UNIVERSIDAD NACIONAL
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS
ESCUELA DE LITERATURA Y CIENCIAS DEL LENGUAJE

SEXO SEGURO: 99 CONSEJOS PARA PREVENIR LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA, DE THOMAS PARTNER

TRADUCCIÓN Y MEMORIA

Trabajo de graduación para aspirar al grado de
Licenciado en Traducción
(Inglés – Español)

presentado por

WILLIAM CHEN MOK

1999

Hoja del tribunal

Sexo seguro: 99 consejos para prevenir la infección por VIH/SIDA, de Thomas Partner.

Traducción y Memoria.

Trabajo de Graduación para aspirar al grado de

Licenciado en Traducción (Inglés-Español),

presentado por William Chen Mok el día

20 de mayo de 1999

ante el tribunal calificador integrado por:

Dr. Albino Chacón Gutiérrez
Decano de la
Facultad de Filosofia y Letras

p/ Ausy

M.L. Rafael Pérez Miguel
Director de la
Escuela de Literatura y Ciencias del Lenguaje

Rafael Pérez Miguel

M.A. Sherry Gapper Morrow
Profesora guía

Sherry Elaine Gapper Morrow

Lic. Lisandro Gastón Gainza Alvarez
Lector

Dr. Carlos Francisco Monge Meza
Lector

Carlos Francisco Monge

Dr. Walter Marín Méndez
Lector

Walter A Marín

Postulante:
William Chen Mok

William Chen

Advertencia

La presente traducción se ha realizado para cumplir con el requisito curricular de obtener el grado académico en el Plan de Licenciatura en Traducción, de la Universidad Nacional.

Ni la Escuela de Literatura y Ciencias del Lengüaje de la Universidad Nacional, ni el traductor, tendrán ninguna responsabilidad en el uso posterior que de la versión traducida se haga, incluida su publicación.

Corresponderá a quien desee publicar esa versión gestionar ante las entidades pertinentes la autorización para su uso y comercialización, sin perjuicio del derecho de propiedad intelectual del que es depositario el traductor. En cualquiera de los casos, todo uso que se haga del texto y de su traducción deberá atenerse a los alcances de la Ley de Derechos de Autor y Derechos Conexos, vigente en Costa Rica.

Este trabajo de graduación se lo dedico a mi madre por su apoyo incondicional

en todo momento.

Agradecimientos

Dr. Walter Marín Méndez

Dr. Mario Chen Mok

R.N. Thomas Partner

Dr. Ernesto Aguilar Mora

M.A. Sherry Gapper Morrow

Lic. Lisandro Gastón Gainza Alvarez

Dr. Carlos Francisco Monge Meza

Índice general

Prólogo vi

Traducción 1

Memoria 93

Introducción 94

Capítulo 1: Aspectos generales 99

Capítulo 2: La transposición y su efecto en la posición del *tema* y *rema*..... 117

Capítulo 3: Terminología del campo específico del VIH/SIDA 132

Conclusiones 157

Bibliografia 162

Apéndice: Texto Original 166

Prólogo

El presente trabajo de graduación se realiza para aspirar al grado de Licenciado en Traducción (inglés/español). El estudio consiste en la traducción del libro *Healthy Sex: 99 Tips to Prevent HIV Infection*, escrito por Thomas Partner y publicado a finales de 1997 en los Estados Unidos[1] (ver apéndice en el que se adjunta una copia del texto original). Este libro no solo contiene temas conocidos de prevención como el uso del condón y las prácticas sexuales riesgosas, sino que también incluye temas relacionados con la psicología como el mejoramiento de la autoestima. Todo ello hace que este texto sea de gran importancia en la actualidad como medio de difusión para la prevención de esta enfermedad.

Además de la traducción, el trabajo incluye tres capítulos de análisis de aspectos y problemas pertinentes a la traducción del libro y a la ciencia de la traductología. El primer capítulo trata los aspectos generales del libro original e incluye una caracterización del mismo. El segundo capítulo presenta un estudio de la transposición y su efecto en la posición del *tema* y *rema*. El tercer capítulo se refiere a aspectos terminológicos relacionados con este libro y con el campo de la salud preventiva, en especial. También contiene dos glosarios para que el texto traducido sea comprendido en su totalidad.

---

[1] Partner, Thomas. *Healthy Sex: 99 Tips to Prevent HIV Infection.* Los Angeles, California: Partner Health Publications, 1997.

TRADUCCIÓN

Prefacio

Este libro tiene tres objetivos:

El primero es el de darle mayor información sobre la prevención del VIH (virus de inmunodeficiencia humana) que la que da el 99 por ciento de esas personas que dicen llamarse educadores en la prevención del VIH. Así usted no dependerá de la opinión de educadores que, comúnmente, están mal preparados y que tal vez no entiendan la importancia de cada palabra que dicen. En lugar de ello, usted tendrá la información, la cual puede que sea de vital importancia.

El segundo es que usted no solo se mantenga como VIH negativo, sino que también esté sano, tanto en el aspecto psicológico como social.

El tercero es que este libro no solo le ayude a usted, sino que además le aconseje a sus amigos y parientes para que ellos también se mantengan como VIH negativos, socialmente útiles y psicológicamente sanos, tres cosas que parecen ser interdependientes.

Con este libro, usted conocerá información detallada sobre la prevención del VIH, para que así no solo tenga conocimiento detallado sobre los aspectos psicológicos del contagio y prevención del VIH como el sexo oral, anal, condones y lubricantes, sino que también sabrá la importancia de tener aptitudes sociales (comunicación efectiva, firmeza de carácter, negociación, etc.) y cómo mejorarlas si es necesario. Además, usted sabrá por qué es muy importante estar psicológicamente sano para prevenir la infección del VIH y cómo usted puede lograr estar psicológicamente sano en el caso que no lo sea.

Ya sea que usted necesite información sobre condones, lubricantes o sexo oral; o aprender a comunicarse en forma efectiva y tener un carácter firme; o ayuda con un problema

psicológico (baja autoestima, depresión, negación, alcoholismo o bajo autocontrol), este libro le puede ayudar. Esto es,...teniendo en cuenta que no solo lo lea, sino que también lo aplique.

Consejo 1

No creer que el sexo seguro es "fácil"

VIH son las siglas de Virus de Inmunodeficiencia Humana. Este virus se transmite por relaciones sexuales vaginales, anales y orales; al compartir drogas intravenosas; por accidentes de trabajo (pinchazos de agujas en hospitales); transfusiones de sangre; de la madre al bebé en el nacimiento y al amamantarlo, y tal vez por un beso apasionado (un caso reportado). En los EEUU, la manera más común de transmisión es por medio de las relaciones sexuales y del uso de drogas intravenosas.

La mayoría de los personas infectadas (VIH positivas) no muestran señales fisicas exteriores, se ven y se sienten bien. Las señales que pueden mostrar, si es que muestran alguna, suelen ser sarpullido en la piel o ganglios linfáticos inflamados. La mayoría de las veces, disfrutan de una relativa buena salud durante los primeros ocho años después de que fueron infectados, a pesar de que casi siempre, dentro de sus cuerpos, el virus está destruyendo poco a poco las células T (un tipo específico de glóbulos blancos que ayudan a combatir la infección).

Uno de los primeros errores que cometen muchas personas cuando aprenden sobre sexo seguro (prevención VIH), es pensar que es un asunto fácil. Para algunas personas muy lógicas y poco emocionales el sexo seguro puede que les resulte fácil; no obstante, para la mayoria no lo es. Si fuera una cuestión fácil, los EEUU no tendrían alrededor de 40.000 casos nuevos de infección cada año[1]; no habría cerca de 12 millones de enfermedades transmitidas sexualmente cada año[2], y no habria un estimado de 1 millón de embarazos no deseados tampoco. Además, el SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) no sería la principal causa de muerte en varones de 25 a 44 años y la tercera causa de muerte en mujeres de 25 a 44 años.[3]

La prevención de la infección por VIH no es fácil debido a que la gente tiene relaciones sexuales sin protección por muchas razones y resulta difícil saber, con anticipación, cuáles de ellas hace que una persona se arriesgue. Las siguientes son algunas de esas razones que las personas han dado como excusa por haber tenido sexo sin protección:

- estar deprimido, no importarle;
- estar enamorado;
- estar en situación de estrés;
- no disponer de un condón;
- temer que la pareja desapruebe el uso del condón o el comportamiento sexual restringido;
- no creer que la pareja pueda ser VIH positiva porque se veía muy bien;
- creer que algún tratamiento nuevo haría que el VIH sea una enfermedad de fácil tratamiento;
- pensar que uno nunca podría infectarse (Tommy Morrison, el boxeador profesional, dijo sentirse "invencible" antes de que se infectara);
- no tener el valor de decir que no;
- querer complacer a la pareja;
- ser violado;
- ser un adicto al sexo (inhabilidad de contener las ganas de tener relaciones sexuales);
- confiar demasiado en su pareja (confiar en que es VIH negativo y que se lleva una relación monogámica);
- consumir alcohol;
- usar drogas (marihuana, cocaína, crack, etc.);

- tener baja autoestima;
- no tener valor de preguntarle a la pareja si es VIH positiva;
- querer sentirse emocionalmente más cercano a la pareja;
- necesitar dinero para comprar drogas.

Además de todas esas razones, la prevención de la transmisión del VIH es difícil porque existen algunos detalles acerca de la prevención que muchas personas todavía desconocen. Para tener relaciones sexuales seguras debe saber la respuesta a preguntas como: ¿cuánto riesgo supone un beso francés?, ¿practicar sexo oral?, ¿penetración vaginal y anal?, ¿el uso de juguetes como los consoladores?, etc. También debe saber cuáles condones son mejores, cómo reconocer si su pareja es VIH positiva, qué diferencia hay en que su pareja sea VIH positiva con alto grado de células T o si tiene SIDA.

Además, el sexo seguro puede ser difícil porque parece ir contra el deseo natural de las personas de lograr el mayor placer posible. No es fácil contener las ganas de tener relaciones sexuales sin condón, ni tampoco reducir el placer sexual a propósito. Además, es difícil parar en medio de una relación sexual apasionada para ponerse un condón y lubricarlo. No es fácil ser siempre lógico, racional y sensato durante el acto sexual.

Debido a que resulta imposible predecir qué razón podría hacerle tener relaciones sexuales sin protección, este libro trata de explicar muchas de esas razones y le da información y consejos para que reduzca la tentación. Además, se le mostrará información que no se difunde lo suficiente. Hay que recordar que la mayoría de la gente se infecta no porque desconocían información tan básica como el uso del condón, sino por otras muchas razones

como baja autoestima, falta de firmeza y adicción al sexo. Este libro cubre tanto lo básico como lo complejo.

Consejo 2

No creer que si se infecta se curará fácilmente

Algunos médicos dicen que, en la actualidad, las personas dan una nueva razón para tener relaciones sexuales sin protección; algunos pacientes dicen que están practicando sexo inseguro porque creen que si se infectan, podrían curarse fácilmente. Esto no es cierto puesto que, a la fecha, no existe tratamiento que cure el VIH. Aunque existen excelentes medicamentos nuevos que han ayudado en gran medida a algunos pacientes, ninguno de ellos puede considerarse como una cura. Estos nuevos medicamentos han logrado reducir, en forma significativa, la presencia del virus de inmunodeficiencia humana mientras son ingeridos por las personas.

Nadie sabe lo que pasará cuando estas personas decidan dejar de tomar estos medicamentos. Además, aunque algunos medicamentos resultaran efectivos en la cura de la infección por VIH para algunas personas, es muy poco probable que éstos funcionen para todas las personas. Muchos de los medicamentos usados para el tratamiento de la infección por VIH producen efectos secundarios como: náusea, vómitos, diarrea, dolores de cabeza, entumecimiento y sensaciones de dolor en los dedos de los pies. Muchas personas no pueden tomar los medicamentos porque los efectos secundarios los enferman demasiado. Además, a la mayoría les disgusta tener que tomar un montón de pastillas dos o tres veces al día por varios años, ir frecuentemente a hacerse pruebas de sangre e interrumpir sus rutinas diarias

para visitar al doctor. También, algunas veces, existen variedades del virus que parecen ser resistentes a todos los medicamentos, aunque la persona pueda tolerarlos. No se engañe pensando que si se infecta con el VIH pasará por un tratamiento médico fácil.

Consejo 3

No dejar de creer en la utilidad de este libro

porque pronto habrá una cura para la enfermedad del VIH

Debido a que existen tantos nuevos medicamentos que parecen milagrosos en la actualidad para el tratamiento de la infección por VIH, usted puede sentirse tentado a creer que no necesita este libro, pero no es así. Aunque el tratamiento para la infección por VIH está mejorando en forma rápida, la enfermedad misma del VIH continúa prevaleciendo en nuestra sociedad, con tantas personas infectadas como antes. Aunque parece que las personas se están infectando a un ritmo más lento, todavía se dan aproximadamente 40.000 nuevos casos de infección cada año. Además, una mayor cantidad de personas infectadas logran vivir durante más tiempo. Por lo tanto, el número de personas que pueden transmitir el virus sigue creciendo. Aunque la salud y periodo de vida de estas personas mejoren, también pueden estar infectando a otras personas. Además, el hecho de que existan mejores medicamentos no quiere decir que todas las personas infectadas con el VIH recibirán tratamiento. Es posible que muchas personas no sepan que están infectadas o simplemente no crean en la utilidad de tomar medicamentos. Otras personas, en especial los que viven en otros países, pueden no ser capaces de costear los medicamentos.

Aunque existiera una cura exitosa, eso no significaría la eliminación de la enfermedad. Por ejemplo, la sífilis y la gonorrea han sido tratadas en forma exitosa con medicamentos por

muchos años y aun así continúa su proliferación. A menos que se desarrolle una vacuna para la prevención de la infección por VIH (muchos científicos lo dudan), esta enfermedad estará entre nosotros durante mucho tiempo.

Consejo 4

Preguntarle a su pareja si es VIH negativa o positiva

Antes de tener relaciones sexuales, considere la posibilidad de preguntarle a su pareja si es VIH negativa o positiva. Hay muchas razones para preguntar. En primer lugar, si una persona se da cuenta de que su pareja es VIH positiva, entonces podrá tomar una decisión en conciencia de si quiere o no tener relaciones sexuales con esa persona. Esto no quiere decir que es imposible tener relaciones sexuales seguras con una persona infectada con el VIH. Al contrario, ello se puede lograr si uno utiliza la protección adecuada en forma constante. Muchas personas han tenido y tienen relaciones sexuales seguras con hombres y mujeres infectados con el VIH. También, muchos hombres y mujeres llevan una relación afectiva maravillosa con parejas infectadas con el VIH. Sin embargo, si usted decide tener relaciones sexuales con una persona infectada, debe usar protección en forma constante para reducir el riesgo. Si va a ser una relación duradera, esto implica el uso de protección en forma constante cada vez que tenga sexo desde el principio hasta el fin de la relación. Algunas personas no son capaces de lograr lo anterior.

En segundo lugar, es importante preguntar si una persona es VIH positiva porque cualquiera puede estar infectado. Todo lo que se requiere para infectarse es tener relaciones sexuales sin protección o compartir drogas intravenosas con la persona equivocada una sola

vez. Su pareja podría haber tenido relaciones sexuales o compartido drogas intravenosas con cualquier persona. Una de sus parejas anteriores puede que se haya infectado con el VIH. El hecho de no pertenecer al grupo de alto riesgo (homosexuales o usuario de drogas intravenosas) no garantiza que la persona sea VIH negativa. Algunos jóvenes tienen relaciones sexuales con gente mayor. Existen hombres y mujeres que tienen relaciones sexuales con prostitutas/os, así como heterosexuales que tienen relaciones sexuales con parejas homosexuales y bisexuales. Otros hombres y mujeres tienen relaciones sexuales con parejas que usan drogas intravenosas. Y algunos hombres y mujeres comparten drogas intravenosas. No asuma que su pareja es VIH negativa solo porque pertenece a la categoría de bajo riesgo (joven, heterosexual, caucásico, etc.). Puede que una de sus parejas anteriores no perteneciera a esa categoría. Es posible que cualquiera esté infectado.

En tercer lugar, algunas personas VIH positivas quieren ser honestas acerca de su condición cuando conocen a alguien, pero son muy tímidas para decirlo. Se les hace más fácil ser honestos si la otra persona hace la pregunta.

En cuarto lugar, algunas personas VIH positivas no contarían acerca de su condición a menos que se les pregunte. No obstante, darían una respuesta honesta si se les pregunta.

En quinto lugar, al preguntarle a su pareja le da a entender que usted sabe acerca del VIH y que le preocupa infectarse.

Por último, la pregunta abre la posibilidad de hablar sobre la práctica del sexo seguro, el uso del condón y de las preferencias sexuales.

Si alguien dice no conocer si es VIH positivo o negativo porque no se ha hecho el examen, o da otro tipo de respuesta evasiva como: "¿qué importa si vamos a tener relaciones sexuales seguras?", tenga cuidado. Se da el caso en que hombres y mujeres VIH positivos

dicen lo anterior en vez de admitir que lo son. Además, algunos hombres y mujeres que creen ser VIH positivos evitan hacerse el examen porque no quieren saberlo.

Si el resultado de un examen del VIH es "positivo", casi siempre significa que la persona está infectada con el virus de inmunodeficiencia humana. Es sorprendente que exista una cantidad muy reducida de personas que han resultado positivas y que no están infectadas por el virus del SIDA. Sin embargo, la mayoría de las personas que resultan "positivas" en el examen de VIH si están infectadas. En casi todos los casos, esto implica tomar medicamentos, hacerse exámenes de sangre y visitar al médico frecuentemente. Para muchos, también significa la pérdida, poco a poco, del funcionamiento de su sistema inmunológico y, finalmente, la muerte a causa del SIDA.

Sin embargo, resultar VIH positivo no significa tener SIDA. Una persona VIH positiva puede tener o no SIDA, depende de lo bien que esté funcionando su sistema inmunológico. Esto se va a tratar con más detalle en el consejo 14: "Conozca la diferencia entre VIH y SIDA" (página 25).

El ser VIH positivo tampoco significa que la persona morirá de la infección por VIH. En el pasado, muchas personas VIH positivas (probablemente más del 90%) terminaban con SIDA y morían, pero ahora esto está cambiando. Con el uso de inhibidores de proteínas (Crixivan, Norvir, Invirase, etc.) en combinación con otros medicamentos antivirales, se tiene una mejor oportunidad ahora de lograr un tratamiento exitoso.

También es importante preguntarle a su pareja cuándo fue la última vez que se hizo el examen de VIH. Esto debido a que una persona pudo haberse infectado después de su último examen. Mientras más reciente es el examen, menor es la oportunidad que la persona haya

tenido para infectarse. Un examen hecho hace unos meses es, en general, mucho más confiable que uno hecho hace varios años.

Precaución: Muchas personas VIH positivas han admitido haber mentido algunas veces acerca de su condición para evitar el rechazo de su posible pareja sexual. La pregunta "¿Es usted VIH positivo o negativo?", no garantiza que la persona le dé una respuesta sincera. Sin embargo, si una persona contesta honestamente, usted será capaz de tomar una decisión mejor fundada. Saber que su pareja es VIH positiva le motivará a tener relaciones sexuales seguras en forma constante con esa persona, si es que decide tener relaciones sexuales. Es un hecho que usted no sabrá menos al preguntar y muchas veces sabrá mucho más.

Consejo 5

Pídale a su pareja que se haga el examen del VIH

Si usted es una persona paciente y precavida, pídale a su pareja que se haga el examen ELISA de VIH (prueba de enzima enlazada inmunoabsorbente) y que le muestre el resultado con su nombre. Esta es la forma más segura de saber, ya que no todas las personas son confiables. No obstante, no se debe confiar totalmente en el examen ELISA de VIH porque puede que se dé algún error.

Para estar aún más seguro, además de pedirle a su pareja que se haga el examen ELISA de VIH, se debe establecer una relación monogámica y volver a hacerse el examen seis meses después con dos diferentes exámenes, el ELISA de VIH y el PCR-DNA de VIH (reacción en cadena de la polimerasa del ácido desoxirribonucleico). El examen ELISA es el más común,

más preciso y relativamente más barato (US$35), y el examen PCR-DNA de VIH es la forma más precisa de corroborar el examen ELISA.

El examen ELISA busca las moléculas de proteínas (anticuerpos) que un organismo produce para luchar contra la infección por VIH. Es común que un cuerpo infectado con VIH empiece a producir estos anticuerpos entre dos semanas a tres meses después de ser infectado. Sin embargo, de acuerdo con algunas fuentes, el cuerpo podría tardar hasta dos o más años en producir los anticuerpos. Si el cuerpo está produciendo estos anticuerpos del VIH, se estima que el examen ELISA tiene un 99,7% de confiabilidad. Esto significa que tres de cada mil exámenes son erróneos.

El examen PCR-DNA de VIH es un examen que busca parte del virus de inmunodeficiencia humana y no los anticuerpos que luchan contra el virus. De acuerdo con un laboratorio (*Laboratory Corporation of America*) que hace pruebas de sensibilidad del examen PCR-DNA de VIH, este examen es 99,9% confiable después de 28 días de la infección. Sin embargo, tiene sus desventajas. La primera es que aunque un laboratorio dijo que el examen PCR-DNA de VIH es 99,9% confiable, otros estudios publicados en forma independiente no han tenido los mismos resultados. Un estudio concluyó que este examen es confiable solo en un 91% de las veces.[4]

Otra desventaja de este examen es el alto costo que tiene, alrededor de US$250. Aunque comparado con el valor de una vida humana o el costo de los medicamentos contra la infección por VIH, US$250 no es mucho dinero. No obstante, para muchas personas a las que apenas les alcanza para sobrevivir, esa cantidad parece excesiva comparada con otros exámenes del VIH. Recuerde que el examen ELISA solo cuesta US$35 y en muchas ocasiones se puede obtener en forma gratuita.

Sin embargo, si usted puede pagar US$250 y desea estar aún más seguro de su resultado o el de su pareja, el examen PCR-DNA de VIH, además de hacerse el examen ELISA, es lo mejor que puede hacer. Ninguno de los dos exámenes son 100% confiables, pero la combinación de los dos puede darle un resultado con una confiabilidad de casi el 100%. Por supuesto, lo anterior funciona si es que usted no se ha infectado recientemente. Por ello, es recomendable que usted y su pareja practiquen solo relaciones sexuales seguras por lo menos durante los seis meses antes de volver a hacerse el examen.

Precaución: recuerde que existen otras enfermedades de transmisión sexual que causan problemas serios de la misma forma que el VIH. El examen de sensibilidad ELISA y el de PCR-DNA de VIH no detectan estas enfermedades, como gonorrea, sífilis, chlamydia, hepatitis, verrugas venéreas y herpes. Todas ellas pueden ser muy incómodas y algunas de ellas (hepatitis, sífilis y algunas verrugas venéreas), en sus formas más severas, pueden inclusive provocar la muerte. Si después de resultar negativo en el examen usted decide practicar sexo sin protección, sería bueno que se hiciera un examen de sangre para detectar sífilis y hepatitis B y C, y una revisión de herpes, verrugas venéreas y gonorrea.

Consejo 6

Comprender la noción de "período de ventana"

El período de ventana es el período que se extiende desde el momento en que una persona se infecta con el VIH hasta el momento en que un examen de sangre muestra que esa persona está infectada. Este período va de las dos semanas a los seis meses; sin embargo, en muy pocos casos, puede llegar hasta dos o tres años. Al día de hoy, ningún examen puede

determinar si una persona ha sido infectada con el VIH inmediatamente después de ser adquirido.

Este periodo de ventana se debe a que ninguno de los exámenes desarrollados hasta el momento es lo suficientemente sensible como para detectar la infección inmediatamente después de que la persona se infecta. De hecho, los exámenes más populares y baratos como el ELISA, EIA (Ensayo Inmunológico de Enzima), IFA (Ensayo Inmunofluorescente) y el examen de aglutinación látex, buscan los anticuerpos (moléculas de proteína) en la sangre, los cuales son producidos por el cuerpo en respuesta a la presencia del virus. Como se mencionó en el consejo anterior, estos anticuerpos necesitan tiempo para ser producidos. Muchos de los médicos creen que la persona infectada promedio necesita aproximadamente de dos a seis meses para producir estos anticuerpos y, en consecuencia, resultar positiva en el examen. Sin embargo, como ya se mencionó anteriormente, fuentes muy conservadoras dicen que puede tomar de dos a tres años. Una de esas fuentes, *The Clinician's Handbook of Preventive Services* (1994), dice que es probable que el cinco por ciento de las personas infectadas por el VIH dure más de seis meses en producir anticuerpos contra este virus. Además del desacuerdo que existe acerca del periodo de ventana, también se han dado unos pocos casos en los cuales la persona se hace el examen y resulta VIH positiva, y después, en otro examen, VIH negativa; aunque en realidad si esté infectada.[5]

Un segundo tipo de exámenes, que no busca los anticuerpos sino el virus (o parte de él), también tiene un período de ventana. Aunque estos exámenes (entre ellos el PCR-DNA de VIH, el p-24 antígeno y el NABSA) son más precisos a la hora de determinar la infección por VIH y lo detectan antes que los otros exámenes, también tienen un período de ventana. Como fue dicho en el consejo anterior, el examen PCR-DNA de VIH tiene un periodo de ventana

estimado de 28 días. Una de las razones por las que se da este periodo de ventana es que la persona recién infectada no tiene cantidades suficientes del virus en la sangre para ser detectado. De ello se desprende que sin importar qué examen se haga, siempre existe la posibilidad de que una persona esté infectada y resulte VIH negativa en el examen. En otras palabras, la persona se encuentra en el periodo de ventana.

Consejo 7

Darse cuenta de que usted tiene el derecho de decidir si quiere tener relaciones sexuales con una persona VIH positiva

Debido a que existe más de un millón de personas en los EEUU que son VIH positivas, es muy probable que usted, algún día, tenga que decidir si quiere tener relaciones sexuales con alguien infectado. Para algunos, esta decisión puede que sea fácil de tomar. Pero para la mayoría no lo es, puesto que muchas personas infectadas con el VIH son gente afectiva, amorosa, atractiva e inteligente y resultan buenos partidos para una relación de pareja.

Se deben tener en cuenta las ventajas y desventajas al decidir el inicio de una relación sexual con una persona infectada. Las ventajas son, la mayoría de las veces, que la persona sea atractiva, que se tenga una buena relación afectiva y se disfrute de la persona en ese momento. Las desventajas consisten en no poder tener relaciones sexuales sin protección y tener siempre presente la amenaza de contagio del VIH. Además, si la relación es de largo plazo, otra desventaja es el no saber cuánto tiempo durará la persona con buena salud y, algunas veces, ver a la persona sufrir y morir. Estos aspectos deben ser sopesados con la

probabilidad de encontrar una pareja VIH negativa que pueda ser mejor, o no encontrar ninguna pareja del todo. Por ello, la decisión puede ser muy difícil.

Otro aspecto que haría aun más difícil tomar una decisión se da cuando algunas personas VIH positivas presionan a sus posibles parejas, diciéndoles cosas como "es injusto que me rechaces solo porque soy VIH positivo, esto es discriminación." Tales personas olvidan que ellas mismos han rechazado personas que querían tener relaciones sexuales con ellas, que tanto personas VIH positivas como las VIH negativas escogen cuando buscan una pareja sexual. Buscan a la persona con la apropiada estatura, raza, cara, tamaño de genitales, color de ojos, etc. En consecuencia, rechazan a alguien por muchas razones de la misma forma: es muy delgado o gordo, no gana suficiente dinero, tiene el pelo muy corto o muy largo, fuma, toma, es adicto a las drogas, etc. Rechazar a alguien por ser VIH positivo no es mejor ni peor que rechazarlo por alguna otra razón.

Por otro lado, las personas VIH positivas no son las únicas rechazadas por su condición. También las personas VIH negativas son algunas veces rechazadas por hombres y mujeres VIH positivas. Algunos de ellos prefieren a otras personas VIH positivas, puesto que tienen sentimientos, problemas y metas similares. Otras personas VIH positivas simple y sencillamente no quieren una pareja VIH negativa porque no quieren preocuparse de transmitirle el virus.

De acuerdo a la *Declaración de Independencia*, usted tiene el derecho a la vida, la libertad y la búsqueda de la felicidad. Por lo tanto, si conoce a una persona VIH positiva, usted tiene el derecho de decidir si quiere tener relaciones sexuales con esa persona, ello con el fin de buscar la felicidad. Si cree que va a ser más feliz con una pareja VIH positiva, usted

tiene el derecho de escoger. Si cree que va a ser más feliz con una pareja VIH negativa, usted también tiene el derecho de escoger.

Consejo 8

No creer que se está a salvo al tener una relación de pareja estable

Es importante entender que aunque encuentre una pareja estable que sea VIH negativa, no es una buena idea confiar en esa persona completamente, sin antes conocerla bien. Muchos hombres y mujeres han creído estar en una relación monogámica, que ambos eran VIH negativos y que podían tener relaciones sexuales sin protección. Sin embargo, años después, descubren que han sido infectados porque su pareja les había sido infiel.

De acuerdo con un estudio hecho en Australia en un período de cinco años, el 20% de los hombres homosexuales en relaciones monógamas eran infieles.[6] El informe Kinsey indica que alrededor del 37% de todos los hombres heterosexuales casados y cerca del 20% de las mujeres heterosexuales casadas han tenido relaciones sexuales fuera del matrimonio.[7] Otro informe en *Cosmopolitan* dice que 69,2% de las mujeres casadas han sido infieles.[8] El estudio Hites indica que el 66% de todos los hombres casados han tenido relaciones sexuales fuera del matrimonio.[9]

Consejo 9

Considere expresar su preocupación

acerca de la infidelidad

Aunque no hay garantía de que el expresar su preocupación acerca de la infidelidad hará que su pareja sea fiel, podría ser de utilidad. Su pareja lo pensaría dos veces antes de ser infiel si sabe cuánto daño le causaría a la otra persona. A continuación, algunos ejemplos de cómo se puede expresar esa preocupación acerca de la infidelidad:

"Me importas mucho y por ello me dolería si llego a saber que tienes relaciones sexuales con otras personas, pero me dolería aun más si no usaras protección"

"Porque te amo, no me gustaría que tuvieras relaciones sexuales sin protección con otras personas. Pero si estás haciéndolo, te agradecería que me lo dijeras, para que así, yo pueda protegerme."

"No sé cómo me sentiría si tu me fueras infiel, de lo que sí estoy seguro es que me gustaría saberlo, ya que no tendría relaciones sexuales contigo sin protección."

Si le preocupa que su pareja le sea infiel, debe considerar decirle lo que siente al respecto. Por ejemplo, puede decirle cosas como:

"Te amo y por ello me preocupa que estés teniendo una aventura porque, algunas veces, el teléfono suena y cuando contesto, la persona cuelga."

"Te amo y por ello me preocupa que cuando sales en viajes de trabajo, no todo sea trabajo."

"Te amo y por ello me preocupo cuando no me dices adónde vas en las noches."

"Me preocupa cuando llegas tarde a casa del trabajo y no me dices nada."

Si su pareja no está dispuesta a hablar de la infidelidad, puede que esté ocultando algo. Si este es el caso, se recomienda empezar a usar condones.

Consejo 10

Asegúrese de que su pareja o esposo/a esté satisfecha tanto sexual como emocionalmente

Se debe tener en cuenta que la mayoría de las parejas y matrimonios no usan condones y que algunas de esas parejas y matrimonios son infieles debido a que no están satisfechos ni emocional ni sexualmente con sus parejas. Por ello es una buena idea tratar de satisfacerlos en esos aspectos. Una forma de lograrlo es por medio de una buena comunicación, expresando los sentimientos y preocupaciones y haciendo preguntas. Los siguientes son ejemplos de las cosas que se podrían decir:

"Disfruto mucho cuando estamos juntos, ¿y tú?"

"¿Te sientes satisfecho con nuestra relación?"

"¿Hay algo que pueda cambiar para que sepas que te amo y me interesas?"

"¿Te gustaría pasar más tiempo juntos?"

"¿Hay algo que pueda hacer para lograr que nuestra vida sexual sea más interesante y satisfactoria?"

Consejo 11

No creer que si una persona evita hablar del VIH y de los condones significa que es VIH negativa

Algunos hombres y mujeres se equivocan al creer que si sus parejas no sugieren el uso del condón es porque son VIH negativas. De hecho, puede significar todo lo contrario, que la persona tenga una mayor probabilidad de estar infectada por el VIH. Debido a que las personas son criaturas de hábito, si una pareja no sugiere el uso del condón, es posible que haya sugerido lo mismo a otros, algunos de los cuales tal vez hayan accedido. Esto, por supuesto, haría que la persona se encuentre en un riesgo mayor de contraer la infección por VIH.

También es necesario que usted entienda que algunas personas VIH positivas –no todas– tendrían relaciones sexuales sin protección con otros a sabiendas del riesgo. Mientras que algunos hombres y mujeres VIH positivos se vuelven más cuidadosos a la hora de tener relaciones sexuales, otros siguen arriesgándose o se vuelven menos cuidadosos. Esto se debe a que muchos hombres y mujeres no son solo egoístas e irresponsables, sino que también tienen sus problemas sociales y psicológicos. Y algunas de estas personas no van a cambiar de pronto y volverse altruistas (interesarse por el prójimo) y responsables solo porque descubren que son VIH positivas.

Un estudio hecho en Australia con hombres homosexuales reveló que, alrededor del 31% de un grupo de 88 personas VIH positivas, creían que era asunto de sus parejas el ser responsables por ellas mismas.[10] En otras palabras, si ellos querían tener relaciones sexuales anales sin condón, eso era su decisión.

Otros hombres y mujeres VIH positivos han expresado estar tan enojados que no les importaba si contagiaban o no a otros. También, otros dijeron sentir que ya no tenían nada que perder, por lo que no les importaba tener relaciones sexuales inseguras.

Es irónico y desafortunado que algunos hombres y mujeres asumen que sus parejas son VIH negativas porque no sugieren el uso del condón. No cometamos este error.

Consejo 12

No se apresure a tener relaciones sexuales sin protección

Muchas personas caen en el error de tener una relación por un par de semanas o unos pocos meses y entonces empiezan a tener relaciones sexuales sin protección. Esto no es seguro debido al período de ventana que ya se mencionó anteriormente. Recuerde que una persona puede resultar VIH negativa en un examen y estar infectada con el VIH.

Por ello, cuando establezca una relación monogámica, no se apresure a tener relaciones sexuales sin protección. Una vez que se ha hecho un hábito tener relaciones sexuales sin protección, es difícil dejar de hacerlo. Debe tratar de tener una relación monogámica con su pareja durante por lo menos seis meses antes de empezar a tener relaciones sexuales sin protección. Y entonces volver a hacerse el examen del VIH. Es aun más seguro si se espera más tiempo antes de volver a hacerse el examen y de tener relaciones sexuales sin protección.

Consejo 13

Conocer lo que son las células T

Es importante saber sobre las células T por varias razones. Una de ellas es que si tiene un amigo, pariente o pareja que es VIH positiva, comprenderá mejor qué es lo que a esta

persona le preocupa si conoce sobre las células T. Por ejemplo, la mayoria de las personas VIH positivas que tienen una alta cantidad de células T (más de 500 CD4 células/milímetro cúbico) están seguras que su salud es buena, mientras que muchas personas que tienen una baja cantidad de células T (menos de 200 CD4/milímetro cúbico) están a menudo preocupadas de que se van a enfermar o morir en unos pocos años. Por ello, las personas con mayor cantidad de CD4 no suelen necesitar ni quierer lástima, pero las que tienen menos de 200 CD4/milímetros cúbicos sí necesitan ser comprendidas.

La segunda razón por la que necesita conocer sobre las células T es que, en términos generales, mientras más baja es la cuenta de estas células, mayor es la probabilidad de que la persona se infecte. Esto es verdad especialmente en los casos en que la cantidad de células CD4 sea menor de 200/milímetros cúbicos.

Las células T son un grupo específico de glóbulos blancos en la sangre. Dentro del grupo de células T existen diferentes tipos; dos de los más comunes son las células CD4 y CD8. Cuando una persona es infectada con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), una de las primeras cosas que el virus ataca son las células CD4. Estas células son particularmente vulnerables al virus (también ataca otras partes del cuerpo de la persona pero las células CD4 son, casi siempre, las primeras). Aunque el cuerpo lucha contra el virus y produce nuevas células CD4, durante un periodo de tiempo que suele tomar varios años, el virus de inmunodeficiencia humana empieza a destruir estas células más rápido de lo que el cuerpo es capaz de producirlas. La cantidad normal de células CD4 en una persona con un sistema inmunológico sano es de 500 a 1500/milímietro cúbico, con un promedio de alrededor de 1000/milímetro cúbico. Es interesante que, aunque es típico que una persona infectada con el VIH tenga una cantidad menor que lo normal de células CD4, también es típico que tenga una

mayor cantidad que lo normal de células CD8. La razón verdadera de este incremento en células CD8 no se ha comprendido en su totalidad aun.

Sin embargo, existe un punto más allá del cual el cuerpo no producirá más el exceso de células CD8, y estas empezarán a decrecer en número al igual que las células CD4. Tanto las células CD4 como las CD8, así como otras células blancas en la sangre, son responsables por la defensa del cuerpo contra los organismos invasores, y aun contra los organismos que ya están en el cuerpo (pero que no suelen causar problemas). Cuando las células CD4 empiezan a decrecer en número en una persona VIH positiva, existe un mayor riesgo de que se enferme. Es común que una persona con menos de 200 o 300 células CD4/milímetro cúbico esté en riesgo de contraer neumonía por *Pneumocistis carinii* (PCP). Esta es una enfermedad pulmonar que se da cuando crece en exceso un hongo dentro del cuerpo; este hongo dificulta la respiración. Cuando una persona tiene menos de 100 células CD4/milímetro cúbico, está en riesgo de tener aun más problemas, entre los que se incluyen el PCP, el *Micoobacterium avium-intracelulares* (MAI), el citomegalovirus (CMV) y otros. EL MAI ocasiona una pobre absorción de nutrientes, pérdida de peso y, algunas veces, diarrea incontrolable. El CMV ocasiona a menudo, entre otras cosas, pérdida de la vista y hasta seguera total en algunos casos. Cuando las células CD4 son menores que 50/milímetro cúbico, aumenta aun más la cantidad de infecciones que pueden ocurrir. Lógicamente, cuanto peor sea la infección, peor serán los síntomas: náusea persistente, dolores de cabeza, dolores de pie, pérdida de la habilidad para controlar la orina y la defecación y, en muchos casos, pérdida de la habilidad para pensar en forma clara (demencia).

Debido a que las células CD4 parecen ser el tipo de células T más importantes, muchos pacientes, enfermeras y médicos usan los dos términos indistintamente. Los médicos y las

enfermeras saben que existen otros tipos de células T y que es un error técnico usar el término "células T", a menos que se hable de todos los diferentes tipos de células T. No obstante, ellos solo usan ese término para no confundir al paciente. En el resto de este libro se usará el término "células CD4" porque es técnicamente lo correcto y se evita con ello cualquier confusión.

Consejo 14

Conocer la diferencia entre VIH y SIDA

Es importante conocer la diferencia entre VIH y SIDA porque estos términos se usan mucho en los medios de comunicación y, algunas veces, en forma incorrecta. También debe saber que existe una enorme diferencia en el significado exacto de estos términos. Una persona puede ser VIH positiva y tener un sistema inmunológico normal. O por el contrario, una persona puede ser VIH positivo y tener un sistema inmunológico muy deficiente (tener SIDA).

El SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) es la etapa final de la enfermedad VIH. Cuando el virus de inmunodeficiencia humana destruye demasiadas células CD4 y CD8 en una persona, su cuerpo no puede defenderse de muchos tipos de infección. A una persona se le diagnostica la enfermedad del SIDA cuando contrae una de las enfermedades asociadas con una baja cantidad de células CD4. Agunas de estas enfermedades ya se mencionaron en el consejo 13.

Una persona también puede ser diagnosticada con SIDA si la cantidad de células CD4 que tiene decae por debajo de 200/milímetro cúbico. Esta nueva definición se dio en 1993 para facilitar al Centro de Control de Enfermedades (*Center For Disease Control*) el conteo de

personas con SIDA. Un alto porcentaje de personas diagnosticadas con SIDA, que no reciben el tratamiento adecuado, mueren dentro de los dos años posteriores al diagnóstico.

Consejo 15

Comprender el significado de "carga viral"

"Carga viral" es un término médico que alude a la cantidad de virus de inmunodeficiencia humana que puede ser encontrada en la sangre. Hay dos exámenes que pueden determinar la carga viral que tiene una persona. El primero es el examen cuantitativo PCR-RNA (reacción en cadena de polimerasa de ácido ribonucleico). Anteriormente se habló del examen de sensibilidad PCR-DNA. El PCR-RNA es parecido, la diferencia es que éste toma en cuenta la cantidad del virus presente en lugar de si está presente o no. El resultado de este examen se da en copias/milímetro y va desde no detectable (menos de 400 copias/milímetro) a uno o dos millones de copias/milímetro. El segundo tipo de examen de carga viral es la ramificada ADN (rADN), el cual también mide la cantidad de virus en la sangre. El resultado se da en kilo equivalentes/milímetro. Un kilo equivalente en el examen rADN es igual a 1000 copias en el examen PCR-RNA.

Es importante para una persona VIH positiva hacerse el examen de carga viral porque, de acuerdo a su carga viral (y a otros exámenes menos importantes), un médico recomendará el tratamiento apropiado. En general, si no se detecta carga viral en una persona, no se recomienda tratamiento. Si la carga viral de una persona es mayor de 5000 a 10000 copias/milímetro, suelen recomendarse dos medicamentos. Si la carga viral se mantiene en más de 5000 a 10000 copias/milímetro después del tratamiento con dos medicamentos, se recomienda a menudo un tercer medicamento. Este es casi siempre un inhibidor de proteasa.

No obstante, algunos médicos sugieren que los pacientes empiecen a ser tratados tan pronto se crea que han sido infectados, sin importar su carga viral.

La carga viral es también importante para determinar si los medicamentos están actuando o no. Si la carga viral está aumentando, indica que los medicamentos usados son insuficientes. Si la carga viral disminuye en un tercio o más que cuando no se usaba ningún medicamento quiere decir que los medicamentos son efectivos.

Por último, la carga viral puede indicar cuán contagiosa es una persona. Algunos estudios sobre el contagio del VIH de madre a bebé durante el embarazo y el parto han descubierto que es menos probable que las madres con cargas virales más bajas, conteos altos de células CD4 y que están tomando AZT contagien a sus bebés.[11] Además, por lo menos un estudio demostró que, cuando los conteos de células CD4 son más altos y las personas están tomando AZT, es menos probable que su semen esté infectado del virus de inmunodeficiencia humana.[12] Esto parece indicar—no probar—que las personas con una carga viral más baja, mayor conteo de células CD4 y que estén tomando medicamentos son probablemente menos contagiosos. Si esto es verdad, entonces lo opuesto también lo es: las personas que no están tomando medicamentos, tienen un conteo bajo de células CD4 y una carga viral más alta, son probablemente más contagiosos. Sin embargo, no se puede asumir que esto sea totalmente cierto puesto que solo se han hecho pocos estudios referentes a este tema. Pero, por otro lado, si alguien tiene una pareja VIH positiva y quiere, necesita o debe tener relaciones sexuales sin protección, debe alentar a su pareja a que tome medicamentos para reducir su carga viral y con ello disminuir el riesgo de ser contagiado. Todavía estaría corriendo un riesgo, pero sería menor.

Consejo 16

Conocer algo sobre los medicamentos VIH

Aunque es de mucha importancia que las personas VIH positivas conozcan los medicamentos para el VIH, a veces es dificil para una persona que acaba de darse cuenta de que es VIH positiva concentrarse y pensar racionalmente acerca de la necesidad de tomar esos medicamentos. Algunas personas que resultan VIH positivas entran en una negación total de la realidad y nunca regresan para un chequeo posterior. Algunos temen a los medicamentos en general. Algunos creen que existe un complot del Gobierno para envenenarlos con medicamentos como AZT. Otros dejan pasar muchos años desde que resultaron positivos en el examen y el momento en que finalmente deciden conseguir tratamiento. Algunos esperan demasiado para salvar sus vidas. Por todo ello, es importante que usted sepa, por lo menos, un poco acerca de los medicamentos VIH para que así, si usted, un amigo, una pareja o pariente resulte VIH positivo, usted ya tendrá un conocimiento básico acerca de los medicamentos. Con ello usted también puede alentar a otros que necesitan medicamentos y que no son constantes al tomarlos a que los tomen. Esto no solo beneficia a la persona VIH positiva, sino que también beneficia a las personas con las que este tiene sexo, si se está teniendo sexo sin protección. Como ya fue mencionado, los medicamentos apropiados pueden reducir la carga viral de una persona, incrementar el conteo de células CD4 y así disminuir el potencial de contagio de esa persona.

Actualmente existen más de nueve diferentes medicamentos para el tratamiento de la infección por VIH. Cada uno de ellos se clasifica en uno de los tres grupos siguientes: inhibidores transcriptores reversos no-nucleótidos, análogos nucleótidos e inhibidores de proteasa. Como todos los medicamentos, estos tienen un nombre genérico y un nombre

comercial. Además, algunos tienen abreviaturas como AZT. Los nombre comerciales siempre van con mayúscula, los nombre genéricos no. Desafortunadamente, los tres nombres son, algunas veces, usados indistintamente, lo cual ocasiona confusión a los profesionales de la salud y al público general. Para aclarar un poco sobre este tema, la siguiente es una lista de la mayoría de los medicamentos disponibles que se están usando actualmente para combatir el virus de inmunodeficiencia humana.

Inhibidores transcriptores reversos no-nucleótidos:

nevirapine (Viramune)

Análogos nucleótidos:

AZT o ZDV - zidovudine (Retinovir)

3TC - lamivudine (Epivir)

ddI -didanosine (Videx)

ddC - zalcitabine (Hivid)

d4T - stavudine (Zerit)

Inhibidores de proteasa:

saquinavir (Invirase)

indinavir (Crixivan)

ritonavir (Norvir)

Ahora que usted ya tiene una idea más clara sobre los medicamentos disponibles en el mercado, también debe estar al tanto de algunas de las combinaciones con las que estos medicamentos se están usando. Los médicos a menudo recomiendan a sus pacientes teniendo en cuenta varios factores: la capacidad del paciente para tomar los medicamentos, el acceso de los medicamentos y las necesidades del paciente en lo que respecta a su conveniencia (algunos

medicamentos deben ser tomados antes de las comidas, otros después, algunos dos veces al día, algunos cada ocho horas, etc.). En la actualidad, tomar un solo medicamento es considerado inapropiado y, por lo tanto, casi nunca se da. La siguiente es una lista de posibles combinaciones de medicamentos.

Combinaciones de dos medicamentos:

AZT y 3TC

DDI y D4T

AZT y saquinavir

DDI e indinavir

DDI y retonavir

DDI y saquinavir

DDC y retonavir

Combinaciones de tres medicamentos:

AZT, DDI y saquinavir

AZT, DDC y saquinavir

AZT, DDI e indinovir

AZT, DDC e indinovir

AZT, 3TC e indinovir

D4T, 3TC e indinovir

Combinaciones de cuatro medicamentos:

AZT, DDI, 3TC y saquinavir

Según ya ha quedado indicado, a un paciente que tenga de 5.000 a 10.000 copias/milímetro se le recetarán, en la mayoría de los casos, dos medicamentos. Si tiene de

5.000 a 10.000 copias/milimetro después de ser tratado con dos medicamentos, será agregará un tercer medicamento (comúnmente un inhibidor de proteasa). Sin embargo, estas son solo pautas básicas y el médico, junto con el paciente, deben decidir si empiezan el tratamiento más temprano o más tarde.

Una vez que se empieza el tratamiento, no se debe suspender sin una explicación razonable. Ello se debe a que cuando una persona deja de tomar sus medicamentos, los cuales inhiben la reproducción del VIH, le da tiempo al virus para que cambie y se vuelva más resistente al medicamento. También es importante que el paciente se asegure de tomar los medicamentos en las dosis indicadas puesto que, al tomar menos, también se le estaría dando tiempo para que el virus cambie y se vuelva resistente al medicamento.

También se entiende que todos los medicamentos para el VIH pueden causar efectos secundarios como náusea, vómito, fatiga, diarrea, dolor de cabeza, sarpullido, etc. Sin embargo, se debe tener claro también que normalmente cuando una persona tiene un efecto secundario y deja de tomar el medicamento, el efecto secundario también cesará. Algunas personas exageran también acerca del peligro de estos medicamentos y no los prueban. La única forma en que una persona sepa si un medicamento causará algún efecto secundario o tendrá buen resultado es consumiéndolo.

Consejo 17

Comprender que los hombres homosexuales y bisexuales tienen mayor riesgo de contagio por VIH

Existen muchas razones por las que resulta importante comprender que el riesgo de contagio es mayor para los hombres homosexuales y bisexuales. Una razón es que si usted es

homosexual o bisexual corre un mayor riesgo que una persona heterosexual de ponerse en contacto con alguien que sea VIH positivo. A finales de 1996, a 287.576 hombres homosexuales y bisexuales se les había diagnosticado SIDA en los Estados Unidos.[13] Esto corresponde a más de la mitad del total de hombres y mujeres (573.800) que habían sido infectados con SIDA. Además, se ha estimado que cerca de la mitad de la población homosexual en algunas ciudades principales como San Francisco, Los Angeles, Nueva York y Chicago está infectada con el VIH.[14 15]

La segunda razón es que si usted tiene un hermano, padre, hijo, tío o un amigo que es homosexual o bisexual, no solo debe intentar asegurarse que esa persona conozca lo suficiente acerca de prevención del VIH, sino que también debe ser comprensivo y siempre alentar a que practique relaciones sexuales seguras. Todos necesitan este tipo de ayuda, pero los hombres homosexuales y bisexuales probablemente aun más que los heterosexuales porque tienen un mayor riesgo de contagio y, la mayoría de las veces, carecen del apoyo de sus familias debido a su orientación sexual.

La tercera razón es que si usted es mujer y piensa tener relaciones sexuales con un hombre que también tiene relaciones sexuales con hombres, usted tiene que saber que el riesgo es mayor que si tuviera sexo con un hombre que solo tiene sexo con mujeres.

Consejo 18

Comprender que usted también puede contagiarse

Aunque la mayoría de los hombres y mujeres en los Estados Unidos que están infectados con el VIH son hombres homosexuales y bisexuales, y los que consumen drogas

intravenosas, también existen mujeres homosexuales así como hombres y mujeres heterosexuales que nunca han usado drogas intravenosas y que también han sido contagiados.

- A finales de 1996, por lo menos cuatro mujeres homosexuales habían sido contagiadas con el VIH, supuestamente por practicar sexo oral con mujeres contagiadas con el VIH.[16]
- A finales de 1996, a 2754 adolescentes con edades entre 13 y 19 se les había diagnosticado el SIDA. De ellos, 823 casos se dieron debido a contacto heterosexual (hombres: 96; mujeres: 727), 709 casos involucraron a hombres homosexuales y bisexuales, 207 casos fueron relacionados con el uso de drogas intravenosas y el resto de los casos se debió a la transfusión de sangre o de productos sanguíneos u otras razones desconocidas.[17]

En la actualidad, se estima que el 20% de todos los casos de SIDA son adquiridos en la adolescencia. Esta es una estimación que parte del hecho de que cerca del 20% de esas personas con diagnóstico de SIDA tienen entre 20 y 29 años,[18] junto con la estimación de que el VIH suele tomar aproximadamente de ocho a nueve años en pasar de contagio VIH a SIDA.

- A finales de 1996, a 1597 niños con edades entre 5 y 12 años se les había diagnosticado el SIDA.[19] La mayoría de estos niños adquirieron el VIH al nacer, debido a una transfusión sanguínea o vía medicamentos de coagulación hemofílica. Sin embargo, es posible también que algunos de ellos hayan sido contagiados por tener relaciones sexuales debido a la gran cantidad de niños que tienen relaciones sexuales a temprana edad –ya sea porque quieren o porque sufren de abuso sexual (hasta un 33% de todas las niñas y hasta un 16% de todos los niños sufren de abuso sexual antes de los 21 años.).[20]

- A finales de 1996, a más de 6.032 niños pequeños de 1 día a 5 años se les había diagnosticado el SIDA, supuestamente debido a que se contagiaron antes o en el momento inmediato después del nacimiento.[21]
- A finales de 1996, había más de 7.876 personas contagiadas por medio de transfusión sanguínea.[22] Además, más de 1.382 personas habían informado que se contagiaron porque habían tenido sexo con alguien que fue contagiado vía transfusión sanguínea.[23]
- A finales de 1996, a más de 17.000 hombres heterosexuales (adultos no usuarios de drogas intravenosas) se les había diagnosticado el SIDA.[24] Esto indica que aunque los hombres heterosexuales han tenido más suerte que otros grupos, también son susceptibles al contagio VIH. El hecho de que existan 17.040 hombres heterosexuales con SIDA significa que, probablemente, miles más están contagiados con VIH, muchos de los cuales no lo saben.
- A finales de 1996, a más de 85.500 mujeres se les había diagnosticado el SIDA. La mayoría de estos casos (38.575) estaban relacionados con el uso de drogas intravenosas, mientras que más de 32.700 fueron por transmisión sexual.[25]

Estas cifras son especialmente preocupantes porque en 1985 solo había 1.529 mujeres heterosexuales con diagnostico de SIDA. Esto representaba una estimación de 8% del total de hombres y mujeres contagiados con SIDA en los Estados Unidos en ese momento (8.661). A finales de 1994, había un total de 58.428 mujeres heterosexuales contagiadas con SIDA.[26] Esto representaba aproximadamente un 15% del total de hombres y mujeres contagiados con VIH en los Estados Unidos en ese momento (426.978). Esto refleja un rápido crecimiento en el porcentaje de contagio en mujeres heterosexuales. Algunos investigadores creen que las

mujeres heterosexuales constituyen el segmento de crecimiento más rápido de la población contagiada con VIH en los Estados Unidos.

- A finales de 1996, a un total de 581.429 personas en los Estados Unidos se les había diagnosticado el SIDA. Muchos de ellos—362.004—ya han muerto.[27]
- Se ha estimado que existen entre 1.000.000 y 1.500.000 de personas contagiadas con el VIH en los Estados Unidos.[28] Esto significa que, aproximadamente, una de cada 250 personas en los Estados Unidos está contagiada con VIH.[29]
- En el mundo entero, se ha estimado que existen más de 19.500.000 de personas contagiadas con el VIH.[30] Dieciocho millones de ellos son adultos y 1.5 millones son niños, la mayoría de ellos son heterosexuales, no homosexuales.

Consejo 19

Saber que el VIH no respeta razas

Los medios de comunicación de algunos países se refieren al VIH como si solo existiera en los Estados Unidos. Por ello es importante que los extranjeros comprendan que prácticamente todas las razas y edades han sido afectadas. Si se vive fuera de los Estados Unidos, no crea que no puede contagiarse. Usted no tiene ningún poder sobrehumano.

Hombres con SIDA en los Estados Unidos a finales de 1996:

247.461 de los hombres contagiados son de raza blanca.

151.413 de los hombres contagiados son afroamericanos.

89.923 de los hombres son hispanos.

3.643 de los hombres son de las islas del Pacifico asiático.

1.300 de los hombres son indios americanos o nativos de Alaska.

Mujeres con SIDA en los Estados Unidos a finales de 1996:

20.026 de las mujeres contagiadas son de raza blanca.

47.367 de las mujeres contagiadas son afroamericanas.

17.330 de las mujeres son hispanas.

447 de las mujeres son de las islas del Pacífico asiático.

244 de las mujeres son indias americanas o nativas de Alaska.[31]

Consejo 20

Conocer lo bueno, lo malo y lo feo de los condones de látex

Lo bueno

Lo bueno de los condones de látex es que están aprobados por la Dirección de Alimentos y Fármacos de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) y se les permite llevar en su empaque la leyenda de que pueden detener el contagio del virus de inmunodeficiencia humana. A los condones de piel de cordero y de poliuretano no se les permite colocar esa leyenda.

Los condones de látex cuentan también con la aprobación de los Centros para el Control de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés). Los CDC promueven el uso de los condones de látex, no así el uso de condones de piel de cordero ni los de poliuretano. Es probable que esta aprobación se base principalmente en dos estudios efectuados en Europa sobre parejas en las que una de las personas, casi siempre el hombre, es VIH positivo y su

compañera es VIH negativa. Los resultados indicaron que casi nunca se dio contagio del virus de inmunodeficiencia humana en las parejas que usaron condones de látex en forma regular. Desafortunadamente, los estudios no mencionaron la marca o marcas específicas de los condones que se usaron. Se espera que los que se usan en los Estados Unidos sean por lo menos tan confiables como los que se utilizaron en los estudios europeos.

Lo malo

Desafortunadamente, los condones de látex tienen también algunas desventajas. Primero, algunas personas son alérgicas a ese material por lo que, cuando entran en contacto con él, les produce una piel irritada.

En segundo lugar, si el hombre tiene un pene delgado (menos de 11 centímetros de circunferencia en erección), tendrá problemas en encontrar condones de látex hechos en los Estados Unidos que le ajusten bien. Por lo tanto, si usa un condón de látex en el coito, puede que este se le resbale y desprenda.

En tercer lugar, la mayoría de los hombres que han usado tanto condones de látex, así como de piel de cordero dicen que los primeros no se sienten tan bien como los últimos. Algunos hombres dicen que no usarían condones de látex debido a esta disminución en la sensibilidad.

Además, los condones de látex se pueden debilitar si se usa con cualquier tipo de lubricante a base de aceite, lo cual aumentaría la posibilidad de contagio del VIH, si una de las personas estuviera infectada. Este tipo de lubricante no daña los condones de piel de cordero ni los de poliuretano.

Por último, puede ser confuso escoger el condón de látex de mayor calidad puesto que existen más de 40 tipos diferentes.

Lo feo

Aunque muchos educadores dicen que los condones de látex son el mejor tipo de condón para prevenir la infección por VIH, esto puede ser falso. Ello se debe a que no existen estudios hechos sobre seres humanos (pruebas clínicas) que lo validen. Simplemente no existe este tipo de estudios que demuestre que los condones de piel de cordero o los condones de látex son mejores para prevenir el contagio del VIH. De hecho, no existen estudios sobre seres humanos que prueben la eficacia de los condones de piel de cordero en la prevención del contagio del VIH.

Existen algunos estudios de laboratorio, como el Van de Perre y otros, llevados a cabo en condiciones extrañas (en estos estudios se trataba de estimular el coito), en los que se observó que los condones de piel de cordero eran más propensos a gotear que los condones de látex. Otro estudio indica lo contrario.[32] El estudio de M. Conant y otros concluyó que ni los condones de látex ni los de piel de cordero hacían gotear las secreciones que contenían el virus de inmunodeficiencia humana.[33] El estudio de Carey RF y otros, concluyó que incluso los condones de látex presentan un alto porcentaje de goteo (hasta 29 de cada 89 condones gotean).[34] Por lo tanto, hasta ahora parece difícil sacar conclusiones de estos estudios de laboratorio.

El que los condones de piel de cordero tiendan a gotear más que los condones de látex no prueba que estos sean mejores que los primeros. Hay otros factores que se deben tener en cuenta; por ejemplo: con qué frecuencia se rompe el condón o se resbala y qué tan dispuestas están las personas a usarlos. Un mayor goteo no demuestra que todo tipo de condones de látex se rompa o se resbale menos que todas las marcas de condones de piel de cordero. Pero, fundamentalmente, un mayor goteo no es prueba de que los condones de piel de cordero sean

menos efectivos. Por lo tanto, aun si los condones de piel de cordero proporcionalmente gotean más, no significa que todos los condones de látex sean mejores que todos los condones de piel de cordero.

La triste realidad es que no existe una prueba de que los condones de látex sean superiores a los condones de piel de cordero.

Consejo 21

Darse cuenta que alguna veces se pueden usar los condones de piel de cordero

Aunque los condones de piel de cordero no tienen la misma aprobación del FDA que los condones de látex, puede que sean efectivos en la prevención del contagio del VIH. De acuerdo a un artículo de 1989 del *Consumers Reports Magazine* (Revista de informaciones para el consumidor), tres de cuatro experimentos con condones de piel de cordero probaron ser efectivos en la prevención del contagio del VIH.[35]

Además, aunque estos condones pueden tener algunos pocos poros suficientemente grandes como para que el VIH pase a través de ellos, estos poros no son huecos en los condones por los que pueda pasar el virus fácilmente de un lado al otro. Estos son solo una pequeña parte de una membrana fibrosa por la que sería difícil que pasara el virus de inmunodeficiencia humana contenido en el semen, las secreciones vaginales o la sangre.

También, de acuerdo con otro estudio, es menos probable que se rompan los condones de piel de cordero en comparación con la mayoría de los condones de látex.

Cabe mencionar que los condones de piel de cordero no son hechos con la piel de ese animal, sino del intestino ciego del cordero. El intestino ciego tiene forma de bolsa y está cerrado en forma natural en uno de sus extremos, como un apéndice humano, pero más grande.

Como fue mencionado anteriormente, los condones de piel de cordero tienen incluso ventajas sobre los condones de látex. Una consiste en que ofrecen una mayor sensibilidad que los condones de látex, lo cual es importante puesto que algunas personas se niegan a usar condones de látex porque experimentan menos placer. Algunos hombres dicen que ni siquiera pueden mantener una erección cuando usan condones de látex.

Además, los condones de piel de cordero pueden ser útiles a las personas alérgicas a los condones de látex. Se puede usar un condón de piel de cordero en lugar de, o debajo de un condón de látex, si un hombre o una mujer o su pareja es alérgica al látex.

Por último, es preferible usar un condón de piel de cordero que no usar nada. Esto es útil para las personas que han desarrollado relaciones de confianza y que quieren disfrutar un poco más a la hora de tener relaciones sexuales, pero que no se sienten cómodos si no usan protección del todo.

Aunque la efectividad exacta de los condones de piel de cordero es cuestionada, estos son, definitivamente, mejor que no usar nada.

Consejo 22

Comprender el riesgo de los condones de poliuretano

Los condones de poliuretano son un nuevo tipo de condón. Existe uno para hombres y otro para mujeres. Los que son hechos para hombres se llaman *Avanti* (Sensiblemente únicos)

y *Avanti* (Super delgados), pero ambos son lo mismo.[36] Los condones para mujeres se llaman *Reality*.

Estos condones de poliuretano presentan dos problemas graves. El primero es que el FDA no ha realizado pruebas exhaustivas con este tipo de condones, tampoco ningún laboratorio independiente. El FDA solo les dio un visto bueno provisional hasta que los pueda probar mejor.

Además, estos condones de poliuretano presentan otro problema. Son más grandes y menos flexibles que el promedio de los condones de látex; en consecuencia, no se ajustan adecuadamente a un mayor número de penes. Esto aumenta la posibilidad de que se resbalen y se desprendan durante el coito.

Por otro lado, para los que tienen un pene más grande que el promedio, los condones de poliuretano podrían resultar muy tallados debido a su falta de elasticidad.

Estos condones tienen una circunferencia de alrededor de 12.8 cm., es decir, cerca de 2.4 cm. más que el promedio de los condones de látex. Es probable que sean hechos así porque tienen menos elasticidad que la mayoría de los condones de látex y de esta manera pueden acomodar a la mayoría de los penes de tamaño promedio.

Se ha encontrado que los condones de poliuretano para mujeres, que han sido probados por el FDA, tienen un porcentaje altísimo de fracaso (26%).[37] Los condones para mujeres son hechos para que quepan dentro de la vagina, estos condones se mantienen en posición por medio de dos anillos plásticos, uno de ellos fuera de la vagina. El otro, que es más pequeño, cabe dentro de la vagina, hacia arriba hasta el extremo cervical de la misma.[38]

La Oficina de Planificación Familiar de Nueva York (*The New York Office of Planned Parenthood*) recomienda el uso de un condón para hombres además del condón para mujeres,

en el caso en que se esté usando este último. Por supuesto, esto parece ir en contra del propósito original.

Muchas mujeres manifiestan que estos condones son particularmente ruidosos y un poco incómodos.

Consejo 23

Saber que los condones de "sheerlon" son lo mismo que los condones de látex

No se confunda por un producto llamado *Beyond Seven*, el cual dice estar hecho de "sheerlon" en la cajita, mientras que en el empaque del condón individual dice claramente que es un condón de látex. Así como con muchos otros condones, este condón promete más sensibilidad, pero desafortunadamente no ofrece mayor sensibilidad que los condones de poliuretano o cualquier otro condón de látex. Los condones de piel de cordero parecen ser los que proveen más sensibilidad.

Consejo 24

Saber que los condones vienen en diferentes tamaños

Es buena idea encontrar un condón que ajuste bien, puesto que así se evita una de las causas por las que los condones fallan (que se resbalen y se desprendan). A continuación se da información para encontrar un condón que ajuste bien.

Tamaño pequeño

Los condones de tamaño pequeño no se consiguen en los Estados Unidos. Los condones de piel de cordero son lo más cercano a un condón pequeño, no porque sean

a los lados de un dedo. Por ello, aunque son de alguna forma más anchos que los condones de látex (71 mm. versus 52 mm.), suelen ajustar mejor a penes de diferente grosor que cualquier otro tipo de condón. Esto es verdad en especial para los hombre con pene delgado (con circunferencia de menos de 10,4 cm). Aunque la circunferencia de los condones de látex es menor, estos no se adhieren a los lados del pene tan bien como los condones de piel de cordero. Para una hombre con pene pequeño, especialmente en su circunferencia (menos de 10,5 cm.), lo más recomendable es usar un condón de piel de cordero.

Hay dos condones que son un poco más angostos que la mayoría. Estos son *Beyond Seven* y *Trojan Very Sensitive*. No obstante, estos condones son únicamente más pequeños de ancho que la mayoria de los condones de látex (50 mm. versus 52 mm), lo cual solo significa 4mm., lo cual no hace mayor diferencia en la mayoría de los casos.

Tamaño mediano

La mayoría de los condones hechos en los Estados Unidos son diseñados para ajustar penes de tamaño promedio, de 12,7 cm a 17,8 cm. contados desde el hueso púbico hasta la punta del pene erecto, con una circunferencia de cerca de 11,4 cm. a 12,7 cm. Con excepción de los condones *Beyond Seven, Trojan Very Sensitive, Trojan Magnum y Trojan-Enz Large*, todos los condones son de tamaños mediano. Los condones de piel de cordero son un poco más grandes que la mayoría de los condones de látex.

Tamaño grande

Existen cinco condones hechos para ajustar penes grandes. Tres de estos son de piel de cordero: *Fourex Condom* (desenrollado), *Fourex Lambskin Condom* (enrollado) y *Trojan Naturalamb*. Los otros dos son *Trojan Magnum* y *Trojan Enz Large*.

Los condones de piel de cordero suelen tener una circunferencia aproximada de 14,2 cm. y una longitud de unos 17,8 cm., lo cual es adecuado para los hombres con penes más grandes que el promedio.

Si una persona tiene un pene cuya circunferencia es mayor que 16,5 cm. y una longitud mayor a los 19 cm., solo tiene dos opciones en condones de látex extra grandes: *Trojan Magnum* y los *Trojan-Enz Large*. Estos dos condones son aun más grandes que los condones de piel de cordero y pueden ser usados por los hombres con penes más grandes.

Consejo 25

Entender que algunos condones son más confiables que otros

Aunque el Gobierno de los Estados Unidos fija normas para todos los condones manufacturados o importados en ese país y los prueba en forma regular, estos estándares no garantizan que todos los condones sean igual de confiables. Varios estudios de laboratorios independientes han indicado que ciertas marcas de condones de látex tienden a fallar más que otros.

En 1989, la revista *Consumer Reports* estimó que dos marcas de condones (*Lifestyles Extra Strenght* y *Lifestyles Nuda Plus*) fallarían más de un 10% de las veces, mientras que otras seis marcas probadas (*Sheik Non-Lubricated Plain End, Ramses Sensitol Lubricated, Saxon Ribbed Lubricated, Ramses Nu-form, Mentor y Lifestyles Nuda*) fallarían hasta un 4% de las veces. La mayoría de los otros condones probados fallarían un máximo de un 1,5% de las veces.

En 1993, la Fundación Mariposa para la investigación (*Maripossa Research Foundation*) concluyó que varios de los condones de menor categoría probados por ellos

goteaban más de un 10% de las veces. Los condones *Tahiti* goteaban un 12%, los *Trojan Naturalube Ribbed* goteaban un 22% y los *Contracept Plus* goteaban el 100% de las veces. En contraste, varios de los condones de mayor categoría no gotearon del todo.

Además de estos dos estudios, la revista *Consumer Reports* realizó otro en 1995 y observó que seis tipos de condones *Trojan* tenían una tasa de defecto general que excedía el 1,5%. Sin embargo, un año después de que los Estados Unidos cambió su método de probar condones del método de goteo por agua, a método de prueba por rompimiento de aire, estos condones fueron probados nuevamente por la revista *Consumer Reports* y aceptados después.

El método de prueba de condones por rompimiento de aire es la prueba en que el condón es inflado con aire y la presión máxima y volumen que pueden sostener es vigilado hasta que el condón estalle. Se cree que esta es una mejor prueba para estimar la falla del condón que el método previamente usado de goteo por agua, el cual consiste en poner cerca de 290 ml. de agua dentro de un condón y luego observar su goteo. Por lo tanto, desde que los condones se prueban en los Estados Unidos con el método de rompimiento por aire, es probable que la calidad general de los condones en ese país haya aumentado. Sin embargo, al igual que con la mayoría de los productos hechos por los diferentes fabricantes, es probable que siempre habrá algunos mejores que otros. Sería aconsejable probar de nuevo todas las diferentes marcas de condones para determinar si la diferencia entre los mejores y los peores condones es significativa.

La siguiente es una lista de los 10 condones más populares, según tres estudios. Solamente un condón, el *Sheik Classic* fue capaz de permanecer entre las 10 más populares de los tres estudios.

Los 10 condones más populares según la revista *Consumer Reports* de 1989

Gold Circle Coin

Lifestyles Extra Strength Lubricated

Saxon Wet Lubricated

Excita Extra

Kimono

* *Sheik Elite*

(ahora llamada *Sheik Classic*)

Ramses Non-Lubricated Reservoir End

Sheik Non-Lubricated Reservoir End

Koromex with Nonoxynol-9

Excita Fiesta

Los 10 condones más populares según el estudio Maripossa de 1993

Ramses Non-Lube

Ramses Sensitol

Gold Circle Coin

Gold Circle

Sheik Elite

(ahora llamado *Sheik Classic*)

Durex N Form

Pleaser

Ramses Extra

Embrace Her

Hot Rubber

Los 10 condones más populares según la revista *Consumer Reports* de 1995

Excita Extra Ultra-Ribbed

Ramses Extra Ribbed

Sheik Classic

Lifestyles Vibra-Ribbed

Ramses Extra

Ramses Sensitol

Sheik Elite Ribbed

Sheik Elite with spermicide Sheik Elite

Trojan-Enz Large

Trojans-Enz Nonlubricated

Se debe entender que aun si un condón no está entre los diez más populares de cualquiera de estos estudios, esto no significa que sea un condón de inferior calidad. Ello

debido a que estos tres estudios han sido hechos en el laboratorio y no en seres humanos, y algunos criticos sienten que el estrés al que fueron sujetos esos condones pudo ser mayor al que se experimenta durante el coito. Lo que estos estudios realmente prueban es que estos condones no son iguales, y que algunos condones son más propensos a fallar que otros. Por lo tanto, la tasa real de falla de los condones al igual que su calificación como buenos, mediocres o malos puede ser materia de debate.

Consejo 26

Escoger el condón apropiado para usted

Debido a que todos los condones son diferentes y que no todos los penes son parecidos, es una buena idea el que usted se tome su tiempo para comprar y probar diversos tipos de condones antes de tener relaciones sexuales y así encontrar el que funcione mejor. El día que necesite el condón, no le gustaría encontrar que este es muy pequeño o muy grande o que usted es alérgico al mismo. Si tiene un pene de tamaño promedio, de 12,7 cm a 17,8 cm. y de 11,4 cm. a 12,7 cm. de circunferencia, es probable que el *Sheik Classic* sea su mejor opción porque ha sido clasificado entre los diez más populares de los tres estudios previamente mencionados.

Si tiene un pene pequeño, puede probar el *Beyond Seven*, el *Trojan Very Sensitive* o el condón de piel de cordero. Como se mencionó antes, aunque los condones de piel de cordero son más anchos que la mayoría de los de látex, ellos se adhieren mejor a los lados del pene que la mayoría de condones de látex más pequeños. Estos deberían ajustar a casi cualquier tamaño de pene.

Si tiene un pene grande, puede usar el *Trojan-Enz Large* o el *Trojan Magnum*. Aunque estos no están entre los diez más populares de la listas anteriores de mejores condones, son todavía considerados satisfactorios.

Si tiene un problema de disminución en la sensibilidad o tiene una reacción alérgica al látex, puede intentar usar un condón de piel de cordero, aunque podría no ser tan bueno como un condón de látex de alta calidad. Ciertamente esto es mejor que nada.

Si está preocupado por la infección por VIH y no tiene problemas con la sensibilidad, puede usar dos condones, uno sobre el otro. Si tiene problemas usando dos condones de látex, puede intentar ponerse un condón de piel de cordero sobre uno de látex. No ha habido informes de rompimientos o deslizamientos con esta combinación.

Consejo 27

Comprar el condón y tenerlo a mano

Si usted decide que quiere tener relaciones sexuales seguras (con un condón), tome la iniciativa de comprar el mejor condón disponible en el mercado, no espere al último segundo para comprarlo y no dependa de su pareja para ello. Las buenas intenciones no tienen significado a menos que usted tenga los productos que las apoyen. Su pareja puede creer que usted planeaba tener relaciones sexuales, pero eso está bien porque es cierto.

Si usted es mujer, también debe tomar la iniciativa de comprar los condones. Aun hay muchos hombres heterosexuales que creen ser invencibles y que, por lo tanto, no creen que puedan infectarse del VIH o transmitirlo. Compre al menos dos marcas de condones, una de tamaño mediana y otra de tamaño extra grande. Alguna de las dos servirá para la mayoría de los hombres. Sin embargo, para una protección adicional, probablemente también deberá

adquirir un condón de piel de cordero para aquellos hombres de pene pequeño o los que se quejan de que no pueden sentir nada con un condón. Una mujer que quiere estar preparada, debe tener un condón de cada una de las tres categorías:

1. "Fourex Lamskins" (piel de cordero)

2. "Sheik Classic" (condón de látex de tamaño promedio)

3. "Trojan Magnum", y el "Trojan-Enz Large (condón de látex extra grande)

Usted debe darse cuenta que cuando los condones son usados en relaciones heterosexuales, es generalmente a solicitud de la mujer. Los hombres parecen tener más dificultad en sugerir su uso. La razón más aceptable, aunque no la única, es que la mujer no quiere quedar embarazada. Otras razones tales como la prevención del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual no son fáciles de dar puesto que implica una reducción de confianza. Por lo tanto, si usted es mujer, es fundamental que también sea responsable, que compre los condones y propicie su uso; no suponga que su pareja lo hará.

También recuerde mantener los condones a mano. Su habitación es quizás el mejor lugar ya que es donde la mayoría de la gente tiene relaciones sexuales. Sin embargo, si usted comúnmente no tiene sexo en su habitación o no tiene habitación propia, sería mejor llevar el condón con usted, en la bolsa de su chaqueta o en su cartera. Puede que estos lugares sean mejores que otros como dentro del vehículo, la billetera o la bolsa del pantalón, ya que son menos propensos a calentarse en exceso. El calor extremo y la contaminación del aire pueden dañar los condones.

Consejo 28

Revisar la fecha de vencimiento

Recuerde que también es muy importante revisar la fecha de vencimiento antes de usar el condón. Si usted tiene sexo con poca frecuencia, o compra condones en grandes cantidades, algunos de ellos pueden vencer antes de que usted los use. Los condones que son de más de dos años o que han vencido son mucho más propensos a romperse.[39]

Precaución: sea muy cuidadoso cuando le dan condones gratis. Estos condones con frecüencia están muy cerca de su fecha de expiración y generalmente no son de las marcas de calidad superior.

Consejo 29

Ser cuidadoso cuando se ponga el condón

Aunque ponerse un condón es sencillo, se requiere de cierta coordinación y cuidado al ponérselo para no romperlo.

- Use suficiente luz mientras se pone el condón, ya que puede ser muy difícil y frustrante el tratar de ponerse un condón en completa oscuridad, a veces hasta resulta imposible.
- Extraiga con cuidado el condón de su paquete. Tenga cuidado si usted tiene las uñas largas.
- Desenrolle el condón en el pene erecto. Tenga cuidado al desenrollar el condón de manera que no lo corte accidentalmente con las uñas. Esto es posible aun con las uñas más cortas, pero estas últimas son menos riesgosas que las largas. Un pequeño corte en un condón de látex que ocurra durante su colocación puede hacerse mucho más grande durante el coito,

que es cuando el condón recibe más presión. Esto puede ocurrir aun con los cortes más pequeños.

- Asegúrese de desenrollar completamente el condón hasta la base del pene.
- No hay estudios publicados que prueben que es mejor eliminar el aire atrapado al final del condón.
- No hay estudios publicados que demuestren que dejar un espacio al final del condón ayuda si el condón no tiene una punta para depósito.
- No hay estudios publicados que comprueben que poner una gota de lubricante en la punta del condón es mejor que no hacerlo.
- No hay estudios publicados que prueben que los condones con punta de depósito son mejores que aquellos que no lo tienen.

Consejo 30

Considerar el ponerse dos condones

Si usted tiene relaciones sexuales anales o vaginales y teme que se rompa el condón, considere poner un condón encima del otro, es decir, usar dos condones. Aunque no existen estudios publicados acerca del uso de un condón encima del otro, esto tiene su lógica.

Es posible que el poner un condón sobre el otro proporciona más protección que solo poner un condón. Los estudios sobre el uso de un guante de látex sobre el otro (una práctica común entre cirujanos) han probado que su práctica provee una barrera más fuerte contra las heridas y el contagio del VIH que la de solo un guante. Sin embargo, el uso de dos guantes y

de dos condones no son exactamente lo mismo; por lo tanto, la conclusión de que usar dos condones es mejor que usar un condón puede ser falsa.

Los informes de anécdotas han sido variados. Mientras algunas personas dicen no haber tenido ningún problema usando un condón sobre el otro, otras personas han descrito los problemas en el uso del segundo condón, el cual se resbala de un lado al otro y fricciona al primer condón.

Algunas personas tienen la hipótesis que el uso de dos condones puede aumentar el porcentaje de riesgo de falla de los condones debido a que los dos condones pueden friccionarse entre ellos y ocasionar roturas. Sin embargo, esta hipótesis presenta una falta obvia. Es muy poco probable que si una persona tiene un pene suficientemente grande, se den fricciones y deslizamientos entre los dos condones. Se espera que los dos condones se mantengan juntos, de la misma forma en que el primer condón se mantiene adherido al pene.

Quizás el problema en el uso de dos condones tiene que ver más con que el condón no ajuste bien el pene o con que el hombre no mantenga la erección, que con el uso en sí de los dos condones.

Existen otras variables posibles que pueden explicar estos diferentes informes de anécdotas. El uso de lubricantes, la penetración brusca y la marca del condón pueden también explicar este desacuerdo con la información anecdótica.

Una posible aiternativa en el uso de dos condones de látex es el uso de uno de látex y otro de piel de cordero. Esta puede ser una mejor combinación puesto que la mayoría de las personas que han tenido problemas con el uso de dos condones han usado dos condones de látex y no una combinación de látex y piel de cordero.

El uso de dos condones presenta una desventaja obvia con relación al uso de un condón, la cual es que disminuye la sensibilidad del pene. Para algunos hombres, esta disminución en la sensibilidad es tal que no pueden sentir nada y, por lo tanto, no son capaces de disfrutar del sexo, ni de mantener su erección.

Parece lógico que el uso de dos condones provea más protección; sin embargo lo único que se puede asegurar acerca de esta práctica es que nadie sabe si es verdad, puesto que no se ha hecho ningún examen clínico o de laboratorio que demuestre la efectividad en el uso de dos condones.

Consejo 31

Saber que los condones pueden fallar

Recuerde que los condones pueden fallar. Algunas veces gotean, se rompen o se resbalan y se desprenden. En Europa se hizo un estudio sobre la eficiencia de los condones en la prevención del contagio del VIH entre hombres y mujeres heterosexuales, uno de ellos era VIH negativo y el otro VIH positivo. El estudio se hizo con 305 parejas; 305 mujeres VIH negativas y 305 hombres VIH positivos. Se le dio seguimiento a estas personas durante 2 años en promedio. Hubo 19 mujeres que resultaron VIH positivas, de las cuales 3 dijeron haber usado condones regularmente.[40]

Por ello es importante saber si su pareja es VIH positiva o no y decidir si tener relaciones sexuales sabiendo el riesgo. Muchas personas deciden ser muy cuidadosas al tener relaciones sexuales o no tener relaciones sexuales del todo con alguien que es VIH positivo.

Consejo 32

Recordar que el problema más grande no es usar el condón equivocado, sino no usar condón del todo

Aunque es importante escoger el mejor condón, la mayoría de las personas que fueron infectadas al tener relaciones sexuales no culpan al condón por ello, sino que se culpan por no haber usado condón del todo.

Consejo 33

Saber los hechos acerca de los lubricantes

Además de conocer los detalles sobre el condón, es también importante saber sobre los lubricantes. El condón correcto no servirá de mucho si no se usa con el lubricante apropiado. Seguidamente se da información que usted necesita saber sobre los lubricantes:

- Existen dos tipos básicos de lubricantes: a base de agua y a base de aceite.
- Ambos pueden o no contener nonoxynol-9. El nonoxynol-9 es un químico que contiene el lubricante y que sirve para matar el esperma y evitar así el embarazo. Algunos educadores en salud también sugieren su uso para matar el VIH, la gonorrea y sífilis, sin embargo, su efectividad es cuestionable.
- Los lubricantes a base de aceite pueden debilitar el condón de látex, ocasionando roturas, goteos y un posible contagio del VIH. Algunos lubricantes a base de aceite son las cremas de mano, *Vaselina*, *Crisco*, aceite de bebé, aceite vegetal y mineral, *Albolene*, *Elbow Grease*, *Lube*, *Shaft* y loción bronceadora.

- Aunque los lubricantes a base de aceite no deben ser usados con los condones de látex, algunos como las cremas de mano y aceites para bebé son excelentes para otros placeres sexuales, tales como los masajes y la masturbación.
- Los lubricantes a base de aceite pueden ser usados con condones que no son de látex, tales como los de piel de cordero y los de poliuretano. No hay evidencia de que los lubricantes a base de aceite dañen estos tipos de condones.
- Los lubricantes a base de agua pueden ser usados con cualquier tipo de condones: látex, poliuretano y piel de cordero. Algunos lubricantes a base de agua son *Probe*, *KY Jelly*, *ForPlay*, *Wet*, *Glyde* y muchos otros más. Al contrario de los lubricantes a base de aceite, aquellos que son a base de agua no son muy buenos para dar masajes debido a que, después de unos pocos minutos al aire, empiezan a secarse y se tornan pegajosos.
- Algunas personas son alérgicas al nonoxynol-9. Algunas veces, esta reacción alérgica causa una inflamación en el pene, en el recto o en la vagina, debilitando estas áreas y aumentando con ello la probabilidad de contagio del VIH.
- Hay algunos resultados contradictorios relacionados con la efectividad del nonoxynol-9. Un estudio mostró que una concentración inicial de nonoxynol-9, tan baja como del uno por ciento, mató efectivamente microorganismos patógenos como el VIH, chlamydia, gonorrea y herpes.[41] Un segundo estudio mostró que el nonoxynol-9 redujo el riesgo de gonorrea en un 89%.[42] Un tercer estudio mostró que el nonoxynol-9 redujo el riesgo de gonorrea en solo un 24% y el riesgo de infección de chlamydia en solo un 25%.[43] Un cuarto estudio que utilizó esponjas vaginales con una dosis alta de nonoxynol-9, no mostró ninguna reducción en el riesgo de contagio del VIH.[44] Además, no hay informes que indiquen que solo el uso

de nonoxynol-9, sin los condones, es efectivo en la prevención del contagio del VIH por vía sexual.[45]

- Los lubricantes son considerados cosméticos y, por lo tanto, no son regulados por el FDA. En un estudio independiente, se descubrió que el lubricante marca *Wet* no contenía nonoxynol-9, contrario al uno por ciento que decía contener.[46]

Consejo 34

Plancar el uso del lubricante

Aunque no existen estudios independientes que determinen si es importante la forma de aplicación del lubricante en un condón, algunos educadores enseñan a las personas a poner un poco del mismo en la punta del condón, en cambio, otros no.[47] [48] Teóricamente, al poner una gota de lubricante que contenga nonoxynol-9 dentro de la punta del condón, antes de ponérselo, reducirá la probabilidad del contagio del VIH. Sin embargo, hay muchos problemas con esta técnica. Uno consiste en que es extraño y complicado. Esto haría que fuera demasiado pedir a una persona que se resiste a ponerse el condón de todas formas. El segundo problema es que si una persona usa mucho lubricante puede aumentar la probabilidad de que el condón se resbale y se desprenda.[49] Si esto ocurriera, sería mucho más peligroso que un condón intacto, en su lugar y sin lubricante con nonoxynol-9.

Otros educadores enseñan a las personas a poner el lubricante en la parte de afuera del condón. Esto es mucho más sencillo y menos extraño. Sin embargo, se debe considerar la posibilidad de que si la persona que tiene el condón puesto es VIH positiva, no sería una buena forma de prevenir el contagio del VIH.

Al no existir registro de estudios independientes que prueben la efectividad de las diferentes técnicas de lubricación, usted debe decidir por su cuenta: ¿cuál le es más cómodo?, ¿qué es realmente necesario?

Consejo 35

Comprar el lubricante y mantenerlo a mano

Desde luego, usar un condón sin un lubricante apropiado no es muy útil. Por lo tanto, usted no solo debe comprar condones sino también lubricantes. Así como cuando se compran condones, no espere a la noche de la cita para comprar el lubricante, y no dependa de su pareja para tenerlo. Puede que a el o ella no le importe qué lubricante se use o que no esté planeando tener relaciones sexuales.

Antes de adquirir el lubricante decida qué tipo de condón (látex, piel de cordero o poliuretano) desea usar. De acuerdo con ello, compre el lubricante apropiado.

Una solución sencilla es usar siempre un lubricante soluble en agua como *Probe*, *ForPlay*, o *Astro-Glide*. De esta forma, sin importar el tipo de condón usado, este no se dañará.

Recuerde tener el lubricante a mano, así como el condón. Llévelo a donde usted lleve sus condones: en su cuarto, su chaqueta, su cartera, etc.

Consejo 36

No usar un lubricante a base de aceite con un condón de látex

Recuerde no usar lubricantes a base de aceite como *Crisco*, mantequilla, aceite de bebé, *Vaselina Cuidado Intensivo*, aceite mineral, etc. con los condones de látex. Esto podría dañar

los condones de látex, volviéndolos inservibles. Si está usando un condón de látex (el tipo más común de condón) asegúrese de usar un lubricante a base de agua.

Consejos 37

Comprender la confusión acerca del sexo oral

Mucha confusión todavía se da con respecto al sexo oral. Hay varias razones para ello. La primera es que se usan muchas palabras al hablar de sexo oral y, algunas veces ni siquiera los educadores en salud saben lo que significan. La siguiente es una lista de algunas palabras con su significado:

Eyaculación: expulsión de semen del pene.

Felación: mamar el pene para estimularlo.

Felación sin eyaculación: mamar el pene pero no hasta el punto de la eyaculación.

Felación con eyaculación: mamar el pene al punto en que el pene eyacula semen dentro de la boca.

Pareja receptora de la felación: la persona que mama el pene de su pareja.

Pareja penetradora de la felación: la persona cuyo pene está siendo mamado por su pareja.

Practicar felación: ser la pareja activa receptora, mamando el pene.

Cunnilingus: estimular la vulva o clítoris con la lengua.

Practicar el cunnilingus: la persona que está lamiendo la vulva o clítoris de su pareja.

Recibir el cunnilingus: la mujer cuya vulva o clítoris es lamido.

Coito oral: felación que se ejecuta de una manera similar a otros tipos de coito, solo que se usa la boca, en lugar de la vagina o el recto.

La segunda razón por la que existe mucha confusión acerca del sexo oral se da debido a que muchas instituciones y educadores de la salud tienden a agrupar todos los tipos de sexo oral (practicar felación y dejar que eyaculen dentro de la boca de uno, practicar felación sin permitir la eyaculación, recibir felación, practicar cunnilingus, practicar cunnilingus en una pareja que está menstruado y recibir cunnilingus). Cada uno de estos tipos de sexo oral tiene su riesgo especifico. Por ejemplo, existen muchos informes de felación con eyaculación que ha causado infección por VIH, pero muy pocos informes de que el recibir felación o practicar cunnilingus haya causado infección por VIH. Además, no existen informes de que recibir el cunnilingus haya causado infección por VIH.

La tercera razón de confusión consiste en que los CDC no han determinado ni saben la ruta sexual exacta por la cual las personas se infectan. Por lo tanto, el riesgo de infectarse por medio de la práctica del sexo oral es difícil de calcular.

Las expresiones "riesgo bajo, riesgo mediano y riesgo alto" son confusas debido a que no tienen significancia estadística. Nadie ha desarrollado todavía una fórmula que indique que si un acto sexual tiene un riesgo de un 1% o más de transmitir el VIH, se considerará de alto riesgo, si tiene un riesgo menor al 0,1%, se considerará de bajo riesgo y si está entre 0,1% y 1%, se considerará de riesgo mediano. ¡No! hasta ahora las expresiones riesgo bajo, riesgo mediano y riesgo alto son expresiones que describen la opinión de un persona o de una organización.

Además, las diferentes instituciones no están de acuerdo acerca del riesgo que presenta el sexo oral. Mientras la Cruz Roja y el Proyecto SIDA de Los Angeles (*AIDS Project Los Angeles*) clasifican el sexo oral como de alto riesgo, el Centro Homosexual y Lésbico de Los Angeles (*Los Angeles Homosexual and Lesbian Center*) y la Asociación de Médicos por los

Derechos Humanos (*Association of Physicians for Human Rights*) dicen que el sexo oral presenta "algún riesgo". Los CDC indica que existe un riesgo pero no lo califica.

Por estas razones, el riesgo exacto del sexo oral lo continúa debatiendo muchas instituciones de salud, educadores en salud y personas en general.

Debido a que ninguna institución y ningún educador en salud pueden asegurar que sus consejos son perfectos, ni curarlo a usted si se infecta al seguir sus consejos, es mejor que aprenda lo más que pueda acerca de los hechos (no opiniones) relacionados con el tipo específico de sexo oral. Algunos de estos hechos están incluidos en el siguiente consejo.

Consejo 38

Saber los datos acerca del sexo oral

Mientras más se conozca sobre el sexo oral, mejor entenderá el riesgo. Los siguientes son algunos de los hechos documentados sobre sexo oral:

- En 1987, el Departamento de Salud Pública de San Francisco (*San Francisco Department of Public Health*) documentó los primeros dos casos de contagio del VIH por medio de sexo oral.[50]
- Otro caso de contagio por sexo oral fue documentado en setiembre de 1987 en Boston en los Anales de la Medicina Interna (*Annals of Internal Medicine*).[51]
- En 1988, investigadores que usaron datos de un cohorte en las ciudades de Pittsburgh, Baltimore, Chicago y Los Angeles concluyeron que 3 de 646 personas habían sido infectadas por vias sexuales diferentes al sexo anal receptivo, posiblemente felación,

durante un período de seis meses[52] (un estudio de cohorte es un estudio sobre un grupo de personas que poseen un factor estadístico en común).

- También en 1988, investigadores en un estudio de cohorte europeo, en el que se utilizó hombres homosexuales, informaron de cinco casos en los que el felación fue la causa probable de infección.[53]

- En 1990, el epidemiólogo Michael Samuel, partiendo de datos de un estudio de cohorte en San Francisco, informó que 13 de 82 hombres (17%), entre los años 1984 y 1990 se habían infectado como resultado de la práctica de la felación sin protección.[54] Algunas de estas personas infectadas dijeron no haber tenido nunca sexo anal e indicaron haber sido infectados por practicar la felación.

- En 1991, los consejeros en un laboratorio de exámenes del VIH en San Francisco informaron que ellos creían que cada dos semanas una persona resultaba VIH positiva y que decía solo haber tenido sexo oral.[55]

- También en 1991, se registraron dos casos de contagio por VIH de un hombre a una mujer por medio de sexo oral (felación) publicado en la Revista Europea de Microbiología Clínica y Enfermedades Infecciosas (*European Journal of Clinical Microbiology and Infectious Diseases*).[56]

- En mayo de 1992, Andrew A. Gans. M.Phil. del Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Estatal de San Jose, California identificó a cinco personas que fueron infectadas con el VIH como resultado de felación receptivo con y sin eyaculación.[57] Cuatro de los cinco dijeron haber sido receptores de la felación con eyaculación[58] y uno sin eyaculación.[59] Se asociaron las enfermedades dentales y de encías con los casos. Sin

embargo, ninguna de las cinco personas recuerda haber tenido heridas o cortaduras a la hora de tener relaciones sexuales.[60]

- También en 1992, investigadores en Holanda concluyeron que 9 de 102 hombres que formaron parte en el estudio de cohorte holandés fueron infectados con el VIH como resultado de felación receptivo sin protección.[61]
- En 1993, el Informe del Cirujano General al Público Americano sobre infección por VIH y SIDA (*Surgeon General's Report to the American Public on VIH infection and AIDS*) indicó: "Es riesgoso que las personas reciban en sus bocas semen, secreciones vaginales o sangre de una persona infectada."[62]
- En 1994, dos epidemiólogos, Michael Samuel y James Koopman, indicaron que creían que practicar felación receptivo sin protección con una persona VIH positiva tiene un riesgo de aproximadamente un 1% de infección por cada acto sexual.[63]
- En junio de 1994, el inmunólogo Quale, experto en defensa de la mucosa, señaló que probablemente se puede dar contagio del VIH en forma oral sin que haya un rompimiento en la mucosa.[64] Indicó que era y es posible que las personas se infecten con el VIH via sexo oral sin tener cortaduras o heridas en sus bocas.
- En 1995, el director del Laboratorio Homosexual y Lésbico de Exámenes de SIDA en Los Angeles (*Homosexual and Lesbian AIDS Examen Site*), Huge Rice, indicó que había visto docenas de personas, en los últimos 10 años, que dijeron haber sido infectadas via felación receptivo.
- Además de todos estos hombres que han dicho haberse infectado por practicar felación con su pareja, por lo menos dos hombres dijeron haberse infectado al practicar la penetración en

la felación, es decir, el que está siendo mamado. Uno de los casos fue indicado en la Revista de Medicina de Nueva Inglaterra (*New England Journal of Medicine*). Se trataba de un hombre heterosexual de 60 años que dijo haber sido infectado porque una prostituta practicó felación con él.[65] Un segundo caso fue registrado por una enfermera; se trataba de un hombre homosexual con SIDA en San Francisco que juraba que su único factor de riesgo era haber dejado que otros le practicaran felación.[66] Ambas personas dijeron que creían que se habían infectado de una persona que les practicó felación porque no habían hecho nada más por varios años antes de que se infectaran.

- Si usted escoge tener relaciones sexuales con una pareja que es VIH positiva, es preciso reconocer que el peligro del sexo oral puede variar bastante dependiendo de muchas variables. Algunas de estas variables son:

A. La carga viral de la persona. En general, se ha descubierto que las personas con cargas virales no detectables son menos infecciosas que aquellas con niveles altos.

B. El número de células CD4 de la persona infectada. Las personas infectadas son cerca de cuatro veces más infecciosas si su número de células CD4 es menor de 200.

C. Si la persona infectada tiene SIDA.

D. Si cualquiera de los dos tiene alguna infección, herida o cortadura en la boca o en los genitales.

E. Si la pareja infectada está tomando algún medicamento como el AZT (algunos estudios indican que esto reduce el riesgo de contagio).

F. Cuán brusco se practica el sexo oral.

Consejo 39

Hacer un plan para el sexo oral

Después de leer sobre todos los hechos relacionados al sexo oral, piense acerca del peligro de esta práctica y prepare un plan para el futuro. Considere que la felación es un tipo de sexo oral en el que parece haber un mayor peligro de infección que en otros casos. Algunos posibles precauciones son:

A. No practicar felación.

B. Practicar felación sin restricciones.

C. Practicar felación con un condón.

D. Permitir a otros practicar felación en usted, pero sólo con condón.

E. Permitir a otros practicar felación sin condón en usted.

F. Practicar felación, pero sólo con parejas que indican que son VIH negativas.

G. Practicar felación, pero no permitir a su pareja eyacular en su boca.

H. Practicar cunnilingus.

I. Evitar cunnilingus.

J. Practicar cunnilingus con una barrera

K. Practicar cunnilingus en una pareja que está menstruando.

L. Permitir a su pareja que le practique cunnilingus.

Si usted no está seguro qué hacer con respecto al felación, una sugerencia sería lamer el tronco del pene y chupar el escroto, pero no chupar el glande, siempre y cuando ni usted ni su pareja tengan heridas, llagas o lesiones. Aunque ningún tipo de sexo es totalmente seguro, no

existe registro de que este tipo de sexo oral haya causado contagio del VIH. Esta práctica es mejor que nada y no requiere de un condón.

Consejo 40

Cuidar bien sus encías

Una persona se puede infectar con el VIH al tener relaciones sexuales orales aunque no tenga problemas con las encías. Sin embargo, estos problemas se han asociado con un mayor riesgo de infección. Por lo tanto es importante tener un buen cuidado de sus encías.

Cuatro modos de aumentar la salud de sus encías son:

1. Cepillar sus dientes después de cada comida, asegurándose de eliminar cualquier partícula de alimento en sus encías y en la base de sus dientes. Para algunas personas los cepillos de dientes eléctricos, como los de cabeza rotativa, limpian mejor que los cepillos comunes. Los cepillos nuevos de dientes son mejores que los cepillos viejos con hebras enredadas y separadas.

2. Limpiar sus dientes con hilo dental al menos una vez al día. El cepillado no puede eliminar bien la placa que se acumula entre sus dientes, como sí lo hace el hilo dental.

3. Visitar al odontólogo de dos a tres veces al año para una limpieza de sus dientes. Un profesional puede eliminar el sarro (placa calcificada y dura) que usted no puede eliminar. Una limpieza de dientes profesional también incluirá una eliminación de la placa en la parte inferior de la base del diente. Más aun, en caso de que sea necesario, su dentista puede prescribir un enjuague bucal llamado *Peridex* que contiene clorhexidina antimicrobial. Algunos estudios han mostrado que este enjuague reduce la gingivitis hasta un 41%.[67]

4. Reducir el consumo del tabaco. Aunque la mayoría de las personas ahora están conscientes de que el consumo del tabaco aumenta, en gran medida, el riesgo de enfermedades del corazón y cáncer, muchos no están conscientes de que el tabaco también aumenta el riesgo de enfermedades de las encías.

Consejo 41

No cepillar sus dientes ni usar hilo dental inmediatamente antes del sexo

Aunque es una buena idea cepillar sus dientes y usar hilo dental regularmente para tener dientes y encías sanas, no lo haga inmediatamente antes de tener relaciones sexuales. Trate de dejar pasar varias horas entre su limpieza dental y el momento en que usted tiene relaciones sexuales. Esto dará suficiente tiempo a sus encías para cicatrizar parcialmente, ya que frecuentemente estas se dañan levemente durante la aplicación del hilo dental y del cepillado de dientes.

Si quiere mejorar su aliento, usted puede usar un enjuague bucal sin alcohol o tabletas de menta. Los enjuagues bucales que contienen alcohol podrían aumentar el riesgo de dañar la boca.

Se debe esperar por lo menos entre uno y dos días después de que a usted le han hecho una limpieza dental o le han colocado calzas, para poder tener relaciones sexuales orales. Si a usted se le ha practicado una cirugía denta! importante como cirugía de encías o extracciones, se sugiere que espere por lo menos dos semanas antes de tener relaciones sexuales orales. Es común que los tejidos bucales necesiten varios días para cicatrizar después de una visita al dentista.

Consejo 42

Evitar contacto oral si usted tiene llagas en la boca

Es importante evitar la práctica de la felación sin protección, cunnilingus, y aun besar, si usted tiene algún tipo de llaga o herida en o alrededor de su boca, aun si se trata sólo de una úlcera aftosa común (una llaga bucal dolorosa que algunas personas pueden tener en la boca como resultado del estrés o por comer ciertos alimentos). La llaga o herida aumenta la probabilidad de contraer la infección por VIH.

Consejo 43

Saber los datos acerca del sexo vaginal

Es importante informarse sobre el sexo vaginal. Aunque el riesgo de transmisión del VIH via sexo vaginal es mucho menor que por coito anal, no es imposible.

- Según un informe del Instituto de Medicina/Academia Nacional de Ciencias de 1989 (*Institute of Medicine/National Academy of Science*), el riesgo de contraer la infección por VIH de un sólo acto de coito vaginal es de 1 en 500 para una mujer y de 1 en 700 para un hombre.[68]
- A más de 17.000 hombres heterosexuales se les ha diagnosticado el SIDA los cuales dijeron haberse infectado al tener relaciones sexuales heterosexual (1996 CDC Year-End Surveillance Report).
- A más de 32.000 mujeres se les ha diagnosticado el SIDA, las cuales dijeron haberse infectado al tener relaciones sexuales heterosexuales (1996 CDC Year-End Surveillance Report).

• Al igual que con otros tipos de sexo, cuando se tiene sexo con una pareja VIH positiva, el riesgo depende de una variedad de factores:

A. ¿Cuál es la carga viral de la persona?

B. ¿Cuál es el conteo de células CD4 en la pareja infectada? Un estudio efectuado con personas cuyos conteos de células CD4 son menores de 200 demostró que estas personas eran aproximadamente 4 veces más infecciosas que personas con conteos de estas células mayores de 200.[69]

C. ¿Tiene SIDA uno de los miembros de la pareja?

D ¿Tiene la pareja masculina heridas o llagas en el pene?

E. ¿Tiene él un pene particularmente grande que podría causar un trauma en la vagina?

F. ¿Cuán fuerte se practica el coito?

G. ¿Cuál es la condición de la vagina de la pareja femenina?, ¿tiene ella heridas o llagas en su vagina?, ¿tiene ella una infección por levadura?, ¿tiene ella alguna de las enfermedades de transmisión sexual, como gonorrea, sífilis o herpes?

H. ¿Presenta la pareja femenina sangrado menstrual?[70]

• Algunos hombres y mujeres heterosexuales practican el coito vaginal sin protección a pesar de saber que su pareja es VIH positiva. Se llevaron a cabo dos estudios europeos para probar la eficiencia de condones en parejas que difieren en su estatus de infección por VIH, y a estas parejas se les aconsejó usar condones. Es difícil creer que en ambos estudios más del 33% de las parejas usaron condones irregularmente. En otro estudio, 79 de 305 parejas (25,9%) admitieron nunca haber usado condones, a pesar de saber que uno de los miembros de la pareja era VIH positivo.

• Es importante también saber que es posible infectarse con el VIH al tener relaciones sexuales orales (cunnilingus) en una mujer. Al menos cuatro mujeres homosexuales y dos hombres heterosexuales han informado haberse infectado de esta manera. El riesgo probablemente aumenta cuando la mujer está menstruando, debido a que la sangre suele contener más concentración del VIH que las secreciones vaginales.[71]

Consejo 44

Hacer un plan para sexo vaginal

Primero decida exactamente que tanto está usted dispuesto a arriesgarse.

A. No quiere arriesgarse

B. Sólo un poco de riesgo

C. Bastante riesgo

Segundo, haga un plan de acuerdo a la cantidad de riesgo que usted está dispuesto a tomar:

A. ¿Se volverá usted una persona abstemia?

B. ¿Usará un condón algunas veces, todo el tiempo o nunca?

C. ¿Estará dispuesto a practicar cunnilingus?, ¿con o sin barrera?

D. ¿Hará usted algo diferente si su pareja está menstruando? La sangre contiene una mayor cantidad del virus de inmunodeficiencia humana que las secreciones vaginales, por ello es probablemente más riesgoso tener relaciones sexuales con una mujer menstruando.

Consejo 45

Usar una envoltura plástica

Si usted está buscando una barrera práctica para reducir el riesgo en los contactos oral-vaginal, oral-anal ó vulva-vulva, una envoltura plástica será una buena opción. Envolturas plásticas tales como el *Saran Wrap* (envolturas *Saran*) no son caras, son fáciles de encontrar en tiendas y son relativamente fáciles de usar.

Si usted decide utilizar una envoltura plástica, basta con colocar una sección suficientemente larga de la misma sobre la parte que se está usando (vulva o ano). Si usted o su pareja prefieren un lubricante a base de agua (como el gel *KY*), puede aplicarlo del lado de la envoltura plástica que estará contra la vulva o el ano. Esto puede ayudar a mantener la envoltura plástica en su lugar.

Guantes de látex (cortados a la mitad con los dedos cortados) y presas dentales de látex también pueden ser usados. Sin embargo estos artículos son difíciles de encontrar, son más caros y más pequeños, lo que los hace menos accesibles y difíciles de usar.

Consejo 46

Lavar los consoladores y otros juguetes sexuales después de su empleo

Aunque el compartir consoladores y otros juguetes sexuales que a veces se colocan en la vagina y el recto, no es una de las prácticas más comunes, algunas personas tienen relaciones sexuales de esta manera. Si un consolador o juguete sexual tiene semen, sangre o secreciones vaginales, podría transmitir el VIH. Por ello es importante lavar los juguetes sexuales antes de que una segunda persona los use.

Si el juguete está hecho de un plástico duro, como algunos consoladores, se puede usar una solución desinfectante débil (nueve partes de agua y una parte de cloro) y /o jabón y agua (una alta concentración de solución desinfectante puede dañar algunos juguetes). Además de lavar muy bien los juguetes, también es importante dejar que se sequen completamente. Es muy dificil que el VIH sobreviva en un ambiente seco. Sin embargo el virus puede sobrevivir en un pequeño depósito de semen, en secreciones vaginales o en la sangre.

Para una protección adicional, algunas personas también colocan un condón nuevo sobre el consolador antes de usarlo.

Consejo 47

Familiarizar con algunos datos acerca del sexo anal

La mayoría de las personas ya saben que el coito anal es el método más fácil de transmisión sexual del VIH. Sin embargo, hay otros datos del sexo anal que usted debe saber también:

- Se ha estimado que el coito anal tiene probabilidades de cerca de una en 20 de transmitir el VIH cada vez que una persona tiene sexo anal receptivo sin protección con un hombre VIH-positivo.[72]
- La pareja receptiva en coito anal tiene aproximadamente 3,6 veces más de riesgo de infectarse que la persona que penetra.[73]
- La mayoría de los hombres homosexuales VIH positivos se infectaron debido al sexo anal receptivo sin protección. Aunque algunos de ellos también informaron que eran los que penetraron, la mayoría no creyó que esto causara su infección por el VIH.

• No se han hecho estudios específicos sobre la efectividad de los condones durante el coito anal. Sólo se puede especular de otros estudios, algunos de los cuales fueron hechos en el laboratorio y otros en personas que practicaron coito vaginal. Aunque los condones reducen grandemente las probabilidades de infección por el VIH, aun hay la posibilidad de que una persona se infecte durante el coito anal debido a rompimiento o goteo del condón.

• El uso de un consolador en el recto para estimular la próstata puede ser peligroso. Este peligro no consiste principalmente en contraer el VIH, sino en romper o perforar el recto o el colon.

• Hay muy poco peligro de contraer la infección por VIH al meter el dedo en el recto siempre que el dedo de la persona no tenga heridas o rasguños y que el recto de la otra persona esté libre de infecciones y sangrados. Sin embargo, si una persona tiene uñas filosas, él o ella podría cortar la membrana de la mucosa del recto de su pareja (el propósito de meter el dedo es estimular la próstata al frotar el lado frontal del recto cerca de 5 cm. arriba del ano.)

• Es dificil transmitir el VIH al meter la mano en el recto. Sin embargo, si la mano que se introduce en el recto tiene alguna herida y si uno de ellos es VIH positivo, es posible transmitirlo de esta manera. Aunque esta no es una práctica común, al hacerla existe por lo menos un leve peligro de infección para ambas personas. El peligro principal está en la probabilidad de provocar heridas y perforaciones en el recto.

• La transmisión del VIH es poco probable cuando se chupa el ano. Para que el VIH se transmita de esta manera, la persona que es chupada primero tendría que ser VIH positiva y segundo tendria que tener algún tipo de sangrado o infección alrededor de su ano. Desde este punto el virus tendría que ser transmitido a la boca de la persona que está chupando. Aunque todo esto es teóricamente posible, es hasta cierto punto improbable. Hasta hoy nadie ha

afirmado haberse infectado debido a esta práctica. Sin embargo, hay un verdadero peligro de transmisión de parásitos y hepatitis si la persona que es chupada tiene alguno de estos problemas. Ambos pueden causar enfermedades y en el caso de la hepatitis puede hasta matar.

• No existen estudios que indiquen que el sexo oral sin protección sea menos peligroso que el coito anal con condón. Aunque algunos educadores establecen esto como un hecho, no hay estudios que lo comprueben.

• Al igual que con todas las diferentes prácticas sexuales, hay variedad de factores que teóricamente hacen más o menos arriesgado tener relaciones sexuales anal sin protección con una persona VIH positiva. ¿Cuál es su carga viral?, ¿cuántas células CD4 tiene él o ella?, ¿tiene o ha tenido él o ella infecciones oportunistas (las cuales ocurren típicamente cuando el sistema inmune de la persona está funcionando mal tales como MAI, CMV y PCP)?, ¿tiene él o ella SIDA?, ¿tiene él o ella un recto infectado?, ¿tiene él o ella otras enfermedades de transmisión sexual como gonorrea, sífilis, herpes?, ¿sangra fácilmente su recto?, ¿cuál es el tamaño del pene del compañero que penetra en relación con el recto de la pareja receptiva?, ¿qué tan brusco se practica el coito anal?

Consejo 48

Hacer un plan para tener relaciones sexuales anales, aun si usted es heterosexual

Al igual que se hace un plan para el sexo oral y vaginal, también es importante hacer un plan para el sexo anal. Un alto porcentaje de heterosexuales (aproximadamente entre el 30 a 40%, según el Informe Kinsey), al igual que hombres homosexuales y bisexuales, tienen relaciones sexuales anales. Por lo tanto si usted es homosexual, heterosexual o bisexual es

importante que decida qué quiere hacer en relación con el sexo anal antes de tener relaciones sexuales. Usted tendrá menos probabilidades de errar si tiene un plan. Aun la decisión de no tener relaciones sexuales anales es, en sí misma, un plan.

En primer lugar, decida qué riesgo, si es que piensa correr alguno, está usted dispuesto a correr en relación con el sexo anal.

En segundo lugar, si usted está dispuesto a arriesgarse, decida exactamente qué es lo que va a hacer.

A. ¿Está usted dispuesto a hacerlo, pero sólo con una pareja VIH negativa y monógama?

B. ¿Está usted dispuesto a hacerlo, pero sólo con alguien VIH negativo?

C. ¿Está usted dispuesto a ser el que penetra y no el que recibe?

D. ¿Está usted dispuesto a hacerlo, pero sólo con dos condones?

E. ¿Está usted dispuesto a hacerlo, pero sólo con los condones y lubricantes de mejor calidad?

F. ¿Está usted dispuesto a hacerlo con alguien que es VIH positivo?

G. ¿Está usted dispuesto a hacerlo con alguien que tiene SIDA?

Directrices generales: si usted decide que quiere tener relaciones sexuales anales, trate de encontrar una pareja VIH negativa, siempre use condones de buena calidad , y hágalo lo más suavemente posible. Aun hay cierto peligro en esta práctica pero siguiendo estos lineamientos el peligro se reduce significativamente.

Si usted va a tener cualquier tipo de relación sexual anal en que sus dedos estén involucrados, asegúrese de tener las uñas bien cortas y considere el usar guantes de látex para una mayor protección.

Consejo 49

Conocer los datos relacionados con los besos

Mucha gente cree que besar no representa ningún riesgo de infectacción con el VIH. Sin embargo puede haber una muy baja probabilidad por lo que esta creencia puede no ser cierta. Por esta razón es importante que usted conozca algunos hechos:

• Un estudio publicado en 1992 en la Revista del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (*Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*), informó que se encontró suficiente VIH en la saliva como para transmitirlo.[74]

• Según el libro de Masters y Johnson *Heterosexuality*, un canadiense de 72 años de edad informó que se infectó por "besar apasionadamente" a su esposa de 70 años de edad, quien se había infectado por medio de una transfusión sanguínea.[75]

• Otros virus tales como mononucleosis, citomegalovirus y herpes simplex II, de seguro, pueden ser transmitidos por medio del beso.[76]

Consejo 50

Hacer un plan para besar

Aunque el riesgo de besar es muy bajo, no se puede afirmar que no hay riesgo del todo. Por ello usted debe considerar hacer un plan para besar.

En primer lugar, considere el preguntar a su posible pareja si él o ella es VIH negativo o positivo. De todas formas, si es una persona que a usted le importa, con el tiempo usted querrá saberlo.

En segundo lugar, si no está seguro si su pareja es VIH positiva o negativa, es aconsejable dar besos suaves y secos en los labios en vez de besos apasionados del tipo beso

francés. Este es el tipo de beso en que un miembro de la pareja chupa la lengua del otro. Comúnmente las dos personas involucradas en este tipo de besos se turnan para chupar la lengua del otro.

Consejo 51

No creer que usted puede determinar si alguien es o no VIH positivo con solo mirarlo

Aunque aproximadamente un 50% de los hombres homosexuales de las principales ciudades de Estados Unidos ya están infectados con el VIH, muchos de ellos repetidamente cometen el error de no preocuparse por preguntar a un posible compañero sexual si está o no infectado con el VIH y piensan que, porque su compañero parece saludable, es VIH negativo. Este no es un buen método para determinar si alguien es VIH positivo o negativo, sin importar si usted es homosexual, heterosexual o bisexual.

• La única manera de que alguien, incluso un médico, pueda estar relativamente seguro de si alguien es VIH negativo o positivo es mediante un examen de sangre para el VIH, y aun esta prueba no es 100% concluyente.

• Si alguien que no es un trabajador del sector de la salud piensa que puede determinar si una persona es o no VIH positiva con solo mirarla, entonces esa persona carece de conocimiento, es muy inocente o tiene aires de grandeza (un síntoma de trastorno psicológico en el cuál la persona cree tener poderes especiales). Aunque pueda ser capaz de determinar si alguien tiene SIDA (debido a que algunos personas con SIDA están muy delgadas y débiles) es muy poco probable que sea capaz de determinar si una persona es VIH positiva sin SIDA.

A pesar de que es verdad que algunos hombres VIH positivos pueden presentar señales que indican que ellos lo son, aun personal médico entrenado en VIH tendria que practicar un examen fisico para determinar si una persona tiene o no este virus. Un profesional que no es del sector de la salud no tiene la más leve idea de lo que significan una linfadenopatia generalizada, una leucoplasia vellosa oral, un aftas oral, una dermatitis seborréica y una tiña, y además no se puede dar el lujo de hacer un examen fisico. En este caso, este tipo de profesional, de seguro, no puede determinar si una persona es o no VIH positiva con solo mirarlo.

• Algunos hombres que tienen SIDA se ven muy mal (con Sarcoma de Kaposi, gran pérdida de peso y fatiga severa), mientras que otros casi no muestran señales visibles. Por lo tanto no es posible saber si una persona está enferma de SIDA con solo mirarla.

• Un hombre o mujer VIH positivos se ve muy enfermo solo cuando la enfermedad del SIDA ya a avanzado bastante.

Consejo 52

Observar el comportamiento de la posible pareja sexual

Aunque en general es imposible determinar si una persona es o no VIH positiva o negativa juzgando por su apariencia, se puede obtener cierta información al observar el comportamiento de la persona. Es más probable que las personas VIH positivas tengan comportamientos como mostrarse impulsivos, tomar licor y tomar drogas (especialmente en forma intravenosa, pero también drogas más benignas como la marihuana).

Además de conocer el comportamiento, también se puede obtener información sobre el perfil psicológico de la persona. Es un poco más probable que las personas VIH positivas

tengan o hayan tenido problemas psicológicos tales como negación, ansiedad, depresión y baja autoestima.

Precaución: No se puede depender del estudio del comportamiento y de la salud mental de una persona para evaluar con exactitud si es VIH positiva o negativa. Una persona puede tener todos los problemas psicológicos del mundo y aun así ser VIH negativa, y una persona puede ser un fanático de la salud y aun así ser VIH positiva. No se engañe pensando que usted puede determinar si alguien es VIH positivo tomando en cuenta sólo estas características. La observación del comportamiento y la evaluación de la salud psicológica de la persona solo puede darle una pista de si esa persona es VIH positiva o negativa.

Consejo 53

Recordar que usted puede preguntar para saber si alguien es VIH positivo

La manera más práctica de saber si alguien es VIH positivo es preguntarle. Debido a que para muchas personas resulta poco práctico pedirle a su posible pareja sexual que se haga un examen antes de tener relaciones sexuales, la mejor forma de determinar si una persona es VIH positiva o negativa es preguntándole. Hay muchas preguntas que se le pueden hacer a una posible pareja sexual, tales como: ¿alguna vez ha usado drogas intravenosas?, ¿alguna vez ha tenido relaciones sexuales con otro hombre?, ¿alguna vez ha sido la pareja receptiva en el coito anal?, ¿ha tenido relaciones sexuales vaginales sin protección?, ¿sexo oral receptivo sin protección?, ¿es usted bisexual?, etc. Resulta dificil hacer esas preguntas personales, por lo que se recomienda limitar las preguntas a las siguientes tres:

1. ¿Es usted VIH positivo o negativo?

2. ¿Cuando fue la última vez que se hizo el examen?

3. ¿Consideraría hacerse el examen pronto? (En caso de que no se haya hecho el examen en el último año o que nunca se lo haya hecho).

Primero pregunte: ¿es usted VIH negativo o positivo?; si responde que es VIH negativo, pregunte cuando fue la última vez que se hizo el examen. La validez del examen es menor si ha transcurrido mucho tiempo desde que se lo hizo. Por ejemplo, si se hizo el examen hace ocho años, este resultado no tiene importancia. Si se hizo el examen hace menos de un año, es más probable que actualmente el resultado siga siendo el mismo. Como se mencionó anteriormente, se debe considerar que los exámenes de VIH no son 100% exactos ni tampoco las respuestas que las personas dan.

Si la persona indica que no se ha hecho el examen todavía, el próximo paso es preguntarle si estaría dispuesta a hacerse la prueba pronto. Si acepta, es una buena señal; la duda y la renuencia son malas señales por dos razones.

La primera razón es que, algunas veces, las personas que han resultado VIH positivas en exámenes anteriores mienten al decir que ellos nunca se han examinado cuando se les hace la primera pregunta: ¿es usted VIH negativo o positivo?. Pero cuando se les pregunta si están dispuestas a hacerse el examen pronto, tienen que seguir mintiendo, por lo que necesitan de unos minutos más para pensar una buena respuesta.

La segunda razón es que algunas personas saben que ellos han tenido sexo riesgoso en el pasado, por lo que están muy temerosos de que resulten positivas en el examen y están reacios a hacérselo. Desafortunadamente, algunas personas esperan hasta enfermarse con alguna infección oportunista para considerar hacerse el examen de VIH.

Si usted hace estas dos o tres preguntas, es casi seguro que aprenderá algo acerca de la persona. No puede confiar en su palabra como si fuera una verdad absoluta, pero es probable que tendrá más conocimiento de la persona ahora que la que tuvo al principio. Se sorprendería al descubrir cuán honestas son algunas personas, al hacerles preguntas directas. En general, es más fácil ocultar la verdad cuando no se pregunta que negarla cuando se pregunta directamente.

Consejo 54

Conocer el riesgo relativo de cada práctica sexual

Saber cuáles prácticas sexuales son las que tienen mayor probabilidad de contagio con el VIH le ayudará a reducir el riesgo de infección cuando se está teniendo sexo o planea tenerlo. Las expresiones "riesgo bajo", "mediano" o "alto" no se usan, puesto que han sido mal interpretadas en el pasado, principalmente las dos primeras, las cuales se han entendido como no riesgosas. Ello daba como resultado la práctica sexual sin protección y la subsecuente infección por VIH.

El cuadro 54.1 enumera los riesgos de varias prácticas sexuales y se basa en el número de personas que se supone han sido infectadas al realizarlas.

Cuadro 54.1 Categorías de riesgo sexual

Nunca se ha reportado la transmisión del VIH en las siguientes prácticas:

- Masaje.
- Besos secos en los labios o en el cuerpo.

- Contacto corporal.
- Masturbación.
- Chupar o lamer otras partes del cuerpo que no sean el pene o clítoris.
- Coito vaginal con dos condones.
- Coito anal con dos condones.
- Practicar felación con condón.
- Recibir felación con condón.
- Practicar cunnilingus con barrera.
- Recibir cunnilingus con o sin barrera.

Nunca se ha informado que las siguientes prácticas causen el contagio del VIH, pero pueden ser peligrosas por otras razones:

- Meter la mano en el recto.
- Chupar el ano.

Las siguientes prácticas se han informado como causantes de contagio del VIH en muy raras ocasiones:

- Coito vaginal con un condón.
- Coito anal con un condón.
- Ser la pareja penetradora de la felación.
- Practicar cunnilingus.
- Beso francés.

Las siguientes prácticas se han informado como causantes de infección por VIH en muchas personas:

- Coito vaginal sin condón.
- Coito anal sin condón.
- Practicar felación sin barrera.

Consejo 55

Preparar un plan completo para el sexo seguro

Tome toda la información que ha aprendido hasta ahora y prepare un plan completo para el sexo seguro. Mientras más planee para cada posible situación, será más prudente.

Cuadro 55.1 Consejos para hacer un plan de sexo seguro

Los siguiente guía le ayudará a tomar decisiones para decidir qué hacer y qué no con respecto a las relaciones sexuales.

Aspectos generales:

1. Decidir dónde conoceré a mis posibles parejas sexuales (el conocer a personas en lugares como bares y parques aumenta la probabilidad de que ocurra sexo inseguro. Conocer gente por medio de amigos disminuye el riesgo del sexo inseguro):

a. En un bar o club nocturno.

b. Por medio de un servicio de citas.

c. En el trabajo.

d. En el lugar de estudio.

e. Por medios informáticos.

f. Por medio de servicios de citas telefónicas.

g. Por medio de amigos.

h. Por medio de clubes sociales o recreativos.

i. En los baños públicos.

j. En los baños saunas.

k. En un parque.

l. Otros_____

2. En el futuro, preguntaré/no preguntaré si mi pareja es VIH positiva o negativa.

3. En el futuro, preguntaré/no preguntaré o no a mi pareja cuando fue la última vez que se hizo el examen del VIH.

4. En el futuro, le pediré/no le pediré a mi pareja que se haga el examen del VIH.

Felación

5. En el futuro, practicaré/no practicaré felación sin barrera.

6. En el futuro, practicaré/no practicaré felación con barrera.

7. En el futuro permitiré/no permitiré que me practiquen felación sin barrera.

8. En el futuro, chuparé/no chuparé los testículos de mi pareja.

9. En el futuro, lameré/no lameré el tronco del pene de mi pareja

10. En el futuro, permitiré/no permitiré a mi pareja eyacular en mi boca.

Besar

11. En el futuro, daré/no daré besos secos.

12. En el futuro, daré/no daré besos franceses.

Condones

13. En el futuro, usaré:

a. Ningún condón.

b. Un condón.

c. Dos condones.

14. En el futuro, usaré la siguiente marca o marcas de condón:_____

Coito anal

15. En el futuro, seré/no seré la pareja penetradora del coito anal sin condón.

16. En el futuro, seré/no seré la pareja penetradora del coito anal con un condón.

17. En el futuro, seré/no seré la pareja penetradora del coito anal con dos condones.

18. En el futuro, seré/no seré la pareja receptiva del coito anal sin condón.

19. En el futuro, seré/no seré la pareja receptiva del coito anal con un condón.

20. En el futuro, seré/no seré la pareja receptiva del coito anal con dos condones.

Lubricantes

21. En el futuro, usaré la siguiente marca o marcas de lubricantes:_____

En el futuro, usaré/no usaré un lubricante con nonoxynol-9.

Misceláneos

23. En el futuro, masturbaré/no masturbaré a mi pareja.

24. En el futuro, chuparé/no chuparé las partes del cuerpo de mi pareja, excluyendo su pene o vulva.

25. En el futuro, restregaré/no restregaré mis genitales en el cuerpo de mi pareja.

26. En el futuro, abrazaré/no abrazaré a mi pareja.

Relaciones

27. En el futuro, preguntaré/no preguntaré a mi pareja monógama si él o ella está sexualmente satisfecho.

28. En el futuro, preguntaré/no preguntaré a mi pareja monógama si ha sido fiel.

29. En el futuro, le diré/no le diré a mi pareja monógama que me sentiría lastimado si fuera infiel y que me sentiría aun más lastimado si no usara protección.

Coito vaginal

30. En el futuro, seré/no seré la pareja penetradora del coito vaginal sin condón.

31. En el futuro, seré/no seré la pareja penetradora del coito vaginal con un condón.

32. En el futuro, seré/no seré la pareja penetradora del coito vaginal con dos condones.

33. En el futuro, seré/no seré la pareja receptiva del coito vaginal sin condón.

34. En el futuro, seré/no seré la pareja receptiva del coito vaginal con un condón.

35. En el futuro, seré/no seré la pareja receptiva del coito vaginal con dos condones.

Cunnilingus

36. En el futuro, practicaré/no practicaré cunnilingus sin barrera.

37. En el futuro, practicaré/no practicaré cunnilingus si mi pareja está menstruando.

38. En el futuro, practicaré/no practicaré cunnilingus si mi pareja tiene mucho flujo o secreciones vaginales.

39. En el futuro, practicaré/no practicaré cunnilingus con barrera.

40. En el futuro, recibiré/no recibiré cunnilingus sin barrera.

41. En el futuro, recibiré/no recibiré cunnilingus con barrera.

¿Cree usted que será capaz de llevar a cabo su plan?

La convicción que tenga de su capacidad para llevar a cabo este plan constituye un buen punto de partida para predecir si lo hará o no. Si usted no se cree capaz de llévarlo a cabo, ¿por qué no?, ¿puede remediar este obstáculo?.

43. ¿Cómo se beneficiará si es capaz de llevar a cabo su plan?

1. Ejemplo: dormiré mejor sabiendo que no estoy infectado.

2. _____

3. _____

Cuadro 55.2 Resumen del plan para sexo seguro

Después de completar su plan, puede hacer un resumen en el que escriba las cosas que hará o no en el futuro.

En el futuro haré:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

En el futuro no haré:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

NOTAS

[1] Stein, G. *AIDS Update 1996.* Prentice Hall, Upper Saddle River, Nueva Jersey, p. 358, 1996.

[2] Freundich, Naomi y others. "Science & Technology: Medicine: Public Health is in a Bad Way." Business Week 3279, 17: 102-104, Agosto 1992.

[3] *HIV/AIDS Surveillance Report, U.S. HIV and AIDS Reported through December 1995 year-end Edition*, Vol. 7, #2, p. 5.

[4] Vandamme, A.M., Van Dooren, S., Kok, W., Goubau, P., Fransen, K., Kievits, T., Schmit, J.C., De Clercq, E., Desmyter, J. *Journal of Virology Methods*, 52: 121-132, marzo 1995.

[5] Fazedegan, H. Loss of Human Immunodeficiency virus Type 1, (HIV-1) antibodies with evidence of viral infection in asymptomatic homosexual men, *Annals of Internal Medicine* 108: 785-790, 1988.

[6] Kippax, S., Crawford, J., Davis, M., Rodden, P. y Dowsett, G. *Sustaining safe sex: a longitudinal study of a sample of homosexual men, AIDS*, 7:2, 1993.

[7] Reinisch, J.M. y Beasley, R. *The Kinsey Institute New Report on Sex.* St Martin's Press, 1994, pp. 10 & 95.

[8] Masters, W.H., Johnson, V.E. y Kolodny, R.C. *Master and Johnson on Sex and Human Loving.* Little, Brown & Co, 1988, p. 334.

[9] Masters, W.H., Johnson, V.E. y Kolodny, R.C. *Master and Johnson on Sex and Human Loving.* Little, Brown & Co, 1988, p. 334.

[10] Gold, R. *AIDS Care, "AIDS Education for Gay Men,"* Vol. 7, Supplement 1, 1995, p. 15.

[11] Khouri, Y.F. McIntosh, K., Cavacini, L., Posner, M., Tuomala, R., Marasco, W.A. Vertical Transmission of HIV-1. Correlation with maternal viral load and plasma level of CD4 binding site anti-gp 120 antibodies, *Journal of Clinical Investigation*, 95(2): 732-7, feb. 1995.

[12] Vernazza, P.L., Eron, J.J., Cohen, M.S. Van Der Horst, C.M., Troiani, L., Fiscus, S.A. *Detection and biologic characterization of infectious HIV-1 in semen of HIV positive men, AIDS*, 8(9): 1325-9. Sept. 1994.

[13] *HIV/AIDS Surveillance Report, through December 1995 Year-end Edition* Vol. 8 #2, p. 15.

[14] Ginburg, Fleming y Miller. "Selected Public Health Observations Derived from the Multicenter AIDS Cohort Study." p. 2.

[15] Winkelstein, W., Lyman, D.M., Padian, N. y otros. Sexual Practices and Risk of Infection by the Human Immunodeficiency Virus: The San Francisco Men's Health Study, *Journal of the American Medical Association*, 257(3), enero 16, 1987.

[16] Reinisch, J.M. *The Kinsey Institute New Report On Sex.* St Martin Press, 1990, p. 185.

[17] *HIV/AIDS Surveillance Report through December 1996 Vol. 8 #2.* Published by U.S., p. 14.

[18] *AIDS Weekly Surveillance Report.* U.S. AIDS Program, Center for Infectious Diseases, Center for Disease Control, julio 1991.

[19] *HIV/AIDS Surveillance Report through December 1996 Vol. 8 #2,* p. 15.

[20] Hoffman, T.J. Child Sexual Abuse: Undermining of the Polis, *The Journal of Primary Prevention*, 15(4): 390, 1995.

[21] *HIV/AIDS Surveillance Report through December 1996 Vol. 8 #2,* p. 15.

[22] *HIV/AIDS Surveillance Report through December 1996 Vol. 8 #2,* p. 15.

[23] *HIV/AIDS Surveillance Report through December 1996 Year-end Edition Vol. 8 #2,* p. 11-13..

[24] *HIV/AIDS Surveillance Report through December 1996 Vol. 8 #2,* p. 11.

[25] *HIV/AIDS Surveillance Report through December 1996 Vol. 8 #2.* Published by U.S, p. 12.

[26] "Frequently Asked Questions About...HIV/AIDS and women". CDC National AIDS Clearinghouse, 1994.

[27] *HIV/AIDS Surveillance Report, U.S. HIV and AIDS reported through December 1996 Year-end Edition Vol. 8 #2,* p. 19.

[28] Sadhna Khalsa. Conferencia, mayo 1994.

[29] Sadhna Khalsa. Conferencia, mayo 1994.

[30] The current global situation of the HIV/AIDS pandemic, *Mortality and Morbidity Report* 44(46), noviembre 24, 1995.

[31] *HIV/AIDS Surveillance Report through December 1996 Vol. 8 #2,* p. 16.

[32] Van de Perre, P., Jacobs, D., Sprecher-Goldberger, S. The latex condoms, an efficient barrier against sexual transmission of AIDS-related viruses. *AIDS* 1:49-52, 1987.

[33] Conant, M., Hardy, D., Seratinger, J., Spicer, D., Levy, J.A. Condoms prevent transmission of AIDS-
associated retrovirus (letter), *Jama* 255:1706, 1986.

[34] Carey, R.F., Herman, W.A., Retta, S.M., Rinaldi, J.E., Herman, B.A., Athey, T.W Effectiveness of Latex Condoms As a Barrier To Human Inmunodeficiency Virus-sized particles Under Conditions of Simulated use. *Sexually Transmitted Diseases*, pp. 230-234, julio-agosto 1992.

[35] "Can You Rely On Condoms." *Consumer Reports.* p. 137, marzo 1989.

[36] Kloninski, L.E. "New thinner, plastic condoms may offer alternative to latex—Yet testing continues on HIV transmission risk" (Los Angeles, AIDS Project Los Angeles, febrero 1995). {Folleto}

[37] "Reality female condoms now available in stores nationwide," *Nurse Week.* p. 4, sept. 4, 1994.

[38] "Reality female condoms now available in stores nationwide," *Nurse Week.* p. 4, sept. 4, 1994.

[39] Steiner, M., Foldesy, R., Dole, D. y Carter, E. Study To Determine The Correlation Between Condoms Breaks In Human Use And Laboratory Test Results, *Contraception,* p. 279.

[40] Saracco, A y otros. *The Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 6:499.

[41] Waites, L., AIDS Line. *The Advocate,* p. 56, abril 20, 1993.

[42] Update: Barrier Protection Against HIV Infection and Other Sexually Transmitted Diseases, *Journal of the American Medical Association,* 270(8): 933, agosto 25, 1993.

[43] Update: Barrier Protection Against HIV Infection and Other Sexually Transmitted Diseases, *Journal of the American Medical Association,* 270(8): 933, agosto 25, 1993.

[44] Update: Barrier Protection Against HIV Infection and Other Sexually Transmitted Diseases, *Journal of the American Medical Association,* 270(8): 933, agosto 25, 1993.

[45] Update: Barrier Protection Against HIV Infection and Other Sexually Transmitted Diseases, *Journal of the American Medical Association*, 270(8): 933, agosto 25, 1993.

[46] Update: Barrier Protection Against HIV Infection and Other Sexually Transmitted Diseases, *Journal of the American Medical Association*, 270(8): 933, agosto 25, 1993.

[47] Update: Barrier Protection Against HIV Infection and Other Sexually Transmitted Diseases, *Journal of the American Medical Association*, 270(8): 933, agosto 25, 1993.

[48] Douglas, P. & Pinsky, L. *The Essential AIDS Facts Book*, (Columbia University) p. 32.

[49] Douglas, P. & Pinsky, L. *The Essential AIDS Facts Book*, (Columbia University) p. 32.

[50] Steinbrook, R. "Two Cases Document AIDS Transmission Through Oral Sex," *Los Angeles Times*, octubre 1, 1989, p. 25.

[51] Steinbrook, R. "Two Cases Document AIDS Transmission Through Oral Sex," *Los Angeles Times*, p. 25.

[52] Ginzburg, H.M., Fleming, P.L., y Miller; K.D. Selected Public Health Observations Derived from the Multicenter AIDS Cohort Study, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 1: 4

[53] Rozembaum, W., Gharakhanian, S., Cardon, B. y otros. HIV transmission by oral sex, *The Lancet*, 1: 1395, 1988.

[54] Myers, L. "New Study Shows Oral Sex Risky," 14 *Frontiers*, octubre 26, 1990.

[55] Risks Of Oral Sex, *HIV Counselor Perspectives, California Department of Health Services, Office of AIDS, University of California AIDS Health Project*, p. 2, marzo 1991.

[56] Male-to-Female Transmission Human Immunodeficiency Virus Infection by Oro-Genital Sex, *European J. Clinical Microbiology and Infectious Disease*, Vol. 10, 1991.

[57] Gans, A.A. *An Exploration of the Relationship of Oral Sex and HIV Transmission Among Gay and Bisexual Men*, Department of Health Science, San Jose State University, p. 3.

[58] Gans, A.A. *An Exploration of the Relationship of Oral Sex and HIV Transmission Among Gay and Bisexual Men*, Department of Health Science, San Jose State University, p. 3.

[59] Gans, A.A. *An Exploration of the Relationship of Oral Sex and HIV Transmission Among Gay and Bisexual Men*, Department of Health Science, San Jose State University, p. 3.

[60] Gans, A.A. *An Exploration of the Relationship of Oral Sex and HIV Transmission Among Gay and Bisexual Men*, Department of Health Science, San Jose State University, p. 4.

[61] Rotello, G. Watch Your Mouth, *Out*, junio 1994, p. 160.

[62] "Oral Sex: Recommendations from the California Department of Health Services, Office of AIDS," *HIV Education & Prevention Services Bulletin, A Publication of the Department of Health Services, Office of AIDS*, octubre/noviembre 1993.

[63] Rotello, G. Watch Your Mouth, *Out*, junio 1994, p. 163.

[64] Rotello, G. Watch Your Mouth, *Out*, junio 1994, p. 155.

[65] *HIV Counselor Perspectives*, San Francisco, California, University of California AIDS Health Project for California Department of Health Services Office of AIDS, marzo 1991; Spitzer, P.G., Weiner, N.J., Transmission of HIV infection from a woman to a man by oral sex, *The New England Journal of Medicine*, 320 (4): 251.

[66] Ken Dubois, R.N. Entrevista julio 1995, Los Angeles, California.

[67] Sheperd, S. Brushing Up on Gum Disease, *Consumer*, mayo, 1990.

[68] Institute of Medicine/Nation Academy of Science, *Confronting AIDS: Update*. National Academy Press, 1989.

[69] Isabelle De Vincenzi, for the European Communities Study Group on heterosexual transmission of HIV. Abstract: Heterosexual Transmission of HIV In European Cohort Of Couples, (Paris, Francia: European Center for the Epidemiological Monitoring of AIDS).

[70] Reinisch, J.M., Beasles, R. y otros. *The Kinsey Institute New Report of Sex: What You Must Know to Be Sexually Literate*. St. Martin's Press, p. 487.

[71] Bechtel, S. *The Practical Encyclopedia or Sex and Health from Aphrodisiacs and Hormones to Potency, Stress, Vasectomy and Yeast Infection*. Rodale Press, p. 270.

[72] Rotello. "Watch Your Mouth," Out, p. 163, 1993.

[73] Ginzberg, Fleming, Miller. Selected Public Health Observations Derived from the Multicenter AIDS Cohort Study, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 1: 2-7, p. 4.

[74] Waites, L. AIDS Line, *Advocate*, p. 42, junio 15, 1993. Yeh, C.K., *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 5 (9): 898, 1992.

[75] Illa, R.V. "Possible Salivary Transmission of AIDS: case report," First International Symposium on Oral AIDS, Montreal junio 1-3, 1989. (resumen 3.6); Master, W.H. Johnson, V.E. y Kolodny, R.C. Heterosexuality. Harper Collins Publisher, p. 399.

[76] Last, J.M., Wallace, R.B. y otros. *13th Edition Maxcy-Renau-Last Public Health and Preventive Medicine*. Appleton and Lange, p. 141-144.

MEMORIA

INTRODUCCIÓN

I. Información general del texto original

La presente memoria de trabado de graduación tiene como base la traducción del texto original *Healthy Sex: 99 Tips to Prevent HIV Infection* (Sexo seguro: 99 consejos para prevenir la infección por VIH/SIDA).[1] Este libro salió a la venta a finales de 1997, lo cual lo hace uno de los más recientes publicados sobre este tema de actualidad. Su autor, Thomas Partner, es enfermero colegiado con más de 15 años de experiencia en el campo de la medicina y más de 4 años de trabajo en el tratamiento y orientación de pacientes infectados por el VIH. En una entrevista personal, el autor del libro me relató que su motivación al escribir este libro fue la situación tan grave que se está dando con respecto al contagio del virus de inmunodeficiencia humana (VIH). El ha visto, en su trabajo, cientos de personas morir por esta enfermedad que no respeta sexo, raza ni condición social y ha experimentado el dolor que sufren las personas infectadas por este virus mortal. Por ello es que decide escribir el libro, que no tiene un fin lucrativo, sino sobre todo de difusión de información relacionada con la prevención del contagio por VIH para así ayudar a detener este flagelo de nuestra época.

La intención del libro es dar toda la información conocida hasta el momento sobre la prevención de esta enfermedad. Como consecuencia de ello, el objetivo primordial es el de lograr un efecto multiplicador en donde un lector les informará a sus familiares y amigos sobre el libro, éstos les mencionarán a otros y así sucesivamente. Con ello se pretende que más personas se cuiden y se mantegan sanas y VIH negativas. La información sobre

prevención se divide en 99 útiles consejos que tratan desde temas tan conocidos como el uso del condón, hasta aspectos psicológicos como la manipulación y la autoestima. Si se siguen todos estos consejos, de seguro la persona logrará mantenerse libre de este contagio. Esta forma de presentar la información hace que el lector pueda localizar más fácilmente aquella que le interese, además que vuelve más amena la lectura de todo el libro.

La primera edición del texto fue publicada en Los Angeles por *Partner Health Publications* y se distribuye en librerías escogidas en las principales ciudades de los Estados Unidos debido a que la labor de mercadeo y venta del libro todavía no ha concluido. El tema de la prevención del VIH y el SIDA es universal puesto que esta enfermedad está presente en todo el mundo. Por lo tanto, es un tema conocido y de interés para los lectores del texto traducido. Este texto se empezó a traducir a finales de 1997 y va dirigido a todos los lectores hispanohablantes. Por ello es que se trató de usar un español estándar que pueda ser entendido por cualquier hispanohablante.

La versión traducida al español ya se encuentra disponible para todo hispanohablante alrededor del globo por medio de la red Internet y en la siguiente dirección: http://home.earthlink.net/~tompartner. También se tiene previsto buscar alguna empresa editorial en el país que esté interesada en publicar este libro.

III. Antecedentes y justificación

A. Justificación y relevancia del texto

Escogí este texto debido a la gran importancia del tema que trata, el cual es la prevención de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), responsable de

---

[1] Partner, Thomas. *Healthy Sex : 99 Tips to Prevent HIV Infection*. Los Angeles, California : Partner Health Publications, 1997.

generar el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Este es mucho más que una sola enfermedad orgánica; es decir, el SIDA representa un complejo de graves complicaciones de salud, además de toda la problemática psicológica y social que conlleva. Por otra parte, es un hecho que, a la fecha, no existe ni una vacuna contra este virus ni una cura para la enfermedad que causa.

La importancia de traducir este libro es aun más grande puesto que la tasa de contagio en la población hispanohablante es mayor que la que se da en la población anglohablante. Además, presenta la información de una forma sencilla y directa, lo cual es muy importante puesto que así el mensaje se entiende más facilmente.

Cabe resaltar también que este libro fue publicado y puesto a la venta en los Estados Unidos hace poco tiempo. Esto implica que la información que contiene es más reciente que cualquier otro libro publicado con anterioridad.

B. Justificación de la selección del texto en cuanto a traductología

Debido a que el tema del libro, con el enfoque que presenta, no ha sido ampliamente tratado en español, se hace necesaria una investigación a fondo de la terminología y vocabulario usados. La elaboración de un glosario con términos técnicos, científicos y coloquiales utilizados en el campo de la prevención de la infección del VIH permitirá al lector una comprensión efectiva de tan importante tema. Cabe mencionar que, hasta la fecha, no existen glosarios especializados del campo de la prevención del VIH propiamente.

C. Antecedentes con respecto a la traductología

Existen en el mercado muchos libros traducidos al español que tratan el tema de la prevención de las enfermedades de transmisión sexual. En ellos, se puede encontrar

información sobre el VIH/SIDA. Sin embargo, son muy pocos los libros en español que tratan el tema de la prevención del VIH/SIDA en forma exclusiva.

El capítulo segundo de análisis del presente trabajo tratará sobre uno de los procedimientos técnicos más importantes en la traducción, la transposición, y su efecto en la posición del *tema* y el *rema*. No existen estudios previos que relacionen el *tema* y el *rema* con la transposición en el proceso de una traducción. Solamente se puede encontrar estos temas tratados en forma separada. Por ello es que este capítulo de análisis es original y constituye un aporte a la traductología.

IV Objetivos

Los siguientes son los objetivos generales y específicos que se cumplieron con la realización del presente estudio.

A Objetivos generales

1. Lograr una buena traducción del texto, para su publicación.
2. Analizar en detalle todos los aspectos relevantes del texto original.
3. Elaborar un glosario de términos relacionados con el texto original.
4. Preparar una guía general para mantener el *tema* y el *rema* y el énfasis en una traducción a la hora de usar la transposición.

B. Objetivos específicos

1. Realizar un análisis y caracterización de los aspectos estilísticos del texto original y traducido que incluya: la intención del texto original, actitud del autor hacia el tema, campos y temas principales del texto, etc.
2. Elaborar una lista de textos paralelos traducidos y originales.

3. Elaborar una lista de diccionarios bilingües terminológicos relacionados con el tema.

4. Contactar especialistas sobre el tema para aclarar el uso de términos.

5. Analizar ejemplos de transposición y su efecto en la posición del *tema* y el *rema* en la oración.

Organización de la Memoria

El trabajo de graduación presenta la traducción del texto y continúa con los capítulos de análisis. El capítulo 1 trata los aspectos generales del libro original e incluye una caracterización del mismo. El capítulo 2 contiene un estudio de la transposición y su efecto en la posición del *tema* y el *rema*. Este se apoya en ejemplos extraídos de los textos original y traducido. El capítulo 3 se refiere a aspectos terminológicos relacionados con este libro y con el campo de la salud preventiva, en especial. Tambien contiene dos glosarios, uno dirigido al traductor y el otro que se incluirá al final del libro traducido, con el objetivo de que éste sea comprendido en su totalidad. Por último, se dan las conclusiones y recomendaciones generales de todo el trabajo de graduación.

CAPÍTULO 1

Aspectos generales

El presente capítulo contiene toda la información necesaria para la comprensión del texto traducido. Esta información incluye todos los aspectos pertinentes al texto original, así como al texto traducido. Con ello, se entenderá de una mejor manera el proceso de traducción y las decisiones tomadas que llevaron a la conclusión de lo que representa la base de este trabajo de tesis. Consta de tres partes. En la primera se hace un análisis en detalle de los rasgos pertinentes del texto original y se explican las consideraciones correspondientes con respecto al texto traducido. En la segunda parte se hace un análisis de la disponibilidad de algunos textos paralelos traducidos y textos originales. Por último, la tercera parte trata sobre los aspectos teóricos generales del campo de la traducción que están directamente relacionados con los rasgos específicos, necesidades y problemas presentados en el texto. En esta sección se hará mención del método de traducción aplicado y la justificación de ese escogimiento.

Información general del texto original

El libro *Healthy Sex: 99 Tips to Prevent HIV Infection* (Sexo seguro: 99 consejos para prevenir la infección por VIH/SIDA) contiene, en 188 páginas, toda la información sobre la prevención del VIH/SIDA que se conoce hasta el momento. Esta infomación se encuentra divida en 99 consejos, lo cual facilita al lector localizar la información que busca: ya sea sobre el uso de condones; el riesgo del sexo oral; los exámenes para detectar la presencia del VIH; etc. También el libro incluye un apéndice con información sobre como mejorar aspectos psicológicos y de personalidad que están correlacionados con el contagio del virus, como por ejemplo: la manipulación, la negación, la baja autoestima, la depresión, el bajo control del

deseo sexual, etc. El autor del libro trabaja como enfermero en un hospital de los Estados Unidos y no es un escritor experimentado. Por ello es que el libro, con excepción de los términos especializados, contiene un vocabulario de fácil entendimiento. Esto representa una gran ventaja puesto que con ello se logra que la información sobre prevención del VIH/SIDA sea comprendida por cualquier lector sin importar su nivel educativo.

Intención del texto original

La intención del libro *Healthy Sex: 99 Tips to Prevent HIV Infection* (Sexo seguro: 99 consejos para prevenir la infección por VIH/SIDA) es la de ofrecer toda la información conocida hasta el momento sobre la prevención de esta enfermedad; además de ello, el autor pretende persuadir al lector de que ponga en práctica sus consejos; para ello, le da a escoger diferentes alternativas que van desde lo totalmente seguro, hasta lo menos seguro, sin llegar nunca a recomendar el sexo sin protección. También pretende conseguir con el libro un efecto multiplicador en el que un lector les informará a sus familiares y amigos sobre el libro, éstos les informarán a otros y así sucesivamente. Con ello se espera que sean más las personas que se cuiden y se mantengan sanas y VIH negativas. El libro divide toda la información sobre prevención en 99 útiles consejos, los cuáles, si son seguidos, harán que la persona logre mantenerse libre de este contagio.

Intención del texto traducido

La intención del texto traducido es similar a la del texto original. Esto es, lograr que la mayor cantidad de gente se mantenga VIH negativa por medio de la práctica del sexo seguro que recomienda el autor del libro. En todo esto no medió un interés lucrativo sino social, cuya

recompensa será el solo hecho de saber que los lectores están teniendo relaciones sexuales seguras al seguir los consejos del libro.

Tipo de publicación de los textos original y traducido

La primera edición del texto original fue publicado en la ciudad de Los Angeles por *Partner Health Publications* y se distribuye solamente en librerías seleccionadas en las principales ciudades de los Estados Unidos. El texto traducido no tiene todavía una editorial interesada en publicarlo debido a que no me he dedicado a hacer los contactos necesarios. No obstante, el propio autor del libro ya puso a disposición de todo usuario que tenga acceso a la red Internet la versión original completa, así como la traducción de los primeros 55 consejos sobre prevención del VIH/SIDA, la cual constituye parte del presente trabajo . La dirección eléctronica es: http://home.earthlink.net/~tompartner.

Actitud del autor con respecto al tema

El autor presenta la información sobre la prevención del VIH de una forma clara y objetiva. La información presentada es muy detallada y la presenta dividida en secciones (consejos), lo cual contribuye a su fácil entendimiento. La principal actitud del autor que se nota es la de lograr comunicar los datos conocidos hasta la fecha de una manera sencilla y directa; esto se nota en aquellos consejos relacionados con las prácticas sexuales, en las que el autor explica detalladamente sus recomendaciones. Como se mencionó anteriormente, el objetivo del autor es difundir la información y persuadir a los lectores a que siempre tengan relaciones sexuales seguras para así lograr que éstos se mantengan VIH negativos. Este objetivo se puede ver claramente en los siguientes ejemplos:

1) "According to the *Declaration of Independece* you have the right to life, liberty, and the pursuit of happiness. Therefore, if you meet a potencial sexual partner who is HIV positive you have the right to decide if you want to have sex with that person in the pursuit of your happiness."[1]

"De acuerdo a la Declaración de Independencia, usted tiene el derecho a la vida, la libertad y la búsqueda de la felicidad. Por lo tanto, si conoce a una persona VIH positiva, usted tiene el derecho de decidir si quiere tener relaciones sexuales con esa persona, ello con el fin de buscar la felicidad."[2]

2) "If you decide you want to have protected sex (with a condom) take the initiative to buy the best condoms available. Don't wait until the last second to buy them and don't depend on your partner to buy them. Good intentions are meaningless unless they have the supplies to back them up. It might seem to your partner that you were planning to have sex, but that's okay. It's true." (Pág. 33).

"Si usted decide que quiere tener relaciones sexuales seguras (con un condón), tome la iniciativa de comprar el mejor condón disponible en el mercado, no espere al último segundo para comprarlo y no dependa de su pareja para ello. Las buenas intenciones no tienen significado a menos que usted tenga los productos que las apoyen. Su pareja puede creer que usted planeaba tener relaciones sexuales, pero eso está bien porque es cierto." (Pág. 48).

3) "First, consider asking a potential sexual partner if s/he is HIV negative or positive. After all, if this is someone you care about, you are eventually going to want to know this anyhow– for one reason or another." (Pág. 55).

"En primer lugar, considere el preguntar a su posible pareja si él o ella es VIH negativo o positivo. De todas formas, si es una persona que a usted le importa, con el tiempo usted querrá saberlo." (Pág. 75).

En el ejemplo 1, el autor presenta la información de una manera objetiva y le da al lector la oportunidad de escoger lo que éste crea más conveniente. En el ejemplo 2, por el contrario, se nota la intención persuasiva del autor al incitar a la compra del condón. En el ejemplo 3 también se nota que el autor quiere convencer a los lectores de que es absolutamente válido preguntarle a la pareja si es VIH positiva o negativa, no solo por el bienestar de uno, sino también por el bienestar de esa persona especial.

Lectores del texto original y del texto traducido

El texto original está dirigido a lectores de habla inglesa interesados en informarse acerca de la prevención del VIH en Estados Unidos y en todo el mundo por medio de la red Internet. Estos lectores van desde personas con una educación muy básica, para lo cual la información de este libro es aún más importante, hasta personas con educación superior. Es por ello por lo que el autor trató de escribir de la manera más sencilla y clara posible:

"Fourth, asking the question implies to a potential sexual partner you know about HIV and you are concern about getting infected."

"Fifth, asking the question opens the door to discussing safer sex, the use of condoms, and sexual preferences." (Pág. 5).

"Cuarto, al preguntarle a su pareja le da a entender que usted sabe acerca del VIH y que le preocupa infectarse."

"Quinto, la pregunta abre la posibilidad de hablar sobre la práctica del sexo seguro, el uso del condón y de las preferencias sexuales." (Pág. 10).

En el ejemplo anterior tomado del libro y su traducción, se muestran dos características de estilo de escritura del autor: la enumeración y el uso de vocabulario coloquial. Al leer el libro, se puede notar que está escrito tal y como si el autor estuviera hablando en la calle con algún conocido. La enumeración ayuda al lector a seguir el desarrollo del texto de una manera más ágil y fácil. Ambas caracteristicas hacen que la lectura del texto sea sencilla y clara.

Los lectores del texto traducido son también todas aquellas personas de habla hispana en el mundo, interesadas en obtener información sobre la prevención del VIH. El texto en español reviste una mayor importancia puesto que en nuestro idioma existe mucho menos información disponible acerca de este tema que la que hay en inglés. Además, la tasa de infección por VIH en los hispanohablantes es mayor que la de los anglohablantes.

Tanto los lectores del texto original como del texto traducido esperan leer un libro que especifique en forma clara y sencilla toda la información pertinente a la prevención de la infección por VIH. Este es el aspecto más importantes que se tomó en cuenta a la hora de traducir el texto.

Referencias culturales del texto original

El texto original fue escrito en California. La idea de escribir el libro empezó a tomar forma a principios de 1995 y se concluyó a finales de 1997. Esto circunscribe la realización del libro a la época actual, con lo que se explica el uso de un vocabulario contemporáneo. El autor vive en Los Angeles, California, estado que presenta uno de las mayores tasas de personas

infectadas con el VIH. De ahí la motivación del autor por escribir el libro y su relevancia para la sociedad en general.

El tema de la prevención del VIH y el SIDA es universal puesto que esta enfermedad está presente en todo el mundo. Por lo tanto, es un tema conocido y de interés para los lectores del texto traducido. Este texto se empezó a traducir a finales de 1997 y va dirigido a todos los lectores hispanohablantes. Por ello es que se trató de usar un español universal que pueda ser entendido por cualquier hispanohablante.

Campos y temas presentes en el texto

El libro *Healthy Sex: 99 Tips to Prevent HIV Infection* se circunscribe al campo de la salud preventiva, psicología, educación y relaciones humanas. Trata todos los temas relacionados con la infección por VIH en detalle, por ejemplo: prácticas sexuales con y sin protección, diferentes comportamientos sociales y sexuales, tipos de artículos utilizados en las relaciones sexuales, recomendaciones terapéuticas e higiénicas, autoestima, ansiedad, depresión, negación, etc.

Género discursivo

El texto presenta características propias del género discursivo científico preventivo, aunado al género discursivo didáctico. El autor muestra la información sobre el VIH de una manera objetiva y puntual a lo largo de todo el libro. En este se nota un enfoque práctico en sus consejos. Un aspecto que resalta del texto es que el autor repite la misma información en los diferentes consejos, lo cual hace que el libro sea un tanto reiterativo. Esta repetición de información es deliberada y se dio por dos motivos: claridad y conveniencia. El autor había escrito cerca de 55 consejos, pero la empresa editora le sugirió que lo aumentara a 99 consejos

para que sonara más atractivo a la hora de mercadearlo al público. Un ejemplo de esta repetición de información dentro del libro se da en el consejo 53: "Recordar que usted puede preguntar para saber si alguien es VIH positivo". Este consejo recomienda preguntar siempre a la pareja sexual si es VIH positiva y si estaría dispuesta a hacerse el examen del VIH. Ambas recomendaciones ya se habían tratado en el consejo 4: "Preguntarle a su pareja si es VIH negativa o positiva" y el consejo 5: "Pídale a su pareja que se haga el examen del VIH". Por otro lado, la necesidad de claridad hace necesaria la repetición de información en algunos consejos puesto que la intención del autor es la de lograr que cada uno de éstos sean independientes y se entiendan sin necesidad de leer todo el libro.

Caracterización de los aspectos estilísticos de los textos original y terminal

El texto original presenta un registro informal y se caracteriza por el uso de un lenguaje coloquial accesible al entendimiento de todo tipo de lector. En algunos casos se encuentra un vocabulario vulgar, sobre todo en las descripciones de las prácticas sexuales, por ejemplo: "Fellatio: stimulating the penis by sucking on it with the mouth (sometimes also called going down on, sucking or a blow job)" (Pág. 41).

"Felación: mamar el pene para estimularlo." (Pág. 58).

El uso de este tipo de vocabulario vulgar es intencional puesto que se pretende que la información sea fácilmente comprendida por cualquier lector. No obstante, en este caso no es necesario el uso de esta expresión vulgar puesto que la definición de fellatio se comprende bien sin necesidad de la aclaración que se da entre paréntesis. Otra razón por la que, en algunas ocasiones, no se buscó un equivalente vulgar en español es que, en nuestro idioma, los libros

no son considerados serios por los lectores hispanohablantes si contienen mucho lengüaje de este tipo. Por ello es que la traducción al español no incluye un equivalente vulgar.

Otros ejemplos del manejo de este vocabulario vulgar en la versión traducida son los siguientes:

"Receptive fellatio partner: the partner who is actively stimulating his or her partner's penis with his or her mouth (sometimes called the "catcher")" (Pág. 42).

"Pareja receptora de la felación: la persona que mama el pene de su pareja." (Pág. 58).

Aqui no se tradujo la información entre paréntesis debido a que no existe un vulgarismo equivalente en español, además de que no era necesario para la comprensión del texto. La palabra mamar ya se había utilizado anteriormente para describir el acto de la felación por lo que, aunque tiene un registro vulgar, es la forma más eficiente de transmitir la idea.

"Rimming is an unlikely means of HIV transmission." (Pág. 53).

"La transmisión del VIH es poco probable cuando se chupa el ano." (Pág. 72).

Al no existir un equivalente en español de "rimming", se optó por describir esa práctica sexual para hacerlo entendible.

El autor del libro es una persona que no tiene formación como escritor. Además, vive en Los Angeles, California, en un vecindario de clase social media. Todo ello hace que el vocabulario usado en el texto se caracterice por ser sencillo y estándar.

Cabe mencionar que la forma en que escribe el autor es bastante inusual para un estadounidense debido a que usa muchas oraciones subordinadas y muy largas. Además de que repite mucho a lo largo del libro. La mayoría de esas repeticiones son conscientes, mientras que algunas podrían ser el resultado de un descuido en la redacción. Muchas de las

repeticiones conscientes se deben a que el autor tenía—por recomendación de la casa editora—que llegar a 99 consejos para prevenir el VIH/SIDA, por lo que tuvo que dividir muchos consejos en dos y repetir información.

Todo el texto original es una obra que presenta un desarrollo coherente, usando para ello una segmentación del tema central (la prevención de la infección por VIH) en 99 consejos o subtemas que logran, en conjunto, un libro completo y lleno de información útil.

El texto traducido también tiene las mismas características. Presenta un registro informal y un vocabulario accesible al entendimiento de cualquier lector. Aunque el hispanohablante es más susceptible a los temas relacionados con sexo, toda la información se presenta tal y como se da en la versión original, es decir, en forma directa y clara. No se trató de neutralizar el lenguaje vulgar que se presenta en el texto original puesto que el objetivo de la versión traducida también es dar a entender la información en forma total. No obstante, en algunos casos, no se consideró necesario buscar un equivalente vulgar en español puesto que el lector meta de la traducción es internacional, lo que resulta en diferencias regionales en el uso de vocabulario vulgar.

Información sobre textos paralelos

En Costa Rica hay libros sobre prevención del VIH/SIDA en la Biblioteca del Hospital San Juan de Dios y en las librerías Lehman y Universal.

En la biblioteca del Hospital San Juan de Dios:

- *Aids: Profile of an Epidemic.* Washington D.C., USA: Pan American Health Organization, 1989.

  Tiene 3 secciones: I Artículos variados, II Round Table, III Abstracts and Reports.

- Madrigal, Johnny y Gómez, Miguel. *Sida: conocimiento, actitud y comportamiento sexual en la Universidad de Costa Rica.* San José: LINCE, 1988.

Contiene un estudio estadístico realizado a estudiantes de 4to año de la Universidad de Costa Rica con sus conclusiones.

- *Sida: la epidemia de los tiempos modernos.* Washington D.C, USA: Organización Panamericana de la Salud, 1993.

Contiene gran variedad de temas en forma resumida como: ¿qué es el SIDA?; síntomas iniciales de la infección por el VIH; ¿cómo se transmite el VIH?; ¿cómo evitar la infección?; el SIDA en las Mujeres; estrategias generales de prevención; etc.

- Velásquez, Gloria y Darío, Rubén. *Sida: Enfoque integral.* Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas CIB, 1996.

Consta de siete partes: I Generalidades, II Epidemiología, III Manifestaciones clínicas del VIH, IV La infección VIH en la mujer, V Aspectos psiquiátricos y psicosociales de la infección VIH, VI Recomendaciones para el manejo de los infectados por VIH, VII Riesgo ocupacional con VIH.

Los libros anteriores se refieren al VIH y SIDA de una manera informativa y muy general.

En la librería Lehman, en la sección de Sexualidad:

- Johnson, Earvin "Magic". *Tú puedes evitarlo.* Madrid: Editorial Planeta, 1992.

Contiene temas como el VIH, el SIDA y la practica del sexo seguro.

- Valli, Fabio. *Todo sobre el sexo.* Barcelona: Editorial Vecchi, 1988.

Incluye el tema del SIDA y su prevención en forma muy general.

- Voelckers, Ellen. *Sobre sexo seguro.* México D.F.: Editorial Promexa, 1992.

Presenta una sección sobre las enfermedades de transmisión sexual en la que incluye poca información sobre el SIDA.

En la Librería Universal, en la sección de otras ciencias:

- Casas, Josep. *El sexo seguro.* Barcelona: Editorial de Vecchi, 1988.

Habla sobre el sexo, las relaciones sexuales y las enfermedades de transmisión sexual como la gonorrea, la sífilis y el SIDA. De este último, de manera muy general y escueta.

- Giménez, Miguel. *Vida y sexo sin riesgo.* Madrid: Edicomunicaciones, 1993.

Trata el tema del SIDA y su tratamiento, la homosexualidad y las drogas, entre otros.

- Susan Puk de Waiss, José A. Aguilar y otros. *Planeando tu vida: programa de educación sexual para adolescentes.* México D.F.: Editorial Planeta, 1993.

Contiene una pequeña sección acerca de las enfermedades de transmisión sexual en donde se trata el tema del SIDA.

- Wately, Marcelo. *El SIDA: ¿qué es? Cómo evitarlo?.* Bogotá: Editorial San Pablo, 1994.

En sus diferentes capítulos define el SIDA, menciona su origen, relaciona esta enfermedad con los homosexuales y da recomendaciones para la prevención.

Este libro presenta una visión muy subjetiva y poco informada sobre el SIDA puesto que prácticamente la relaciona solo con los homosexuales.

El libro traducido en el presente trabajo, tiene la ventaja de especializarse exclusivamente en el campo de la prevención del VIH/SIDA; además de contener toda la información en consejos que son fáciles de localizar y de entender.

Teoría de la traducción aplicada a la traducción del texto original

El traductor debe realizar las traducciones de una forma consciente y sistemática. Debe dejar de lado las traducciones por intuición y aplicar bases teóricas. Para ello se requiere de una buena formación y estudio de los métodos, técnicas y teoría de la traducción en general.

Se reconocen dos tipos de traducción. Uno de ellos es la traducción oblicua que se define como el resultado de la aplicación de una serie gradual de procedimientos y métodos. Se denomina oblicua, precisamente, porque se aleja del traslado directo o calco mecánico de todos y cada uno de los elementos del texto original.[3] En oposición a la traducción literal, es la más recomendable puesto que permite al traductor una mayor libertad para escoger los equivalentes más apropiados de acuerdo al genio de la lengua meta, evitando así las traducciones incomprensibles muy apegadas a la sintaxis y estructura del texto original. Incluye métodos de traducción como la transposición, modulación, omisión y otros que se definen más adelante.

A la hora de traducir tuve en cuenta esta teoría básica y logré una traducción fiel a la intención comunicativa del original, siempre pensando en transmitir la información de la forma más apegada al original, a la vez que ella resultara natural y fluida en español.

El modelo de traducción que utilicé es el modelo de niveles de equivalencia que se estudió en la Licenciatura en Traducción (inglés-español) de la Universidad Nacional. Este nos dice que, a la hora de traducir, se deben tomar en cuenta cinco niveles, que son:

1. Nivel del objeto comunicativo (lo que quiere lograr el emisor)

2. Nivel de la situación.

3. Nivel de la expresión (lo que el emisor enfoca)

4. Nivel del mensaje.

5. Nivel de los signos lingüísticos.

Para traducir, se debe empezar desde el nivel uno hasta el cinco. Los niveles uno al tres representan aspectos extralingüísticos, mientras que el cuatro y el cinco son aspectos intralingüísticos. Estos últimos toman en cuenta las propiedades semánticas de las gramáticas implicadas, en este caso el inglés y el español.

Este modelo de traducción es muy útil puesto que toma en cuenta todos los niveles importantes a la hora de traducir.

Se aplicaron diversas técnicas de traducción, las más importantes fueron: la transposición, modulación, explicitación, omisión y adaptación, las cuales se definen a continuación y se da un ejemplo del uso de esas técnicas en el presente trabajo:

Transposición: procedimiento por el cual se reemplaza una parte del discurso del texto original por otra parte diferente que en el texto traducido lleve el principal contenido semántico de la primera.[4]

"how risky is it to french kiss?" (Pág. 2),

"¿cuánto riesgo supone un beso francés?" (Pág. 6).

La transposición se da en este caso puesto que se pasa de un verbo en el texto original a un sustantivo en el texto traducido. Este cambio es necesario debido a que en el idioma español, no existe un verbo que describa esa misma situación. Esta técnica de traducción se estudiará con mayor detalle en el capítulo 2 del presente trabajo.

Modulación: es una noción de estilística comparada y consiste en un cambio de la base conceptual en el interior de una proposición, sin que se altere el sentido de ésta, lo cual viene a

formar un punto de vista modificado o una base metafórica diferente. Dicho en otros términos, la significación debe ser la misma, pero los símbolos son distintos en una y otra lengua.[5]

"feeling as if one could not get infected—Tommy Morrison, the professional boxer, said he felt he was "bullet proof" before he got infected"(Pág. 2),

"pensar que uno nunca podría infectarse (Tommy Morrison, el boxeador profesional, dijo sentirse "invencible" antes de que se infectara)". (Pág. 5).

Si tradujéramos literalmente el significado de "bullet proof", a prueba de balas, no se entendería bien en nuestro idioma, por lo que se hace necesario buscar otro punto de vista que contenga el mismo significado. Esto nos lleva a la modulación.

Adaptación: técnica que permite evitar el calco cultural que puede producir confusión u obscuridad, pérdida de ciertos elementos extralingüísticos indispensables para la asimilación completa de una obra, o puede incluso ocasionar un contrasentido. Se aplica a casos en que la situación que debe evocar una idea o un mensaje no existe en el lenguaje meta, por lo que es necesario crear otra situación que evoque la misma idea.[6]

"nonetheless, to many who are just trying to make it from paycheck to paycheck it seems like a great deal when compared to other HIV tests." (Pág. 7)

"No obstante, para muchas personas a las que apenas les alcanza para sobrevivir, esa cantidad parece excesiva comparada con otros exámenes del VIH." (Pág. 13).

Es obvio que en este ejemplo se requiere de una adaptación puesto que en español no existe la expresión de "hacerlo entre cheque y cheque o paga y paga".

Explicitación: técnica que hace explícito en el texto meta lo que está implícito en el texto original, lo que resulta en una mayor cantidad de palabras en la versión traducida.[7]

"It is difficult to transmit HIV infection from fisting." (Pág. 52).

"Es dificil transmitir el VIH al meter la mano en el recto." (Pág. 72).

El idioma español estándar no tiene la variedad de palabras que tiene el inglés en el campo de las prácticas sexuales. Probablemente debido a que la mayoría de los hispanohablantes práctican la religión católica y, por ende, tienen una visión conservadora de la sexualidad humana. Ello ocasiona que no exista la traducción exacta al español de algunas palabras de origen sexual, por lo que se debe recurrir a la técnica de la explicitación. En este ejemplo, la palabra "fisting" no tiene un equivalente en español y se traduce como "meter la mano en el recto."

Omisión: es cuando se omiten elementos sintácticos puesto que no se requieren en el texto meta.[8]

"Unfortunately, latex condoms have some disadvantages as well as advantages." (Pag. 25).

"Desafortunadamente, los condones de látex tienen también algunas desventajas." (Pag. 37).

La mención de "advantages" en la oración original no es correcta puesto que ésta empieza con el adverbio "Unfortunately", con ello da a entender que las ventajas también son "desafortunadas". Además, ya se había hablado de las ventajas en el párrafo anterior, por lo que no era necesario mencionarlo. Para evitar estos inconvenientes, la idea se pudo haber escrito de la siguiente forma: Unfortunately, latex condoms also have some disadvantages.

En conjunto, estas técnicas ayudaron en la realización de una traducción más natural, lógica y fluida a la lengua meta.

Los siguientes capítulos del presente trabajo de graduación tratan sobre dos aspectos importantes para el entendimiento del texto traducido. El capítulo 2 nos habla de la técnica de la transposición y su efecto en la posición del *tema* y el *rema*.

El capítulo 3 contiene información acerca de la disponibilidad de diccionarios bilingües especializados en materia de salud y medicina en general; además, incluye dos glosarios: uno que se incluirá al final del libro traducido y el otro que sirve de referencia para los traductores. Estos glosarios son necesarios para la comprensión total del texto original y del texto traducido.

NOTAS

---

[1] Partner, Thomas. *Healthy Sex: 99 Tips to Prevent HIV Infection.* Los Angeles, California: Partner Health Publications, 1997. Pág. 10.
De ahora en adelante, al final de cada referencia al texto original se incluirá el número de página entre paréntesis.

[2] Texto traducido. Página 17.
De ahora en adelante, al final de cada referencia al texto traducido se incluirá el número de página entre paréntesis.

[3] Vásquez-Ayora, Gerardo. *Introducción a la traductología: curso básico de traducción.* Georgetown: Georgetown University Press, 1977. Pág. 266.

[4] Ibid página 268.

[5] Ibid página 291.

[6] Ibid página 324.

[7] Ibid página 349.

[8] Ibid página 361.

CAPÍTULO 2

La transposición y su efecto en la posición del *tema* y el *rema*

La traducción oblicua, en oposición a la traducción literal, es el procedimiento más adecuado que el traductor debe seguir en este caso. Esta nos lleva a trasladar el significado, color y estilo del texto original al texto de llegada, respetando el genio de la lengua de este último. La literalidad, por el contrario, ocasiona traducciones no adecuadas al genio de la lengua en el texto de llegada puesto que crea formas y estructuras extrañas que solo encontrarían su lógica en el lenguaje original. Esto se explica, principalmente, porque la superficie conceptual de las palabras difiere de una lengua a otra.[1]

La transposición es, quizás, el procedimiento oblicuo más importante debido a que, al aplicarlo a la hora de traducir, se logra un texto más acorde con la estructura sintáctica de la lengua de llegada.[2]

En este análisis, se tratará de relacionar este procedimiento de traducción con la teoría del orden de las palabras en lo que respecta al *tema* y el *rema*. Para ello, se define cada uno de los conceptos en estudio, a la vez que se presenta un resumen de lo que es el *tema* y el *rema*. Más adelante se dan ejemplos prácticos tomados del texto traducido.

Por último, se finalizará con conclusiones y recomendaciones tomadas del presente estudio, las cuales podrán ser aplicadas como referencia a la hora de traducir cualquier tipo de texto.

Antecedentes

La transposición es tratada en libros como *Introducción a la traductología* de Gerardo Vázquez-Ayora, *A Textbook of Translation* de Peter Newmark y *Teoría de la traducción* de Esteban Torre. El más completo de ellos es el de Vázquez-Ayora puesto que dedica varias páginas al análisis de éste y otros procedimientos técnicos de traducción, mientras que los otros dos libros solo dedican una página o dos a las diferentes técnicas en la traducción.

En lo que respecta al estudio del *tema* y el *rema*, el libro que presenta mayor información es el *Orden de las palabras* de Heles Contreras. Otro libro, *Teoría de la traducción* de Basil Hatim y Ian Mason habla, en menor grado, al respecto. Vale la pena estudiarlo también.

No se han escrito artículos en revistas a agosto de 1997 sobre el tema en estudio. Para ello, se consultó la base de datos de información *Current Content* de la biblioteca Federico Tinoco de la Universidad de Costa Rica. Tampoco se logró encontrar nada al respecto en una búsqueda rápida en la red Internet.

En ningún libro se relaciona el estudio de la transposición con el *tema*, el *rema* y el orden correcto de las palabras en español. Eso es precisamente lo que intento lograr en este trabajo.

La transposición

La finalidad del procedimiento de la transposición es lograr la naturalidad de expresión en el texto de llegada, en todos sus niveles; es decir, en el léxico, en la estructura y en el enunciado, y se puede definir como "el procedimiento por el cual se reemplaza una parte del discurso del texto original por otra diferente que en el texto de llegada lleve el principal

contenido semántico de la primera."[3] Se nutre del principio de que la misma fuerza semántica o densidad sémica, puede existir en dos especies diferentes.

Se dan dos tipos de transposiciones, una en el que se altera el orden de las palabras dentro de la oración y otra en que se cambia la función gramatical de las palabras. Seguidamente se presenta un ejemplo para cada uno de esos casos:

"Although gay and bisexual men and I.V. drug users make up the majority of men and women in the U.S. who are infected with HIV,..."[4]

"Aunque la mayoría de los hombres y mujeres en los Estados Unidos que están infectados con el VIH son hombres homosexuales y bisexuales y los que consumen drogas intravenosas,..." (Pag.32).

En este ejemplo se da una transposición en el que se cambia el orden de las palabras. La información que está contenida en el sujeto del texto original pasa a ser parte del complemento en el texto traducido, mientras que la información contenida en el complemento del texto original está contenida en el sujeto del texto traducido.

"This means that the percentage of heterosexual women becoming infected is growing rapidly." (Pág. 23).

"Esto refleja un rápido crecimiento en el porcentaje de contagio de mujeres heterosexuales." (Pág. 34).

Este es un ejemplo de transposición con cambio de función gramatical ya que se pasa de un verbo en el texto original "is growing" a un sustantivo en el texto meta "un crecimiento". También el adverbio "rapidly" se convierte en el adjetivo "rápido".

Tema y rema

En la comunicación lingüística el hablante trata de traer a la conciencia del oyente ciertas unidades comunicativas que considera ausentes en el momento de la comunicación. En este intento, el hablante puede o no mencionar otras unidades que presupone están presentes en la conciencia del oyente. Esto nos lleva a hablar de información dada e información nueva o de lo que se denomina como *tema y rema* y se define respectivamente como "la información que el hablante considera presente en la conciencia del oyente y la información que el hablante presume ausente de la conciencia del oyente."[5]

El *tema* suele encontrarse al principio de la oración y el *rema* al final, por lo que se dice que el sujeto es el *tema* y el predicado es el *rema*. Esta regla no siempre se cumple, por lo que se debe también atender a la entonación o acentuación al enunciar la oración, lo cual se conoce como cima melódica. Por medio de ella, se puede determinar cuál es la información dada y la nueva en la oración.

Una regla que se sigue es la de clasificar como información dada o *tema* todo los elementos que siguen a la cima melódica, mientras que los elementos que preceden a la cima melódica pueden ser interpretados como *tema* o *rema* si su rango es inferior al del elemento sobre el cual recae la cima melódica; de lo contrario, se interpreta como *tema*.

Un ejemplo del primer caso se observa en la siguiente oración:

La obra de teatro fracasó.

Aquí el elemento que sigue a la cima melódica solo puede interpretarse como información dada o *tema*.

Con referencia a los elementos que preceden a la cima melódica, se analizan las dos oraciones siguientes:

Empezó la función.

La función empezó.

En la primera oración, los elementos que preceden a la cima melódica se pueden interpretar como *tema* o *rema,* mientras que en la segunda, se interpreta solo como tema. Lo que distingue a la primera oración de la segunda es que el elemento que precede a la cima melódica tiene menor rango remático que aquel sobre el cual recae la cima melódica.

En general, se puede decir que una oración presenta una selección remática normal cuando se sigue un orden sintáctico sencillo de sujeto, verbo y complemento. Esto da como resultado que una oración con selección remática normal tiene mayor libertad contextual que una con selección remática anormal. La diferencia entre estas dos selecciones debe hacerse sobre la base de una jerarquía remática dependiente no solo de la estructura sintáctica de la oración, sino también de su estructura semántica.

La teoría expuesta se entenderá mejor con algunos ejemplos. Con ellos trataré de aplicar el procedimiento de transposición y relacionarlo con el *tema* y el *rema* derivados de la teoría del orden de las palabras en español.

Ejemplos de transposición sin cambio de la posición del *tema y* el *rema*

Transposición: verbo/sustantivo

"Furthermore, even if there were a successful cure, it would not mean the elimination of the disease. After all, syphilis and gonorrhea have been successfully treated by medicine for many years, yet they continue to proliferate." (Pág. 4)

"Aunque existiera una cura exitosa, eso no significaría la eliminación de la enfermedad. Por ejemplo, la sífilis y la gonorrea han sido tratadas en forma exitosa por la medicina por muchos años y aun así continúa su proliferación." (Pág. 8).

En este ejemplo, la transposición se da en la última oración puesto que se cambia un verbo "to proliferate" por un sustantivo "proliferación".

En el caso de textos escritos, la información dada y la nueva se determinan fácilmente puesto que se pueden leer las oraciones anteriores para ver si algo ya se mencionó o no. En el caso de las oraciones enunciadas realmente, se debe confiar más en el oído y localizar así la cima melódica. Cabe decir que también al leer un texto, uno puede determinar esta cima melódica, para ello, se debe leer en voz alta y acentuar el elemento que se cree que lleva el énfasis en la oración.

En el ejemplo anterior, la oración analizada es "yet they continue to proliferate." El *tema* es el pronombre "they" que se refiere a la sífilis y la gonorrea, las cuales se habían mencionado anteriormente, por lo que ya se encuentra en la conciencia del lector. "Continue to proliferate" constituye el *rema* y es la información nueva. Si leemos en vos alta, notamos que la entonación o cima melódica se da en "proliferate".

Aquí se presenta una colocación del *rema* normal, es decir, *tema* + *rema* con un orden sintáctico de sujeto, verbo y complemento. En la traducción al español se mantuvo ese orden de *tema* y *rema* y la entonación o cima melódica también recayó en el mismo componente "su proliferación", lo que resulta en una selección remática típica. Con ello se logra que el contexto quede tan libre como en el texto original. Esta libertad contextual está determinada

por la entonación, el énfasis y la selección remática. El ejemplo siguiente aclarará un poco más este asunto.

(2.1) "aun así continúa su proliferación."

(2.2) "aun así su proliferación continúa."

El subrayado indica la parte de la oración que lleva la cima melódica. La oración (2.1) es tomada de la traducción, mientras que a la oración (2.2) se le cambió el orden sintáctico y la cima melódica para efectos didácticos.

Cualquier elemento en una oración puede funcionar como *rema*, pero la selección de uno u otro no es indiferente. Con un verbo que denote continuación, el sujeto tiene prioridad sobre el verbo como posible *rema*. Por ello, la oración (2.1) es normal con respecto a la selección del *rema* "su proliferación", mientras que la (2.2) no lo es.

En este ejemplo, la oración (2.1) tiene mayor libertad contextual porque responde a las preguntas ¿qué continúa?, ¿qué pasó?, mientras que la oración (2.2) responde solo a la pregunta ¿qué pasa con su proliferación?.

En la oración (2.1), el elemento de mayor jerarquía "su proliferación" va al final y constituye la cima melódica, por ello admite dos interpretaciones: que solo el elemento de mayor jerarquía funciona como *rema*, o que toda la oración es *rema*. Por otra parte, la oración (2.2), que no presenta el elemento de mayor jerarquía remática en la posición final ni constituye la cima melódica, permite solo la interpretación en que el elemento final "continúa", y ningún otro, funciona como *rema*. Lo anterior hace que la oración (2.2) tenga una libertad contextual más restringida que la oración (2.1).

Las oraciones del tipo (2.1) tienen selección remática típica, y aquellas del tipo (2.2), en que se viola la jerarquía remática, tienen selección remática atípica.

También se tomó en cuenta la estructura semántica a la hora de asignar la selección remática. En este caso, el verbo continuar admite e introduce información nueva, por lo que se corrobora lo dicho anteriormente acerca del *tema* y el *rema* de la oración en estudio.

Transposición: adverbio/verbo, verbo/sustantivo

"Since there are so many new and seemingly miraculous medications now being used to treat the HIV infection, you might be tempted to think you don't need this book." (Pág. 4)

"Debido a que existen tantos nuevos medicamentos que parecen ser milagrosos en la actualidad para el tratamiento de la infección VIH, usted puede estar tentado a creer que no necesita este libro." (Pág. 8).

En este ejemplo, se está cambiando un adverbio "seemingly" por un verbo compuesto "parecen ser" y un verbo compuesto "being used to treat" por un sustantivo "para el tratamiento". Con ello se logra mantener la misma idea del original y a la vez una estructura más acorde a lengua española.

El *tema* en este caso es toda la primera proposición hasta llegar a la coma. El *rema* comienza a partir de "usted" en adelante. Esto no es difícil de ver puesto que la primera parte no aporta nueva información y está referida a algo ya dicho anteriormente en el texto original. Después de la coma se introduce información que no sabía el lector. Para la determinación del *tema* y el *rema*, en este caso, no se recurrió a la cima melódica o al orden de las palabras en la oración, sino que se sacó por contexto y de acuerdo a la información que ya se conocía por la lectura de párrafos anteriores en el texto original.

Así se tiene que en el *tema* se hizo dos tipos diferentes de transposiciones que, a la postre, no cambió el orden *tema-rema* en la oración y colocó el énfasis en los mismos elementos, es decir, en "so many" y "seemingly" en la versión original, mientras que el énfasis quedó en "tantos" y "que parecen" en la versión traducida. En consecuencia, se logra una traducción aceptable.

Ejemplos de transposición con cambio de la posición del *tema y* el *rema*

"One reason is if you are gay or bysexual, your risk of coming into contact with someone who is HIV positive is much greater than that of someone who is not gay or bisexual".(Pág. 21)

"Una razón es que si usted es homosexual o bisexual, corre un mayor riesgo que una persona heterosexual de ponerse en contacto con alguien que sea VIH positivo." (Pág. 31).

Además de una transposición, la oración traducida en este ejemplo presenta un cambio del orden sintáctico con respecto a la oración original. Esto lleva a que también se dé un cambio del orden *tema-rema* que analizaremos a continuación.

Tanto el texto original como el traducido se pueden dividir en dos partes. La primera va desde el inicio hasta la coma, y la segunda parte, desde la coma hasta el final. Lo que interesa aquí es la segunda parte, puesto que es la que presenta el cambio sintáctico y de posición *tema* + *rema*.

La transposición se muestra en el cambio que se da de un sujeto al principio de la oración "your risk of coming into contact with someone who is HIV positive" por un complemento del nombre del núcleo del complemento directo al final de la oración traducida: "de ponerse en contacto con alguien que sea VIH positivo". También, se presenta un cambio

del orden de los componentes de la oración puesto que el sintagma comparativo "much greater than that of someone who is not gay or bisexual" pasa de una posición final en el texto original a una posición intermedia en la oración traducida "mayor riesgo que una persona heterosexual".

El *tema* de la oración original corresponde a la primera parte "your risk of coming into contact with someone who is HIV positive" y el *rema* es "is much greater than that of someone who is not gay or bisexual." La entonación o cima melódica recae en "much greater than that", lo cual representa el énfasis que el autor le quiere dar a este trozo de información. Ello presenta una selección remática típica en el que los elementos de mayor jerarquía remática van al final y constituyen la cima melódica, con una colocación remática normal de *tema* + *rema*. Como se dijo anteriormente, esta selección logra una mayor libertad contextual. Además, la oración tiene orden sintáctico de sujeto + verbo + complemento, el cual es el orden más común en el idioma inglés.

En el texto traducido se tiene por sujeto tácito el "usted", sigue el verbo corre, y, por último el complemento "un mayor riesgo que una persona heterosexual de ponerse en contacto con alguien que sea VIH positivo". Al igual que el texto original, esta oración presenta un orden sintáctico de sujeto + verbo + complemento. No obstante, se da un cambio en las ideas que expresan cada una de esas partes de la oración, por ejemplo, la información que contiene el sujeto del texto original es presentada por el complemento del nombre del núcleo del complemento directo en el texto traducido.

Como resultado de ello, la posición *tema* + *rema* cambia. La información nueva o *rema* aparece al principio "corre un mayor riesgo que una persona heterosexual", mientras que

el *tema* lo constituye el resto de la oración "de ponerse en contacto con alguien que sea VIH positivo".

En este caso, la cima melódica recae en el *rema*, lo cual corrobora su característica de información nueva. Como se dijo anteriormente, todo lo que sigue a la cima melódica se interpreta como *tema* o información dada.

Aunque se cambió la posición del *tema* y el *rema* en el texto traducido, es decir, la colocación remática normal, se logró mantener el énfasis que el autor del original pretende darle a esta pieza de información. Este énfasis, que también representa la información nueva o *rema* es la afirmación de "correr un mayor riesgo".

Cabe mencionar que al mantenerse el mismo orden sintáctico de sujeto + verbo + complemento en el texto traducido, se logra que el contexto de la oración quede tan libre como en el original. Lo importante es lograr mantener el énfasis que tiene el texto original, al mismo tiempo que se logra una traducción acorde con el genio de la lengua española.

Lo anterior queda más claro si vemos otra posible traducción del ejemplo estudiado:

"Una razón es que si usted es homosexual o bisexual, su riesgo de ponerse en contacto con alguien que sea VIH positivo es mayor que una persona heterosexual."

En este ejemplo se mantiene todo igual, es decir, la posición del *tema* y el *rema*, el orden sintáctico y la información que contiene cada una de las partes de la oración. Es claro que el apegarse mucho al texto original resulta en una traducción aceptable, aunque no la mejor, puesto que la opción analizada antes es la que suena más natural a nuestra lengua. Lo anterior debido a que, en español, el orden más apropiado en una oración comparativa es el de verbo "tiene" + la comparación "un mayor riesgo" + lo que se compara con "que una persona

heterosexual" + el riesgo "de ponerse en contacto con alguien que sea VIH positivo". Mientras que en el texto original en inglés, lo que se compara y el riesgo se presentan en primera posición como sujeto en la oración.

Para que quede aún más claro el análisis de los casos en que se da un cambio de la posición del *tema* y el *rema*, se hace necesario analizar otro ejemplo extraído de la traducción en la que también se da una transposición.

"Lastly, purchasing the highest quality of latex condoms can be confusing because there are over 40 different types of latex condoms".(Pág. 25)

"Por último, puede ser confuso escoger el condón de látex de mayor calidad puesto que existen más de 40 tipos diferentes del mismo." (Pág. 37).

La sección que se analizará para efectos de cambio de posición del *tema* y el *rema* es la que va desde "purchasing" hasta "confusing" en el texto original y la que va desde "puede" hasta "calidad" en la traducción. En este caso, el sujeto de la oración pasa de la primera posición en el texto original "purchasing the highest quality of latex condoms", a la última posición en el texto traducido "escoger el condón de látex de mayor calidad". Esto representa un claro ejemplo de transposición que lleva a un cambio del orden sintáctico de sujeto + verbo + complemento en el texto original a verbo + complemento + sujeto en la versión traducida.

El *tema* es "purchasing the highest quality condoms" y el *rema* es "can be confusing." En la traducción el *tema* lo constituye "escoger el condón de látex de mayor calidad" y el *rema* "puede ser confuso". Como se puede ver, el *tema* y el *rema* contienen la misma información en las versiones original y traducida. Lo que cambió es la posición puesto que en el original se da un orden de *tema* + *rema*, mientras que en la traducción se da un orden de *rema* + *tema*.

Si enunciamos en vos alta las oraciones original y traducida, se puede notar que la cima melódica o entonación recae en "can be confusing" para la primera y en "puede ser confuso" para la segunda. Lo cual nos lleva a confirmar que estas constituyen información nueva y que el resto de las oraciones analizadas se pueden considerar información dada o que ya está en la consciencia del lector.

En inglés, se presentan con mayor frecuencia oraciones con un orden sujeto + verbo + complemento. El español, por el contrario, es más flexible y admite variaciones. Por ello es que se hace necesario cambiar el orden para que la traducción no suene como tal, sino como algo escrito originalmente en nuestro idioma.

Al mantener la cima melódica, el *rema* y el énfasis que se le quiere dar a la oración en los mismos componentes en la traducción, se logra una versión adecuada. El contexto queda tan libre como en el original y, además de ello, el cambio en la colocación del *rema*, así como en el orden sintáctico, permitieron una traducción que suena natural en nuestro idioma. Es importante mantener siempre la información contenida en el *tema* y el *rema* con su respectiva entonación, lo cual resultará en que se mantenga también el énfasis pretendido. El orden en que se da el *tema* al principio y el *rema* al final, como en este ejemplo, puede variar siempre y cuando se dé lo anterior.

Conclusiones del capítulo

El estudio de los procedimientos técnicos de ejecución es muy importante para cualquier traductor. La transposición, en especial, es el procedimiento más importante para lograr una traducción oblicua y evitar así una traducción literal. Por otro lado, la relación *tema-rema* forma parte del estudio del orden de las palabras, y su posición dentro de la oración

puede cambiar debido a la aplicación de la transposición a la hora de traducir. Cabe mencionar que queda todavía mucho por estudiar con respecto al efecto que causa la aplicación no solo de la transposición, sino de todas las demás técnicas de traducción, en el orden de las palabras.

El *tema* se define como la información dada o la que ya se encuentra en la conciencia del oyente o lector. El *rema*, por el contrario, es la información nueva o la que no se encuentra todavía en la conciencia del oyente. Para localizar el *tema* y el *rema* en una oración, es recomendable leer la información anterior, con ello se sabrá qué información es nueva y qué información es dada. También la ubicación de la cima melódica es de gran importancia para determinar lo anterior, además de que ésta sirve para conocer cuál es el énfasis que quiso darle el autor a su texto. Este énfasis debe mantenerse en la versión traducida para lograr así transmitir la misma intención que pretende la versión original.

La importancia de la cima melódica hace necesaria una lectura oral de la oración original y de las traducciones posible, teniendo en cuenta el *tema* y el *rema*. Con ello se pretende que la traducción logre mantener el mismo énfasis del original, aunque la posición del *tema* y el *rema* puede o no cambiar de lugar.

Todas las oraciones se entrelazan como una cadena y siguen un orden consciente que logra la cohesión de todo el texto. El *tema* y el *rema* juegan un papel importante en esta cohesión, por ello se debe presentarlos en un orden constante a lo largo del texto.

NOTAS

---

[1] Vásquez-Ayora, Gerardo. *Introducción a la traductología: curso básico de traducción.* Georgetown: Georgetown University Press, 1977. Pág. 265.

[2] Ibid página 266.

[3] Ibid página 268.

[4] Partner, Thomas. *Healthy Sex: 99 Tips to Prevent HIV Infection.* Los Angeles, California: Partner Health Publications, 1997. Pág. 22.
De ahora en adelante, al final de cada referencia al texto original se incluirá el número de página entre paréntesis.

[5] Contreras, Heles. *El orden de las palabras.* Madrid: Ediciones Cátedra, 1978. Pág. 45.

CAPÍTULO 3

Terminología del campo específico del VIH/SIDA

Generalidades

Según Juan Sager, la terminología se define como el estudio y el campo de actividad relacionado con la recolección, descripción, procesamiento y presentación de términos, por ej. los términos que pertenecen a las áreas especializadas de una o más lenguas[1]. Un análisis terminológico es siempre de gran utilidad en los casos en que el texto por traducir contenga términos que la mayoría de los lectores no conocen. Como resultado de ese análisis, se llega a la confección de un glosario, el cual es muy importante para lograr que el lector entienda toda la información que el libro presenta.

Los libros, folletos o boletines del campo de la salud presentan casi siempre gran cantidad de términos que el común de las personas, a las que van dirigidos, no conocen. Estos términos tienen que ver con nombres de enfermedades y de fármacos, componentes químicos, anatomía, síntomas, entre otros.

Sexo seguro: 99 consejos para prevenir la infección por VIH/SIDA contiene una cantidad suficiente de términos propios del campo de la salud como para que se justifique la elaboración de un glosario. Este se incluirá al final de la versión traducida para que pueda ser consultado por los lectores de la versión en español. Con ello, se procura que los lectores hispanohablantes entiendan mejor la información del libro, inclusive más que los lectores de la versión original en inglés, puesto que este último no contiene ningún glosario. También se elaboró otro glosario dirigido principalmente a los traductores, éste incluye todas las palabras que ocasionaron alguna confusión a la hora de traducir el libro origina al idioma español.

En Estados Unidos, las personas están expuestas a mucha mayor información sobre el VIH/SIDA gracias a la amplia difusión en los medios de comunicación: televisión, prensa escrita, radio, etc. Por ello es que la inclusión de un glosario en la versión original no es tan necesaria como sí lo es en la versión traducida.

La elaboración del glosario fue muy importante para la traducción del texto original debido a que con ello se logró encontrar la equivalencia exacta de los términos al español. Así se sabe que tales equivalencias pueden ser usadas, con toda seguridad, cada vez que se presente ese término a lo largo del texto. Este glosario también es de gran utilidad para los traductores, en general, ya que les permite ir recopilando y acumulando, cada vez más, términos que podrían usar en un futuro cuando se enfrenten a la tarea de traducir un texto del campo médico o de salud. Además, la información recopilada como resultado de la elaboración del glosario incluye las reseñas de varios diccionarios terminológicos médicos, los cuales se presentan más adelante en el capítulo y constituyen una buena fuente de consulta para el traductor.

Los campos presentes en el texto son los de la salud preventiva, la psicología, la educación y las relaciones humanas. Estos diferentes campos los presenta el autor de una manera informal y personal, por lo que se logra con ello que los lectores sientan que el libro es confiable y fácil de leer. De ello se desprende que, aunque el texto se circunscribe principalmente al campo de la salud, no presenta las características léxicas y formales que la mayoría de los textos en este campo en particular.

Antecedentes

Existen algunos estudios que tratan el tema de la terminología en diferentes campos. Estos estudios forman parte de los trabajos de graduación de la carrera de traducción de la Universidad Nacional. Entre ellos, se pueden citar dos que son lo más cercano al estudio que se presenta en el presente capítulo:

- Araya, Marisol. *Manual de medicina para consulta en el hogar. Traducción y memoria.* Heredia: Universidad Nacional, 1997.
- Canossa, Lilia. *Inmunopatología y reumatología pediátricas. Traducción y memoria.* Heredia: Universidad Nacional, 1995.

La primera tesis incluye en el capítulo segundo un glosario de terminología médica y trata la traducción técnica. En el capítulo tercero, analiza los aspectos estilísticos del campo en estudio.

La segunda tesis tiene como base una traducción del francés al español e incluye un capítulo referente al discurso propio del campo de la medicina.

Se mencionan estos dos trabajos como posible material de consulta para todo aquel traductor que esté interesado en conocer más acerca de la traducción en este campo y recopilar terminología, para así aumentar su glosario.

Este capítulo contiene información que se diferencia de las anteriores tesis ya que se especializa en la traducción de terminología del campo de la inmunología. Toda la bibliografía que se presenta como posible referencia fue escogida debido a que contiene términos que, de alguna forma, se relaciona con el estudio del VIH/SIDA.

Diccionarios especializados y otras referencias

Existe una buena cantidad de diccionarios bilingües y monolingües especializados en el campo de la medicina en general que incluyen términos de los campos de la inmunología y el VIH/SIDA. Estos diccionarios se pueden consultar en diferentes bibliotecas de nuestro país, a saber: Biblioteca Joaquín García Monge de la Universidad Nacional, Biblioteca Carlos Monge Alfaro de la Universidad de Costa Rica y Biblioteca del Hospital San Juan de Dios. Cabe mencionar que en las bibliotecas universitarias se puede encontrar, principalmente, una gran cantidad de diccionarios terminológicos, mientras que la Biblioteca del Hospital San Juan de Dios cóntiene, más que todo, bibliografía relacionada con el estudio de la enfermedad del SIDA, la cual sirve al traductor como texto paralelo[2] a la hora de traducir.

La utilidad de los textos paralelos radica en que son un medio que tiene el traductor para corroborar los términos o palabras que se usan con más frecuencia en un campo específico. Es común que los diccionarios bilingües especializados no sean suficientes a la hora de traducir puesto que ellos solo dan el equivalente del término al idioma español y al inglés y no presentan ejemplos de uso específico ni los contextos en que se utilizan, y mucho menos hacen mención de las áreas geográficas en que es más común el uso de estos equivalentes. Es por ello que el procedimiento que sigue un traductor debe empezar con la búsqueda del término en el diccionario especializado. Si se tiene duda de cuál equivalente, de entre los que da el diccionario, es el más adecuado, entonces es cuando se debe acudir a los textos paralelos. En este caso, se busca en libros, panfletos, artículos, etc., que traten sobre la enfermedad y prevención del VIH/SIDA con el objetivo de encontrar ejemplos de uso en que se empleen esos equivalentes encontrados en el diccionario especializado, con ello, se logra buena certeza de que los equivalentes usados son los adecuados.

Los diccionarios terminológicos monolingües también son de gran utilidad en el caso en que el término por traducir no se encuentre en los diccionarios bilingües. Se busca el significado en un diccionario especializado en inglés y también en uno en español y se deduce así que son términos equivalentes. Por último, se puede corroborar que el equivalente escogido es el adecuado por medio de los textos paralelos.

Cabe mencionar que no es difícil averiguar el equivalente en español de algún término médico en inglés, puesto que es común que estos presenten una morfología parecida. Los términos científicos y médicos tienden a presentar formas semejantes en muchos idiomas, debido a que etimológicamente provienen del latín y el griego.

Seguidamente se presentan las reseñas de algunos diccionarios especializados monolingües, bilingües y uno trilingüe, además de varios libros de referencia que sirven como textos paralelos. Esta bibliografía es de utilidad para la realización de traducciones en el campo de la inmunología, del VIH/SIDA y la medicina en general.

- *Diccionario de Ciencias Médicas Dorland. 2 tomos.* Buenos Aires: Editorial El Ateneo, 1974. Biblioteca Joaquín García Monge de la Universidad Nacional.

  Este diccionario contiene los significados en español de términos del campo de la medicina en general. No incluye términos relacionados con el VIH/SIDA.

- *Diccionario Enciclopédico de Ciencia y Tecnología.* México: Prentice-Hall Hispanoamericana, S.A, 1996. Biblioteca Carlos Monge Alfaro de la Universidad de Costa Rica.

El diccionario en inglés consta de 2464 páginas y contiene 133007 acepciones que lo hacen el mayor diccionario científico recopilado hasta hoy. Cubre una gran cantidad de campos, incluyendo: Agronomía, Biología, Medicina, terminología científica y muchos otros. Los tomos del I al IV contienen las definiciones de los términos.

El tomo V presenta los conceptos en inglés con su equivalente al español.

Este diccionario es muy completo y de enorme utilidad para los traductores del inglés al español, puesto que no solo da las equivalencias en español sino que también sus definiciones. Por ello es que resulta conveniente su consulta para la elaboración de glosarios.

- *Diccionario de Medicina Mosby.* Barcelona: Editorial Océano. 1994. Biblioteca Carlos Monge Alfaro de la Universidad de Costa Rica.

Contiene un extenso diccionario de términos médicos. En la primera parte, presenta los términos en español con su significado y equivalente en inglés. La segunda parte es un diccionario del inglés al español. EL total de páginas es de 1504.

- *Diccionario Médico Roche.* Barcelona: Ediciones Doyma. 1994. Biblioteca Joaquín García Monge de la Universidad Nacional.

Contiene un diccionario con definiciones en español de términos del campo médico. Al final se encuentra un glosario alemán-español e inglés-español. Contiene términos relacionados con el VIH/SIDA.

- *Diccionario Mosby de Medicina y Ciencias de la Salud.* Madrid: Editorial Mosby-Doyma, 1996. Biblioteca Joaquín García Monge de la Universidad Nacional.

Este diccionario es muy completo y contiene un diccionario general de significados de términos médicos en español. Estos se presentan de la siguiente manera: primero la entrada o término, luego el equivalente en inglés entre paréntesis y por último el significado.

Contiene un diccionario del inglés al español, y otro del español al inglés. Se encuentran términos del campo del VIH/SIDA. También presenta un atlas en color de anatomía humana.

- *Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas.* Barcelona: Salvat Editores, 1988. Biblioteca Joaquín García Monge de la Universidad Nacional.

  Este diccionario contiene los significados en español de terminología médica e incluye términos relacionados con el campo del VIH/SIDA.

- Duranteau, André. *Diccionario de Medicina.* Barcelona: Editorial Grijalbo, 1987. Biblioteca Joaquín García Monge de la Universidad Nacional.

  Contiene unicamente un diccionario de significados de términos médicos en español y no presenta términos del campo del VIH/SIDA.

- *El Manual Merck.* Barcelona: Editorial Mosby-Doyma, 1994. Biblioteca Carlos Luis Monge Alfaro de la Universidad de Costa Rica.

  Aunque no es un diccionario de términogía médica, sirve como texto paralelo e incluye temas como: cardiología, neumología, dermatología, inmunología y muchos otros más. Es un manual de consulta muy completo y escrito en idioma español.

- Torres, Ruiz. *Diccionario de Términos Médicos Inglés-Español, Español-Inglés.* Madrid: Editorial Alhambra S.A., 1986. Biblioteca del Hospital San Juan de Dios.

  La primera parte contiene las definiciones y da las equivalencias en español. En la segunda parte, presenta listas de los términos en español con su traducción.

Para las traducciones en el campo específico de la medicina, este diccionario es una excelente opción. También resulta muy útil para los traductores que necesiten elaborar un glosario en este campo, ya sea para tenerlo en su base de datos personal o como parte de alguna traducción que estén haciendo.

Criterios de selección de las palabras incluidas en el glosario

Se elaboraron dos glosarios en el presente trabajo. Uno de ellos está dirigido a los traductores interesados en el campo de la inmunología VIH/SIDA, mientras que el otro es el glosario que se incluirá al final del libro traducido y que sirve de referencia al lector del texto traducido.

A. Para la selección de las palabras incluidas en el glosario del lector meta se tomaron en cuenta dos criterios:

1. Todos los términos especializados que contiene el texto original y que comúnmente no se encuentran en diccionarios generales, solo en diccionarios técnicos especializados y, por ende, son términos que la mayoría de los lectores meta desconcen.

   Ejemplos de términos especializados incluidos en el glosario son: VIH, ELISA, PCR, Proteasa.

2. Todos las palabras que no son de conocimiento para la gran mayoría de la gente y que son importantes para la comprensión cabal del libro. Estas palabras pueden o no hallarse en diccionarios generales como el de la Real Academia Española.

   Ejemplos de estas palabras son: consolador, cohorte.

En general, el criterio que impera al incluir una palabra en el glosario del lector es el de que sea de difícil comprensión para la gran mayoría de las personas y, además, que tenga relativa importancia para el entendimiento del libro.

B. La selección de las palabras incluidas en el glosario del traductor tomó en cuenta los siguientes criterios:

1. Todos los términos especializados que contiene el texto original y que comúnmente no se encuentran en diccionarios generales, solo en diccionarios técnicos especializados.

   Ejemplos de estos términos son: lymph nodes y chlamydia.

2. Aquellas palabras que podrían causar alguna confusión o divergencia en cuanto a la elección del mejor equivalente en español.

   Ejemplos de estas palabras son: assertive y caring.

Tanto el glosario del traductor como el del lector se desarrollaron teniendo presente que los equivalentes al español escogidos fueran los más apropiados para el campo del VIH/SIDA.

Presentación del glosario

A. El glosario que se incluirá al final del libro traducido incluirá los siguientes aspectos:

- El término o palabra en español (en negrita).
- El significado en español dado de la manera más sencilla para el entendimiento de cualquier tipo de lector.

B. El glosario del traductor contiene los siguientes aspectos:

- El término o palabra en inglés (en negrita).
- Su función gramatical.

- Su equivalente en español (entre paréntesis).
- El campo al que pertenece el término en los casos necesarios.
- El significado en español cuando son términos del campo de la inmunología (tomado de diccionarios especializados) y en inglés cuando son palabras que se encuentran en diccionarios generales.
- El sinónimo en inglés de la palabra en los casos necesarios.
- Un comentario adicional cuando es necesario (entre paréntesis cuadrados).
- Un ejemplo de uso del término o palabra (tomado del texto original).
- Por último, la referencia bibliográfica de donde se tomó el significado y el ejemplo de uso.

La diferencia en el formato de los glosarios y en la definición de los términos especializados se explica debido a la mayor necesidad de información que tiene el traductor versus la necesidad de información que tiene el lector final del texto traducido. Este lector solo requiere entender el significado de lo que está leyendo, mientras que un traductor requiere conocer el término original en inglés, su función gramatical, significados, sinónimos, etc., que se incluyeron en el glosario de este capítulo.

Metodología de investigación sobre el vocabulario

Una vez determinadas todas las palabras a incluir en el glosario por medio de los criterios mencionados en la sección anterior, se procede a investigar cada una de ellas.

Las palabras que no pertenecen a ninguna terminología especializada no presentan mayor problema. Primero, se busca el equivalente al español en algún buen diccionario bilingüe inglés-español. Los mejores son: el Oxford, el Collins, el Simon & Schuster, y el Larousse. Segundo, se busca el significado de ese equivalente en un diccionario de español,

preferiblemente el Diccionario de la Real Academia Española, que es el diccionario más reconocido y el que aprueba la inclusión a la lengua de nuevas palabras. Para el glosario del traductor, se busca el significado en un buen diccionario de inglés como el *Webster's New World Dictionary*, puesto que para éste es más importante tener referencia del significado de la palabra en la lengua original. Finalmente, esta información se digita en la computadora ya como parte del glosario.

Los términos especializados conllevan una investigación más elaborada puesto que no se encuentran en diccionarios generales. Por ello es que se requiere de una investigación de campo, la cual implica una visita a diferentes bibliotecas del país.

Primero, se escriben todos los términos en fichas separadas para que contenga un solo término. Segundo, se visitan las diferentes bibliotecas del país que pueden tener, en su colección, diccionarios especializados bilingües y monolingües de los campos en los que están incluidos los términos en estudio: medicina, inmunología, bacteriología, virología, bioquímica, farmacología, etc. Se localizan todos los diccionarios especializados que contienen los términos buscados y se procede a transcribir en las fichas los equivalentes al español junto con las definiciones. Se incluye la referencia bibliográfica al final de la ficha, además del nombre de la biblioteca donde se encuentra el diccionario utilizado. Finalmente, se escribe una breve reseña de los diccionarios utilizados, la cual será de gran utilidad como referencia para los traductores que estén realizando traducciones en los campos de estudio pertinentes. Las reseñas de los diccionarios especializados se dio anteriormente en este capítulo.

Si existe alguna duda de cuál es el equivalente adecuado en español, se acude a los textos paralelos y finalmente se consulta con algún experto en el campo. Siempre es bueno

hacer esta consulta para corroborar la exactitud de la traducción ya que, en los textos médicos, la exactitud y precisión es un requisito primordial por obvias razones.

Para la elaboración de los significados de los términos especializados incluidos en el glosario del lector se recurrió a un médico y a un biólogo, los cuales poseen conocimiento sobre el campo de la inmunología y ayudaron en la difícil tarea de poner en palabras sencillas el significado de dichos términos.

Un ejemplo de ficha utilizada en esta investigación es la siguiente:

HIV (VIH) Abreviatura de Human Immunodeficiency Virus, virus de inmunodeficiencia humana. Virus de leucemia/linfoma de células T humanas de la subfamilia lentivirinae, agente causante de la enfermedad SIDA; exhibe una afinidad selectiva con las células T ayudantes; la infección in vitro produce efectos atopáticos y lisis celulares.

Diccionario Enciclopédico de Ciencia y Tecnología. 5 Tomos. México: Prentice Hall Hispanoamericana, S.A., 1996.

Biblioteca Carlos Monge Alfaro de la UCR.

Glosario que se incluirá al final del libro traducido

Aftas oral: úlceras dolorosas agudas en la mucosa oral (labios, cara interna, mejilla, faringe) que se presentan en forma aislada o en grupos. Es propiciado por déficit de hierro, vitamina B12, ácido fólico, el estrés y las lesiones localizadas.

AZT: nombre comercial de uno de los medicamentos para el tratamiento de la infección por VIH.

Carga viral: término médico que significa la cantidad de virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que puede ser encontrada en la sangre.

Citomegalovirus: uno de los virus específicos del grupo herpes, favorecido por la disminución de las defensas del organismo. Se caracteriza por fiebre, malestar general, crecimiento de ganglios linfáticos, neumonía y crecimiento del hígado.

CDC: Centros para el Control de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés).

CD4 y CD8: dos tipos específicos de células T en la sangre.

Células T: grupo específico de glóbulos blancos en la sangre que ayudan a combatir la infección por VIH. Dentro del grupo de células T existen diferentes tipos; dos de los más comunes son las células CD4 y CD8.

Chlamydia: enfermedad de transmisión sexual producida por la bacteria *Chlamydia trachomatis*. Ocasiona inflamación de la uretra en hombres y de la vagina y el cervix en mujeres.

Clorhexidina: antiséptico utilizado para la limpieza de la piel, se usa en jabones desinfectantes.

Cohorte: conjunto de personas con una característica en común.

Consolador: artefacto de hule, plástico, silicona, etc., que tiene la forma de un pene erecto y se usa para la estimulación sexual.

Crixivan: ihibidor de proteínas que en combinación con otros medicamentos antivirales logra un tratamiento más exitoso de la infección por VIH.

Cunnilingus: estimular la vulva o clítoris con la lengua.

Dermatitis seborreica: enfermedad crónica e inflamatoria de la piel muy frecuente. Se caracteriza por la formación de escamas, granos secos o húmedos y costras amarillentas. Ejemplo de ello son la caspa y la descamación en los párpados.

EIA: Ensayo Inmunológico de Enzima. Examen del VIH que busca los anticuerpos (moléculas de proteína) en la sangre, los cuales son producidos por el cuerpo en respuesta a la presencia del virus.

ELISA: son las siglas en inglés de ensayo con inmunosorbente ligado a enzima. El examen ELISA de VIH detecta las moléculas de proteínas (anticuerpos) que un organismo produce para luchar contra la infección por VIH. Es común que un cuerpo infectado con VIH empiece a producir estos anticuerpos entre dos semanas y tres meses después del contagio. Sin embargo, de acuerdo con algunas fuentes, el cuerpo podría tardar hasta dos o más años en producir los anticuerpos. Si el cuerpo está produciendo estos anticuerpos del VIH, se estima que el examen ELISA tiene un 99,7 por ciento de confiabilidad. Esto significa que tres de cada mil exámenes son erróneos.

Escroto: bolsa formada por la piel que cubre los testículos de los mamíferos y por las membranas que los envuelven.

Examen de aglutinación látex: examen del VIH que detecta los anticuerpos (moléculas de proteína) en la sangre, los cuales son producidos por el cuerpo en respuesta a la presencia del virus.

FDA: Dirección de Alimentos y Fármacos de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés).

Felación: mamar el pene para estimularlo.

Gingivitis: anomalía caracterizada por enrojecimiento, hinchazón y hemorragia de las encías. La mayoría de las veces se debe a una mala higiene bucal.

Gonorrea: enfermedad de transmisión sexual producida por la bacteria *Neisseria gonorrea*. Aparece de dos a ocho días después del contacto sexual. Tanto en el hombre como en la mujer empiezan a aparecer síntomas como ardor y dificultad para orinar, posteriormente aparece una secreción amarillenta por el pene o por la vagina.

Hepatitis B y C: infección viral que afecta el hígado.

Herpes simplex II: enfermedad de transmisión sexual producida por el virus herpes II. Se manifiesta inicialmente en pequeñas lesiones o burbujitas que se localizan en el pene o en la vulva. En ocasiones, estas burbujitas se pueden romper creando lesiones extensas.

IFA: Ensayo Inmunofluorescente. Examen del VIH que busca los anticuerpos (moléculas de proteína) en la sangre, los cuales son producidos por el cuerpo en respuesta a la presencia del virus.

Invirase: inhibidor de proteínas que en combinación con otros medicamentos antivirales logra un tratamiento más exitoso de la infección por VIH.

Inhibidor de proteasa: medicamento que inhibe la acción de la enzima proteasa del VIH.

Leucoplasia vellosa: alteración precancerosa de la cara interna de la boca, de evolución lenta. Se caracteriza por placas blancas y ligeramente elevadas, también puede aparecer en el pene y la vulva. Es causada por irritación constante del tejido como con el uso de prótesis dentales, también por el fumado y bebidas alcohólicas.

Linfadenopatía generalizada: crecimiento generalizado de los ganglios linfáticos causado por enfermedades infecciosas como la mononucleósis, citomegalovirus, toxoplasmosis, sífilis secundaria e histoplasmosis. Estas son algunas veces propiciadas por la disminución de las defensas del organismo.

Monogamia: calidad de monógamo. Régimen que veda la pluralidad de esposas.

Mononucleosis: infección aguda causada por el virus herpes de Epstein-Barr, se caracteriza por fiebre, dolor de garganta, inflamación de ganglios linfáticos, crecimiento del hígado y el bazo, trastornos en la coagulación de la sangre. La transmisión se realiza por las gotitas de saliva y afecta principalmente a los jóvenes.

NABSA: el examen NABSA de VIH es un tipo de examen que detecta parte de las moléculas del virus de inmunodeficiencia humana y no los anticuerpos que luchan contra éste.

Nonoxynol – 9: el nonoxynol-9 es un químico que contiene el lubricante y que sirve para matar el esperma y evitar así el embarazo.

Norvir: inhibidor de proteínas que en combinación con otros medicamentos antivirales logra un tratamiento más exitoso de la infección por VIH.

P-24 antígeno: este examen detecta el antígeno P-24 del VIH y no los anticuerpos que luchan contra el virus.

PCR-DNA: el examen PCR-DNA de VIH es un examen que detecta parte del virus de inmunodeficiencia humana y no los anticuerpos que luchan contra el virus. De acuerdo con un laboratorio (*Laboratory Corporation of America*) que hace pruebas de sensibilidad del examen PCR-DNA de VIH, este examen es 99,9 por ciento confiable después de 28 días de la infección.

PCR-RNA: El examen PCR-RNA de VIH es parecido al examen PCR-DNA de VIH, la diferencia es que aquél toma en cuenta la cantidad del virus presente en lugar de si está presente o no. El resultado de este examen se da en copias/milímetro y va desde no detectable (menos de 400 copias/milímetro) a uno o dos millones de copias/milímetro.

Pneumocistis carinii (PCP): es una enfermedad pulmonar que se da cuando crece en exceso un hongo dentro del cuerpo; este hongo dificulta la respiración.

Sarcoma de Kaposi: cáncer maligno de las células de la piel que comienza en los pies y se extiende lentamente al resto del cuerpo, principalmente a los ganglios linfáticos y a las vísceras. En ocasiones se asocia con diabetes, linfoma maligno y SIDA.

SIDA: de las siglas de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Es una enfermedad viral que origina una pérdida de la respuesta inmunitaria (defensas del cuerpo).

Sífilis: enfermedad de transmisión sexual producida por el *Treponema palidum*. Ataca tanto a hombres como a mujeres y se manifiesta en los órganos genitales como una pequeña úlcera o herida llamada chancro. Estos síntomas aparecen de dos a tres semanas después del contacto sexual.

Tiña: grupo de enfermedades de la piel producido por hongos. Se caracteriza por picazón descamación y, a veces, lesiones dolorosas.

Glosario del traductor

Adept adj. (experto, útil) Highly skilled; expert.
Aunque "útil" no es el equivalente que da el diccionario, es el que mejor sirve para el siguiente ejemplo:
Syn. expert.

"... so that they too will remain HIV negative, socially adept, and psycologically healthy."

"... para que ellos también se mantengan VIH negativos, socialmente útiles y psicológicamente sanos."

Partner, Thomas. *Healthy Sex: 99 Tips to Prevent HIV Infection.* Los Angeles, California: Partner Health Publications, 1997.

Webster's New World Dictionary. New York: Prentice Hall Trade, 1988.

Altruistic adj. (altruista) Of or motivated by altruism; unselfish.

"And some of these individuals are not going to all of a sudden become altruistic."

"Y algunas de estas personas no van a cambiar de pronto y volverse altruistas."

Partner, Thomas. *Healthy Sex: 99 Tips to Prevent HIV Infection.* Los Angeles, California: Partner Health Publications, 1997.

Webster's New World Dictionary. New York: Prentice Hall Trade, 1988.

Assertive adj. (firme, enérgico, autoritario) Characterized by assertion; positive or confident in a persistent way.
Syn. aggressive.

[Para propósitos de la traducción escogí el equivalente "firmeza de carácter"].

"... but you will also learn the importance of having excellent social skills (communicating effectively, being assertive, negotiating, etc.)

"...sino que también aprenderá la importancia de tener habilidades sociales (comunicación efectiva, firmeza de carácter, negociación, etc.)"

Partner, Thomas. *Healthy Sex: 99 Tips to Prevent HIV Infection.* Los Angeles, California: Partner Health Publications, 1997.

Webster's New World Dictionary. New York: Prentice Hall Trade, 1988.

Assertiveness n. (firmeza) Syn. Aggressiveness.

"They are getting infected for a variety of reasons such as low self-esteem, lack of assertiveness, and sexual addiction."

"Ellos están siendo infectados por una variedad de razones tales como baja autoestima, falta de firmeza y adicción sexual."

Partner, Thomas. *Healthy Sex: 99 Tips to Prevent HIV Infection.* Los Angeles, California: Partner Health Publications, 1997.

Webster's New World Dictionary. New York: Prentice Hall Trade, 1988.

Care vt. (preocuparse) To feel concern about or interest in.
Syn. Concern

"I care deeply about you."

"Me importas mucho."

Partner, Thomas. *Healthy Sex: 99 Tips to Prevent HIV Infection.* Los Angeles, California: Partner Health Publications, 1997.

Webster's New World Dictionary. New York: Prentice Hall Trade, 1988.

Caring adj. (sensible)
[De acuerdo con la defínción de *care*, se concluye que una persona que muestra interés y preocupación por algo o alguien, es una persona sensible].

"This is because many HIV infected men an women are caring, loving, attractive people who make excellent mates and sexual partners."

"Puesto que muchas personas infectadas con el VIH son gente sensible, amorosa, atractiva e inteligente y resultan buenos partidos para una relación de pareja."

Partner, Thomas. *Healthy Sex: 99 Tips to Prevent HIV Infection.* Los Angeles, California: Partner Health Publications, 1997.

Chlamydia n. (Chlamydia) Bacteriología. Género de bacterias cocoides gramnegativas del orden chlamydiales, que se encuentran como parásitos intracelulares obligados de seres humanos y otros animales.

"They don't test for gonorrhea, syphilis, chlamydia, or herpes."

"...no detectan estas enfermedades, como gonorrea, sífilis, chlamydia, hepatitis, verrugas venéreas y herpes."

Partner, Thomas. *Healthy Sex: 99 Tips to Prevent HIV Infection.* Los Angeles, California: Partner Health Publications, 1997.

Diccionario Enciclopédico de Ciencia y Tecnología. 5 Tomos. Mexico: Prentice Hall Hispanoamericana, S.A., 1996.

Concerned adj. (preocupado) Involved or interested.
Syn. Care.

"If you are concerned that your partner is being unfaithful."

"Si le preocupa que su pareja le esté siendo infiel."

Partner, Thomas. *Healthy Sex: 99 Tips to Prevent HIV Infection.* Los Angeles, California: Partner Health Publications, 1997.

Webster's New World Dictionary. New York: Prentice Hall Trade, 1988.

Denial n. (negación) The act of denying; a saying "no" (to a request, demand, etc.)
Syn. Disaffirmation.

"...or help with a psycological problem (low self-esteem, depression, denial, alcohol abuse, or low impulse control)."

"...o ayuda con un problema psicológico (baja autoestima, depresión, negación, alcoholismo o bajo autocontrol)."

Partner, Thomas. *Healthy Sex: 99 Tips to Prevent HIV Infection.* Los Angeles, California: Partner Health Publications, 1997.

Webster's New World Dictionary. New York: Prentice Hall Trade, 1988.

Dildo n. (consolador) pl. -dos or -does. A device of rubber, etc. shaped like an erect penis and used as a sexual stimulator.

"To use toys such as dildoes ?"

"¿El uso de juguetes como consoladores ?"

Partner, Thomas. Healthy Sex: 99 Tips to Prevent HIV Infection. Los Angeles, California: Partner Health Publications, 1997.

Webster's New World Dictionary. New York: Prentice Hall Trade, 1988.

DNA n. (ADN) Bioquímica. Ácido nucleico que constituye el material genético de todos los organismos celulares y de los virus ADN; el ADN se replica y controla mediante el ARN mensajero, las características heredables de todos los organismos. Una molécula de ADN está formada por 2 cadenas espirales de unidades alternantes de ácido fosfórico y desoxirribosa enlazados por eslabones transversos de bases purina y primideria, lo que da como resultado una estructura helicoidal derecha que lleva información genética codificada en la secuencia de las bases. También Deoxyribonucleic Acid, (ácido desoxirribonucleico)

"The PCR-DNA HIV test is a test which looks for a part of the human immunodeficiency virus."

"El examen PCR-DNA de VIH es un examen que busca parte del virus de inmunodeficiencia humana.

Partner, Thomas. Healthy Sex: 99 Tips to Prevent HIV Infection. Los Angeles, California: Partner Health Publications, 1997.

Diccionario Enciclopédico de Ciencia y Tecnología. 5 Tomos. Mexico: Prentice Hall Hispanoamericana, S.A., 1996.

ELISA n. (ELISA) Acrónimo de Enzyme-linked immunosorbent assay, ensayo con inmunosorbente ligado a enzima. Inmunología. Cualquiera de una variedad de métodos que usan un inmunorreactivo etiquetado con una enzima (antígeno o anticuerpo) y un inmunosorbente (antígeno o anticuerpo ligado a un sólido) para identificar anticuerpos o antígenos específicos de un suero o tejido. También Immunosorbent assay, ensayo de inmunosorbente.

"...ask your partner to get an Elisa HIV test and show the results with his or her name on it."

"...pídale a su pareja que se haga el examen ELISA y que le muestre el resultado con su nombre."

Partner, Thomas. Healthy Sex: 99 Tips to Prevent HIV Infection. Los Angeles, California: Partner Health Publications, 1997.

Diccionario Enciclopédico de Ciencia y Tecnología. 5 Tomos. Mexico: Prentice Hall Hispanoamericana, S.A., 1996.

HIV n (VIH) Virología. Abreviatura de Human Immunodeficiency Virus, virus de inmunodeficiencia humana. Virus de leucemia/linfoma de células T humanas de la subfamilia lentivirinae, agente causante de la enfermedad SIDA; exhibe una afinidad selectiva con las células T ayudantes; la infección in vitro produce efectos atopáticos y lisis celulares.

"The Elisa test checks for protein molecules that a body makes to fight off the HIV infection."

"El examen ELISA verifica las moléculas de proteínas que un cuerpo produce para luchar contra la infección del VIH."

Partner, Thomas. Healthy Sex: 99 Tips to Prevent HIV Infection. Los Angeles, California: Partner Health Publications, 1997.

Diccionario Enciclopédico de Ciencia y Tecnología. 5 Tomos. Mexico: Prentice Hall Hispanoamericana, S.A., 1996.

HIV positive n. (VIH positivo) Inmunología. Que es positiva la presencia del virus VIH en el sistema de un individuo.

"Some HIV positive men and women say this rather than admit their HIV positive status."

"Algunos hombres y mujeres VIH positivo dicen esto en lugar de admitir que son VIH positivo."

Partner, Thomas. Healthy Sex: 99 Tips to Prevent HIV Infection. Los Angeles, California: Partner Health Publications, 1997.

Diccionario Enciclopédico de Ciencia y Tecnología. 5 Tomos. Mexico: Prentice Hall Hispanoamericana, S.A., 1996.

Intractable adj. (persistente, insoluble, obstinado, incorregible) Not tractable; specif., a) hard to manage; unruly or stubborn b) hard to work, manipulate, cure, treat, etc.

"These include intractable nausea, headaches, foot pain, etc."

"Los cuales incluyen náusea persistente, dolores de cabeza, dolores de los pies, etc."

Partner, Thomas. Healthy Sex: 99 Tips to Prevent HIV Infection. Los Angeles, California: Partner Health Publications, 1997.

Webster's New World Dictionary. New York: Prentice Hall Trade, 1988.

Layman n. (público en general, seglar, laico) 1. A member of the laity; person not a member of the clergy 2. A person not belonging to or skilled in a given profession.

"This sometimes causes confusion for both health-care workers and laymen."

"Esto causa algunas veces confusión a los trabajadores de la salud y al público en general."

Partner, Thomas. Healthy Sex: 99 Tips to Prevent HIV Infection. Los Angeles, California: Partner Health Publications, 1997.

Webster's New World Dictionary. New York: Prentice Hall Trade, 1988.

Lymph nodes n. (ganglios linfáticos) Any of many small, compact structures lying in groups along the course of the lymphatic vessels and producing lymphocytes.

"If they show anything at all it is usually just a skin rash or swollen lymph nodes."

"Si muestran alguna señal, esta es comúnmente solo un sarpullido o ganglios linfáticos hinchados."

Partner, Thomas. Healthy Sex: 99 Tips to Prevent HIV Infection. Los Angeles, California: Partner Health Publications, 1997.

Webster's New World Dictionary. New York: Prentice Hall Trade, 1988.

Outward adj. (externo) Having to do with the outside or exterior; outer.

"Most individuals who are infected (HIV positive) have no outward signs."

"La mayoría de las personas infectadas (VIH positivo) no muestran señales externas."

Partner, Thomas. Healthy Sex: 99 Tips to Prevent HIV Infection. Los Angeles, California: Partner Health Publications, 1997.

Webster's New World Dictionary. New York: Prentice Hall Trade, 1988.

PCR n. (PCR) Bacteriología. Reacción en cadena de polimerasa, proceso de amplificación de la molécula de ADN de 10^6 a 10^9 veces; extremadamente importante en biotecnología e investigación.

"...you should also establish a monogamous relationship and then be retested six months later with both an Elisa HIV test and a PCR DNA test."

"...se debe establecer una relación monogámica y volver a hacerse el examen seis meses después con dos diferentes exámenes, el ELISA de VIH y el PCR-DNA de VIH."

Partner, Thomas. Healthy Sex: 99 Tips to Prevent HIV Infection. Los Angeles, California: Partner Health Publications, 1997.

Diccionario Enciclopédico de Ciencia y Tecnologia. 5 Tomos. Mexico: Prentice Hall Hispanoamericana, S.A., 1996.

Procrastinate vi.,vt. (inconstante) To put off doing (something unpleasant or burdensome) until a future time; especially to postpone (such actions) habitually.
Según esta definición se concluye que si una persona deja las cosas para otro día, no es constante.

"Also, so that you can encourage others who need medications and who are procrastinating to take them."

"Con ello usted también puede alentar a otros que necesitan medicamentos y que no son constantes al tomarlos a que los tomen."

Partner, Thomas. Healthy Sex: 99 Tips to Prevent HIV Infection. Los Angeles, California: Partner Health Publications, 1997.

Webster's New World Dictionary. New York: Prentice Hall Trade, 1988.

Protease n. (proteasa) Enzimología. Enzima, como la pepsina o la tripsina, que cataliza la hidrólisis de una proteína durante la primera etapa de su degradación a una sustancia más simple. También Proteinase, proteinasa - Protolytic Enzyme, enzima proteolítica.

"With medications such as protease inhibitors, Crixivan, Norvin, Invirase, etc.) used in combination with other antiviral medications, there is a greater chance for successful treatment than ever before."

"Con el uso de inhibidores de proteínas (Crixivan, Norvir, Invirase, etc.) en combinación con otros medicamentos antivirales, se tiene una mejor oportunidad ahora de lograr un tratamiento exitoso."

Partner, Thomas. Healthy Sex: 99 Tips to Prevent HIV Infection. Los Angeles, California: Partner Health Publications, 1997.

Diccionario Enciclopédico de Ciencia y Tecnología. 5 Tomos. Mexico: Prentice Hall Hispanoamericana, S.A., 1996.

Strains n (variedades) An inhereted or natural characteristic or tendency.
Syn. class.

"Furthermore, there are strains of the virus that seem to be resistant to all of the medications."

"Además, existen variedades del virus que parecen ser resistentes a todos los medicamentos."

Partner, Thomas. Healthy Sex: 99 Tips to Prevent HIV Infection. Los Angeles, California: Partner Health Publications, 1997.

Webster's New World Dictionary. New York: Prentice Hall Trade, 1988.

Substandard adj. (inferior, no estándar, inapropiado) Below standard; below a standard established by law.
El equivalente "inapropiado" fue el que escogí, puesto que se ajusta más a mi traducción. Vale aclarar que esa equivalencia no es tomada del diccionario, sino como conclusión lógica de la definición.

"Only giving one medication is considered to be substandard these days and therefore is rarely done."

"En la actualidad, tomar un solo medicamento es considerado inapropiado y, por lo tanto, casi nunca se da."

Partner, Thomas. Healthy Sex: 99 Tips to Prevent HIV Infection. Los Angeles, California: Partner Health Publications, 1997.

Webster's New World Dictionary. New York: Prentice Hall Trade, 1988.

Conclusiones del capítulo

Existe en el país suficiente información bibliográfica para el estudio de la terminología en el campo de la medicina y, en específico, del campo de la inmunología. Las principales bibliotecas y librerías son una excelente fuente de referencia para cualquier traductor que necesite buscar el equivalente de prácticamente cualquier término médico en inglés.

Para encontrar ese equivalente, se recurre a los diccionarios terminológicos y textos paralelos. Por último, en caso de duda, se consulta con un médico, enfermero o cualquier especialista en el campo para determinar cuál es el equivalente en español más conveniente.

Todavía queda mucho por descubrir e investigar en el campo de la terminología. Mientras más se estudie al respecto, mejor estará preparado el traductor para hacer su trabajo, el cual redundará también en un producto de mejor calidad.

Notas

---

[1] Sager, Juan. *A Practical Course in Terminology Processing.* Amsterdam : John Benjamins B.V., 1990. Página 2.

[2] En el campo de la traductologia, un texto paralelo se define como cualquier bibliografia relacionada con el campo del texto original para encontrar el mejor equivalente en la lengua meta.

Conclusiones

Resumen general

El libro *Healthy Sex: 99 Tips to Prevent HIV Infection* (Sexo seguro: 99 consejos para prevenir la infección por VIH/SIDA) sirvió como base para la elaboración del presente trabajo de graduación. Este libro ya ha cumplido y sigue cumpliendo con el objetivo para el que se publicó: difundir toda la información disponible para la prevención del VIH/SIDA. Por otro lado, se logró una buena traducción de los primeros 55 consejos del libro, la cual también ya se encuentra en la red Internet. Solo lo anterior ya se considera un gran aporte en lo que respecta a la prevención del VIH/SIDA.

Del análisis, tanto del libro como de su traducción, se resume que el texto del libro original presenta características propias del género discursivo científico preventivo, aunado al género discursivo didáctico. Los campos de estudio a los que se circunscribe son los de la salud preventiva, psicología, educación y relaciones humanas. El vocabulario y estilo de redacción es sencillo y coloquial, para que pueda ser entendido mejor por cualquier tipo de personas. Esto último hizo que el trabajo de traducir el texto original no presentara mayores complicaciones. No obstante, la terminología médica que contiene el libro fue lo que consumió más tiempo en la traducción. Al respecto se trató en el capítulo 3 de la memoria de trabajo y se concluirá más adelante.

Los lectores meta, tanto del libro original como del traducido, son todas aquellas personas de habla inglesa y española que estén interesadas en conocer la información de prevención del VIH/SIDA. Estos lectores pueden ser de cualquier parte del mundo puesto que este libro, como se mencionó anteriormente, ya se encuentra disponible en la red Internet.

Es recomendable que todo traductor investigue acerca del orden de las palabras en los diferentes idiomas en que trabaja. Con ello lograría un mejor estilo y naturalidad a la hora de traducir, además de traducciones más acordes con la estructura de la lengua meta. Este orden de las palabras puede variar al aplicar las técnicas de traducción, por lo que se hace necesario que el traductor conozca también de los cambios y efectos que tienen dichas técnicas en el orden de las palabras. Todavía queda suficiente material de investigación para el que desee retomar este tema como proyecto de tesis de graduación.

Los diferentes procedimientos técnicos en la traducción, como la transposición, modulación, adaptación, explicitación y omisión, son las herramientas que debe utilizar un traductor para lograr una traducción oblicua y evitar una traducción literal. Esta última es inconveniente puesto que se manifiesta con estructuras extrañas que solo tendrían lógica en el lengüaje original.

La relación *tema-rema* dentro de una proposición puede variar del texto original al texto meta, es decir, el *tema* puede cambiar, por ejemplo, de una primera posición en el texto original a una posición final en el texto meta. Mientras que el *rema* puede cambiar de una posición final a una primera posición. Lo importante es que en la traducción se mantenga el mismo énfasis y libertad contextual que en el texto original.

Es de gran utilidad para cualquier traductor la investigación de términos y palabras difíciles de traducir y la elaboración con ellos de glosarios para cada campo específico: médico, finanzas, computación, biología, ingeniería, psicología, etc. Con ello se logra una mayor eficiencia a la hora de traducir puesto que el traductor encontraría en sus glosarios el equivalente correcto de una manera más rápida y eficaz.

La principal herramienta del traductor son los diccionarios. En el caso de la investigación de términos especializados, los diccionarios terminológicos específicos de cada campo son lo mejor a lo que se puede recurrir.

Aportaciones

El estudio del efecto de la transposición en la relación *tema-rema* resulta útil como instrumento de análisis en el campo de la traducción. Esta relación hace del énfasis del hablante una categoría analítica eficaz para la determinación del sentido del texto, lo cual lleva a que éste se traslade a la lengua meta de una manera más precisa.

Si se tiene presente la relación *tema-rema* a la hora de traducir de un idioma a otro, se logra una traducción más fiel al texto original. Por ello es que al utilizar cualquiera de los procedimientos técnicos en la traducción, entre ellos la transposición, es necesario analizar el efecto que éstos tienen en la relación *tema-rema*.

El estudio terminológico resulta siempre un buen aporte al campo de la traductología. El capítulo 3 presenta un análisis de los diccionarios especializados en el campo de la medicina y, en específico, del VIH/SIDA. Además, los glosarios constituyen una fuente de referencia que puede ahorrarle tiempo al traductor en su trabajo de buscar los equivalentes más adecuados.

Recomendaciones

Los procedimientos técnicos en la traducción, como la transposición, modulación, adaptación, explicitación y omisión se deben aplicar teniendo en cuenta el efecto que causa en el *tema* y el *rema*, la cima melódica, el énfasis pretendido y la libertad contextual.

Se recomienda leer en voz alta el texto original, así como las posibles traducciones y tener siempre presente la posición del *tema* y el *rema*. De esta forma, resulta más sencilla la ubicación de la cima melódica y, por ende, la ubicación del énfasis pretendido por el autor del texto original.

Se recomienda que la entonación, el *tema*, el *rema* y el énfasis se mantengan en el texto meta en los mismos componentes semánticos que en el texto original. Dicho de otro modo, que la información que contienen el *tema* y el *rema* en el original también esté contenida en el *tema* y el *rema* en el texto meta. De la misma forma, la entonación y énfasis en el texto meta deben recaer en la misma información en que recae en el texto original.

Por último, se debe procurar mantener la misma selección remática típica o atípica que presenta el texto original. Con ello se asegura que el texto meta tenga la misma libertad contextual que el original.

Para el campo de la medicina, en general, se puede consultar diccionarios en diferentes bibliotecas de nuestro país, a saber: Biblioteca Joaquín García Monge de la Universidad Nacional, Biblioteca Carlos Monge Alfaro de la Universidad de Costa Rica y Biblioteca del Hospital San Juan de Dios. Se recomiendan las bibliotecas universitarias en donde se puede encontrar, principalmente, una gran cantidad de diccionarios terminológicos. La Biblioteca del Hospital San Juan de Dios es una referencia obligada para cualquier traductor que tenga la responsabilidad de traducir textos de prevención VIH/SIDA. En ella se encuentra bibliografía relacionada con el estudio de la enfermedad del SIDA, la cual sirve al traductor como texto paralelo a la hora de traducir.

Para encontrar el equivalente apropiado de términos especializados es recomendable no solo buscar en diccionarios especializados, sino corroborar en textos paralelos el uso

correcto de dichos términos. Si después de ello todavía existe duda de cuál es equivalente apropiado, se debe consultar con un especialista en ese campo. Como ejemplo, para la traducción del presente trabajo, se contó con la ayuda de un médico general y de un biólogo.

BIBLIOGRAFÍA

Texto traducido

- Partner, Thomas. *Healthy Sex: 99 Tips to Prevent HIV Infection.* Los Angeles, California: Partner Health Publications, 1997.

Diccionarios

- *Diccionario de Ciencias Médicas Dorland. 2 tomos.* Buenos Aires: Editorial El Ateneo, 1974.
- *Diccionario de uso del español actual.* Madrid: Ediciones SM, 1996.
- *Diccionario Enciclopédico de Ciencia y Tecnología.* México, DF: Prentice-Hall Hispanoamericana, 1996.
- *Diccionario General Ilustrado de la Lengua Española.* Barcelona: *VOX, 1984.*
- *Diccionario Médico Roche.* Barcelona: Ediciones Doyma, 1994.
- *Diccionario Mosby de Medicina y Ciencias de la Salud.* Madrid: Editorial Mosby-Doyma, 1995.
- *Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas.* Barcelona: Salvat Editores, 1988.
- Duranteau, André. *Diccionario de Medicina.* Barcelona: Editorial Grijalbo, 1987.
- *El Manual Merck.* Barcelona: Editorial Mosby-Doyma, 1994.
- Gili Gaya, Samuel. *Diccionario de Sinónimos.* Barcelona: VOX, 1984.
- Moliner, María. *Diccionario de Uso del Español.* Madrid: Editorial Gredos, 1990.

- Real Academia Española. *Diccionario de la Lengua Española.* 21a ed. Madrid: Editorial Espasa , 1992.
- *The Oxford Spanish Dictionary: Spanish-English/English-Spanish.* New York: Oxford University Press, 1994.
- Torres, Ruiz. *Diccionario de Términos Médicos Inglés-Español, Español-Inglés.* Madrid: Editorial Alhambra, 1986.
- *Webster's New World Dictionary.* New York: Prentice Hall Trade, 1988.

Textos paralelos

- *AIDS: Profile of an Epidemic.* Washington D.C., USA: Pan American Health Organization, 1989.
- Casas, Josep. *El sexo seguro.* Barcelona: Editorial de Vecchi, 1988.
- *¿Cómo evitar las enfermedades de transmisión sexual?.* San José, Costa Rica: FUDESIDA, 1997.
- Jiménes, Miguel. *Vida y sexo sin riesgo.* Madrid: Edicomunicaciones, 1993.
- Madrigal, Johnny y Gómez, Miguel. *SIDA: conocimiento, actitud y comportamiento sexual en la Universidad de Costa Rica.* San José, Costa Rica: LINCE, 1988.
- "Magic" Johnson, Earvin. *Tú puedes evitarlo.* Madrid: Editorial Planeta, 1992.
- *SIDA: la epidemia de los tiempos modernos.* Washington D.C, USA : Organización Panamericana de la Salud, 1993.
- Valli, Fabio. *Todo sobre el sexo.* Barcelona: Editorial Vecchi, 1988.
- Velásquez, Gloria y Darío Rubén. *SIDA: Enfoque integral.* Bogotá: Corporación para Investigaciones Biológicas CIB, 1996.

- Voelckers, Ellen. *Sobre sexo seguro.* México: Editorial Promexa, 1992.
- Wately, Marcelo. *El SIDA : ¿Qué es ? ¿cómo evitarlo ?* Bogotá: Editorial San Pablo, 1994.

Textos de investigación

- Bustos, Myriam. *La puntuación al alcance de todos.* San José: EUNED, 1994.
- Contreras, Heles. *El orden de las palabras.* Madrid: Ediciones Cátedra, 1978.
- Hatim, Basil e Ian Mason. *Teoría de la traducción. Barcelona: Editorial Ariel, S.A., 1995*
- De la Cuesta, Leonel. *Lecciones preliminares de traductología.* New York: Ediciones Guayacán, 1987.
- Gili Gaya, Samuel. *Curso Superior de Sintaxis Española.* Barcelona: Vox, 1976.
- González, Jezer. *La comunicación escrita. Curso fundamental de Redacción.* San José: Editorial Alma Mater, 1986.
- Haensch, G. *De la lexicografía de la lingüística técnica a la lexicografía práctica.* Madrid: Editorial Gredos, 1982.
- *López, Juan Gabriel y Minett, Jaqueline. Manual de Traducción. Inglés/español. Barcelona: Editorial Gedisa, 1997.*
- Newmark, Peter. *A Textbook of Translation.* New York: Prentice Hall, 1988.
- Nord,Christian. *Text Analysis in translation.* Amsterdam: Editions Rodopi B.V., 1991.
- Orellana, Marina. *La traducción del inglés al castellano: guía para el traductor*. Santiago: Editorial Universitaria, 1987.

- Raders, Margit y Sevilla, Julio. *III Encuentros Complutenses en torno a la Traducción. Instituto Universitario de Lenguas Modernas y Traductores.* Madrid: Editorial Complutense, 1993.
- Sager, Juan. *A Practical Course in Terminology Processing.* Amsterdam: John Benjamins B.V., 1990.
- Torre, Esteban. *Teoría de la Traducción.* Madrid: Editorial Síntesis, 1994.
- Vásquez-Ayora, Gerardo. *Introducción a la Traductología: curso básico de traducción.* Georgetown: Georgetown University Press, 1977.

Tesis consultadas

- Araya, Marisol. *Manual de medicina para consulta en el hogar. Traducción y memoria.* Heredia: Universidad Nacional, 1997.
- Arrieta, Gladys. *Factores que inciden en la prevención del VIH con adolescentes.* San Ramón: UCR, 1996.
- Brenes, Ana Catalina. *Reproducción equina. Traducción y memoria.* Heredia: Universidad Nacional, 1996.
- Canossa Armijo, Lilia. *Inmunopatología y reumatología pediátricas. Traducción y memoria.* Heredia: Facultad de Filosofía y Letras de la UNA, 1995.

Entrevistas

- Dr. Ernesto Aguilar Mora, médico general, CCSS.
- Dr. Walter Marín Méndez, biólogo de la Universidad de Costa Rica.

Apéndice: Texto Original

HEALTHY SEX

99 TIPS TO PREVENT HIV Infection

by

D. Thomas Partner, R.N.

First Edition 1997

Copyright © 1997 by Partner Health Publications
P. O. Box 292214
Los Angeles, CA 90029
(213) 673-4148

All rights reserved. No parts of this book may be reproduced in any form, without written permission from the publishers, unless by a reviewer who wishes to quote brief passages.

Partner, D. Thomas
Healthy Sex, 99 Tips to Prevent HIV Infection

ISBN: 0-9650480-0-8

Preface

There are three goals of this book:

The first goal is to provide you with more facts and information about HIV (Human Immunodeficiency Virus) prevention than most AIDs educators can. This is so you can avoid depending on the opinions of educators who are often ill-prepared, and who may not understand the importance of every word they say. Instead, you will know the information yourself—information which your life may depend on.

The second goal is for you to not only remain HIV negative, but also to be psychologically and socially healthy.

The third goal is for you not just to help yourself, but to counsel your friends and family members so that they too will remain HIV negative, socially adept, and psychologically healthy—three things which seem to be interdependent.

In this book, you will learn very detailed information about HIV prevention so that you will not only have detailed knowledge about the physical aspects of HIV transmission and prevention—such as oral sex, anal sex, condoms, and lubricants—but you will also learn the importance of having excellent social skills (communicating effectively, being assertive, negotiating, etc.) and how to improve them if needed. In addition, you will learn why it is extremely important to be psychologically healthy to prevent HIV infection, and just how you can become psychologically healthy if you are not already.

Whether you need facts about condoms, lubricants, and oral sex; help learning how to communicate and be assertive; or help with a psychological problem (low self-esteem, depression, denial, alcohol abuse, or low impulse control) this book can help you. That is... provided you not only read it, but also apply it.

Thomas Partner is a registered nurse with more than 15 years in the medical field—more than four years treating and counseling HIV positive patients and many more years in psychiatric nursing. The more involved he became with HIV positive patients the more he saw that many individuals were not receiving the information they needed to prevent HIV infection. Therefore, after extensive research in the field of HIV prevention, this book evolved.

Don't think safer sex is "Easy"

HIV is the abbreviation for human immunodeficiency virus. This virus can be transmitted through anal, oral, and vaginal sex; sharing I.V. (intravenous) drugs; occupational accidents (needle sticks in hospitals); blood transfusions; childbirth and breast feeding; and perhaps by passionate kissing (one reported case). The most common means of transmission in the U.S. is through sex and I.V. drug use.

Most individuals who are infected (HIV positive) have no outward signs. They look and feel fine. If they show anything at all it is usually just a skin rash or swollen lymph nodes. They usually enjoy relatively good health for about the first eight years after they are infected despite the fact that inside their bodies the virus is almost always slowly destroying their T-cells (a very specific type of white blood cell which helps fight infection).

One of the first mistakes that many individuals make when learning about safer sex (HIV prevention) is to think that it is easy. While for some extremely logical, unemotional individuals safer sex might be easy, for millions of others it is not. If it were easy, the U.S. would not have approximately 40,000 new cases of HIV infection each year[1], there would not be approximately 12 million sexually transmitted diseases each year[2], and there would not be an estimated 1 million unwanted pregnancies. In addition, if it were easy, AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) would not be the leading cause of death of males age 25 to 44, and the third leading cause of death of females age 25 to 44.[3]

One of the reasons that preventing HIV infection is not easy is because people have unprotected sex for a variety of reasons, and it is difficult to know ahead of time which reason will cause an individual to take a risk. The following are many of the reasons, but certainly not all the reasons, individuals have given for having unprotected sex:

- feeling depressed—not caring
- feeling in love
- feeling excessively stressed
- not having a condom readily available

- fearing that a partner will disapprove of condoms or restrictive sexual behaviors
- not believing a partner could be HIV positive because s/he looked too good
- believing that promising treatments will soon be available to make HIV an easily treatable disease
- feeling as if one could not get infected—Tommy Morrison, the professional boxer, said he felt he was "bullet-proof" before he got infected
- being afraid to say "no"
- wanting to please a partner
- getting raped
- being sexually compulsive—unable to stop having sex
- trusting a partner too much (trusting his or her HIV status or trusting in monogamy)
- drinking alcohol
- taking drugs (marijuana, cocaine, crack, etc.)
- lacking self-esteem
- being afraid to ask a partner his or her HIV status
- wanting to feel emotionally closer to a partner
- needing money to buy drugs

In addition to all those reasons, preventing HIV transmission is difficult because there are some very specific details about prevention that many individuals still don't know. In order for you to have safer sex, you should know the answers to questions such as how risky is it to french kiss? to perform oral sex? to have vaginal intercourse? to have anal intercourse? to use toys such as dildoes? etc. You should also know which condoms are best, how to tell if a partner is HIV positive, what difference it will make if a sexual partner is HIV positive with high T-cells, or whether s/he has AIDS.

Furthermore, safer sex can be tough just because it seems to go against human beings' natural desires to want to have as much pleasure as possible. It isn't easy to hold back one's natural urges to have sex without condoms. It isn't easy to willingly reduce one's sexual pleasure. It isn't easy to stop in the middle of heated sexual passion and put a condom on and lubricate it. It isn't easy to be consistently logical, rational, and level-headed during sex.

Because it is impossible to predict which reason might tempt you to have unprotected sex, this books tries to look at the many reasons that might persuade you to have unsafe sex and then gives information and advice on how to reduce your temptation. This book will tell you much of the information that isn't communicated enough. Remember that most people are not getting infected because they didn't know simple information such as "Use a condom."

They are getting infected for a variety of other reasons such as low self-esteem, lack of assertiveness, and sexual addiction. This book will cover both the basic and the complicated issues.

TIP 2

Don't think that if you get infected you will be easily cured.

According to some physicians, there is now a new reason that individuals are giving for having sex without condoms and other barriers: some patients are reporting they are now practicing unsafe sex because they feel that if they become infected they can be easily cured. This is not true. To date, there is no treatment which has been proven to cure HIV. While there have been some wonderful new medications which have been shown to dramatically help some individuals, none of them have yet proven to be a cure. What these new medications have done is to dramatically reduce the presence of human immunodeficiency virus while the individuals have continued to take the medication.

No one knows what will happen when these individuals decide to stop taking these medications. However, even if some new medications should prove to be effective in curing HIV infection for some individuals, it is extremely unlikely that the cure will work for all individuals. Many of the medications which are used to treat HIV infection have bad side effects. Some of these are nausea, vomiting, diarrhea, headaches, numbness and painful feelings in the toes. Many individuals simply can't take the medications because the side effects make them feel too sick. In addition to this, many individuals find it extremely inconvenient to take a bunch of pills two or three times a day for numerous years, to have their blood drawn frequently, and to interrupt their normal daily schedule to see their physicians. Furthermore, sometimes there are strains of the virus that seem to be resistant to all of the medications—even if the individual can tolerate them. Don't delude yourself into thinking that if you get infected with HIV you will be easily treated.

TIP 3

Don't think this book is useless because HIV disease will soon be cured.

Since there are so many new and seemingly miraculous medications now being used to treat the HIV infection, you might be tempted to think you don't need this book. This is not the case. While the treatment for HIV infection is improving quickly, HIV disease itself continues to be prevalent in our society, with just as many infected individuals as before. Even though individuals seem to be getting infected at a slower rate, there are still approximately 40,000 new individuals getting infected each year. Also, more of those who are already infected are living longer. Therefore, the number of individuals who are available to pass the virus on to others continues to grow. Thus, although their health and life spans may improve, they may also infect more individuals. In addition, just because better drugs exist, it does not mean that every HIV infected individual will receive treatment. Many may not know they are infected or simply may not believe in taking medications. Others, especially those in other countries, may not be able to afford the medication.

Furthermore, even if there were a successful cure, it would not mean the elimination of the disease. After all, syphilis and gonorrhea have been successfully treated by medicine for many years, yet they continue to proliferate. Unless a vaccination to prevent the infection of HIV occurs (which many scientists think is doubtful) HIV will probably be around for quite some time.

TIP 4

Ask your potential sexual partner if s/he is HIV negative or HIV positive.

Before engaging in sex, strongly consider asking your partner whether s/he is HIV positive or HIV negative. There are numerous reasons for this.

First, if an individual finds out his or her potential sexual partner is HIV positive s/he can make an informed decision about whether s/he wants to have sex with this person. This is not to say that it is impossible to have safe sex with an HIV positive individual. On the contrary, it is very possible to have safe sex with an HIV infected individual provided that one consistently uses the right protection Many individuals have had, and do have, safe sex with HIV infected men and women. Also, many men and women have warm, caring, wonderful relationships with HIV infected partners. However, if you choose to have sex with an HIV infected person you must *consistently* use protection to minimize your risk. If this is going to be a long term relationship, this will mean using protection each and every time consistently from the beginning of the relationship to the end. Some individuals are simply not able to do this.

Second, it is important to ask if a person is HIV positive because anyone could be infected with HIV. All an individual needs to do is to have unprotected sex or share I.V. drugs with the wrong person once. Your potential partner could have had sex or shared I.V. drugs with anyone. One of their sexual partners before you could have been infected with HIV. Not being in the highest risk group (a homosexual or an I.V. Drug user) does not guarantee an individual is HIV negative. Some young people have sex with older individuals. Some men and women have sex with prostitutes. Some heterosexuals have sex with gay and bisexual partners. Some men and women have sex with partners who use I.V. drugs. And some men and women share I.V. drugs themselves. Don't assume that your partner is negative just because s/he is in a low risk category (young, heterosexual, caucasian, etc). One of his or her previous partner's might not have been. It's possible for anyone to be infected.

Third, some HIV positive individuals would like to be honest about their status when they first meet people but are shy about bringing it up. If the other party asks, it makes it easier for them to be honest.

Fourth, some HIV positive individuals won't tell their partners their HIV status unless they are asked. But, they will be honest if they are asked.

Fifth, asking the question implies to a potential sexual partner you know about HIV and you are concerned about getting infected.

Sixth, asking the question opens the door to discussing safer sex, the use of condoms, and sexual preferences.

If an individual states that s/he does not know his or her HIV status because s/he has not been tested, or gives some other type of evasive answers such as: "What does it matter, because we will practice safer sex," be cautious.

Some HIV positive men and women say this rather than admit their HIV positive status. Also, some men and women who believe they are HIV positive avoid testing because they don't want to know.

If the result of an HIV test is "positive," it almost always means that the individual is infected with the human immunodeficiency virus. Surprisingly, there are a tiny number of individuals who test positive who are actually not infected with the human immunodeficiency virus. However, for most individuals who test HIV "positive," they are truly infected. This often means taking medications, getting frequent blood tests, and making many trips to the doctor's office. For many, it also means a slow loss of their immune system functioning and an eventual death due to AIDS.

However, testing positive does not mean that the person has AIDS. An HIV positive individual might have AIDS or might not. It depends on how well his or her immune system is functioning. This will be described in more detail in Tip 14, "Know the Difference between HIV and AIDS" (page 16).

Being HIV positive also does not mean that the individual will absolutely die from HIV infection. While in the past many HIV positive individuals (probably greater than 90 percent) did eventually progress to AIDS and die, this may be changing. With medications such as protease inhibitors, (Crixivan, Norvir, Invirase, etc.) used in combination with other antiretroviral medications, there is a greater chance for successful treatment than ever before.

It's also important to ask your potential partner when his or her last HIV test was. This is because an individual could have become infected after their last test. The more recent the test the less opportunity the individual would have had to become infected. A test done within the past few months is generally much more reliable than a test done several years ago.

Caution: Many HIV positive individuals have admitted to sometimes lying about their status in order to avoid being rejected by a potential sexual partner. Asking the question, "Are you HIV positive or HIV negative?" does not guarantee the person will give you an honest answer. However, if an individual answers you honestly you will be able to make a more informed choice. And knowing a partner is HIV positive may provide you with the motivation you need to consistently practice safer sex with that person—if you choose to have sex. You will certainly not know any less by asking the question, and many times you will know a lot more.

TIP 5

Ask your partner to get an HIV test.

If you are a patient, cautious person, ask your partner to get an ELISA (Enzyme Linked Immunosorbent Assay) HIV test and show you the results with his or her name on it. Since not all individuals can be trusted to tell the truth, this is the safest way. However, because there can be slight inaccuracies with an ELISA HIV test, don't rely totally on this test either.

If you want to be even safer, in addition to requesting your partner get an ELISA HIV test, you should also establish a monogamous relationship and then be retested six months later with both an ELISA HIV test and a PCR-DNA (polymerase chain reaction-deoxyribonucleic acid) HIV sensitivity test. The ELISA test is the most common, most accurate, relatively cheap HIV test ($35) and the PCR DNA HIV sensitivity test is the most accurate means to double check the ELISA test.

The ELISA test checks for protein molecules (antibodies) that a body makes to fight off the HIV infection. A body which is infected with HIV usually starts to make these antibodies between two weeks to three months after being infected. However, according to some sources, it may take the body up to two or three years. Provided the individual is making these HIV antibodies the ELISA test has been estimated to be 99.7 percent accurate. This, of course, means that three out of every thousand are wrong.

The PCR-DNA HIV sensitivity test is a test which looks for a part of the human immunodeficiency virus—not the antibodies that fight it. According to one laboratory (Laboratory Corporation of America) which does PCR DNA HIV sensitivity testing, this test is 99.9 percent accurate after 28 days of infection. However, this test also has it's down sides. The first down side is that even though one laboratory reported that the PCR DNA HIV sensitivity test is 99.9 percent accurate, other independently published studies have not found the same results. One study found the PCR-RNA HIV sensitivity test to only be accurate 91 percent of the time.[41]

High cost is another down side of this test which cost about $250. Although when compared to the value of a human life or even the cost of medication to fight HIV infection, $250 is not that much money; nonetheless, to many who are just trying to make it from paycheck to paycheck it seems like a great deal when compared to other HIV test. Remember the ELISA test only costs about $35 and can often be got for free.

However, if you can afford $250 and you want to be extra certain of your or your partner's HIV status, getting a PCR DNA HIV sensitivity test in addition to the ELISA test is probably your best bet. Neither test is 100 percent accurate by itself, but the combination of the two should give a result which is almost 100 percent accurate. Of course, this is provided that you have not become infected recently. This is why it is advised that both you and your partner practice only safe sex with each other for at least six months prior to getting retested.

Caution: Remember, there are other sexually transmitted diseases (STD's) that cause significant problems as well as HIV. The ELISA and the PCR DNA sensitivity tests don't test for any of these. They don't test for gonorrhea, syphilis, chlamydia, hepatitis, venereal warts, or herpes, all of which at the very least can be very uncomfortable. In their most severe presentations, a few of these (hepatitis, syphilis, and some venereal warts) can even kill. If after testing HIV negative you decide to practice unprotected sex, you might also want to get a blood test for syphilis and hepatitis B and C, and an examination for herpes, venereal warts, and gonorrhea.

TIP 6

Understand the window period.

The window period is the period of time between when an individual gets infected with HIV and when a blood test will show that s/he is infected. This window period is usually from two weeks to six months. However, in some cases, it may be as long as two to three years. No blood test, at this time, can determine if an individual has been infected with HIV immediately after s/he has been infected.

The reason for this window period is that none of the tests which have been developed so far are consistently sensitive enough to determine infection immediately after an individual gets infected. In fact, the cheaper, most-commonly-used HIV tests—ELISA, EIA (Enzyme Immunoassay), IFA (Immune Fluorescent Assay), and Latex Agglutination test—check the blood for antibodies (protein molecules) which the body makes in response to the virus. As was mentioned in the previous tip, these antibodies need time to be made. Many physicians seem to believe that the average infected person needs approximately two weeks to six months to produce these antibodies and thus test

HIV positive. However, as mentioned before, a few extremely cautious sources state that it might take as much as two or three years. One of these sources, the *Clinician's Handbook of Preventive Services* (1994) states that possibly five percent of HIV infected individuals may take longer than six months to make HIV antibodies. In addition to this disagreement about the length of the window period, there have also been a few individuals who initially test positive and then test negative on their subsequent test—even though they are indeed infected.[15]

A second kind of test, which doesn't look for antibodies, but instead looks for the virus (or technically part of the virus), also has a window period. Even though these tests (primarily the PCR-DNA HIV sensitivity test, the p-24 antigen test, and the NABSA test) are believed to be more accurate at determining if an individual has been infected by the human immunodeficiency virus at an earlier time, they still have a window period. As was mentioned in the previous tip, the window period for the PCR-DNA HIV sensitivity test has been estimated to be as long as 28 days. One of the explanations for this window period is that even though the individual is infected with the human immunodeficiency virus the virus is not yet in the blood stream in sufficient quantities to be detected. Thus, it doesn't matter which kind of test is used; there is still the possibility that a person could be infected and test negative. In others words, the person could be in the window period.

TIP 7

Realize you have the right to decide whether you have sex with someone who is HIV positive.

Since there are over one million individuals in the U.S. who are infected with HIV it's likely that many men and women will someday have to decide whether or not they want to have sex with someone who is HIV positive. To some men and women this decision may be easy. However, for many it won't be. This is because many HIV infected men and women are caring, loving, attractive, intelligent people who make excellent mates and sexual partners.

If you need to decide whether to have a sexual relationship with someone who is HIV positive, you will have to weigh the good against the bad. The

tionship, and enjoying that person at that time. The bad is usually never being able to have unprotected sex, and always having the threat of HIV transmission lingering. And if the relationship is long-term, not knowing how long the HIV infected partner will stay healthy, and sometimes watching that partner suffer and die. The good and the bad of having an HIV positive partner must then be weighed against the probability of finding an HIV negative partner who will be better, or not finding any partner at all. The decision can be a difficult one.

One thing that may make deciding even more difficult is that some HIV positive individuals put pressure on their potential HIV negative partners. This pressure sometimes comes in the form of a statement such as, "It's unfair for you to reject me solely because of my HIV status—this is discrimination." Individuals who would make this kind of statement seem to forget that they, themselves, have rejected many people who would like to have sex with them. That both HIV positive and HIV negative individuals make many choices when they are looking for potential sexual partners. They look for the right height, the right race, the right facial features, the right size genitals, the right color of eyes, etc. And they reject people for numerous reasons as well: if they are too fat or too thin, if they don't make enough money, if their hair is too short or too long, if they smoke, drink, or take drugs, etc. Rejecting someone because of their HIV status is no better or no worse than rejecting someone because of another reason.

By the way, HIV positive individuals are not the only people who are sometimes rejected solely because of their HIV status. HIV negative individuals are also sometimes rejected by HIV positive men and women. Some HIV positive individuals prefer HIV positive partners because they have similar feelings, problems and goals. Other HIV positive men and women simply don't want an HIV negative partner because they don't want to worry about infecting someone else.

According to the *Declaration of Independence* you have the right to life, liberty, and the pursuit of happiness. Therefore, if you meet a potential sexual partner who is HIV positive you have the right to decide if you want to have sex with that person in the pursuit of your happiness. If you believe you will be happier choosing a partner who is HIV positive, that is your right. If you believe you will be happier choosing a partner who is HIV negative, that is also your right.

TIP 8

Don't think you are safe if you are in a relationship.

It is important to understand that even if you find a lover who is HIV negative it's probably not a good idea to trust him or her completely—without any reassurances. Numerous caring men and women have thought they were in exclusive relationships, that both partners were HIV negative, and that they were able to have unprotected sex. However, several years down the line they discovered they had been infected by lovers who had been unfaithful.

A study done in Australia stated that 20 percent of gay men in monogamous relations cheated on their partners within a five-year period.[6] The Kinsey report stated that approximately 37 percent of all married heterosexual men and approximately 20 percent of married heterosexual women have had extramarital sex.[7] A report in *Cosmopolitan* stated that 69.2 percent of married women had extramarital sex.[8] And the Hites study reported that 66 percent of all married men have had extramarital sex.[9]

TIP 9

Consider communicating your concerns about infidelity.

Although there is no guarantee that communicating your feelings and concerns about infidelity will stop a partner from cheating, it might help. A partner may think twice if s/he knows how much it will hurt his or her partner. Here are some examples of statements an individual could make to his or her partner:

"I care deeply about you and I would be hurt if you ever had sex outside of our relationship, but I would be even more hurt if you didn't use protection."

Because I love you I wouldn't like it if you had unprotected sex outside of our relationship. But if you did I would appreciate it if you were responsible enough to tell me so that I can protect myself."

"I don't know how I'd feel about you if you had sex with someone else; but I do know I would want to know, and I would not want to have sex with you without protection."

If you are concerned that your partner is being unfaithful, you might consider telling him or her your feelings. For example, you might make statements such as:

"I love you, but I am concerned that you might be having an affair because sometimes the phone rings and I say 'Hello' and the other person hangs up."

"I love you, but I am concerned when you go out of town for weekend business trips that it might not be all business."

"I love you, but I am concerned when you go out in the evening and don't tell me where you are going."

"I am concerned when you get home late from work and don't say anything."

If a partner is not willing to talk about being unfaithful, s/he might have something to hide. If this is the case it might be a good idea to start using condoms.

TIP 10

Try to make sure your lover or spouse is emotionally and sexually satisfied.

Since most lovers and spouses don't use condoms, and since some spouses and lovers have sex outside their relationship because they are not emotionally

or sexually satisfied with their partners, it is probably a good idea to try to sexually and emotionally satisfy one's mate.

One way to do this is through improved communication—by expressing feelings and concerns and asking questions. Here are some examples of statements which you might want to make:

"I really enjoy the time we spend together, what about you?"
"Are you satisfied with our relationship?"
"Is there anything I could do differently so that you would know I love you and care about you?"
"Would you like to spend more time together?"
"Is there anything I can do to make sex more interesting and more fulfilling?"

TIP 11

Don't think the avoidance of discussing HIV and condoms means a person is HIV negative.

Some men and women make the mistake of believing that if their partners don't suggest using a condom, that means they are HIV negative. Unfortunately, this is not necessarily true.

In fact, if a partner does not suggest using a condom, it might indicate the opposite: that s/he is at a higher risk to be infected with HIV. Since people are creatures of habit, if a partner doesn't suggest using a condom with you, it is possible that s/he has done the same with others, some of whom may have agreed. This, of course, would place him or her at a greater risk of HIV infection.

Also, you need to understand that some—but not all—HIV positive individuals will knowingly have unprotected sex with others. While some HIV positive men and women will become more cautious in their sexual encounters, others will continue to take the same risk, or may become even less cautious. Many men and women are not only selfish and irresponsible, but also

have a variety of social and psychological problems. And some of these individuals are not going to all of a sudden become altruistic (care about their fellow man) and responsible just because they find out they are HIV positive.

One study done in Australia with gay men revealed that approximately 31 percent of a group of 88 HIV positive men felt that it was their partners' job to be responsible for themselves.[10] In other words if they were willing to have anal intercourse without a condom, that was their business.

Some other HIV positive men and women have expressed being so angry that they didn't care if they infected someone else or not.

Furthermore, still others have expressed feeling that they no longer have anything to lose—so they might as well have unprotected sex.

Ironically, and unfortunately, some men and women assume that because their partner does not suggest using a condom, this means s/he is HIV negative. Don't make this mistake.

TIP 12

Don't rush into unprotected sex.

Many men and women make the mistake of having a relationship for only a couple of weeks or a few months prior to having unprotected sex. This is not safe because of the "window period" which was previously discussed.

Remember, an individual could test HIV negative and still be HIV infected.

For this reason, once you've established a monogamous relationship, don't rush into unprotected sex. Once a habit of unprotected sex has started, it is hard to stop. Try to have a monogamous relationship with someone at least six months before having unprotected sex. And get retested for HIV after six months of monogamy, prior to beginning unprotected sex. If you can wait longer before retesting and having unprotected sex, it will be even safer.

TIP 13

Know what T-cells are.

It's important for you to know about T-cells for several reasons. One is that if you have a friend, family member, or a potential sexual partner who is HIV positive you will have a better understanding of what this person may be concerned about if you understand T-cells. For example, while most HIV positive individuals with relatively high T-cells (greater than 500 CD4 cells/cubic millimeter) are fairly confident that their health is good, many individuals who have relatively low T-cells (less than 200 CD4 cells/cubic millimeter) are often worried that they may become sick or die within a few years. For this reason, individuals with higher CD4 cells often don't need or want sympathy, but, individuals who have less than 200 CD4 cells/cubic millimeter sometimes do.

The second reason you should know about T-cells is that generally speaking the lower an individual's T-cell count the more infectious that person is. This seems to be especially true if CD4 cells are less than 200/cubic millimeter.

T-Cells are a specific group of white blood cells. Within the group of T-cells, there are several different kinds. The two most common kinds of T-cells are CD4 cells and CD8 cells. When an individual is infected with the human immunodeficiency virus (HIV), one of the first things the virus attacks is the individual's CD4-cells. These cells are particularly vulnerable to the virus. (It also attacks other parts of the individual's body, but the CD4-cells are usually the first.) Although the body fights the virus and makes new CD4-cells, over a period of time—usually years—the human immunodeficiency virus starts to destroy CD4-cells faster than the body is able to make them. The normal number of CD4-cells for a non-immune-depressed individual is somewhere between 500 and 1,500/cubic millimeter, with the average being around 1,000/cubic millimeter. Interestingly, while it is typical for an individual who is infected with HIV to have lower than normal CD4 cells, it is also typical for them to have higher than normal CD8 cells. The exact reason for this increase in CD8 cells is not completely understood.

However, there is usually a point at which the body will no longer make an excess number of CD8 cells, and the individual's CD8 cells will start decreasing along with the CD4 cells. Both the CD4 cells and the CD8 cells, as well as other white blood cells, are responsible for the body's defense against invading organisms, and even against organisms which are already in the body (but don't usually cause a problem). When the CD4 cells start decreasing there is a greater and greater danger of an individual who is HIV positive becoming

ill. Usually, when an individual has fewer than 200 or 300 CD4 cells/cubic millimeter, s/he is at a risk of pneumocystic carini pneumonia (PCP). This is a lung disease which comes from overgrowth of a fungus within the body which makes it difficult to breathe. When an individual has fewer than 100 CD4 cells/cubic millimeter s/he is generally at risk for even more problems. These problems include PCP, mycobacterium avium-intracellulare (MAI), cytomegalovirus (CMV), and others. MAI causes poor absorption of nutrients, weight loss, and sometimes uncontrollable diarrhea. CMV often causes, among other things, loss of sight—sometimes complete blindness. When CD4 cells are fewer than 50/cubic millimeter, there are still more infections that can occur. Naturally, the worse the infection the worse the symptoms get. These include intractable nausea, headaches, foot pain, and the loss of the ability to control one's urine and one's bowels, and often the loss of the ability to think clearly (dementia).

Because the CD4 cells seem to be the most important type of T-cells, many patients, nurses, and physicians use the words interchangeably. The physicians and nurses know that there are other types of T-cells and that using the word "T-cells" is technically not correct unless you are speaking about all the different types of T-cells. However, to make the terminology easier for their patients, they just use the word "T-cells." In the rest of this book the term "CD4-cells" will be used to avoid confusion and because it is technically correct.

TIP 14

Know the difference between HIV and AIDS.

It also is important to know the difference between HIV and AIDS, because these terms are used constantly in the news media and sometimes incorrectly. It is important for you to know that there can be a huge difference in the exact meaning of these words. A person can be HIV positive and have a normal immune system. Or a person can be HIV positive and have a severely deficient immune system (have AIDS).

AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) is the end stage of HIV disease. When the human immunodeficiency virus destroys too many of the individual's CD4 and CD8 cells, an individual's body can no longer defend itself against many different types of infections. When the individual gets ill from one of the diseases associated with low CD4 cells, the individual is diagnosed as having AIDS. Some of these infections were mentioned in Tip 13.

An individual can also be diagnosed as having AIDS if his or her CD4 cells decrease below 200/cubic millimeter. This definition was added in 1993 to give the CDC (Centers For Disease Control) a better count of individuals with AIDS. (A high percentage of individuals diagnosed with AIDS who do not receive the appropriate treatment die within two years of being diagnosed.)

TIP 15

Understand Viral Load

"Viral load" is basically a medical term which means the quantity of human immunodeficiency virus that can be found in the blood. There are two tests which can determine the viral load an individual has. The first one is the PCR-RNA (Polymerase Chain Reaction-ribonucleic Acid) quantitative test. Previously is this book, you read about the PCR-DNA sensitivity test. This test is similar except it looks for the quantity of the virus present, rather than if it is present. The PCR-RNA quantitative test results are given in copies/milliliter. The result of the test can be anywhere from non-detectable (less than 400 copies/milliliter) to one or two million copies/milliliter.

The second type of viral load test is the branched DNA (bDNA). This test also measures the amount of virus in the blood. It reports results as kilo equivalents/milliliter. One kilo equivalent by bDNA is equal to 1,000 copies by PCR-RNA.

It is important for an individual who is HIV positive to have his or her viral load tested because according to an individuals's viral load (and other less important tests) a treating physician will recommend the appropriate treatment. Generally speaking, if an individual's viral load is non-detectable no treatment is suggested. If an individual's viral load is greater than 5,000 to 10,000 copies/milliliter, two medications are usually recommended. And if the viral load remains greater than 5,000 to 10,000 copies/milliliter after being

treated with two medications, a third medications is often recommended. This is usually a protease inhibitor. However, there are some physicians who suggest that it is best to begin treating patients as soon as they are believed to be infected, regardless of their viral load.

Viral load is also important to determine if medications are helping or failing. If viral load is increasing, it indicates that the medications being used are not sufficient. If viral load decreases by one third or more of the value previous to using the medications, this indicates that the medications are effective.

Lastly, viral load may also indicate how infectious an individual may or may not be. Studies looking at the transmission of HIV from mother to baby, during pregnancy and delivery, have found that mothers with lower viral loads, higher CD4 counts, and who are taking AZT are less likely to infect their babies.[11] In addition, at least one study has shown that when CD4 counts are higher and individuals are taking AZT their semen is less likely to be infected with human immunodeficiency virus.[12] This would seem to indicate—but not prove—that individuals with lower viral loads, higher CD4 cells, and who are taking medications are less likely to be infectious. Of course, if this is true, the opposite is also true, that individuals who are not taking medications, who have lower CD4 counts, and higher viral loads are probably more infectious. However, because there are only a few studies which have dealt with this topic, no one should assume that this is the absolute truth. But, on the other hand, if one does have an HIV positive partner and wants, needs, or must have unprotected sex, encouraging a partner to take medication to reduce his or her viral load might reduce one's chance of becoming infected. One would still be taking a risk, but it might be less.

TIP 16

Know Something About HIV Medications

While it is extremely important for individuals who are HIV positive to know about HIV medications it is sometimes hard for a person who has just found out s/he is HIV positive to concentrate and think rationally about the need for medication. Some individuals test HIV positive and then go into

complete denial and never return for follow up care. Some fear medications in general. Some think there is a plot by the government to poison them with medications such as AZT. Others take many years between when they test positive and when they decide to finally get treatment. Some wait too long to save their lives. Because of this, it is important for you to know at least a little about HIV medications so that if you, a friend, a sexual partner or relative should test HIV positive you will have some basic knowledge about medications from which to work from. Also, so that you can encourage others who need medications and who are procrastinating to take them. This should not only benefit him or her but may also benefit the people s/he has sex with, if s/he should have unprotected sex. As was mentioned before, the appropriate medications may reduce an individuals viral load, increase the individuals CD4 count, and thus decrease the individual's ability to infect others.

Currently there are over nine different medications being used to treat HIV infection. Each of these is classified into one of three groups: non-nucleoside reverse transcriptase inhibitors, nucleoside analogues, and protease inhibitors. As with all medication they have both a generic name and a trade name. In addition some have abbreviations such as AZT. Trade names are always capitalized; generic names are not. Unfortunately, all three names are sometimes used interchangeably. This sometimes causes confusion for both health-care workers and laymen. To help clarify these medications here is list of most of the available medications that are currently being used to fight the human immunodeficiency virus.

Non-nucleoside reverse transcriptase inhibitors:

nevirapine (Viramune)

Nucleoside analogues:

AZT or ZDV - zidovudine (Retinovir)
3TC - lamivudine (Epivir)
ddI - didanosine (Videx)
ddC - zalcitabine (Hivid)
d4T - stavudine (Zerit)

Protease Inhibitors:

saquinavir (Invirase)
indinavir (Crixivan)
ritonavir (Norvir)

Now that you have a better idea what medications are currently available you should also be aware of some of the combinations in which these medications are being used. Physicians usually make suggestions to their patients according to a variety of factors: ability of the patient to take the medication, accessibility of the medications, and the patients needs as far as convenience is concerned (some medications need to be taken before meals, some after, some two times a day, some every eight hours, etc.). Only giving one medication is considered to be substandard these days and therefore is rarely done. Here are some of the possible combinations of medications.

Two medications combinations:

AZT and 3TC
DDI and D4T
AZT and saquinavir
ddI and indinavir
ddI and retonavir
ddI and saquinavir
ddC and ritonavir
ddC and ritonavir

Three medications combinations:

AZT and ddI and saquinovir
AZT and ddC and saquinavir
AZT and ddI and indinovir
AZT and ddC and indinovir
AZT and 3TC and indinovir
d4T and 3TC and indinovir

our medications combinations:

AZT and ddI and 3TC and saquinavir

As was mentioned before, as a general rule a patient who has greater than 000 to 10,000 copies/milliliter will usually be offered two medications. If he has greater than 5,000 to 10,000 copies/milliliter after being treated with o medications, a third medication—usually a protease inhibitor—will be ded. However, these are only basic guideline and a physician and a patient ay decide they want to begin treatment either earlier or later.

Once a treatment has begun, it should not be stopped without good rea-n. This is because anytime an individual stops taking medications which inhibits the replication of HIV it provides a time period when the virus can change and become resistive to the medications. It is also important for patients to make sure they take the medications in the prescribed dose. This is because taking less than what is the prescribed dose can also provide a time when the virus can change and become resistive to the medications.

It is understood, of course, that all HIV medications can have potential side effects such as nausea, vomiting, fatigue, diarrhea, headaches, skin rashes, etc. However, it should also be understood that usually when an individual has a side effect and the medication is discontinued the side effect will resolve as well. Some individuals exaggerate the dangers of these medications and don't try them. The only way an individual will know if medication(s) will have a side effect or prove helpful is to try them.

TIP 17

Understand that gay and bisexual men are at the highest risk for HIV infection.

There are several reasons why it is important you understand that the risk of HIV infection for gay and bisexual men is extremely high. One reason is if you are gay or bisexual, your risk of coming into contact with someone who is HIV positive is much greater than that of someone who is not gay or bisexual. By the end of 1996, 287,576 gay and bisexual men had been diagnosed with AIDS in the United States.[13] This was more than half of the total number of men and women (573,800) who had been infected with AIDS. Also, nearly half of the gay population in some major cities such as San Francisco, Los Angeles, New York, and Chicago have been estimated to be infected with HIV.[14] [15]

The second reason is so that if you have a brother, a father, a son, an uncle, or a friend who is gay or bisexual, you will not only attempt to make sure he is extremely knowledgeable about HIV prevention, but you will also be emotionally supportive and will continuously encourage safer sex. Everyone needs this kind of help but gay and bisexual men probably need it more than heterosexuals because of their higher sexual risk, and oftentimes their lack of family support as a result of their sexual orientations.

A third reason is that if you are a woman, and thinking about having sex with a man who also has sex with men, you will realize that your risk will be greater than if you were having sex with a man who only has sex with women.

TIP 18

Understand that you too could get infected.

Although gay and bisexual men and I.V. drug users make up the majority of men and women in the U.S. who are infected with HIV, there are also gay women, and heterosexual men and women, who have never used I.V. drugs, who have also been infected.

- By the end of 1996, at least four homosexual (gay) women had been infected with HIV, presumably from performing cunnilingus on an HIV infected female partner.[16]

- By the end of 1996, 2,754 teenagers, ages 13 to 19, had been diagnosed with AIDS. Of these, 823 were due to heterosexual contact (males-96, females-727), 709 involved gay and bisexual males, 207 related to I.V. drug use, and the remaining cases were due to transfusion through blood or blood products, or unknown reasons.[17]

  Presently, it is estimated that 20 percent of all AIDS cases are acquired while individuals are still teenagers. This is an estimate based on the fact that about 20 percent of those individuals diagnosed with AIDS are between 20 to 29 years old[18] and the estimation that it usually takes HIV disease approximately eight to nine years to progress from HIV infection to AIDS.

- By the end of 1996, 1,597 children, ages 5 to 12, had been diagnosed as having AIDS.[19] Most of these children either acquired HIV at birth, through a blood transfusion or via hemophiliac coagulation medication. However, due to the large numbers of children who have sexual relations at early ages—either because they want to or because they are sexually abused—it is also possible that a few may have been infected through sex. (As many as 33 percent of all girls and as many as 16 percent of all boys are sexually abused by the age 21.)[20]

- By the end of 1996, more than 6,032 small children (1 day to 5 years old) had been diagnosed with having AIDS, presumably due to being infected before or shortly after birth.[21]

- By the end of 1996, there had been over 7,876 individuals who were reported to have been infected due to blood transfusions.[22] In addition, by the end of 1996, over 1,382 individuals had reported becoming infected because they had sex with someone who was infected via a blood transfusion.[23]

- By the end of 1996, more than 17,000 (non-I.V.-drug-using adult) heterosexual (straight) men had been reported to have AIDS.[24] This means that even though heterosexual men have been luckier than every other group, they too are susceptible to HIV infection. And since 17,040 heterosexual men have already been diagnosed with having AIDS, it also means that thousands more are likely to be infected with HIV, many of whom probably don't know it.

- By the end of 1996, more than 85,500 women have been diagnosed with AIDS. A majority of these cases (38,575) were related to I.V. drug use, but over 32,700 were sexually transmitted.[25]

  These numbers are particularly worrisome since in 1985 there were only 1,529 heterosexual women diagnosed with AIDS. This was estimated to be about 8 percent of the total number of men and women infected with AIDS in the U.S. at that time (8,661). By the end of 1994, there were a total of 58,428 heterosexual women infected with AIDS.[26] This was approximately 15 percent of the total number of men and women infected with HIV in the U.S. at that time (426,978). This means that the percentage of heterosexual women becoming infected is growing rapidly. Some researchers believe heterosexual women constitute the fastest-growing segment of the population infected with HIV in the U.S.

- By the end of 1996, a total of 581,429 individuals in the U.S. had been diagnosed with having AIDS. Many of these—362,004—have since died.[27]

- It has been estimated that there are between 1,000,000 to 1,500,000 individuals infected with HIV in the United States.[28] This means that approximately one in every 250 individuals in the U.S. is already infected.[29]

- Worldwide, it has been estimated that there are over 19,500,000 individuals infected with HIV.[30] Eighteen million of these are adults and 1.5 million are children, and the majority of these are heterosexuals—not homosexuals.

TIP 19

Know that all races are affected.

Virtually all races and ages have been affected. This is particularly important for foreigners to understand, since the news media in some foreign countries talk about HIV and AIDS as if they only exist in the United States. If you are from outside of the United States, don't think that you can't get infected. You don't have any super human powers.

Men with AIDS in the U.S. at the end of 1996:

247,461 of the men infected are White.
151,413 of the men infected are African American.
89,923 of the men are Hispanic.
3,643 of the men are Asian Pacific Islanders
1,300 of the men are American Indian/Alaska Native

Women with AIDS in the U.S. at the end of 1996:

20,026 of the women infected are White.
47,367 of the women infected are African American.
17,330 of the women are Hispanic.
447 of the women are Asian Pacific Islanders
244 of the women are American Indian/Alaska Native[31]

Tip 20

Know the good, the bad, and the ugly of latex condoms.

The Good

The good part of latex condoms is they are approved by the FDA and are allowed to print on their package that they can stop the transmission of the human immunofeficiency virus. Lambskin and polyurethane condoms are not allowed to make this claim.

Latex condoms are also endorsed by CDC (Centers for Disease Control). The CDC gives out a great deal of information supporting the use of latex condoms. It does not endorse the use of lambskin or polyurethane condoms. This endorsement appears to be based primarily on two European studies of sero discordant couples (couples in which one partner—usually the male partner—is HIV positive and the other is HIV negative). The results indicated, for those couples who consistently used latex condoms, there was rarely a transmission of human immunodeficiency virus. Unfortunately, the studies did not mention the specific brand or brands of condoms being used. Hopefully, those currently being used in the United States are at least as reliable as those that were used in those European studies.

The Bad

Unfortunately, latex condoms have some disadvantages as well as advantages. First, some individuals are allergic to latex so therefore they will develop red inflamed skin on the part or parts of their body where the latex condom touches.

Second, if a man has a thin penis (less than 4 and 1/2 inches in circumference when erect) he may find it difficult, if not impossible, to find latex condoms made in the U.S. which will fit him snugly. Therefore, if he uses a latex condom for intercourse, it might slide off.

In addition, most men who have tried both lambskin and latex condoms report that latex condoms don't feel as good as lambskin condoms. Some men report they won't use latex condoms because of this decreased sensitivity.

Furthermore, latex condoms may be weakened if they are used with any type of oil-based lubricant, which would make the transmission of HIV much more likely if one of the two partners were infected. Oil based lubricants don't seem to damage lambskin and polyurethane condoms.

Lastly, purchasing the highest quality of latex condoms can be confusing because there are over 40 different types of latex condoms.

The Ugly

Even though many educators tell individuals the best type of condoms to use to prevent HIV infection are "latex condoms" this may...or may not...be true. This is because there are no studies using real people (clinical trials) that prove this. There are simply no studies done with real people which test whether

lambskin condoms or latex condoms are better at preventing the transmission of HIV. In fact, there are no studies using real people that test the effectiveness of lambskin condoms in preventing HIV transmission.

While it is true that there are some laboratory studies such as Van de Perre and others, done under some very odd conditions, trying to simulate intercourse, where it was found that lambskin condoms were more inclined to leak than latex condoms, there is another study which indicates otherwise.[32] The Conant, M. and others study found that neither latex nor lambskin condoms would leak the human immunodeficiency virus.[33] Still another study—Carey, RF and others—found that even latex condoms had a high rate of HIV leakage (as many as 29 out of 89 condoms leaked).[34] Therefore, at this time, it seems difficult to draw any conclusion from these laboratory studies.

But, even if lambskin condoms were more inclined to leak than latex condoms, this still would not prove that latex condoms are better than lambskin condoms. There are other factors to look at such as how often a condom breaks, or slips off. And how compliant individuals are in using the condom. Increased leakage would not prove that every type of latex condom is less likely to break than every brand of lambskin condom. Increased leakage would not prove that all latex condoms are less likely to slip off than all brands of lambskin condoms. But most importantly, increased leakage would not prove that lambskin condoms have a higher rate of noncompliance. Therefore, even if lambskin condoms have a higher rate of leakage it still does not mean that all latex condoms are better than all lambskin condoms.

The ugly truth is there is no proof that latex condoms are superior to lambskin condoms.

TIP 21

Realize that sometimes lambskin condoms can be used.

Even though lambskin condoms have not received the same FDA endorsement as latex condoms, they may still be effective in stopping the transmission of HIV. According to a 1989 article in *Consumer Reports Magazine*, three out of four experiments done on lambskin condoms reported that lambskin condoms were effective in preventing HIV transmission.[35]

In addition, although lambskin condoms may have a few pores in them which are large enough for the HIV virus to pass through, these pores are not holes in the condom which the virus can easily pass through from one side to the other; they are just one small part of a fibrous membrane which would be difficult for the human immunodeficiency virus which is immersed in semen, vaginal secretions, or blood to pass through.

Furthermore, according to one study, lambskin condoms have also been found to be less likely to break than most latex condoms.

(Lambskin condoms are not actually manufactured from lamb's skin, but rather are made from a specific part of the lamb's intestines called the cecum. The cecum is a pouch-like part of the lamb's intestine which is naturally closed off at one end; like a human appendix, only much larger.)

As was mentioned before, lambskin condoms actually offer some advantages over latex condoms. One of these is having increased sensitivity over latex condoms. This is important because some individuals refuse to use a latex condom due to decreased sensitivity. Some men report that they can't even maintain an erection with a latex condom.

In addition, a lambskin condom can substitute for those who are allergic to latex condoms. Lambskin condoms can be used instead of, or underneath latex condoms if a man or woman or his or her partner is allergic to latex.

Lastly, lambskin condoms provide a compromise between latex condoms and nothing. This may be helpful for individuals who have developed trusting relationships and who want to enjoy a little more pleasure in their sexual relations, but are not comfortable with no protection at all.

Although the exact effectiveness of lambskin condoms has been questioned, they are definitely better than none.

TIP 22

Understand the risk of polyurethane condoms.

Polyurethane condoms are a relatively new type of condom. There is one polyurethane condom made for men and one polyurethane condom made for women. The polyurethane condoms made for men are named Avanti "Uniquely Sensitive" and Avanti "Super Thin" but they are exactly the same condom.[36] The female condoms are named "Reality."

These polyurethane condoms have a couple of major problems. The first one is that they have not been thoroughly tested by the FDA, nor by an independent laboratory. They were just given a provisional okay from the FDA until the FDA could test them better.

In addition, these polyurethane condoms have another problem. They are even larger and less pliable than the average latex condoms, therefore there is even a greater number of penises that these condoms may not fit snugly, thus increasing the possibility that this condom might slip off during intercourse.

On the other hand, for those with slightly larger than average penises, the polyurethane condom may be excessively tight because of the lack of elasticity.

These condoms have a circumference of about five inches (128 mm). This is about 24 mm (one inch) greater than the circumference of the average latex condom. It's probably made this way because it has less elasticity than most latex condoms, so it can accommodate most average size penises.

The women's polyurethane condoms, which have been tested by the FDA, have been found to have a terrible failure rate (26 percent).[37] Women's condoms are made to fit into a woman's vagina, being held in place by two plastic rings. One is outside of the vagina. The other, a smaller ring, fits inside the vagina, up towards the cervical end of the vagina.[38]

The New York office of Planned Parenthood actually recommends the use of a man's condom in addition to the woman's condom when a woman's condom is used. This, of course, would seem to defeat the initial purpose.

Many women also report that these condoms are unusually noisy and a little uncomfortable.

TIP 23

Know that sheerlon condoms are really latex condoms.

Don't be confused by a product called Beyond Seven, which has written on its box package that it is made of sheerlon. On the individual condom package it clearly states it is a latex condom. As with many other condoms, this condom promises more sensitivity. Unfortunately, it is no more sensitive than the polyurethane or any other latex condoms. Lambskin condoms seem to be truly the most sensitive.

TIP 24

Know that condoms come in different sizes.

Since one of the reasons a condom can fail is because it falls off, it is a good idea to find one that fits. The following is some information to help you find a condom that fits:

Size Small

Small condoms don't really exist in the United states. The closest thing to a truly small condom is actually a lambskin condom. Not because it is small but because it is pliable and adheres to skin well. It can even adhere to the sides of a finger. So even though they are made somewhat larger in width than most latex condoms (71 mm versus 52 mm) they tend to fit penises of a variety of widths better than any other type of condom. This is especially true for men with thin penises—with circumference less than 104 mm (4 1/8 inches). Latex condoms simply don't adhere to the side of a penis as well as the lambskin condoms—even though their circumference is smaller. For an individual who has a small penis—especially in girth (less than four inches)—he almost has to use a lambskin condom.

There are two condoms which are slightly narrower than most. These condoms are Beyond Seven and Trojan Very Sensitive. However, these condoms are only slightly smaller in width than most latex condoms (50 mm versus 52

mm). In total circumference this is only 4 mm or about 3/16 of an inch, which in most cases won't make much difference.

Size Medium

Most condoms made in the United States are designed to fit individuals with average penises: estimated to be five to seven inches from pubic bone to tip of an erect penis with a circumference of about 4.5 to 5.0 inches. Other than Beyond Seven, Trojan Very Sensitive, Trojan Magnum, and Trojan-Enz Large, all condoms are size medium. Lambskin condoms are slightly larger than most latex condoms, but as mentioned before, because of their pliability they easily adhere to most penises.

Size Large

There are five condoms which are made to fit large penises. Three of these are the lambskin condoms: Fourex Condom (unrolled), Fourex Lambskin Condom (rolled), and Trojan Naturalamb. The other two are Trojan Magnum, and Trojan-Enz Large.

The natural lamb products usually have a large circumference, approximately 142 mm (5.75") and are about seven inches long, which allows them to be used by some men with larger than average penises.

If an individual has a penis circumference greater than 6.5 inches and longer than 7.5 inches, he really only has two choices of condoms, and these are the extra large latex condoms: Trojan Magnum and Trojan-Enz Large.

These two condoms are even larger than the lambskin condoms and are capable of being used by men with the largest penises.

TIP 25

Understand that some condoms are more reliable than others.

Even though the U.S. government does set standards for all condoms manufactured in the U.S. or coming into the U.S. and regularly test condoms these standards do not guarantee that all condoms are equally reliable. Several independent laboratory studies have indicated that certain brands of latex condoms are more likely to fail than others.

In 1989, the *Consumer Reports* magazine estimated that two brands of con-doms (LifeStyles Extra Strength and LifeStyles Nuda Plus) would fail greater than 10 percent of the time and six other brands tested (Sheik Non-Lubricated Plain End, Ramses Sensitol Lubricated, Saxon Ribbed Lubricated, Ramses Nu-form, Mentor, and LifeStyles Nuda) would fail as much as 4 percent of the time while most other condoms tested would fail a maximum of 1.5 percent of the time.

In 1993 the Maripossa Research Foundation found that several of the lowest ranked condoms they tested leaked greater than 10 percent of the time. Tahiti condoms leaked 12 percent of the time. Trojan Naturalube Ribbed leaked 22 percent of the time. And Contracept Plus leaked 100 percent of the time. In contrast to this, several of the highest rated condoms did not leak at all.

In addition to these two studies, *Consumer Reports* magazine conducted another study in 1995. It found that six types of Trojan condoms had an overall defect rate that exceeded 1.5 percent. However, a year later, after the U.S. government had changed its method of testing condoms from the water leakage method to the air burst method of testing, these condoms were retested by *Consumer Reports* and then passed.

The air burst method of testing condoms is a test where the condom is inflated with air and the maximum pressure and volume it can withstand monitored until the condom burst. It is believed to be a better test to estimate condom failure than the previously used water leakage test which would simply put about 10 ounces of water into a condom and then observe for a leak. Therefore, since condoms are now being tested with the air burst method in the U.S. it is probable that the overall quality of condoms in the U.S. has increased. However, as with most products made by different manufacturers, it is likely that there will always be some that are a little better and others that are a little worse. It would might be helpful to again test all different brands of condoms to determine if the difference from the best to the worst condoms is significant.

The following is a list of the top ten condoms in their different studies. Only one condom, Sheik Classic, was able to remain in the top ten of all three studies.

Top Ten Condoms according to the Consumer Reports 1989

Gold Circle Coin
LifeStyles Extra Strength Lubricated
Saxon Wet Lubricated
Ramses Non-Lubricated Reservoir End
Sheik Non-Lubricated Reservoir End
Excita Extra
Kimono
* Sheik Elite (now called Sheik Classic)
Koromex with Nonoxynol-9
Excita Fiesta

Top Ten Condoms according to the Mariposa Study 1993

Ramses Non-Lube	Durex Nuform
Ramses Sensitol	Pleaser
Gold Circle Coin	Ramses Extra
Gold Circle	Embrace Her
*Sheik Elite (now called Sheik Classic)	Hot Rubber

The Top Ten Condoms according toConsumer Reports 1995

Excita Extra Ultra-Ribbed	Ramses Sensitol
Ramses Extra Ribbed	Sheik Elite Ribbed
*Sheik Classic	Sheik Elite with spermicide Sheik Elite
LifeStyles Vibra-ribbed	Trojan-Enz Large
Ramses Extra	Trojan-Enz Nonlubricated

One last point for you to understand is that even if a condom is not in the top ten of any of these studies it does not mean that it is a bad condom. This is because all three of these studies have been done in the laboratory—not on human subjects--and some critics of these studies feel that the stress that was put on the condoms during the studies might have been greater than that of actual intercourse. What these studies have really proven is that all condoms are simply not equal and some condoms are more likely to fail than others. The actual rate of failure can still be disputed. Therefore, those that should be labeled good, mediocre, and bad can also be disputed.

TIP 26

Pick the right condom for you.

Since all condoms are not alike, and all penises are not alike, it is a good idea for you to take a little time to buy and try a variety of condoms and find out before having sex which one works best for you. You don't want to find out on a date that you bought condoms which are either too small or too large, or that you are allergic to.

If you have an average-size penis, five to seven inches long and four and a half to five inches in circumference, Sheik Classic is probably your best bet because it has been rated in the top ten of the three previously mentioned studies.

If you have a small penis you can try Beyond Seven, Trojan Very Sensitive or a lambskin condom. As mentioned earlier, although lambskin condoms are wider than most latex condoms, they adhere better to the sides of a penis than do most smaller latex condoms. They should fit almost any size penis.

If you have a large penis you can use either the Trojan-Enz Large or the Trojan Magnum. Although they are not in the top ten of any list of best condoms, they are still considered satisfactory.

If you have a problem with decreased sensitivity, or an allergic reaction to latex, you can try using a lambskin condom. Although it might not be as good as a high-quality latex condom, it is certainly better than none.

If you are particularly concerned about HIV infection and have no problem with sensitivity, you can use two condoms: one on top of the other. If you have a problem using two latex condoms you can try placing a lambskin condom over a latex condom. There have not been any reports of breakage or slippage with this combination.

TIP 27

Buy the condom and keep it handy.

If you decide you want to have protected sex (with a condom) take the initiative to buy the best condoms available. Don't wait until the last second to buy them and don't depend on your partner to buy them. Good intentions are meaningless unless they have the supplies to back them up. It might seem to your partner that you were planning to have sex, but that's okay. It's true.

If you are a woman, you too should take the initiative to buy the condoms. There are still many heterosexual men who think they are bulletproof, and therefore don't think they can get or give HIV disease. Buy at least two different brands: one of the medium size condoms, and one of the extra-large condoms. One of those two will work for most men. However, for extra protection you should probably also buy a lambskin condom for those men who have small penises or complain that they can't feel anything with a condom. A woman who wants to be prepared should have a condom in each of the three categories.

1. Fourex Lambskins (lambskin)
2. Sheik Classic, (average-size latex)
3. Trojan Magnum, Trojan-Enz Large (extra-large latex)

Realize that when condoms are used in heterosexual sexual relationships, it is usually at the request of the female partner. Male partners seem to have a more difficult time suggesting their use. The most acceptable reason (although not the only reason) is that the female partner does not want to get pregnant. Other reasons such as prevention of HIV and other sexually transmitted diseases are not as easy to use because they imply a reduction of trust. Therefore, if you are a female, it is extremely important for you to be responsible too—to buy condoms and encourage their use—and not assume your male partner will.

Also, remember to keep the condom handy. Your bedroom is probably the best place since it is where most people have sex. However, if you don't have your own bedroom or if you don't typically have sex there, you might be better off carrying a condom with you—a pocket in your jacket or a place in your purse. These places are probably better than inside your car, wallet or pants pocket—since they are less likely to become excessively hot. Extreme heat and air pollution can damage condoms.

TIP 28

Check the expiration date.

Remember, it is also very important to check the expiration date of a condom before using it. If you have sex infrequently, or buy condoms in large quantities, some condoms may pass their expiration date before you have an opportunity to use them. Condoms which are older than two years old or past their expiration date are much more likely to break.[43]

Caution: Be especially careful when you are given free condoms. These condoms are often very close to their expiration date and are generally not the highest rated brands.

TIP 29

Be careful when putting the condom on.

While putting a condom on is very simple in principle, it does require some coordination and care to put it on without tearing it.

- Use sufficient light while putting a condom on, since it can be extremely difficult and frustrating to try to put a condom on in complete darkness. Sometimes it is even impossible.

- Carefully remove the condom from its package. Be especially careful if you have long fingernails.

- Roll the condom onto the erect penis. Be careful when rolling the condom onto the penis so that you don't accidently cut or tear the condom with a fingernail. This is possible even with short fingernails, but shorter fingernails are definitely less risky than long fingernails. A small cut in a latex condom that occurs during application could become much larger during the act of intercourse, when a strain is put on it. This can happen with even a very small cut.

- Make sure to completely unroll the condom all the way to the base of the penis.

- There are no published studies that prove it is better to squeeze out the air if some is trapped in the end of the condom.

- There are no published studies to prove that leaving a space at the end of a condom if the condom has no reservoir tip will help.

- There are no published studies to prove that putting a drop of lubricant at the tip of a condom is better than not.

- There are no published studies that prove that condoms with reservoir ends are better than those that don't have reservoir ends.

Consider double condoming.

If you are having anal or vaginal intercourse and fear having a condom break, consider using one condom on top of the other—double comdoming. Although there are no published studies on using one condom on top of another, there is some logic to double condoming.

It is possible that placing one condom over the top of another condom provides better protection than just one condom. Studies of "double gloving"—placing one latex glove over the another (a common practice among surgeons)—have found that double gloving provides a stronger barrier against injury and HIV transmission than does just one glove. However, double gloving and "double condoming" (placing one condom on top of another) are not exactly the same; therefore, the conclusion that using two condoms is better than using one condom might not be true.

Anecdotally, reports are mixed. Some individuals have reported absolutely no problems using one condom over the top of another while others have described problems with the second condom sliding around and rubbing against the first condom.

Some individuals have hypothesized that using two latex condoms may increase the rate of condom failure because the two condoms might rub against each other and therefore create a rip or tear. However, this hypothesis of double condoming failure due to friction between outer and inner condom has one obvious flaw in it. That is: it seems unlikely, if a man has a sufficiently large penis, that there would be that much slippage or friction between the two condoms. If the man's penis is large enough, one would expect the two condoms would stick together just like the first condom sticks to the penis.

Maybe the problem with double condoming has more to do with the condom not fitting the penis or the man not maintaining an erection than it does with the man using two condoms.

But there are other possible variables which can also explain these different anecdotal reports. The lubricant used, the aggressiveness of the thrusting, and the brand of condoms might also help to explain this disagreement of anecdotal information.

One possible alternative to double condoming with two latex condoms is double condoming with a combination of latex and lambskin condoms. This might be a better type of double condoming because most of the individuals who have reported problems with double condoming used two latex condoms as opposed to a combination of latex and lambskin.

Double condoming has one obvious disadvantage relative to using one condom. And that is that it decreases sensitivity to the penis. For some men this decreased sensitivity may be so great that he can not feel anything and therefore will not be able enjoy himself, nor maintain his erection.

The only statement that one can say for sure about using two condoms is that while it seems logical that two condoms would provide extra protection, no one knows for sure whether it does because there have not been any clinical or laboratory tests done to demonstrate either the effectiveness or the lack of effectiveness of double condoming.

Know that condoms are not foolproof.

Remember that condoms are not foolproof. They sometimes leak, break, or slip off. A study was done in Europe testing the efficiency of condoms in preventing HIV transmission between male and female heterosexuals, one of whom was HIV negative and one of whom was positive. The study was made up of 305 couples; 305 HIV negative women and 305 HIV positive men. These individuals were followed for an average of 2 years. There were 19 women who became HIV positive. Three of them reported consistently using condoms.[44]

For this reason, it is a good idea to know whether your partner is HIV positive or not, and to decide whether to have intercourse knowing all the facts. Many individuals decide to either to be exceptionally careful or not have sex with an individual who is HIV positive.

TIP 32

Remember the biggest problem is not the wrong condom, but rather no condom at all.

Although it is important to pick the best condom, most people who reported becoming infected from intercourse do not blame a condom that failed. Rather they blame themselves for not using a condom at all.

TIP 33

Know the facts about lubricants.

In addition to knowing details about condoms, it is also important for you to know about lubricants. The right condom won't be of much help if you don't have the proper lubricant to use with it. Here are some facts about lubricants you need to know:

- There are two basic types of lubricants. One type is water-based and the second is oil-based.

- Both of these lubricants can either have nonoxynol-9 in them or not. (Nonoxynol-9 is a chemical put into the lubricant primarily to kill sperm and therefore to prevent pregnancy. Some educators also suggest using it for the purpose of killing HIV, gonorrhea, and syphilis. However, its effectiveness is questionable.)

- Oil-based lubricants may weaken latex condoms, making breakage, leakage, and HIV transmission more likely. Some oil-based lubricants are: hand lotion, Vaseline, Crisco, baby oil, vegetable oil, mineral oil, Albolene (TM), Elbow Grease (TM), Lube, Shaft and suntan lotion.

  While oil-based lubricants should not be used with latex condoms, some of them, like hand lotion and baby oil, are excellent for other pleasurable sexual acts such as massage, body rubbing and masturbation.

- Oil-based lubricants can be used with condoms which are not latex, such as lambskin and polyurethane condoms. There is no evidence that oil-based lubricants damage these types of condoms.

- Water-based lubricants can be used with any type of condom: latex, polyurethane and lambskin. Some water based-lubricants are Probe, KY Jelly, ForPlay, Wet and Glyde; but there are many more. They, unlike some of the oil-based lubricants, are not very good for giving massages because after a few minutes of exposure to air they start to dry and become sticky.

- Some individuals are allergic to nonoxynol-9. This allergic reaction sometimes causes an inflammation on the penis or in the rectum or vagina, thereby weakening these areas, which then in turn increases the chance of HIV transmission.

- There are some very conflicting results as to the efficacy of nonoxynol-9. One study showed that initial concentrations of nonoxynol-9 as low as one percent effectively killed pathogenic microorganisms including: HIV, chlamydia, gonorrhea and herpes.[45] A second study showed nonoxynol-9 reduced the risk for gonorrhea by 89 percent.[46] A third study showed nonoxynol-9 reduced the risk of gonorrhea by only 24 percent and the risk of chlamydia infection by only 25 percent.[47] A fourth study, using high dose nonoxynol-9 vaginal sponges, showed no reduced risk for HIV infection.[48] Furthermore, no reports indicated that nonoxynol-9 used alone without condoms is effective for preventing sexual transmission of HIV.[49]

- Lubricants are considered cosmetic and therefore are not regulated by the Food and Drug Administration (FDA). In one independent study, one lubricant, "Wet," was found not to contain any nonoxynol-9 even though it advertised it contained one percent.[50]

TIP 34

Plan how you are going to use the lubricant.

Even though there have not been any independent studies done to determine whether it makes any difference how lubricant is applied to a condom

some educators teach individuals to put a small amount of lubricant in the tip of the condom, while others don't.[51][52] Theoretically, putting a drop of lubricant containing nonoxynol-9 inside the tip of the condom before putting the condom on will reduce the chance of HIV transmission. However, there are several problems with this technique. One problem is that it is awkward and messy. This awkwardness and messiness might be too much to ask of someone who is resistant to using a condom in the first place.

The second problem is that if an individual uses excess lubricant it can increase the chance of the condom slipping off.[53] If this were to occur, it would be much more dangerous than an intact, in-place condom that did not have nonoxynol-9 lubricant in it.

Other educators teach individuals to simply put the lubricant on the outside of the condom. This is much simpler and much less awkward. However, one could also consider the possibility that if the individual who is wearing the condom is HIV positive it might not be as good a way to prevent HIV transmission.

Since there are no documented independent studies proving the effectiveness of one lubrication technique over the other, you must decide for yourself. Which would you feel more comfortable doing? What is really necessary?

TIP 35

Buy the lubricant and keep it handy as well.

Naturally, having a condom without an appropriate lubricant won't be of much value. Therefore, you must not only buy condoms but also lubricants. As with buying condoms don't wait until the night of your date to buy the lubricant, and don't depend on your partner to have it. S/he might not care what lubricant is used or may not be planning to have sex.

Before buying the lubricant make up your mind what type of condom (latex, lambskin, or polyurethane) you wish to use. Then, according to what kind of condom you plan to use, buy the appropriate lubricant.

A simple solution is to always use a water-soluble lubricant such as Probe, ForPlay, or Astro Glide. This way, no matter what condom is used, you will not damage the condom.

And remember to keep the lubricant handy, just like the condom. Carry it where ever you take your condoms: your bedroom, your jacket, your purse, etc.

TIP 36

Don't use an oil-based lubricant with a latex condom.

Remember, don't use oil-based lubricants—Crisco, butter, baby oil, Vaseline Intensive Care Hand Lotion, mineral oil, etc.—with latex condoms. These may damage latex condoms—possibly making the latex condom useless. If you are using a latex condom—the most common type of condom—make sure you are using a water soluble lubricant.

TIP 37

Understand the confusion about oral sex.

Much confusion still surrounds oral sex. There are several reasons for this confusion. The first reason is that there are many words used when talking about oral sex and sometimes even health care educators don't know what they mean. Here is a list of some of the words and what they mean:

Ejaculation - the ejection of semen from the penis

Fellatio - stimulating the penis by sucking on it with the mouth (sometimes also called "going down on, sucking or a blow job")

Feilatio without ejaculation - stimulating the penis with the mouth but not to the point where the penis ejaculates semen

Fellatio with ejaculation - stimulating the penis with the mouth to the point where the penis ejaculates semen into the mouth

Receptive fellatio partner - the partner who is actively stimulating his or her partner's penis with his or her mouth (sometimes called the "catcher")

Insertive fellatio partner - the partner who is having his penis stimulated by his partner's mouth (sometimes called the "pitcher")

Performing fellatio - being the active receptive partner, stimulating the penis with the mouth

Cunnilingus - stimulating the vulva or clitoris with the tongue

Performing Cunnilingus - the partner who is licking his or her partner's vulva or clitoris

Receiving cunnilingus - the woman who is having her clitoris or vulva licked

Oral intercourse - fellatio that is performed in such a way that it is similar to other types of intercourse, only the mouth is used instead of the vagina or the rectum

The second reason that there is still a great deal of confusion about oral sex is that many health agencies and many health educators tend to clump together all types of oral sex (performing fellatio and allowing ejaculation into one's mouth, performing fellatio but not allowing ejaculation, receiving fellatio, performing cunnilingus, performing cunnilingus on a partner who is menstruating, and receiving cunnilingus). Each of these different types of oral sex has its own specific risk. For example, there are numerous reports of fellatio with ejaculation causing HIV infection, but only a few reports that receiving fellatio or performing cunnilingus has caused HIV transmission. In addition, there are no reports at all that receiving cunnilingus has caused HIV infection.

The second reason for confusion is that the Centers for Disease Control neither list, nor know, the exact sexual route by which individuals become infected. Therefore, the risk of becoming infected from oral sex is difficult to estimate.

Also, the words "low risk, medium risk, and high risk" are confusing since they have no statistical significance. No one has yet developed a formula that states that if a sexual act has one percent or greater risk of transmitting HIV it will be considered "high risk," if it has a less than 0.1 percent chance of transmission it will be considered low risk, and if it is between 0.1 percent and 1.0 percent it will be considered medium risk. No! At this time the words low, medium, and high risk are just words to describe an individual's or an organization's opinion.

Furthermore, different agencies disagree about the riskiness of oral sex. While the Red Cross and AIDS Project Los Angeles list oral sex under high risk sex, the Los Angeles Gay and Lesbian Center and the Association of Physicians for Human Rights say oral sex has "some risk." The CDC (The Centers for Disease Control) simply state there is a risk, but does not qualify the risk.

For these reasons the exact risk of oral sex continues to be debated by many health agencies, health educators, and individuals.

Since no health agency, nor any health educator, can guarantee that their advice is perfect, nor fix you if you become infected from following their advice, it is probably best for you to learn as many facts (not opinions) regarding each specific type of oral sex as you can. Some of these facts are listed in the next tip.

TIP 38

Know the facts about oral sex.

The more facts you know about oral sex the better you will be able to understand the risk. The following are some of the facts that have been documented about oral sex:

- In 1987, the San Francisco Department of Public Health documented the first two cases of HIV transmission from oral sex.[54]

- Another case of oral sex transmission was documented in September 1987 in Boston and documented in the *Annals of Internal Medicine*.[55]

- In 1988, researchers using data from the Pittsburgh, Baltimore, Chicago, and Los Angles cohort concluded that three out of 646 individuals had become infected due to sexual routes other than receptive anal sex—possibly fellatio—during a six-month period.[56] (A cohort study is a study about a group of individuals who have statistical factors in common.)

- Also in 1988, researchers in a European cohort study of gay men reported five cases in which fellatio was the probable route of infection.[57]

- In 1990, epidemiologist Michael Samuel, using data from a San Francisco cohort study, reported that 13 out of 82 men in the cohort study (17 percent) between the years 1984 to 1990 had become infected as a result of unprotected fellatio.[58] Some of these infected men reported never having anal sex, indicating that they had been infected from performing fellatio.

- In 1991, test counselors at an HIV test site in San Francisco reported that they believed that every two weeks they had approximately one individual testing HIV positive who reported having only oral sex.[59]

- Also, in 1991, there were two recorded cases of HIV transmission from a male to female by oral sex (fellatio) published in the *European Journal of Clinical Microbiology and Infectious Diseases*.[60]

- In May 1992, Andrew A. Gans, M.P.H., Department of Health Science, San Jose State University, identified five individuals who were infected with HIV as a result of receptive fellatio with and without ejaculation.[61] Four of the five reported having receptive fellatio including ejaculation.[62] However, one did not.[63] Dental and gum disease was associated with many of the cases. However, none of the five people could recall having any sores or cuts at the time they were having sex.[64]

- Also in 1992, researchers in Holland concluded that 9 out of 102 men enrolled in the Holland cohort study became infected with HIV as a result of unprotected receptive fellatio.[65]

- In 1993, the Surgeon General's Report to the American Public on HIV infection and AIDS stated, "It is risky for individuals to get semen, vaginal secretions, or blood of an infected individual into their mouths."[66]

- In 1994, two epidemiologists, Michael Samuel and James Koopman, both stated they believed that performing unprotected receptive fellatio on an

HIV infected individual has approximately a one percent risk of infection per sexual act.[67]

- In June of 1994 an immunologist, Mr. Quale, an expert in mucosal defense, pointed out that a break in the mucosa may not be necessary for transmission of HIV orally.[68] He stated that it was and is possible for individuals to become infected with HIV via oral sex without having cuts or sores in their mouths.

- In 1995, the Director of the Gay and Lesbian AIDS Test Site in Los Angeles, Hugh Rice, stated that he had seen dozens of individuals over the past ten years who have reported being infected via receptive fellatio.

- In addition to all the men who have stated they became infected because they performed fellatio on a partner, at least two men have reported becoming infected from having fellatio performed on them.

  One of the cases was written about in the *New England Journal Of Medicine*. This involved a 60-year-old heterosexual male who reported becoming infected because a prostitute performed fellatio on him.[69]

  A second case was reported by a registered nurse. This was a report about a gay man with AIDS in San Francisco who absolutely swore his only risk factor was allowing others to perform fellatio on him.[70]

  Both of these men stated they believed they had become infected from someone performing fellatio on them because they hadn't done anything else for several years before becoming infected.

- If you choose to have sex with a partner who is HIV positive, realize that the danger of oral sex can vary greatly depending on many variables. Some of these variables are:

  A. The individual's viral load. Generally speaking, individuals with non-detectable viral loads have been found to be less infectious than those with high levels.
  B. The number of the CD4 cells of the infected individual. Infected individuals are about four times as infectious if their CD4 cells number is less than 200.
  C. If the infected party has AIDS.
  D. If either partner has any infections, sores or cuts in his or her mouth or on his or her genitals.
  E. If the infected party is taking any medication such as AZT. (Some studies report this reduces the risk of transmission.)
  F. How roughly oral sex is performed.

TIP 39

Make a plan for oral sex.

After reading all the facts about oral sex decide exactly how dangerous you think oral sex is and make a plan how you're going to have oral sex in the future. Give extra consideration to what you are going to do regarding performing fellatio because this type of oral sex seems to be much more infectious than others. Here are some possible plans to choose from:

A. Not to perform any fellatio.
B. To perform fellatio without restrictions.
C. To perform fellatio with a condom.
D. To allow others to perform fellatio on you, but only with condoms.
E. To allow others to perform fellatio on you without a condom.
F. To perform fellatio, but only with partners who state they are HIV negative.
G. To perform fellatio, but not to allow your partner to ejaculate into your mouth.
H. To perform cunnilingus.
I. To avoid cunnilingus.
J. To perform cunnilingus with a barrier.
K. To perform cunnilingus on a partner who is menstruating.
L. To permit a partner to perform cunnilingus on you.

- If you are still not sure what to do regarding fellatio, here is a possible suggestion: provided neither you nor your partner has cuts, sores, or lesions, lick the shaft of the penis and suck on the scrotum, but don't suck on the tip of the penis. Although no type of sex is totally safe, this type of oral sex has never been reported to have caused the transmission of HIV. It's better than nothing, and it doesn't require a condom.

TIP 40

Take good care of your gums.

Even though gum problems are not absolutely necessary for HIV infection to occur from oral sex, they have been associated with an increased risk. Therefore, it is important for you to take excellent care of your gums.

Four things that you can do to increase the health of your gums are:

1. Brush your teeth after each meal, making sure to brush away any food particles lying at the top of your gums and the base of your teeth. For some individuals electric tooth brushes such as those with rotary heads do a better job of this than regular simple tooth brushes. Certainly new tooth brushes do a better job than old brushes with splayed and matted bristles.

2. Floss your teeth at least once a day. Brushing can not remove the plaque build up in between teeth as well as flossing.

3. Have your teeth cleaned by a dentist two or three times a year. A professional can remove tartar (hardened, calcified plaque)—you can't. A professional teeth cleaning will also include removing plaque below your gumline. Furthermore, if necessary your dentist can prescribe a mouthwash called Peridex, which contains antimicrobial chlorhexidine. Some studies have shown this mouthwash will reduce gingivitis by up to 41 percent.[71]

4. Minimize tobacco smoking. While most individuals are now aware that smoking tobacco greatly increases the risk of heart disease and cancer, many are unaware that smoking tobacco also increases the risk of gum disease.

TIP 41

Avoid brushing and flossing immediately prior to sex.

While it is a good idea to brush and floss your teeth regularly to have healthy gums and teeth, don't do it immediately prior to having sex. Try to have several hours in between when you last brushed or flossed your teeth and when you have sex. This will give your gum tissue, which often times becomes mildly damaged during flossing and brushing, time to at least partially heal.

If you want to improve your breath you can use a non-alcoholic mouthwash or breath mints. Mouthwashes which contain alcohol may also increase the risk of decreasing the integrity of the mouth.

Also, don't perform oral sex for at least a day or two after you have your teeth cleaned or fillings put in. In fact, if you have major dental surgery, such as gum surgery and extractions, it is suggested that you wait at least two weeks before engaging in oral sex. It is common for mouth tissue to need several days to heal after being worked on by a dentist.

TIP 42

Avoid oral contact if you have mouth sores.

It is also important to avoid performing unprotected fellatio, cunnilingus, and even kissing if you have any type of sore in or around your mouth—even if it's just a common aphthous ulcer (a painful mouth sore which many individuals get in their mouth as a result of stress or eating certain foods). Again, the sore will increase the chance of infection from HIV.

TIP 43

Know the facts about vaginal sex.

It is important for you to know the facts about vaginal sex because although the risk of transmission of HIV via vaginal sex is much less than anal intercourse it is not impossible.

- According to a report written by the Institute of Medicine/National Academy of Sciences in 1989, the risk of HIV infection from a single act of vaginal intercourse is one in 500 for a woman and one in 700 for a man.[172]

- More than 17,000 heterosexual men have already been diagnosed as having AIDS who have reported becoming infected due to heterosexual sex (1996 CDC Year-End Surveillance Report).

- More than 32,000 women have already been diagnosed as having AIDS who have reported that they felt they were infected from heterosexual sex (1996 CDC Year-End Surveillance Report).

- As with other types of sex, the exact risk when having sex with an HIV infected partner depends on a variety of factors:

  A. What is the individual's viral load?
  B. What is the CD4 count of the infected partner? A study of individuals with CD4 counts less than 200 clearly demonstrated that these individuals were approximately four times more infectious than individuals with CD4 counts greater than 200.[173]
  C. Does either partner have AIDS?
  D. Does the male partner have any cuts or sores on his penis?
  E. Does he have a particularly large penis which might cause trauma to the vagina?
  F. How aggressively is intercourse performed?
  G. What is the condition of the female partner's vagina? Does she have sores or cuts in her vagina? Does she have a yeast infection? Does she have any sexually transmitted diseases? Gonorrhea? Syphilis? Herpes?
  H. Is the female partner having menstrual bleeding?[174]

- Some heterosexual men and women even have unprotected vaginal intercourse despite knowing that their partner is HIV positive. (It may seem hard to believe but in two different European studies which were done to test the efficiency of condoms with discordant couples [those who differ in HIV sero status], who were counseled to use condoms, more than 33 percent of the couples in both studies inconsistently used condoms. In fact, in one study 79 out of 305 couples admitted to never using condoms, despite knowing that one partner was HIV positive.)

- It is also important to know that it is possible to become HIV infected from performing oral sex (cunnilingus) on a woman. At least four gay women and two straight men have reported that they have become infected this way. This risk is probably increased when a women is menstruating because blood usually has a higher concentration of HIV virus than vaginal secretions.[175]

TIP 44

Make a plan for vaginal sex.

First decide exactly how much risk you are willing to take.

A. Do you want to take no risk?
B. Just a little risk?
C. Or a lot of risk?

Secondly, according to the amount of risk you are willing to take, formulate a plan.

A. Are you going to become abstinent?
B. Are you going to use a condom some of the time, all of the time, or none of the time?
C. Are you going to be willing to perform cunnilingus? With a barrier? Without a barrier?
D. Will you do anything differently if your partner is menstruating? (Since blood contains more human immunodeficiency virus than vaginal secretions, having vaginal sex when a woman is menstruating probably increases her partner's risk.)

TIP 45

Consider using a plastic wrap.

If you are looking for a practical barrier to reduce the risk of oral to vaginal contact (cunnilingus), oral to anal contact (rimming), or vulva to vulva contact, a good barrier to consider is a plastic wrap. Plastic wrap such as Saran Wrap is inexpensive, easy to find in grocery stores, and relative easy to use.

If you decide to use a plastic wrap, simply place a sufficiently-large section of plastic wrap over the part being used (vulva or anus). If you or your partner prefer a water based lubricant (such as KY Jelly) may be applied to one side of the plastic wrap which is going to go against the vulva or anus. This may help to keep the plastic wrap in place.

Latex gloves (cut in half with the fingers cut off) and latex dental dams can also be used. However, these items are harder to find, more expensive, and smaller making them less accessible and harder to use.

TIP 46

Wash dildos and other sex toys between use.

Although the sharing of dildos and other sexual toys which are sometimes placed in the vagina and the rectum is not among the most common forms of sex, some individuals do have sex this way. If a dildo or sexual toy has semen, blood, or vaginal secretions on it, it might be able to transmit HIV. Therefore, it is important to wash sexual toys before a second person uses them.

If the toy is made of a hard plastic, as some dildos are, a weak bleach solution (nine parts water and one part chlorine bleach) and/or soap and water can be used. (A high concentration bleach solution may damage some toys). In addition to washing the toys thoroughly, it is also important to allow them to dry completely. The human immunodeficiency virus finds it extremely difficult to survive in a dry environment. However, it might be able to survive in a small pool of semen, vaginal secretions, or blood.

For added protection, some individuals also place a new condom on their dildo before using it.

TIP 47

Know the facts about anal sex.

Most men and women already know anal intercourse is the easiest method of sexual HIV transmission. But there are some additional facts about anal sex you should know as well:

- Anal intercourse has been estimated to have around a one in 20 chance of permitting the transmission of HIV each time an individual has unprotected receptive anal sex with an HIV positive man.[76]

- The receptive partner in anal intercourse has approximately 3.6 times the risk of the insertive partner of becoming infected from an infected partner.[77]

- Most HIV positive gay men report they became HIV infected due to unprotected receptive anal sex ("being the bottom"). Even though some of them also reported being the insertive partner ("being the top"), most did not believe this caused their HIV infection.

- No specific studies have been done on the effectiveness of condoms during anal intercourse. (One can only speculate from other studies—some of which were done in the laboratory and some of which were done with real individuals practicing vaginal intercourse—that although condoms greatly reduce the chance of HIV infection there is still the possibility of an individual becoming infected from anal intercourse due to either breakage or leakage of a condom.)

- Although using a dildo in the rectum for the purpose of stimulating the prostate gland can be dangerous, the danger is not primarily in contracting HIV; the danger is mainly in tearing or perforating the rectum or colon.

- There is very little danger of HIV infection from "fingering" if the individual's finger has no cuts or abrasions on it and the individual's rectum is free from infections and bleeding. However, if an individual has sharp fingernails s/he could potentially cut the mucosal membrane of his or her partner's rectum. Fingering is a word some individuals use for placing a finger into a partner's rectum. The purpose is usually to stimulate the prostate by rubbing the front side of the rectum about two inches up from the anus.)

- It is difficult to transmit HIV infection from fisting. However, if the skin of the individual's hand which is in his or her partner's rectum has any cuts on it and one of the partners is HIV positive, it is possible to transmit HIV this way. Fisting is a sexual practice where one individual puts his or her fist into another individual's rectum. Although it is not a common practice, when it is done, there is at least some danger to both partners. There is a slight danger of HIV infection, but the primary danger is the chance of damaging the rectum—cuts and perforations.

Rimming is an unlikely means of HIV transmission. In order for HIV to be transmitted this way the individual being rimmed would as always first have to be HIV positive and second would have to have some sort of bleeding or infection around his or her anus. From this point the virus would then have to be transmitted into the mouth of the individual performing the rimming. Although all of these things are theoretically possible they are somewhat improbable. To this date no individual has claimed to have become infected because of rimming. (Rimming is a sexual practice where one partner moves his or her tongue in and around his or her partner's anus. As mentioned above it is somewhat improbable for HIV to be transmitted this way. However, there is a very real danger of the transmission of parasites and hepatitis—if the individual being rimmed has either of these problems. Both of these can be somewhat difficult illnesses; hepatitis can even kill.)

- There are no studies which indicate that unprotected oral sex is less dangerous than anal intercourse with a condom. Although some educators state this as if it is a fact, there are no studies that have proved it.

- As with all types of sex, there are a variety of factors which theoretically make unprotected anal sex with an HIV positive individual more or less risky What is his or her viral load? How many CD4 cells does s/he have? Does s/he have or has s/he had an opportunistic infection (infections which typically occur when an individual's immune system is functioning poorly such as MAI, CMV, and PCP)? Does s/he have AIDS? Does s/he have an infected rectum? Does s/he have any other sexually transmitted diseases? Gonorrhea? Syphilis? Herpes? Will his or her rectum bleed easily? What is the size of the insertive partner's penis versus the receptive partner's rectum? How vigorously is anal intercourse performed?

TIP 48

Make a plan for anal sex—even if you're a heterosexual.

Similar to making a plan for oral and vaginal sex, it is also important to make a plan for anal sex. A high percentage of heterosexuals (approximately 30 to 40 percent, according to the Kinsey Report) as well as gay and bisexual

men, engage in anal sex. Therefore, whether you are gay, straight, or bisexual, it is a good idea for you to decide what you want to do regarding anal sex prior to engaging in sex. You are less likely to make a mistake if you have a plan. Even the decision not to have anal sex is in essence a plan.

First, decide what, if any, risk you are willing to take regarding anal sex.

Second, if you are willing to take some risk, decide exactly what you are willing to do.

A. Are you willing to do it, but only with an HIV negative, monogamous partner?
B. Are you willing to do it, but only with someone who is HIV negative?
C. Are you willing to be the insertive partner, but not the receptive partner?
D. Are you willing to do it, but only with two condoms?
E. Are you willing to do it, but only with the best condoms and lubricants?
F. Are you willing to have it with someone who is HIV positive?
G. Are you willing to do it with someone who has AIDS?
H. Other

General guidelines: If you decide you want to have anal sex some general guidelines are to try to find an HIV negative partner, always use a good quality condom, and do it as gently as possible. There is still some danger, but it is significantly reduced.

If you are going to have any type of anal sex where your fingers are involved, make sure you cut your fingernails fairly short and consider using latex gloves for extra protection.

TIP 49

Know the facts about kissing.

Many people believe that kissing has absolutely no chance of causing HIV infection. However, this might not be true; it might have a very slight chance. For this reason it is important for you to know some facts.

- One study written about in the *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* in 1992 stated that it had found enough HIV in saliva to allow HIV transmission.[78]

- According to Masters and Johnson's book, *Heterosexuality*, one 72-year-old Canadian man reported that he became infected by "passionately kissing" his 70-year-old wife, who had become infected through a blood transfusion.[79]

- Other viruses such as: mononucleosis, cytomegalovirus, and herpes simplex II definitely can be transmitted from kissing.[80]

TIP 50

Consider making a plan for kissing.

Even though the risk of kissing might be extremely low, it is doubtful that there is absolutely no risk. Therefore, you might want to consider making a plan for kissing.

First, consider asking a potential kissing partner if s/he is HIV negative or positive. After all, if this is someone you care about, you are eventually going to want to know this anyhow—for one reason or another.

Second, if you're not certain of a partner's HIV status, consider practicing light, predominantly dry kissing on the lips, rather than "passionately kissing" or French kissing. French kissing is one way of kissing passionately where one partner sucks on the other person's tongue. Usually the two individuals who are involved in kissing take turns sucking on each other's tongues.

TIP 51

Don't think you can tell by looking if someone is HIV positive or not.

Even though approximately 50 percent of gay men in major U.S. cities are already infected with HIV, many gay men repeatedly make the mistake of not bothering to ask a potential sexual partner his HIV status and think that because their partner looks healthy he is HIV negative. This is not a good method to determine whether someone is HIV positive or HIV negative—regardless of whether you are gay, straight, or bisexual.

- The only way anyone—even a physician—can be relatively certain if someone is HIV negative or HIV positive is to do an HIV blood test. And as mentioned before, even an HIV blood test is not 100 percent conclusive.

- If a non-health-care worker thinks s/he can tell by looking if another individual is HIV positive or negative, s/he usually either lacks knowledge, is extremely naive, or has a grandiose delusion (a symptom of psychological disorder in which s/he believes s/he has special powers). While s/he might be able to tell if someone has AIDS (because some individuals with AIDS are extremely thin and weak) it is extremely unlikely s/he would be able to tell if an individual is HIV positive, but does not have AIDS.

  Although it is true that some HIV positive men might have physical signs indicating that they are HIV positive, even a trained medical person would have to do at least a physical examination. Not even a physician trained in the field of HIV could possibly tell if an individual is HIV positive or negative without doing an examination. So a non-healthcare professional who doesn't have the faintest idea of what generalized lymphadenopathy, oral hairy leukoplakia, oral thrush, seborrheic dermatitis and tinea are, and doesn't have the luxury of doing a physical examination, certainly can't tell if a person is HIV positive or negative simply by looking.

- While some men who have AIDS look terrible (having Kaposi's Sarcoma, extreme weight loss, and severe fatigue) others show almost no visible signs. So it is not even possible to know who is sick with AIDS just by looking.

- It's not usually until an HIV positive man or woman gets very sick with AIDS that s/he will look dramatically ill.

TIP 52

Look at a potential sexual partner's behaviors.

Although it is generally impossible to know whether an individual is HIV positive or HIV negative from the way s/he appears, some information can be gained by looking at an individual's behavioral traits. Individuals who are HIV positive are more likely to have behaviors such as: drinking, taking drugs (especially I.V., but also more benign drug such as marijuana) and doing things on impulse.

In addition to being able to gain some information from knowing an individual's behavioral traits, some information can also be gained by knowing how well an individual is psychologically. Individuals who are HIV positive are slightly more likely to have or have had psychological problems such as denial, anxiety, depression, and low self-esteem.

Caution: Behavioral traits and psychological health can not be depended upon to accurately assess whether an individual is HIV positive or negative. A person could have all the psychological problems in the world and still be HIV negative, and a person could be a health fanatic and still be HIV positive. Don't delude yourself into thinking you can tell if someone is HIV positive by these means alone. Observing behavioral traits and assessing psychological health can just give you a hint of someone's HIV status—that is all.

TIP 53

Remember, if you want to know whether someone is HIV positive... ask.

Usually the most practical way to determine whether an individual is HIV positive or HIV negative is simply to ask. Since for many it's impractical to ask a potential sex partner to get an HIV test before having sex, the next best way to determine whether someone is HIV positive or HIV negative is to

ask questions. There are many questions a person could ask a potential sex partner. Questions such as: Have you ever injected intravenous (I.V.) drugs? Have you ever had sex with a man? Have you ever had unprotected receptive anal sex? Unprotected vaginal sex? Unprotected receptive oral sex? Are you bisexual? etc. However, most individuals have difficulty asking personal questions. So probably the best way to ask questions about HIV status is to limit it to three questions:

1. "Are you HIV negative or HIV positive?"
2. "When was the last time you were tested?"
3. "Would you consider getting a test soon?" (If they have had no test within one year or never had a test.)

First ask: "Are you HIV negative or HIV positive?" If s/he answers s/he is HIV negative, then ask when the last time s/he was tested. The longer the period of time from the last test, the less the value of the test. For exampie: if s/he was tested eight years ago, then his or her test means almost nothing. If s/he tested less than a year ago it is more likely s/he is still HIV negative today. But, as was explained to you earlier, HIV tests are not 100 percent accurate, and neither is an individual's word.

If s/he states s/he hasn't been tested yet? The next step is to ask him or her if s/he would be willing to get a test soon. If s/he readily states "yes"... that's a good sign. Hesitation and resistance are a bad sign for two reasons.

One of the reasons is that sometimes individuals who have previously tested positive avoid the first question: "Are you HIV positive or negative?" by saying they have never been tested. But, when they are asked, "Would you be willing to be tested soon?" their lie needs to be expanded. Sometimes they need a few minutes to think up a good answer.

The other reason is some people know they have had risky sex in the past and are therefore extremely afraid that they will test positive. Thus, they are reluctant to get a test. Unfortunately, some individuals have to get sick with an opportunistic infection before they are motivated to get an HIV test.

If you ask these two or three questions you are almost guaranteed to learn something about the individual. You can not rely upon his or her word as the absolute truth, but you will probably have more knowledge about the individual than you did to start with. You might also be surprised to find out just how honest some individuals really are—if they are asked direct questions. It is generally easier to omit the truth when not asked, than it is to deny the truth when asked directly.

TIP 54

Know the relative risk of each sexual act.

When engaged in sex or when planning sex, it might help you reduce your risk of HIV infection if you know what sexual acts are more likely to lead to HIV infection. The terms low, medium, and high risk sex are not used because some individuals in the past have misinterpreted the words low and medium risk to mean no risk and subsequently performed them and became infected. Table 54.1 lists the risk of various sexual acts based on the number of individuals who are believed to have become infected by those acts.

Table 54.1 Categories Of Sexual Risk

Never reported to cause HIV transmission.

- massage
- dry kissing on the lips or body
- body rubbing
- masturbation
- sucking and licking body parts other than a penis or clitoris
- vaginal intercourse with two condoms
- anal intercourse with two condoms
- performing fellatio with a condom
- receiving fellatio with a condom
- performing cunnilingus with a barrier
- receiving cunnilingus with or without a barrier

Never reported to cause HIV transmission but are considered dangerous for other reasons.

- ~~fisting~~
- ~~rimming~~

Reported to cause HIV transmission but only on rare basis.

- vaginal intercourse with one condom
- anal intercourse with one condom
- being the insertive fellatio partner
- performing cunnilingus
- french kissing

Many individuals have reported becoming infected with HIV.

- vaginal intercourse without a condom
- anal intercourse without a condom
- performing fellatio without a barrier

TIP 55

Make a comprehensive "Safer Sex" plan.

While it is true that planning safer sex is not as romantic as having spontaneous unplanned sex, it probably is what it says it is, "safer". Take all the information you have learned so far and make yourself a comprehensive safer sex plan. The more you plan for each possible situation the better.

Table 55.1 Safer Sex Worksheet

The following is a safer sex worksheet to help you make decisions about how you are or are not going to have sex.

General:

1. In the future I will meet my sex partners: (Meeting in some areas such as bars and parks increases the likelihood that unsafe sex will occur. Meeting individuals through friends decreases the risk of unsafe sex.)

   a. in a bar/night club
   b. through a dating service
   c. at work
   d. at school
   e. through a computer
   f. through a telephone chat line
   g. via friends
   h. via social/recreational clubs
   i. in a bathroom
   j. in a bathhouse
   k. in a park
   l. other_____

2. In the future I (will/will not) ask my partner if s/he is HIV positive or HIV negative.

3. In the future I (will/will not) ask my partner the last time s/he was tested for HIV.

4. In the future I (will/will not) ask my partner to get an HIV test.

Fellatio:

5. In the future I (will/will not) perform fellatio without a barrier.

6. In the future I (will/will not) perform fellatio with a barrier.

7. In the future I (will/will not) receive fellatio without a barrier.

8. In the future I (will/will not) suck the scrotum of my partner's testicles.

9. In the future I (will/will not) lick the shaft of my partner's penis.

10. In the future I (will/will not) allow a partner to ejaculate in my mouth.

Kissing:

11. In the future I (will/will not) dry kiss.

12. In the future I (will/will not) french kiss.

Condoms:

13. In the future I will use:
    a. no condoms b. one condom c. two condoms

14. In the future I will use _____ brand of condoms.

Anal Intercourse:

15. In the future I (will/will not) be the insertive partner of anal intercourse without a condom.

16. In the future I (will/will not) be the insertive partner of anal intercourse with one condom.

17. In the future I (will/will not) be the insertive partner of anal intercourse with two condoms.

18. In the future I (will/will not) be the receptive partner of anal intercourse without a condom.

19. In the future I (will/will not) be the receptive partner of anal intercourse with one condom.

20. In the future I (will/will not) be the receptive partner of anal intercourse with two condoms.

Lubricants:

21. In the future I will use _____ brand of lubricant.

22. In the future I (will/will not) use a lubricant with nonoxynol-9.

Miscellaneous:

23. In the future I (will/will not) masturbate my partner.

24. In the future I (will/will not) suck my partner's body parts—excluding his penis.

25. In the future I (will/will not) lick my partner's body parts—excluding his penis or her vulva.

26. In the future I (will/will not) rub my private parts on my partner.

27. In the future I (will/will not) cuddle with my partner.

Relationships:

28. In the future I (will/will not) ask my monogamous sexual partner whether s/he is sexually satisfied.

29. In the future I (will/will not) ask my monogamous sexual partner to tell me the truth if s/he ever has sex outside of our relationship.

30. In the future I (will/will not) make it clear to my monogamous sexual partner that I would be deeply hurt if s/he went outside of our monogamous sexual relationship and had sex with someone else. I would be even more hurt if s/he didn't use protection.

Vaginal Intercourse:

31. In the future I (will/will not) be the insertive partner of vaginal intercourse without a condom.

32. In the future I (will/will not) be the insertive partner of vaginal intercourse with one condom.

33. In the future I (will/will not) be the insertive partner of vaginal intercourse with two condoms.

34. In the future I (will/will not) be the receptive partner of vaginal intercourse without a condom.

35. In the future I (will/will not) be the receptive partner of vaginal intercourse with one condom.

36. In the future I (will/will not) be the receptive partner of vaginal intercourse with two condoms.

Cunnilingus:

37. In the future I (will/will not) perform cunnilingus without a barrier.

38. In the future I (will/will not) perform cunnilingus if my partner is menstruating.

39. In the future I (will/will not) perform cunnilingus if my partner has a heavy flow or vaginal secretions.

40. In the future I (will/will not) perform cunnilingus with a barrier.

41. In the future I (will/will not) receive cunnilingus without a barrier.

42. In the future I (will/will not) receive cunnilingus with a barrier.