

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS
SOBRE LA INFECCION POR EL VIRUS
DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA Y SINDROME
DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA**

**Estudio realizado en estudiantes y médicos docentes del
Programa de Medicina Familiar, Ciencias Médicas
febrero-mayo 1994.**

TESIS

**Presentada a la Honorable Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala**

POR

MANUEL JOSE SOLIS MONTENEGRO

en el acto de investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, JULIO DE 1994.
PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

DL
05
+ (7182)

Guatemala julio 5, 1994.


Director:
Comité Investigación de Tesis
Facultad de Ciencias Médicas
Edificio M-4
Presente

Estimado Dr:

He tenido a la vista el informe final de investigación de tesis: "Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre VIH" del bachiller Manuel José Solís Montenegro, identificado con carnet No. 83-13520.

Me es grato informarle que luego de haberlo analizado, he comprobado que este informe cumple con los requerimientos de una investigación científica, motivo por el cual extiendo esta constancia como dictámen de aprobación al mismo.

De usted , atentamente.


Julia Stormont
Médico y Cirujano

Julia Stormont S.
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO No. 2647

Guatemala julio 5, 1994

Director:
Comité Investigación de Tesis
Facultad de Ciencias Médicas
Edificio M-4
Presente

Estimado Dr:

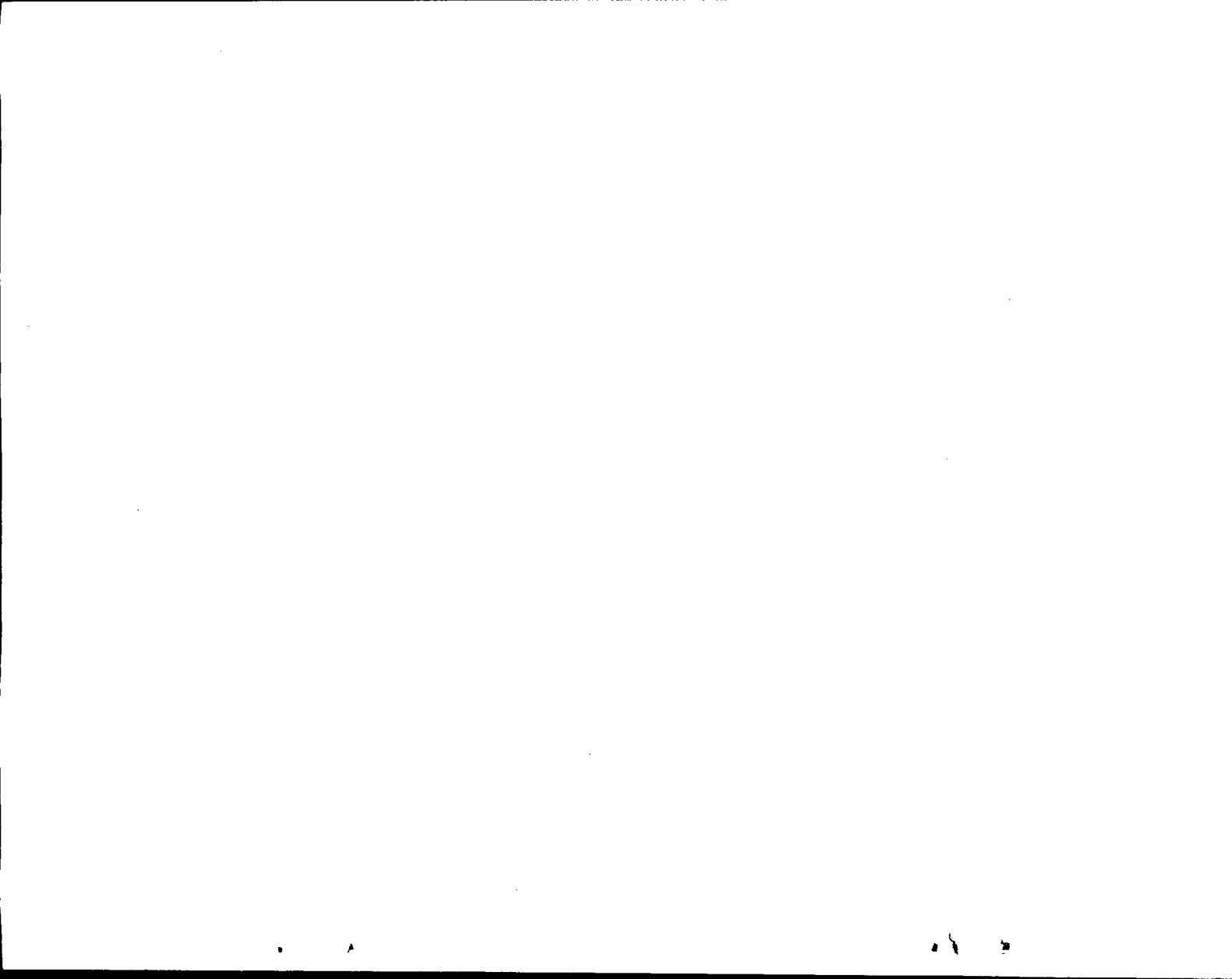
He tenido a la vista el informe final de investigación de tesis: "Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre VIH" del bachiller Manuel José Solís Montenegro, identificado con carnet No. 83-13520.

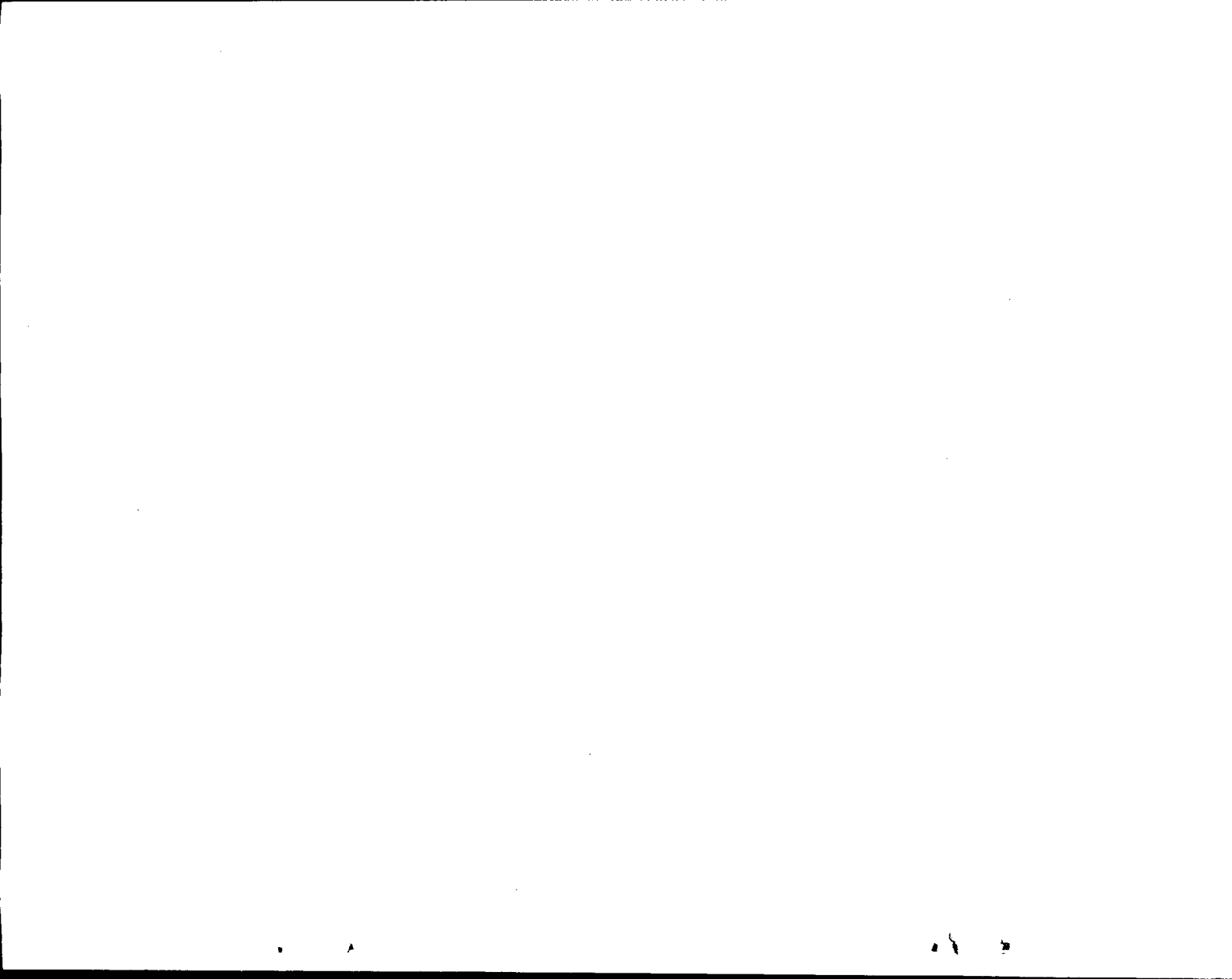
Me es grato informarle que luego de haberlo analizado, he comprobado que este informe cumple con los requerimientos de una investigación científica, motivo por el cual extiendo esta constancia como dictámen de aprobación al mismo.

De usted , atentamente.

Catalina Muñiz
Médico y Cirujano
Revisor

Catalina Muñiz
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO 1526







FORMA C

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 6 de julio de 1994

Director Unidad de Tesis
Centro de Investigaciones de las Ciencias
de la Salud - Unidad de Tesis

Se informa que el: BACHILLER EN CIENCIAS Y LETRAS MANUEL JOSE
Título o diploma de diversificado, Nombres y apellidos
SOLIS MONTENEGRO Carnet No. 83-13520
completos

Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:
"CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE LA INFECCION POR EL VIRUS DE
DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA Y SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA"

y cuyo autor, asesor(es) y revisor nos responsabilizamos de los conceptos metodología, confiabilidad y validez de los resultados, pertinencia de las conclusiones y recomendaciones, así como la calidad técnica y científica del mismo, por lo que firmamos conformes:

Manuel Jose Solis Montenegro
Firma del estudiante

[Signature]
Asesor
Firma y sello personal

Tulia Normont S.
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO No. 2647

[Signature]
Revisor Catalina Muniz R.
Firma y sello MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO 4529
Registro Personal

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

H A C E C O N S T A R Q U E :

El (La) Bachiller: MANUEL JOSE SOLIS MONTENEGRO

Carnet Universitario No. 83-13520

Ha presentado para su Examen General Público, previo a optar al

Título de Médico y Cirujano, el trabajo de Tesis titulado:

"CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE LA INFECCION POR EL

VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA Y SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA

ADQUIRIDA"

Trabajo asesorado por: DR. JULIA STORMONT

y revisado por: DRA. CATALINA MUÑIZ R.
quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite,
firma y sella la presente

O R D E N D E I M P R E S I O N :

Guatemala, de de 1994

Por Unidad de Tesis



[Signature]
DIRECTOR
CENTRO DE INVESTIGACIONES
DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

I M P R I M A S E :

Dr. Edgardo Oliva Gonzalez



TABLA DE CONTENIDOS

I. INTRODUCCION	3
II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA	5
III. JUSTIFICACION	7
IV. OBJETIVOS	9
General	9
Específicos	9
V. REVISION BIBLIOGRAFICA	10
A. DEFINICION	10
A.1. Infección no confirmada por laboratorio	10
A.2 Infección por el VIH confirmada por el laboratorio.	11
A.3. Si las pruebas de laboratorio indican que no es una infección por el VIH.12	
B. CAUSALIDAD	13
B.1. Antecedentes.	13
B.2. Estructura del Virus.	13
C. EPIDEMIOLOGIA	13
C.1. Las Americas	14
C.2. Africa	14
C.3. Europa	15
C.4. Asia/Oceania	15
D. TRANSMISION	15
D.1. Transmisión Sexual	16
D.2. Transmisión Sanguínea	16
D.3. Transmisión Perinatal	16
E. FISIOPATOLOGIA	17
F. ESPECTRO CLINICO DE LA INFECCION POR VIH	17

G. DIAGNOSTICO	19
G.1. Elisa (Prueba Inmunoabsorbente Ligada a las Enzimas)	19
G.2. Western Blot (WB, Inmunoblot)	19
G.3. Una prueba para distinguir VIH-1 de VIH-2	20
G.4. Nuevas pruebas rapidas	20
H. TRATAMIENTO	20
H.1. Modelo de manejo de la Infección por VIH.	21
H.2. Medicamentos Utilizados	21
a. AZT, Retrovir (Azidothymidine)	21
b. Naltraxone (Trexán)	22
c. Dextrán Sulfato	22
d. Acyclovir (Zorivax)	22
I. PROFILAXIS	22
I.1. Prevención de la Transmisión.	22
I.2. Medios de Esterilización y Desinfección.	23
a. Esterilización por Autoclave	23
b. Esterilización por lavado en calor seco.	23
c. Ebullición	23
d. Desinfección por remojo en químicos.	24
J. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS RELACIONADAS CON LA INFECCION POR VIH/SIDA.	24
J.1. Conocimientos y Actitudes	24
J.2. Practicas.	26
VI. METODOLOGIA	27
A. Tipo de Estudio.	27
B. Objeto de Estudio.	27
C. Criterios de Inclusión y Exclusión.	27
D. Tamaño de la muestra.	27
E. Variables Estudiadas	27
a. Conocimientos.	27
b. Actitud	28
c. Práctica.	28
d. Edad.	28

e. Sexo	28
f. Exposición Previa.	29
g. Tipo de Consulta.	29
F. Instrumentos de Medición de las Variables.	29
a. Observación Directa.	29
b. Entrevista (Test de Jung).	29
c. Encuesta.	30
d. Análisis Estructural del Discurso.	30
e. Análisis Psicológico-Antropológico	30
G. Ejecución de la Investigación.	30
H. Presentación de Resultados y Tratamiento a Utilizar.	30
I. Cronograma de Actividades	31
VII. PRESENTACION DE RESULTADOS	32
Distribución según sexo y edad	36
Distribución según sexo y tipo de encuestado	36
Distribución según tipo de consulta y tipo de encuestado	37
Distribución según tipo de consulta y sexo	37
Distribución según grupo etareo y tipo de consulta	37
Conocimientos sobre VIH/SIDA-encuesta preguntas de seleccion multiple de la 1 a la 15	38
Tendencia de la actitud hacia conceptos sobre sexualidad y SIDA.	39
VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	47
A. Observación Directa	47
B. Encuesta	48
C. Entrevista (Test de Jung)	51
IX. CONCLUSIONES	55
X. RECOMENDACIONES	56
XI. RESUMEN	57
XII. ANEXOS	58
ANEXO I	59
ANEXO II	62
ANEXO III	71
ANEXO IV	74

I. INTRODUCCION

Alrededor del mundo, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), es un problema de salud pública de grandes magnitudes y será en el futuro aún peor como consecuencia de los costos elevados que conlleva el tratamiento de los pacientes infectados, pero sobre todo por la intolerancia, la falta de conocimientos y las actitudes negativas frente al problema.

Este estudio, sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas, se realizó con la participación de estudiantes y médicos docentes del programa de Medicina Familiar de la universidad de San Carlos de Guatemala. El mismo se desarrolló durante los meses de febrero a mayo del en curso en once de las doce clínicas donde funciona el programa de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina de la universidad en cuestión. En la investigación participaron un total de siete docentes y setenta estudiantes, de ambos sexos.

El objetivo primordial del estudio fue el de identificar los conocimientos, actitudes y prácticas del grupo estudio, para determinar la influencia de estos en la práctica médica, frente al paciente infectado con VIH o con SIDA. Otro tópico importante, era explorar las actitudes de los estudiantes y médicos en relación con algunos conceptos sobre sexualidad y SIDA, para determinar cuáles de aquellos conceptos reflejaban una actitud negativa y podían constituirse en un factor predisponente al momento de estar frente a un paciente infectado.

Los individuos participantes mostraron conocimientos sobre aspectos generales de la infección por VIH/SIDA, no así, sobre aspectos específicos relacionados con estructura del virus, distribución de la epidemia según grupos de población y espectro clínico de la infección.

En relación con las actitudes mostradas por los participantes, en general, puede decirse que mostraron ambigüedad (actitudes negativas y positivas) hacia la infección por VIH.

Conceptos relacionados con la sexualidad y SIDA, como homosexualismo, sexo anal, sexo oral, fetichismo, exhibicionismo, bisexualidad, voyeurismo, desviación y necrofilia mostraron una tendencia negativa mas marcada, por lo cual se consideraron predisponentes para enfrentar el problema del SIDA. Siempre en relación a esto, más de la mitad de los estudiados, mostró tendencia negativa a los conceptos (6 o más conceptos con asociación de ideas negativas).

Para conducir la investigación se utilizó la combinación de metodologías de tipo cuantitativo y cualitativo. Los instrumentos usados para medición de las variables fueron: la Observación Directa, La Encuesta, Test de Jung (Entrevista) basado en la teoría de asociación de ideas. Para el análisis de los datos se utilizó el programa de Epi Info, el Análisis estructural del discurso y el Análisis Psicológico-Antropológico.

En general no se presentaron problemas para la conducción de la investigación, como no sea los de orden puramente logístico.

Unicamente en una de las clínicas objeto no se realizó la investigación y sólo tres médicos docentes y cuatro estudiantes no tomaron parte en el estudio. En la totalidad de clínicas donde si se efectuó la investigación, se mostró anuencia a la participación , interés y colaboración por parte de los participantes.

II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

Desde que se reconoció el primer caso de SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), en 1981 en las Américas, han transcurrido doce años.

Los reportes iniciales aparecieron como Neumonía por Neumocystis Carinni y Sarcoma de Kaposi, en hombres jóvenes, quienes además eran homosexuales y tenían comprometido el sistema inmune. (1)

La primera definición de SIDA, fue establecida en 1982 por el CDC (Centro de Control de Enfermedades) del servicio de salud pública de Estados Unidos. (6) En 1983, se descubre el virus responsable del SIDA, conocido como Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). (1,6)

En 1985 la OMS (Organización Mundial de la Salud), adopta la definición propuesta por el CDC. (1,6) A finales de 1987, la definición del el CDC fue revisada para destacar la importancia de la infección por VIH, añadir nuevas enfermedades indicativas y admitir un diagnóstico presuntivo de algunas otras enfermedades. (1,6)

A pesar de los esfuerzos para conocer más sobre el SIDA y detener la epidemia, en todo el mundo reina aún la incertidumbre respecto a las dimensiones globales del problema. (46) Los factores que en este momento favorecen la presencia del SIDA, se pueden resumir como siguen: 1) Como el VIH se trasmite, fundamentalmente por vía sexual, es imposible suprimir por completo la fuente de infección; ya que la persona portadora del virus seguirá infectada toda su vida, y por lo tanto, es un trasmisor potencial. 2) El VIH puede prolongar su período de incubación hasta por 10 o mas años, ocasionando que el individuo luzca aparentemente sano. (1,6) 3) La facilidad de locomoción de nuestros días, favorece la presencia del virus en diferentes continentes. 4) Al contrario de lo que ocurre con otras enfermedades infecciosas, nuestro sistema inmunológico se imposibilita para frenar la expansión del VIH. 5) No se ha encontrado hasta la fecha, tratamiento y/o vacuna contra el VIH. (4,21,46) 6) La ignorancia y la actitud negativa de muchas personas en relación con el SIDA.

Considerable atención ha sido dada al aspecto cuantitativo y epidemiológico del problema; lo demuestran las cifras que año con año se publican y que estiman, que alrededor del mundo existen más de 15 millones de personas infectadas con VIH. (1,46) Menos atención se ha dado, a las consecuencias sociales sufridas por los seropositivos o PCS. Personas con estas condiciones han sufrido ostracismo y discriminación, pérdida del trabajo, expulsión de sus viviendas, negación de atención médica por parte del personal de salud. (2,3) Todo esto forma parte del contexto ético social que envuelve al problema y es aquí donde reviste importancia para ésta investigación.

Estudios relacionados con los conocimientos, actitudes y prácticas del personal involucrado en la atención de pacientes positivos o con SIDA, se han efectuado en todo el mundo, mostrando rechazo o indiferencia a este tipo de pacientes. (10,12,42)

En mayo de 1989, por ejemplo, se encontró que de 748 estudiantes de 4 universidades de Boston, el 90% conocían sobre la forma de transmisión del VIH y 25% de ellos querían se les permitiese rehusar tratar este tipo de pacientes.

En otro estudio, en octubre del mismo año, las actitudes de 61 estudiantes de medicina fueron evaluadas, encontrándose que el 15% de ellos mostraban inclinación por tratar este tipo de pacientes; 64% tenían temor de infectarse por tratarlos y 22% mostraba temor de perder pacientes si estos se enteraban que trataban pacientes positivos. Estudios efectuados en personal laboratorio y médicos residentes, han proporcionado similares resultados. (10,12,19)

Por otro lado en nuestro país se esta insidiendo en un aislamiento social y emocional de las personas atrapadas por esta enfermedad, ante los prejuicios y la falta de información; estos factores contribuyen al rechazo de los pacientes que padecen la infección; rechazo por sus familiares, amigos y personas del sector salud de nuestra sociedad.

Esta investigación pretendió documentar los Conocimientos, Actitudes y las Practicas de estudiantes y médicos que laboran en el programa de Medicina Familiar, de la Facultad de Medicina, de la Universidad de San Carlos de Guatemala. En el análisis se tomaron en consideración aspectos de orden antropológico (actitudes y prácticas) y psicológicos (de la personalidad).

III. JUSTIFICACION

Más de trece millones de personas infectadas por el VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) se cree que existen alrededor del mundo. (48) Cinco mil nuevos casos aparecen cada día. (48).

Aún no se sabe con exactitud cuanta gente ha desarrollado SIDA pero se estima que para fines de siglo la cifra de infectados se elevara a 40 millones de personas . Entre 1981 cuando el SIDA fue identificado, hasta abril de 1992 cerca de 482,000 casos fueron reportados a la Organización Mundial de la Salud (OMS) por 64 países (48).

De junio de 1984 a diciembre de 1990 un total de 42 casos acumulados y 80 defunciones por patología asociada a o SIDA, fueron reportados a la Dirección General de Servicios de Salud (DGSS) a través de su departamento de Vigilancia Epidemiologica (8,22). Se estima que más de 70,000 personas adultas se encuentran padeciendo la infección por el VIH.

Sin embargo, la información en relación a los casos positivos y de SIDA detectados en Guatemala, no esta siendo proporcionada apegado a la realidad por las diferentes entidades tanto del sector privado como publico.

Sabiendo que nuestro país no esta exento de esta pandemia y que la misma tiene fuertes implicaciones etico-sociales, es importante conocer este ángulo del problema como lo han hecho otros países al estudiar los conocimientos, actitudes y conducta de médicos y estudiantes de medicina ya que en nuestro país las investigaciones se han concretado en su mayoría a medir la seroprevalencia de los grupos con practicas de alto riesgo. (10,11,12).

Actualmente no existen suficientes estudios publicados en relación a las actitudes y practicas de los médicos y estudiantes de medicina con respecto a los pacientes infectados con VIH o con SIDA. Debido a esta falta de conocimiento documentado sobre el particular se realizó esta investigación, con el fin de proporcionar una base sobre futuras investigaciones y proponer, si fuera necesario, pautas de cambio en el enfoque que los médicos y estudiantes de medicina tienen respecto al paciente infectado por VIH o con SIDA, contribuyendo así en alguna medida a detener la expansión del VIH y del SIDA.

En la comunidad guatemalteca el factor social influye grandemente en las actitudes y el comportamiento de los individuos; mientras tanto el factor cultural encierra una serie de valores y actitudes propias de nuestra idiosincrasia que favorecen una actitud negativa frente al problema del SIDA.

Esto debido a que inicialmente el problema de la infección por VIH presentó un patrón de distribución homosexual, mismo que ha cambiado al plano heterosexual, sin embargo la vinculación del SIDA con el homosexualismo aun no desaparece sobre todo en sociedades como la guatemalteca en las que el homosexualismo no es aceptado abiertamente por la formación ideológica y moral de sus habitantes. Este es un fuerte factor de rechazo al paciente infectado por el VIH o con SIDA.

Por otro lado el numero cada vez mas creciente de personal de salud (médicos, estudiantes de medicina, odontólogos, personal paramédico y laboratoristas) VIH positivos incrementa el temor y el rechazo por parte del personal no infectado hacia los pacientes; esto hace que el problema de las actitudes hacia este tipo de pacientes cobre mayor urgencia e importancia, de allí el interés por efectuar la investigación.

IV.OBJETIVOS

GENERAL

-Identificar los conocimientos, actitudes y practicas de los estudiantes que realizan practica de Medicina Familiar y Médicos de las clínicas, en relación con la infección por VIH o SIDA.

ESPECIFICOS

-Identificar la existencia de actitudes negativas o positivas respecto al paciente infectado por el VIH o con SIDA, por parte de los estudiantes practicantes y los médicos de las clínicas.

-Evaluar las actitudes de los estudiantes y los médicos en torno al paciente con infección por VIH o con SIDA, y clasificarlas según favorezcan o no una practica médica etica.

-Identificar el numero de médicos y estudiantes que han tenido contacto anterior con pacientes infectados por el VIH o con SIDA .

-Establece la diferencia de las CAPs entre la población estudiada, de acuerdo a la categoría de estudiante o médico.

-Describir las CAPs entre la población estudiada, según su distribución etarea (menores de 20 años, de 21 a 25 años, de 26 a 31 años y mayores de 31 años).

-Explorar algunos conceptos sobre sexualidad y el SIDA de la población objeto, determinando la relación con su actitud respecto al paciente infectado por el VIH con SIDA.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

A. DEFINICION

El caso de SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), se define como una enfermedad que se caracteriza por una o mas de las siguientes afecciones "indicadoras" o dependiendo si se ha comprobado mediante laboratorio, la presencia de infección por VIH como se indica a continuación. (6)

A.1. Infección no confirmada por laboratorio. Si no se ha realizado pruebas de laboratorio para detectar la infección por el VIH o los resultados no son concluyentes y el paciente no presenta otra causa de inmunodeficiencia tal como las que se incluyen en la sección 1.a, cualquiera de las enfermedades inscritas en la sección 1.b, indican SIDA, siempre que estas enfermedades hayan sido diagnosticadas por un método definitivo de laboratorio.

a. Causas de Inmunodeficiencia que descalifican a la enfermedades como indicadoras del SIDA cuando no se ha comprobado en el laboratorio que existe infección por VIH.

i. Tratamiento sistemático prolongado o en dosis elevadas con corticosteroides o con otros inmunosupresores/citostáticos dentro de los 3 meses que preceden al inicio de la enfermedad indicadora.

ii. Cualquiera de las enfermedades que se indican a continuación, diagnosticadas dentro de los 3 meses que siguen al diagnostico de la enfermedad indicadora: enfermedad de Hodgkin, linfoma distinto al de Hodgkin (que no sea linfoma primario del encéfalo, leucemia linfocítica, mieloma multiple, cualquier otro cáncer de los tejidos linforreticular o histiocítico, o linfadenopatía angioinmunoblástica.

iii. Síndrome de inmunodeficiencia genética (congénita) o síndrome de inmunodeficiencia adquirida no típico de la infección por el VIH, tal como el relacionado con hipogamaglobulinemia.

b. Enfermedades indicadoras diagnosticada en forma definitiva.

i. Candidiasis de esófago, tráquea, bronquios o pulmones.

ii. Criptococosis extrapulmonar.

iii. Criptosporidiosis con diarrea que persiste durante mas de un mes.

iv. Enfermedad por citomegalovirus de un organo que no sea el hígado, el bazo o los ganglios linfáticos en un paciente de mas de un mes de edad.

v. Infección por el virus del herpes simple productor de una ulcera mucocutanea que persiste más de un mes o bronquitis, neumonitis o esofagitis de cualquier duración en un paciente de mas de un mes de edad.

vi. Sarcoma de Kaposi en un paciente de menos de 60 años de edad.

vii. Linfoma (primario) del encéfalo en un paciente de menos de 60 años de edad.

viii. Neumonía intersticial linfoide o hiperplasia pulmonar linfoide, o ambas (complejo NIL/HPL) en un niño de menos de 13 años de edad.

ix. Enfermedad causada por el complejo *Mycobacterium avium* o por *M. kansasii* diseminada (en una localización distinta o adicional a los pulmones, piel o ganglios linfáticos cervicales o hiliares).

x. Neumonía por *Pneumocystis Carinii*.

xi. Leucoencefalopatía multifocal progresiva.

xii. Toxoplasmosis del encéfalo en un paciente de más de un mes de edad.

A.2 Infección por el VIH confirmada por el laboratorio.

Independientemente de que estén presentes otras causas de inmunodeficiencia (1.a), si la infección por el VIH ha sido comprobada por el laboratorio, cualquiera de las enfermedades enumerada en las secciones 1.b, 2.a o 2.b indica un diagnóstico de SIDA.

a. Enfermedades indicadoras diagnosticadas en forma definitiva.

i. Infecciones bacterianas múltiples o recurrentes (cualquier combinación de al menos 2 infecciones en un período de 2 años) de los tipos siguientes, en un niño de 13 años de edad: septicemia, neumonía, meningitis, infección ósea o articular, o absceso en un órgano interno o cavidad corporal (se incluyen la otitis media y los abscesos superficiales de la piel o mucosas) causadas por *Haemophilus*, *Streptococcus* (incluso neumococo) y otra bacteria piógena.

ii. Coccidioidomicosis diseminada (en una localización distinta o adicional a los pulmones o los ganglios linfáticos cervicales o hiliares).

iii. Encefalopatía por el VIH (llamada también "demencia por el VIH", "demencia del SIDA" o "encefalitis subaguda debida al VIH").

iv. Histoplasmosis diseminada (en una localización distinta o adicional a los pulmones o a los ganglios linfáticos cervicales o hiliares).

v. Isosporosis con diarrea que persiste más de un mes.

vi. Sarcoma de Kaposi en un paciente de cualquier edad.

vii. Linfoma primario del encéfalo en un paciente de cualquier edad.

viii. Linfoma de células B distinto al de Hodgkin o de fenotipo inmunitario desconocido y de los tipos histológicos siguientes:

- linfoma de células pequeñas no hendidas (tipo Burkitt o distinto al de Burkitt);

- sarcoma inmunoblástico (equivalente a cualquiera de los tipos siguientes, no necesariamente asociados: linfoma inmunoblástico, linfoma de células grandes, linfoma histiocítico difuso, linfoma indiferenciado difuso, o linfoma de grado alto).

ix. Cualquier enfermedad causada por micobacterias distintas a *M. tuberculosis*, diseminada (en una localización distinta o adicional a los pulmones, la piel o los ganglios linfáticos cervicales o hiliares).

x. Enfermedad causada por *M. tuberculosis*, extrapulmonar (que comprenda al menos una localización distinta a los pulmones, independientemente de que estos estén o no afectados).

xi. septicemia recurrente por *Salmonella* (no tifoidea).

xii. Síndrome de emaciación del VIH (consunción, "enfermedad del enflaquecimiento").b.

b. Enfermedades indicadoras cuyo diagnóstico es presuntivo.

Dada la gravedad de las enfermedades indicadoras del SIDA, generalmente es importante que se diagnostiquen en forma definitiva, en particular cuando el tratamiento aplicable puede tener efectos secundarios graves o cuando el diagnóstico definitivo es necesario para justificar el tratamiento antivírico.

No obstante, puede darse el caso de que el estado del paciente no permita realizar pruebas definitivas. En otras circunstancias, puede ser una práctica clínica admisible emitir un diagnóstico presuntivo basado en la presencia de anomalías clínicas y de laboratorio características.

i. Candidiasis del esófago.

ii. Retinitis por citomegalovirus con pérdida de visión.

iii. Sarcoma de Kaposi.

iv. Neumonía intersticial linfoide o hiperplasia pulmonar linfoide o ambas (complejo NIL/HPL) en un niño menor de 13 años de edad.

v. enfermedad micobacteriana (bacilos acidorresistentes de especie no identificada mediante cultivo),diseminada (al menos en una localización distinta o adicional a los pulmones, la piel los ganglios linfáticos cervicales o hiliares).

vi. Neumonía por *Pneumocystis Carinii*.

vi. Toxoplasmosis del encéfalo en un paciente mayor de un mes de edad.

A.3. Si las pruebas de laboratorio indican que no es una infección por el VIH.

Cuando los resultados de las pruebas de laboratorio para detectar el VIH son negativos, el diagnóstico de SIDA para fines de vigilancia se incluye a menos que:

a. todas las causas de inmunodeficiencia enumeradas en la sección 1.A se hayan excluido;

y

b. el paciente haya tenido:

i. neumonía por *Pneumocystis Carinni* diagnosticada por un método definitivo; ó

ii.- cualquiera de las otras enfermedades indicadoras de SIDA enumeradas en la sección

1. y diagnosticadas por un método definitivo; y

- un número de linfocitos T auxiliares/inductores (CD4) inferior a 400/mm cúbicos.



B. CAUSALIDAD

B.1. Antecedentes. El VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana), el agente infeccioso del SIDA, fue descubierto por Barré Sinoussi, Montagnier et. al de el instituto Pasteur, Paris en 1983 y le dieron el nombre de Virus Asociado a Linfadenopatía (LAV en inglés). En 1984 Popovic, Gallo y otros, descubrieron el desarrollo de líneas celulares que permitían el desarrollo de células humanas, las cuales estaban en línea con dos retrovirus descritos anteriormente, HTLV I y HTLVII; ellos fueron referidos como HTLV III-LAV y HTLV IV-LAV.

LAV y otros virus, desde que fueron aislados de pacientes con SIDA y CRS en América, Europa y Africa Central, son todos el mismo virus, y ahora se denominan VIH. (1,13,22)

En el año de 1986 otros retrovirus, diferentes del VIH han sido reconocidos en pacientes del oeste de Africa. Este virus, referido por los investigadores de Paris como LAV II y más recientemente como VIH-2, está también asociado con el SIDA y con el CRS, sin embargo es estructuralmente más parecido al retrovirus del simio SIV, que al VIH. (1,13,22)

La secuencia genética del VIH-1 es aproximadamente 40% idéntica al VIH-2 y 70% idéntica al SIV. El VIH-2 está relacionado al VIH-1 en términos de morfología, trofismo celular, efectos citológicos sobre las células T4 y en su organización genética. Se ha logrado comprobar que le VIH-2 puede causar infección en los humanos, como lo demuestran los análisis de LCR (Líquido Cefalorraquídeo) y sangre, de donde se aisló el virus, de pacientes con SIDA o seropositivos. (28)

B.2. Estructura del Virus. Como todos los retrovirus, el VIH contiene ARN en su código. Este material genético está almacenado en forma de condensación cónica ("core"), recubierto por una envoltura externa de proteína en forma de eicosaedro.

Sobre esta envoltura externa se coloca otra formada de lípidos y glucoproteínas, sobresalen de la superficie como si fueran botones ("KNOBS"). La más externa de ellas recibe el nombre de gp 120 (Glicoproteína 120) y las más interna el de gp41; en conjunto recibe el nombre de gp160. Dentro de la envoltura externa se encuentra una estructura denominada el "core shell", cubierta del cono, que esta hecha de una proteína denominada p24.

Es importante señalar que la gp160, es la responsable, en el virus, de la preferencia por determinada célula. (1,13,19,47)

C. EPIDEMIOLOGIA

Investigadores procedentes de todos los países, de todos los continentes subrayaron el hecho de que aún está por venir lo peor de la pandemia del SIDA.

Formularon estos pronósticos con considerable preocupación. La mayoría de las sociedades hoy mismo están experimentando dificultades en sus esfuerzos por enfrentarse con este problema. La OMS anunció que al primero de junio de 1990, se habían reportado más de 263,000 casos de SIDA en 156 países y territorios.

El Programa Global sobre SIDA, de la OMS, ha estimado que el verdadero número acumulado de casos de SIDA ocurridos hasta la fecha sobrepasa los 650,000 o entre dos y tres veces el número de casos reportados oficialmente.

C.1. Las Americas

Cuarenta y cuatro países en las Américas han reportado mas de 160,000 casos de SIDA, cifra que representa aproximadamente el 60% del total de casos reportados a nivel mundial. El número de casos en USA constituye aproximadamente el 82% del total de las Américas.

Veinticuatro países adicionales de la región han reportado más de 100 casos cada uno. Aunque la transmisión sexual del VIH entre los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres aún representa la mayoría de los casos de SIDA en Norteamérica, se percibe un aumento de la evidencia procedente de algunas áreas de América Latina y el Caribe que la transmisión heterosexual va en aumento a medida que se diagnostica un número cada vez mayor de casos de mujeres e infantes con SIDA. En varios países latinoamericanos, existe evidencia de que la incidencia de la bisexualidad masculina ha provocado aumento en la propagación del VIH.

Aunque se han reportado 22,000 casos de SIDA ocurridos en países latinoamericanos, se ha calculado que un millón de personas de estas mismas naciones están infectadas con el VIH. Pese a que la transmisión sexual constituye la ruta principal para la infección unos pocos países en la región han mejorado la seguridad del suministro de sangre.

En Guatemala, del total de casos acumulados (142) de junio del año 84 a diciembre de 1990, el 34% (49 casos) perteneció al grupo heterosexual y 33% (48 casos) correspondió al grupo homosexual, 16% (24 casos) al grupo de bisexuales, 7% (10 casos) al grupo de transfundidos IV y 10% restante distribuido en otros grupos de alto riesgo.

Un total de 80 defunciones acumuladas fue reportado para el mismo período, por patología asociada con SIDA.

C.2. Africa

Cincuenta y un países de Africa han reportado casi 65,000 casos de SIDA, lo cual representa aproximadamente 375,000 casos. Veintidós países han reportado más de 100 casos cada uno. Se cree que uno tres millones y medio de africanos están infectados con el VIH, incluidos 600,000 niños menores de cinco años.

El número mas alto de casos procede de las áreas urbanas de los países situados en el centro, oriente y sur de Africa. Las principales rutas de transmisión son la transmisión heterosexual no protegida, la transmisión vertical (madre-feto) y las transfusiones con sangre no controlada. El 50% de los casos de SIDA se encuentra en las mujeres de edad fértil.

Por primera vez se ha demostrado que SIDA ha sobrepasado todas las demás causas de defunción en los adultos de ambos sexos en una importante área metropolitana: Abidjan, Costa de Marfil. En 1988 el SIDA fue la causa del 51% de todas las defunciones entre hombres y del 31% de las mujeres del Africa Occidental.

La existencia de altas tasas de infección del VIH también ha hecho que dos millones de hombres, mujeres y niños africanos sean susceptibles a la infección por la tuberculosis. Otro devastador resultado de la infección son los niveles cada vez más altos de huérfanos cuyos padres han muerto del SIDA y cuyas familias no pueden proporcionarles la atención que requieren estos niños. Los especialistas médicos calculan que un millón de niños menores de diez años que no han sido infectados tienen una madre que si lo ha sido.

C.3. Europa

Aproximadamente un 13% del total de casos a nivel mundial proceden de 29 países de Europa para un total de 35,000 casos. Diecisiete países han reportado más de 100 casos cada uno. Aunque el número de casos reportados de los países de Europa Central y Oriental permanece bajo, se espera que los cambios políticos ocurridos recientemente en aquella subregión produzcan niveles más altos de casos acumulados.

C.4. Asia/Oceania

En Asia, 25 países han reportado un total de 647 casos. En Oceanía, siete países han reportado más de 2,000 casos, de los cuales casi todos fueron reportados por Australia y Nueva Zelanda. Aunque los casos iniciales estuvieron vinculados con personas que habían estado presentes en áreas donde el SIDA es más prevalente, la transmisión del VIH a nivel local se está volviendo más común. Informes procedentes de Manila, Djakarta, Bombay, Calcuta y Bangkok indican que el VIH se está diseminando rápidamente en Asia.

Los informes procedentes de cada una de estas regiones indican que el SIDA ha comenzado a azotar más duro a los países más pobres. La OMS estima que hace cinco años, la mitad de las infecciones de VIH en el mundo ocurrían en los países industrializados, pero ahora opina que dos tercios de las infecciones actuales del VIH han ocurrido en países en vías de desarrollo.

Los representantes de la OMS dijeron que la pandemia del SIDA probablemente no se nivele en varias décadas y que probablemente entre 15 y 20 millones de personas estarán infectadas en un espacio de diez años.

D. TRANSMISION

La transmisión del VIH, se refiere a la existencia de una puerta de salida, que permita su subsistencia y lograr así establecerse en una célula capaz de facilitar la replicación. (1,6,13)

El VIH ha sido aislado de fluidos del cuerpo, obtenidos de varios sitios, incluyendo sangre, semen, fluido vaginal, saliva, lágrimas, sudor y leche materna. Sin embargo, estudios epidemiológicos han demostrado que los únicos fluidos capaces de contener cantidad suficiente del VIH para transmitirlo son la sangre, el semen y los fluidos vaginales.

Presumiblemente, la presencia de linfocitos en estos fluidos, aumenta la concentración del virus infectivo y puede ser importante o esencial para la transmisión.(13)

El mejor sitio para establecerse la infección, luego de ingresar el virus, parece ser el sistema vascular (incluyendo pequeñas aberturas de la piel), la vagina y el recto. (13)

El VIH, es transmitido por las formas típicas en que lo hacen todos los retrovirus; "verticalmente" de madre a feto y "horizontalmente", especialmente a través del contacto sexual, donación de órganos o tejidos infectados, ó utilización de objetos punzantes (uso de drogas intravenosas).(1,13)

D.1. Transmisión Sexual. El VIH es efectivamente transmitido por el contacto sexual de hombre a mujer, de mujer a hombre y entre hombres. La diferencia entre la eficacia de la transmisión, si existe, entre sexo anal y vaginal, no se conoce con exactitud y se sigue estudiando. (13)

El riesgo de contraer el VIH, en una relación aislada, es aun desconocido. Se conoce de casos de individuos, que han tenido relaciones con individuos infectados sin haberse infectado; sin embargo, existen reportes que refieren que un encuentro único con el VIH, es suficiente en algunas situaciones para producir infección.(13)

Esta discrepancia en relación a la cantidad del virus que es capaz de producir infección, se debe, a que se desconoce la unidad infectiva del VIH. (1,13)

D.2. Transmisión Sanguínea. La mayor determinante para que la exposición a la sangre contaminada sea infectante, parece ser la cantidad del virus inoculado; por ejemplo: inoculaciones por tiempo prolongado, dadas en forma de transfusión, resultan en infección, mientras que un inóculo en la punta de una aguja, difícilmente producirá infección ; esto es debido a la baja cantidad de virus infectante (1/1000). La vía sanguínea por medio de la microcirculación, parece ser también la forma de transmisión cuando se donan órganos o tejidos. (1,13)

D.3. Transmisión Perinatal. La transmisión de madre infectada a su hijo, puede ocurrir durante el embarazo, durante el parto y/ó en el post-parto inmediato. (1,5,13)

La posibilidad que una madre infectada con el VIH pueda infectar a su bebé (35% a 50%), es reconocida desde etapas tempranas en que la epidemia se estableció. El parto vaginal parece aumentar el riesgo de transmisión, pero la operación cesárea no parece disminuirlo.(5)

Los estudios longitudinales, han demostrado que todos los recién nacidos de madres VIH positivas, tenían anticuerpos al VIH (anticuerpos maternos); si el infante no había sido infectado, los anticuerpos desaparecían a los 15 meses; no obstante estudios recientes, sugieren que los anticuerpos maternos pueden persistir por más de 15 meses. Un factor importante de considerar para la transmisión durante el embarazo, parece ser la salud materna, como lo demuestran recientes investigaciones. (5,13)

E. FISIOPATOLOGIA

El virus penetra en el cuerpo del hospedero susceptible por cualquiera de las 3 formas de transmisión ya descrita. Una vez dentro del cuerpo, ya en la circulación, se puede resumir el proceso como sigue:

1. en un principio el virus se coloca sobre la superficie de la célula hospedera; este adosamiento (adsorción), sólo se produce si el virus reacciona en forma electroquímica en la superficie de la célula hospedera, con los receptores, conocidos como "antígeno CD4", los cuáles se pueden acoplar en forma exacta a las glucoproteínas (knobs) que forman la envoltura del virus.

2. luego de la adsorción, las membranas del virus y la célula se funden en una sola. La cápsula se introduce dentro de la célula hospedera, liberando en su interior el ARN. (19,47)

3. es aquí donde el virus pone en funcionamiento un instrumento de vital importancia; la enzima "Transcriptasa Inversa", la cuál se encarga de transcribir el ARN del virus, en ADN que la célula pueda codificar; el resultado es que el virus se introduce dentro de la célula hospedera, imposibilitándose su expulsión y significando por lo tanto que la infección tendrá carácter crónico. (19,47)

4. el provirus, (ADN del virus), puede mantenerse latente por largo tiempo dentro de la célula, hasta que por razones y causa que aún se desconocen, se vuelve activo.

5. una vez reactivado el provirus, la célula hospedera fabrica partículas de ARN las cuales utilizaría para síntesis protéica, de tal forma, que en lugar de sintetizar proteínas para la célula, se sintetizan proteínas para el virus.

6. las proteínas víricas empiezan a brotar de la superficie de la célula ("budding") y se liberan como partículas víricas infectivas maduras capaces de infectar nuevas células. (47)

En el genóma del virus hay 3 genes estructurales que controlan la producción de proteína vírica: GAG, encargado de la proteína de la cápsula; POL, encargado de la proteína de la transcriptasa Inversa; y ENV, encargado de la envoltura externa glucoproteínica, cuya función parece ser la de reforzar la producción de partículas víricas. (47)

F. ESPECTRO CLINICO DE LA INFECCION POR VIH

El SIDA, es la manifestación mas seria de una persona con infección por VIH. (1,18,26). La persona infectada con el VIH puede tener una variedad de manifestaciones clínicas, que van desde la infección asintomática, hasta distintas variedades de cánceres e infecciones oportunistas. (1,18,26)

La infección con VIH, también puede predisponer a un paciente a otras complicaciones (como infecciones con ciertas bacterias encapsuladas), que no se analizan en la definición de el CDC. (26)

Distintas clasificaciones han sido propuestas para describir el espectro de manifestaciones causadas por infección con VIH. La tabla No. V- 1 resume el sistema adoptado por el CDC. (18)

**TABLA No.V-1
CLASIFICACION PROPUESTA POR EL CDC/INFECCION POR EL VIH**

Grupo I	Infección Aguda
Grupo II	Infección Asintomática
Grupo III	Linfadenopatía persistente generalizada
Grupo IV	Otras enfermedades
Subgrupo A	Síntomas Constitucionales
Subgrupo B	Síntomas Neurológicos
Subgrupo C	Enfermedades Infecciosas secundarias
Subgrupo C-1	Enfermedades Infecciosas del CDC
Subgrupo C-2	Otras Enfermedades Infecciosas sec.
Subgrupo D	Cánceres secundarios
Subgrupo E	Otros cánceres

G. DIAGNOSTICO

Ha llegado a ser de suma importancia para el clínico y el epidemiólogo tener métodos sensitivos y específicos, para establecer la presencia o ausencia del VIH.

El diagnóstico de infección por el VIH, depende de la detección de antígenos virales circulantes, aislamiento del virus, o detección de material genético en las células infectadas. (32)

La Administración de Alimentos y Drogas de los Estados Unidos (FDA), ha aprobado diez pruebas comerciales para detectar evidencia del VIH, incluyendo 8 pruebas que usan la técnica Elisa, una prueba de Aglutinación de Latex y un análisis que utiliza la técnica Western Blot. (9)

G.1. ELISA (Prueba Inmunoabsorbente Ligada a las Enzimas)

La prueba ELISA, es un conjugado compuesto de una enzima y una inmunoglobulina antihumana para producir una señal visual, de la unión de un anticuerpo al VIH con el antígeno. (11,32)

Detecta anticuerpos a un espectro de proteínas virales. Esta prueba de tamizaje se utiliza en individuos de conducta sexual de alto riesgo o con sospecha de infección por VIH; es confiable, con menos de 0.5% de combinaciones falso positivas y falso negativas.

La FDA, recomienda repetir la prueba ELISA, para aquellos especímenes o muestras positivas; si éstos reaccionan en 2 de 3 pruebas, deben ser comprobados por la técnica WESTERN BLOT o IFA. (9,11)

La prueba Elisa generalmente se hace positiva, luego de 3 a 12 semanas después de la infección (6 meses para estar seguros). Hay reporte de muchas personas que se han tomado mucho tiempo para la seroconversión. (9,11,32)

Excepciones de seroconversión: recién nacidos sin infección nacidos de madres infectadas; niños y adultos tratados con Gamaglobulina. (9,11,32)

Algunas personas tienen un prueba ELISA negativa o levemente positiva, durante el cambio de un grupo a otro de la clasificación de el CDC. (9,32) También han habido reportes, cinco para ser exactos de seroreversión (pérdida de anticuerpos), en personas saludables que habían sido infectadas con anterioridad. (9,11,32)

G.2. WESTERN BLOT (WB, Inmunoblot)

Es un método para confirmar los resultados que dan positivo en la prueba ELISA y los sospechosos de falso negativo.

Este método permite un análisis mas sensitivo de anticuerpos a 9 proteínas virales, requiere tecnología mas sofisticada.

Detecta anticuerpos a las proteínas electroforéticamente separadas. WB, detecta anticuerpos a los antígenos virales p24, gp41, gp120. (9,11,32,41)

G.3. UNA PRUEBA PARA DISTINGUIR VIH-1 DE VIH-2

Cómo el número de retrovirus relacionados con el humano se ha incrementado mucho, es necesaria una prueba simple para distinguir uno de otro.

Recientemente, Norby del Instituto Karolinska en Estocolmo, y sus colegas, han desarrollado un tipo de prueba que permite diferenciar VIH-1 de VIH-2.

G.4. NUEVAS PRUEBAS RAPIDAS

Los investigadores de PATHDIATECH, esperan identificar pruebas rápidas que sean tan sensitivas y específicas, como la prueba ELISA, pero a la vez sean rápidas y de bajo costo.

Los nuevos análisis se clasifican en 2 categorías de acuerdo al principio de reacción que utilizan.

En los análisis de Aglutinación, la aglomeración de células o partículas sensibilizadas con el VIH, indica la presencia de anticuerpos al virus en el suero.

Los análisis de Inmunoabsorción, que utilizan un conjugado de oro coloidal, producen cambio de color en presencia de anticuerpos al VIH.

Entre las pruebas rápidas encontramos: el "Quick PHT-VIH", Serodia VIH, Recombigen, LAV-VIH; todos análisis de aglutinación.

El HIVHEC y UCD DOT, que usan inmunoabsorción.

Estas pruebas dan resultados en 5 o 10 minutos, siendo por lo tanto mas rápidas que ELISA y WB. (9)

H. TRATAMIENTO

Muchas de las estrategias que se proponen para el tratamiento de pacientes con infección por VIH, son similares a las utilizadas en otras enfermedades serias; sin embargo, dada la naturaleza del SIDA, este debe abordarse en forma especial.

Es por ello que se sugiere que las personas que tienen contacto con este tipo de pacientes, por primera vez, fabriquen una atmósfera de confianza para lograr la apertura del paciente y así poder dialogar sobre todos los aspectos del cuidado mínimo.

Cuando se da un diagnóstico de infección por VIH, es importante mencionar al paciente que el ejerce el control sobre la enfermedad y por ende sobre su vida. (33)

Un aspecto esencial del tratamiento constituye, prepararlo para enfrentar las actitudes negativas de las demás personas en relación con su situación. Para que esto pueda realizarse, es necesario establecer una adecuada relación médico-paciente. El tratamiento del paciente debe hacerse en forma integral controlando la replicación del virus, utilizando antiretrovíricos inmunoreguladores; no descuidando la nutrición.

Debe informarse a los fumadores y bebedores, sobre las consecuencias adversas de este tipo de mañas. Además es importante clarificar al paciente que el tratamiento es paliativo y no curativo. (33)

H.1. Modelo de manejo de la Infección por VIH.

Se han propuesto varios modelos para el manejo de la infección por VIH. A continuación exponemos los puntos que se consideran de importancia.

Paso 1: Un monitoreo inteligente se inicia con el conocimiento del estado del sistema inmune, a través de la medición de anticuerpos al VIH, utilizando para ello cualquiera de los métodos descritos para el diagnóstico. (37)

Paso 2: Luego de una prueba para VIH positiva, el sistema inmune debe continuar monitoreándose; este monitoreo debe efectuarse mínimo trimestralmente a través de : Conteo de T4, prueba del antígeno p24, beta 2 microglobulina, eritrosedimentación, hematología completa y pruebas hepáticas. (37)

Estas pruebas en forma aislada, no son de mucho beneficio.

Paso 3: El manejo de la infección por VIH puede requerir 3 tipos de tratamiento: antivirales, que disminuyan la reproducción del virus; inmunoreguladores, que favorecen el fortalecimiento del Sistema Inmune y medidas preventivas para las infecciones oportunistas. (10). Sin embargo, el único tratamiento encontrado hasta la fecha, es la prevención y la educación. (37)

H.2. Medicamentos Utilizados

a. AZT, *Retrovir (Azidothymidine)*

AZT, es probablemente la mejor de todas las drogas conocidas.

AZT es usado para el tratamiento de pacientes incluidos en todas las categorías de clasificación desde la I a la IV, y se está usando cada vez con más frecuencia para los seropositivos sin síntomas. (35,37)

Mecanismo de acción: Se ha dicho que el AZT, actúa inhibiendo la transcriptasa inversa. (38)

Su estructura es análoga a una de las bases del ADN, la Timidina. El conjunto base, azúcar, fosfato se denomina nucleótido; mientras que una sustancia semejante recibe el nombre de análogo. El nucleótido análogo se parece tanto a la base auténtica, que al traducir el ADN en ARN del virus, el VIH lo trata como a una base auténtica del ADN. Esa falsa base, impide el funcionamiento de la transcriptasa inversa, impidiendo así la multiplicación del virus, pero no mata a los que ya invadieron las células. (33,35,41)

Efectos Adversos: anemia, supresión de la médula ósea, supresión de la serie blanca, toxicidad, deficiencia de vitamina B12, náusea, cefalea, hipertensión y malestar general, son asociados con la medicación.

b. Naltraxone (Trexán)

Un estudio publicado por el Dr. Vernerd Bihari, mostró que Naltraxone reduce la incidencia de infecciones oportunistas (IO) y prolonga la vida de pacientes con diagnóstico de SIDA. Otros estudios médicos previos, muestran que la droga en cuestión, reduce la progresión de la infección.

c. Dextrán Sulfato

Estudios publicados en Lancet, mostraron que una dosis de 900 miligramos, tomados 2 o 3 veces al día, inhibía la duplicación in vitro del VIH. La Dra. Barbara Starett, ha reportado que el medicamento parece incrementar el número de células T ayudadoras. (16,39)

d. Acyclovir (Zorivax)

Este medicamento se ha utilizado para el tratamiento del herpes simple y en la actualidad para el tratamiento combinado con AZT de pacientes con infección por VIH. La dosis máxima que regularmente se administra es de 4000 miligramos por día. (16,40)

I. PROFILAXIS

I.1. Prevención de la Transmisión.

La prevención de la transmisión del VIH debe encaminarse a evitar que los fluidos que se conocen como infectantes, puedan entrar en contacto con la circulación. Conociendo la forma de transmisión, podemos en alguna forma prevenir la infección. (19)

Para el contacto sexual, ya sea sexo anal o vaginal, es conveniente utilizar un preservativo de látex y un lubricante a base de agua. Aunque este sistema no brinda un 100% de protección, es el único método conocido a la fecha para prevenir la transmisión del VIH.

Para la transmisión a través de sangre y hemoderivados, es necesario asegurarse que estos sean previamente testeados para detectar aquellos que puedan estar contaminados. En muchos países afortunadamente esto ya está legislado y en otros aunque aún no lo está, se establecen como parte del procedimiento al momento de utilizarlos. Productos del plasma en cuyo proceso de elaboración se utilizan medios físicos o químicos, pueden considerarse como seguros. (19)

Para los drogadictos intravenosos la prevención debe encaminarse a que no utilicen jeringas contaminadas y que no compartan las mismas, así como instruirlos sobre los métodos de

desinfección contra el VIH. (5,19)

Para la transmisión perinatal, los estudiosos sugieren que si la madre está infectada, debe evitar quedar embarazada, por el riesgo de infectar al feto y porque predispone a un mayor riesgo a la mujer infectada para desarrollar SIDA. Si la mujer desconoce su estado serológico, debe conocerlo antes de quedar embarazada. (19)

En Guatemala existen algunas instituciones privadas y públicas como AGPCS (Asociación Guatemalteca para la Prevención y Control del SIDA) que llevan a cabo programas de vigilancia, prevención y control del SIDA.

1.2. Medios de Esterilización y Desinfección.

Aunque lo ideal es que se utilicen instrumentos y equipo descartable para reducir al mínimo el riesgo de infección, es comprensible que muchos de los países no cuentan con los recursos disponibles para poder hacerlo. Por ello se describen algunos métodos útiles para el tratamiento de estos. Para cualquier de los métodos que se proponen, se sugiere que el equipo sea previamente sumergido durante 30 minutos, como mínimo, en un detergente en polvo fuerte con abundante agua fría o caliente. (19)

a. Esterilización por Autoclave.

Debe ser operado a una temperatura de 121 grados centígrados y a una presión de 1 atmósfera, por encima de la presión atmosférica, por un mínimo de 20 minutos. (19)

b. Esterilización por lavado en calor seco.

Se utiliza por medio de un horno eléctrico para aquellos instrumentos que soporten temperaturas de 170 grados centígrados. El tiempo para lograr eliminar el VIH es de 2 horas. (19)

c. Ebullición

Con ebullición por 20 minutos se obtiene inactivación del VIH. (19)

d. Desinfección por remojo en químicos.

Los desinfectantes químicos que han mostrado inactivan el VIH, son los que se listan a continuación:

- * hipoclorito de sodio al 0.1-0.5%.
- * cloramina.
- * etanol.
- * glutaraldehído.
- * formaldehído.
- * peróxido de hidrógeno al 6%.

J. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS RELACIONADAS CON LA INFECCION POR VIH/SIDA.

J.1. Conocimientos y Actitudes

Durante la VI Conferencia Internacional sobre el SIDA realizada en junio de 1990, en la capital de San Fransisco, se presentó un gran número de estudios relacionados con los Conocimientos, Actitudes y Prácticas del personal de salud y la infección por VIH/SIDA.

Estudios presentados en la VI Conferencia indican que las discrepancias en cuanto a conocimientos en el sector salud, médicos y estudiantes, pueden ser corregidas a través de programas de educación especial en SIDA.

Sin embargo, mas importante es la indiferencia y la discriminación hacia las personas con la infección por VIH, se dijo, como consecuencia de la actitudes negativas en relación a la infección y a la homofobia; estas actitudes que difieren dentro de los distintos grupos de estudio, producen un gran impacto en cuanto a al calidad de servicios que se proporcionan al paciente infectado por el VIH.

Dado este panorama de la situación, es importante ayudar a los profesionales de la salud en lo relacionado con los prejuicios y la intolerancia hacia este tipo de pacientes.

Varias alternativas se propusieron en la Conferencia para mejorar estos aspectos, tomando como base los estudios realizados en torno al problema del SIDA. Por ejemplo: se dijo que la educación y el compromiso parece mejorar los conocimientos y actitudes negativas que la población de salud tiene alrededor de la infección por VIH.

El compromiso se logra a través cuidado de pacientes con alguna de las condiciones de la infección, verbigracia: personas seropositivas, con CRS ó PCS y el reforzamiento de las actitudes positivas, según se pudo establecer por estudios efectuados entre 1989 y 1990.

En el resumen sobre los principales resultados y aspectos sobresalientes de la VI Conferencia Internacional sobre SIDA, se apunta que las actitudes de los médicos podrían constituir un problema durante el próximo decenio para los pacientes infectados con el VIH en sus esfuerzos para obtener atención médica apropiada.

Algunos de estos problemas ya se han presentado, como lo demuestra un estudio realizado en 1990, en Estados Unidos, en donde se encontró que la discriminación en relación con la infección por VIH/SIDA, ha limitado el acceso a los servicios de salud a los que padecen la enfermedad.

El miedo al contagio y la falta de interés respecto al problema, ha sido otra causa de la discriminación hacia los pacientes infectados con VIH; en 1990, por ejemplo, de 1045 médicos encuestados procedentes de 41 programas de salud de EUA, se encontró que 2/3 partes los médicos jóvenes que se incorporaban al ejercicio de la medicina, no estaban interesados en tratar a este tipo de pacientes. De los que estaban interesados, la mitad, no quería comunicarlo por el temor a perder pacientes que ya no llegan a las consultas donde asisten enfermos con SIDA.

La principal razón de renuencia al trato de estos pacientes dada por lo encuestados fue el miedo al contagio y la homofobia. Este estudio demostró que las mujeres, más que los varones tenían mejor disposición a tratar pacientes con la infección.

En América Latina las prácticas discriminatorias se han dejado sentir, como lo prueba la existencia de la Casa de Apoyo, creada por CAPA en Brasil, donde se atienden a personas discriminadas por la sociedad como consecuencia del SIDA o de su condición homosexual. En Brasil, en 1988, se hizo una revisión de las normas de código de ética médica como consecuencia de la discriminación del paciente con SIDA. En lo referente a la relación médico paciente, se enfatiza que el médico no puede abandonar o negar atención al paciente infectado por VIH. En Santiago de Chile similares situaciones se han presentado como consecuencia de las actitudes negativas de la población y el apoyo de las actitudes condenatorias por parte de un sector de la población.

En Guatemala, como en el resto del mundo, el SIDA, es una problemática compleja que involucra actitudes tanto psicológicas, religiosas y éticas de los trabajadores de salud.

Es comprensible el temor que genera el SIDA tomando en cuenta que hasta el momento no existe vacuna ni tratamiento alguno con fines curativos, y que la infección puede llevarse en el medio intrahospitalario a través del contacto con sangre y secreciones infectadas. Sin embargo, el paciente con SIDA, no se le puede negar atención médica, a la luz de las normas, reglamentos y derechos humanos reconocidos tanto nacional como internacionalmente, que especifican claramente que debe prestársele atención médica, respetando su dignidad e integridad física, moral y psicológica, así como mantener el respeto y consideración a la familia del paciente.

Es posible que muchos profesionales de la medicina, al enfrentarse con el manejo de un paciente con SIDA, se vean impresionados por las características que rodean a la infección por VIH y se olvidan de la angustia que produce la enfermedad potencialmente mortal y del soporte y comprensión que se le debe ofrecer al paciente, para aliviar aunque sea en mínima parte su angustia y temor. Debe también notarse que tanto a nivel nacional como mundial se han publicado y establecido normas y técnicas protectoras ("Precauciones Universales") para evitar el que el personal de salud se infecte.

Finalmente, considerando que el estudiante de medicina y el médico graduado deben reflexionar sobre los principios y normas éticas que rodean la práctica de la medicina, para evitar cometer errores éticos, que tradicionalmente son poco reconocidos pero no por ello son de menor gravedad.

J.2. Practicas

El comportamiento de las personas en riesgo de contraer la infección luego de recibir la información sobre el SIDA, puede no modificarse; ejemplo de ello lo constituye estudios realizados en San Francisco durante 1989 y 1990, que revelan que los hombres seropositivos consideran que las relaciones sexuales no protegidas con las mujeres, no constituyen una amenaza importante en su propia salud.

Por otro lado hay otros que están tomando medidas para evitar la infección, como los drogadictos IV, que utilizan solución de cloro para desinfectar sus jeringas.

Muchos profesionales de la medicina día a día utilizan mas frecuentemente las Precauciones Universales en todos sus procedimientos, contribuyendo de esta forma a disminuir el riesgo en el sitio de trabajo.

VI. METODOLOGIA

A. Tipo de Estudio.

El estudio realizado es de tipo médico antropológico, prolectivo y describe los conocimientos, actitudes y prácticas encontrados en los sujetos de estudio en relación a la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida.

B. Objeto de Estudio.

El objeto de estudio de esta investigación estuvo constituido por 70 estudiantes del cuarto año de la carrera de medicina, rotando por el programa de Medicina Familiar y 7 médicos docentes de las clínicas correspondientes.

C. Criterios de Inclusión y Exclusión.

a. Inclusión.

Se incluyó a todos los estudiantes y médicos docentes que rotaban por la practica de medicina familiar durante los meses de febrero a mayo de 1994 y que aceptaron voluntariamente participar en el estudio.

b. Exclusión.

Se excluyó a los estudiantes y médicos docentes que rehusaban participar en el estudio.

D. Tamaño de la muestra.

Se tomó en cuenta a la totalidad de los estudiantes que realizaban practica de medicina familiar y a los docentes encargados de la clínicas donde funcionaba el programa al momento de realizar la investigación.

Procedimiento:

- Se incluyó a los 70 estudiantes y 7 médicos.
- Se buscó en la Tabla de Nivel de Confianza del 90% para determinar la muestra.
- Se estratificó el universo por edades (4 grupos etáreos).

E. Variables Estudiadas

a. *Conocimientos.*

Definición Conceptual. Elementos conceptuales que se generan en la colectividad en conformidad con algún hecho o cosa.

Definición Operacional. Todos aquellos conocimientos relacionados con el VIH/SIDA, que se apegan al conocimiento científico.

Tipo de Variable. Independiente

b. Actitud

Definición Conceptual. El significante se constituye concatenándose con los significados con los propios fantasmas del sujeto (expresados en la práctica).

Definición Operacional. Reacciones afectivas (positivas, negativas o ambiguas), en relación con la infección por VIH/SIDA, seropositivos o PCS.

Tipo de Variable. Independiente.

c. Práctica.

Definición Conceptual. Momento del proceso fenoménico que se concretiza en acción.

Definición Operacional. Actividades categorizadas en positivas, negativas o ambiguas, según favorecen o no el enfrentamiento al problema del SIDA.

Tipo de Variable. Independiente.

d. Edad.

Definición conceptual. Tiempo de vida expresado en años, meses y días.

Definición Operacional. Años de vida expresados por los participantes al momento de realizada la investigación y ubicada según los 4 grupos étnicos.

Tipo de Variable. Independiente.

e. Sexo.

Definición Conceptual. Características biológicas y psíquicas que diferencian a un ser humano en hombre y mujer.

Definición Operacional. Tal como lo expresó el sujeto estudio en forma escrita: masculino o femenino.

Tipo de Variable. Independiente.

f. Exposición Previa.

Definición Conceptual. Haberse sometido a un fenómeno o acontecimiento con anterioridad.

Definición Operacional. Aquellos sujetos que habían tenido contacto, expresado en alguna forma, con el problema y/o la infección por VIH/SIDA.

Tipo de Variable. Independiente.

g. Tipo de Consulta.

Definición Conceptual. Tipo de consulta que brinda el profesional de la salud médica.

Definición Operacional. Si realizaba consulta privada, institucional o ambas.

Tipo de Variable. Independiente.

F. Instrumentos de Medición de las Variables.

Para la ejecución de esta investigación se utilizó una combinación de metodologías cuantitativas y cualitativas. A continuación se describen los instrumentos y las técnicas usadas.

a. Observación Directa.

Constituida por 12 ítems que consideraban aspectos relacionados con actitudes hacia el VIH/SIDA. Este instrumento se utilizó al momento de realizar la Entrevista Individual. Interesaba para la observación directa si se encontraba presente o ausente el ítem a considerar. (Ver Anexo I)

b. Entrevista (Test de Jung).

La entrevista fue basada en la teoría de asociación de ideas de Jung. A través de ella se exploró aspectos relacionados con la sexualidad y la infección por VIH/SIDA.

El test comprendía un total de 23 ítems. (Ver Anexo III)

A cada palabra incluida se le asignó un valor dependiendo si la asociación de idea expresadas eran negativas (0), positivas (1), ambigua (2) o no existía asociación de ideas (9).

Para fines de análisis se tomó los valores ambiguos y de ausencia de asociación de ideas como negativos.

Aquellos individuos que presentaron 6 o más asociaciones de ideas negativas, se les consideró con actitud negativa predisponente al problema del VIH/SIDA.

c. Encuesta.

Compuesta de 2 partes; 1)relacionada con conocimientos y 2)relacionada con actitudes y practicas.

Las preguntas incluidas en cada una de las secciones eran precodificadas; para la primeras, las de conocimiento habia una sola alternativa de selección y para las segundas (actitudes y prácticas) se consideraron dos grandes grupos de respuesta (positivas- negativas).(Ver Anexo II y Sección de Análisis)

d. Analisis Estructural del Discurso.

Se aplicó para los 3 instrumentos utilizados, analizando lo que subyacía a lo dicho o escrito.

e. Análisis Psicológico-Antropológico.

Con la asesoría de los profesionales indicados en el literal A.2, se analizó la información de la observación directa, la entrevista y la encuesta, determinando la relación de las actitudes mostradas con la infección por VIH/SIDA.

G. Ejecución de la Investigación.

Una vez aprobado el protocolo de investigación, se procedió a solicitar autorización de la Coordinación del Programa de Medicina Familiar para la ejecución de la investigación.

Luego de obtenida la autorización, se obtuvo el listado de las clínicas familiares del Programa de Medicina Familiar que se encontraban funcionando, la cuál incluía ubicación, docente a cargo y número de estudiantes en cada una.(Ver Anexo IV)

El procedimiento que se siguió fue visitar cada una de las clínicas sin aviso previo por considerar que el factor sorpresa era importante para obtener información fidedigna de los participantes en el estudio. Todas las clínicas a excepción de una cumplieron con este procedimiento.

Luego de contactar al médico docente encargado de la clínica se procedió a explicarle en forma general el objetivo del estudio, no entrando en detalles pues el también formaría parte del estudio; inmediatamente se le sometía a la investigación. Luego se procedía con los estudiantes, aplicandoles primero la encuesta y luego en forma individual la entrevista y la observación directa.

H. Presentación de Resultados y Tratamiento a Utilizar.

Para el ingreso de los datos se creo una base de datos en EPI-INFO que incluyó un programa de CHECK, para verificar la limpieza de los datos.Se diseño un programa que permitió recolectar información pertinente a al investigación obteniéndose así frecuencias, cruces de tablas y gráficos .

La presentación de los resultados se realizó en forma descriptiva tomando como base los diferentes instrumentos y también se utilizó gráficos y tablas para aquellos datos de interés para el estudio.

Para el análisis de la información además se utilizó las técnicas indicadas en el literal B.5, incisos d. y e. que se mencionan en este apartado.

I. Cronograma de Actividades.

Se presenta en la tabla que aparece abajo (Tabla No. V-1)

**TABLA No. VI-1
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

ACTIVIDAD	MES						
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO
Recolección información	xx						
Elaborar protocolo (borrador)	xx						
Elaborar protocolo (final)	x	x					
Presentación protocolo CICS		x					
Planificación trabajo de campo			xxxx	x			
Ejecución trabajo de campo				xxx	xxx		
Creación base de datos e ingreso						x	
Limpieza de datos						x	
Análisis de datos						xxx	
Elaboración informe final						x	xx

* Las "x" representan semanas.

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

De las variables generales a considerar en el estudio; sexo, tipo de encuestado, edad y tipo de consulta tenemos los siguientes datos: participaron en la investigación un total de 77 individuos, de estos 57.1% pertenecían al sexo masculino y 42.9% al sexo femenino. El 58% de los encuestados fueron estudiantes que se encontraron entre los veintiuno y veinticinco años de edad (2o. grupo etáreo de clasificación) siendo del sexo masculino 30 (39%) y 23 (29%) del sexo femenino, dentro de ese mismo grupo de edad. En relación con el tipo de encuestado, estudiante o docente, de los 77 participantes, 70 eran estudiantes y de estos 40 (57%) pertenecían al sexo masculino y 30 (43%) al femenino. 97% de la población ejercía un tipo de atención institucional. De los médicos docentes incluidos en el estudio, solo dos(2) de ellos realizan ambas prácticas médicas (institucional-libre). Los dos docentes que realizaron el tipo de práctica mixta, se encontraban en el cuarto grupo etáreo de clasificación. (Ver tabla No. VII-1,2,3,4,5)

Se evaluó sobre aspectos elementales del conocimiento sobre VIH; aspectos como causalidad, epidemiología, espectro clínico, morfología, análisis de laboratorio y tratamiento fueron puntos de interés.

El 63% identificó el SIDA como el conjunto de tres tipos de problema (problema infeccioso, problema inmunológico y de transmisión sexual). Referente al agente causal y el nombre del mismo 98.7% sabía que el agente causal era un virus y de estos 78% pudieron identificar al virus por su nombre (VIH). Cuatro preguntas cubrieron el aspecto relacionado con conocimiento de la morfología y constitución: en relación con partes de la estructura del VIH y similitud con el SIV. Sólo 2.5% y 5.2% sabían sobre las estructuras que lo componían y la estructura responsable de la afinidad del VIH sobre determinada célula del hospedero respectivamente. En cuanto a conocer el contenido del material genético del VIH, 48% de los 77 participantes respondieron tal cuál el virus está constituido, ARN. Tres preguntas se emplearon para evaluar el conocimiento sobre aspectos epidemiológicos; 38.9%, tenía una idea, hasta el momento de realizada la investigación, sobre el número de casos reportados; 33.7% tenían un acercamiento a como los grupos de población son afectados en la actualidad por la infección y más de la mitad 71.4% tenían conocimiento sobre el período de ventana de la infección. Para evaluar el conocimiento sobre el espectro clínico de la infección, se usaron dos preguntas, relacionadas con los estadios de la infección; para ambas los porcentajes de acierto (ajustados a la verdad) que se obtuvieron fueron bajos 3.8% para una y 20% para la otra. 53.2% identificaron a la prueba Elisa como la indicada para determinar infección por VIH y 41.5% conocían sobre la forma general de tratamiento de los pacientes con infección por VIH. (Ver Tabla No. VII-6).

Dentro de la observación directa se incluyó un ítem que permitió evaluar conocimiento, este hace mención al conocimiento por parte de los entrevistados sobre fuentes serias donde obtener información sobre SIDA/VIH; en relación a ello podemos indicar que tan solo el 18.2% del total de participantes mencionaron una fuente seria de información.

Los resultados sobre conceptos incluidos en el test de Jung, en los cuáles no había conocimiento sobre su significado, se presentaron así: sexo oral 10.5%, drogadicción 3.9%, sexo anal 9.2%, masturbación masculina 14.5%, masturbación femenina 17.1%, bisexualidad 5.3%, voyeurismo 89.5%, fetichismo 46.1%, zoofilia 19.7%, necrofilia 27.6%, exhibicionismo 10.5%, sexo y sida 2.6%, sexo seguro 2.6%, muerte 2.6%, desviación 13.2%, conducta sexual 19.7%, conducta sexual riesgosa 3.9%, condón 2.6%, sexo vaginal 3.9%, heterosexualidad 15.8% y homosexualidad 3.9%. SIDA y sexo (separadamente) fueron los únicos conceptos sobre los cuáles los sujetos de estudio no mostraron desconocimiento.

De los items considerados en la observación directa como negativos, un 37.7% de la población reflejó en sus respuestas actitud negativa. Items como comentarios antiéticos de los colegas, risa, renuencia a la toma de la encuesta, lástima al paciente, morbosidad en relación a la investigación o formulación de chistes no mostraron una tendencia negativa en la investigación tal y como se espera al inicio. El resto de los items incluidos en este instrumento, mostraron un patrón de actitud positiva.

De las preguntas utilizadas en la encuesta para conocer la actitud en relación con el paciente infectado con VIH los siguientes resultados: el 100% mostró algún tipo de interés sobre el problema del SIDA. 75% de los encuestados no había tenido de experiencia previa con el problema, de los que habían tenido algún tipo de experiencia (25%), la mayoría de ellos mostraron una actitud positiva luego de ella. (Ver gráfica No.4) Cuando se preguntó si tendrían interés por tratar pacientes VIH positivos o con SIDA el 75.3% dijo si tener interés y 27.2% dijo no tenerlo (es importante notar que esto corresponde a más del 100%, por ser una pregunta de doble respuesta). (Ver gráfica No.5) De los 58 individuos que mostraron interés en tratar pacientes, 54 (93.1%) manifestaron el tipo de interés que los movía. De los 21 que no mostraron interés, 19 (90.4%) dieron alguna respuesta de porque no estaban interesados.

Acerca de que harían si fueran jefes de una sala, más del 77%, dijo permitir la estadía del paciente en su sala. (Ver gráfica No.8)

Cuando se cuestionó a los participantes del estudio sobre el permitir o no ser autoexaminados por un colega VIH positivo el 55.3%, más de la mitad, manifestó que no lo permitiría en contra de un 36.8% que manifestó que si lo haría. (Ver gráfica No.6)

En relación a la existencia de diferencia al trato de estos pacientes si se les atiende en una clínica particular o en una institución publica encontramos, el 75% manifestó que la diferencia radicaba en el tipo de recursos con que se contaba.

Sobre una ley que permita rehusar el tratamiento médico a los pacientes con VIH o SIDA, el 76.4% de la población estuvo en contra y 13.9% a favor.

Respecto a la existencia de áreas restringidas para este tipo de pacientes, 59.7% de los estudiados estuvieron de acuerdo en la existencia de estas áreas.

Relacionado a la actitud frente a un colega positivo, 74% dijo no tener ningún problema frente a esta situación en particular y por ende al trato del mismo.

Finalmente hablando acerca del trato a un paciente homosexual, 72% de los estudiados dijeron que remitirían al paciente a un nivel superior.

Los resultados del test de Jung en relación a la actitud de los entrevistados sobre conceptos sexuales y de SIDA, se presentó como sigue: en cuanto al concepto sexo, 93% expresó ideas positivas, 3.9% expresó una idea ambigua y 2.6% expresó ideas negativas; para el vocablo sexo oral, 46% manifestó una idea positiva, 34.2% lo hizo con una idea negativa, 9.2% dio una idea ambigua y 10.5% no expresó nada; para la palabra drogadicción, 57.9% anotó una idea positiva, 21.1% mostró ambigüedad en la idea, 17.1% dio mensajes negativos en relación con la palabra y 3.9% no dijo nada; sexo anal, otro concepto a explorar, 53.9% apuntó ideas negativas, 32.9% lo hizo positivamente, 3.9% mostró ambigüedad y 9.2% no expresó nada en relación con el concepto; masturbación fue otro tema de interés y se investigó ambos tipos de masturbación (masculina y femenina) la primera, la masturbación masculina, dio a 55.3% de sujetos con ideas positivas, 19.7% tuvo ideas negativas, 10.5% tuvo ideas ambiguas y 14.% no tuvo ninguna idea; para masturbación femenina, 51.3% expresó negatividad, 23.7% expresó positividad, 7.9% expresó ambigüedad y 17.1% no expresó idea alguna; el concepto bisexualidad, dio 47.4% con ideas negativas, 38.2% con ideas positivas y 5.3% vs. 9.2% no dijeron nada y mostraron ambigüedad respectivamente; voyeurismo un concepto poco utilizado fue investigado en él un alto porcentaje 89.5% no expresó ninguna idea y 9.2% mostró una actitud negativa: fetichismo 35% no apuntó ideas, 25% lo hizo en forma negativa, 22.4% en forma positiva y solo 6.6% mostró ambigüedad en sus expresiones; para la palabra zoofilia, obtuvimos que 40.8% expresó una idea negativa, 38.2% lo hizo en forma positiva, 19.7% no se expresó a través de ideas y solo 1.3% mostró ambigüedad; necrofilia, mostró a 30.5% de los participantes expresándose con ideas negativas en relación al concepto, 30.3% dio una idea positiva, 27.6% no dieron ningún concepto y 2.6% mostró ambigüedad en lo escrito; en cuanto al patrón del concepto exhibicionismo, 43.4% expresó ideas positivas, 34.2% negativas, 11.8% ambiguas y 10.5% no expresó ideas; sexo y sida, como concepto único mostró 81.6% de ideas positivas, 11.8% de ideas negativas, 3.9% de ideas ambiguas y 2.6% sin expresión de ideas; sida, por aparte, dio 93.4% de ideas positivas y 6.6% de ideas negativas; 85.5% de los participantes en el estudio dio ideas positivas en relación al concepto de sexo seguro, 7.9% dio un concepto negativo, 3.9% dio un concepto ambiguo y 3.6% no dio idea alguna; el concepto de muerte mostró 93.4% de participantes con ideas positivas, 1.3% con ideas negativas y 2.6% para ideas ambiguas y con ausencia de ideas; el concepto desviación, se encontró 50% de participantes con expresiones negativas, 27.6% ideas positivas, 13.2% no expresó ideas y 9.2% tuvo ambigüedad en las ideas; 56.6% tuvieron una idea positiva en relación con el concepto de conducta sexual, 19.7% no expresó idea alguna, 17.1% tuvo ideas negativas y 6.6% mostró ideas ambiguas: conducta sexual riesgosa mostró a 78.9% de los estudiados con ideas positivas, 11.8% con ideas negativas y 5.3% y 3.9% con ambigüedad en la expresión y nulidad de ideas respectivamente; el preservativo fue otro concepto de interés y este concepto mostró al 96.1% de la población con ideas positivas, 2.6% sin expresión de ideas y solo 1.3% con ideas negativas en relación con el concepto;

90.8% manifestó ideas positivas en relación con el concepto de sexo vaginal, 3.9% no manifestó ideas o tuvo expresiones negativas y 1.3% mostró ambigüedad; heterosexualidad mostró a 57.9% participantes dijeron tener ideas positivas, 15.8% no expresó ideas o tuvo ambigüedad y 19.5% tuvo ideas negativas; 51.3% mas de la mitad, dieron una actitud negativa en relación con el concepto, 31.6% se expresó en forma positiva, 13.2% en forma ambigua y 3.9% no expresó ideas relacionadas al concepto. La tendencia de las respuestas en relación con la actitud hacia los conceptos sexuales que se consideraron en el test de Jung se muestran en Tabla No. VII-7.

TABLA No.VII- 1
DISTRIBUCION SEGUN SEXO Y EDAD
CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE VIH/SIDA

Grupo etáreo	Sexo		Total%
	Femenino*	Masculino*	
Menores de 21 años	6	8	18.2
De 21 a 25 años	23	30	58.8
De 26 a 30 años	2	1	3.9
Mayores de 30 años	2	5	9.1
Total	33	44	100

* Representa números absolutos.

TABLA No.VII-2
DISTRIBUCION SEGUN SEXO Y TIPO DE ENCUESTADO
CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE VIH/SIDA

Sexo	Tipo de Encuestado		Total%
	Docente*	Estudiante*	
Femenino*	3	30	42.8
Masculino*	4	40	57.1
Total	7	70	100

* Representa números absolutos.

TABLA No. VII-3
DISTRIBUCION SEGUN TIPO DE CONSULTA Y TIPO DE ENCUESTADO
CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE VIH

Tipo de encuestado	Tipo de consulta		Total%
	Institucional	Ambas	
Docente	6	1	9.0%
Estudiante	69	1	91.0%
Total	75	2	100

TABLA No. VII-4
DISTRIBUCION SEGUN TIPO DE CONSULTA Y SEXO
CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE VIH/SIDA

Tipo de consulta	Sexo		Total%
	Femenino	Masculino	
Institucional	0	2	2.6
Ambas	33	42	97.4
Total	33	44	100

TABLA No. VII- 5
DISTRIBUCION SEGUN GRUPO ETAREO Y TIPO DE CONSULTA
CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRACTICAS

Tipo de Consulta	Grupo etáreo				Total%
	< de 21 a	De 21 a 25 a	De 26 a 30	> de 31 años	
Institucional	14	53	3	5	97
Ambas	0	0	0	2	3
Total	14	53	3	7	100

TABLA No. VII-6
CONOCIMIENTOS SOBRE VIH/SIDA-ENCUESTA
PREGUNTAS DE SELECCION MULTIPLE DE LA 1 A LA 15

No.	Pregunta	Total%*
1	El SIDA es un problema	63
2	El agente responsable de la infección por VIH es (tipo de agente infeccioso)	76
3	Cuál es el nombre con el que se conoce al agente causal del SIDA	60
4	Es la forma de transmisión del VIH más frecuente en Guatemala	93.5
5	Las siguientes son parte de la estructura del VIH, excepto	2.5
6	El material genético del cuál esta constituido el VIH es	48
7	Cuál es la estructura del VIH responsable por la afinidad sobre determinada célula del hospedero	2.5
8	Cuál es la similitud existente entre el VIH 1 y el VIH 2	5.2
9	En cuanto a la forma como los grupos de población han sido afectados en Guatemala, podemos decir	33.7
10	Hasta diciembre de 1990, habían reportados a la DGSS, cuántos casos acumulados de Infección por VIH	38.9
11	El período de incubación del VIH es	71.4
12	Respecto al grupo I de la infección por VIH podemos decir, excepto	3.9
13	Respecto al grupo III de la infección por VIH podemos decir	20.8
14	Qué prueba de laboratorio utilizaría para determinar infección por VIH	53.2
15	Del tratamiento en general de los pacientes infectados con VIH, podemos decir	41.5

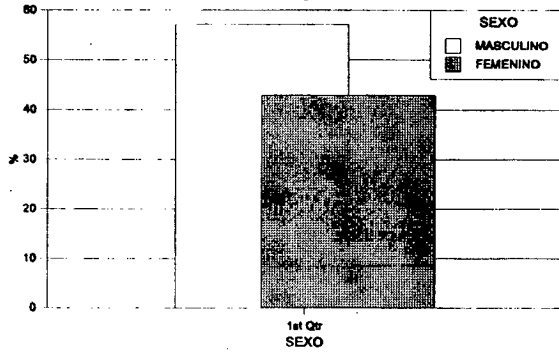
Tabla No.VII-7
Tendencia de la actitud hacia conceptos sobre sexualidad y SIDA.

NO.	Concepto	+	-	No.	Concepto	+	-
1.	Sexo	XXX	X	15.	Sexo oral	XX	XXX
3.	Drogadicción	XXX	XX	16.	Sexo Anal	X	XXX
5.	Masturbación masculina	XX	XX	17.	Masturbacion femenina	XX	XX
6.	Bisexualidad	X	XXX	18.	Voyeurismo	X	XXX
7.	Fetichismo	X	XXX	19.	Zoofilia	X	XXX
8.	Necrofilia	X	XXX	20.	Exhibicionismo	XX	XX
9.	Sexo y SIDA	XXX	X	21.	SIDA	XXX	X
10.	Sexo seguro	XXX	X	22.	Muerte	XXX	X
11.	Desviación	X	XXX	23.	Conducta sexual	XX	XX
12.	Conducta sexual riesgosa	XXX	X	24.	Preservativo	XXX	X
13.	Sexo vaginal	XXX	X	25.	Heterosexualidad	XX	XX
14.	Homosexualidad	X	XXX				

X Denota la tendencia de acuerdo al porcentaje de participantes que mostraron una actitud negativa o positiva.

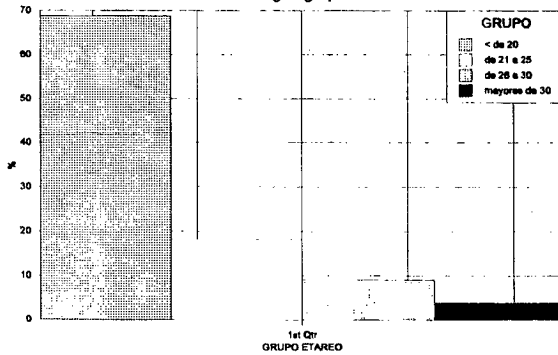
GRAFICA No. 1

Distribución según sexo



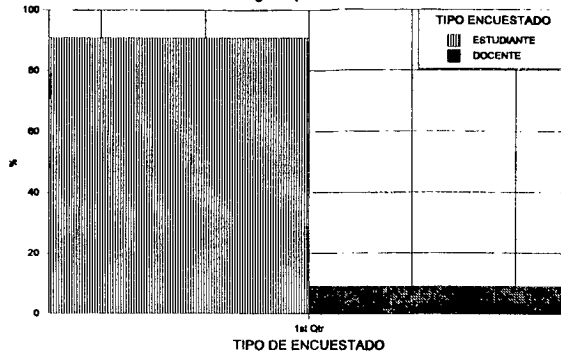
GRAFICA No.2

Distribución según grupo etáreo



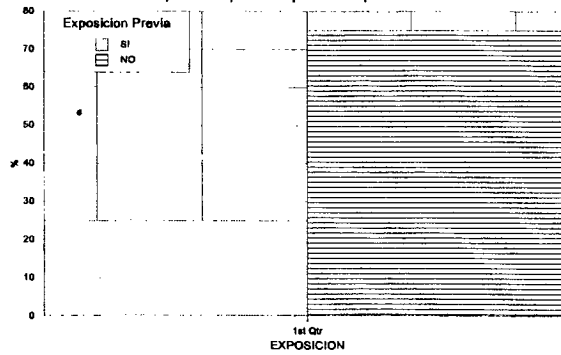
GRAFICA No. 3

Distribución según tipo de encuestado



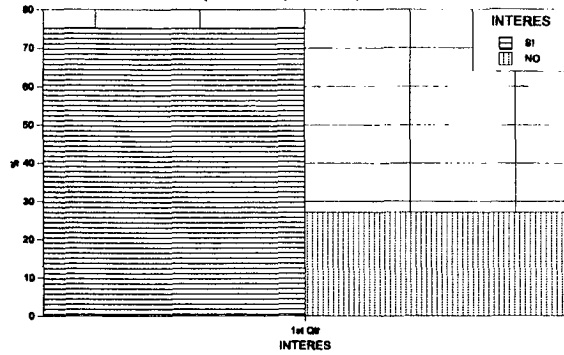
GRAFICA No. 4

Exposición previa a ptes. VIH positivos



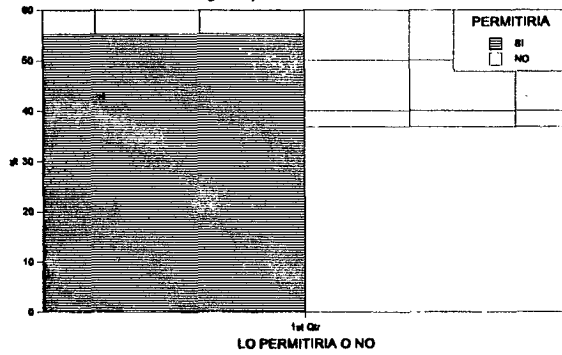
GRAFICA No. 5

Interés para tratar ptes. VIH positivos



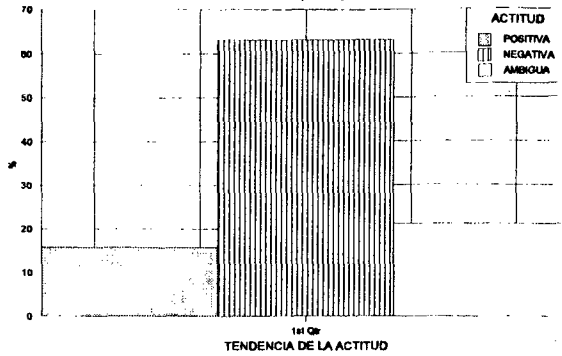
GRAFICA No. 6

Alguien positivo lo evalua



GRAFICA No. 7

Actitud al trato de ptes. positivos



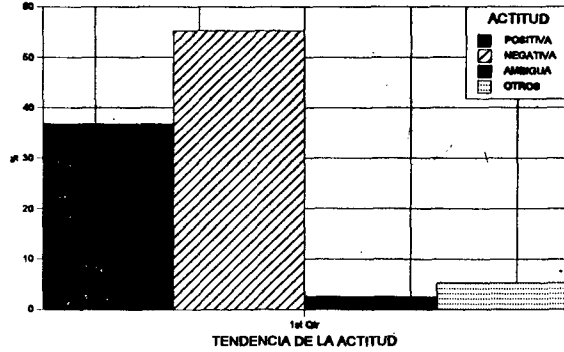
GRAFICA No. 8

Aceptación de ptes. en su sala



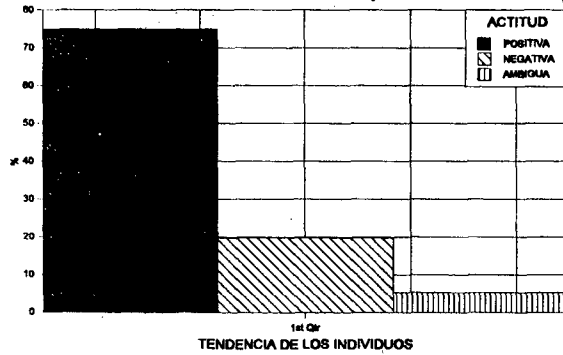
GRAFICA No. 9

Autoevaluación por un colega positivo



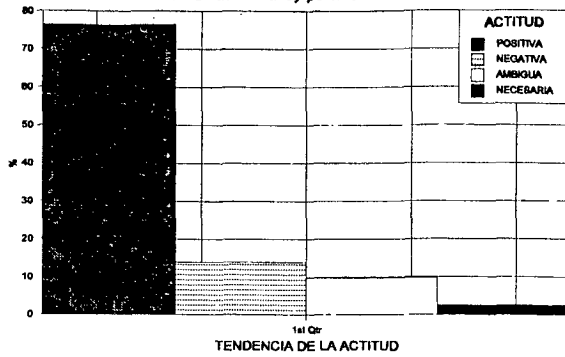
GRAFICA No. 10

Actitud en el sitio de trabajo



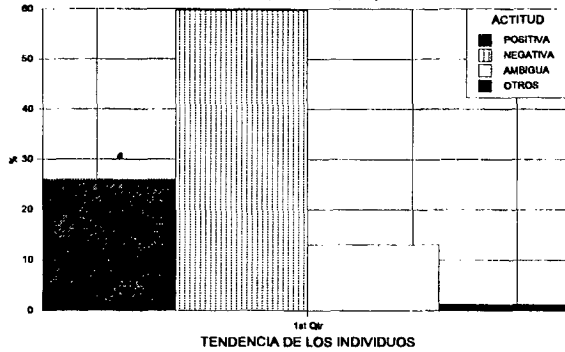
GRAFICA No.11

Actitud hacia una ley para rehusar tx.



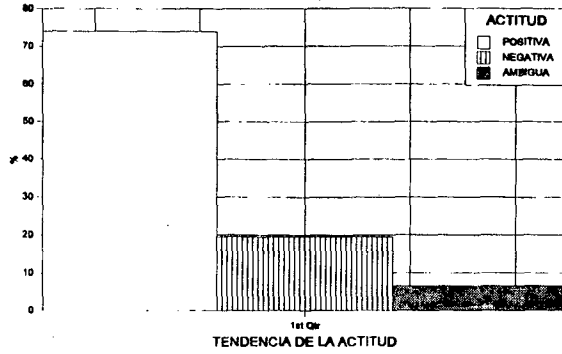
GRAFICA No.12

Uso de areas especificas para ptes. +



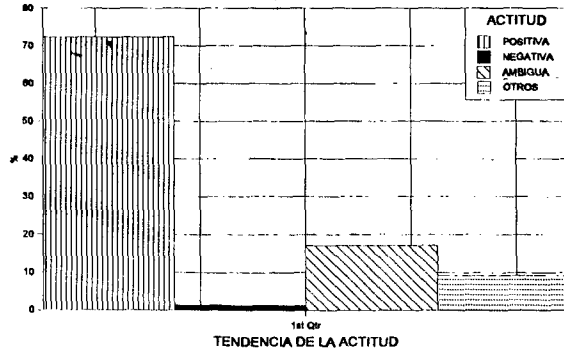
GRAFICA No. 13

Actitud hacia un colega infectado



GRAFICA No. 14

Actitud hacia pte. homosexual



VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Para el análisis de los resultados presentados en la sección anterior, se tomaron en consideración varios aspectos:

1. El análisis de los datos se hizo en forma global y no individual.
2. El análisis de la información se hizo en base a los 3 instrumentos que se utilizaron para efectuar la investigación (Observación Directa, Encuesta y Test de Jung ó/Entrevista Individual). 77 participantes para la Observación directa y para la Encuesta y 76 para la Entrevista.
3. Si bien es cierto que los conocimientos en relación con la infección por VIH/SIDA eran importantes a considerar en la investigación, el análisis de los datos se centro en aquellas variables o aspectos relacionados con las actitudes de los participantes en relación con el tema central de la investigación.
4. Debido al número de estudiantes y médicos docentes que al momento de realizar la investigación se encontraban dentro del Programa de Medicina Familiar, no fue posible abarcar a la población inicialmente estimada (100 en total), por lo mismo, fue imposible realizar la comparación de los CAPs médicos docentes y estudiantes.
5. Para poder efectuar un mejor análisis se redefinieron las variables, sobre la base de las ya existentes mediante el programa de EpiInfo, sin embargo en este informe se mencionará el nombre de las variables originales.
6. Finalmente, para el mejor entendimiento del lector, el análisis y discusión de los resultados se presenta tomando como base los instrumentos utilizados en la investigación.

A. Observación Directa

Este instrumento consideraba doce (12) aspectos a evaluar (Ver Anexo No.I) los cuáles estaban dirigidos a determinar la actitud de los observados en relación a la infección por VIH/SIDA. Para este instrumento lo que importaba era si se encontraba presente o ausente el criterio a evaluar; al mismo tiempo se efectuó análisis estructural del discurso para tener bases suficientes para catalogar la presencia o ausencia del criterio en cuestión. Ninguno de los items considerados en este instrumento mostró una tendencia francamente negativa hacia el problema del SIDA o hacia pacientes con este problema.

Del 74% que mostraron actitudes positivas respecto a los pacientes infectados con el VIH, lo hicieron a través de comentarios como: **es algo que nos puede pasar a cualquiera de nosotros, no siento lástima por ellos pero siento solidaridad, siento que es un problema bien serio para Guatemala.**

El cambio de actitud mostrado por los participantes luego de una experiencia previa con la infección por VIH/SIDA, siguió un patrón de negativo a positivo. Aquellos que no mostraron cambio de actitud fué debido a que ya tenían una actitud positiva previo a la experiencia.

Otro aspecto a considerar es que aquellos participantes que mostraron actitudes negativas,(37%) lo hicieron a través de: **gestos en desaprobación, gestos de disgusto o indiferencia,son irresponsables, que se mueran, es culpa de ellos por llevar una vida desordenada,depende de la forma como se hallan infectado,eso les pasa por ser promiscuos.** Para los observados que manifestaron negatividad, la vía de infección del paciente fue un dato importante a considerar. Comentarios como: **depende como se halla infectado, si se infectó por casualidad pues no es su culpa...,pero si fue por tener relaciones sexuales homosexuales así es diferente; ó si es porque no saben como protegerse pues es comprensible... pero si a pesar de saber el peligro se infectan, entonces ellos se lo buscaron; ó si es un bebé pues el no tiene la culpa ...allí quien tiene la culpa son los papás.**

El sentimiento de lástima, a través de la pregunta Qué siente por este tipo de pacientes ?, se presentó en 29.9% de los participantes, contrario a lo que se esperaba al inicio de la investigación lo cuál es correlativo con aquellos que mostraron actitudes negativas.Mánifestaciones como **formulación de chistes, morbosidad en relación con la investigación, risa estuvieron presentes** aunque en un porcentaje bajo, por lo cuál no se discuten en esta sección.

Ninguno de los participantes mostro actitudes que indicaran desaprobación al momento de estar realizando la observación, este hecho puede interpretarse como reflejo del interés hacia el problema.

B. Encuesta

Para el análisis de las actitudes mostradas por los encuestados como ya se explicó se definieron nuevas variables en base a las existentes para poder determinar cuáles respuestas podían ser consideradas negativas, positivas y cuáles reflejaban ambigüedad. Se obtuvo 4 grupos de respuesta para cada pregunta : 1) el grupo que reflejó una actitud positiva, 2) el grupo que reflejó actitud negativa, 3) el grupo que reflejo ambigüedad en sus respuestas,ó sea que dio respuestas positivas y negativas y 4) el grupo en el que se incluyó aquellas respuestas bajo el espacio de otros.

De las diez preguntas consideradas para evaluar actitudes en relación con el paciente VIH positivo 3 mostraron un patrón francamente negativo y 7 mostraron un patrón positivo.

El total de los encuestados mostró algún tipo de interés en el problema del SIDA, es importante mencionar que aunque dentro de las alternativas de elección a esta pregunta, no se encontraba ninguna respuesta que pudiera indicar una tendencia negativa, el espacio bajo otros no fue utilizados para indicar alguna que pudiera considerarse como tal.

De las respuestas seleccionadas la que mostró un patrón amplio, fue la relacionada con todos los tipos de interés (científico, personal, cultural y laboral). La respuesta que mostró un menor porcentaje de elección fue la relacionada con el **interés laboral**, lo cuál podría interpretarse como una actitud negativa, si lo consideramos en el contexto bajo el cuál se realizó la investigación, es decir, el abordaje y enfoque en el sitio de trabajo.

Para la pregunta 17, de los 19 encuestados que respondieron tener experiencia con este tipo de pacientes, 16 de ellos (84%) dijeron haber cambiado su forma de ver el problema del paciente infectado con VIH. Las respuestas que se tomaron como reflejo de una actitud positiva fueron: **ha mejorado mi relación médico-paciente y ha cambiado mi actitud respecto a este tipo de pacientes**. Respuestas que se consideraron reflejo de una actitud negativa fueron: **no ha mejorado mi relación médico paciente y no ha cambiado mi actitud respecto a este tipo de pacientes**.

La pregunta 18, relacionada con el interés de los estudiados en tratar a pacientes infectados, de los 58 que respondió tener interés, 70.4% mostró un interés que se consideró reflejaba una actitud positiva ; las dos alternativas que se consideraron para calificar la respuesta como actitud positiva fueron: **por ser fuente real de información y por caridad**. Respuestas con actitud negativa fueron **lástima y compasión**.

Siempre dentro de esta pregunta de los 21 que dijeron no tener interés en tratar estos pacientes, sólo 19 respaldaron su respuesta y lo hicieron seleccionando las alternativas consideradas fuertemente negativas **fobia a los homosexuales y vulnerabilidad de los pacientes (respuestas positivas fueron temor al contagio e inseguridad)**. Un porcentaje alto de respuestas ambiguas se dio tanto entre los encuestados que manifestaron tener interés en tratar pacientes, como en los que dijeron no tenerlo. Es interesante que temor al contagio e inseguridad si bien es cierto muestran una leve tendencia negativa, se tomaron como positivas, por considerar que tienen más que ver con la falta de conocimientos que los encuestados poseen en relación con la enfermedad tal y como lo demuestra la Tabla No.7 de la sección de resultados.

En la pregunta 19 que trataba una situación hipotética sobre la posición de los encuestados al ser jefes de una sala, respuestas como **lo rechazaría, lo remitiría a otra sala y le daría egreso** fueron consideradas negativas. **Lo aceptaría**, fué considerada positiva; 13% de encuestados en el primer grupo y 77.9% en el segundo. En esta pregunta 6.5% mostró ambigüedad, es decir con respuestas de los dos grupos y sólo 2.6% dio otras posibilidades de conducta. Se evidencia por lo tanto el patrón positivo, esto probablemente se deba a que es una situación hipotética, la cuál favorece al encuestado, pues le facilita la toma de decisión; además en este caso, él es el jefe y por lo tanto lo ubica en una posición de liderazgo y poder que le permite mayor libertad en la toma de decisión. (Ver gráfica No.8)

En la pregunta 20 de la encuesta, se trató de poner al encuestado en una situación que lo involucrara más al momento de tomar una decisión en relación con la infección por VIH, de allí que se le cuestionara si permitiría que su chequeo médico lo realizara un colega infectado.

Más de la mitad, 55.3%, dijo que **rechazaría la atención y que buscaría otro lugar o persona de atención.** Esto demuestra una actitud fuertemente negativa en contra del problema del SIDA, ya que a pesar de tener conocimientos relacionados con las formas de transmisión, rechazan un procedimiento que no conlleva ningún riesgo de transmisión. 36.8% mostró una actitud positiva diciendo que **si lo permitiría**, mientras tanto un 5.3% optó por otras alternativas seleccionando el espacio de otros, estos dijeron que si lo permitiría pero con reservas o dependiendo del tipo de procedimiento al que se le sometería. Esto también refleja cierto grado de rechazo y también desconocimiento, ya que la mayor parte de procedimientos requieren de normas de seguridad y por lo tanto brindan un margen bastante confiable de protección. Por otro lado, las Precauciones Universales, permiten efectuar cualquier procedimiento, reduciendo el riesgo a lo mínimo. (Ver gráfica No.9)

Con la pregunta 21 lo que se pretendía era determinar la actitud del encuestado en su sitio de trabajo, indagando sobre la diferencia (si la había) entre el tratamiento de una paciente positivo en una institución de servicio público, como en la que ellos se encontraban, ó en la privada. 75% respondió eligiendo las alternativas consideradas como reflejo de una actitud positiva (**no hay diferencia en tratarlo en uno ó en otro sitio/la diferencia es solo en recursos**). Sin embargo, es importante considerar, que debido a la forma en que la pregunta estaba formulada (ver Anexo No.II) existe la posibilidad que los encuestados centraran más su atención en los recursos materiales y calidad de ellos, y no en los recursos humanos y sus cualidades para la atención. 19.7% manifestó una actitud negativa eligiendo las alternativas **en la práctica institucional hay obligación de atenderle y la privada hay opción de rechazarlo**. Hubo un 5.3% de respuestas ambiguas. (Ver grafica No.10)

Una ley que permitiría rehusar tratar a pacientes infectados con el VIH o con SIDA, era el punto que trataba la pregunta 22. **Es injusta para el paciente y es inhumana**, fueron las respuestas que se consideraron positivas, en este grupo se encontró el 76.4% de la población.

Es necesaria y justa para el médico, fue el grupo considerado negativo y en el se encontró a 13.9% de los encuestados. Es relevante que sólo 2.6% de los estudiados dio como respuesta única que este tipo de leyes son necesarias. 9.7% mostró ambigüedad en su respuesta. Vemos como esta pregunta reflejó un patrón positivo, a través del rechazo de una ley de este tipo. (Ver gráfica No.11) Estos datos sin embargo, contrastan con los obtenidos en la pregunta 23.

El uso de áreas restringidas era el punto que trataba la pregunta 23. 59.7% de los individuos que mostraron actitud considerada como negativa, lo hizo a través de alternativas como **son necesarias y funcionales**. Sólo 26% consideró **innecesarias y estigmatizantes** este tipo de medidas. Un hecho que parece influyó en este patrón de respuesta, es el hecho de considerar que el aislamiento del paciente puede evitar el contagio. Otro hecho que puede explicarlo, es que se consideran estas áreas como de mejor atención y seguridad para el paciente. (Ver gráfica No.12)

La pregunta 24, hablaba sobre el apoyo a un colega VIH infectado o con SIDA, aunque mostró una tendencia de respuesta francamente positiva a través de elecciones como **lo aceptaría /lo apoyaría incondicionalmente**, contrasta con los datos de la pregunta 20, donde el patrón de respuesta fue altamente negativo. Ninguno de los encuestados seleccionó la alternativa **lo rechazaría**, lo cuál no necesariamente demuestra una actitud positiva. (Ver grafica No.13)

La actitud hacia un paciente positivo con preferencia homosexual era tratada en la pregunta 25. Aunque el patrón de respuesta fué positivo a través de alternativas como **lo remitiría a un nivel superior o lo remitiría a una clínica de SIDA**, es un dato que hay que considerar con reservas, ya que las dos respuestas en cuestión podrían considerarse negativas si no son en pro de una mejor atención del paciente y por supuesto excluyendo como posibilidad que de esta forma se evita la transmisión. Además porque el patrón de respuestas dado en Test de Jung en relación a la practica homosexualidad fue francamente negativo. Otro dato en refuerzo de lo anterior, es el dato obtenido de un 17.1% de respuestas ambiguas en esta pregunta. Importante es recalcar que solo 1.3% eligió el **inculcar sentimiento de culpa al paciente** y ninguno le diría al paciente que es un **castigo divino**, lo cuál parece significar que la orientación religiosa del estudiante o médico no es un aspecto predisponente frente al paciente o que el pensamiento científico (causa-efecto) priva sobre el dogmático. (Ver gráfica No.14)

C. Entrevista (Test de Jung)

Cómo ya se indicó en varias partes de este informe, la entrevista se baso en el test de asociación de ideas (Carl Jung), mediante la cuál se somete al sujeto de estudio a una serie de conceptos los cuáles generan una idea, la cuál debe relacionarse en alguna forma con el concepto. El test constó de 23 items a evaluar (ver Anexo No.III). A cada idea se asignó un valor, dependiendo si correspondía en alguna forma (por definición o asociación) con el concepto correspondiente. Por lo tanto se obtuvo 3 grupos de clasificación:

1) aquel grupo en el cuál se obtuvo asociaciones que se consideraron positivas en relación con la infección por VIH; 2) el grupo que presento ideas que se consideraron negativas y 3) el grupo que mostró ambigüedad, es decir, positivas y negativas.

Conceptos como: zoofilia, necrofilia, exhibicionismo y fetichismo no se tomaron en consideración para el análisis por haber reflejado los participantes un nivel bajo de conocimiento en relación con ellos.

Finalmente, aquellos conceptos que mostraron 6 ó mas asociaciones negativas se consideraron como predisponentemente negativos hacia la infección por VIH/SIDA.

Luego de estas consideraciones, se obtuvo a 43 individuos de los 76, es decir un 56.6% con 6 ó más conceptos con tendencia negativa y 33 (43.4%) con actitud positiva hacia los conceptos. Conceptos que mostraron un patrón altamente negativo fueron **sexo oral, sexo anal, bisexualidad, desviación y homosexualidad**.

Como puede observarse estos, son conceptos que no se utilizan muy frecuentemente por la población en general, ya que muchos de ellos son considerados tabú, y en el peor de los casos como practicas degeneradas y/o utilizadas unicamente por personas enfermas, promiscuas o usadas por determinados grupos con tendencias sexuales **"no normales"**.

Aunque los conceptos masturbación masculina y masturbación femenina obtuvieron datos similares 44.7% y 48.7% respectivamente, la practica en el hombre es mejor vista y aceptada que en la mujer. Conceptos como: **no necesario, descontrol mental, falta de educación, pobre sustituto, innecesario, inmoral, curiosidad, etc.** fueron obtenidos como asociación de ideas para masturbación femenina; en contraposición conceptos como: **normal, necesaria, adecuada, fisiológica fueron obtenidas para el masturbación masculina.** Esto muestra como los valores culturales que la sociedad imprime a la sexualidad son permisivos para la población masculina y la mayor parte de las veces restrictivos para la mujer; no obstante en forma general son vistos como prácticas no del todo aceptadas por la población lo cuál favorece en cierta forma una predisposición negativa hacia las personas que las practican. Si a esto aunamos la grande carga social que tiene SIDA, el problema se agrava aún más.

Sexo anal, otra de las practicas sexuales que mostró un patrón negativo de ideas, fue descrito con palabras como: **suciedad, promiscuidad, repudio, utilizado por homosexuales, etc.** Esto muestra la tendencia a catalogar aquellas prácticas que no son comunes en la sexualidad como propias de un grupo de individuos o con un calificativo destructivo o peyorativo. Esta asociación con determinados grupos crea una predisposición hacia estos individuos y se les encasilla y estigmatiza como consecuencia de ello.

Bisexualidad fue asociado con ideas tales como: **homosexual, indefinidos, inseguridad, habito, enfermedad, depravados** conceptos con una carga netamente negativa. Otra vez vemos como se trata de dar explicación o enmarcar en un contexto patológico todo aquello que no entendemos o que queda fuera de los patrones establecido de conducta socialmente aceptada.

Desviación, mostró ideas como: **es algo que se va hacia el lado que no es el centro, problemas mentales, homosexualismo, problema psicológico, desequilibrio, lesbianas.** Fue sorprendente la asociación de estos conceptos con determinados grupos de población o como exclusivos de las practicas sexuales de los grupos en cuestión; así mismo es interesante la misma asociación patológica que se hace sobre estos conceptos al no poder encontrar una explicación o un vínculo que los una con aquellos que se tienen por **"normales"**.

Finalmente **homosexualidad,** estuvo asociado con: **promiscuidad, debilidad, indesición de lo que se es, personas que no tienen un sexo definido, SIDA etc.** Es interesante en este caso ver la **asociación elevada que aún existe entre homosexualidad y SIDA,** asociación que como vemos puede repercutir, aunque no en una forma directa, sino subyugada en el inconsciente, para el tratamiento de un paciente infectado. Este concepto mostró a 68.4% de los participantes, dar asociaciones en mayor o menor grado negativas.

Como vemos hay una predisposición para catalogar como patológico o anormal todo aquello que queda fuera de lo considerado socialmente aceptado, esto crea predisposición al momento de entrar en contacto con el paciente, ya que se hacen juicios a priori los cuales pueden encontrarse fuera del contexto particular del paciente.

En contraposición a esta serie de conceptos negativos se presentó una serie de ideas positivas en relación a conceptos relacionados con la sexualidad y el SIDA. Esta asociación por supuesto, no significa que el problema del SIDA tenga una aceptación total entre los participantes, mas bien la tendencia puede ser explicada por el hecho de que esta serie de conceptos (los que resultaron positivos) tiene mas que ver con la práctica médica que aquellos que resultaron negativos y por lo tanto se esta más familiarizado y preparado para enfrentarlos. A continuación se describen algunas de las ideas expresadas por los participantes en relación con los conceptos con tendencia positiva.

Para SIDA por ejemplo se obtuvieron ideas tales como: **es una enfermedad como cualquier otra, enfermedad causada por virus, es una enfermedad que ataca las defensas del organismo, es una enfermedad incurable.** Muchas de las ideas aquí vertidas, tuvieron que ver con conceptos relacionados al conocimiento científico de la enfermedad, fueron pocas aquellas asociaciones que involucraban una concepción mas personal del problema.

Sexo seguro fue asociado con ideas como: **relación sexual en la cuál no hay daño ni físico ni psicológico a una persona, tener medidas preventivas en la relación sexual, usar condón y solo con su pareja, fidelidad vs.preservativo** son solo algunas de las ideas. Con este concepto fue interesante ver la asociación estrecha que establecieron los participantes entre fidelidad, relaciones de mutua exclusividad y el uso del condón. Otro dato curioso, es que no presentaron alternativas diferentes como caricias, besos, abrazos, flirteo etc.

Sexo y SIDA, como concepto único presentó ideas como: **mayor chance de adquirir infección, forma de contagio, relación muy estrecha para el contagio, van de la mano;** este tipo de respuestas, se tomo como positivas ya que es una asociación frecuente y aceptada desde el punto de vista científico, pues la sexual es la forma más conocida y mas frecuente de transmisión del VIH.

Es clara la asociación que los participantes hicieron entre contagio de la infección por VIH y el sexo; al mismo tiempo es interesante que ninguno de los participantes mostrara asociaciones de prevención para la infección como: no si se usa preservativo, no si se es fiel, precaución u otra.

Tener muchas parejas sexuales, daño físico o psicológico a otra persona, sin precaución, ser muy promiscuo, tener relaciones sexuales con desconocidos y sin protección, fueron algunas de las ideas asociadas con conducta sexual riesgosa. Estas asociaciones, no involucraron a grupos específicos de población, lo cual es bueno, pues no limita la conducta riesgosa a un sector unico de la población sino por lo contrario lo generaliza.

Por otro lado es interesante como no aparecieron ideas asociadas con el uso de alcohol o drogas, sustancias que pueden conducir a situaciones de riesgo en el ámbito sexual (embarazo,ETS,SIDA).

Preservativo fue el concepto que mostró el más alto patrón de ideas positivas (96.1%), ideas como **artefacto de hule que protege del contacto directo, protección de enfermedades venéreas, forma de evitar, anticonceptivo y protectivo, lo más recomendable**, fueron algunas de las ideas que se expresaron. Hubo una asociación importante entre el uso de preservativo y la prevención en general y la prevención en específico (prevención de SIDA, prevención ETS, planificación).

Sexo vaginal y heterosexualidad, es que conveniente analizarlos conjuntamente debido a la estrecha asociación que la población hizo entre ellos. 90.8% mostró una asociación de ideas en una dirección positiva a este concepto, y un 57.9% lo hizo hacia el concepto heterosexualidad. A pesar de esto las ideas expresadas, si bien es cierto, caen dentro de los patrones **normales** de aplicación a dichos conceptos, no dejan de ser limitantes y en cierta forma negativos en mayor o menor grado.

Ideas como: **normal, sexo normal, pareja normal que se ama, se obtuvieron para sexo vaginal**. Para **heterosexualidad** por otro lado, se obtuvieron ideas como: **personas que tienen su sexo bien definido, fidelidad hombre-mujer, hombre normal, responsabilidad, normal** y otras en la misma línea. Es interesante como enmarcan los conceptos dentro de parámetros de normalidad, resultando muchas veces este tipo de prácticas o de grupos los más patológicos desde el punto de vista sexual y de relación afectiva; por otra parte pareciera que este carácter de normalidad imprime un sello de exclusión para la infección por VIH, pues consideran en mala forma, este tipo de prácticas poco susceptible a la transmisión del virus.

Como se aprecia existe una dualidad bastante amplia entre asociaciones positivas y negativas, probablemente consecuencia de un conocimiento limitado en relación con la infección por VIH, pero sobre todo por valores éticos propios ("prejuicios") que al momento de enfrentarse a un paciente necesariamente tienen que aflorar, tal vez en ocasiones como algo inconsciente.

IX. CONCLUSIONES

El total de participantes en el estudio posee conocimientos sobre aspectos básicos de la infección por VIH/SIDA (agente causal, transmisión, constitución genética del virus).

La totalidad de la población tuvo un nivel bajo de conocimiento en relación con aspectos específicos de la infección por VIH. Aspectos como epidemiología, estructura del virus, espectro clínico de la infección mostraron un nivel bajo de conocimiento.

Más de la mitad de los estudiados, mostraron conocimiento en relación al método de laboratorio utilizado para determinar infección por VIH. Menos de la mitad, conoció la forma general de tratamiento del paciente infectado.

Voyeurismo, fetichismo, necrofilia y zoofilia fueron los conceptos más desconocidos por los participantes.

SIDA y sexo, en forma separada fueron los únicos conceptos hacia los cuales no hubo desconocimiento por parte de la población objeto.

La totalidad de los sujetos estudio mostró interés de algún tipo en el problema del SIDA. El interés laboral fue el menos seleccionado por los participantes.

De los 77 estudiados, solo 19 se había expuesto con anterioridad al problema del SIDA y de ellos sólo 2 dijo no haber mejorado su relación médico paciente luego de la experiencia.

De las 10 preguntas utilizadas en la encuesta para evaluar actitudes en los estudiados, siete (7) mostraron un patrón positivo y tres (3) un patrón negativo de respuesta; la mayoría de las respuestas presentadas por los estudiados se contraponían.

Más de la mitad de los participantes mostró asociación de ideas con tendencia francamente negativa hacia los conceptos de sexualidad y SIDA.

Conceptos como sexo anal, sexo oral, exhibicionismo, bisexualidad, voyeurismo, fetichismo, desviación, necrofilia y homosexualismo fueron los conceptos que mostraron una tendencia negativa más marcada.

No se encontró diferencia significativa entre hombres y mujeres, de acuerdo a los conocimientos, actitudes y prácticas en relación con la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana.

Existe una marcada dualidad de actitudes para la infección por VIH/SIDA entre la población estudiada, actitudes que muchas veces se contraponen e influyen en la forma como los individuos se enfrentan al problema del SIDA.

X. RECOMENDACIONES

1. Realizar una investigación formativa a través de la técnica de grupos focales, que permita determinar a fondo las actitudes y prácticas de los estudiantes de medicina y médicos docentes en relación con el problema del VIH/SIDA.

2. Incluir en el pensum de la carrera de médico y cirujano, del cuarto año, contenidos relacionados con VIH/SIDA, con énfasis en el aspecto ético y de relaciones humanas.

3. Implicar dentro los contenidos curriculares una parte relacionada con sexualidad humana con énfasis en prácticas sexuales.

4. Enfocar los contenidos relacionados con la infección por VIH/SIDA y sexualidad en la prevención de la transmisión.

5. Proporcionar a los médicos graduados capacitación continua en relación con sexualidad y VIH/ SIDA.

6. Incrementar el nivel de conocimientos en los aspectos de morfología, epidemiología y espectro clínico de la infección por VIH a los médicos estudiantes.

7. Aumentar la exposición de los médicos docentes y estudiantes a pacientes VIH positivos o con SIDA para favorecer el cambio de actitud frente al problema.

8. Estimular el interés de los estudiantes y médicos por el problema del SIDA, mediante la participación de estos en actividades relacionadas con la prevención del SIDA en los sitios de trabajo (Clínicas Familiares).

9. Divulgar los resultados de esta investigación para que se permita de esta forma, conocer a los médicos participantes y a otros cercanos a ellos, la situación actual del gremio en cuanto a conocimientos y actitudes sobre VIH/SIDA.

XI.RESUMEN

Este estudio sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas en VIH/SIDA, se llevó a cabo durante la primera rotación del Programa de Medicina Familiar de la Universidad de San Carlos de Guatemala, de la Facultad de Medicina. Once, de doce clínicas tomaron parte en el estudio. Participaron 70 estudiantes y 7 médicos docentes de ambos sexos.

Se utilizó una combinación de metodologías cualitativas y cuantitativas. Los instrumentos utilizados para recabar la información fueron la Encuesta, El Test de Jung (Entrevista) y la Observación Directa.

La metodología empleada tomo como promedio de 40 a 45 minutos con cada participante en el estudio.

Mas de las dos terceras partes de la población objeto, identificó correctamente el problema del SIDA.

Aspectos relacionados con epidemiología, morfología del virus, espectro clínico de la infección por VIH y distribución de la infección según grupos poblacionales, fueron poco conocidos por los participantes.

La totalidad de los participantes en el estudio mostró algún tipo de interés hacia la infección por VIH/SIDA.

De la población objeto solo 19 habían tenido contacto anterior con pacientes VIH positivos, habiendo resultado esta experiencia de provecho para la forma de hacer medicina.

La generalidad de los participantes mostraron **dualidad**, en sus actitudes hacia la infección por VIH/SIDA, es decir mostraron actitud negativa hacia algunos aspectos y positiva hacia otros.

De los conceptos sobre sexualidad utilizados en el test de Jung, unicamente voyeurismo fue desconocido en su totalidad.

Mas de la mitad de los individuos del estudio tuvo 6 o mas asociaciones de ideas negativas en relación con lo conceptos sobre sexualidad incluidos en el test de Jung, lo cuál se consideró como negativo frente al problema del SIDA.

Los conceptos que mostraron ideas negativas y que por lo tanto se considera pueden influir en igual forma para enfrentarse con la infección por el VIH/SIDA fueron sexo oral, sexo anal, bisexualidad, desviación y homosexualidad.

La logística fué el único obstáculo encontrado.

XII. ANEXOS

1. Anexo I
2. Anexo II
3. Anexo III
4. Anexo IV

ANEXO I

GUIA DE USO ANEXO I

Prparación Previa

1. Contar con las hojas de Observación Directa.

Desarrollo de la Actividad

1. Chequear cada uno de los parámetros que aparecen en la hoja según se encuentren presentes o no.

ANEXO I
OBSERVACION DIRECTA

1. Menciona fuentes serias de informacion.
2. Hace mención a pacientes tratados con anterioridad.
3. Muestra actitudes negativas (gestos, comentarios, lenguaje no verbal).
4. Muestra actitudes positivas (comentarios favorables, apoyo, aprobación).
5. Manifiesta dificultades con el trato de pacientes positivos o con SIDA.
6. Manifiesta diferencia luego de haberse expuesto al problema del SIDA.
7. Hace mención a colegas antiéticos en el trato de pacientes positivos.
8. Risa burlona.
9. Renuencia a la participación en el estudio.
10. Manifestaciones de lástima hacia la infección por VIH.
11. Morbosidad en relación con la investigación.
12. Formula chistes en relación con la investigación y/o el problema del SIDA.

ANEXO II

GUIA DE USO ANEXO II

Preparación Previa

1. Contar con los cuadernillos de preguntas y respuestas.
2. Anotar en la esquina superior derecha del cuadernillo de respuestas el número de orden del encuestado.

Desarrollo

1. Explicar a los participantes que la encuesta tiene dos cuadernillos uno de preguntas, y otro de respuestas.
2. Indicar a los sujetos de estudio que cuál es el objetivo general de la investigación.
3. Repartir a cada encuestado un cuadernillo de preguntas y otro de respuestas.
4. Explicar el contenido de la caratula del cuadernillo de respuestas y los datos generales que se necesitan en ella. Luego explicarles que el cuerpo del cuadernillo de respuestas consta de dos series, una relacionada con conocimientos y otra con actitudes y practicas.
5. Indicar a los participantes que las preguntas sobre conocimientos tienen respuesta única, la cuál deben colocar en el recuadro que aparece al lado derecho al final de cada serie de alternativas.
6. Mostrar a los participantes que para la serie de actitudes y prácticas pueden elegir más de una alternativa y que existe un apartado para otros, donde pueden colocar aquellas alternativas que no aparecen en la serie de alternativas proporcionadas.
7. Pedir a los participantes que respondan la encuesta.

FORMULARIO DE PREGUNTAS

1. El SIDA es :
2. El agente infeccioso del SIDA es:
3. ¿Cuál es el nombre con el que se conoce al agente infeccioso del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida?
4. Es la principal forma de transmisión del SIDA en Guatemala.
5. ¿Cuáles de las siguientes son parte de la estructura del agente infeccioso del SIDA?
6. El material genético del VIH, está constituido de:
7. ¿Cuál es la estructura del VIH que es responsable de la preferencia por determinada célula del hospedero?
8. ¿Cuál es el porcentaje de similitud entre el VIH-1 y el VIH-2?
9. Respecto a la forma en que los grupos de población han sido afectados en Guatemala por la infección del VIH, hasta diciembre de 1990 es correcto decir:
10. Hasta diciembre de 1990, habían reportados a la DGSS cuántos casos acumulados de infección por VIH/SIDA.
11. El periodo de incubación (ventana) del VIH puede ser:
12. De la infección aguda por VIH, se puede decir lo siguiente, **excepto una**, indique cual:
13. Del grupo III de la infección por VIH podemos afirmar:
14. ¿Qué método diagnóstico definitivo utilizará para determinar infección por VIH?
15. Respecto al tratamiento en general de los pacientes VIH positivos es correcto afirmar:
16. ¿Tiene algún interés en el problema del SIDA?
17. ¿Ha tenido oportunidad de tratar pacientes infectados con el VIH o con SIDA. Si su respuesta es afirmativa, seleccione la alternativa que mejor describe las consecuencias de esta experiencia.
18. ¿Si tuviera opción trabajaría con pacientes VIH positivos o con SIDA?

19. Si se le presenta la oportunidad de tener un paciente VIH positivo en su sala. ¿Cuál sería su decisión?. Seleccione la alternativa que mejor se ajuste a su caso.

20. Si se le indicara que su chequeo médico lo realizará un médico VIH positivo, ¿Cuál sería su decisión?.

21. Según su juicio, la diferencia en tratar a un paciente infectado con el VIH o con SIDA en la práctica médica libre o en la institucional, radica en: seleccione la alternativa que se ajuste a su juicio.

22. ¿Cuál es su opinión sobre una ley que permita a los médicos rehusar tratar pacientes VIH infectados o con SIDA.

23. ¿Qué opina sobre áreas restringidas para los enfermos infectados por el VIH o con SIDA?.

24. ¿Cuál sería su actitud hacia un colega VIH positivo o con SIDA?. Seleccione la alternativa que más se ajuste a su decisión.

25. ¿Qué actitud adoptaría frente a un paciente homosexual VIH positivo o con SIDA?

FORMULARIO DE RESPUESTAS

Encuesta

Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Fase III-Tesis

ENCUESTA SOBRE CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRACTICAS EN LA INFECCION POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA

DATOS GENERALES

Tipo de consulta

Práctica Libre
Práctica Institucional

Edad

Menores de 21 años
De 21 a 25 años
De 26 a 30 años
Mayores de 30 años

Tipo de Encuestado

Estudiante
Docente

Sexo

Masculino
Femenino

CONOCIMIENTOS

1-

- a) Un problema infeccioso.
- b) Un problema inmunológico.
- c) Un problema de transmisión sexual.
- d) Todas las anteriores son correctas.

2-

- a) Un protozoo.
- b) Un virus.
- c) Una bacteria.
- d) Un hongo.

3-

- a) SIDA.
- b) VIH.
- c) HLTV-III
- d) Ninguna es correcta.

4-

- a) Sexual.
- b) Parenteral.
- c) Feto-materna.
- d) Tiene igual frecuencia.

5-

- a) gp 120.
- b) gp 41.
- c) p 31.
- d) a y b son correctas.

6-

- a) ARN.
- b) ADN.
- c) ARN y ADN.
- d) Ninguna es correcta.

7-

- a) gp 41.
- b) p18.
- c) gp 160.
- d) gp 120.

8-

- a) 50%.
- b) 40%.
- c) 30%.
- d) No existe ninguna similitud.

9-

- a) Bisexuales 5% y drogadictos IV 3%.
- b) Homosexuales 42%, Heterosexuales 20%.
- c) Heterosexuales 20%, Bisexuales 24%.
- d) Homosexuales 48%, Heterosexuales 49%.

10-

- a) 90 casos.
- b) 75 casos.
- c) 140 casos.
- d) 120 casos.

11-

- a) 3 a 6 semanas.
- b) 5 a 8 semanas.
- c) 15 a 25 semanas.
- d) Más de 6 semanas

12-

- a) Pertenece al grupo I.
- b) Es sinónimo de LPG.
- c) Cursa como una Mononucleosis.
- d) Es sinónimo de CRS.

13-

- a) Los nódulos deben ser palpables en más de 2 sitios extrainguales.
- b) Los nódulos deben medir más de 2 centímetros de diámetro.
- c) Los nódulos deben ser palpables en 2 ó más sitios extrainguales.
- d) Ninguna es correcta.

14-

- a) Hematología completa.
- b) Prueba Elisa.
- c) Orina Simple
- d) a y b son correctas.

15-

- a) Se utilizan antivirales.
- b) Se Utilizan Inmunomoduladores.
- c) a y b son correctas.
- d) Ninguna es correcta.

ACTITUDES Y PRACTICAS

16-

SI

NO

- a) Interés científico
- b) Interés cultural
- c) Interés personal
- d) Interés laboral
- e) Otro _____

17-

SI

NO

- a) Ha mejorado su relación médico paciente
- b) No ha mejorado su relación médico paciente
- c) Ha cambiado su actitud respecto a este tipo de pacientes.
- d) No ha cambiado su actitud respecto a este tipo de pacientes
- e) Otra _____

18 -

SI

NO

- | | |
|--|---|
| a) Por ser fuente real de información | a) Temor al contagio |
| b) Por lástima | b) Por fobia a los homosexuales |
| c) Por compasión | c) Porque los pacientes son muy vulnerables |
| d) Por caridad | d) Por inseguridad |
| e) Otra _____ <input type="checkbox"/> | e) Otra _____ <input type="checkbox"/> |

19 -

- a) Lo aceptaría
- b) Lo rechazaría
- c) Lo remitiría a otra sala
- d) Le daría egreso
- e) Otra _____

20 -

- a) Lo permitiría
- b) Lo rechazaría
- c) Solicitaría la asistencia de otro médico
- d) Iría a otra clínica de atención
- e) Otra _____

21 -

- a) En la práctica institucional hay obligación de atenderlo
- b) En la práctica libre hay opción de rechazarlo
- c) No hay diferencia en tratarlo en uno u otro sitio
- d) La diferencia es sólo en recursos materiales
- e) Otra _____

22 -

- a) Es necesaria
- b) Es justa para el médico
- c) Es injusta para el paciente
- d) Es inhumana
- e) Otra _____

23 -

- a) Son necesarias
- b) Son innecesarias
- c) Son funcionales
- d) Estigmatizan al paciente
- e) Otra _____

24 -

- a) Lo rechazaría
- b) Lo aceptaría
- c) Lo trataría pero con reservas
- d) Lo apoyaría incondicionalmente
- e) Otra _____

25 -

- a) Le inculcaría sentimiento de culpa
- b) Le diría que es un castigo divino
- c) Lo remitiría a un nivel superior
- d) Lo remitiría a una clínica de SIDA
- e) Otra _____

ANEXO III

FACULTAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

GUIA DE USO ANEXO III

Preparación Previa

1. Contar con los sobres conteniendo los conceptos o frases que aparecen en el Anexo III. Un juego de 23 sobres por cada participante en el estudio.
2. Contar con sobres manila para asignarles su número de orden.

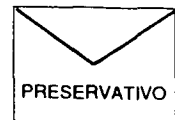
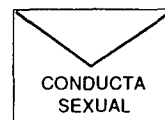
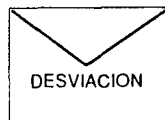
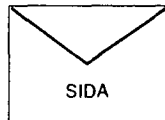
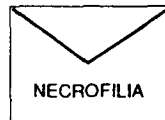
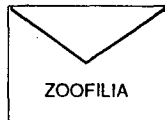
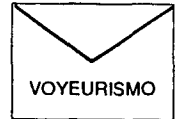
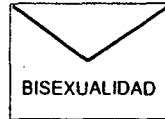
Desarrollo

1. Leer las instrucciones que aparecen en el encabezado del Anexo III.
2. Presentar al entrevistado la serie de 23 sobres para que los elija al azar y vaya respondiendo en reverso.
3. Explicar que si por cualquier razón no se le ocurre nada relacionado con el concepto deberá anotar no se o dejarlo en blanco.
4. Recoger los sobres con los conceptos luego de haber sido respondidos y colocarlos en un sobre manila con su número de orden correspondiente.

ANEXO III

Gua para la entrevista

A continuación se le presentarán una serie de 23 sobres, los cuales contienen algunos conceptos o frases relacionados con la sexualidad y la infección por VIH/SIDA. Se le solicita que mediante selección al azar de los mismos, indique el significado que para usted representa cada uno de los conceptos o frases; es importante que mencione lo primero que venga a su pensamiento.



ANEXO IV

ANEXO IV

LISTADO DE CLINICAS PARTICIPANTES

1. Clínica Municipal II.
2. Clínica Don Bosco.
3. Clínica Cuatro de Febrero.
4. Clínica Santa Marta.
5. Clínica Municipal IV.
6. Clínica Santa Fe.
7. Clínica Belen.
8. Clínica El Trébol.
9. Clínica Jocotales.
10. Clínica Santa Clara de Asis.
11. Clínica La Verbena.

XIII. BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

1. Adler Michael W. "ABC of the AIDS. Developpement of the epidemic". British Medical Journal, 27 april 1987. 294; pp (1084-1085).
2. Bell Nora K. "Ethical and Legal Issues in the control of AIDS". Medical Ethicist. Departament of Philosopy, University of South Carolina, Columbia . pp- 1-12.
3. Bennett F. J. "AIDS as a social phenomenon". Science Medicine. 1987. 25 (6), pp. 529-539.
4. Boodman Sandra G. "Hispanic Culture Redefines AIDS Figh". The Washington Post, december 28, 1987; Sec. A-15, Col.1.
5. Bury Judith K. "Counselling women with HIV infection about pregancy, heterosexual transmission and contraception". The British Journal of Family Planning. 1989; 14, pp. 116-122.
6. Centers for Disease Control. "Revision of the CDC Surveillance Case Definition for Acquired Immunodeficiency Syndrome". Suplement MMWR. August 14, 1987. 36 (1s), pp.1-15.
7. Departament of Health & Human Servicies. "Legal Restrics. Your Rights as person with AIDS or Related Conditions". San Fransisco, 1988. sp. Mimeografiado.
8. Guatemala . Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social. Boletín Epidemiológico. Depto. de Vigilancia Epidemiológica, febrero,1989. pp. 1-2.
9. Family Health International. "El SIDA: Investigadores comparan nuevas pruebas rápidas". Network en español. 1989; 4 (1). pp.10-11.
10. Final Program and Abstracts. "Track D: Social Science & Policy"; VI International Conference on AIDS, June 1990, San Fransisco; 1, pp. (108,306,307,310).
11. Final Program and Abstracts."Epidemiology & Prevention", VI International Conference on AIDS, June 1990, San Fransisco. 2, pp. (98-299).
12. Final Program and Abstracts. "Publications", VI International Conference on AIDS. June 1990, San Fransisco. 3, pp. (330,479).
13. Francis Donald P and James Chin. "The prevention of Acquired Immunodeficiency Syndrome in the United States". JAMA, March 13, 1987. 257 (10); pp.41-48.

14. Gallagher Winifred and George Gallup Jr. "AIDS, we wrong about things". American Health, June 1988. pp.50-52.
15. Gallo Robert C. and Luc Montagnier. "AIDS in 1988". Scientific American, October 1988. 259(4); pp. 41-48.
16. Helquist Michael. "A positive word from New York". The Helquist Report. Medical World News; May 24, 1988. pp.25.
17. International Development Research Center. "The scientific and social challenger. Abstracts". V International Conference on AIDS. Quebec, June 1989. pp. (898,903,904,960).
18. Holley H. Preston. "The clinical Spectrum of Human Immunodeficiency Virus". The Journal of South Carolina; June 1987; pp. 306-308.
19. Jeffriess Donald. "The Human Immunodeficiency Virus. Explaining the nature of the virus that causes AIDS". AIDS Action, June 1988, 3: pp.2-3.
20. Kirby Michael. "AIDS, LEGAL ISSUES". AIDS; 1988; 2(1): pp.5209-5215.
21. Klouda Tony. "El SIDA y la salud mental". IPPF, Londres, Octubre 1988.sp Mimeografiado.
22. Koop C. Everett. "Acquired Immunodeficiency Syndrome. Surgeon General Report". U.S. Department Health and Human Services. 1987. 36p.
23. Laboratorios Frontera. "Información Especial. SIDA". México , diciembre 1987; pp.10-12. Mimeografiado.
24. Lawrence Jeffrey. "AIDS report. AIDS in Prespective". Infections in Medicine. May-June 1986: pp. 211-217.
25. Levin Richard I. "Estadística para Administradores". Hall Hispanoamericana, S.A. México 1978. pp.190.
26. Lifson Alan R. et. al. "AIDS Comentary. The Natural History of Human Immunodeficiency Virus Infection". The Journal of Infectious Diseases. December 1988. 158 (6): pp. 1360-1366.
27. Mann Jonathan M. , et. al. "The International epidemiology of AIDS". Scientific American, October 1988; pp. 82-85.
28. Marx Jean L. "The AIDS virus. Well known but a mystery". Science; 24 april 1987. 236. pp. 390-392.

29. Marx Jean L. "A test to distinguish HIV-1 from HIV-2". Research News Science. April 24, 1987. sp.

30. Mazariegos M. Carlos Enrinque. "Protocolo e Informe final de tesis". Universidad de San Carlos de Guatemala, 1988. 12p. Mimeografiado.

31. Mindel Adrian. "ABC of AIDS. Management of early HIV infection". Brithish Medical Journal; May 1987. 294. pp.1214-1218.

32. Phair John and Steven Wolinsky. "Diagnostic of Infection with the Human Inmuono-deficiency Virus". The Journal of Infectios Disease; February 1989. 159 (2). sp.

33. Pinching Antony John. "Current Issues in the Management of AIDS patients". Journal of Acquired Inmune Deficiency Syndrome. 1988, 1: pp. 583-592.

34. Piot Peter, et. al. "AIDS. An International Perspective". Science; february 5, 1988. 239: pp. 573-579.

35. Postic Bosco. "Clinical mmanagement of the AIDS patient". The Journal of the South Carolina Medical Association; June 1987. pp. 315-319.

36. Project Inform. " HIV tratament strategy". Project Inform Discussion Paper No. 1; enero 12, 1988. sp.

37. Project Inform. "HIV is manageable Chronic Infection". Project Inform Discussion Paper No. 2; february 1989. sp.

38. Project Inform. "AZT-Retrovir (Azidothymidine). Project Inform Fact Sheet; june 2,1988. pp.1-4.

39. Project Inform. "Dextran Sulfate". Project Inform Fact Sheet; august 1o, 1988. pp.1-3.

40. Project Inform. "Acyclovir". Project Inform Fact Sheet; august 24, 1988. pp. 1-3.

41. Project Inform. Supplement on testing. Diagnostic test for evidence of HIV infection. National Hotline. October 11 1988. Sp. mimeografiado.

42. Rabinowitz Robert, et. al. "Helping the HIV-Infected patient Disclose to others at risk"; AIDS Patient Care. february 1989. pp. 9-11.

43. Wallman Sandra. "Sex and Death. The AIDS Crisis in Social and Cultural Context". Jorunal of Acquired Inmunodeficiency Syndrome. 1988; 1: pp. 571-578.

44. World Health Organization. "AIDS Treatment" In Point of Fact; december 1986. pp. B2-B3.

45. World Health Organization. "Weekly epidemiological Record", Geneve, 1988; 63: pp. 373-380.

46. World Health Organization. "Predict three millon of new cases for 1991". Especial Program on AIDS. June 21 1987. sp. Mimeografiado.

47. Zundorf. "El SIDA: Reportaje Bayer 60". 1990. pp. 45-61. Mimeografiado.