	52%	198	74%		2.74	1.72	4.35

(1) Razón de Productos Cruzados. aproximación al riesgo relativo, o sea, ODDS RATIO en Inglés.

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes del Programa de Epidemiología de las policlínicas de la C.S.S del Área Metropolitana de Panamá.

controles, en donde el factor de no uso de preservativo era de alto riesgo en uno u otro grupo.

La infidelidad era practicada con mayor frecuencia entre el grupo de casos en comparación con el grupo de control, 60.0% y 47.0% respectivamente.

En cuanto a los antecedentes de ETS la frecuencia fue relativamente más alta entre el grupo de los casos, es decir 48.5%, en tanto que para los controles fue de 26.0%.

1. ANALISIS ESTADISTICO SIMPLE

El análisis estadístico de las variables de exposición y la enfermedad, a fin de cuantificar la probabilidad de que los resultados sean debidos al azar y que no haya asociación causal real, realizado a través de la prueba de χ^2 , sin ponderar, de Mantel-Haenszel y de la razón de Productos Cruzados (OR), para determinar la magnitud de la asociación, fijando como límite: $P=.05$ o que es lo mismo el χ^2 calculado excede el χ^2 tabular o valor crítico para rechazar la hipótesis de nulidad (concluyendo que hay diferencias significativas), muestra los siguientes resultados: (ver cuadros #5 y 6).

EDAD, SEXO Y RAZA

Sólo en la variable edad se detectó diferencia estadísticamente significativa entre casos y controles $p=.00194$ (ver cuadro #5).

ESTADO CIVIL, NIVEL EDUCATIVO Y NIVEL ECONOMICO

En relación a las tres variables, se observan diferencias estadísticamente significativas, en cuanto al estado civil $p=00000$ y el nivel educativo $p=.002$ (ver cuadro #5).

PROMISCUIDAD, TIPO DE ACTIVIDAD SEXUAL, USO DE PRESERVATIVO, INFIDELIDAD, E HISTORIA DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL

En las cinco variables que definen la conducta sexual de riesgo se observaron diferencias estadísticamente significativas $p<0.05$ y se observan magnitudes de asociación causal, en las tres que se consideraban como de alto riesgo, promiscuidad OR de 1.99, tipo de actividad sexual OR de 5.45 y el no uso de preservativo, con una OR de 6.15 (ver cuadro #6).

2. ANALISIS ESTRATIFICADO

El análisis estratificado en este estudio, muestra los siguientes aspectos relevantes:

Promiscuidad Ho: La probabilidad que tiene la población mayor de 17 años de adquirir VIH, no está relacionada con el número de compañeros sexuales.

La población con mayor número de compañeros sexuales (promiscuos) tienen 1.99 más veces de riesgo de adquirir el VIH que el resto de la población (ver cuadro #6).

Controlando las variables o factores, edad, sexo, los datos del cuadro #7 muestran que ellos operan como variables de confusión, distorsionando la magnitud de la asociación. En tanto que la variable raza no operó como factor de confusión.

La variable nivel económico no produce mayor distorsión en cuanto a la magnitud de la OR, en tanto que el estado civil y el nivel educativo operan como variables de confusión subestimando el valor real de la asociación, preferentemente entre el grupo sin pareja (ver cuadro #8).

Cuadro No. 7
 RAZON DE PRODUCTOS CRUZADOS (OR) DE INFECCION POR VIH, EN RELACION A LA
 PROMISCUIDAD SEXUAL, ESTRATIFICADA POR EDAD, SEXO Y GRUPO RACIAL;
 CAJA DEL SEGURO SOCIAL: AÑO 1994.

Variable y Promiscuidad	Casos	Controles	Valor P	RPC (1)	Intervalos de Conf. del 95%	
					Límite Inferior	Límite Superior
Grupo de Edad			0.00202	2.03	1.30	3.18
18 - 25			0.07463			
2 ó más	19	25				
menos de 2	6	21		2.66	0.81	9.56
26 - 45			0.04297			
2 ó más	48	58				
menos de 2	46	95		1.71	0.98	2.97
46 y más			0.03428			
2 ó más	9	25				
menos de 2	4	42		3.78	0.92	18.28
Sexo			0.00144	2.06	1.35	3.15
Hombres			0.00404			
2 ó más	69	102				
menos de 2	41	120		1.98	1.21	3.26
Mujeres			0.0823			
2 ó más	7	6				
menos de 2	15	38		2.96	0.71	12.42
Raza			0.00008	1.98	1.30	3.03
Mestiza			0.00567			
2 ó más	49	61				
menos de 2	29	80		2.22	1.21	4.08
Blanca			0.11084			
2 ó más	14	25				
menos de 2	13	48		2.07	0.76	5.58
Negra, Indigenas			0.62236			
2 ó más	13	22				
menos de 2	14	30		1.27	0.45	3.56

(1) Razón de Productos Cruzados, aproximación al riesgo relativo, o sea, ODDS RATIO en inglés.

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes del Programa de Epidemiología de las policlínicas de la C.S.S del Area Metropolitana de Panamá.

Cuadro No. 8
**RAZON DE PRODUCTOS CRUZADOS (OR) DE INFECCION POR VIH, EN RELACION A LA
 PROMISCUIDAD SEXUAL, ESTRATIFICADA POR ESTADO CIVIL, NIVEL EDUCATIVO
 Y NIVEL ECONOMICO; CAJA DEL SEGURO SOCIAL: AÑO 1994.**

Variable y Promiscuidad	Casos	Controles	Valor P	RPC (1)	Intervalos de Conf. del 95%	
					Límite Inferior	Límite Superior
Estado Civil			0.03096	1.67	1.10	2.55
Sin Pareja			0.37493			
2 ó más	41	38				
menos de 2	21	27		1.39	0.63	3.04
Con Pareja			0.02508			
2 ó más	35	70				
menos de 2	35	131		1.87	1.04	3.37
Nivel Educativo			0.00650	1.86	1.22	2.84
Bajo			0.92672			
2 ó más	9	31				
menos de 2	16	54		1.05	0.36	2.91
Medio			0.00521			
2 ó más	36	47				
menos de 2	21	69		2.52	1.25	5.12
Alto			0.11886			
2 ó más	31	30				
menos de 2	20	35		1.81	0.81	4.08
Nivel Económico (B/.)			0.00171	2.01	1.30	3.10
Menos de 250			0.00320			
2 ó más	34	36				
menos de 2	24	68		2.68	1.31	5.47
250 y más			0.00000			
2 ó más	32	19				
menos de 2	42	143		5.73	2.81	11.80

(1) Razón de Productos Cruzados, aproximación al riesgo relativo, o sea, ODDS RATIO en inglés.

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes del Programa de Epidemiología de las policlínicas de la C.S.S del Área Metropolitana de Panamá.

La infidelidad y la historia de ETS actúan como variable de confusión, subestimando el valor real de la asociación a 1.70 (ver cuadro #9).

No uso de
Preservativo Ho: La probabilidad que tiene la población mayor de 17 años de adquirir el V.I.H. no está relacionada con el no uso de preservativo, durante la actividad sexual.

La población que no utiliza preservativo durante la actividad sexual presenta 6.15 veces más riesgo de adquirir el VIH que el resto de la población (ver cuadro # 6).

El sexo (genero) no tiene mayor efecto sobre la magnitud de la asociación, en tanto que la edad y la raza actúan como variables de confusión, la primera sobreestimando la magnitud de la medida $OR=6.44$, en tanto que la segunda lo subestima $OR=6.01$, (ver cuadro #10).

El nivel económico no tiene mayor influencia sobre la magnitud de la asociación, $OR=6.15$, en tanto que el nivel educativo y el estado civil distorcionan la magnitud real de la asociación (8.16 y 6.01 respectivamente), ver cuadro #11, es decir que ellos operan como factores de confusión.

Cuadro No. 9

RAZON DE PRODUCTOS CRUZADOS (OR) DE INFECCION POR VIH, EN RELACION A LA PROMISCUIDAD SEXUAL,
 ESTRATIFICADA POR INFIDELIDAD E HISTORIAL DE ENFERMEDAD DE TRANSMISION SEXUAL,
 CAJA DEL SEGURO SOCIAL: AÑO 1994.

Variable y Promiscuidad	Casos	Controles	Valor P	RPC (1)	Intervalos de Conf. del 95%	
					Límite Inferior	Límite Superior
Infidelidad			0.03940	1.70	1.12	2.60
Si			0.98408			
2 ó más	59	94				
menos de 2	20	31		0.97	0.49	1.98
No			0.00018			
2 ó más	17	14				
menos de 2	36	127		4.28	1.78	10.31
Historia de Enfermedades de Transmisión Sexual			0.01582	1.72	1.10	2.67
Si			0.44135			
2 ó más	40	38				
menos de 2	24	30		1.32	0.62	2.80
No			0.01072			
2 ó más	36	70				
menos de 2	32	128		2.06	1.13	3.74

(1) Razón de Productos Cruzados, aproximación al riesgo relativo, o sea, ODDS RATIO en Inglés.

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes del Programa de Epidemiología de las policlinicas de la C.S.S
 del Area Metropolitana de Panamá.

Cuadro No. 10
**RAZON DE PRODUCTOS CRUZADOS (OR) DE INFECCION POR VIH, EN RELACION AL TIPO DE
 ACTIVIDAD SEXUAL, SIN PRESERVATIVO, ESTRATIFICADA POR EDAD, SEXO Y
 GRUPO DE RACIAL; CAJA DEL SEGURO SOCIAL: AÑO 1994.**

Variable y Uso de Preservativo	Casos	Controles	Valor P	RPC (1)	Intervalos de Conf. del 95%	
					Límite Inferior	Límite Superior
Grupo de Edad			0.01009	6.44	1.50	27.73
18 - 25			0.46332			
Nunca	24	42				
Siempre	1	4		2.29	0.21	117.18
26 - 45			0.00993			
Nunca	93	139				
Siempre	1	14		9.37	1.31	400.24
46 y más			0.31207			
Nunca	13	62				
Siempre	0	5		indefinido	indefinido	indefinido
Sexo			0.01109	6.12	1.42	26.37
Hombres			0.00177			
Nunca	108	204				
Siempre	2	28		7.41	1.80	65.15
Mujeres			0.10264			
Nunca	22	39				
Siempre	0	5		indefinido	indefinido	indefinido
Raza			0.01173	6.01	1.48	24.34
Mestiza			0.08566			
Nunca	76	129				
Siempre	2	12		3.53	0.75	33.21
Blanca			0.07436			
Nunca	27	65				
Siempre	0	8		indefinido	indefinido	indefinido
Negra, Indigenas			0.20609			
Nunca	27	49				
Siempre	0	3		indefinido	indefinido	indefinido

(1) Razón de Productos Cruzados, aproximación al riesgo relativo, o sea, ODDS RATIO en inglés.

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes del Programa de Epidemiología de las policlínicas de la C.S.S del Área Metropolitana de Panamá.

Cuadro No. 11
 RAZON DE PRODUCTOS CRUZADOS (OR) DE INFECCION POR VIH, EN RELACION AL TIPO DE
 ACTIVIDAD SEXUAL SIN PRESERVATIVO, ESTRATIFICADA POR ESTADO CIVIL, NIVEL
 EDUCATIVO Y NIVEL ECONOMICO; CAJA DEL SEGURO SOCIAL: AÑO 1994.

Variable y Uso de Preservativo	Casos	Controles	Valor P	RPC (1)	Intervalos de Conf. del 95%	
					Límite Inferior	Límite Superior
Estado Civil			0.00454	6.01	1.78	20.34
Sin Pareja			0.00074			
Nunca	62	54				
Siempre	0	11		indefinido	indefinido	indefinido
Con Pareja			0.31176			
Nunca	68	189				
Siempre	2	12		2.16	0.47	20.30
Nivel Educativo			0.00528	8.16	1.90	35.17
Bajo			0.14800			
Nunca	24	78				
Siempre	0	7		indefinido	indefinido	indefinido
Medio			0.08143			
Nunca	57	110				
Siempre	0	6		indefinido	indefinido	indefinido
Alto			0.04512			
Nunca	49	55				
Siempre	2	10		4.45	0.88	43.30
Nivel Económico (B/.)			0.01173	6.15	1.49	25.36
Menos de 250			0.11309			
Nunca	57	96				
Siempre	1	8		4.76	0.61	214.4
250 y más			0.02528			
Nunca	73	147				
Siempre	1	15		7.45	1.10	317.81

(1) Razón de Productos Cruzados, aproximación al riesgo relativo, o sea, ODDS RATIO en inglés.

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes del Programa de Epidemiología de las policlinicas de la C.S.S del Area Metropolitana de Panamá.

De acuerdo con los datos del cuadro #12, la infidelidad y la historia de ETS, operan como variables de confusión, la infidelidad tiende a sobreestimar el valor real de la asociación, en tanto que la historia de ETS, tiende a subestimarlos, 6.71 y 4.79 respectivamente.

Actividad Sexual
Específica Ho:

La probabilidad que tiene la población mayor de 17 años de adquirir el VIH no está relacionada a la actividad sexual específica (anal).

La población que practica la actividad sexual anal presenta 5.45 veces más riesgo de adquirir el VIH que el resto de la población (ver cuadro #6).

Controlando el tipo de actividad sexual según el sexo (genero) y la raza, los datos del cuadro #13, señalan que estas variables ejercen influencia en el nivel de la magnitud de la asociación, aunque esta es moderada. Respecto a la edad, se observa una mayor distorsión (variable de confusión), con un OR de 5.59, debido a una mayor práctica de la actividad sexual anal, en el grupo de edad más joven.

El nivel educativo tiende a subestimar el nivel real de la asociación (5.06 en vez de 5.45), debido a una mayor

Cuadro No. 12

RAZON DE PRODUCTOS CRUZADOS (OR) DE INFECCION POR VIH, EN RELACION AL TIPO DE ACTIVIDAD SEXUAL SIN PRESERVATIVO, ESTRATIFICADA POR INFIDELIDAD E HISTORIAL DE ENFERMEDAD DE TRANSMISION SEXUAL, CAJA DEL SEGURO SOCIAL: AÑO 1994.

Variable y Uso de Preservativo	Casos	Controles	Valor P	RPC (1)	Intervalos de Conf. del 95%	
					Límite Inferior	Límite Superior
Infidelidad			0.00480	6.71	2.10	28.90
Si			0.00171			
Nunca	78	107				
Siempre	1	18		13.12	1.97	553.56
No			0.55298			
Nunca	52	136				
Siempre	1	5		1.91	0.22	92.14
Historia de Enfermedades de Transmisión Sexual			0.03264	4.79	1.13	20.24
Si			0.09040			
Nunca	64	85				
Siempre	0	3		indefinido	indefinido	indefinido
No			0.06491			
Nunca	66	178				
Siempre	2	20		3.71	0.84	33.48

(1) Razón de Productos Cruzados, aproximación al riesgo relativo, o sea, ODDS RATIO en inglés.

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes del Programa de Epidemiología de las policlinicas de la C.S.S del Area Metropolitana de Panamá.

Cuadro No. 13
 RAZON DE PRODUCTOS CRUZADOS (OR) DE INFECCION POR VIH, EN RELACION AL TIPO DE
 ACTIVIDAD SEXUAL, ESTRATIFICADA POR EDAD, SEXO Y GRUPO RACIAL;
 CAJA DEL SEGURO SOCIAL. AÑO 1994.

Variable y Tipo de Actividad Sexual	Casos	Controles	Valor P	RPC (1)	Intervalos de Conf. del 95%	
					Límite Inferior	Límite Superior
Grupo de Edad			0.00000	5.59	3.35	9.32
18 - 25			0.00005			
Anal	13	4				
Vaginal	12	42		11.38	2.74	54.64
26 - 45			0.00000			
Anal	36	17				
Vaginal	58	136		4.96	2.47	10.17
46 y más			0.03078			
Anal	5	9				
Vaginal	8	58		4.03	0.83	17.74
Sexo			0.00000	5.38	3.22	9.00
Hombres			0.00000			
Anal	50	24				
Vaginal	60	198		6.88	3.77	12.66
Mujeres			0.62994			
Anal	4	6				
Vaginal	18	38		1.41	0.26	6.79
Raza			0.00000	5.41	1.06	8.92
Mestiza			0.00000			
Anal	36	15				
Vaginal	42	126		7.20	3.42	15.50
Blanca			0.01582			
Anal	9	9				
Vaginal	18	64		3.56	1.06	11.69
Negra, Indigenas			0.01992			
Anal	9	6				
Vaginal	18	46		3.83	1.03	14.88

(1) Razón de Productos Cruzados, aproximación al riesgo relativo, o sea, ODDS RATIO en inglés.

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes del Programa de Epidemiología de las policlínicas de la C.S.S del Área Metropolitana de Panamá.

práctica de la actividad sexual anal en el nivel educativo alto, en tanto que el estado civil y el nivel económico, no tienen mayores efectos distorsionantes (ver cuadro #14).

La historia de ETS actúa como un factor de confusión subestimando el valor de la asociación de 5.45 a 4.87 en tanto que: la infidelidad la distorciona 5.45 a 5.18 (ver cuadro # 15).

Cuadro No. 14
**RAZON DE PRODUCTOS CRUZADOS (OR) DE INFECCION POR VIH, EN RELACION AL TIPO DE
 ACTIVIDAD SEXUAL, ESTRATIFICADA POR ESTADO CIVIL, NIVEL EDUCATIVO
 Y NIVEL ECONOMICO; CAJA DEL SEGURO SOCIAL: AÑO 1994.**

Variable y Tipo de Actividad Sexual	Casos	Controles	Valor P	RPC (1)	Intervalos de Conf. del 95%	
					Límite Inferior	Límite Superior
Estado Civil			0.00000	5.37	3.21	8.98
Sin Pareja			0.00006			
Anal	25	8				
Vaginal	37	57		5.66	2.17	15.83
Con Pareja			0.00000			
Anal	29	22				
Vaginal	41	179		5.76	2.85	11.61
Nivel Educativo			0.00000	5.06	3.06	8.46
Bajo			0.12913			
Anal	5	8				
Vaginal	19	77		2.53	0.58	9.91
Medio			0.00053			
Anal	21	16				
Vaginal	36	100		3.65	1.60	8.32
Alto			0.00000			
Anal	28	6				
Vaginal	23	59		11.97	4.07	39.17
Nivel Económico (B/.)			0.00000	5.50	3.37	8.97
Menos de 250			0.00004			
Anal	22	11				
Vaginal	36	93		5.17	2.12	12.95
250 y más			0.00000			
Anal	32	19				
Vaginal	42	143		5.73	2.81	11.80

(1) Razón de Productos Cruzados, aproximación al riesgo relativo, o sea, ODDS RATIO en inglés.

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes del Programa de Epidemiología de las policlínicas de la C.S.S del Área Metropolitana de Panamá.

Cuadro No. 15
**RAZON DE PRODUCTOS CRUZADOS (OR) DE INFECCION POR VIH, EN RELACION AL TIPO DE
 ACTIVIDAD SEXUAL, ESTRATIFICADA POR INFIDELIDAD E HISTORIAL DE ENFERMEDAD
 DE TRANSMISION SEXUAL, CAJA DEL SEGURO SOCIAL: AÑO 1994.**

Variable y Tipo de Actividad Sexual	Casos	Controles	Valor P	RPC (1)	Intervalos de Conf. del 95%	
					Límite Inferior	Límite Superior
Infidelidad			0.00000	5.18	3.09	8.66
Si			0.00000			
Anal	39	18				
Vaginal	40	107		5.80	2.84	11.99
No			0.00040			
Anal	15	12				
Vaginal	38	129		4.24	1.68	10.78
Historia de Enfermedades de Transmisión Sexual			0.00000	4.87	2.91	8.14
Si			0.00370			
Anal	26	12				
Vaginal	38	56		3.19	1.35	7.79
No			0.00000			
Anal	28	18				
Vaginal	40	180		7.00	3.34	14.74

(1) Razón de Productos Cruzados, aproximación al riesgo relativo, o sea, ODDS RATIO en inglés.

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes del Programa de Epidemiología de las policlínicas de la C.S.S del Área Metropolitana de Panamá.

DISCUSIONES Y CONCLUSIONES

1. Actualmente en nuestro medio no se dispone de datos o conocimientos científicos sobre la conducta sexual de la población y el riesgo asociado para adquirir el VIH. Esta situación es un grave problema de salud pública, pues reduce el intento de adoptar mejores estrategias de prevención fundamentalmente en aquellos grupos que están potencialmente expuestos a riesgo de infección.

2. El presente estudio determinó que los hombres y mujeres asegurados del Area Metropolitana de Panamá, presentan conductas sexuales de riesgo para la adquisición del VIH, observándose alto riesgo en parejas que tienen relaciones sexuales sin usar preservativos, actividad sexual anal y que son promiscuos.

— 3. En un estudio realizado en Inglaterra¹ entre 256 seronegativos cuyas parejas eran casos índices, sólo el 48.4% utilizaban condones constantemente, tanto en el sexo vaginal como el anal y, entre estas parejas ninguno de los sujetos seronegativos se infectó con el VIH, a pesar de haber experimentado aproximadamente 15,000 episodios de encuentros sexuales. Señala el estudio que el uso constante de condones en la relación heterosexual evita la transmisión del VIH.

¹VINCENZI, DE Isabelle et al. A Longitudinal Study of Human Immunodeficiency Virus Transmission by Heterosexual Partners. The New England Journal of Medicine. 331 (6):341. 1994.

Otros estudios sobre comportamiento sexual, por ejemplo Francia², con una muestra de 20,055 ciudadanos de 18-69 años (9928 hombres y 10,127 mujeres), a lo largo de la vida, 56,5% de varones y 43,7% de mujeres, lo habían utilizado alguna vez $p=0.001$. La prevalencia disminuye rápidamente con la edad, indicando mayor uso en los jóvenes, $p=0.001$.

En nuestro estudio, el no uso de preservativo en las relaciones sexuales es alto, el 94,0% de los varones y 92.4% de las mujeres.

El no uso de preservativo, como factor de riesgo es significativo $p=.00583$ y el riesgo de adquirir el VIH en los grupos de estudio que no utilizaban preservativos en sus relaciones sexuales es de $OR=6.15$ veces más que el resto de la población.

Es importante destacar que los grupos de mayor edad, 26-45 $OR=9.37$, el sexo masculino ($OR=7.41$) y los grupos de nivel económico alto ($OR=7.45$), ejercen gran influencia sobre este factor de riesgo.

4. Un estudio relacionado con la sexualidad humana, en 4 ciudades de los Estados Unidos de Norteamérica³, con una muestra

²ACSF Investigators. Analyses des Comportements Sexuels en France. AIDS. and Sexual Behaviour in France. Nature. 360 (12): 408.

³MASTERS, William H., JOHNSON, Virginia E., KOLODNY, Robert C. Crisis. La Conducta Heterosexual en la era del SIDA. Argentina, Editorial Planeta Argentina, S.A.I.C., 1988, pág. 80-81.

de 800 individuos (400 casos y 400 testigos) de ambos sexos, reveló una intensa práctica sexual oral, tanto en hombres como mujeres, pero no se encontró relación entre la situación respecto a los anticuerpos al VIH de los hombres y su práctica del sexo oral.

En los testigos sólo una minoría de sujetos había practicado el sexo anal, 0.4% de los hombres y 0.5% de las mujeres. Ello fue muy semejante en los casos donde 0.9% de los hombres y 1.4% de las mujeres habían practicado el coito anal. En otras palabras, el coito anal era 3 veces más frecuente en los casos. En cuanto al coito vaginal, el estudio indica una semejanza en esta práctica tanto en los hombres testigos (8.5%) como en los casos (9.7%).

En nuestro estudio, el 41.0% de los casos y el 11.0% de los controles, practicaban la actividad sexual anal. En cuanto a la población que practicaba la actividad sexual anal, se puede señalar que esta presenta 5.45 veces más riesgo de adquirir el VIH que el resto de la población.

En esta diferencia influyen mayormente, la población con pareja estable (OR=5.76), la población con nivel educativo alto (OR=11.97), el nivel económico alto (OR=5.73), la infidelidad (OR=5.80).

5. En un estudio realizado en Gran Bretaña (15.28) que es

grande la tendencia de varones jóvenes con múltiples parejas sexuales. Entre los hombres que reportaron 2 ó más compañeros sexuales, los solteros tuvieron 7.3 veces más múltiples compañeros sexuales que los hombres casados.

Los hombres que cohabitaban mostraron un OR de 2.8 para múltiples compañeros sexuales en comparación con los casados.

En otro estudio (31.62), se señala que en España, en una muestra de 1117 individuos, las mujeres manifestaron haber mantenido relaciones sexuales con una sola persona en el 50.0% de los casos y con 2 a 5 hombres diferentes, el 18.6%. En cuanto a los hombres, el 20.4% manifestaron que sólo habían tenido una pareja en toda su vida.

En nuestro estudio, en el sexo masculino, el 62.7% de los casos y el 45.9% de los testigos manifestaron haber tenido 2 ó más compañeros sexuales, en tanto que entre las mujeres las cifras son 31.8% y 13.6% respectivamente, en cuanto a la promiscuidad, los varones son más activos que las mujeres.

Este estudio determinó que la población con mayor número de compañeros sexuales (promiscuos) tienen 1.99 veces más riesgo de adquirir el VIH que el resto de la población, siendo importante destacar que la población con mayor edad 46 años y más, OR=3.78, las mujeres OR=2.96, el nivel educativo medio OR=2.52 y el nivel

económico alto, OR=5.73, son determinantes de esta diferencia.

6. Estudios prospectivos señalan que las conductas sexuales y la coinfección de otras ETS, son elementos de confusión potenciales que asocian la cantidad de exposiciones a las ETS con el riesgo de adquirir el VIH.

Sobre este aspecto, en un estudio⁴ se encontró que existe una amplia tendencia hacia las prácticas sexuales de alto riesgo, que aumenta el riesgo de contraer el VIH. Por sexo el estudio reveló que los hombres tienen más probabilidades que las mujeres de haber sido diagnosticados con alguna ETS.

El estudio señala 2 aspectos de interés, el primero se circunscribe a la relevancia de la asociación entre la exposición a ETS y el riesgo de adquirir el VIH y segundo el impacto que tienen las ETS en el status del VIH, es decir, en la aceleración que tiene el sujeto infectado hacia un estado donde se presenta el SIDA.

Se ha observado por ejemplo, en análisis univariables individuos que desarrollaron SIDA dentro de 30 meses de seroconversión VIH, los cuales mostraron un historial de sífilis

⁴KIM, M.Y., MARMOR, M., DUBIN, N., et al. HIV Risk related Sexual Behaviours Among Heterosexuals in New York City: Associations with race, sex and intravenous Drug use. AIDS. 7:411-412. 1993.

algún tiempo antes de la infección por el VIH.

En nuestro estudio, se señala que el 48% de los casos y el 26% de los controles tenían un historial previo de ETS. El análisis estadístico univariable muestra diferencias significativas $p=.0000$ y OR de 2.74.

RECOMENDACIONES

Después de haber realizado un estudio sobre la conducta sexual de riesgo e infección de VIH en hombres y mujeres del Area Metropolitana, se puede derivar las siguientes recomendaciones:

1. Es necesario que se realicen más investigaciones de este tipo a fin de que contribuya a establecer un diagnóstico preciso sobre la conducta sexual de la población asociado al riesgo de infección por VIH, ya que los resultados que se desprendan de las mismas pueden proporcionar a los profesionales de la salud esencialmente mayores conocimientos científicos sobre esta temática, coadyuvando también con la labor de prevención en el área de la salud pública ya sea concientizando a los individuos acerca del estado actual de la epidemia y al logro de un aumento en la responsabilidad conductual de aquellos que ejercen o no prácticas de riesgo.

2. Se debe reforzar las relaciones de coordinación entre el sector educativo y de salud a fin de que se logre implementar el desarrollo de un curriculum completo de SIDA en las aulas escolares de nivel primario y medio, debido a que es imprescindible la prevención temprana primordialmente en los jóvenes que con frecuencia inician sus relaciones sexuales sin tomar medidas preventivas exponiéndose a un contagio con el VIH.

3. Establecer en forma periódica y sistemática Programas de

Educación especial dirigidos a divulgar información cuyo contenido se enfoque hacia la identificación de aquellos factores de riesgo asociados al VIH (en este caso el no uso de preservativos, el tipo de actividad sexual y la promiscuidad) que requieran ser atendidos por quienes tienen una vida sexual activa.

4. Debido a que en este estudio las relaciones sexuales sin el uso de preservativos resultan ser el factor de riesgo más fuertemente asociado a la infección por VIH, se sugiere que se refiera la capacitación al personal de salud a través de la labor de consejería en VIH, a fin de que se haga continuo el esfuerzo de informar a la población sobre la importancia del uso del preservativo ya sea orientando sobre su adecuado empleo o indicando las ventajas que posee como medio anticonceptivo y como barrera para la transmisión del mortal virus.

BIBLIOGRAFIA

ACSF. Investigators. **Analysedes Comportments Sexuels en France.** AIDS and Sexual Behaviour in France. Nature. 360 (12). 1992.

ASHTON, John; HOWARD, Seymour. **La Nueva Salud Pública.** Masson, S.A. España. 1990.

ALVAREZ, Juan Luis; GAYOU, Jurgenson. **Sexoterapia Integral.** México. Manual Moderno. 1986.

ALVAREZ ALBA, Rafael. **Salud Pública y Medicina Preventiva.** México. Editorial El Manuel Moderno, S.A., 1991.

BERNAL, Juan N. **SIDA. Finalmente los Heterosexuales y Nuestra Descendencia.** Revista Chilena de Enfermedades de Transmisión Sexual. 1988.

BLANCHE S, MAYAUX MJ, ROUZIUX C. et al. **Relation of the Course of HIV Infection in Children to the Severity of the Disease in thier Mothers at Delivery.** N Engl. J Med. 330. 1994.

Boletín Internacional Sobre Prevención y Control del SIDA. Acción en SIDA. México. 21 (10). 1993.

CASTRO, K.G. **Distribution of Acquired Inmunodeficiency Syndrome and Other Sexually Transmitted Disease in Racial and Ethnic Populations.** U.S.A., A.E.P. 3(2). 1993.

CATANIA, J.A., COATES, T.J. STALL, R., et al. **Prevalence of AIDS - Retalet Risk Factors and Condom Use in the United States.** Science. 258(11). 1992.

CONTRACEPTIVE TECHNOLOGY. 15th. Revised Edition. Estados Unidos. 1990.

CHAMBERLAND, ME; CONLEY LJ, BUSH TJ, et al. **Health Care Workers with AIDS.** JAMA. 266. 1991.

CHANG SYP, BOWMAN BH; Weiss, JB et al. The Origin of HIV-1 isolate HTLV-IIIB. Nature. 1993.

CHEN, Lincoln C., SEPULVEDA; Amor, Jaime, Segal; J. Sheldon. AIDS. And Women Reproductive Health. New York. 1991.

EDELSON, Paul. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. México. Nueva Editorial Interamericana, S.A., Mc Graw-Hill. 1991.

ESSEX, Max; KAUKI, Phyllis J. Origen del SIDA. Investigación y Ciencia. Lo que la Ciencia sabe sobre el SIDA. 147(12). 1988.

European Study on Heterosexual Transmission of HIV. Comparisson of Female to Male to Female Transmission of VIH in 563 stable Couples. Br Med J. 1992.

FLEMING PL, CIESIELSK CA, BYERS RH, et al. Gender Differences in Reported AIDS-Indicative Diagnoses. J Infect Dis. 1993.

GALLO, Robert C., MONTAGNIER, Luc. Descubrimiento del SIDA. Investigación y Ciencia. Lo que la Ciencia sabe sobre el SIDA. 1988.

GARRIDO M., Jorge Luis. Enfermedades de Transmisión Sexual. Aspectos Clínicos y Epidemiológicos. C.S.S., s.f., s.p.

GOTWALD H., William Jr., HOLTZ Golden, Gale. Sexualidad. La Experiencia Humana. México Manual Moderno, S.A. 1983.

HEIN, Karen M.D., FOY DIGERONIMO, Teresa. El SIDA: Verdades en Lugar de Miedo. Una Guía para Jóvenes. New York. Editores Consumer Reports Books. 1993.

HEIMAN, Julia R., LOPICOLA, Joseph. Relaciones Humanas y Sexología. Un Problema de Crecimiento Sexual y Personal para la Mujer para Alcanzar el Orgasmo. México. Editorial Grijalbo, S.A., 1990.

HENDERSON DK., KOZIOL DE. Risk Analysis and Occupational Exposure to HIV and HBV. Current Opinion in Infections Diseases. 1993.

HITE, Shere. El Informe Hite. Estudio de la Sexualidad Femenina. Plaza y Janes Editores, S.A. 1988.

J.B., Gómez, Peñalba. II Reunión Nacional sobre el SIDA. Complejo Cultural. San Francisco. Centro de Congresos y Exposiciones. Cáceres 9-11 de marzo de 1994. Publicación Oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria de SIDA. 5(3). 1994.

JENICEK, Milos, CLEROUX, Robert. Epidemiología. Principios. Técnicas. Aplicaciones. Salvat Editores, S.A. Barcelona, España. 1988.

JOHNSON M, Anne; WADSWORTH, Jane, WELLINGS, Kaye, et al. Sexual Lifestyle and HIV Risk. Nature. 360(12). 1992.

KIM MY; MARMOR, M; DUBIN, N. et al. HIV Risk Related Sexual Behaviours Among Heterosexuals in New York City: Associations with race sex and Intravenous Drug Use. AIDS. 7. 1993.

KLINGER, Karen. Presentado en la 8th. International Conference on AIDS. Amsterdam. Harvard Public Health Review. 1992.

KRUGMAN, Saul; KATZ L, Samuel. Enfermedades Infecciosas. México. Nueva Editorial Interamericana, S.A., 1984.

LAGA M; MANOKA A; KIVUVU, et al. Non-Ulcerative Sexually Transmitted Diseases as Risk Factors for HIV-1 Transmission in Women: Results from a Cohort Study. AIDS. 7. 1993.

LA ESTRELLA DE PANAMA. Actividad Sexual y Transmisión del SIDA. 12 de Noviembre de 1987.

LEIGH C, Barbara; TEMPLE T. Mark; TROCKI F, Karen. The Sexual Behavior of us Adults: Results from a National Survey. New York. American Journal of Public Health. 83(10). 1993.

LIBMAN, Howard; WITZBURG, Robert A. HIV Infection. A Clinical Manual. 2th Edition, U.S.A. 1993.

MASTERS, William H; JOHNSON, Virginia E. El Vínculo del Placer. Relaciones Humanas y Sexología. Barcelona. Ediciones Grijalbo, S.A. 1985.

Mc Queen D.V., UITENBROEK D.G. Condom Use and Concern About AIDS. Health Education Research. 7(1). 1992.

MENDELL, Gerald L; BENNETT E. Jhon, DOLIN, Raphael. Principles and Practice of Infections Diseases. 4th Edition. Churchill Livingstone. 1994.

MEZA, Jose Modesto; AGUILERA, Abelardo; AVERY, Ada E. Aspectos Psiquiátricos y Sociales del SIDA. ACTA. Psiquiatría y Psicología de América Latina. Buenos Aires. 40(2). 1994.

Ministerio de Salud. División Técnica de Epidemiología. Departamento de Vigilancia y Control de ETS y SIDA. "Situación Epidemiológica del SIDA en Panamá". Boletín Epidemiológico. Agosto de 1989.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Protocolo de Investigación Sobre Conportamiento Sexual y Riesgo de Infección por el VIH. 1989.

Ministerio de Salud. División Técnica de Epidemiología. Departamento de Vigilancia y Control de ETS y SIDA. La Epidemia del SIDA en Panamá. Impacto en Personas afectadas y Repercusiones Económicas. Panamá. Octubre de 1993.

Ministerio de Salud. Dirección de Epidemiología. Departamento de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles. Informe Acumulativo de la Situación del SIDA. Septiembre 30. 1995.

MORRONDO, Najera R; ASIA DE LA LOMA, Danilova, E. Pilar, et al. SIDA. Un Problema de Salud Pública. Madrid. Ediciones Díaz de Santos, S.A. 1987.

MORRONDO, Najera R. **Nuevos Datos y Reflexiones sobre la Transmisión Heterosexual**. Conferencia de Clausura. I Reunión Nacional sobre el SIDA. Sevilla 19-21, marzo. 1992. Publicación Oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria de SIDA. Madrid, 3(5). 1993.

NOGUER, Moré J. **Diccionario Enciclopédico de la Educación Sexual**. Tomo I. Barcelona. Ediciones Aura. 1971.

Organización Mundial de la Salud. **Salud Mundial. SIDA: Una Amenaza Especial para la Mujer**. 1990.

Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. CANALES, Francisca de; ALVARADO, Eva Luz de; Pineda, Elia Beatriz. **Metodología de la Investigación. Manual para el Desarrollo de Personal de Salud**. 1989.

Organización Panamericana de la Salud. **Sexually Transmitted Diseases and Prostitution**. J R Soc Med. 1989.

Organización Panamericana de la Salud. **Aportes a la Etica y el Derecho al Estudio del SIDA**. (Publicación Científica) No. 530. Washington, D.C. 1991.

Organización Panamericana de la Salud. **El Control de las Enfermedades Transmisibles en el Hombre**. (Publicación Científica), 15a. Edición. 1992.

Organización Panamericana de la Salud. **SIDA. La Epidemia en los Tiempos Modernos**. Comunicación para la Salud. 1993.

Organización Panamericana de la Salud. **Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas**. Washington, D.C. 1991-1994.

ORR, DP; LANGEFELD, C.D. **Factors Associated with Condom use by Sexually Active Male Adolescent at Risk for Sexually Transmitted Disease**. Pediatric. 91(5). 1993.

PAEZ, Dario; Ubillos, S; PAICHELER, H. Facultad de Psicología Universidad del País Vasco VIII. Publicación Oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria de SIDA. 5(1). 1994.

PARENTHOOD PLANEED. **Cómo Hablar a su Hijo Acerca de la Sexualidad. Una Guía para los Padres.** México. Editorial Diana, S.A., 1990.

PICK DE Weiss, Susan, Aguilar, José Gil. **Planeando tu Vida: Programa de Educación Sexual para Adolescentes.** México. Editorial Pax. México. 1988.

PIOT P; KAPITA BM; NGUGI EN, MANN JM; COLEBUNDERS R; WABITSCH, Rudolph. **Organización Mundial de la Salud. AIDS in Africa. "A Manual for Physicians".** Geneva. 1992.

POPULATION REPORT. **Temas sobre Salud Mundial. Serie L. No. 6.** U.S.A. 1987.

Publicación Oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria de SIDA. Madrid. 6(7-8), 1995.

REUBEN, David R. **Todo lo que usted siempre quiso saber sobre el Sexo.** México. Editorial Diana. 1972.

REZZA, Giovanni. **Natural History of HIV Disease. Abstracto No. WS-CO3-1.** Presentado en la IXth. International Conference on AIDS. Berlín. 1993.

RUFF AJ; COBARLY J; HALSEY NA et al. **Prevalence of HIV-1 and P24 Antigen in Breast Milk and Correlation with Maternal Factors.** J Acq Imm Def Synd. 7. 1994.

SANFORD JP; SANDE MA; GILBERT DN; GERBERDING JL. **Guía Terapéutica de la Infección por VIH/SIDA.** U.S.A. 7(2). 1993-1994.

SARASON, Irving G; SARASON, Barbara G. **Psicología Anormal. Los Problemas de la Conducta Desadaptada.** 2a. Edición. México. Editorial Trillas. 1986.

SCHLESSELMAN JJ. **Sample Size Requirements in Cohort and Epidemiology.** 99. 1974.

SKINNER, BF. *Ciencia y Condición Humana*. Barcelona. Editorial Fontanella. 1981.

STEVENCHEVER, Morton A. *¿Cómo Orientar en Conducta Sexual?*. México. Editorial Pax México. 1987.

TELLO, Anchuela O. et al *Definiciones de Caso de SIDA*. Publicación Oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria de SIDA. Madrid 5(2). 1994.

USIETO, Ricardo, VALENCIANO, Luis. *SIDA. Avances en el Tratamiento Médico y Psicosocial*. Madrid. Ediciones CESA. 1994.

VERDEJO J; SORIANO V. Presentado en el I Congreso Norteamericano sobre Retrovirus Humanos y Enfermedades Relacionadas. Washington D.C. Publicación Oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria de SIDA. 5(4). 1994.

VINCENZI, de Isabelle; MENTENS, Thierry. *Male Circuncision a Role in HIV Prevention? AIDS*. 8. 1994.

WARREN, Howard. *Diccionario de Psicología*. México: Fondo de Cultura Económica. 1973.

WEISS RA. *How Does HIV Cause AIDS? Science*. 260. 1993.

ANEXOS

ANEXO No. 1
CUESTIONARIO PARA EL RELEVAMIENTO DE INFORMACION SOBRE CONDUCTA
SEXUAL DIRIGIDO A PACIENTES DEL PROGRAMA DE EPIDEMIOLOGIA DE LAS
POLICLINICAS DE LA C.S.S. DEL AREA METROPOLITANA.

Objetivo: Recopilar información necesaria para la identificación de la conducta sexual de riesgo, asociada a la transmisión del VIH.

Nota: Los datos que se obtengan serán de absoluta confidencialidad y empleados exclusivamente para el objetivo previamente enunciado.

INSTITUCION: _____ UNIDAD: _____
FECHA: _____.

I. DATOS GENERALES

A. EDAD

1. ¿Cual es su Edad? _____

B. SEXO

_____ Femenino _____ Masculino

C. ESTADO CIVIL

2. ¿Cual es su Estado Civil?

_____ Soltero (a)

_____ Comprometido (a)

_____ Casado (a)

_____ Divorciado (a)

_____ Vuelto a casar

_____ Viudo (a)

_____ Separado (a)

_____ Vivo con un Hombre

_____ Vivo con una mujer

_____ Otras Situaciones (Explique): _____

2.1 Si esta casado (a) ¿Desde Cuando?

_____ Años _____ Meses

2.2. Si esta viviendo con alguien ¿Cuanto hace que tiene esa relación?

_____ Años , _____ Meses

D. RAZA

3. ¿Cual es su Raza?

_____ Mestiza

_____ Blanca

_____ Negra

_____ Indígena

_____ Otra (Explique): _____

SI _____ NO _____

J. USO DE PRESERVATIVO (Condon)

11. ¿Con que frecuencia usted y su compañera (o) sexual utilizan preservativos?

- _____ Algunas veces (1-33%)
_____ La mitad de las veces (34-67%)
_____ La mayoría de las veces (68-99%)
_____ Siempre (100%)

12. ¿Por que utiliza preservativo?

- _____ Miedo al VIH / SIDA
_____ Prevenir otras Enfermedades de Transmisión Sexual
_____ Evitar embarazo
_____ Preferencia personal
_____ Otros motivos (Especifique): _____

13. ¿Utiliza el preservativo desde el inicio de la penetracion?

SI _____ NO _____

14. ¿Aplica lubricantes oleosos al preservativo?

SI _____ NO _____

15. ¿Utiliza preservativos de latex?

SI _____ NO _____

a. En caso negativo indique el otro tipo: _____

16. ¿Verifica la fecha de caducidad del preservativo antes de utilizarlo?

SI _____ NO _____

K. HISTORIA DE ETS (Enfermedades de Transmisión Sexual)

17. ¿Alguna vez le han dicho que tenía una enfermedad de transmisión sexual?

_____ SI _____ NO

a. En caso afirmativo señale el tipo de enfermedad sexual:

- _____ Herpes genital
_____ Sífilis
_____ Úlcera genital
_____ Gonorrea
_____ Clamidiosis
_____ Hepatitis B
_____ Verrugas genitales
_____ VPH (Virus Papiloma Humano)
_____ Otras (Especifique): _____

III. DATOS DE LABORATORIO

a. Tipo de serología VIH ELISA
ELISA

Positiva
 Negativa
 Desconocida

b. Prueba confirmatoria

Positiva
 Negativa
 Desconocida
 Western Blot
 IFI
 RIPA

c. Serología de hepatitis B

Positiva
 Negativa
 Desconocida

d. Serología para Sífilis

Positiva
 Negativa
 Desconocida
 VDRL
 RPR
 Otros _____

COMENTARIOS ADICIONALES: _____

C: _____ T: _____

