

EDUCACION EN SIDA: ¿TREINTA MILLONES DE VIVOS O TREINTA MILLONES DE MUERTOS?

Cuad. Méd.-Soc., XXXV, 2, 1994/ 13-18

Paul Binet B.*

SUMMARY

In a summarized way the author shows what he thinks are the key issues of the first decade of educational experience on AIDS.

Society as a whole faces one of the most unmerciful battles in the war between conservator and liberal wings of the humankind, placing society in a blind-end path, blocking a coherent solution education can give.

Experience after ten years is rich and can promote a change if lessons are applied well.

Education must mobilize now social forces into a general readequation, allowing to avoid thirty millions of deads in the begining of the XXI century.

Key words: Educación, SIDA, cambio conductual.

Sinopsis: La educación en SIDA ha demostrado diferir en varios tópicos de otros ejemplos de Educación en Salud. Se presentan los elementos educacionales que la experiencia de 10 años refrenda como claves en el éxito de una intervención educacional.

El dilema social hoy es: ¿los aplicamos o dejamos morir la gente?

INTRODUCCION

Hasta el momento la educación es la única herramienta de que disponemos para luchar contra el avance inexorable de la pandemia del SIDA y reducir el sangramiento del segmento más productivo y lleno de ideales de nuestra sociedad (1, 2, 3, 4, 5).

Se supone que a comienzos del siglo XXI habrá

en el mundo unos treinta millones de nuevos casos de infección por HIV; muchos de ellos niños y personas que jamás practicaron conductas "de riesgo" como las definimos hoy. Ello sin contar con los pocos sobrevivientes de los diez millones de portadores actuales que causarán la infección de los otros (6, 7).

Dada la biología del HIV (latencia serológica, latencia clínica, mutabilidad extrema de determinantes antigénicos) el diseño de una vacuna puede demorar 5 a 7 años *como mínimo* y coloca al HIV en el otro extremo de la gradiente de erradicabilidad respecto al virus causante de la viruela, borrado de la faz de la tierra por la acción en salud en 1978. Por lo tanto conviene acostumbrarse a la idea de que el SIDA llegó para quedarse (7).

Dada, además, la capacidad de integración del

* Médico - Cirujano Servicio de Salud, Viña del Mar - Quillota

genoma viral en los propios genes humanos (8) la posibilidad farmacológica actual parece restringida únicamente a prevenir, retrasar o revertir el proceso de replicación viral con la esperanza de prolongar la vida del infectado al máximo, y mejorando su calidad de vida mas no eliminando la infección, lo que sugiere como probable que las medidas preventivas para no contagiar sexualmente a otros pueden ser necesarias de por vida; al menos hasta que contemos con la tecnología para arrancar los genes extraños del núcleo de todas las células CD4 ya infectadas.

Todo ello con los conocimientos disponibles en la actualidad significa una cosa: la sola intervención inmunológica o farmacológica no erradicará al HIV de la especie humana. Es decir, tal vez decenios después de la certificación de las primeras vacunas y la existencia de antirretrovirales más eficientes, la educación en salud seguirá siendo si no la única, la principal arma en la lucha contra el HIV (9).

Hoy en día la prevención primaria contra la infección por HIV se encuentra encadenada entre dos fuegos que se enfrentaban desde muchísimo tiempo antes del comienzo de la pandemia. Y veamos cómo curiosamente perteneciendo a un nivel lógico totalmente diverso la profilaxis del SIDA ha sido tomada por cada uno de los eternos oponentes; la postura conservadora y la postura liberal, como una aliada de su opuesto. Para los conservadores moralistas la educación contra el SIDA explícita y clara es una aceptación tácita de la inmoralidad sexual y/o adictiva (2, 10). Para los liberales –al menos al comienzo– el SIDA era otra forma más de restringir la expresión de la plena libertad sexual (2). Ambas posturas no han sido capaces de la reconciliación racional a pesar de su evolución, debido a que las dos niegan una parte de la realidad y a que ambas se expresan en forma dogmática; tanto que resulta absurdo buscar quién lanzó la primera piedra. Ambas alimentan viejas discrepancias en perjuicio de un consenso urgente y prioritario.

Este ha sido el mayor punto de discordia en la educación contra el SIDA y –quizás– el principal fracaso en el intento de evitar treinta millones de muertos (7). Por otro lado la educación contra el SIDA se encuentra enfrentada a las conductas más biológicamente reforzantes: las que se relacionan con el placer concreto (sexo, adicción) (2), lo cual genera resistencia por parte de quienes se ven forzados a cambiar o modificar hábitos sexuales o adictivos casi siempre profundamente enraizados, incluso a veces en su definición personal de estilo de vida.

CONCEPTOS BASICOS EN LA EDUCACION EN SIDA DESPUES DE LA PRIMERA DECADA

Han transcurrido más de diez años de pandemia y predominan fracasos sobre éxitos (2, 11, 12) y nos damos cuenta que la experiencia anterior con otras enfermedades crónicas de transmisión sexual no sirve poco (10). Las características del nuevo flagelo lo alejan de cualquier modelo conocido: 1) Se trata de una enfermedad con una letalidad del 100%, 2) Al ser descrita inicialmente entre homosexuales y adictos endovenosos (dos grupos altamente rechazados, segregados y marginados) la publicidad del caso originó un “imprinting” social que generó un alto grado de estigmatización (7). Cuando se descubrió que el riesgo no depende del grupo humano (heterosexual, homosexual, adicto, etc.), sino de la conducta, ya era tarde. Sugerencias de fuentes científicas respecto a que conociendo el pasado sexual o adictivo de una pareja potencial se obtendría una estimación muy acertada del grado de riesgo al que uno se iría a exponer (facilitando una decisión respecto a una eventual vida sexual) (13), fueron intensamente incorporadas en la opinión pública pasando por alto que obviamente en la realidad concreta sólo un muy pequeño porcentaje humano confiesa con claridad a sus parejas el verdadero grado de exposición anterior a riesgo o incluso una virtual seropositividad conocida. Ello aún en una sociedad tan “liberada” como la urbana estadounidense (14, 15). 3) Se trata de una enfermedad que genera un grado de sufrimiento indescriptible. Daño fisiológico, mental, social (estigmatización, rechazo evidente o solapado), daño irreparable a terceros, precisamente a quienes más se ama (parejas, hijos). Además rebosa de una carga de incertidumbre por tiempos prolongados como ninguna otra enfermedad, en lo que corresponde a una sospecha diagnóstica de infección. La prolongada latencia serológica después de una infección por vía sexual puede generar estados de ansiedad, culpabilidad o, en definitiva, simple negación de la realidad y abandono del estudio. No creo equivocarme al decir que la infección por HIV es la peor enfermedad de todas, tal como hoy se da y en el contexto actual (10). 4) Aparece esta enfermedad asociada a conductas de alta sensibilidad social en medio de una de las peores batallas entre la postura conservadora y la postura liberal en cuanto a la sexualidad. Es el punto de vista del autor que la existencia de hábitos relajados, hipocresía social, métodos de regulación de la fertilidad, hedonismo situado como valor, ubicuidad de los medios de difusión “boom” de la sociedad

de consumo y redescubrimiento de que lo erótico vende (7), son elementos comunes en la sociedad actual. Desde el mismo punto de vista, la sociedad en su conjunto se descubre en una situación de “entre la espada y la pared”: o acepta que es un imperativo reconocer que la situación cultural en cuanto a sexo no cambiará en el corto o mediano plazo con sólo decir “así debe ser”, sino en un muy largo plazo y que por tanto debe aplicar medidas de extrema emergencia aunque sea postergando otras no menos valiosas pero en este momento de menor urgencia; o en su defecto la sociedad opta por negar la realidad y consiente tácitamente la condena de unos treinta millones de personas en los próximos 15-20 años. El SIDA implica una horrenda paradoja que lleva a la moral a desafiar a la moral.

Sin embargo estos 10 años no han transcurrido en vano: la perspectiva nos permite hoy mejor que nunca definir cuáles elementos de las intervenciones educativas realizadas son útiles y cuales no (11). A continuación expongo las lecciones de los últimos 10 años que considero más importantes.

a) Debemos comprender de una vez por todas que informar no es educar; más aun si están en juego impulsos que actúan en nivel inconsciente e irracional y poderosas fuerzas sociales que actúan a escondidas de la conciencia. El conocimiento (v. gr. información), en numerosos estudios no ha logrado el cambio conductual por sí solo en poblaciones heterogéneas (2, 10, 11). Cuando se ha demostrado asociación al cambio conductual han existido serias sospechas de una relación a través de un factor “ecológico” ambiental no precisado (nivel intelectual alto por ejemplo) (10, 11). Se ha postulado que el conocimiento podría templar el principio del cambio conductual, pero que la prosecución del proceso requeriría de otros factores (10, 11) o bien que existiría un fenómeno de “umbral” con el cual la eficiencia del aporte de información en el cambio conductual desaparece cuando ésta supera un cierto nivel de complejidad (10). Es decir el conocimiento parece ser condición necesaria pero no suficiente (11). Reitero que el panorama puede ser más complejo aún; este nivel “umbral” o este cambio conductual inicial inducido por la información pueden verse modulados por características específicas de la población-blanco (“terceros factores”) como lo es el nivel educacional.

Puede ser que la relación consistente entre conocimiento adquirido y cambio conductual detectada en homosexuales urbanos estadounidenses (11) esté influida por la enorme proximidad grupal a la muerte por SIDA (seroprevalencia cercana al 50% en los homosexuales de San Francisco) (9, 16, 17, 18).

Prácticamente todos ellos tienen “imagen visual” del deterioro por el SIDA: conocen a alguien, han visto a alguien o han perdido a alguien con SIDA (9). Una situación epidemiológicamente semejante ocurre en heterosexuales urbanos de África Subsahariana (17, 19), pero aquí el factor “nivel cultural” u otros pueden desvirtuar la relación adquisición de información-cambio conductual.

Cabe destacar también que en las carreras y entre los profesionales del área de la Salud, específicamente en medicina, existen casos de adicción –por ejemplo tabaquismo– y también casos de conducta sexual riesgosa a pesar del alto grado de conocimientos de este grupo. Esto no sería otra cosa que una confirmación de la fragilidad de la relación conocimiento-cambio conductual.

Por otra parte la información a dar debe ser específica al cambio deseado (11): es posible que una charla acerca del sistema inmune sirva a un curso de medicina o de otros estamentos de Salud, pero no a la población general. Se trata de un conocimiento que además de inútil para la población en su conjunto pudiera jugar en contra cuando se intenta dar herramientas de sobrevivencia.

b) Es necesario reconocer a cabalidad y abiertamente los elementos teóricos que han demostrado mayor consistencia en relación al cambio conductual: 1) Cambio en la normativa social percibida, 2) “autoeficacia” (Bandura), 3) habilidades conductuales específicas para la conducta deseada, 4) actitudes y 5) motivación (2, 10, 11). Por ejemplo, conocer bien la función y forma de uso del condón y estar honestamente motivado a usarlo, pero no saber cómo vencer la norma social tácita percibida por el individuo que lo censura por hacer pública su intención sexual al comprar condones en la farmacia. Parece ridículo, pero este solo factor puede echar abajo buena parte de una intervención si no se interviene ese punto (norma social percibida y habilidad conductual para superarla) (11, 20). Además el mismo individuo podría tener grandes dificultades para pedirle a su pareja el uso del condón (“creerá que soy promiscuo(a)”. “Tal vez se ofenderá pues creerá que yo creo que ella (él) es promiscua(o)”). Por tanto las actitudes, creencias y las habilidades conductuales de negociación deben ser modificadas (2). La creencia de que el hecho de infectarse depende en definitiva del “destino”, de la “suerte”, puede desvirtuar actitudes protectivas en individuos con cierto grado de conocimientos como demostró Kelly et al.; en 1990 (21).

c) La educación contra el SIDA debe ser específica para la población que se desea impactar (2, 9, 16). No sólo en cuanto a la cultura y el lenguaje (lo

cual en sí ya es obvio) sino específica también en cuanto a las falencias o falsas concepciones particulares de esa población (11): informar lo que la gente ya sabe; enseñar destrezas que el grupo ya maneja ha demostrado ser contraproducente y un dispendio inútil.

d) Lo anterior lleva a la necesidad de estructurar una intervención sólo y exclusivamente después de un profundo estudio diagnóstico fino y exquisito de las características de la población-blanco que, según el marco teórico del cambio conductual, pudieran ser significativas en el desarrollo de conductas de riesgo (9, 11). Es más provechoso asignar mayor cantidad de recursos a las fases de diagnóstico y evaluación postintervención que a la intervención misma.

e) Tal como se enfatiza la necesidad de un diagnóstico acabado, la literatura también enfatiza fuertemente la necesidad de una evaluación fina y detallada que no sólo especifique los logros sino a qué elemento(s) intervencional(es) se debió el cambio y cuáles fueron los elementos de la intervención que no originaron cambio (9, 11).

f) La educación tiene que ser *clara y explícita* (1, 9, 22, 23). Ideas vagas o –peor aún– contradictorias pueden sumir a la gente en un estado de apatía más peligroso, incluso, que la situación inicial (¡Alerta! Algo así puede estar ocurriendo en Chile con las campañas paralelas del Ministerio de Salud y de otras organizaciones que no están de acuerdo en conceptos claves).

g) El cambio conductual puede ser un verdadero cambio radical de una conducta por otra o bien la *modificación* de la conducta riesgosa previa haciéndola más segura. Lo ideal puede ser el cambio total. Sin embargo muchas veces es más factible que se acate sólo la modificación (10). Ambas opciones deben ser entregadas a la población detalladamente. Por ejemplo, es poco probable que las prostitutas se hagan masivamente monógamas (cambio total). Sin embargo, que ellas modifiquen su conducta exigiendo siempre al cliente el uso del preservativo es algo imaginable (la opción inicial significaría la autoerradicación voluntaria de la prostitución: no se conoce un ejemplo tal en la historia). Igualmente el cambio total de una conducta por otra ofrece una debilidad crítica: la recaída. Cuando ocurre, el intenso refuerzo positivo de la conducta riesgosa puede amenazar todo lo logrado. La sola modificación de la conducta –además de ser más simple– ofrece en cambio una recaída con muy poca diferencia de gratificación en relación a la conducta modificada; es decir existe poco refuerzo (10).

h) Resulta conveniente impactar la población-

blanco por muchas vías a la vez; vías exógenas (medios de difusión, fuentes autorizadas inmersas en la comunidad) o endógenas: la red social natural de la población no sólo es útil sino que DEBE ser aprovechada (2, 9).

i) El proceso de la intervención debe entenderse como una interacción entre el equipo de salud y la comunidad (9). En la medida en que la población revele rasgos insospechados la intervención debe tener la flexibilidad necesaria para adaptarse a la población.

j) La educación debe entenderse en relación no sólo a la intervención propiamente tal sino a todo el proceso educativo: la educación a un grupo puede servir, por ejemplo, para obtener información diagnóstica del grupo en cuestión, para intervenirlo y para evaluar el trabajo y los logros (2, 9, 11).

k) La educación tampoco debe entenderse como destinada solamente a grupos. Puede darse a comunidades enteras (nivel societal: campañas) a grupos o subpoblaciones específicas (nivel grupal) o ser individual (consejería post test ELISA positivo o negativo, educación a contactos de casos índices) (2, 9, 24).

l) Uno de los conceptos epidemiológicos más dañinos y estigmatizantes a la par de ineficiente ha sido el de “grupo de riesgo”. Y lo ha sido más en la medida en que ha caído en manos de legos. No nos cansamos de repetir: lo que pone en riesgo al individuo no es su pertenencia a tal o cual grupo, sino las CONDUCTAS RIESGOSAS comunes a los distintos grupos humanos (sexo desprotegido de todo tipo, en especial por vía anal hetero u homosexual, intercambio de agujas endovenosas usadas no lavadas con detergente, etc.) o bien las INSTANCIAS RIESGOSAS que no dependen de la voluntad del individuo (haber sido transfundido entre 1980 y 1987, ser pareja inadvertida de persona que lleva conductas riesgosas a escondidas de su pareja sin importar su orientación sexual, etc.). Un homosexual no está en riesgo por ser homosexual. Si no practica conductas peligrosas y si no está en una instancia riesgosa su nivel real de riesgo puede ser menos que el del autor de este artículo (7).

m) Cada día se presta más atención a un nuevo concepto; el de “SITUACION (social) DE RIESGO” que define un estado caracterizado por: 1) Altas tasas de otras ETS (es decir sinergia epidemiológica (25) y conductas riesgosas en esa población), 2) Recursos de salud inadecuados, 3) Pobreza, 4) Rápida urbanización, 5) Sexo comercial, 6) Rompimiento social (eventos bélicos limitados de baja intensidad), 7) Migración poblacional selectiva (hombres que abandonan masivamente

sus familias por motivos laborales), 8) Marginalización (26).

Casos como el de Tailandia o actualmente India con verdaderos estallidos epidemiológicos, pasando desde un patrón III a –probablemente– un franco patrón II, pueden ser perfectamente previstos y si no evitados, al menos amortiguados. La pandemia es inestable (6) y establece cabezas de playa en todo lugar en que se acumulan estas situaciones de riesgo.

n) Lo anterior lleva a poner atención a la relación entre la Salud Pública, la justicia social y los Derechos del Hombre, en el importante hecho de que generar un cambio de conducta necesariamente lleva aparejado un cambio social y por ende político (26, 27).

o) Por último se ha cuestionado la metodología de la investigación social y se critica el uso exclusivo de cuestionarios con alternativas, pues deforman, sesgan información o inducen respuestas. No se puede conocer la real conducta del individuo en su medio usando solamente este tipo de instrumento (11). Tanto en las fases diagnósticas como evaluativas se deben incluir también instrumentos de “fin abierto” en los que el individuo con sus propias palabras define lo que hace, lo que haría, lo que desea, cree, siente y teme. El procesamiento de esa información se enlentece pero se enriquece drásticamente la visión de lo que *realmente* ocurre en el medio natural de ese individuo y a la larga resulta en una relación costo / efectividad indudablemente mayor: es preferible gastar más en una campaña efectiva que gastar el doble en dos campañas sucesivas porque la primera fracasó (11).

ANATOMIA DE UNA INTERVENCIÓN EFECTIVA

Después de una revisión coherente de cerca de 50 intervenciones a lo largo de la última década Fisher & Fisher definieron el perfil de la intervención exitosa (11).

a) El éxito de las intervenciones que lograron cambio se asoció a un marco conceptual teórico empleado en el diseño. Las intervenciones estructuradas sobre asunciones intuitivas o basadas en la propia (y por tanto sesgada) experiencia de los diseñadores tuvieron mayor riesgo de fracaso.

b) El diseño de una intervención específica para el grupo-blanco requiere de lo que Fisher & Fisher denominan “investigación de elicitación formal”, es decir, una investigación diagnóstica de la situación poblacional. Cuando ésta no se hizo, la intervención tuvo pobres resultados.

c) Confirmando la apreciación de varios teóricos, las intervenciones que consideraron simultáneamente elementos informacionales, motivacionales y de destrezas conductuales simultáneamente, tuvieron mayor probabilidad de éxito.

d) El éxito se confirma (y a la vez se registra y analiza) por medio de una evaluación metodológicamente adecuada en términos de múltiples medidas directas e indirectas.

e) Por último, la intervención “ideal” debe ser formalmente pura. Demasiadas intervenciones tienen problemas de diseño, falta de grupo control, confían en respuestas que en el fondo son “auto-reportadas”, poseen altas tasas de autoeliminación o autoeliminación, fallan en la medición adecuada del impacto y abundan las intervenciones múltiplemente confundentes.

CONCLUSIÓN

El HIV está aquí para quedarse. La educación también está aquí para defendernos. La sociedad se encuentra en una situación de amenaza global inescapable pero la anosognosia social parece cerrar todas las puertas. La coyuntura histórica de quiebre moral y las susceptibilidades elicidadas en los conservadores y los liberales tejen una intrincada madeja de paradojas y de confusiones de lo que Watzlawick (citando a Russell) denomina “niveles lógicos” (30), haciendo sentir a los bandos en pugna que el problema de la prevención del SIDA se encuentra en el mismo “nivel lógico” que su enfrentamiento. En definitiva ello lleva a una paradoja brutal en que la moral se enfrenta arrogante a la propia moral.

La educación en SIDA hoy en día debe resolver esa paradoja sin involucrarse en el “nivel lógico” del enfrentamiento social, debe asimismo aplicar fríamente lo que la experiencia de estos primeros diez años enseña y en definitiva realizarse en el plano de respeto a la vida y al hombre que le inspira.

AGRADECIMIENTOS

Se reconoce y agradece al Dr. Hernán Lobos Romero, Asesor Médico del Departamento de Control Nacional del Instituto de Salud Pública y a Dr. Jaime Meléndez Vergara, psicólogo clínico y profesor de filosofía sus importantes aportes al leer y sugerir correcciones del borrador original.

Igualmente se agradece el sacrificio y entrega a mi esposa Sra. Hertha Lara Carreño, para lograr la realización del presente trabajo.

RESUMEN

En forma breve se reseña lo que el autor considera son los puntos claves de la experiencia de los primeros diez años de educación en SIDA.

La sociedad enfrentada a una de las peores batallas en la ancestral lucha entre la postura conservadora y la postura liberal, se encuentra en un callejón sin salida, lo cual lleva ya 10 años impidiendo un avance lógico a través del proceso educativo.

La experiencia acumulada es rica y puede promover el cambio si se aplican las enseñanzas en forma coherente. Por tanto se supone que será la educación la que deberá movilizar a las fuerzas sociales a una readecuación general que permita evitar treinta millones de condenados en los próximos 15 a 20 años.

BIBLIOGRAFIA

1. Santa María L., Daniel M., Rojo A.P., Conocimiento y Actitudes sobre SIDA en el Ambito Educacional Medio y Superior Iquiqueño. ETS. Rev. Chil. Enferm. Transm. Sex. 1990; 5 (3) 96-102.
2. Education & Counseling. En: AIDS 90 Summary. A Practical Synopsis of the VI International Conference. Philadelphia: Philadelphia Sciences Group, 1991; 286-319.
3. Bernal J., Lukács I., Bonacic H. Conocimiento y Actitudes sobre SIDA en la Población Chilena. ETS. Rev. Chil. Enfer. Transm. Sexual, 1989; 4 (4): 120-9.
4. Secretaría de Salud de México. Transmisión Sexual del SIDA. Bol. Of. Sanit. Panam. 1988; 105 (5-6) 705-708.
5. Alonso C., Salinas H. Conocimientos y Opiniones sobre el SIDA en un grupo de Universitarios no relacionados con Estudios Médicos o Biológicos. ETS. Rev. Chil. de Enferm. Transm. Sexual, 1989; 4 (2); 53-6.
6. Thurn J.R. HIV Worldwide. What has Happened? What has Changed? Postgrad. Med. 1992; 91 (8): 99-113.
7. Eisemberg L. There's No Quick Fix for AIDS Austr. New Zel. J. Psychiatr, 1991; 25 (3): 314-20.
8. Fauci A. The Human Immunodeficiency Virus Infectivity and Mechanisms of Pathogenesis. Science 1988; 239 (4840) 617-22.
9. Coates T.J. Strategies for Modifying Sexual Behavior for Primary and Secondary Prevention of HIV Disease. J. Consult. Clin. Psychol. 1990; 58 (1) 57-69.
10. Becker M.H., Joseph J.G. AIDS and Behavioral Change to Reduce Risk: A Review. Am J. Public. Health. 1988; 78: 349-410.
11. Fisher J.D. Fisher W.A. Changing AIDS-RISK Behavior. Psychol. Bull. 1992; 111 (3): 455-474.
12. Echemberg D.F. A new Strategy to Prevent the Spread of AIDS Among Heterosexuals. JAMA (Editorial), 1985 254 (15) 2129-30.
13. Hearst N., Hulley S.B. Preventing the Heterosexual Spread of AIDS. Are we giving our Patients the Best Advice? JAMA 1988; 259 (16): 2428-32.
14. Nelson E.W. Sexual Self-Defence Versus The Liaison Dangereuse: A Strategy for AIDS Prevention in the '90s Am. J. Prev. Med. 1991; 7 (3): 146-9.
15. Masters W.H., Johnson V.E. Colodny R.C. Las Elecciones Sexuales en la Era del SIDA. Cap. 7. En: Masters W.H., Johnson V.E. Colodny R.C. Crisis. La Conducta Heterosexual en la Era del SIDA. Buenos Aires, Argentina: Editorial Planeta Argentina S.A.I.C. 1988, 90-110.
16. Fineberg H.V. Education to Prevent AIDS: Prospects and Obstacles. Science 1988; 239 (4840): 592-6.
17. Epidemiology. En: AIDS 90 Summary. A Practical Synopsis of the VI International Conference. Philadelphia: A Philadelphia Sciences Group Publication, 49-89.
18. Curran J.W. Jaffe H.W., Hardy A.M. et al. Epidemiology of HIV Infection and AIDS in the United States. Science 1988; 239 (4840): 610-6.
19. Piot P. Plummer F., Mahalu F.S. et al. AIDS: An International Perspective. Science, 1988. 239 (4840): 573-9.
20. Rickert V.I., Gottlieb A.A., Jay M.S. Is AIDS Education Related to Condom Acquisition? Clin. Ped. Phila. 1992. Apr.; 31 (4) 205-10.
21. Kelly J.A., St. Lawrence J.S., Brasfield T.L. et al. Psychological Factors that Predict AIDS High-Risk Versus AIDS Precautionary Behavior J. Consult-Clin. Psychol. 1990; 58 (1): 117-20.
22. Liskin L., Wharton C., Blackburn R. Condomes - Ahora más que nunca. Versión española de Population Reports 1990. 17 (8): 1-35 (Septiembre).
23. Wellings K. AIDS and the Condom. Br. Med. J., 1986; 293 (6557): 1259-60.
24. Giesecke J., Ramstedt K., Granath F. et al. Efficacy of Partner Notification for HIV infection, Lancet; 1991; 338: 1096-1100.
25. Wasserheit J. Epidemiological Sinergy. Interrelationships Between Human Innumodeficiency Virus Infection and Other Sexually Transmitted Diseases. Sex. Trans. Dis. 1992; 19 (2): 61-77.
26. Zwi A.B., Cabral J.R. Identifying "High-Risk Situations" For Preventing AIDS. Br. Med. J. 1991; 303: 1527-9.
27. Mann J.M. The Second decade. A Global Perspective. J. Infect. Dis. 1992; 165 (February): 245-50.
28. Klee H., Faugier J., Hayes C. et al. Sexual Partners of Injecting Drug Users. The risk of HIV infection. Br. J. of Addiction. 1990; 85 (3) 413-18.
29. Di Pasquale J. HIV. Infection. An Educational Program on Prevention for College Freshmen. Cancer Nurs. 1990; 13 (3): 152-7.
30. Watzlawick P., Weakland J.H., Fisch R. La Perspectiva Teórica. Cap. I. En: Watzlawick P., Weakland J.H., Fisch R. Cambio. Barcelona, España: Editorial Herder S.A., 1976; 21-32.