

INFECCIONES DE
TRANSMISIÓN SEXUAL
(ITS) Y VIH/SIDA EN
MUJERES EN EL ESTADO DE
AGUASCALIENTES.

UN ESTUDIO DESDE LA PERSPECTIVA
DE GÉNERO



**Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH/SIDA
en Mujeres en el Estado de Aguascalientes:
Estudio desde la Perspectiva de Género**

Responsable del Proyecto

Dra. Martha Villaseñor Farías

2010 Primera Edición

© D.R. IAM

Instituto Aguascalentense de las Mujeres

Plaza de la República No. 105 Altos

Zona Centro, CP 20000

iam@aguascalientes.gob.mx

Todos los derechos reservados.

Queda prohibida la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento sin la previa autorización por escrito del IAM.

PRESENTACIÓN

La salud de la mujer, resulta ser un tema de derechos humanos. Varios son los instrumentos internacionales que así lo señalan, tal es el caso de El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, celebrada en El Cairo en 1994; y La Plataforma de Acción correspondiente a la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995, por mencionar los de mayor envergadura. En México, el derecho a la salud es una garantía constitucional declarada en el tercer párrafo del artículo 4, y debe ser ejercido con base en los principios de igualdad y no discriminación.

Ante este contexto, el Instituto Aguascalentense de las Mujeres en su afán por promover la igualdad de oportunidades y la equidad entre mujeres y hombres, así como la no discriminación hacia las mujeres en la entidad, ha impulsado la investigación *Infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA en mujeres en el estado de Aguascalientes. Un estudio desde la perspectiva de género*. Cuyo principal propósito es contar con elementos científicos que permitan conocer la situación de dichos padecimientos en la población femenina, así como crear mecanismos interinstitucionales e interdisciplinarios que coadyuven a la prevención y erradicación de las enfermedades citadas.

El presente documento derivó de dicha investigación en la que participaron varios actores claves para llevar a buen puerto el proyecto. El IAM agradece a todas las instituciones y organizaciones que colaboraron para que se pudiera ejecutar este proyecto, especialmente a las que integran el Consejo Estatal para la Prevención y Atención del VIH-SIDA, esperando que esta investigación sea una valiosa aportación para generar desde los diferentes ámbitos los insumos que las mujeres aguascalentenses necesitan para poder prevenir las Enfermedades de Transmisión Sexual y el VIH.

Sirva este gran esfuerzo, para generar mejores condiciones que les permitan a las mujeres aguascalentenses gozar plenamente de todos sus derechos, particularmente de una vida sana y saludable.

C. MARÍA GUADALUPE DÍAZ MARTÍNEZ
DIRECTORA GENERAL

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	3
OBJETIVOS	8
OBJETIVO GENERAL	9
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
MARCO TEÓRICO	10
CONCEPTUALIZACIÓN Y ENFOQUES DE ABORDAJE	11
MAGNITUD DEL PROBLEMA Y ESTUDIOS PARA DIMENSIONARLO	13
ITS/SIDA EN AGUASCALIENTES	16
ITS, VIH Y SIDA DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO	17
FEMINIZACIÓN DE ITS, DEL VIH/SIDA	19
LA PREVENCIÓN Y LOS ENFOQUES DE SUS PROGRAMAS	21
FACTORES Y ACTORES SOCIALES INVOLUCRADOS EN EDUCACIÓN SEXUAL	24
DERECHOS HUMANOS, POLÍTICAS PÚBLICAS Y ASPECTOS LEGISLATIVOS	27
EL INSTITUTO AGUASCALIENTENSE DE LAS MUJERES ANTE LAS ITS, EL VIH/ SIDA	32
MARCO METODOLÓGICO	35
TIPO DE ESTUDIO	36
PARADIGMA DE APROXIMACIÓN E INTERPRETACIÓN	36
CONTEXTO DE TRABAJO	37
RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	37
POBLACIÓN ESTUDIADA	39
DINÁMICA GENERAL DE TRABAJO	40
ANÁLISIS	41
ASPECTOS ÉTICOS	43
EQUIPO DE TRABAJO	44
RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN	46
DIMENSIÓN CUANTITATIVA	46
DIMENSIÓN CUALI-CUANTITATIVA	65
DIMENSIÓN CUALITATIVA	133
RECOMENDACIÓN DE LÍNEAS DE ACCIÓN	179
BIBLIOGRAFÍA	184
ANEXOS	191

INTRODUCCIÓN

“Las mujeres portadoras de enfermedades de transmisión sexual, no se diga el sida, son muy discriminadas, porque México está educado para discriminar y hacer menos a las mujeres por cualquier cosa, ahora, que si ya es por enfermedades de transmisión sexual, más, las apartan como a leprosos, mucho más que a un hombre, de ella se dice que es una tal por cual”.

Planteamiento de una mujer entrevistada en un grupo focal dentro de este proyecto

Las infecciones de transmisión sexual (ITS), el VIH y el sida son un problema grave de salud pública a escala mundial (ONUSIDA, 2009a), y para el año 2008 se calculaba que 33,4 millones de personas vivían en el mundo con VIH o sida; de ellas, 2.2 millones en Latinoamérica, cifra 20% superior al año 2000 (OMS, 2008; ONUSIDA, 2008; Bastos et al., 2008), por lo que su abordaje constituye un tema de prioridad para el mundo (Bueno, 2007; ONUSIDA, 2009b; OMS/UNICEF/ONUSIDA, 2009), para Latinoamérica (Alarcón, 2009; Bozo, Gayet y Barrientos, 2009) y para México (Magis et al., 2008; Stathdee y Magis, 2008; Magis et al., 2009).

México ocupa el tercer lugar en el número de casos en el continente americano, después de Estados Unidos y Brasil (Magis et al., 2008): tan solo de 1983 a 2006 el número de casos fue de 110,339 (CENSIDA, 2006). Aguascalientes no se encuentra en los primeros lugares de casos de ITS, VIH o sida en México, los cuales son ocupados por estados como el DF, el estado de México, Jalisco, Veracruz, Puebla y Baja California (CENSIDA, 2006).

Sin embargo, el problema para el estado de Aguascalientes es relevante, si se considera la presencia de condiciones de riesgo a escala poblacional: desinformación sexual, alta migración interna y externa, principalmente hacia los Estados Unidos, inequidad de género, alcoholismo, etc., además de políticas públicas que requieren ser fortalecidas y reorientadas bajo el enfoque de la perspectiva de género para hacer frente al problema en lo que se refiere a prevención, detección oportuna y tratamiento de manera más eficiente y eficaz.

Las ITS en general, y el VIH y el sida en particular, acarrearán serias consecuencias a escala personal, de pareja, familiar, institucional y social (ONUSIDA, 2009a; Magis et al., 2008), así como elevados costos económicos para el sistema de salud y el Estado (Rivera, Barragán y Parra, 2008).

Pese a las acciones de combate a estos problemas, estas enfermedades persisten y muestran una tendencia epidemiológica a la feminización (ONUSIDA, 2009a; Magis et al., 2008; Bastos et al., 2008; Kendall y Pérez, 2004; Bronfman, Sejenovich y Uribe, 1998). Se estima que para 2007 el 22.2 % de los casos de VIH o sida eran de mujeres, en una relación de una mujer por cada cuatro hombres, mientras que en 1990 era de una mujer por cada seis hombres (Magis et al., 2008). Ello se basa en elementos biológicos, económicos y socioculturales (Kendall y Pérez, 2004), entre ellas la inequidad, la discriminación, el pobre empoderamiento, la migración y la violencia de género prevalente en nuestro medio, todo lo cual genera un contexto de mayor vulnerabilidad para las mujeres ante las ITS, el VIH y el sida (ONUSIDA, 2009 A y B; Magis et al., 2009; Kendall y Pérez, 2004; Bronfman, Sejenovich y Uribe, 1998).

ONUSIDA planteó dentro de su marco de acción varios aspectos que se deben cumplir para obtener resultados satisfactorios entre ellos: reducción de la transmisión, evitar que madres y niños se infecten, eliminar leyes, políticas y prácticas que impidan la lucha eficaz, eliminar estigma y discriminación, detener la violencia de género, capacitar para la prevención y mejorar la protección social de personas infectadas (ONUSIDA, 2009b).

La información disponible sobre las ITS, el VIH y el sida es prioritariamente de carácter epidemiológica, y menor de temas socioculturales, de políticas públicas y de la respuesta social, y no siempre se ha generado o sistematizado incorporando

la perspectiva de género, ni considerando la visión y experiencia de los propios actores que viven y enfrentan en su cotidianidad el problema.

De ahí que el Instituto Aguascalentense de las Mujeres, cuya labor es promover la igualdad de oportunidades y la equidad entre mujeres y hombres, así como la no discriminación hacia las mujeres, visualizando la problemática de salud que enfrentan las mujeres, particularmente en lo referente a las ITS y el sida, considero pertinente realizar esta investigación, con la que pretendo conocer la situación epidemiológica, las características de los servicios y programas ofrecidos y la satisfacción de sus usuarias, cómo están incidiendo las condiciones de género en la feminización del problema y, considerando la situación actual del problema, cuáles serían las líneas de acción recomendables para fortalecer y mejorar una oferta apropiada y sensible a las necesidades de las mujeres en lo referente a ITS, VIH y sida en el estado de Aguascalientes.

El documento actual contiene los aspectos teórico-conceptuales que fundamentaron el proyecto, el marco metodológico sobre cuya base se llevó a cabo la investigación, la descripción de participantes, tanto del equipo de investigación como de la población estudiada, la descripción general de los resultados cuanti-cualitativos, y el planteamiento de propuestas en materia de políticas públicas, servicios de salud, educación e investigación.

Es importante resaltar que el proyecto no hubiera sido posible si no se hubiera generado una suma de esfuerzos: la propuesta de trabajo y dirección del Instituto Aguascalentense de las Mujeres; el apoyo financiero del Instituto Nacional de las Mujeres; la participación del equipo de investigadoras e investigadores de la Universidad de Guadalajara; la participación y el apoyo del ISEA a través del Departamento de Vigilancia Epidemiológica y el Programa para la Prevención y Control de VIH y sida-ITS, y, sobre todo, gracias a la colaboración de instituciones y


organismos de la sociedad civil y de las aguascalentenses y los aguascalentenses que accedieron a colaborar.


OBJETIVOS


OBJETIVO GENERAL

Caracterizar cuali-cuantitativamente y desde la perspectiva de género la situación que Aguascalientes, y en particular las mujeres de ese estado, enfrentan respecto a ITS, VIH y sida.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

 Realizar un diagnóstico, desde la perspectiva de género, sobre los servicios y programas ofrecidos por las diferentes instituciones en el estado de Aguascalientes, en materia de prevención y atención de ITS, VIH y sida.

 Conocer el grado en que inciden los estereotipos y roles tradicionales de género, así como el ejercicio de la violencia en el contagio de ITS, VIH y sida en mujeres.

 Derivado de la realización de los dos objetivos anteriores, establecer líneas de acción para fortalecer y mejorar una oferta apropiada y sensible a las necesidades de las mujeres con padecimientos de ITS, VIH y sida en el estado de Aguascalientes.

MARCO TEÓRICO

CONCEPTUALIZACIÓN Y ENFOQUES DE ABORDAJE

Las ITS, y entre ellas el VIH y el sida, no son solo un grupo de enfermedades, sino constituyen un problema social, el cual, como sostienen Carlos Magis y colaboradores (2008), rebasa las prácticas individuales y de los sistemas de salud, por lo que el problema debe explicarse desde una visión interdisciplinaria, multifactorial y compleja.

La evolución epidemiológica del sida y del entendimiento de la enfermedad ha impactado en la manera de visualizarla, por lo que ha transitado por varias etapas conceptuales respecto a dónde se encuentra la génesis del problema y sobre quiénes o qué se debe actuar (Magis et al., 2008). Las grandes etapas conceptuales son:

1. Grupos de riesgo
2. Prácticas de riesgo
3. Situaciones y contextos de riesgo
4. Vulnerabilidad social y riesgo asociado

Este desarrollo conceptual obedeció a los resultados de estudios epidemiológicos y al cambio de paradigma, de modo que el acento se fue poniendo en factores estructurales (socioculturales, económicos y políticos) y se superaron las posturas moralistas y las visiones individualistas (Magis et al., 2008).

Es bien conocido que las ITS, el VIH y el sida no se presentan por igual en los diferentes grupos dentro de una misma población, y ello es por factores más allá de los meramente biológicos, por lo que tenemos que analizar los aspectos particulares de esos grupos en lo cultural, psicológico, ecológico, político, socioeconómico y sanitario-epidemiológico. Si bien el riesgo lo podemos definir

como la probabilidad de que un evento indeseado suceda, en el caso de la infección por VIH podemos afirmar que el riesgo es la probabilidad de que una persona contraiga la infección por VIH, por lo cual es importante el uso del concepto anticipación social al riesgo, en el que confluyen los enfoques sociales con el epidemiológico. De esta confluencia se identifica otro concepto, que es el de la vulnerabilidad, que puede aplicarse a las personas y a los problemas con una apreciación diferente.

La vulnerabilidad de las personas se refiere a la susceptibilidad o capacidad de que los individuos sufran un daño particular, mientras que la vulnerabilidad de un problema es la capacidad de ese problema para responder a una intervención, por lo que en realidad sería la capacidad del sistema social (factibilidad técnica, factibilidad financiera y viabilidad ética y política) para controlar dicho problema (ONUSIDA).

Visualizar el problema ITS/sida desde el enfoque de vulnerabilidad permite entender que aún el riesgo individual se encuentra inscrito en una estructura social que hace que unas personas sean más vulnerables que otras.

Factores de Vulnerabilidad

- Migración, en la cual convergen otros problemas, como: pobreza, entorno rural, aspectos étnicos, ilegalidad migratoria, pobre acceso a los servicios de salud, pobre acceso a información y educación sexual, promiscuidad y uso de drogas inyectables, incremento de sexo de hombres con hombres, poco uso del condón e incremento de sexo con trabajadoras y trabajadores del sexo.
- Entorno rural. Hay una tendencia a la ruralización de las ITS y el sida, aun cuando todavía las cifras no resultan tan llamativas. En este factor también se relacionan otros factores de vulnerabilidad: baja escolaridad, uso de

lenguas indígenas, pobre acceso a los servicios de salud, respuesta más lenta ante la enfermedad, patrones tradicionales de género.

- Etnicidad, que se interrelaciona igualmente con otros factores de vulnerabilidad, como: migración interna y externa, principalmente hacia los Estados Unidos, poco uso del condón, desconocimiento sobre ITS y sida y sus formas de transmisión, pobreza, discriminación, marginación, patrones tradicionales de género.
- Género. Es evidente la progresión en el número de casos en mujeres adultas vía heterosexual. Se considera que la vulnerabilidad femenina es de carácter biológico, epidemiológico, social y cultural.
- Usuarios de drogas inyectables.
- Población infantil.
- Jóvenes, asociado a otros factores, como falta de empoderamiento e información sexual, inicio temprano de la actividad sexual, frecuencia de parejas intergeneracionales, poco uso del condón y métodos de planificación familiar.

MAGNITUD DEL PROBLEMA Y ESTUDIOS PARA DIMENSIONARLO

Las ITS, EL VIH y el sida constituyen un problema grave de salud pública a escala mundial (ONUSIDA, 2009a); se calcula para 2008 que 33.4 millones de personas en el mundo vivían con sida o VIH, y de estos, 2.2 millones en Latinoamérica, cifra 20% superior al año 2000 (OMS, 2008; ONUSIDA, 2008; Bastos et al., 2008), por lo que su abordaje constituye un tema de prioridad para el mundo (Bueno, 2007; ONUSIDA, 2009b; OMS/UNICEF/ONUSIDA, 2009), para Latinoamérica (Alarcón, 2009; Bozo, Gayet y Barrientos, 2009) y para México (Magis et al., 2008; Stathdee y Magis, 2008; Magis et al., 2009).

México ocupa el tercer lugar en el número de casos en el continente Americano, después de Estados Unidos y Brasil (Magis et al., 2008); tan solo de 1983 al 2006 el número de casos fue de 110,339 (CENSIDA, 2006).

Los datos epidemiológicos más recientes sugieren que la epidemia se mantiene estable en América Latina. La prevalencia regional del VIH es del 0.6%; por tanto, la región se caracteriza principalmente por una epidemia de bajo nivel y concentrada (ONUSIDA, 2009).

En general, es necesario fortalecer los sistemas de vigilancia en la región, a fin de obtener una base de datos más sólida para las planificaciones nacionales (García-Calleja, del Río, Souteyrand, 2009).

Los estudios sobre la frecuencia de infecciones de transmisión sexual han sido realizados por el diagnóstico de estos padecimientos, por los signos y síntomas que presentan las personas y con el apoyo de exámenes microbiológicos, por una parte; por otro lado, con el avance de la tecnología médica, que ha permitido la detección de anticuerpos específicos en estudios de seroprevalencia.

El primer método, el clínico, puede causar un subregistro importante, dado que varias de estas infecciones pueden evolucionar de forma asintomática, y el segundo método, de detección de anticuerpos, brinda datos más reales que generalmente son mayores que las tasas de incidencia por examen clínico. Ejemplo de esto es la incidencia para el año 2000 de 4.3 casos por cada 100,000 habitantes informada por la Dirección General de Epidemiología para la sífilis; sin embargo, el análisis de anticuerpos de las muestras de sueros obtenida por medio de la Encuesta Nacional de Salud mostró una prevalencia ponderada de 300 casos de sífilis activa por cada 100,000 habitantes, lo que significa 70 veces más que los registrados por la Secretaría de Salud Federal (Conde et al., 2007).

Usando el método clínico tenemos las frecuencias de ITS en los siguientes estudios: Un estudio realizado en México en mujeres que acudían a una clínica de planificación familiar, consideradas de bajo riesgo, mostró una prevalencia de vaginosis de 32% (Canto, Polanco, Fernández y Cupul, 2002).

Esta prevalencia también fue similar a la obtenida en otro estudio realizado en mujeres de una clínica universitaria del estado de Nuevo León, en el cual la prevalencia de vaginosis bacteriana se estableció en 33.8%; La candidiasis vaginal se observó en el 9.3%, mientras que en el 2.5% se descubrieron trichomonas. Un poco más de la mitad de estas mujeres con vaginosis bacteriana refirieron un incremento del flujo vaginal o de olor desagradable. Este estudio también encontró que la prevalencia de vaginosis bacteriana era estadísticamente más significativa en mujeres con más de una pareja sexual (Flores, Martínez y Llaca, 2003).

Cravioto y col. (2003) estudiaron la prevalencia de anticuerpos para *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*, y encontraron mayor frecuencia en mujeres (13.7 y 7.2%, respectivamente) que en hombres (3.3 y 7.2%, respectivamente). Entre las mujeres, las trabajadoras del sexo presentaron prevalencias de 31.2 y 25% respectivamente.

Siguiendo el método de detección de anticuerpos, se han estudiado las ITS en relación con la exposición de la población a esta infección, por medio de los sueros de participantes de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000. Este análisis demostró una seroprevalencia general ponderada de anticuerpos antitreponémicos de 3.1%, de los cuales el 0.4% correspondía a sífilis activa, el 2.5% a su forma latente y el 0.6% a sífilis curada de forma espontánea o por tratamiento. La prevalencia de sífilis activa fue mayor en hombres (0.41%) que en mujeres (0.25%), sin ser ésta una diferencia estadísticamente significativa. Un hallazgo importante de señalar en este estudio es que no hubo casos de sífilis

activa en las mujeres y los hombres que refirieron haber usado el condón como método de planificación familiar (Conde et al., 2007).

Por medio de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA, 2000), que incluyó muestras biológicas de los entrevistados, se calculó también la seroprevalencia de anticuerpos contra el antígeno core del virus de la hepatitis B (VHB) en 3.3%, que se incrementa con la edad. La prevalencia general de hepatitis B fue mayor en hombres, 3.7%, que en mujeres, 3.0%. El análisis de estos datos sobre el antecedente de infección por VHB en mujeres que habían presentado óbitos permitió suponer que la infección perinatal es reducida o que se vincula con mortalidad perinatal (Valdespino et al., 2007).

Cabe mencionar que la infección por VHB que se mantiene de forma crónica puede provocar cirrosis y cáncer de hígado; afortunadamente, en nuestro país la frecuencia de esta cronicidad es baja. En la actualidad el cáncer cérvico-uterino en las mujeres es un grave problema que se asocia a la infección por virus del papiloma humano (VPH) de los tipos oncogénicos. Un estudio realizado en mujeres embarazadas del estado de Morelos reveló que el 37.2% de ellas presentaban DNA del VPH de los tipos oncogénicos: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 y 68. Se ha observado que durante el embarazo la mujer está más predispuesta a esta infección viral.

ITS/SIDA EN AGUASCALIENTES

Aguascalientes no se encuentra en los primeros lugares de casos de ITS, VIH o sida en México, los cuales son ocupados por estados como el DF, el estado de México, Jalisco, Veracruz, Puebla y Baja California (CENSIDA, 2006).

El doctor Alfonso Gutiérrez Nájar (2008), profesor de la UNAM, al ser entrevistado, afirmó que los estados de Aguascalientes y Zacatecas tienen la mayor prevalencia de infección por VPH. Además, existe la referencia de que el VPH subtipo 16, que es de los más asociados a cáncer cérvico-uterino, fue el más prevalente en las muestras estudiadas en Aguascalientes por Bustos y Muñoz (Graterol, Finolb, y Correntic, 2006).

En relación con la infección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) causante del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), el estado de Aguascalientes presentó en 2009 una tasa de mortalidad de 3.30 por cada 100,00 habitantes de 15 a 64 años de edad (ISEA, 2010).

Pero aun cuando epidemiológicamente Aguascalientes no sea para México un estado de alta incidencia y prevalencia, el problema de la ITS y el sida para el estado es relevante, considerando la presencia de condiciones de riesgo a escala poblacional: desinformación sexual, alta migración interna y externa, principalmente hacia los Estados Unidos, inequidad de género, alcoholismo, etc., además de políticas públicas que requieren ser fortalecidas y reorientadas bajo el enfoque de la perspectiva de género para hacer frente al problema en lo que se refiere a prevención, detección oportuna y manejo de manera más eficiente y eficaz.

ITS Y VIH/SIDA DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

La perspectiva de género es en sí una categoría analítica que, además de permitir hacer visibles las desigualdades, posibilita la operacionalización del análisis crítico y la fundamentación de la acción social (Salles, 1996; Oliveira y Ariza, 1999).

Desde la perspectiva de género, el género no se limita a identificar a hombres o mujeres, sino los sitúa en un contexto de relaciones a partir del cual se perciben y

se definen, y que a la vez son determinados y normados por otros (Lamas, 1995a; Lamas, 1995b; Salles, 1996). Constituye un principio de organización social que impone un orden, constituyendo códigos de comportamiento sobre los cuales se espera que los individuos hombres y mujeres estructuren sus vidas o, cuando menos, su definición de lo normativo y de lo “normal” (Smith-Rosemberg, 1991).

El género se define mediante creencias, expectativas, costumbres y prácticas fuertemente arraigadas en una sociedad que dicta los atributos, comportamientos, roles y responsabilidades masculinas y femeninas (ONUSIDA *web*, 2010).

Desde la perspectiva de género, un aspecto importante en la explicación de la vulnerabilidad social y cultural de las mujeres tiene que ver con la construcción de la identidad genérica femenina (Basaglia, 1990; Szasz, 1995).

Así, las normas sociales dictan en muchos lugares que las mujeres deben adoptar una posición pasiva y de desconocimiento ante el sexo, lo que hace imposible que puedan negociar unas relaciones sexuales más seguras o acceder a servicios apropiados, estas normas refuerzan la creencia de que los hombres deben mantener relaciones sexuales con múltiples personas y corriendo riesgos sin temor, y justifican la homofobia, la violencia y la discriminación, todo esto vinculado con la vulnerabilidad para las ITS en general y el sida en particular, y en contraposición con los mensajes de prevención (ONUSIDA *web*, 2010).

Es preciso mencionar que, desde hace algunas décadas, diversos autores y autoras han señalado la vulnerabilidad social de las mujeres frente a los problemas de salud. No obstante, las ITS, el VIH y el sida han puesto en evidencia dichas condiciones de vulnerabilidad, que han tenido que ser reconocidas por instituciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de las Naciones Unidas (ONU), quienes han llamado la atención sobre este punto en eventos como la Conferencia sobre Población y Desarrollo realizada en El Cairo

en 1994, la Conferencia Mundial sobre la Mujer, que se llevó a cabo en Beijing, China, en 1995, la Declaración de Compromiso en la Lucha Contra el VIH y el sida de 2001, y la Coalición Mundial sobre la Mujer y el Sida, creada en 2004 para trabajar a escala internacional para poner de manifiesto los efectos del sida en mujeres y niñas y motivar acciones concretas y eficaces de prevención.

FEMINIZACIÓN DE LAS ITS, EL VIH Y EL SIDA

Pese a las acciones de combate a las ITS y el sida, estas enfermedades persisten y muestran una tendencia epidemiológica a la feminización (ONUSIDA, 2009a; Magis et al., 2008; Bastos et al., 2008; Kendall y Pérez, 2004; Bronfman, Sejenovich y Uribe, 1998). Hoy casi la mitad de los adultos que vive con VIH o sida son mujeres, y el número de mujeres y niñas infectadas por VIH ha aumentado en todas las regiones del mundo, en especial en Europa oriental, Asia y América Latina, donde la prevalencia está aumentando muy rápido (ONUSIDA *web*, 2010).

Se considera, tomando en cuenta el número de casos acumulados, que la principal forma de transmisión es entre hombres que tienen sexo con otros hombres, lo que, si bien es cierto, desestima los cambios que la epidemia tiene en los últimos tiempos y el crecimiento del problema en otras poblaciones (xxx); así, la carga del VIH parece aumentar entre las mujeres de América Central y entre las poblaciones indígenas y otros grupos vulnerables (Bastos et al., 2008), como es el caso de las mujeres.

El número de hombres infectados por el VIH en América Latina es más elevado que el número de mujeres que viven con el VIH; no obstante, este diferencial se va cerrando (Alarcón Villaverde, 2009).

Se estima que para el año 2007 el 22.2 % de los casos de VIH o sida son de mujeres, en una relación de una mujer por cada cuatro hombres, mientras que en 1990 era de una mujer por cada seis hombres (Magis et al., 2008).

Ello se basa en aspectos biológicos, económicos y socioculturales (Kendall y Pérez, 2004), entre ellos la inequidad, la discriminación, el pobre empoderamiento, la migración y la violencia de género prevaleciente en nuestro medio, todo lo cual genera un contexto de mayor vulnerabilidad para las mujeres ante las ITS, el VIH y el sida (ONUSIDA, 2009a y b; Magis et al., 2009; Kendall y Pérez, 2004; Bronfman, Sejenovich y Uribe, 1998).

Quienes han estudiado la relación entre mujeres y salud insisten en la vulnerabilidad de las mujeres a diferentes padecimientos, sobre todo a la desigualdad existente entre mujeres y hombres, que se expresa en diferencias en acceso a recursos y grados de autonomía personal, y las derivadas del papel que desempeñan en la familia y la sociedad, la valoración y retribución social del trabajo, e incluso la capacidad de decidir, planear y disfrutar la propia vida (Szasz, 1995).

Ivonne Szasz (1995) identifica al menos tres campos en que las diferencias de género colocan a las mujeres en desventaja frente a los hombres y afectan claramente su salud. En primer lugar, que son protagonistas en el campo de la reproducción humana, lo que las coloca en la posibilidad de vivir embarazos riesgosos y no deseados; también están las dificultades para separar la sexualidad de la reproducción, todo lo cual tiene costos médicos, psicológicos y afectivos. El segundo tiene que ver con el desarrollo de la tecnología anticonceptiva y el acceso a los servicios de salud, ya que, por un lado: "la experimentación y los descubrimientos se han orientado casi exclusivamente a la búsqueda y el perfeccionamiento de métodos dirigidos hacia la mujer", y, por otro "La hegemonía de la visión médica en la prestación de servicios de planificación familiar ha

implicado escasa incorporación de las necesidades percibidas por las mujeres y verticalidad en la elaboración de los programas y en la relación entre prestadores de servicios y usuarias”. El tercer ámbito en que las mujeres se encuentran en franca desventaja frente a los hombres se refiere a la violencia, que generalmente implica la imposición de las relaciones sexuales, lo que acarrea embarazos no deseados y pocas o nulas posibilidades de prevención frente a las ITS y el sida.

LA PREVENCIÓN Y LOS ENFOQUES DE SUS PROGRAMAS

Las ITS, particularmente el sida, continúa siendo una importante prioridad sanitaria en el mundo. Aunque se ha logrado un avance importante en la prevención de nuevas infecciones por el VIH y en la reducción del número anual de defunciones relacionadas con el sida, el número de personas que vive con el VIH sigue aumentando y seguirá siendo una causa importante de mortalidad (OMS, 2008). Por ello la prevención sigue siendo un aspecto prioritario. Hay prueba de sus contundentes éxitos en distintos escenarios donde la incidencia del VIH está en disminución, como en República Dominicana, República Unida de Tanzania y Zambia (ONUSIDA, 2009). América Latina ofrece ejemplos de fuerte liderazgo en materia de prevención del VIH. En especial, Brasil se ha destacado por su apoyo temprano a la prevención del VIH fundamentada en pruebas; los análisis sugieren que esta oportuna intervención ayudó a mitigar la gravedad de la epidemia en el país (Okie, 2006).

La falta de atención suficiente a los derechos humanos y a la salud sexual y las medidas de prevención, así como la vigilancia y la evaluación deficientes, han entorpecido las medidas de prevención (Cáceres y Mendoza, 2009). Se registra a escala mundial y en la región de América Latina una amplia variación en el compromiso con la prevención del VIH fundamentada en pruebas (ONUSIDA, 2009),

lo que también es aplicable a los estados y regiones en México. Las experiencias en América Latina en torno a la prevención de las ITS y el sida han sido distintas debido en parte a sus diferencias epidemiológicas de recursos y capacidades, pero también por las diferencias de compromiso político de los gobiernos, así como del enfoque retomado y el nivel de prioridad asignado (Cáceres, 2004).

Carlos Cáceres (2004), en su revisión sobre las intervenciones para la prevención del VIH y las ITS en América Latina y el Caribe, describe los enfoques de los programas de prevención existentes, los cuales se describen en el siguiente cuadro.

ENFOQUES DE PROGRAMAS DE PREVENCIÓN ITS, VIH Y SIDA

Población general	<ul style="list-style-type: none"> • De educación y acciones preventivas asumiendo <i>a la población como heterosexual y homogénea</i>, lo que ha probado ser totalmente ineficaz • De <i>consejería y tamizaje voluntario</i>, implementada por la mayoría de los países y que en varios ha probado tener un impacto positivo sobre el comportamiento sexual y el uso del condón, y la prevención de reinfecciones en parejas positivas o de infecciones en parejas serodiscordantes • De <i>tratamiento a las ITS</i> mediante programas masivos de <i>manejo sindrómico, manejo etiológico o manejo centrado en el uso de farmacias y farmacéuticos</i>; los resultados han sido polémicos y ha sido difícil establecer la relación de costo-efectividad de estos programas • De <i>campañas en medios masivos</i>, las que han probado ser efectivas para desarrollar una conciencia de la existencia del problema, pero no para instalar conductas preventivas • Programas de <i>educación sexual para jóvenes</i>; no hay evidencias que demuestren su impacto positivo sobre ITS y sida, ello relacionado con la gran diversidad de modelos educativos y con que muchas veces el enfoque pedagógico es tradicional, no participativo y muchas veces es impartido masivamente. Han mostrado ser más eficaces los efectuados de manera participativa, con grupos reducidos, con la participación de pares y vinculados al otorgamiento de servicios de salud de manera amigable. El impacto positivo logrado ha sido mayor en mujeres que en hombres • Dirigidas a <i>hombres heterosexuales</i>, frecuentemente implementadas en los centros de trabajo, en cuerpos militares o policíacos y con hombres en reclusorios; se consideran eficaces aun cuando de efectos modestos, y una limitante ha sido que no reconocen abiertamente las relaciones existentes de hombres con otros hombres, el uso de drogas inyectables y el uso de servicios sexuales comerciales; no abordan las medidas de prevención en estos casos, ni otros problemas complejos, como la violencia
Personas trabajadoras sexuales	<p>Inicialmente, las intervenciones fueron de carácter represivo y de tipo informativo sobre el uso del condón; posteriormente, y a la fecha, el modelo de intervención más frecuente y que ha probado su efectividad es el de intervención de pares más suministro de condones, exámenes médicos periódicos y tratamiento de ITS. Se ha trabajado principalmente con mujeres, poco con varones y menos todavía con la clientela. Los estudios realizados muestran que las mujeres trabajadoras sexuales se caracterizan por su elevada adopción y mantenimiento de conductas preventivas y elevada aceptabilidad del condón femenino. La vulnerabilidad de este sector radica en que su trabajo es clandestino; así, a escala mundial hay posturas legislativas diversas que van desde la prohibición total hasta la legalización fiscalizada, con grandes vacíos legislativos que permiten la arbitrariedad y el abuso, y está cargada de fuerte estigma social</p>
Hombres que tienen sexo con	<p>Pese a ser la población más uniformemente afectada por la epidemia en la región, han sido escasas las intervenciones dirigidas a esta población, particularmente hasta los años 90, por</p>

otros hombres (HSH)	varias razones, entre ellas que entre funcionarios del sector salud no se entendía este comportamiento sexual, la idea de que al estado le toca atender a la población general, y que no se concebían como sujetos de derechos. Al nombrar a esta población como HSH incluyo a hombres con identidad homosexual o <i>gay</i> y a hombres que no se consideran homosexuales pero tenían sexo con otros hombres. Los enfoques más exitosos de intervención han sido de pares y de movilización comunitaria
Transmisión perinatal	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento médico en madres gestantes con VIH o sida • Sustitución de la lactancia materna en madres seropositivas Ambos han demostrado alta eficacia
Usuarios de drogas inyectables (UDI)	Las intervenciones han sido pocas, y las realizadas se han enfrentado a fuertes controversias legales y al fuerte estigma que pesa sobre el consumo de drogas
Control de sangre y derivados	La transmisión por sangre y derivados fue importante en América Latina durante la década de los ochenta, antes del pleno establecimiento de políticas de tamizaje más o menos universales, aunque en calidad y cobertura variable, consistentes en autoexclusión de donantes con factores de riesgo, educación a personal médico y normas técnicas de transfusión

El ONUSIDA recomienda que los países basen sus estrategias contra el sida en el entendimiento de las epidemias individuales y sus respuestas nacionales, y señala que estudios recientes revelan el fracaso para adecuar las estrategias nacionales contra el sida a las necesidades nacionales documentadas (ONUSIDA, 2009). En especial, se advierte el fracaso frecuente de dar prioridad a los programas de prevención del VIH dirigidos a las poblaciones clave: usuarios de drogas inyectables, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, profesionales del sexo, personas en reclusión, trabajadores migratorios, jóvenes, adultos mayores y parejas serodiscordantes (ONUSIDA, 2008 y 2009).

Se plantean nueve áreas posibles de acción (ONUSIDA, 2009):

1. Reducir la transmisión sexual del VIH.
2. Evitar que las madres mueran y los bebés se infecten con el VIH.
3. Asegurar que las personas que viven con el VIH reciban tratamiento.
4. Evitar que las personas que viven con el VIH mueran a causa de tuberculosis.
5. Evitar que los usuarios de drogas se infecten con el VIH.
6. Eliminar las leyes punitivas, las políticas, las prácticas, el estigma y la discriminación que impiden las respuestas eficaces ante el sida.

7. Detener la violencia contra mujeres y niñas.
8. Capacitar a los jóvenes para que se protejan contra el VIH.
9. Mejorar la protección social para las personas afectadas por el VIH.

FACTORES Y ACTORES SOCIALES INVOLUCRADOS EN EDUCACIÓN SEXUAL

La evolución histórica de las ITS y el sida, así como los resultados de múltiples investigaciones, muestran a escala internacional, nacional y local la importante función que desempeñan la información (Santovenia y León, 2006) y la educación para la salud sexual y reproductiva, particularmente la dirigida a la población joven.

Se ha reconocido que la opción educativa en el ámbito escolar es trascendental pero que su potencial aún no ha sido completamente aprovechado en América Latina y el Caribe, y que las experiencias de trabajo han sido amplias y muy heterogéneas, con resultados muy diversos, pero, en general, siempre realizadas en un contexto de marcadas tensiones sociales y una permanente controversia (DeMaría, Galágarra, Campero y Walker, 2009).

Mientras los estudios muestran que la educación sexual es fundamental y que, en dependencia de la manera de efectuarse, puede tener un impacto positivo sobre los comportamientos de riesgo y sobre los conocimientos y actitudes para la prevención de ITS y del sida, la tensión entre diferentes posturas socio-políticas a favor y en contra de la participación del sector educativo se mantiene vigente.

En un trabajo reciente sobre educación sexual y prevención del VIH en América Latina y el Caribe, DeMaría, Galágarra, Campero y Walker (2009) destacan la necesidad de considerar la educación sexual como un evento socio-político y

cultural que y como tal es importante, al evaluarla, considerar diversos factores, entre otros los que se muestran en el siguiente recuadro.

FACTORES INVOLUCRADOS EN LA EDUCACIÓN SEXUAL

- Legislación sobre educación en sexualidad
- Aspectos curriculares de los planes y programas de educación sexual
- Materiales oficiales de apoyo para el trabajo educativo en sexualidad
- Características y condiciones de las responsables y los responsables de elaborar los perfiles curriculares de planes y programas de educación sexual
- Características, condiciones y capacitación de las responsables y los responsables de impartir la educación sexual
- Nivel de integralidad e integración de la educación sexual en el ámbito escolar

Y pudiéramos agregar otros factores, a considerar, como:

- Transversalización de las perspectivas de género y de derechos humanos
- Postura frente a las diversas manifestaciones culturales de violencia y discriminación, tales como el sexismo, la homofobia, la intolerancia interétnica e intercultural, así como la estigmatización y el rechazo de las personas que viven con VIH o sida.

Tanto Santovenia y León (2006), como Granados, Nasaiya y Brambila (2007) y DeMaría, Galágarra, Campero y Walker (2009), han señalado, a partir de los resultados de sus trabajos, la importancia de considerar no solo los factores que intervienen en la educación sexual y la prevención de las ITS, sino también a las actoras y los actores que intervienen en ellos, así como la postura y la tendencia de apoyo u oposición que han tenido o mantienen en torno al tema, y el peso sociopolítico y cultural para influir sobre el diseño y la implementación de políticas públicas en estos temas.

Entre otros actores a considerar se encuentran:

- Gobierno, particularmente en torno a educación, salud y población
- Iglesias
- Sector empresarial
- Partidos políticos
- Legisladoras y Legisladoras
- Organismos Internacionales

- Investigadoras e Investigadores y divulgadoras divulgadores del conocimiento científico
- Formadores y capacitadores de recursos humanos en salud y educación
- Especialistas en información, periodistas y comunicadores
- Organizaciones de la sociedad civil a escala internacional, nacional y local, y desde posturas conservadoras de oposición o impulsoras
- Profesionales y operativos en educación y salud
- Sociedad, a escala comunitaria e individual

DERECHOS HUMANOS, POLÍTICAS PÚBLICAS Y ASPECTOS LEGISLATIVOS

La discusión que la sociedad civil ha llevado a foros públicos a partir de la aparición del sida ha renovado el discurso de los derechos humanos en el área de la salud, por lo que se hace necesario revisar los planteamientos de salud pública plasmados en las normas legales a la luz de los derechos individuales. Al respecto, Zarco y Cuadra (2000) analizaron en México el contenido de la Ley General de Salud, la Norma Oficial Mexicana para la Prevención de VIH/SIDA de 1993 y sus modificaciones en 2000, y encontraron que la Ley está basada en planteamientos de la salud pública tradicional, mientras que la Norma de 1993 incorpora algunos conceptos de derechos humanos y la del 2000 avanza buscando no discriminación ni estigma de los grupos antes denominados de riesgo.

Actualmente, el derecho a la educación, el trabajo y la salud se ha constituido como logros sociales, que si bien han registrado una gran cobertura poblacional por parte de las instituciones, no han alcanzado su objetivo como capitales humanos. A pesar de que ante los estados estos principios se reconocen como derechos fundamentales, y se destinan grandes presupuestos para su preservación e innovación, aún no existe una cultura institucional sobre los derechos humanos que establezca la necesidad de reconocer al sujeto diferenciado de derecho. De esta manera, el principio sobre la igualdad constitucional ha conducido a la homologación de la condición social y subjetiva de los sujetos —mujeres y hombres— diferenciados únicamente por la capacidad reproductiva ante las instituciones. De esta forma, la determinación histórica, política, económica y social de unas y otros es ignorada, sin que signifique variables susceptibles de análisis dentro de las políticas públicas relativas al desarrollo humano.

Un caso emblemático de lo anteriormente expuesto es el sector salud. A pesar de que existe una cobertura cada vez mayor que han logrado las distintas instituciones de salud, llama la atención que las ITS, el VIH y el sida se encuentran en incremento, sobre todo en la población femenina; el fenómeno es importante no solo por la tendencia epidemiológica de feminización sino también por las circunstancias de vulnerabilidad, entre ellas las desigualdades de género, que lo están generando.

Las intervenciones en torno a la prevención, el tratamiento, la atención y la mitigación deberán estar dirigidas a las personas como individuos, pero el enfrentamiento a las desigualdades, entre ellas como muy importantes las de género, amerita un trabajo a escala social que requiere políticas públicas y estrategias, las cuales, desde la perspectiva de ONUSIDA (2010), deben ser:

- Eliminar las desigualdades, el maltrato y la violencia por razones de género
- Aumentar la capacidad de mujeres y adolescentes para protegerse del riesgo
- Prestación de servicios sanitarios, incluidos, entre otros, los de salud sexual y reproductiva
- Pleno acceso a información y educación
- Asegurar que la mujer pueda ejercer sus derecho a tener control sobre las asuntos relacionados con su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva
- Tomar medidas para crear un entorno propicio al empoderamiento de la mujer y reforzar su independencia económica
- Resaltar la importancia de los hombres y los niños para el logro de la igualdad de género
- Trabajar las raíces estructurales y socioculturales del estigma y la discriminación

ONUSIDA (2010) creó la Coalición Mundial sobre la Mujer y el Sida buscando abordar las desigualdades de género fundamentales que alimentan la epidemia. Sus esfuerzos se centran en prevenir nuevas infecciones y promover el acceso igualitario a la atención y el tratamiento, garantizar el acceso universal a la educación, abordar injusticias jurídicas, reducir la violencia contra las mujeres y valorar el trabajo de atención que realizan las mujeres en las comunidades.

Se plantea como compromiso (ONUSIDA, 2010) a escala internacional:

- Que líderes de todos los campos y niveles deben alzar la voz contra el estigma, la discriminación y la desigualdad de género, y a favor de la potenciación de las mujeres
- Que se promulguen, divulguen y acaten leyes y políticas que protejan a mujeres y niñas frente a la violencia sexual
- Que los cambios legislativos vayan reforzados por campañas de información para dar a conocer los derechos, y de movilización social contra la desigualdad el estigma y la discriminación relacionada con las ITS y en particular el sida.
- Que las organizaciones de la sociedad civil de personas que viven con el VIH y la sociedad en general participen en la programación y el desarrollo de políticas públicas y leyes

Silvia Cuadra y col. (2002) analizaron la situación de los derechos humanos en las normas sobre el VIH y el sida de México y Centroamérica en el periodo de 1993 a 2000, y revisaron el contenido de las leyes y normas de la región relacionadas con la prevención y el control del VIH y del sida. Tomando como referencia una visión constructivista de los subsistemas jurídicos y de los derechos humanos, se elaboraron categorías de análisis basadas en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, y a cada una se le asignaron códigos de significado. Entre sus resultados, estos autores refieren que se observó una intensa actividad

legislativa sobre el control de la transmisión del VIH en la región donde el tema de los derechos humanos fue incorporado. Sin embargo, en algunos casos (la Ley de Panamá y la Propuesta de Honduras) contienen apartados que lesionan el derecho a la no discriminación y a la privacidad. Ello marca dos vertientes: una que garantiza totalmente los derechos humanos, y otra que se convierte en un contexto que puede volver mucho más vulnerables a ciertos grupos.

En este mismo estudio (Cuadra et al., 2002) se clasifica la normatividad existente en México y Centroamérica con respecto a su contenido y abordaje de los derechos humanos:

Perfil alto.- En las que se construye a la persona que vive con VIH o sida como vulnerable a la violación de sus derechos humanos

- Nicaragua 1994
- México 2000

Perfil intermedio

- Costa Rica Ley 1998
- Decreto Guatemala 2000
- México 1993

Perfil menor al intermedio

- Norma Guatemala 1997

Perfil bajo.- En las que se construye a las personas que viven con VIH o sida como criminales en potencia

- Ley Panamá 2000
- Proyecto Honduras 2000

Belice y Salvador ¿No tienen normas?

México, como país, adquirió compromisos ante la declaración ministerial “Prevenir con Educación”, los Objetivos del Desarrollo del Milenio, la Declaración de Compromiso en la Lucha contra el Sida y la declaración política respectiva

suscritas con la Asamblea General de las Naciones Unidas y en particular con ONUSIDA en lo que se refiere a educación sexual, los insumos de prevención y las poblaciones clave mediante comités de normatividad y derechos humanos, de prevención, monitoreo y evaluación y atención integral (CENSIDA, 2010).

Pero es importante que se evalúen, entre otros aspectos, sus políticas públicas y sus aspectos legislativos en cuanto a la armonización con la Ley General de Salud, el cumplimiento de los acuerdos internacionales, la incorporación de la noción de derechos humanos y la transversalización de la perspectiva de género.

En el siguiente cuadro se señala la información de la situación que guarda la NOM de 1993 y su modificación de 2000, frente al asunto de los derechos humanos.

DERECHOS HUMANOS EN LA NORMA OFICIAL MEXICANA EN ITS Y SIDA

Derecho a la no discriminación e igualdad ante la ley		
	NOM 1993	NOM 2000
Uso de los términos "grupos" o "prácticas de riesgo"	Sí	Situaciones de riesgo
Medidas especiales a grupos de la población	No	No
Uso del término "personas que viven con VIH/sida"	No	No
Menciona grupos vulnerables	No	Menores de 13 años VIH Adolescentes
Derecho a la privacidad, a un adecuado nivel de vida y de servicios y al libre tránsito		
Voluntariedad de la prueba	Vacío	Vacío
Confidencialidad de resultados	Sí	Sí
Acceso a información	Vacío	Vacío
Prohíbe expulsión escolar	Sí	Sí
Menciona uso adecuado del condón	Sí	Sí
Menciona medios masivos de comunicación	Vacío	Vacío
Atención universal	Vacío	Vacío
Seguros médicos privados	Vacío	Vacío
Restringe libre tránsito	Vacío	Vacío

Fuente: Información retomada del artículo "Los derechos humanos en las normas sobre el VIH/sida en México y Centroamérica 1993-2000 (Cuadra et al., 2002).

EL INSTITUTO AGUASCALIENTENSE DE LAS MUJERES

ANTE LAS ITS Y VIH/ SIDA *

El Instituto Aguascalentense de las Mujeres (IAM) nace como un organismo público descentralizado de gobierno del estado, cuya labor es promover la igualdad de oportunidades y la equidad entre mujeres y hombres, así como la no discriminación hacia las mujeres.

Su misión consiste en promover y fomentar, desde el reconocimiento de la diversidad entre las personas, la participación de las mujeres —en igualdad de condiciones y oportunidades con los hombres— en los procesos de desarrollo económico, político, social y cultural de la entidad, a través de acciones que permitan disminuir la brecha de desigualdad existente entre mujeres y hombres.

Su visión es ocupar y alcanzar mayores espacios de participación económica, política y cultural y procurar la justicia social para colocar a las mujeres en posición de igualdad y equidad en relación con los hombres para impulsar el desarrollo de la sociedad aguascalentense.

Entre sus principales objetivos se destaca promover y fomentar las condiciones que posibiliten la no discriminación de las mujeres y la igualdad de oportunidades y de trato entre los hombres y las mujeres; así como el ejercicio pleno de todos los derechos reconocidos por la legislación mexicana y la participación equitativa de las mujeres en la vida política, cultural, económica y social del estado, así como la de los hombres en la vida familiar; desde criterios donde se mantenga este enfoque en todas las políticas públicas establecidas sobre la base de la metodología y los mecanismos que para tal efecto se emitan por cada una de las dependencias y entidades estatales y municipales.

Su marco de actuación se sustenta en los siguientes instrumentos:

* Información y datos de contacto, disponible en línea <http://www.aguascalientes.gob.mx/iam/>

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
- Declaración Universal de los Derechos Humanos
- Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer
- Conferencia de Beijing
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer
- Convención sobre los Derechos del Niño.
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia
- Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres
- Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación
- Plan Nacional de Desarrollo
- Programa Nacional por una Vida sin Violencia
- Presupuesto de Egresos de la Federación
- Plan Estatal de Desarrollo
- Ley de Mediación
- Ley Municipal
- Ley del Servicio Civil de Carrera
- Constitución Política del Estado de Aguascalientes.
- Ley de Transparencia e Información Pública del Estado de Aguascalientes.
- Ley que crea el Instituto Aguascalentense de las Mujeres.
- Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Aguascalientes.

El Instituto Aguascalentense de las Mujeres tiene dentro de facultades realizar estudios de investigación y diagnósticos estadísticos sobre los avances o áreas de oportunidad existentes en materia de igualdad entre mujeres y hombres, para la generación de líneas de acción que contribuyan a la formulación de políticas

públicas que contribuyan a la disminución de las brechas de desigualdad entre mujeres y hombres. De igual manera, cuenta el programa de trabajo “Salud Integral de la Mujer”, el cual tiene como principal objetivo favorecer el acceso de las mujeres a los servicios de salud, con igualdad de oportunidades y trato digno.

Por lo anterior, considero pertinente realizar la investigación "Infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA en mujeres en el estado de Aguascalientes: Estudio desde la perspectiva de género”.

MARCO METODOLÓGICO

Tipo de estudio

Cuali-cuantitativo, partiendo de que ambas perspectivas de aproximación son complementarias y de que la triangulación metodológica permite comprender mejor la realidad estudiada.

Cuantitativo.- Para recoger información epidemiológica de registros de nivel estatal y nacional sobre el estado que guardan actualmente las ITS, el VIH y el sida en Aguascalientes.

Cualitativo.- Ya que este tipo de acercamiento posibilita conocer la perspectiva subjetiva de los actores, en este caso de las personas involucradas con el abordaje de las ITS, el VIH y el sida (Valles, 1997; Gribich, 1999; Mercado, Villaseñor y Lizardi, 2000; Laboratorio de Investigación Cualitativa, 2007); además, porque este tipo de acercamiento ha mostrado ser un buen recurso metodológico para explorar aspectos relacionados con la gestión de los servicios en salud pública (March, Prieto, Hernán y Solas, 1999; Ulin, Robinson y Tolley, 2006).

Paradigma de aproximación e interpretación

La perspectiva paradigmática que se empleó fue la fenomenología interpretativa, la cual constituye una de las corrientes filosóficas que dan sustento a la perspectiva de aproximación cualitativa (De la Cuesta, 2006).

Considerando que la fenomenología pretende explicar los fenómenos desde la interpretación subjetiva de las personas implicadas, examinando el modo en que se experimenta el mundo, interesándose en la realidad que las propias personas perciben (Valadés, 2006), y que la fenomenología interpretativa busca describir una experiencia y comprender cómo es que se da esa vivencia, asumiendo que la vivencia es en sí misma un proceso interpretativo, así se puede decir que la

fenomenología interpretativa estudia el mundo percibido y no el fenómeno en sí mismo (De la Cuesta, 2006).

El enfoque interpretativo se refiere a estudios que no solo pretenden generar una imagen de la realidad, que sería el caso de los estudios descriptivos, sino que se pretenden comprender y explicar los rasgos de la vida social, para lo que se busca la identificación y categorización de sus elementos y sus conexiones, empleando para ello, entre otros métodos, el análisis de contenido, el cual se refiere a un conjunto de métodos y procedimientos de análisis de documentos que pone énfasis en el sentido del texto (Amezcuca y Gálvez, 2002).

Contexto de trabajo

El estado de Aguascalientes, México.

Recolección de la información

Para recabar la información cuantitativa se empleó la consulta de bases de datos y documentos de registro de morbilidad y mortalidad.

Y para la de tipo cualitativo la evaluación de programas de trabajo institucional, observación, entrevistas y el análisis de un documento local publicado, el cual contiene historias de vida (sin análisis) de mujeres que viven con VIH o padecen el sida.

Se emplearon entrevistas de modalidad cualitativa, ya que posibilitan la aproximación a la realidad desde una perspectiva *emic*, esto es, desde la perspectiva de los propios actores (Delgado y Gutiérrez, 1995; Huberman y Miles, 2000).

Las modalidades de entrevistas empleadas fueron:

- Entrevista semiestructurada
- Entrevista abierta modalidad etnográfica para informantes clave
- Entrevista abierta en profundidad (Ruiz e Ispizua, 1989; Valles, 1997), retomando algunos elementos de los métodos biográficos (Pujadas, 1992; Amezcua, 2004; Moreno, 2007), ya que estos permiten acercarse a las dimensiones concretas de la vida cotidiana desde la perspectiva de quienes la viven y le dan significado, y porque permiten recoger la narración de una experiencia vivida por una persona y expresada con sus propias palabras (Amezcua, 2004), visto que la narración y sus elementos biográficos no solo dan cuenta de la experiencia individual, sino también de cómo se vive culturalmente un fenómeno en un contexto determinado, en este caso las ITS, EL VIH y el sida en Aguascalientes.
- Entrevista grupal focalizada (Pando y Villaseñor, 1996; Kruger, 1998), porque, además de permitir recoger mucha información en forma rápida, posibilita acercarse a los elementos de tipo normativo cultural dentro de un proceso de interacción social, explorando la manera de ver y significar el mundo, las actitudes y la manera de actuar a partir del discurso grupal (Kruger, 1998).

Los instrumentos empleados fueron: cuestionario semiestructurado, guías de entrevista abierta y guía de entrevista grupal focalizada.

(Ver “Esquema metodológico” y, en anexos, “Instrumentos de recolección de la información”.)

Población estudiada

Las personas incluidas en este estudio fueron:

- Directivas y directivos de instituciones (16)*
- Responsables de organizaciones de la sociedad civil (2)**
- Prestadoras y prestadores de servicios (5)***
- Actoras y actores políticos relacionados con temas de salud y género (diputados: 2)
- Mujeres población general (150 en entrevista individual y 22 en grupos focales)
- Mujeres de Calvillo, esposas de migrantes en Estados Unidos (2)
- Trabajadoras sexuales en Calvillo (8)
- Mujeres que viven con VIH o sida (25)

* Las instituciones y dependencias incluidas en este estudio fueron: IMSS (Coordinación Delegacional de Salud Pública y Hospital General de Zona núm. 2), ISSSTE (Dirección General y Subdelegación Médica), ISEA (Dirección de Servicios de Salud, Subdirección de Prevención y Control de Enfermedades, Departamento de Vigilancia Epidemiológica, Programa para la Prevención y Control de VIH/SIDA - ITS, Jurisdicción Sanitaria I-Aguascalientes, Jurisdicción Sanitaria III-Calvillo), 14/a Zona Militar Sanidad Militar (Jefatura de Servicios Médicos), CAPASITS (Dirección), DIF (Servicios Médicos), IAJU, UAA (Programa Universidad Saludable).

** Las organizaciones de la sociedad civil incluidas fueron: Centro de Capacitación para el Desarrollo Comunitario, A.C. (CECADEC), Fundación VIHDA, A.C. (VIHDA) y Mexicanas en Acción Positiva (MAP), esta última de nivel nacional con representación en Aguascalientes.

(Ver en anexos “Cuadro de informantes clave”).

*** Prestadoras y prestadores de servicios de salud de CAPASITS (médica, enfermera, psicóloga y chofer) y de la jurisdicción sanitaria III-Calvillo (médica epidemióloga).

Dinámica general de trabajo

La dinámica general de trabajo seguida en el proyecto se describe en el “Esquema metodológico” (ver más adelante) y en los cuadros de actividades, cronograma y cumplimiento (ver en anexos). Vale destacar que se tuvieron siete tipos de actividades:

1. Elaboración de documentos e instrumentos:
 - Planteamiento de la investigación
 - Marco teórico
 - Marco metodológico
 - Guías de entrevista
2. Administrativas, de presentación del proyecto, contactos, elaboración de directorio de trabajo, solicitud de información y concertación de citas
3. Capacitación: Taller metodológico, generalidades de ITS y sida y presentación del proyecto (al equipo de trabajo y al personal de contacto del IAM)
4. Recolección de información cuanti-cualitativa
5. Procesamiento de la información (transcripción y captura)
6. Análisis
7. Redacción (borradores de avance, informe técnico y documento final)

Originalmente se había planeado realizar el trabajo en seis meses, pero, dada la tardanza en el suministro del recurso financiero, todo se llevó a cabo en dos meses.

Análisis

Información cuantitativa mediante el empleo de estadística descriptiva.

Información de entrevistas mediante un análisis cualitativo con perspectiva de género. Cualitativo porque permite interpretar la perspectiva subjetiva de los actores y la búsqueda una explicación sociocultural (Delgado y Gutiérrez, 1995; Huberman y Miles, 2000; Mercado, Villaseñor y Lizardi, 2000; Ulin, Robinson y Tolley, 2006).

Mediante un análisis de contenido de tipo semiótico temático, centrado en las narrativas, por considerar que este tipo de análisis es congruente con los planteamientos fenomenológicos y posibilita un mayor nivel de sistematización para interpretar los signos y significados (contenido) de las narrativas (discurso), y ofrece una ruta metodológica para sistematizar la interpretación de los signos y significados (contenido) de las narrativas (discurso), a través de un procedimiento sugerido para estos estudios (Delgado y Gutiérrez, 1995; Abril, 1995; Greimas, 1993; Barthes, 1993).

Y desde la perspectiva de género, ya que esta representa una alternativa filosófico-metodológica para explicar la relación de los hallazgos con los constructos sociales sexo-genéricos, dar cuenta de las inequidades y vislumbrar las alternativas de cambio (Lamas, 1995; Salles, 1996; Díaz y Spicehahdler, 1997; García y García, 1997; Hidalgo, 2004, Villaseñor, 2008).

Procedimiento analítico:

1. Transcripción de notas escritas de las preguntas abiertas de la entrevista semiestructurada y de las audio-grabaciones de las entrevistas abiertas, historias de vida y grupos focales. La transcripción se realizó en dos modalidades: textual completa y textual de aspectos relevantes según análisis auditivo.
2. Lectura de los documentos (textos)
3. Relectura
4. Análisis de estructural textual
5. Análisis impresionista (libre)
6. Ubicación mediante relectura repetida de unidades de sentido, entendiendo por estas fragmentos, palabras, frases o párrafos con información significativa en relación con el objeto de estudio.
7. Establecimiento de categorías temáticas, las cuales son en sí conceptos generales que sirven para agrupan y clasifican cierto número de unidades de sentido por áreas temáticas generales, tomando en cuenta los ítems de la entrevista, pero sobre todo los propios textos.
8. Codificación (asignación de claves a cada unidad de sentido)
9. Ubicación mediante relectura de subtemas
10. Recodificación
11. Agrupación y clasificación de temas y subtemas
12. Recategorización
13. Recodificación
14. Construcción de cuadros matriciales (representación esquemática y sintética de categorías)
15. Elaboración de memos o notas descriptivo-interpretativas
16. Selección de evidencia textual (fragmentos de texto para ejemplificar) para incluir en cuadros matriciales o en descripción de resultados como viñetas narrativas

Aspectos éticos

Éticamente, el proyecto se consideró, de acuerdo con la Ley General de Salud en materia de investigación con seres humanos, como sin riesgo; se solicitó a todas las informantes y todos los informantes su consentimiento informado verbal, y su participación fue voluntaria. A las informantes y los informantes clave (actoras/es políticas/es, directivas/os y prestadoras/es de servicios) se les pidió autorización para que los datos de su institución u organismo y sus datos personales aparecieran en el informe de investigación y en las publicaciones, buscando visibilizar instituciones, organismos y actores involucrados. En la información proporcionada por mujeres de población general, esposas de migrantes y que viven con VIH o sida, se respeta anonimato y confidencialidad en informes y publicaciones y en informantes clave que así lo solicitaron.

EQUIPO DE TRABAJO

INTEGRANTE DEL EQUIPO	DATOS CURRICULARES	INSTITUCIÓN	FUNCIÓN EN EL EQUIPO
Doctora Martha Villaseñor Farías	Médica, maestría en ciencias de la salud Pública, doctorado en ciencias sociomédicas. Formación en <i>advocacy</i> , enfoque social de sexualidad y salud reproductiva, género y políticas públicas. Ex becaria del Programa Liderazgo MacArthur Profesora-investigadora UdeG, perfil Promep Ex consejera ciudadana Instituto Jalisciense de las Mujeres Tutora curso latinoamericano virtual APS-OPS	Universidad de Guadalajara (UdeG)	Líder / responsable del proyecto
Doctora Isabel Valadez Figueroa	Trabajadora social y médica, maestría en educación para la salud, doctorado en ciencias sociomédicas. Profesora-investigadora UdeG perfil, Promep Formación en promoción de la salud, Formación de recursos humanos, violencia social y suicidio Integrante del Sistema Nacional de Investigadores	Universidad de Guadalajara (UdeG)	Co-responsable del proyecto
Doctor Jorge Alfonso Blanco Alonso	Médico, formación en epidemiología, gerencia de servicios de salud e ITS/sida Responsable del Departamento de Epidemiología Estatal y coordinador del programa Estatal de VIH/sida – ITS	Instituto de Salud Aguascalientes	Co-investigador
Doctor Osmar Juan Matsui Santana	Médico, maestría en ciencias de la salud pública, doctorado en ciencias de la salud con énfasis en epidemiología Profesor-investigador UdeG, perfil Promep Jefe del Departamento De Ciencias Sociales CUCS-UdeG Representante internacional de la Society for the Scientific Study of Sexuality	Universidad de Guadalajara (UdeG)	Co-investigador
Psicóloga Martha González Villaseñor	Psicóloga, psicoterapeuta, profesora en psicología legal Entrenamiento en educación especial, investigación cualitativa y perspectiva de género Asistente de investigación CUCS-UdeG	Universidad de Guadalajara (UdeG)	Asistente de investigación y transcriptora
Dra. Vania Vargas Valadez	Médica, diplomado en salud laboral Entrenamiento en investigación cuali-cuantitativa	Universidad de Guadalajara (UdeG)	Asistente de investigación y transcriptora
Psic. Rosa Montes Barajas	Psicóloga, capacitación en investigación cuali-cuantitativa. Auxiliar de investigación en el Programa de Apoyo a Miembros del Sistema Nacional de Investigadores	Universidad de Guadalajara (UdeG)	Asistente de investigación y capturista
Aracely Flores Cervantes, Nancy Rodríguez, Ma. Guadalupe Sánchez Alba y María del Refugio Esparza	Con licenciatura en el área de ciencias sociales (sociología e historia)	Trabajo por su cuenta Aguascalientes	Aplicadoras de entrevistas

ESQUEMA METODOLÓGICO

Objetivo	Paradigma	Método	Técnicas	Instrumentos	Unidad de observación	Análisis
Diagnóstico de servicios	Cuantitativo	Epidemiológico	Análisis de información estadística o bases de datos institucionales	Formatos de captura	Registros estadísticos de: morbilidad, mortalidad.	Estadística descriptiva
	Cualitativo	Investigación etnográfica de servicios de salud	Entrevistas abiertas a informantes clave	Guías de entrevista	Directivos Prestadores de servicios Mujeres usuarias de los servicios	Análisis de contenido, modalidad semiótica
			Observación participante	Guía de observación	Servicios de salud: instalaciones y recursos, personal, actividades, trato, perspectiva de género	
	Cuali-cuanti		Análisis de normas y programas (características e incorporación de perspectiva de género)	Síntesis analítica	Normas y programas institucionales	
Percepción social de las ITS, el VIH y el sida en mujeres	Cualitativo	Fenomenológico	Entrevistas: semiestructuradas Entrevistas abiertas con elementos biográficos Grupos focales	Guía de entrevista Ejes indagación: Concepto y significados asociados, incidencia de estereotipos de género, factores de riesgo y protección, percepción de riesgo, percepción de calidad de los servicios	Sociedad	

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

Dimensión cuantitativa

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

La morbilidad de las infecciones de transmisión sexual (ITS) es difícil de calcular, debido a que no se registran en su totalidad los casos, por automedicación o por ser atendidos por servicios médicos privados. El anuario de morbilidad del Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica (CENAVECE, 2008), de la Secretaría de Salud, disponible en línea, muestra las tasas de incidencia por cada 100,000 habitantes. En el siguiente cuadro se muestra la incidencia de los casos registrados para el estado de Aguascalientes y para todo el país en ese año.

Incidencia* de ITS registrada para Aguascalientes y a escala nacional 2008

Infección de transmisión sexual	Aguascalientes	Nacional
Candidiasis urogenital	214.89	277.38
Chancro blando	0.09	0.57
Hepatitis aguda tipo B	0.89	1.04
Herpes genital	0.27	2.00
Infección asintomática por VH	0.89	3.13
Infección gonocócica genitourinaria	0.00	1.02
Linfogranuloma venéreo por Clamidas	0.00	0.22
Sífilis adquirida	2.31	2.40
Sífilis congénita **	0.09	0.09
Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida)	2.22	4.82
Tricomonirosis urogenital	99.35	127.48
Virus de papiloma humano	7.65	21.95

Fuente: Anuario de morbilidad 2008, con datos del Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica / Dirección General de Epidemiología.

* Incidencia por 100,000 habitantes.

** Incidencia por 100,000 habitantes menores de un año de edad.

Conocer la situación que guarda la morbilidad para el estado y sus municipios es un asunto difícil, por varias circunstancias, tales como la cobertura de detección y registro, lo que varía por años (posiblemente asociado a campañas de detección o fluctuaciones en el sistema de registro), entre los municipios (asociado a la problemática local y a la capacidad instalada para la detección y el registro) y entre la población masculina y femenina (asociada a la problemática de cada género, pero también a que hay más acciones de detección para mujeres).

Por ello, y considerando la información disponible a escala nacional, el comportamiento epidemiológico de las ITS y el sida en nuestro país y las condiciones de vulnerabilidad y riesgo presentes en el contexto de Aguascalientes, suponemos que existen serios problemas para la detección oportuna y la confirmación de casos, y que hay un importante subregistro.

Según el registro disponible para el año 2009, según datos del Instituto de Salud del estado de Aguascalientes, el mayor número de casos de ITS registrados fueron de Candidiasis y Tricomoniasis, particularmente en mujeres (probablemente asociado a la toma de Papanicolau), y principalmente en el municipio de Aguascalientes (debido, entre otros aspectos, al tamaño poblacional y a la localización de los servicios de salud). En el siguiente cuadro se muestran los casos acumulados de VIH y sida de 1983 a mayo de 2010 por municipio.

Situación municipal del VIH y el sida en el estado de Aguascalientes desde 1986 hasta el 31 de mayo de 2010

Lugar	Municipio	Casos acumulados de VIH y sida
1	Aguascalientes	861
2	Calvillo	34
3	Jesús María	32
4	Rincón de los Romo	22
5	San Francisco de los Romo	13
6	Pabellón de Arteaga	12
7	El Llano	5
8	Asientos	5
9	San José de Gracia	3
10	Cosío	2
11	Tepezala	1
*	Sin especificar	3

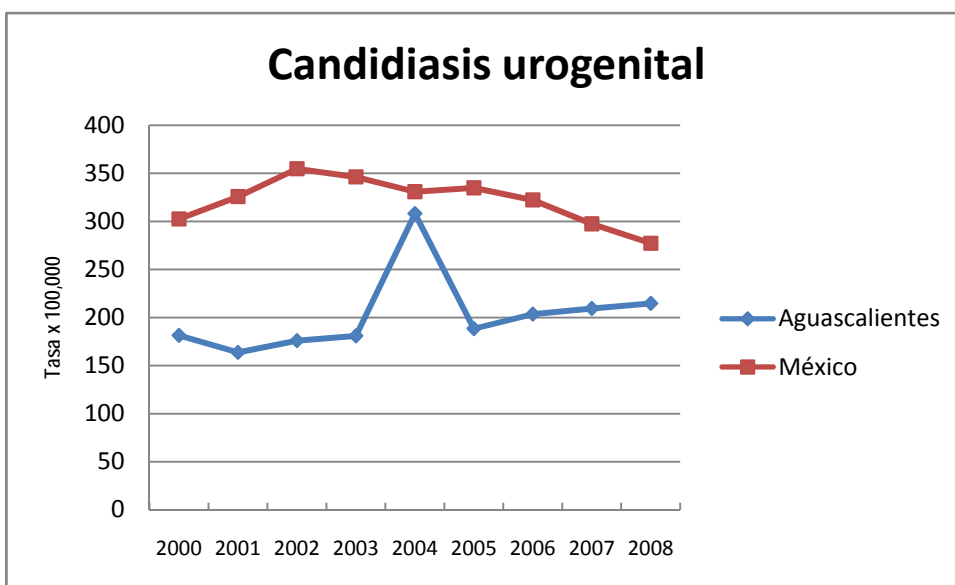
Fuente: Información estatal de de casos de sida 1986-2010 (hasta el mes de mayo).

*No se pudo determinar la residencia habitual del paciente, ya que se negó a proporcionarla.

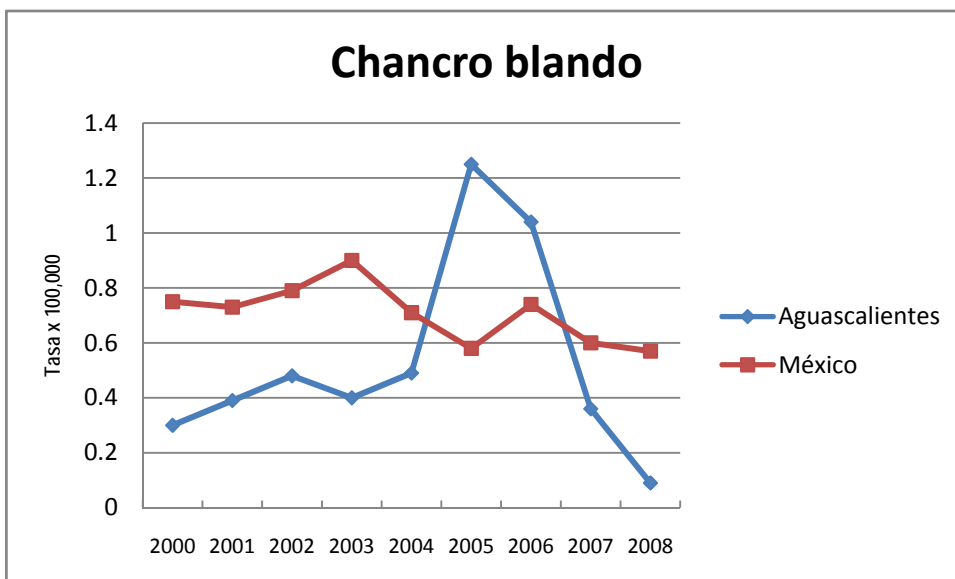
Cuadro retomado del Programa para la Prevención y Control del VIH/sida -ITS 2007-2012, Departamento de Vigilancia Epidemiológica, Subdirección de Prevención y Control de Enfermedades, Dirección de Servicios de Salud del Instituto de Salud del Estado de Aguascalientes.

En este cuadro llama la atención que la incidencia de virus de papiloma humano en el estado de Aguascalientes no es de las más altas del país, como señala la entrevista a Gutiérrez Najar (2008), sino al contrario, Aguascalientes ocupa el lugar 27º de la incidencia de este virus en los 32 estados del país.

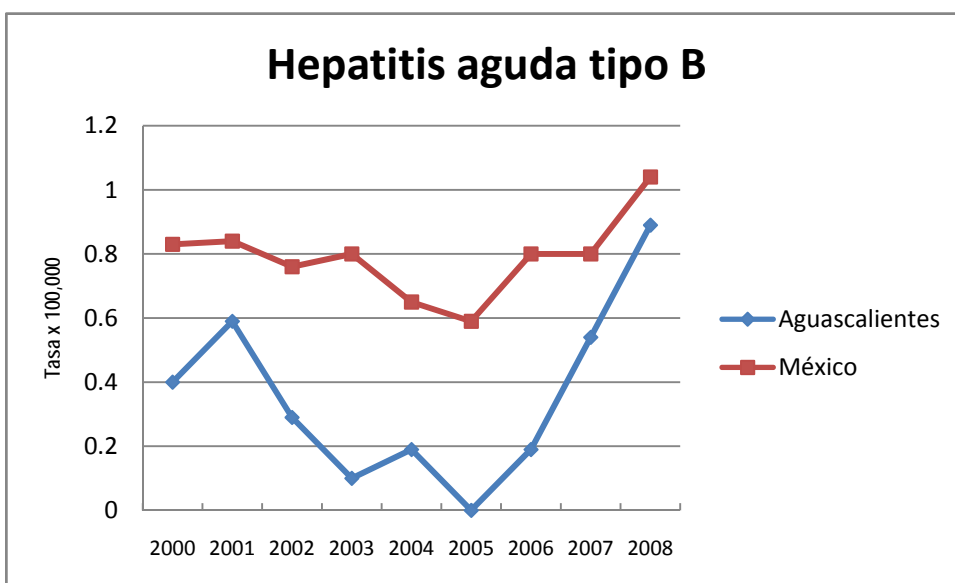
Las tasas de infecciones de transmisión sexual registradas anualmente para el estado de Aguascalientes, en comparación con las registradas para todo el país, se muestran en los siguientes cuadros con datos obtenidos de los anuarios de morbilidad de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud federal.



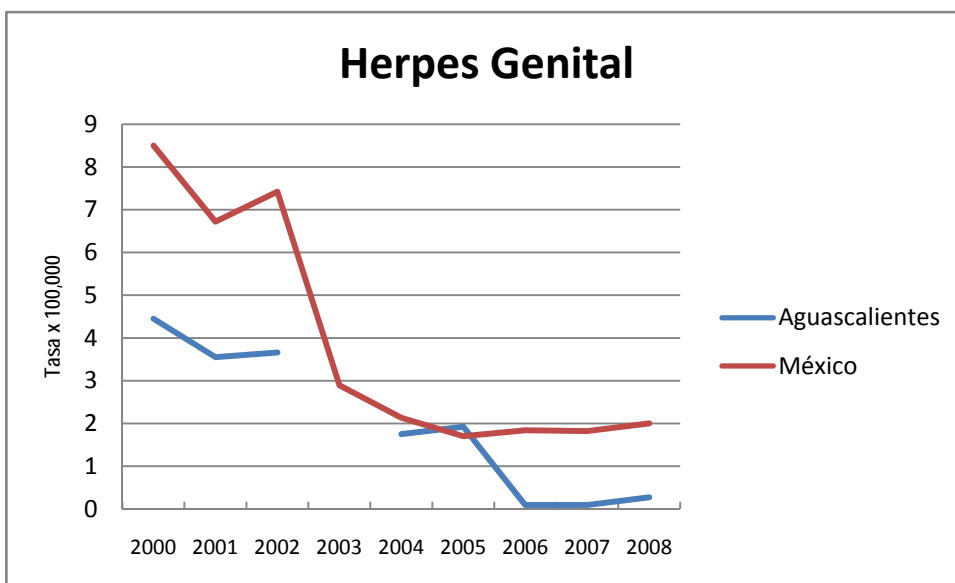
Mientras, en el país la candidiasis urogenital muestra una tendencia a disminuir a partir del año 2002, en el estado de Aguascalientes pareciera ir en aumento paulatino, con un pico en 2004. Estos picos se observan cuando se implementan algunos programas de detección que aumentan la vigilancia epidemiológica o que cambian el sistema de notificación.



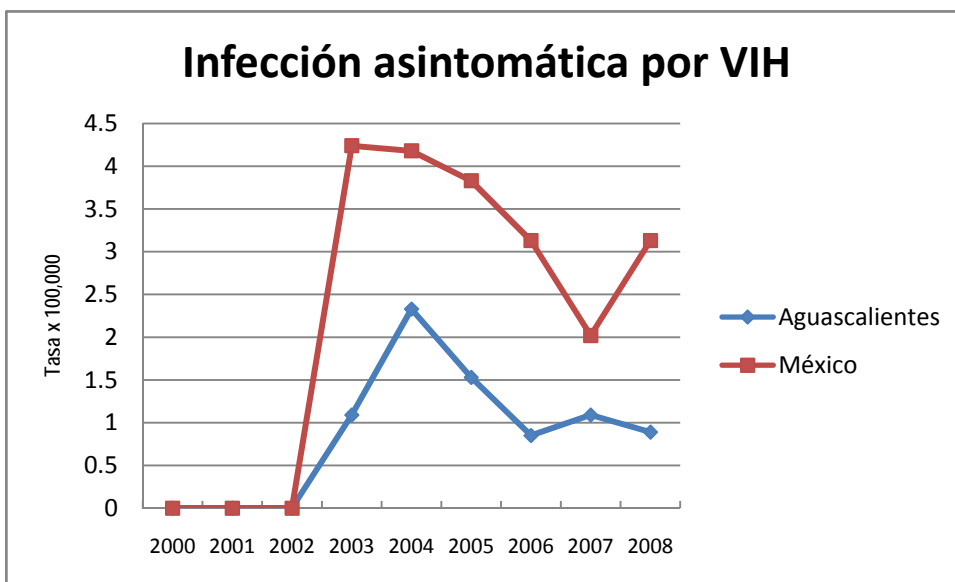
En relación con el chancro blando, la tendencia es muy inestable para el estado, con un pico que abarca los años 2005 y 2006; los otros años parecieran seguir la misma tendencia nacional.



Aunque la tendencia de hepatitis B en fase aguda había estado por debajo de la tasa nacional, a partir de 2006 se observa un crecimiento más acelerado de los casos, que casi alcanza los niveles nacionales.

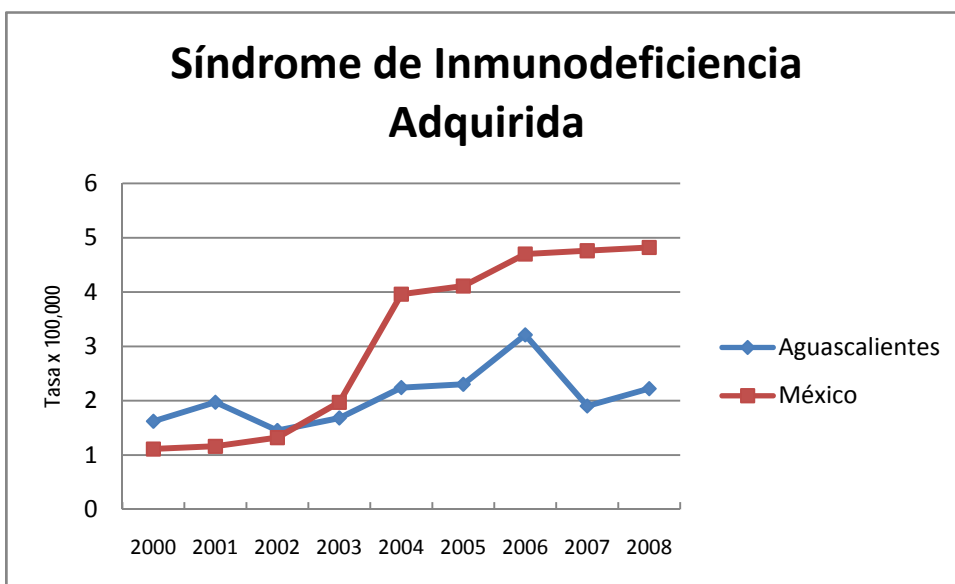


Por su parte, el herpes genital tiende a disminuir tanto en el estado como a escala nacional.

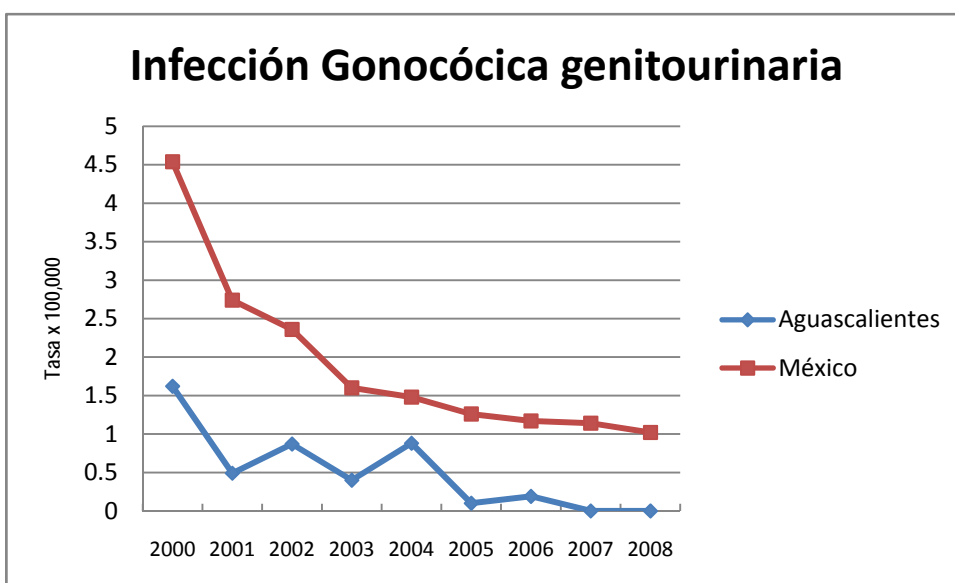


La infección asintomática por el virus de la inmunodeficiencia adquirida se empieza a registrar en el anuario nacional de morbilidad a partir del año 2003, y el comportamiento de los últimos cinco años es a la baja, con un pico en el último

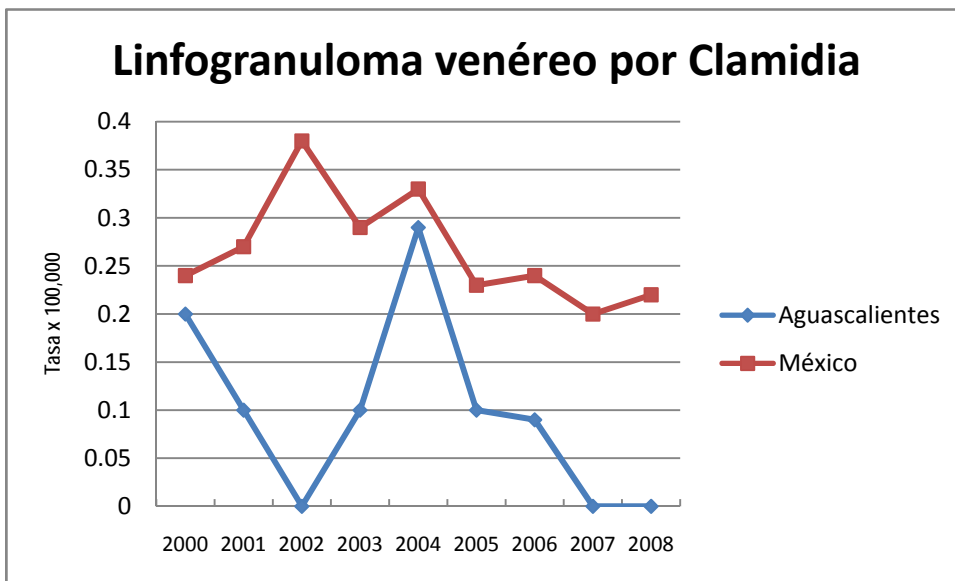
año en el país, mientras que en Aguascalientes pareciera estabilizarse a partir de 2006.



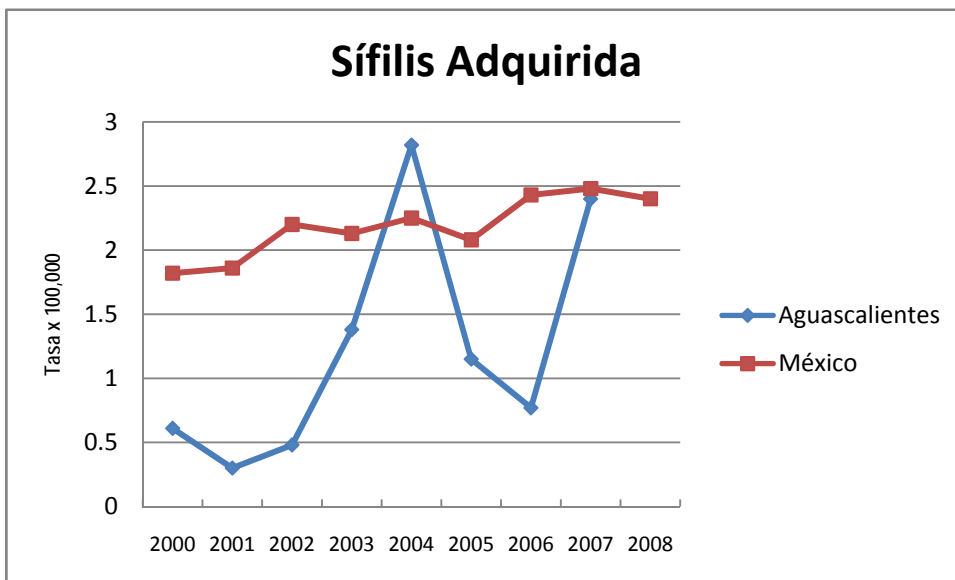
Sin embargo, en los casos de sida, al principio de la década la tasa en Aguascalientes era mayor que la media nacional, pero a partir de 2003 la tendencia se invierte, y aumenta de manera más acelerada en el país que en Aguascalientes.



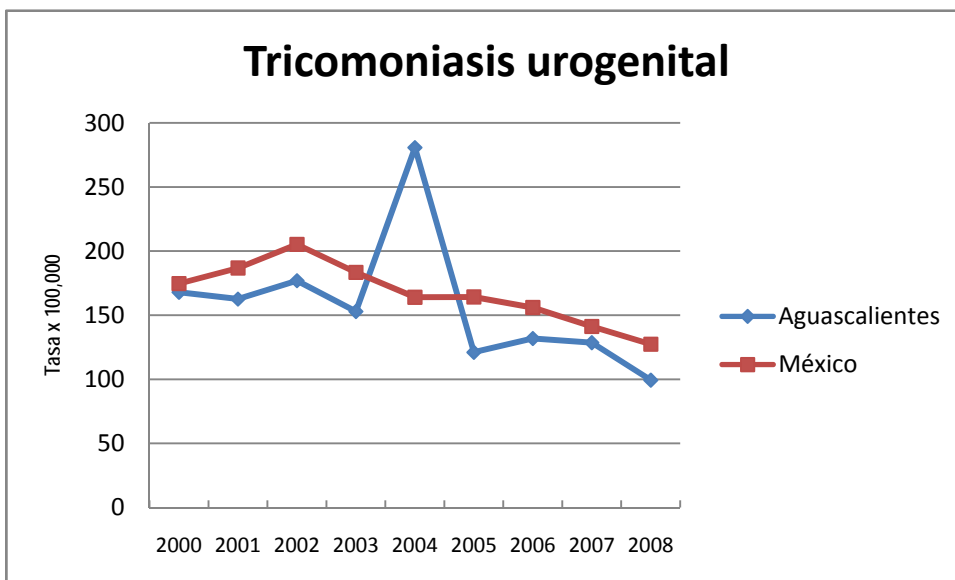
La gonorrea genitourinaria presenta una tasa de disminución paulatina en ambos niveles, tanto nacional como en el estado de aguascalientes.



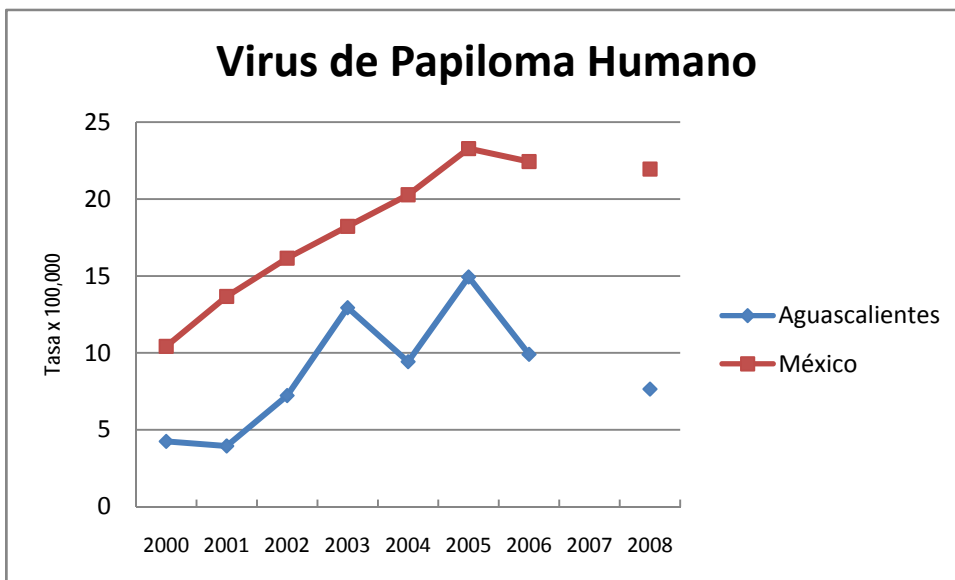
El linfogranuloma venéreo presenta una tendencia inestable, con altibajos a escala nacional y más en el estado de Aguascalientes.



De igual forma, la sífilis adquirida ha estado muy inestable en Aguascalientes, con tendencia a la alta, y en el país se observa un incremento paulatino pero constante.



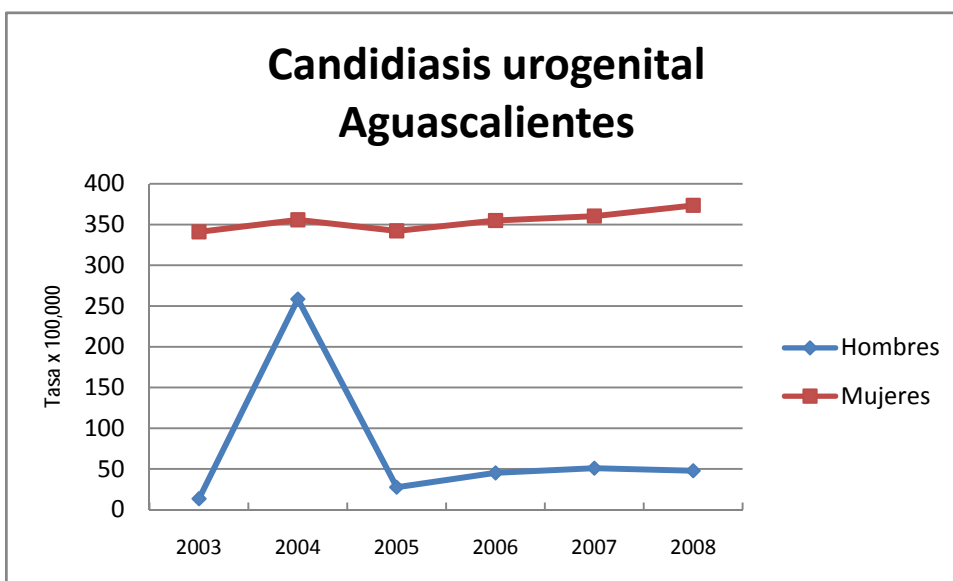
La tricomoniasis urogenital se observa con tendencia a disminuir, aunque Aguascalientes presenta un pico en 2004 que casi duplica los casos de años anteriores.



La infección por virus de papiloma humano muestra una tendencia ascendente de 2000 a 2005 y parece estabilizarse en los últimos tres años a escala nacional; sin embargo, en Aguascalientes, con una tendencia general al aumento, presenta cierta inestabilidad, con altibajos. No se pudieron encontrar datos ni a escala nacional ni de Aguascalientes para el año 2007 en el anuario de morbilidad.

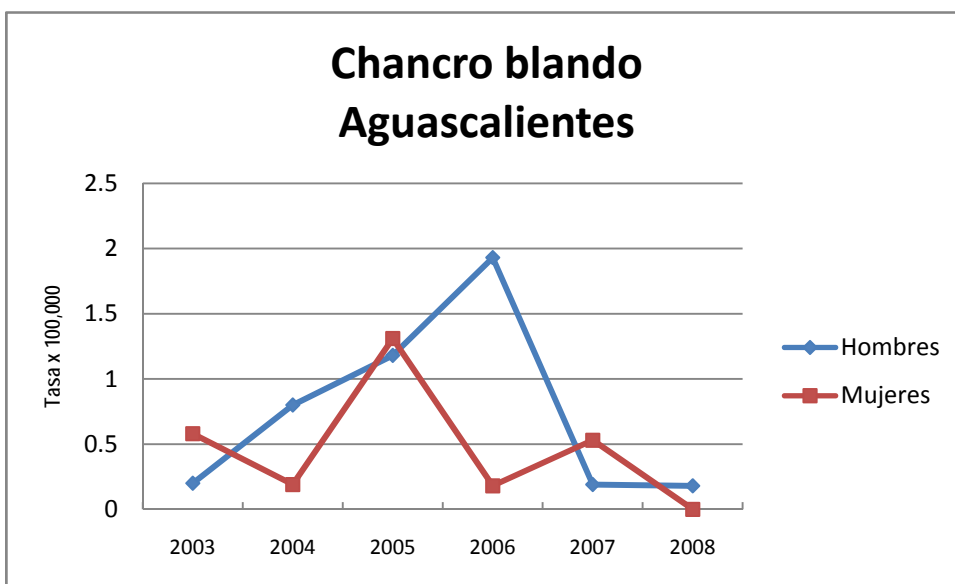
Diferencias por género en ITS, VIH y sida en el estado de Aguascalientes

Sobre la base de los anuarios estadísticos de morbilidad por entidad federativa de la Secretaría de Salud federal, se hizo el análisis por sexo de las tasas de incidencia de casos nuevos registrados por las instituciones de salud del país en el Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica / Dirección General de Epidemiología. A continuación se presentan los gráficos que muestran las diferencias por sexo de las ITS en el estado de Aguascalientes.

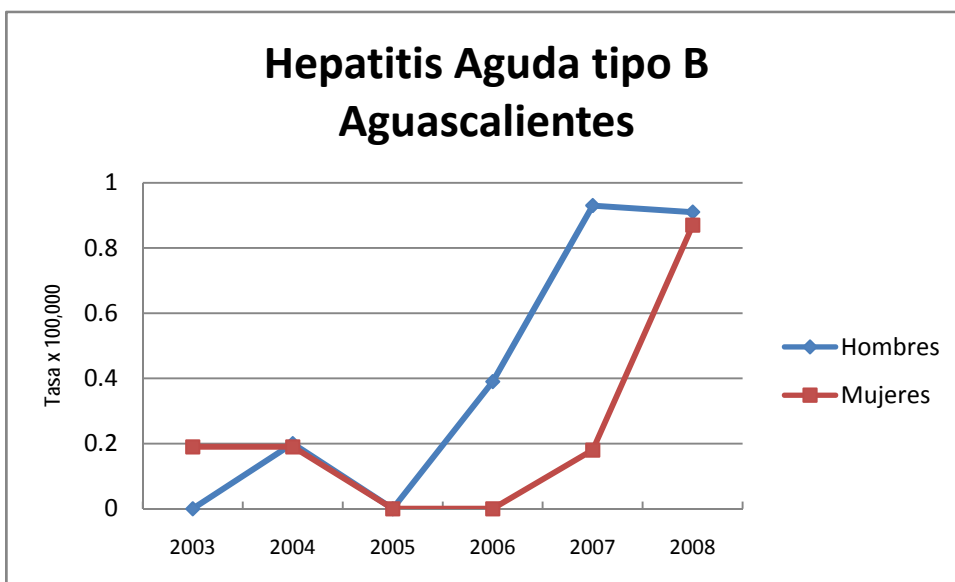


La candidiasis urogenital es una infección predominante en mujeres cuya tendencia de 2003 a 2008 parece ser estable hacia el incremento en los últimos tres años. Entre los hombres llama la atención un pico en 2004 que quintuplica las

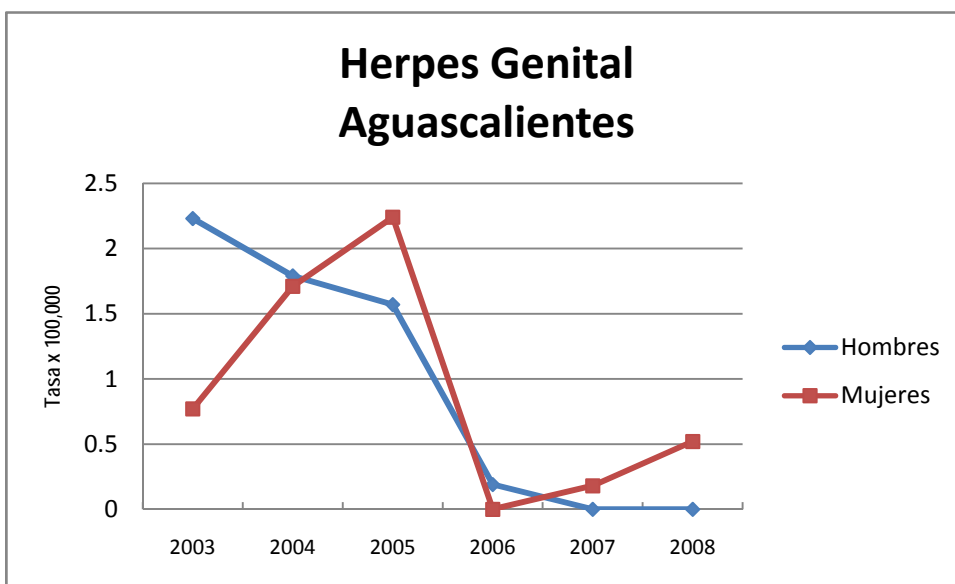
tasas registradas en los siguientes años. Este pico también se observó para el estado en varias ITS en su comparación con el país en la sección anterior.



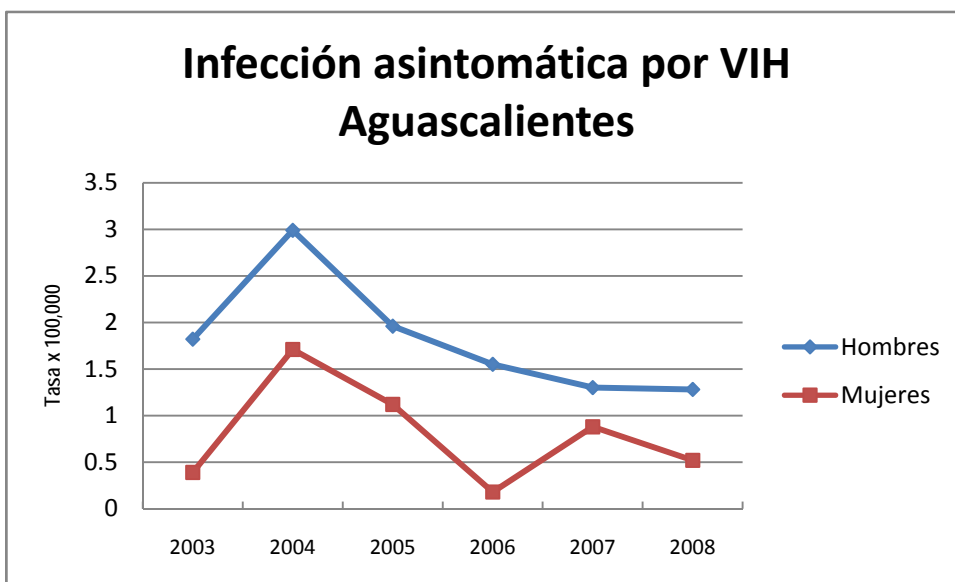
El chancro blando presenta en los hombres una tendencia ascendente importante de 2003 a 2006, y una caída en los dos siguientes años; en las mujeres se observa una inestabilidad de altibajos en este período.



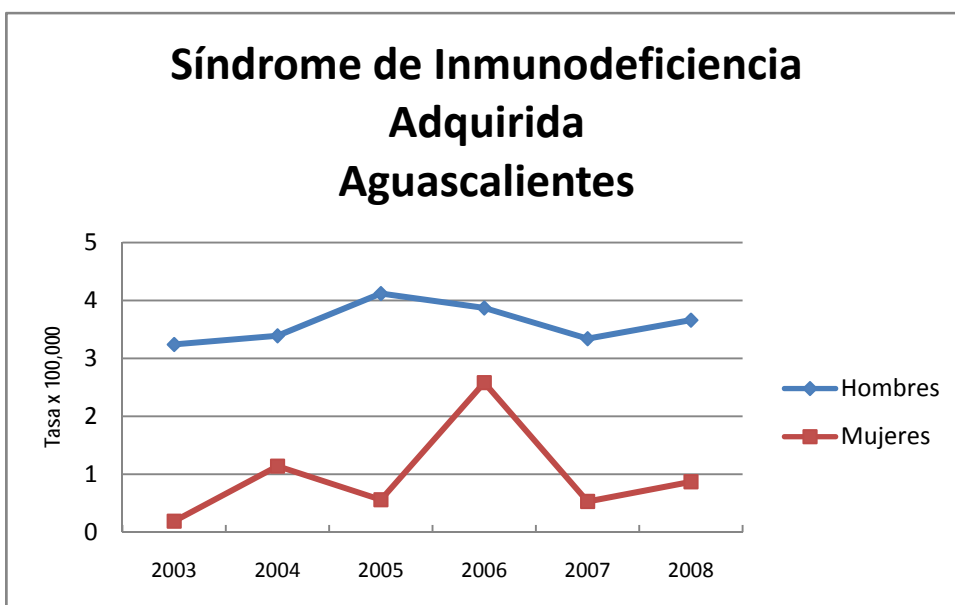
La infección aguda por el virus de la hepatitis B casi se quintuplica en ambos sexos, con tendencia al aumento durante el período de análisis.



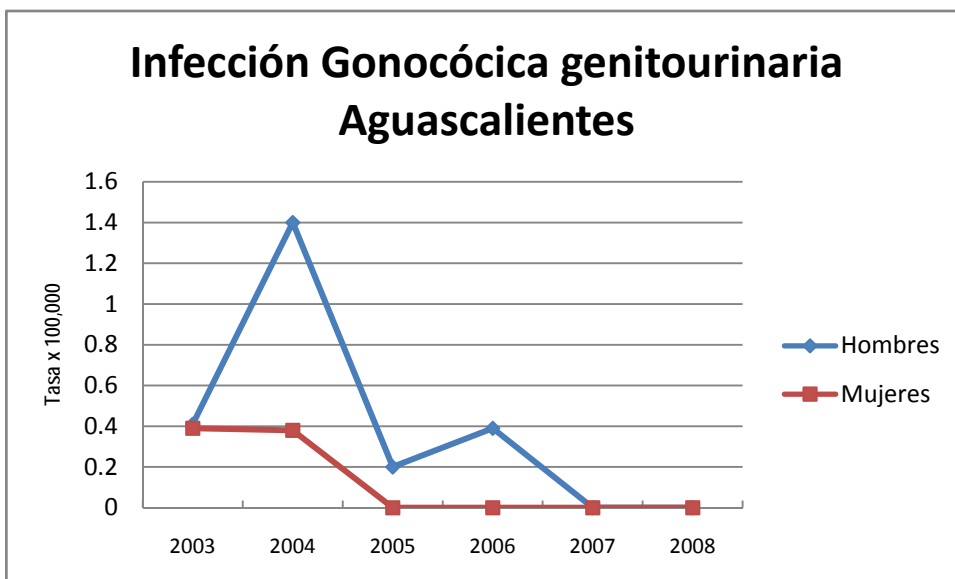
En relación con el herpes genital, se observa una disminución general en ambos sexos, aunque pareciera repuntar en los dos últimos años en las mujeres de Aguascalientes.



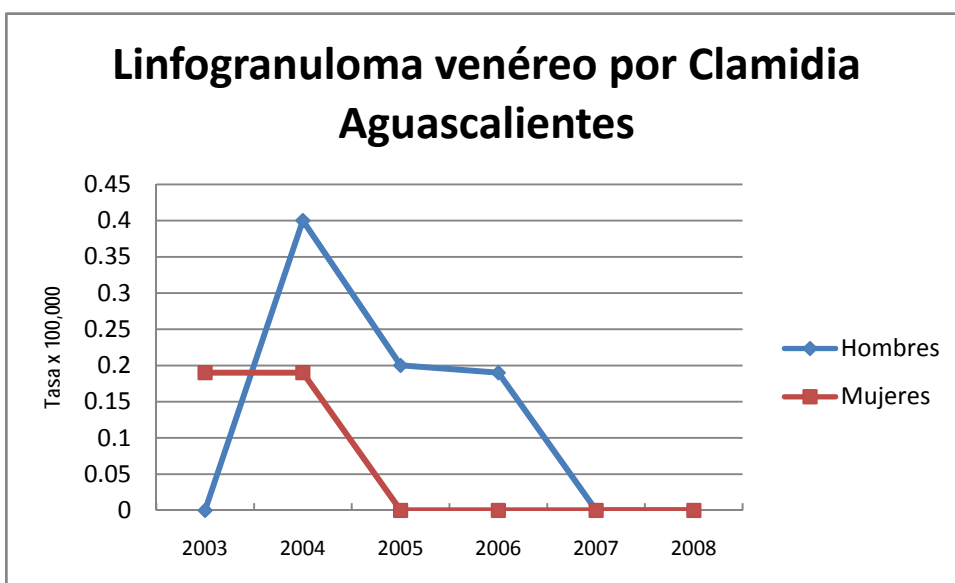
La infección asintomática por VIH (también son llamadas seropositivas estas personas que viven con el VIH sin haber desarrollado la entidad patológica conocida como sida), presenta una tendencia a disminuir en ambos sexos, y se observa una curva similar entre mujeres y hombres; estos últimos presentan una tasa de incidencia mayor que las mujeres.



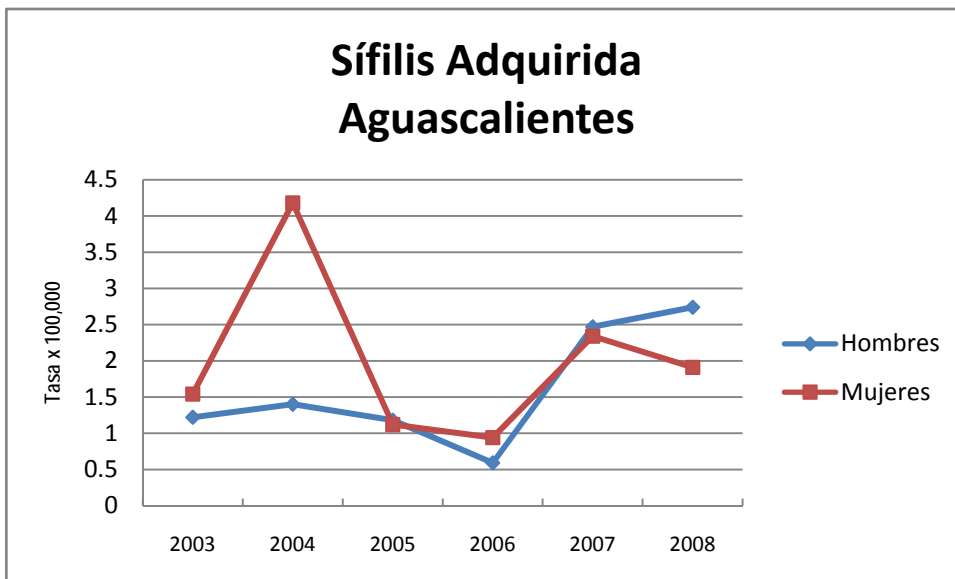
Sin embargo, al analizar las tasas de incidencia anual del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), se observa una tendencia irregular, al parecer a aumentar discretamente en ambos sexos; también las tasas son superiores en hombres.



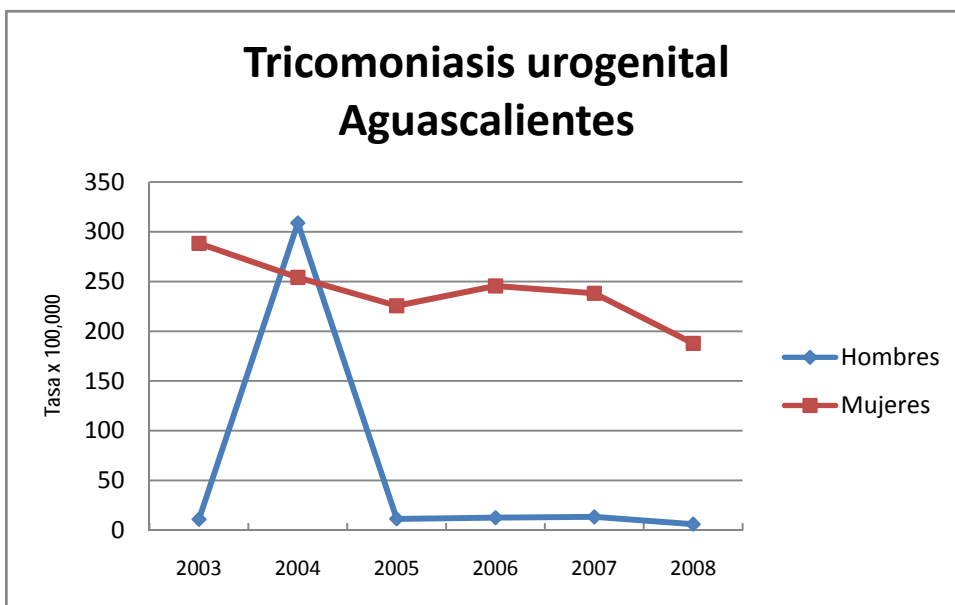
La infección gonocócica genitourinaria, también conocida como gonorrea, presenta una tendencia a la disminución con el mismo pico de 2004 en hombres ya antes indicada para otras ITS. En los últimos tres años del análisis no se registraron casos en mujeres.



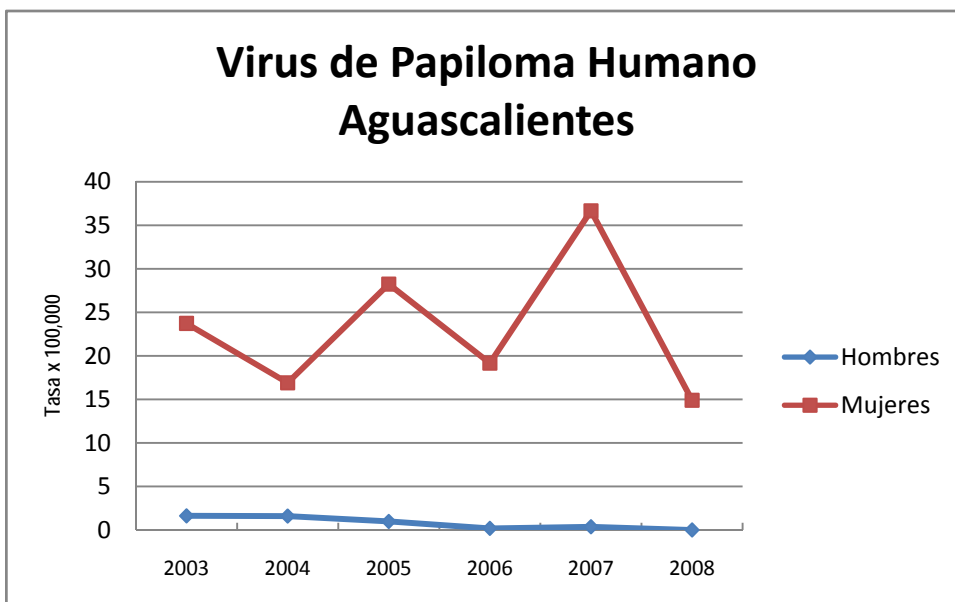
Una tendencia similar siguen las tasas de linfogranuloma venéreo, con predominancia en los hombres.



La sífilis adquirida presenta una tendencia irregular, similar en ambos sexos, aunque los hombres presentan el pico de 2004 ya antes referido en otras ITS.



La tricomoniasis es una ITS de predominancia en mujeres, en ella se observa una tendencia a la disminución, con el pico en hombres, en 2004, que sobrepasa la tasa de las mujeres para ese año.



De igual forma, la infección por virus de papiloma humano es más frecuentemente registrada en las mujeres, y su tendencia es totalmente irregular. En los hombres esta infección pasa generalmente inadvertida, por lo que los casos registrados son muy pocos.

Como se observa en la información anterior, existen diferencias en la presentación de las ITS registradas para hombres y para mujeres. Esto es debido a que muchas de las ITS pasan inadvertidas en la mujer por la anatómo-fisiología de sus órganos sexuales desde el punto de vista biológico, y por lo social también es conocido que los hombres tienen una mayor actividad sexual por la permisividad y presión que ejerce la sociedad sobre ellos. Además, por el hecho de que el hombre tiene sus órganos sexuales más externos, él se puede dar cuenta de alguna secreción o lesión que lo pone sobre aviso para acudir oportunamente a la consulta médica. Sin embargo, al pasar inadvertidas algunas ITS en las mujeres, estas infecciones pueden traerles como consecuencia esterilidad y predisposición a otras afecciones, como la enfermedad inflamatoria pélvica, el cáncer y otras infecciones (OPS, 2010), además de molestias durante las relaciones sexuales coitales, lo cual las llega a poner en mayor vulnerabilidad biológica, familiar y social.

Es importante señalar, como se mencionó en el marco teórico, que estas tasas de incidencia presentan un subregistro importante, por la automedicación y la no notificación de la mayoría de médicos particulares, además de que algunos médicos de los servicios públicos de salud prefieren registrar otro diagnóstico para evitarse la realización del estudio epidemiológico que le correspondería hacer.

De igual forma, la indagación de las ITS es más objetiva cuando se realizan estudios de seroprevalencia por medio de detección de anticuerpos específicos; en el caso de la sífilis se ha observado que por estos estudios se obtienen tasas 70 veces mayores que la incidencia señalada por los registros institucionales de casos de enfermedad.

En cuanto a mortalidad, podemos observar que el sida se mantiene desde el año 2005 entre las 20 principales causas de mortalidad (entre el lugar 15 y el 18). Las cinco principales causas de mortalidad para 2009 fueron: diabetes, enfermedades del corazón, tumores malignos, accidentes y enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

En el cuadro siguiente se presenta la transición que entre 1998 y 2009 han sufrido las causas de mortalidad respecto del lugar, según tasa de incidencia. Es de notar que es evidente el fenómeno llamado de transición epidemiológica, ya que coexisten causas asociadas al desarrollo, como las enfermedades del corazón y los tumores malignos, con problemas asociados al subdesarrollo, como la desnutrición, los problemas perinatales y las infecciones intestinales.

Transición del lugar según tasa de incidencia en las principales causas de mortalidad general en Aguascalientes, 1998 a 2009

CAUSAS	1998	2009
Diabetes mellitus	3	1
Enfermedades del corazón Isquémicas Hipertensivas	2	2
Tumores malignos	1	3
Accidentes	4	4
Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	5	5
Enfermedades cerebro-vasculares	6	6
Enfermedades del hígado	7	7
Insuficiencia renal	11	8
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	8	9
Influenza y neumonía	12	10
Malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas	9	11
Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	10	12
Agresiones (homicidios)	19	13
Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidio)	13	14
Bronquitis crónica y no especificada, enfisema y asma	14	15
Úlcera gástrica y duodenal	15	16
Síndrome de dependencia del alcohol	17	17
Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana	16	18
Infecciones respiratorias agudas	21	19
Anemias		19
Enfermedades infecciosas intestinales	20	20
Septicemia	18	--

También llama la atención que entre las causas de mortalidad se encuentran algunas que dan cuenta de condiciones de vulnerabilidad y riesgo en cuanto a las ITS en general y el sida en particular, como las asociadas a la pobreza (desnutrición, infecciones intestinales y problemas perinatales), a la violencia (homicidios y suicidios), al consumo de alcohol y a una pobre cultura de prevención (accidentes).

En el siguiente cuadro se muestran las tasas de mortalidad por sida por año y tamaño de la población

Tasas de mortalidad por sida en el estado de Aguascalientes, por año

Año	Volumen	Población	Tasa
2005	39	1 069 815	3.6
2006	41	1 088 005	3.8
2007	35	1 106 319	3.2
2008	20	1 124 288	1.8
2009	26	1 141 946	2.3

Tasas x 100,000 habitantes

Fuente: 1998-2008 SSA-INEGI; 2009 Certificados de defunción, ISEA. Datos preliminares.

Gobierno del estado de Aguascalientes. Principales causas de mortalidad en el estado.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

Dimensión cuali-cuantitativa

ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE ENTREVISTADAS

Se entrevistó un total de 150 mujeres, cuyas edades fluctuaron entre catorce años y más de 60; los porcentajes más altos los ocupan los grupos de edad que van desde los catorce hasta los 31 años, y lo sigue en orden de mayor frecuencia el grupo de edad de 30 a 34 años.

El lugar de nacimiento de estas mujeres fue mayoritariamente el estado de Aguascalientes; en orden de frecuencia las siguió la región centro sur del país.

El tiempo de residencia en el estado de Aguascalientes varió desde seis meses hasta más de 30 años; predominó el grupo situado por encima de los quince años (cuadro 1).

El estado civil predominante fue el de solteras, y lo siguió el grupo de casadas; poco más del 10% eran solteras con pareja.

El grupo de las mujeres con estudios de licenciatura completa fue el mayoritario, y las siguiendo el grupo de preparatoria completa. En poco menos del 10% la escolaridad fue de primaria y menos.

Casi tres cuartas partes de estas mujeres trabajan; la ocupación referida mayoritariamente fue la de empleada, seguida por la de profesional; entre las dos anteriores ocuparon casi el 50% (47.90%) (cuadro 2).

En cuanto a la pertenencia a una religión, se encontró en un mayor porcentaje la pertenencia a la religión católica; en lo referente al cumplimiento con los rituales propios de su religión, poco más de la tercera parte “siempre” los lleva a cabo, y de igual forma se situó su cumplimiento en la categoría de “a veces” (cuadro 3).

Referente a la ocupación de las parejas del grupo de estudio, el grupo conformado por empleados, obreros y oficios, fue el que representó el mayor porcentaje (16.09%).

En cuanto a la escolaridad de las parejas de las mujeres, el 15.34% se ubicó desde primaria incompleta hasta carrera técnica (cuadro 4).

Cuadro 1
Características socio-demográficas de las mujeres

Edad	Frecuencia	Porcentaje
14 – 19	25	16.67
20 – 24	36	24.00
25 – 29	31	20.67
30 – 34	14	9.33
35 – 39	8	5.33
40 – 44	9	6.00
45 – 49	6	4.00
50 – 54	4	2.67
55 – 59	3	2.00
60 y más	1	0.67
Lugar de nacimiento *	Frecuencia	Porcentaje
Aguascalientes	118	78.67
Zona Noroeste	1	0.67
Zona Norte	4	2.67
Zona Occidente	9	6.00
Zona Este	15	10.00
Zona Oriente	1	0.67
Sin dato	2	1.33
Tiempo de residencia	Frecuencia	Porcentaje
6 meses - 4 años	8	5.33
5-9 años	10	6.67
10-14 años	13	8.67
15-19 años	24	16.00
20- 24 años	31	20.67
25- 29 años	23	15.33
30- y más años	30	20.00
Sin dato	11	7.33

Nota: Se agruparon los estados según las ocho zonas económicas de México, exceptuando Aguascalientes: Zona Noroeste: Sinaloa; Zona Norte: Durango y Zacatecas; Zona Occidente: Jalisco, Colima, Michoacán y Guanajuato; Zona Este: Estado de México, D.F. y Puebla; Zona Oriente: Veracruz.

Cuadro 2
Características socio-demográficas de las
Mujeres

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Casada	41	27.33
Divorciada/ separada	10	6.67
Unión /libre	6	4.00
Viuda	2	1.33
Soltera	73	48.67
Soltera / pareja	17	11.33
Sin dato	1	0.67
Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Empleada	56	37.33
Profesional	16	10.67
Hogar	16	10.67
Estudia y trabaja	11	7.33
Estudiante	14	9.33
Comerciante	10	6.67
Desempleada	5	3.33
Oficios	4	2.67
Obrera	2	1.33
Sin dato	16	10.67
Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria incompleta	1	0.67
Primaria completa	10	6.67
Secundaria incompleta	2	1.33
Secundaria completa	17	11.33
Técnica incompleta	3	2.00
Técnica completa	12	8.00
Preparatoria incompleta	7	4.67
Preparatoria completa	31	20.67
Licenciatura incompleta	24	16.00
Licenciatura completa	34	22.67
Posgrado incompleto	2	1.33
Posgrado completo	3	2.00
Sin datos	4	2.67

Cuadro 3
Características socio-demográficas de las
Mujeres

Religión	Frecuencia	Porcentaje
Católica	118	78.67
Cristiana	11	7.33
Ninguna	5	3.33
Protestante	1	0.67
Sin dato	15	10
Acude a actividades de su religión	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	50	33.33
Casi siempre	27	18
A veces	46	30.67
Nunca	9	6
Ninguna religión	3	2
Sin dato	15	10

Cuadro 4

Ocupación pareja	Frecuencia	Porcentaje
Agricultor y ganadero	2	1.33
Comerciante / comercio	6	3.90
Empleado / obrero/ oficio	24	16.00
Pensionado	1	0.67
Profesional	8	5.33
Soltera con novio	17	11.33
Sin pareja	85	56.67
Sin dato	7	4.67
Escolaridad pareja	Frecuencia	Porcentaje
Primaria completa	4	2.67
Secundaria incompleta	1	0.67
Secundaria completa	12	8.00
Técnica completa	6	4.00
Preparatoria completa	4	2.67
Licenciatura completa	11	7.33
Posgrado completo	3	2.00
Sin pareja	85	56.67
Sotera con novio	17	11.33
Sin dato	7	4.67

LOS CONCEPTOS ITS, VIH/SIDA

A la pregunta realizada a las mujeres entrevistadas en el sentido de que defina con sus palabras lo que entiende por infecciones de transmisión sexual, por VIH y por sida, las respuestas dadas muestran que estas definiciones partieron desde diversas miradas en las cuales se encuentran:

1. Las formas de transmisión
2. Los factores de riesgo (realización de determinadas prácticas sexuales sin protección; condiciones de higiene).
3. Las características de la enfermedad.
4. Las características del agente causal.
5. Sus manifestaciones.
6. Su letalidad.
7. La posibilidad de supervivencia.
8. Por la sigla con que se denomina la enfermedad.
9. Por el significado de la enfermedad atribuido a la palabra.

Particularmente en el caso del VIH y el sida, se evidenció una confusión en cuanto a la diferenciación de ambas entidades nosológicas.

El VIH se tomó como sinónimo de sida:

“Entiendo que es igual que el sida, que es el sida”.

“Entiendo que es una persona con sida”.

“Enfermedad que trasmite el sida”.

“Estoy confundida, pensé que era lo mismo”.

O aclarando más la idea: *“Es lo mismo que el VIH, pero en este sí te mueres”.*

De igual manera, al referirse por las siglas se encuentra para el VIH tres acepciones:

“Virus de inmunodeficiencia adquirida”

“Virus de inmunodeficiencia humana”

“Virus del sida”

Coincidentemente, también para el sida:

“Síndrome inmunológico”

“Enfermedad de la inmunodeficiencia adquirida”

“Infección inmunológica de deficiencia adquirida”

Para el caso del VIH se hizo manifiesta una desinformación en dos sentidos en algunas de las mujeres entrevistadas:

Se menciona que se trata de una propiedad de la sangre: *“Tipo de sangre que todos tenemos ya sea negativo o positivo”*.

O referido a una situación de portadores como una normalidad:

“El virus lo tenemos todos, solo que lo tenemos negativo o no se ha desarrollado”.

“Es una enfermedad en que se es portador de la infección del sida”.

En general, todas las entrevistadas coincidieron en que es una enfermedad que se trasmite por la actividad sexual; *“enfermedad que me puede pasar por calenturienta o andar de canijilla”*, realizada sin tener protección con una pareja infectada.

Además del contagio sexual, para el caso de las ITS se agrega el contagio por vía de la saliva.

Para ambos, el VIH y el sida, se señaló además la vía de transmisión sanguínea: *“El virus entra por la sangre”. “Por ineptitud en las transfusiones de sangre”.*

O el contagio mediante procedimientos invasivos a través de la realización de tatuajes en condiciones de insalubridad, y de igual manera por la aplicación de inyecciones con agujas infectadas.

Se tomó en cuenta el riesgo de trabajo, principalmente del personal de salud, al contaminarse por heridas en el tratamiento a los pacientes VIH positivos. O a través de la transmisión de la madre al hijo.

De igual manera, las respuestas apuntaron hacia el riesgo que conllevan determinadas prácticas sexuales, como la promiscuidad, la diversidad sexual y la práctica con animales:

Promiscuidad:

“Tener relación con varias personas en diferentes momentos”

“Cuando se tiene sexo sin control, es decir con varias parejas”.

“Virus que se trasmite de hombre a hombre, de mujer a mujer y hasta de humanos a animales”.

En forma particular para cada una las enfermedades, se hacen distinciones, por ejemplo en el caso de las infecciones de transmisión sexual.

Se priorizan las condiciones de higiene, no solo en la relación sexual, sino en los lugares públicos, específicamente sanitarios públicos, que se conciben como una fuente de transmisión:

“Enfermedad que se adquiere cuando uno intimida sexualmente con alguien a través de un lugar sucio”.

“Infección por falta de higiene o descuido de uno mismo”.

“Cuando falta higiene en sanitarios públicos”.

Se señalan algunas de las formas de manifestación de la enfermedad y el sitio donde ocurre: *“Cuando nos enfermamos de por allá”.*

Las manifestaciones reconocidas, mayoritariamente fueron: *“infección, granos y flujo feo”.* En este mismo sentido se nombran los diferentes tipos de infecciones que conocen: papiloma, gonorrea, sífilis, candidiasis, herpes genital, hepatitis C, chancro, clamidia, y tricomonas.

Se da la importancia a este tipo de infecciones, al identificarlas como enfermedades importantes, graves, contagiosas y que pueden ser evitables: *“Si no se ataca a tiempo puede traer problemas serios”.*

Hablando específicamente del VIH, una de las ideas se la cual se parte es de que el virus se encuentra latente:

“Es un virus que se almacena en el cuerpo, más no se desarrolla, o sea, la persona es portadora, no es la enfermedad, es el virus”.

“Cuando no está desarrollada la enfermedad, apenas está comenzando la enfermedad o infección”.

“Virus que se transforma en sida”.

“Se desarrolla el virus y empieza a atacar el sistema y el órgano del cuerpo”.

Se toma el VIH como una característica en las personas que tienen la enfermedad:
“Son personas con VIH positivo o seropositivas, que no tienen defensas y son más proclives a contraer sida”.

Refiriéndose a sus manifestaciones, estas se conciben como procesos destructivos con grandes repercusiones en el individuo en diferentes áreas, incluyendo la pérdida de la vida:

@CITA = Enfermedad que carcome tu sangre.

@CITA = Es una enfermedad maligna que te consume moralmente, físicamente y emocionalmente, con un enorme sentimiento de culpa.

@CITA = Es una enfermedad terminal que mata, es mortal, no es curable.

Se encuentra sin embargo, aunque en una mínima mención, la concepción de las posibilidades de supervivencia con la enfermedad: “Es una infección de virus que si se detecta a tiempo se puede controlar y vivir con ella”.

Para el caso del sida propiamente: La palabra con la cual se nombra a la enfermedad adquiere un significado a partir del cual se concibe la forma como se entiende el sida: “Es una palabra que me da miedo, me hace pensar en la muerte y en impotencia”.

Esto va de la mano, en sus definiciones de una enfermedad que se encuentra ligada a la muerte: “Es la muerte misma”. “Es una enfermedad mortal si no se cura es muerte segura”.

La diferencia entre VIH y sida es la noción de muerte. Las formas de manifestación del sida en la persona enferma van en el sentido de una pérdida progresiva de las funciones que llevan a la muerte: “El cuerpo se deteriora paulatinamente hasta dejar de funcionar”. “Ataca todo el sistema interno, no tienen defensas y sus células se mueren”.

De manera similar como en el caso del VIH, las mujeres parten de la concepción de una latencia del virus:

“Ya tienes desarrollado el virus, es cuando se presentan los síntomas, ya se detectó la enfermedad”.

“Cuando el paciente comienza a tener síntomas del virus desarrollado, ya se nota físicamente”.

“Hay ya una infección de la sangre, o algo así”.

PERCEPCIÓN DE AFECTACIÓN COMPARATIVA

LA SITUACIÓN DE MÉXICO EN RELACIÓN CON OTROS PAÍSES

De acuerdo con lo manifestado por la población entrevistada, se considera que el problema de las infecciones de transmisión sexual, del VIH y del sida es menor en México en relación con el resto del mundo (N= a 119 mujeres).

Esta situación se basa en que las entrevistadas han escuchado en los medios de comunicación que hay sida en muchas partes, que hay países peores y que donde hay más “sidosos” es en África y Brasil: “No, no estamos como en África, donde hay millones”. “Creo que en EUA hay más”.

Además de que este tipo de problemas por lo regular se escuchan en lugares lejos de México, y que aquí (refiriéndose a México) no se habla mucho del tema: “No se ha escuchado mucho en el radio ni en la televisión”.

Aunque consideran que es un problema que avanza rápido, aún no es un problema de “salud pública”: *“Podría decirse que sí va en aumento, porque no nos prevenimos está aumentando, aunque todavía no llega a tanto”*.

De la misma manera se suponen tres diferencias atribuidas al país, para sustentar su postura:

Lo relacionado con los valores y costumbres, donde destacan que:

“Por el tipo de moral que hay en el país el problema se ha limitado, es que en México hay todavía más valores; tenemos la ventaja de que conservamos costumbres religiosas que ayudan a este tema”.

Y lo relacionado con la libertad, vista como facilitadora del inicio precoz de relaciones sexuales y también de relacionarse con varias parejas:

“Creo que hay otros países con más liberalismo y que tienen relaciones a pronta edad y con varias parejas; es más (el problema) en otros países, porque son más libres, aquí están medio atarantados todavía, todavía hay un poco de pudor”.

“En otros países están más locos”.

En forma paralela con las características de las grandes ciudades, una de ellas es que hay más densidad de población:

“En otros países hay ciudades más grandes y con más problemas”.

“Es una enfermedad que ataca a otros países por la modernidad”.

“México no es un país tan desarrollado”.

Por otra parte, hubo entrevistadas que consideraron que el problema de las infecciones de transmisión sexual en general, y el VIH y el sida en particular, es mayor en México en relación con el resto del mundo, aduciendo procesos de descomposición social que traen aparejado el comercio sexual, las condiciones de pobreza que conduce a niveles bajos de educación y la desinformación de medidas de protección:

“Hay muchos pervertidos y corrupción de menores, no hay control de la prostitución, en México hay más lugares de esos; en otros países la prostitución está legalizada”.

“Últimamente es un destrampe, es un país calenturiento”

“En México hay más gente lujuriosa”.

Lo que conlleva las condiciones de pobreza:

“No se les otorga la información, no existe cultura de los anticonceptivos”.

“Falta más información directa, en otros países está más avanzada la información”.

“El sida es de un país subdesarrollado”.

Por otro lado, se piensa que el problema es igual en cualquier parte: *“En donde quiera es lo mismo, lo que importa son las prácticas sexuales y estas son iguales en todo el mundo; es mundial. Bien lo dicen las noticias, es un problema global”.*

Hubo desconocimiento en un número importante de entrevistadas: *“No sé, solo creo que no, no conozco las estadísticas, no tengo idea”.*

LA SITUACIÓN DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES EN RELACIÓN CON EL RESTO DEL PAÍS

En cuanto a la situación de Aguascalientes en relación con el país, una mayoría manifestó que no considera que el problema de las ITS, el VIH y el sida sea mayor (mencionado por 120 mujeres).

Los planteamientos presentados se basan en:

La menor densidad de población:

“Es más en otras ciudades grandes porque hay más gente; Aguascalientes es un estado chiquito, con poca gente, no está tan abierto como otras capitales; hay estados con mayor índice, como Guadalajara y Monterrey, creo que en el D.F. hay más”.

Su ubicación geográfica: *“Hay más en la frontera, en la frontera hay más gente maldita, y en los lugares con playa; la droga el alcohol y el turismo ponen en riesgo cualquier ciudad”.*

Las características de la población de Aguascalientes:

“Aguascalientes es de los estados con mayor religiosidad, y esta se relaciona con la moral que tiene un país; creo que es una ciudad conservadora, la ideología es más cerrada”.

“Por la educación y cultura del estado es más conservador”.

“No, existen valores arraigados que guarda la sociedad y es una forma de imposición hacia los jóvenes, sobre todo cuando empiezan su vida sexual”.

“Todavía hay un poco de buenas costumbres que estamos tratando de rescatar en nuestros hijos”.

Los servicios de salud: *“No, porque los servicios de salud son más eficientes”.*

Sin embargo, existió una proporción de mujeres entrevistadas que manifestaron que el problema de ITS, el VIH y el sida sí es mayor en Aguascalientes que en el resto del país (mencionado por 17 mujeres).

Se basan en:

Haber recibido información directa:

“Hay bastantes casos, una pariente trabaja en un hospital y dice que hay bastantes casos”.

“Se ha comentado que ocupa el 2º lugar a escala estatal con el mayor número de casos de sida”.

Los movimientos migratorios externos e internos: *“Hay sobre todo en municipios de población migrante”.* *“Se vino mucha gente de otras partes”.*

Cuestiones de: *“Hay altos índices de homosexualidad por la religión, entre más religiosos son, hay más doble moral”.*

La situación de determinados municipios: *“He escuchado que en Romos hay, por homosexualidad”.*

A la realización de eventos tradicionales, como la Feria de San Marcos: *“En la feria se toma mucho alcohol, los muchachos se van al motel y no conocen con lo que se meten; por el alcohol es fácil ser inconsciente”.*

Asimismo, se piensa que es igual en todos los municipios (N=8 mujeres): *“La verdad es que en todos estamos igual en todos los Estados”.*

Aunque existe la duda a veces: *“Puede ser, pero...”*.

Una parte importante desconoce la condición del estado respecto del resto del país, y expresa dudas:

“No sé cómo estén los niveles aquí en Aguascalientes, no conozco la situación de cada lugar, ni de otros estados”.

“No sé, pero para allá vamos”.

“No sé, no somos tan méndigos”.

PERCEPCIÓN DE GRUPOS VULNERABLES O EN CONDICIONES DE RIESGO

De manera general, se hizo la pregunta: “¿a quién cree que afecta más?”, sin sugerir ninguna condición como edad, género, etc., a fin de obtener una respuesta espontánea de su apreciación.

Para el caso de las ITS, se mencionó principalmente a las mujeres con mayor posibilidad de afectación, a los homosexuales y los jóvenes y adolescentes (cuadro 5).

Para el caso particular del VIH y el sida, se señaló que afectaba por igual a hombres y mujeres; en orden de mención: los hombres, las mujeres, y los adolescentes (cuadro 6).

PERCEPCIÓN DE TENDENCIA EPIDEMIOLÓGICA

En lo tocante a la apreciación realizada, sobre si los problemas de las enfermedades de transmisión sexual, el VIH y el sida se presentan más ahora que antes, se coincidió que para ambos problemas se presenta más ahora que antes (ITS N = 80 mujeres; sida No 99 mujeres).

De manera general, hubo un acuerdo en las respuestas dadas a los porqués; se apuntan los cambios en las prácticas sexuales, en las costumbres, en el manejo de la información, en la densidad de población, la influencia de los medios de comunicación. Y la inexistencia de la enfermedad, refiriéndose al sida.

Se resalta en los cambios de las prácticas sexuales la promiscuidad, el uso de juguetes y practicas con animales. Específicamente para el sida, se expresa que: “Ahora es todo más cochino”. El sexo por diversión, visto como un cambio de costumbres “El sexo se ve como diversión y no se fija si están con uno o con otra”. La influencia de los medios de comunicación, que habla mucho de sexo. Además de que ahora son temas de dominio público (cuadros 7 y 8).

PERCEPCIÓN DE AFECTACIÓN SEGÚN CONDICIONES DE GÉNERO

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

En relación con la mayor afectación de estas enfermedades en hombres o mujeres, se mencionó que consideran que la mujer es la más afectada (N= 58 mujeres), debido a las características de su anatomía, la susceptibilidad inherente al hecho de ser mujer “*son más delicadas*”, y al manejo de la higiene. Lo concerniente a la exposición del contagio por parte de las parejas y la falta de cuidado y protección de ellas.

Se marcó que, esto afecta por igual a hombres y mujeres, porque ambos son sexualmente activos, puesto que es un contagio en cadena, debido a la falta de responsabilidad y de información: “*lo que importa no es el género, sino la precaución*”. También se dice que son los efectos de la modernidad: “*es el siglo más caliente*”.

Cuadro 5	
Infecciones de transmisión sexual Percepción espontánea de afectación	
Jóvenes/ adolescentes N = 14	Principalmente a adolescentes alcohólicas Por su irresponsabilidad sexual Adolescentes que empiezan a tener relaciones
Mujeres N= 52	Por el hecho de ser vulnerables A la mujer porque su organismo es más vulnerable Estamos más expuestas debido a nuestro sistema reproductor
Hombres N= 11	
Prostitutas N = 3	
Gays N = 30	
Hombres y mujeres 16	
	Todas la personas que tienen contacto sexual y no se cuidan Que son promiscuas Actividad sexual con diferentes parejas
Pobres N= 1	A gente de escasos recursos
A todos N= 16	Solteros / casados / hombres / mujeres / niños A todo el mundo
Información No= 2	Personas con poca información, mal informadas

Cuadro 6		
Sida		
Percepción espontánea de afectación		
Jóvenes/ adolescentes N = 13		Por irresponsabilidad sexual Porque empiezan a tener relaciones A los chavos que no se protegen, les afecta física y socialmente,
Mujeres N= 18	Vulnerabilidad	Por el hecho de ser vulnerables Porque los hombres las contagian Mujeres de emigrantes
Hombres N= 20		
Hombres homosexuales N= 8		
Hombres con preferencias bisexuales N =1		
Hombres y mujeres N= 64	Actividad sexual	La gente que ha tenido relaciones sexuales Por igual
	Protección	A los que no usan condón Todas las personas que tienen contacto sexual y no se cuidan
	Información	A las personas que no están informadas
Sexualmente activos N=3		
Prostitutas N= 3		
Alcohólicos N= 2		
Todos N = 14		

Cuadro matricial 7 enfermedades de transmisión sexual		
¿En su opinión el problema se presenta más ahora que antes y por qué?		
Ahora N= 80	Cambios en las prácticas sexuales	Somos más liberales en cuestión de sexualidad: juguetes, varias parejas, relaciones con animales (qué asqueroso)
		Ahora hay una tendencia de que con cualquiera y sin cuidarse
		Hay gente con menos pudor
		Antes no eran tan promiscuos ahora sí
	Costumbres	No le dan importancia a la moral, todo se les hace fácil, los medios de comunicación, la equidad de género
		Ahora hay más valemadrismo, ya no tienen vergüenza
		Los jóvenes piensan más loco, les vale, se rompen valores
		Ya todos hacen lo que quieren, ya no hay tantos valores
		Ahora somos irresponsables
		Antes se llegaba virgen al matrimonio, y ahora se tiene relaciones con muchas personas
		Antes no se miraba lo mismo, ahora andan más rebeldes; de chiquita no me dejaban salir y ahora hacen lo que quieren
		Antes eran más conservadores, ahora no
		Se da más libertinaje, la gente es más liberal
		Porque permiten que se casen los homosexuales, se está permitiendo cosas que antes no eran tan comunes
La sociedad ha cambiado culturalmente porque se ha liberado su sexualidad		
Sexo por diversión	Ya se usa tener más relaciones por gusto, antes se contagiaban porque ya estaban casados o juntos, ahora no	
	El sexo se ve como diversión y no se fijan si están con uno o con otro	
No todo puede ser protegido	Los preservativos no evitan todas las enfermedades	
Densidad de población	Somos más gente, sobre todo en los países 3 mundistas	
Manejo de la información	Es un tema de dominio público, hay más porque te hablan más sobre el tema	
	Antes no se hablaba de eso y ahora sí, nos damos cuenta, antes eran más reservados, ahora se habla de más de eso y se hace más escándalo	
	Ahora se da más a conocer	
Influencia de los medios de comunicación	Se está convirtiendo en una epidemia	
	Los medios de comunicación han influido demasiado en el tema del sexo	
Antes N =18	Desconocimiento	Porque no se conocía cómo se transmitía ni qué enfermedades eran
		Antes no se conocían los casos
		Había menos información y menos recursos para cuidarte
		Porque ahora está más avanzado el conocimiento y antes no se sabía bien
		Menos higiene personal
		Ahora hay más información y ahora el que no se cuida es porque no quiere
		Falta de información e ignorancia de las personas
Igual N=27		Falta de cuidado e higiene
		Igual antes y ahora, antes por pena no se atendían
		El mismo nivel de casos, pero ahora hay más información
		Siempre ha existido
No sabe 6 / No contestó 18		

Cuadro matricial 8 Sida En su opinión, ¿el problema se presenta más ahora que antes y por qué?		
Ahora N=99	Cambios en las prácticas sexuales	Somos más liberales en cuestión de sexualidad: juguetes, varias parejas, relaciones con animales (qué asqueroso)
		Ahora hay una tendencia de que con cualquiera y sin cuidarse
		Hay gente con menos pudor
		Antes no eran tan promiscuos ahora sí
		Es más cochino todo
	Costumbres	No le dan importancia a la moral, todo se les hace fácil,
		Ahora hay más valemadrismo, ya no tienen vergüenza
		Los jóvenes piensan más locos, les vale, se rompen valores
		Ya todos hacen lo que quieren, ya no hay tantos valores
		Ahora somos irresponsables
		Antes se llegaba virgen al matrimonio, y ahora se tiene relaciones con muchas personas
		Antes eran más conservadores, ahora no
		Por la libertad y diversidad compartir parejas
		Porque permiten que se casen los homosexuales, se está permitiendo cosas que antes no eran tan comunes
		La sociedad ha cambiado culturalmente porque se ha liberado su sexualidad
	Sexo por diversión	Ya se usa tener más relaciones por gusto, antes se contagiaban porque ya estaban casados o juntos ahora no
		El sexo se ve como diversión y no se fijan si están con uno o con otro
	Inexistencia de la enfermedad	No existía la enfermedad
		Antes no se conocían casos
	Densidad de población	Somos más gente, sobre todo en los países 3 mundistas
Porque la población crece y se transmite		
Manejo de la información	Es un tema de dominio público, hay más porque te hablan más sobre el tema	
	Ahora se da más a conocer	
	Se está convirtiendo en una epidemia	
Influencia de los medios de comunicación	Los medios de comunicación han influido demasiado en el tema del sexo	
Antes N=14	Desconocimiento	Porque no se conocía cómo se trasmitía ni qué enfermedades eran
		Falta de información e ignorancia de las personas
Igual N=20	Información	El sida, aparentemente la gente es más libre en su sexualidad pero no tiene información
No sabe N= 2/ No contestó N=14		

Solo dieciséis mujeres del grupo entrevistado consideraron que estas enfermedades afectan más al hombre; en los porqués dados se encuentra el hecho de que el hombre tiene comportamiento sexual con múltiples parejas, suele ser menos higiénico, y la apertura que se está teniendo a la diversidad sexual (cuadro 9).

VIH / sida

Para el caso del VIH y el sida, la opinión se inclinó a considerar que el hombre sufre mayor afectación (N= 43 mujeres); esta situación se enmarca de nuevo en el comportamiento sexual del hombre, por tener relaciones sexuales con múltiples parejas, y que los hombres, por ser sexualmente más activos están más expuestos. La falta de higiene también fue señalada, así como la diversidad sexual: *“su tipo de relación es sucia”*.

Se menciona que puede existir en los hombres enfermos una intencionalidad de daño: *“lo hacen por maldad, con intención de infectar más gente”*.

En cuanto a si la afectación por el VIH y el sida es igual en hombres y mujeres, 62 mujeres estuvieron de acuerdo, ya que ambos son sexualmente activos y están en igualdad de circunstancias de sufrir contagio, y ambos pueden tener sexo sin protección. Si el hombre va con prostitutas y si ella está enferma, se contagia, y al contagiarse el hombre puede contagiar a la pareja, es una cadena.

El hecho de ser mujer, como un condicionante de afectación para el VIH y el sida, fue mencionado por quince mujeres, quienes aluden a la susceptibilidad por su anatomía, y también a que pueden ser contagiadas por la pareja, ya que, debido a la confianza en él, la mujer no se protege con el uso del condón. Se mencionó que las mujeres sexoservidoras están en riesgo, por tener muchas parejas (cuadro 10).

Cuadro matricial 9		
Infecciones de transmisión sexual		
Percepción de afectación según sean hombres o mujeres		
Mujeres N= 54	Anatomía	Órganos sexuales externos
		Más puntos de contacto
		Más frágiles sus genitales
		Las formas de sus genitales
		Sus partes son más sensibles y débiles que las de los hombres
	Comportamiento	Por la forma de la vagina, hay más fluidos, más sudor
		Ellas son más locas
		Tienen relaciones con hombres que tienen relaciones con personas sucias
	Hombre	Se cuidan menos
		Porque los hombres se meten con más mujeres y así se va regando
		Los hombres se la pegan a las mujeres
	Confianza	Hay hombres que no tienen cuidado
	Protección	Las esposas tienen confianza y no se cuidan
	Sensibilidad	Porque con la pareja con la que están no se protegen con el uso del preservativo
		Son las que tienen más probabilidades
		Son las que reciben los síntomas
	Irresponsabilidad	Son más delicadas
Hay un virus que solo afecta a las mujeres		
Higiene	Son más tarugas, porque quieren sentir "normal"	
Hombres N= 14	Comportamiento Múltiples parejas	Por descuido
		No tienen higiene las mujeres
		Tienen más relaciones
		El esposo tiene a veces relaciones fuera del matrimonio
	Higiene	Los hombres son siempre infieles
		Los hombres son muy mujeriegos
	Género	Promiscuos
Diversidad sexual	Suelen ser menos higiénicos	
	Los hombres en esta ciudad son más machistas y se prestan más a la promiscuidad	
Hombres y mujeres N =40	Información	Los hombres son más infieles
		Porque hay más <i>gays</i>
		Se está abriendo el tema de los homosexuales
		Porque si no se cuidan es lo mismo
	Actividad sexual	No tienen suficiente información
		Por la falta de responsabilidad y de información
	Efectos de la modernidad	Les falta información sexual
		Lo que importa no es el género, sino la precaución
		Ambos sí son sexualmente activos
		<i>El siglo más caliente</i>
Contagio en cadena	Si él tiene y tiene relaciones sexuales te afecta y si tú no lo sabes	
	Son las mismas enfermedades	
	Cuando una mujer se dedica a la vida alegre se contagia y contagia a los demás, y luego el esposo contagia a la esposa	
No sabe 5	Los hombres transmiten y la mujer es receptora	

Cuadro matricial 10 Sida Percepción de afectación según sean hombres o mujeres y por qué			
Mujeres N = 15	Anatomía	Sus partes son más sensibles y débiles que las de los hombres	
	Pareja	Las infectan los hombres	
		Se contagian por el esposo	
	Confianza	Las mujeres casadas no tienen la certeza de que sus parejas no tengan relaciones con alguien más	
		Infidelidad	
Protección	Porque con la pareja con la que están no se protegen con el uso del preservativo		
Sexo servicio	Prostitutas, porque se meten con muchos hombres		
Hombres N= 43	Género	Porque los hombres se meten con más mujeres a la vez y así la van regando	
		Promiscuos / andan con cualquiera	
		Son más libertinos y tienen más parejas sexuales	
		Por su condición de infieles	
	Comportamiento Múltiples parejas	Están más expuestos, son más activos sexualmente	
		Diversidad sexual	Hombres <i>gay</i> ... son más se meten todos... su tipo de relación es sucia
			Los hombres tienen mayor contacto con hombres y mujeres
	Higiene	Por ser homosexuales y no se cuidan por el Anacleto, no se limpian es más sucio	
		Suelen ser menos higiénicos	
Intencionalidad	Lo hacen con intención de infectar más gente		
Ambos N= 62	Información	Por falta de información	
	Sensaciones	Por sentir bien no se protegen	
	Actividad sexual	Ambos sí son sexualmente activos	
		Por las prácticas sexuales, van con prostitutas	
	La modernidad	El siglo más caliente	
	Contagio cadena en	Es una cadena, si se contagia un hombre el contagia a la mujer	
		Cuando una mujer se dedica a la vida alegre se contagia y contagia a los demás, y luego el esposo contagia a la esposa	
Ambos pueden tener sexo sin protección			
Los dos están en peligro de sufrir contagio			
No contestó N= 28			

PERCEPCIÓN DE AFECTACIÓN POR GENERACIÓN: JÓVENES O ADULTOS

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Del total de grupo de mujeres, 111 coincidieron en que este tipo de enfermedades afecta más a los jóvenes, los cuales presentan un conjunto de características, como la inmadurez, los deseos de experimentar, el aumento de la libido, el inicio temprano de la actividad sexual, así como la impulsividad: *“Como que están en una etapa de excesos y rebeldía”*.

Las condiciones del medio social, que propician que haya más libertad sexual, por lo cual ellas consideran que los jóvenes *“Están más destrampados”*. De acuerdo con su opinión, consideran que existe una afectación por igual tanto de jóvenes como de adultos. Un grupo de 25 mujeres concordó en que están en la misma condición de contagio, si son sexualmente activos, pues no importa la edad si no se saben cuidar.

Se menciona que los comportamientos de infidelidad y de promiscuidad los tienen por igual jóvenes y adultos, por igual es la falta de responsabilidad. La cultura de protección entre ambos, jóvenes y adultos, no tiene diferencia.

La población adulta fue vista con mayor afectación por solo siete mujeres de las que conformaron el grupo de estudio; ellas argumentaron que los adultos tienen menos defensas que los jóvenes (cuadro 11).

VIH / sida

Al igual que para las ITS, los jóvenes fueron señalados mayoritariamente como los más afectados (N = 80 mujeres) sobre la base de las mismas características señaladas para la afectación de ITS; para el caso del sida se agregó la educación en la familia.

El adulto es visto como el más afectado; se señala que debido a la evolución de la enfermedad: *“Es ahora cuando les brota el virus”*. También se hace referencia a que los adultos ya tienen un alto rango de relaciones sexuales, y no están familiarizados con el uso del condón.

Se señala que ambos, jóvenes y adultos, comparten el mismo riesgo si son sexualmente activos, todos por infidelidad, promiscuidad y falta de información. Y que la cultura de protección entre ambos, jóvenes y adultos, no tiene diferencia (cuadro 12).

PERCEPCIÓN DE AFECTACIÓN POR CONDICIÓN SOCIAL: POBRES O RICOS

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Una mayor parte de las mujeres (80) son de la opinión de que las infecciones de transmisión sexual afectan por igual a pobres y ricos, que el dinero no tiene nada que ver, sino el tipo de relaciones sexuales que se tengan, sin que importe si se es rico o pobre, ya que la infección no distingue, y las prácticas sexuales son las mismas en ambos grupos. Todos, en algún momento dado, pueden descuidarse: *“Depende de cada persona, de cómo se cuide, no veo por qué sea diferente”*.

Por otro lado se argumentó (N= 59) que los pobres son los más afectados, debido principalmente al factor educativo, que repercute en una menor educación sexual y acerca de las formas de prevención. También por el hecho de contar con menos recursos económicos, tanto para la atención a la salud como para la atención a la enfermedad, y no tener muchas veces seguridad social. Las situaciones culturales también figuraron: la pobreza del ambiente social, el no tener quien los oriente ni

apoye, y el que no tienen una cultura de cuidado, además de la existencia del “machismo”: *“No se trata de pobreza o riqueza, se trata de cultura”*.

Se opinó que, por las pocas oportunidades de trabajo, o la búsqueda de un ingreso mejor, los pobres emigran. Y en casos extremos se ven envueltos en situaciones de comercio sexual.

Cuadro matricial 11 Infecciones de transmisión sexual Percepción de afectación por edad <i>jóvenes o adultas</i> y por qué		
Jóvenes N =111	Información	Son los que tienen menos información.
		No tienen conocimiento de lo que es.
		Por ignorancia, no se meten a investigar.
	Deseos de experimentar	Son más aventurados, tienen menos conciencia.
		Lo hacen sin protección y como una aventura.
		Quieren experimentar más cosas, les vale todo.
	Inmadurez	La edad en donde todo se te hace más fácil.
		Sus actos los hacen como un juego.
		Son más irresponsables.
		Falta de madurez al llevar una relación y no protegerse como deberían.
		Exploran sexualmente sin conciencia de las consecuencias.
	Impulsividad	Se dejan llevar por lo que sienten y no piensan las cosas.
		No son cuidadosos, se van por la calentura.
		Se dejan llevar por lo impulsos y olvidan usar preservativos.
		No se detienen y no piensan hacerlo.
		No piensan cuando hacen cosas.
	Aumento de la libido	Les llama la atención el sexo.
		Buscan más sexo.
		Están en una etapa de maduración, en pleno, les atrae más el sexo y lo llevan a cabo.
		Tienen más relaciones.
	Inicio de actividad sexual	Tienen varias parejas.
		Comienzan a tener relaciones más chicos.
	Comportamientos	Antes eran más persignados y ahora son más libres.
Porque andan más de reventón que un adulto que ya sabe las cosas.		
Hay más libertinaje entre los jóvenes.		
La juventud está loca.		
Como que están en una etapa de excesos y rebeldía.		
Las condiciones del medio	Están destrampados, la juventud está valiendo, les falta responsabilidad.	
	Hay más libertad sexual.	

Cuadro matricial 11 (cont.) Infecciones de transmisión sexual Percepción de afectación por edad <i>jóvenes o adultas</i> y por qué		
Adultos N=7	Sistema inmunológico	Porque tienen menos defensas que los jóvenes.
Ambos N= 25	Riesgo	Todos por infidelidad, promiscuidad, falta de información.
		Tanto jóvenes como adultos tienen relaciones sexuales.
		No distingue raza ni edad.
		No importa la edad si no se saben cuidar.
	Por comportamientos	Están en las mismas condiciones de contagio.
		Tan infieles son los unos como los otros, solo buscan placer.
	Cultura y valores	Ambos tienen el mismo riesgo, si son sexualmente activos.
		La cultura de protección entre jóvenes y adultos no tiene diferencia.
		Depende de cómo lleves tu vida y cómo valores tu cuerpo.
	Responsabilidad de los actos	No hay responsabilidad en ambos.
Tal vez a todos, pero los jóvenes se nos hace más fácil.		
No contestó N= 4		

Cuadro matricial 12		
Sida: Percepción de afectación por edad <i>jóvenes o adultas</i> y por qué		
Jóvenes N= 86	Información	Son los que tienen menos información.
	Conciencia de riesgo	Son los que no se protegen.
		Falta de precaución.
		Son más aventurados, tienen menos conciencia.
		Lo hacen sin protección y como una aventura.
		Nos confiamos por la irresponsabilidad de la inmadurez.
		Falta de madurez al llevar una relación sexual y protegerse como deberían.
		Son sus actos que los hacen como un juego.
		Toman las cosas a la ligera.
		Exploran sexualmente sin conciencia de las consecuencias.
		Falta de precaución.
	Impulsividad	Se dejan llevar por lo que sienten y no piensan las cosas.
		Toman las cosas a la ligera.
		Quieren experimentar demasiado rápido sin conocer a la persona.
		No se detienen y no piensan al hacerlo.
	Aumento de la libido	Están en una etapa de maduración, en pleno, les atrae más el sexo y lo llevan a cabo.
		Son más activos sexualmente.
	Educación en la familia	No hay buena educación en nuestras casas, los hijos hacen lo que quieren y no obedecen a los papás.
	Inicio de actividad sexual	Comienzan a tener relaciones más chicos.
		Desde chiquitos tienen algo con otros.
	Comportamientos	Son lo que no se protegen.
		Antes eran más persignados y ahora son más libres.
		Porque andan más de reventón que un adulto que ya sabe las cosas.
Los jóvenes no se cuidan por calentura o pedez.		
Son más activos sexualmente.		
Tienen varias parejas.		
Hay más libertinaje entre los jóvenes que entre las personas mayores.		
Adultos N=23	Cuestiones prácticas	Los adultos no están muy familiarizados con los métodos de protección.
	Evolución de enfermedad	Por el tiempo que tarda en desarrollarse la enfermedad, a menos que nazca con ella.
		Porque se dan cuenta ya que están grandes.
	Porque ahora es cuando les brota el virus.	
Tiempo de práctica sexual	Tienen un alto rango de relaciones sexuales.	
Capital cultural	Por ignorancia y falta de cultura.	
Ambos N=38	Comportamientos	Todos por infidelidad, promiscuidad, falta de información.
		Tan infieles son los unos como los otros, solo buscan placer.
		Tanto jóvenes como adultos tienen relaciones sexuales.
		Igual porque a cada rato cambian de pareja sexual.
		Igual de tontos.
		No importa la edad si no se saben cuidar.
	Autocuidado	Depende de cómo lleves tu vida y cómo valores tu cuerpo.
		Cualquiera puede estar expuesto o desinformado.
	Percepción del riesgo	No distingue raza ni edad.
		Ambos tienen el mismo riesgo, si son sexualmente activos.
		La cultura de protección entre jóvenes y adultos no tiene diferencia.
		Tal vez a todos, pero los jóvenes se nos hace más fácil.
		No hay responsabilidad en ambos.
Cualquiera puede meterse con alguien que tiene sida.		
Te pega igual.		
No sabe / no contestó N= 3		

Las mujeres que señalaron (9) que los ricos eran los que más se afectaban expusieron que, al tener mejor posición económica, pagan por sexo, y tienen

“vicios alocados”; se dijo que el temor a la crítica social hace que no se atiendan (cuadro 13).

VIH / SIDA

En forma similar se argumentó que ambos, ricos y pobres, tienen la misma posibilidad de afectación por el VIH y el sida (N= 93 mujeres), en el sentido de que las prácticas sexuales son las mismas, donde tiene que ver el tipo de relaciones sexuales que se tengan. Tanto pobres como ricos están en riesgo, los dos se mueren: *“La condición económica no define la cantidad de relaciones que tengas sin protección”*. *“Porque no importa lo económico, si les toca, les toca”*.

Se mencionó que los pobres (N= 42 mujeres) son afectados debido a la educación, a las adicciones: *“Suelen drogarse con jeringas que comparten”*; igualmente, la carencia del recurso económico y de los medios de atención a la salud y a la enfermedad, la falta de una cultura de cuidado, y situaciones de comercio sexual.

Por su parte, catorce mujeres opinaron que los ricos están en mayor posibilidad de contraer VIH, en el sentido de que tienen dinero y andan en todas las fiestas, y en lugares que se prestan a contagios (cuadro matricial 14).

Cuadro matricial 13 Infecciones de transmisión sexual Percepción de afectación por condición social <i>pobres o ricos</i> y por qué		
Pobres N= 59	Educación	El estatus económico es determinante.
		Ignorancia y falta de educación sexual.
		No tienen estudios de esas enfermedades.
		No tienen el conocimiento de cómo se pueden curar.
	Higiene	Tienen menos información.
		No tienen la higiene necesaria.
	Recursos para la atención a la salud y a la enfermedad	Tienden a ser sucios.
		Falta de medicamento. No tienen seguridad social.
		Se complica el caso, no se atienden.
		No tienen la solvencia económica para curar la infección y la siguen contagiando.
		No tienen dinero para curarse y comprar medicamentos.
		Porque si a veces no tienen para comer, pues menos pa cuidarse.
	Capital social	No tienen los medios para comprar preservativos.
Los ricos tienen modo de atenderse y comprar medicinas, pero los pobres no		
Pobreza del ambiente social.		
No existe cultura de cuidado en gente marginada.		
Cultura de género	A veces no tienen quien les dé consejos.	
	No se trata de pobreza o riqueza, se trata de cultura.	
Comercio sexual	Machismo.	
Búsqueda de trabajo	El pobre se prostituye.	
		Se van al norte y se contagian.
Ricos N= 9	Mayor adquisición económica	Están más desenvueltos en el mundo, tienen vicios alocados.
		Tienen menos pudor.
	Prejuicios	Pagan por sexo.
		Por el temor a la crítica social no se atienden.
Ambos N= 80	Actividad sexual	Las prácticas sexuales son las mismas en personas ricas y pobres.
		Porque el dinero no tiene nada que ver, sino las relaciones que tengan.
	Percepción del riesgo	No importa si es pobre o rico.
		Se corre el mismo riesgo.
		La infección no distingue.
		Todos pueden descuidarse.
	Situación de economía	Depende de cada persona, de cómo se cuida, no veo por qué sea diferente.
		Es una transmisión que no depende de la economía.
		Teniendo o no teniendo dinero te gusta tener relaciones.
	Falta de protección	No respeta clases.
Aunque los ricos tengan dinero no son precavidos.		
Aunque tengan dinero no son precavidos.		
No contestó N = 5		Porque los ricos aunque tengan dinero no son precavidos.
		No sé, porque sí.

Cuadro matricial 14 Sida Percepción de afectación por condición social <i>pobres o ricos</i> y por qué		
Pobres N = 42	Educación	No tiene la educación como para saber la importancia de curarse.
		Tienen menos información.
		No tienen estudios de esas enfermedades.
	Adicciones	Suelen drogarse con jeringas que usan varias personas.
	Recursos para la atención a la salud	Falta de medicamento.
		No tiene los medios para cuidarse o para tratarse.
		No tienen dinero para cuidarse y comprar medicamentos. Porque si a veces no tienen para comer, pues menos para cuidarse.
	Capital social	No tiene la cultura suficiente para saber lo importante que es cuidarse.
		Los ricos tienen modo de atenderse, pero los pobres no.
		No se trata de pobreza ni de riqueza se trata de cultura.
Comercio sexual	El pobre se prostituye.	
Ricos N = 14	Mayor adquisición económica	Tienen dinero y andan en todas las fiestas, son lugares donde se presta a contagios.
		Su dinero les permite tener más actividad sexual.
		Tiene dinero y cuando tiene necesidad de tener relaciones lo hacen con cualquier persona (pagan por esto).
		Tienen más probabilidad de estar con las personas sin fijarse.
		Los ricos andan donde quiera.
	Actitud	Porque creen que todo lo pueden.
		Tienen más libertinaje.
Ambos N = 93	Actividad sexual	Las prácticas sexuales son las mismas en personas ricas y pobres.
		Porque el dinero no tiene nada que ver, sino las relaciones que tengan.
	Percepción del riesgo	No importa si es pobre o rico.
		Depende de cada persona de cómo se cuida, no veo por qué sea diferente.
		Los dos se mueren.
		Porque tanto pobres como ricos están en riesgo.
		Cualquiera puede meterse con alguien que tiene sida.
		La condición económica no define la cantidad de relaciones que tengas sin protección.
	Determinismo	Porque no importa lo económico, <i>si les toca, les toca</i> .
	Situación de economía	Es una transmisión que no depende de la economía.
		Teniendo o no teniendo dinero te gusta tener relaciones.
		No respeta clases.
	Irresponsabilidad	Aunque los ricos tengan dinero, no son precavidos.
El estatus económico no es determinante, importa el cuidado.		
		Porque saben las consecuencias y no se cuidan.

PERCEPCIÓN DE AFECTACIÓN A POBLACIONES DE ZONAS URBANA Y RURAL

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

En la percepción de afectación de las personas en dependencia de su lugar de residencia hubo una coincidencia en 64 mujeres, acerca de que las poblaciones de las ciudades son las que tienen mayor afectación, por cuatro situaciones: 1º LA densidad de población; 2º mayores zonas de exposición al riesgo; 3º los valores, y 4º las características de la población de las ciudades. Las ciudades son más grandes, y a mayor población más promiscuidad y más gente infectada o más posibilidades de que alguien tenga y lo contagie. Hay más libertad de acción, y la posibilidad de tener más parejas, más prostitución y lugares públicos en los que se puede uno contagiar. Hay menos valores, respeto y principios.

El ambiente es diferente, la gente de la ciudad es más abierta: *“Llevan una vida destrampada, antros y alcohol”*.

Las mujeres (43) que creen que en las zonas rurales la población es la más afectada opinaron en forma mayoritaria que esto es debido a no contar con información y tener menos conocimiento. *“No tienen estudios sobre esas enfermedades, están atrasados”*. Se atienden menos o no se atienden, no se utilizan métodos anticonceptivos y las mujeres están sometidas.

Ambos lugares, zonas urbanas y rurales fueron referidos (N=38 mujeres) con las mismas posibilidades de afectación; se argumentó que en ambas zonas hay hombres, mujeres, homosexuales, lesbianas, de todo, y todos están expuestos a sufrir una enfermedad. Se mencionó en forma importante el machismo (cuadro 15).

VIH / SIDA

Para el caso del sida, la percepción de mayor afectación fue, en opinión de la población entrevistada, la zona urbana (N= 76 mujeres). Las razones expresadas giraron todas en el mismo sentido que para las infecciones de transmisión sexual, y se agregó que en las ciudades “*Se tiene todo al alcance*”, y que hay más mujeres prostitutas, además de que “*Los chavos tienen otro tipo de pensamiento*”.

En el mismo sentido que lo expresado para las ITS, las mujeres (N=26) consideraron que en las zonas rurales hay más afectación del sida, y se sumó que en estas zonas “*No hay tanto con qué protegerse*”. Lo mismo sucedió con lo dicho en cuanto a que la afectación es por igual en ambas zonas, rural y urbana (cuadro 16).

Cuadro 15 Infecciones de transmisión sexual Percepción de afectación por <i>ciudad o zonas rurales</i> y por qué			
Zona urbana Ciudad N= 64	Densidad de población	Concentración de gente.	
		Son más grandes.	
		Como hay más gente hay más promiscuidad.	
	Ciudad		Por el número de población hay más gente infectada.
			Hay más posibilidades de que alguien tenga y los contagie.
	Mayores zonas de exposición al riesgo	Migración	Hay gente que llega de otros lugares.
			Hay más lugares donde se puede tener la enfermedad.
			Más parejas sexuales.
			Hay más prostitución, de todo.
			Hay más libertad.
			Hay menos prostitución en los pueblitos, hay valores y respeto.
			Por su poca información (zonas rurales) no acostumbran cambiar tanto de pareja.
			Bares y discos, drogas y alcohol.
		Valores	Ya no respetan.
			Hay menos principios.
Características de la población Formas de vida		Porque en el campo son más cerrados y no hay tanta actividad sexual.	
		El ambiente diferente, en el campo están más aislados.	
		En los ranchitos son más pudorosos.	
		La gente es más moderna con una mentalidad más abierta y no les preocupa lo que diga la gente.	
		Llevan una vida destrampada (antros y alcohol).	
Zonas rurales N= 43	Información	No tienen estudios ni información sobre esas enfermedades, están atrasados.	
		Tienen más ignorancia/ Falta de conocimiento.	
		No cuentan con recursos e información, tienen menos información.	
		No hay la misma educación.	
		Nivel de educación, no conocen las enfermedades, la forma de protección, menor higiene, no cuentan con...	
	Utilización de los servicios de salud	No se atienden o se atienden menos. No hay tanto con qué protegerse.	
	Situaciones de género	Por ignorantes y sumisas.	
Prácticas sexuales	Falta de uso de métodos anticonceptivos.		
	Hay más parejas estables.		
Ambos lugares N=38	Situaciones de género	No se tiene una cultura para prevenir el machismo	
	Diversidad sexual	No tiene nada que ver, hay hombres, mujeres, homosexuales, lesbianas, de todo.	
	Situaciones comunes	Todos quieren tener relaciones.	
		Todo el mundo está expuesto a sufrir una enfermedad.	
	Percepción del propio riesgo	Creo que en todos lados nos sentimos inmunes.	
Percepción de riesgo de la población	Se da en donde sea.		
	En los dos lados se mueren.		
No contestó N= 4			

Cuadro matricial 16 Sida Percepción de afectación por <i>ciudad o zonas rurales</i> y por qué		
Ciudad N =76	Densidad de población	Concentración de gente.
		Hay más gente.
		Como hay más gente hay más promiscuidad.
		Por el número de población hay más gente infectada.
	Mayores zonas de exposición al riesgo	Hay más lugares donde se puede tener la enfermedad.
		Tienes más fácil las cosas, acceso a lugares como prostibulos.
		Más parejas sexuales.
		Hay más mujeres de ese tipo (prostitutas).
		Hay más prostitución, de todo.
		Porque son más grandes y hay más promiscuidad.
		Tienen todo al alcance.
		Hay menos prostitución en los pueblitos, hay valores y respeto.
		Hay más convivencia con otra gente.
		Hay más lugares de esos en la ciudad.
		Por el ambiente.
		Características de las personas
	Por alcodados y viciosos.	
	Características de la población Formas de vida	La gente es más moderna, más abierta, no le preocupa lo que diga la gente.
		Mayor libertad con respecto a los jóvenes.
		La gente es más promiscua.
Hay más libertad.		
Las personas de zonas urbanas son más promiscuas.		
Por la mentalidad tiene más contacto con prostitutas, hay más lugares donde se permite o se reúnen homosexuales.		
En el campo son más cerrados y no hay tanta actividad sexual.		
Antros, alcohol, droga, lleva a cosas sin pensar.		
Hay más libertad, los papás no ponen atención.		
El ambiente es diferente, en el campo están más aislados.		
Zonas rurales N=26	Información	Tienen menos información.
		Nivel de educación, no conocen las enfermedades, de protección, menor higiene.
		No hay la misma educación.
		No tienen estudios ni información de eso.
		No hay tanto con qué protegerse.
	Prácticas sexuales	Falta de uso de métodos anticonceptivos.
Utilización de los servicios de salud	No tienen recursos para curarse. Se atienden menos.	
Ambos lugares N= 46	Percepción de riesgo de la población	Todo el mundo está expuesto a sufrir una enfermedad.
		Cualquiera puede meterse con alguien que tiene sida.
		Creo que en todos lados no sentimos inmunes.
		Cuando se infectan, pues ya es igual donde vivan.

PERCEPCIÓN DE AFECTACIÓN POR DIVERSIDAD SEXUAL

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

La opinión de 55 entrevistadas fue consistente en considerar que ambos, heterosexuales y homosexuales, si son sexualmente activos, tienen las mismas probabilidades de verse afectados por las infecciones de transmisión sexual, básicamente debido a la práctica sexual de riesgo, con intercambio de pareja sexual, el uso de juguetes eróticos y las condiciones sociales del medio.

Los homosexuales fueron vistos por 41 mujeres del estudio como los que más resultan afectados de las ITS; de la misma manera, se señaló el tipo de práctica sexual, la falta de protección, y que hay más homosexuales con sida que heterosexuales.

Los heterosexuales fueron percibidos con más riesgo de afectación, porque el contacto sexual es socialmente permitido. Las opiniones se enfocaron hacia la mujer heterosexual, como la más afectada (cuadro 17).

VIH / SIDA

Concerniente al sida, los homosexuales fueron vistos (N= 64 mujeres) como la población más afectada, relacionado igualmente con las prácticas sexuales, pero señalando que estas son diferentes, y la falta de cuidado y protección.

Cincuenta mujeres compartieron la opinión de que tanto los homosexuales como los heterosexuales son afectados por igual. Los motivos expresados se ubicaron en que ambos grupos tienen relaciones sexuales, y debido al tipo de práctica sexual con intercambio de parejas y el uso de juguetes, así como que y por igual ambos tienen relaciones por el ano.

19 mujeres concordaron en que los heterosexuales son los más afectados por el sida, por falta de cuidados y porque mezclan relaciones con hombres y mujeres (cuadro 18).

CAUSALIDAD ATRIBUIDA

Dentro de lo que consideran que pudiera ser lo que provoque estos problemas se menciona de manera general, tanto para las Infecciones de transmisión sexual como para el VIH y el sida:

LA PRÁCTICA SEXUAL POCO RESPONSABLE

El tener una práctica sexual poco responsable, como la promiscuidad: *“Tener muchas parejas”* y las prácticas de alto riesgo: *“Meterse con cualquiera sin utilizar preservativos”*.

LA INFORMACIÓN / EDUCACIÓN

La falta de información, sobre todo para el uso adecuado del condón, *“saben que deben protegerse, pero no saben cómo”*, así como la calidad de la información, la cual dicen que es distorsionada, ya que proviene de revistas de dudosa calidad. También influye el bombardeo de información relativa al sexo por los medios de comunicación: *“No hay una educación sexual adecuada desde la casa, se ve como prohibido el tema y eso les llama más la atención”*. Se agrega la carencia de educación en cuanto al cuidado del cuerpo, la mala higiene y la realización de perforaciones y tatuajes en lugares clandestinos.

LA DIVERSIDAD SEXUAL

“La homosexualidad de hombres y, en algunos casos, la bisexualidad de ellos”.

Cuadro matricial 17 Infecciones de transmisión sexual Percepción de afectación por diversidad sexual y por qué		
Heterosexuales N= 35	Afectación diferenciada	Hay más contacto abierto y permitido.
		El organismo de la mujer responde distinto del hombre. Quizás porque tienen más contacto (puntos de contacto).
Homosexuales N= 41	Protección	No se cuidan lo suficiente.
	Tipo de práctica	Los homosexuales tienden a tener muchas parejas. Por promiscuidad.
	Diversidad sexual	Porque son más la gente <i>gay</i> que tiene sida que otras.
Ambos N= 55	Prácticas sexuales	No son los homo, hétero o bisexual, se trata del intercambio de pareja o parejas sexual, ya sea con otro sexo o con el mismo.
	Higiene	Por la higiene y el uso de juguetes eróticos, se quieren comer el espagueti por las orejas, hay 8 tipos de sexo, solo uno decente.
	Condiciones sociales del medio	Vivimos en una sociedad en la que se puede tener varias parejas sin conflicto, pero caemos en la calentura y no usamos protección.
	Su condición de humano	Hacen lo mismo, tener relaciones sexuales. Unos y otros buscan placer. Todo aquel que es sexualmente activo y que no toma precauciones está expuesto.
Bisexual	N= 1	
No contestó	N= 16	
No sabe	N= 1	

Cuadro matricial 18 Sida Percepción de afectación por diversidad sexual y por qué		
Heterosexuales N= 21	Medidas de protección	Falta de cuidado.
		Porque se meten con hombres y con mujeres.
		Hay más contacto abierto y permitido.
Homosexuales N= 64	Tipo de práctica diferenciada por la diversidad sexual	No se cuidan lo suficiente.
		Los homosexuales tienden a tener muchas parejas.
		Por promiscuidad.
		Porque buscan por todos lados.
		Porque tienen relaciones por el ano y esto es más propenso a infectarse.
		El hombre homo no le gusta utilizar condón y solo lo relaciona con la prevención de embarazo y por ello lo considera innecesario.
		Es más común en ellos, siempre he escuchado eso, no tienen tanto cuidado.
		Porque son más la gente <i>gay</i> que tiene sida que otras.
	Como no pueden quedar embarazados entre ellos, pues no se cuidan.	
	Visión de lo normal	No son normales.
Llegan a confundir su sexualidad con la libertad de darse muchas parejas y entre ellos se contagian más.		
Ambos N= 50	Prácticas sexuales	Igual por el tipo de práctica.
		No son los homo, hétero o bisexual, se trata del intercambio de pareja o parejas sexuales, ya sea con otro sexo o con el mismo.
	Higiene	La práctica sexual es más abierta entre personas del mismo sexo.
		Por la higiene y el uso de juguetes eróticos, se quieren comer el espagueti por las orejas, hay 8 tipos de sexo, solo uno decente.
		Homo y hetero y bisexuales tienen relaciones sex por el ano y esto es más propenso a infectarse.
		Son más sucios.
		Hacen lo mismo (tener relaciones sexuales).
		Porque afecta a lo mismo de igual manera.
		Unos y otros buscan placer.
		Todo aquel que es sexualmente activo y que no toma precauciones está expuesto.
El virus agarra parejo con cualquier tipo de preferencias sexuales.		
No contestó	N= 13	
No sabe	N= 1	

LA FAMILIA

Se menciona fuertemente la falta de atención de los padres: *“No hay padres al pendiente”*, y la carencia de información relativa a estos temas de los padres y de quienes están encargados de la educación.

De la misma forma se señala los ritmos a que son sometidas las familias, lo que lleva a tener menos tiempo con los hijos: *“Las familias han cambiado su forma de vida, ya no hay tiempo para educar y enseñar valores”*.

EL LIBERTINAJE

Se relaciona con *“la liberación en todos los sentidos, tanto del hombre como de la mujer; porque ya tienen rienda suelta, no nada más los jóvenes, también los adultos”*. Y se considera ligado a la falta de conciencia y de responsabilidad personal: *“No se tiene temor de muchas cosas, nos creemos inmunes ante las enfermedades”, “por pendejos”*. Además, con la pérdida de valores: *“no se da el valor ni a uno mismo”*.

LA INFIDELIDAD

Se relaciona la infidelidad al decir que debido al machismo que está presente en nuestro medio, *“ya lo tiene el hombre en la sangre”*. *“No tienen relación estable y cambian de pareja”*.

EL AUMENTO DE LAS PRÁCTICAS SEXUALES

Se considera este aumento debido a la información que reciben los jóvenes, la influencia del grupo de amigos, el querer quedar bien, y el consumo de alcohol y drogas:

“Hay mucha gente que toma alcohol, y desde jóvenes las drogas y por eso luego tienen relaciones desde los 13, 15 años”.

“El índice de relaciones sexuales, ahora es algo que está a la orden del día”.

“La sociedad es muy abierta, más liberal, desde muy pequeñas las chavitas tienen relaciones con sus novios”.

“Meterse con él o la que se pueda, y entre más mejor”.

LA INTENCIONALIDAD DEL DAÑO

Se expresa el temor basado en el conocimiento de casos de mujeres que fueron contagiadas por las propias parejas: *“Por maldad, hay gente que no dice que tiene VIH/sida, y tiene relaciones sin protección, así les ha pasado a muchas mujeres, con sus parejas”*.

PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN

Se considera que hay cuatro formas de prevenir las infecciones de transmisión sexual y el sida.

I. LA EDUCACIÓN SEXUAL

Ha de tener a la escuela y la familia como protagonistas principales. Se deben llevar a cabo programas preventivos desde edades muy tempranas, con información clara, que abra la mente de las personas. Se recalca la importancia de que la educación esté basada en valores, y que se debe procurar enseñar a pensar a los alumnos.

Por su parte, para los padres, las recomendaciones van en dos sentidos: proporcionar más información y educación sexual, y que esta ya no sea tabú. Hablarlo en casa, diciendo las cosas como son, sin satanizar, apoyar a los hijos con consejos y platicar con ellos para que sepan cómo cuidarse.

II. PROGRAMAS PREVENTIVOS

Realizar campañas informativas, con información sobre métodos que ayuden a prevenir, sobre las causas y utilizar testimonios: el material debe contener más gráficas y emplear fotografías, sin tantas letras.

Proporcionar información a los jóvenes, en particular y sobre todo acerca de las enfermedades que se pueden contagiar y qué tratamientos hay para ellas.

A escala de la comunidad en general: dar pláticas de sexualidad a las comunidades, dándoles folletos, informando a la gente, para que conozcan métodos y cosas para protegerse. Proporcionar orientación sexual tanto a jóvenes

como adultos. Y dar información a todo el mundo de cómo prevenir estas enfermedades.

Concientizar para crear una cultura de protección.

Particularmente para el sida; despertar más interés en el tema, hacer énfasis en la problemática, en sus consecuencias, con información más clara y precisa, realizando campañas más avanzadas de prevención.

III. EL EMPLEO DE MEDIDAS DE PROTECCIÓN

Cuidarse con el uso adecuado del condón, tanto el masculino como el femenino, practicar la abstinencia sexual. Evitar la promiscuidad, tener una sola pareja, ya que es lo más seguro, saber con quién tener una relación sexual. Respetarse uno mismo y ser fiel a la pareja, tener relaciones solo dentro del matrimonio.

Ser responsable, realizarse revisiones médicas, sobre todo si ya se tiene una vida sexual activa, y obtener suficiente información.

Para el caso del sida, usar todo tipo de protección, cuidar de no acudir a realizarse tatuajes en establecimientos que no tengan una certificación sanitaria.

IV. LAS MEDIDAS LEGALES

Más difusión por parte del gobierno; cerrar antros más temprano, particularmente en el caso del sida, que el sector salud supervise los procedimientos de higiene y seguridad en la aplicación de inyecciones y en la realización de transfusiones dentro de los establecimientos de salud (cuadros matriciales 19 y 20).

Cuadro matricial 19		
Infecciones de transmisión sexual		
Cómo cree que se prevendría o evitaría		
Educación sexual	Escuela	Con valores.
		Con campañas de prevención desde primaria.
		Llevando a cabo programas preventivos desde edades tempranas, con información clara y que abra la mente de las personas.
		Implementando más información en las escuelas.
		Enseñarlos a pensar.
	Padres y familia	Hablando con la familia.
		Apoyando a los hijos con consejos.
		platicar con los hijos para que sepan cómo cuidarse.
		Hablando en casa, diciéndolo como es, no satanizar.
		Desde la casa según valores.
		Más información y educación sexual.
		Educación sexual desde la familia, que ya no sea tabú.
Programas preventivos	Información	Dando información a los jóvenes sobre todo qué enfermedades se pueden contagiar y qué tratamientos hay.
		Darles información de cómo prevenirlo a todo el mundo.
		Orientación sexual a los adultos y jóvenes.
		Dar pláticas de sexualidad en comunidades.
		Informando a la gente, dándoles folletos, libros.
	Concientización	Dando pláticas para que conozcan anticonceptivos y cosas de protección (condones).
		Crear una cultura de protección.
	Consejería	Asesoría y consejería a las personas.
	Campañas	Campañas informativas.
		Campañas sociales: con información sobre métodos que ayuden a prevenir; sobre las causas y testimonios.
		Realizar campañas, más gráficas fotográficas.
	Con información, pero que no tenga tantas letras.	
Medidas de protección	Cuidarse con métodos	Con el uso del condón.
		Uso adecuado del condón.
		Usando condón masculino y femenino, pastillas.
	Abstinencia	No teniendo relaciones sexuales.
	Higiene	Bañándonos siempre.
		Limpiarte después de las relaciones.
		No usar ropa de licra.
	Evitar la promiscuidad	No tener relaciones con cualquiera.
		Saber con quién tener relación sexual.
		Evitar ser promiscuo
		Respetándose y siendo fiel a la pareja
		Lo más seguro es tener una sola pareja
	Revisiones medicas	Haciéndote revisiones médicas
	Información	Empapándonos sobre qué puede provocarlo o prevenirlo
Responsabilidad	Siendo más responsable	
Medidas legales	Educación/información	Cerrar antros temprano, porque borrachos te animas a todo
		Mas difusión de cómo prevenir las por parte del gobierno

Cuadro matricial 20 Sida Cómo cree que se prevendría / evitaría este problema		
Educación sexual	Escuela	Con valores.
		Con campañas de prevención desde primaria.
		Llevando a cabo programas preventivos desde edades tempranas, con información clara y que abra la mente de las personas.
		Implementando más información en las escuelas.
		Enseñarlos a pensar.
		Apoyando a los hijos con consejos.
		platicar con los hijos para que sepan cómo cuidarse.
		Hablando en casa, diciéndolo como es, no satanizar.
		Desde la casa según valores.
		Más información y educación sexual.
Educación sexual desde la familia, que ya no sea tabú.		
Programas preventivos	Información	Dando información a los jóvenes sobre todo qué enfermedades se pueden contagiar y qué tratamientos hay.
		Darles información de cómo prevenirlo a todo el mundo.
		Orientación sexual a los adultos y jóvenes.
		Dar pláticas de sexualidad en comunidades.
		Informando a la gente, dándoles folletos, libros.
		Dando pláticas para que conozcan anticonceptivos y cosas de protección (condones).
		Despertando más interés en el tema.
	Concientizando	Hacer énfasis en la problemática, consecuencias, más información, más clara y precisa.
		Concientizando.
		Crear una cultura de protección.
	Campañas	Campañas informativas.
		Campañas sociales: con información sobre métodos que ayuden a prevenir; sobre las causas y testimonios.
		Realizar campañas, más gráficas fotográficas.
		Con información, pero que no tenga tantas letras.
		Campañas más avanzadas de prevención.
Mas difusión de cómo prevenir las por parte del gobierno.		
Medidas de protección	Uso de medidas de protección	Uso adecuado del condón.
		Usando condón masculino y femenino, pastillas.
		Usar un método 100% seguro.
		Usando todo tipo de protección.
	Abstinencia	No teniendo relaciones sexuales.
		Cerrando las piernas.
	Higiene en establecimientos	Evitar acudir a lugares donde realicen tatuajes o perforaciones sin una certificación sanitaria.
	Evitar la promiscuidad	No tener relaciones con cualquiera.
		Saber con quién tener relación sexual.
		Evitar ser promiscuo.
		Respetándose y siendo fiel a la pareja.
	Revisiones	Lo más seguro es tener una sola pareja.
	Revisiones	Haciéndote revisiones médicas.
	Información	Empapándonos sobre qué puede provocarlo o prevenirlo.
Responsabilidad	Siendo más responsable.	
Medidas legales		Cerrar antros temprano, porque borrachos te animas a todo.
	Procedimientos sector salud	Checkar bien la sangre, las agujas, las jeringas.
		Con protección e higiene en las inyecciones.

ACCESO Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

En cuanto a la utilización de los servicios de salud, se indagó sobre tres aspectos: lo referente a la prueba de detección de cáncer cérvico-uterino (PAP), su utilización en forma regular, y las razones para hacerse o no hacerse la prueba. En este mismo sentido se indagó si, de acuerdo con su consideración, esta prueba es útil para la detección de Infecciones de transmisión sexual.

Ante la pregunta a las mujeres sobre si se habían practicado la prueba de detección de cáncer cérvico-uterino, una proporción importante de ellas respondió que no se realizan la prueba de detección en forma regular (N=77), y trece mujeres no contestando a la pregunta.

MUJERES QUE NO SE REALIZAN REGULARMENTE LA PRUEBA PAP

Las razones aducidas se ubicaron en los siguientes rubros: Información, motivación personal, experiencias personales, servicios de salud, y situaciones económicas.

Por información

El conocimiento respecto de la realización de esta prueba giró en torno a la edad de realización y la condición de tener o no actividad sexual, y los lugares donde se realiza este examen:

“No sé cuándo hacerlo, estoy chava todavía, no lo necesito aún”.

“Tengo entendido que solo es para personas mayores de 30 años”.

“Aún no comienzo mi vida sexual, no tengo relaciones sexuales”.

“No sé a dónde ir para que me lo haga”.

De igual manera, el desconocimiento de los procedimientos para realizar la prueba: *“No sé en qué consiste, capaz y me hacen otra cosa”*.

Por motivación personal

Existe una situación de desmotivación hacia la realización de la prueba, manifestada por algunas actitudes y sentimientos: *“Descuido, pena flojera, miedo, vergüenza, desconfianza a los doctores”*.

Algunas más solo se limitaron a decir *“Porque no”*, o sencillamente: *“No sé”*, o: *“No lo había pensado”*.

Por experiencias personales: “Porque a veces me hace daño hacérmelo, me duele”.

Servicios de salud

Este aspecto está relacionado con la calidad de los servicios de las instituciones de salud:

“Porque tiene mucho tiempo de hacerlo mal el IMSS”.

“Son muy bruscos y me lastiman”.

“Los médicos no me han dado la indicación de hacérmelo”.

Las situaciones económicas: “No tengo seguro y por fuera cuesta mucho, no tengo dinero”.

MUJERES QUE SÍ SE REALIZAN REGULARMENTE LA PRUEBA PAP

De acuerdo con lo mencionado, el examen es realizado principalmente por motivos de prevención de enfermedades, principalmente el cáncer: *“Por miedo a tenerlo [el cáncer]”*.

Para control de infecciones previas, por indicación del médico: *“Tenía papiloma”*.

Por cuidar de su salud: *“Si se tiene una enfermedad, detectarla tiempo, y evitarse una sorpresa”*. *“Soy sexualmente activa”*.

En cuanto a la utilización de la realización de este examen para detectar infecciones de transmisión sexual, la mayoría de las mujeres (113) consideró que sí sirve; diecisiete no creen que sirva; cinco no saben si es de utilidad, y quince mujeres del grupo de mujeres entrevistadas no contestaron.

CONOCIMIENTO DE MUJERES QUE RECIBIERON O ESTÁN EN TRATAMIENTO PARA ITS O SIDA Y OPINIÓN DEL SERVICIO

Solo 29 de las mujeres del estudio, (20%) contestaron afirmativamente a esta pregunta, aunque no se especificó si hacían referencia a ellas mismas. Las instituciones de salud señaladas fueron:

Los centros de salud: La mayoría de las opiniones las sitúan como buenas.

El Instituto Mexicano del Seguro Social: las opiniones se diversificaron entre buen servicio, malo y normal. Las opiniones de que fue bueno se basan en los argumentos de efectividad y oportunidad del tratamiento: *“Si le funciona”* (refiriéndose al tratamiento). *“Lo trataron a tiempo”*.

El otorgar la calificación de mal servicio tuvo sus fundamentos en la negación o la demora de la atención: *“Porque no querían atenderlo”*.

La opinión del servicio como algo normal se sustenta en que no hubo maltrato, ni ocurrió algo especial.

El servicio proporcionado por el médico particular fue calificado como bueno, con sus inconveniencias, y en otros casos no se tuvieron elementos para opinar: *“Bueno, muy bueno, pero caro”*. *“Sí se trató, pero no ando preguntando”*.

REQUERIMIENTO DE PRUEBAS DE LABORATORIO

En cuanto a si alguna mujer cercana, incluyendo a la entrevistada, ha tenido la necesidad de realización de pruebas de laboratorio para el diagnóstico de ITS, VIH y sida, el requerimiento de realización de pruebas diagnósticas fue mencionado en 45 mujeres de la población entrevistada (30%), y, al igual que la pregunta anterior, no se especificó si alguna de esas mujeres eran ellas mismas.

Cuadro 21 Opinión de las instituciones de salud donde se realizaron pruebas de laboratorio								
	Hospital general	Centros de salud	ISEA	Centro Médico Quirúrgico	ISSSTE	IMSS	Privado	Franco-Brasileño
Bueno	x	X	x	x	x	x	x	x
Excelente								x
Malo						x	x	
Normal						x		
No sabe					x	x		
No se quejó							x	
N = 45								

Las buenas opiniones, en general, están referidas al trato recibido, a no haber tenido problemas, y a la revisión física realizada. Específicamente en el Instituto Mexicano del Seguro Social, al referirse al buen trato, agregan que *“Es cuestión de suerte”*. Las malas opiniones están basadas en la negación y demora en la atención, y en la repetición de las pruebas (cuadro 21).

CONOCIMIENTO DE LA EXISTENCIA DE LA PRUEBA RÁPIDA Y SU DESCRIPCIÓN

Del total de mujeres del estudio, 28 respondieron que sabían que existía; la descripción realizada alrededor de la prueba rápida fue de acuerdo con:

Su procedimiento:

“Te pican y te ponen un indicador, y como en una hora te dan los resultados, no te mandan a laboratorio”.

“Que les sacan sangre de un dedo”.

“Solo sé que por medio de una muestra de sangre se hace un análisis y se realiza un conteo de plaquetas y glóbulos”.

Por la molestia ocasionada: *“Duele el piquete, son efectivas”.*

Por sus características: *“Son rápidas pero no seguras”.* *“Es una prueba superficial pero preventiva”.*

Por la intencionalidad de su realización: *“Son buenas, así van depurando, saben si es necesario ir más a fondo”.*

Y a quienes se les practica:

“Se hacen a embarazadas”.

“Me la practicaron en el seguro popular cuando estaba embarazada, papelito, que según el color te dicen si tienes o no sida”.

Unas desconocen como sea la prueba, solo saben que existe.

DISPOSICIÓN A REALIZARSE LA PRUEBA RÁPIDA

Un total de 108 mujeres dijeron estar en disposición de hacerse la prueba rápida. Las razones argumentadas se sitúan en la prevención como tal; la sigue el tener seguridad de su salud:

“Me gustaría saber de mi salud”.

“Si tengo dudas, por qué no”.

“Para estar seguros, que tal si mi esposo me la hizo”.

Por realizar actividades que considera de riesgo: *“Por miedo, incertidumbre de estar contagiada”.* *“Por tranquilidad, considera que está expuesta al cortar el pelo”.*

Si fuera necesario, es decir si fuera un requisito para desempeñar alguna actividad: *“Si me lo pidieran en algún trabajo”.*

Considerando los beneficios que representan, *“las revisiones nunca están de más”.* Y unas más expresaron que se la harían por conocerla.

Las mujeres cuyas respuestas se situaron en una negatividad (N= 22), argumentaron no considerar que estuvieran en riesgo, por no tener actividad sexual, y unas más por circunscribir su actividad sexual a la pareja. Catorce mujeres no contestaron y seis más dijeron no saber si se la harían.

ORIENTACIÓN E INFORMACIÓN

Al plantearse a las mujeres del estudio la situación de adónde acudirían para recibir orientación o ayuda relativa a estos temas, en forma general, tanto para las ITS como para el VIH y el sida, se mencionaron el médico y la ginecóloga, haciendo una inclusión del sexólogo para las ITS y de los médicos especialistas para el VIH y

el sida, todos ellos dentro de un sistema de atención particular. Esta situación se plantea sobre la base de no tener seguridad social, de la rapidez en la atención, de la premura por el tipo de infección y por la orientación personalizada y de más confianza. Otra de las razones mencionadas fue la desconfianza en las instituciones de salud, principalmente al IMSS: *“No tengo fe al Seguro”*.

En lo que respecta a las instituciones de salud:

Se señaló en forma mayoritaria los centros de Salud, los cuales, según las mujeres del estudio:

“Ahí te dicen la verdad, te lo explican todo, hay suficiente información”.

“Son los que reciben mayor gente”.

“Es el servicio al cual podemos acudir todas las personas”.

También sitúan el Instituto Mexicano del Seguro Social como uno de los lugares a donde acudirían, argumentando que:

“Más fácil y más cercano, ahí no cobran”.

“Dan mejores medicamentos”.

“Al seguro o donde se tenga afiliación medica, por comodidad, no hay que buscarlos”.

“Es el que conozco”.

Otras más conciben que en ambos, centros de salud y el IMSS, hay personal capacitado para dar a conocer la información de manera clara y precisa, y que ambos son de fácil acceso. Al ISEA: *“Donde me dijera forma de cuidados”*.

Con menor número de menciones se encontró a TELSIDA, donde, al decir de ellas, se encuentra la información que requieren, y además permanecen en el anonimato: *“Ahí me dirían donde obtener más información y más específica”*. *“Porque así no me ven”*.

A la Internet, que es donde se encuentra todo tipo de información; las asociaciones de ayuda (sin mencionar ninguna en particular), y los familiares, mamá y papás.

INFORMACIÓN U ORIENTACIÓN RECIBIDA

Una gran mayoría de las mujeres entrevistadas refirió que había recibido información u orientación sobre las ITS, el VIH y el sida (N = 114).

CALIFICACIÓN OTORGADA

La información. De acuerdo con lo mencionado, fue calificada en forma mayoritaria como suficiente / buena; siguió en orden poco suficiente / buena (cuadro 22).

Cuadro 22 Calificación otorgada a la información recibida	
Calificación	Frecuencia de mención
Suficiente	5
Poco suficiente	1
Buena	11
Regular	1
Mala	1
Suficiente / regular	6
Suficiente / buena	34
Poco suficiente / regular	11
Poco suficiente / buena	20
Insuficiente / mala	9
Insuficiente / regular	7
Insuficiente	2
Poco suficiente / mala	1
Insuficiente / buena	3

La información u orientación fue proporcionada, principalmente, por instituciones de salud e instituciones educativas; dentro de las primeras, los médicos se encuentran en la mayor frecuencia de mención; los sigue el personal de enfermería. Dentro de las instituciones educativas, los maestros son los actores principales. Dentro de los diversos actores de los cuales recibieron información u orientación se encuentran la familia y los amigos.

De acuerdo con lo manifestado por las entrevistadas, se destaca que las actividades informativas se realizan mayormente en los niveles educativos de enseñanza media básica (secundarias) y de enseñanza media superior (bachilleratos), mayormente en el salón de clases, el auditorio, la sala de audiovisual.

Dentro de las instituciones de salud se señalan el Instituto Mexicano del Seguro Social, los centros de salud, el ISSSTE y el Instituto de Salud del Estado de Aguascalientes. Figuran también otros escenarios, como la consulta privada, las asociaciones (sin especificar cuáles), los centros de trabajo, las instituciones religiosas, la familia y los amigos (cuadro 23).

Algunas de las mujeres respondieron que la información fue proporcionada a lo largo de su trayectoria educativa (primaria, secundaria, bachillerato y universidad), por diferentes actores (maestros, médicos, psicólogos). Algunas de ellas también recibieron información dentro del espacio familiar (cuadro 24).

CARTELES Y FOLLETOS

En cuanto a la información gráfica relativa a estos temas, en sus modalidades de carteles y folletos, en general se los mencionó como buenos, en el entendido de que fomentan la prevención de las enfermedades, se resalta la prevención, orientan a dónde acudir, y son ilustrativos: “Algunos buenos, otros solo papel desperdiciado”.

En cuanto al contenido, se señala como disperso, escueto, con información general, o en algunos casos resumida e insuficiente; algunas entrevistadas consideran que les falta información, y que es algo confusa, que dejan dudas. Agregan que no son explícitos y son poco específicos, y que les falta claridad, además de que no son realistas.

También se hace mención a que en el diseño se necesita utilizar más imágenes, que hay demasiada información para leer y no son estimulantes. Lo que remite a que algunas de las entrevistadas consideran los carteles como “*un anuncio*”, o “*poco agradables*”.

Específicamente en cuanto al sida, consideran a los folletos “*alertantes*”. También hacen alusión a la falta de tacto en el manejo de la información (cuadro 25).

Cuadro 23 Personal que proporcionó la información	
PERSONAL	FRECUENCIA
Instituciones de salud	
Médicos	32
Enfermeras	12
Psicólogas	3
Sexólogas	1
Trabajo social	3
Capacitadores	1
Instituciones educativas	
Maestros	51
Otros	
Libros	2
Folletos	1
Biblioteca	2
Programas de TV	2
Internet	1
Amigos	6
Familiares Mamá/ Papá	5
No contestó	10

Cuadro 24 Lugares donde recibió la información		
Sector educativo Salón de clase Auditorio	4	Primaria
	28	Secundaria
	32	Preparatoria
	8	Universidad UAA
	2	Universidad UdeG
	1	CETIS
	2	CEBETIS
	1	CONASEP
	2	Escuela de padres
Instituciones de salud	13	IMSS
	4	ISSSTE
	11	Centro de Salud
	1	Hospital
	2	ISEA
	1	IAM
Asociaciones	1	
Instituciones particulares	2	Consultoría privada
Instituciones religiosas	2	Iglesia
Centro de trabajo	4	Curso impartido en el Trabajo
	2	Guardería
Casa / amigos	8	Con amigos y en casa
Biblioteca	2	Consultando libros
Teatro audiovisual	2	Obras de teatro

Cuadro matricial 25 Ha visto información grafica en carteles sobre estos temas y cómo le ha parecido		
Sí N = 100	Buenos	Fomentan la prevención de las enfermedades
		Te dicen a dónde ir
		Ilustrativos / adecuados
	Contenido	Escuetos
		Dispersos
	Información suficiente	Falta información para toda la gente
		No la percibo completa
		Información inútil, no impacta
	Claridad	No son tan explícitos
		Información pobre, no queda clara
		Poco realistas
	Diseño	Necesitan más imágenes
		Mucha información para leer
	Poco estimulantes	No le llaman la atención / nunca los veo
		Un anuncio más "x"
		No me interesan / poco interesantes
		No los recuerdo / Lo leo pero no le doy importancia
Son muy conservadores y no son adecuados para el tipo de público que busca		
He visto pocos, sin importancia		
	Feos (gesto de desagrado)	
No N= 44		No contestó N = 8

Se refiere además que estos folletos son muy conservadores y no son adecuados para el tipo de público que busca, que deben ser diversos para llegar a más gente, con un lenguaje más llamativo.

Los consideran en general poco interesantes, poco llamativos, *“como que les falta...”*. Algunas de las mujeres entrevistadas dijeron que no les llama la atención, que no los leen, y que los consideran sin importancia, simplemente contestaron que *“no les gusta leerlos”*.

Respecto a haber estado expuesta a otro tipo de información u orientación, se nombró la televisión, con programas de tipo documental y videos, con las bondades de llegar a mucha gente, pero las opiniones son diversas: *“interesantes, más especializados, traumáticos, me dan asco”*

Los contenidos les parecen interesantes, con información incompleta; sin embargo, se menciona que: *“Veo, escucho, pero no reflexiono”*. Las revistas (no se señalan de qué tipo) son valoradas como más llamativas y más completas, con buena información (cuadro 26).

Cuadro matricial 26			
Ha visto información gráfica en folletos sobre estos temas y cómo le ha parecido			
Sí N= 94	Buenos	Algunos buenos y otros solo papel desperdiciado	
		Me parecen buenos, se resalta la prevención	
	Manejo de la información	Poco específico, venían algunos síntomas	
		Te hablan de lo que son las enfermedades, cómo prevenirlas y a dónde ir	
		Son alertantes	
	Contenido	Son escuetos / dispersos	
		Tiene buena información, pero no suficiente	
		Nada más dan lo básico	
		Información resumida, pero buena	
		Poco específico, venían algunos síntomas	
	Claridad	No	Algo confusa, no muy claros, me quedan dudas,
		Sí	Concretos
	Diseño		Mucha información para leer
			Deben llamar la atención con más gráficos
	Manejo de la información		Interesante
			Básica
	En cuanto a atraer la atención		Poco interesantes
		Deben llamar más la atención, no impactan	
		Interesantes, pero quiere que sean más explícitos	
		Están bien, pero no son llamativos	
		No los lee, no me gusta leerlos, no les tomo importancia	
No N= 46		No contestó N= 8	

VALORACIÓN SOCIAL DE PERSONAS QUE VIVEN CON ITS, VIH O SIDA

Conoce a alguna mujer que tenga diagnóstico de ITS, VIH o sida o que viva con su pareja que es VIH positiva o tiene sida (cuadro 27).

Cuadro 27 ¿Conoce alguna mujer que tenga Dx de ITS, VIH positivo, sida o que vive con su pareja que es VIH o tiene sida?			
ITS	VIH positivo	sida	Que vive con su pareja que es VIH positiva o tiene sida
20	7	12	7

Cuál es la opinión respecto de estas mujeres

Las opiniones se muestran diversificadas, para algunas de las entrevistadas valoran a las mujeres afectadas como una persona cualquiera, no tienen problemas con la situación de ellas, consideran que no tiene nada de malo, no se las pueden juzgar por la enfermedad. Por ello que el trato debe ser igual, no debe haber discriminación, no debe cambiar nada. Mencionan el hecho de que por hablar y convivir con ellas no pasa nada. Por otro lado son consideradas como víctimas de la mala suerte y de sus debilidades, así como de sus comportamientos, ya que “andan de aquí para allá y por eso se enferman”; coinciden en que existe falta de responsabilidad, al no haber tenido precaución. Debido a las carencias de información o de confiar en su pareja, pasan por la consecuencia de una situación que se pudo haber evitado “no lo supieron evitar, si hubieran estado más informadas”, o el no tener precaución.

Los sentimientos de lástima hacia las mujeres en estas situaciones se situaron, de manera general, de la misma forma: se adjudicaron calificativos como el que *“son tontas”, “porque si sabes que te ponen el cuerno, no debes seguir con ese hombre”*, y recomiendan que vean si su novio les pone el cuerno. También suelen juzgarlas como *“mensas, que no saben que hay preservativos para cuidarse”*.

En forma general, la opinión de las mujeres entrevistadas se condicionaba según la carencia de higiene, *“son sucias, porque no se limpian bien, no se cambian de ropa interior”*, o el tipo de trabajo (refiriéndose a si son sexoservidoras) y según la vida de tipo personal (promiscua) o la que lleven en la familia. Algunas más indicaron no tener opinión, no poder opinar y que no las pueden juzgar.

MUJERES CON INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Particularmente para las ITS no se tiene problemas por eso: *“actualmente nos pasa a todas las mujeres por cualquier cosa”*. Se señala que las mujeres afectadas por esta situación se informen y que se prevengan para no tener más de estas enfermedades, que deben atenderse y ser más cuidadosas.

De manera reiterada se alude a que las mujeres afectadas son sucias e irresponsables, que debido a la falta de higiene les pasa eso.

MUJERES AFECTADAS POR VIH

Se refieren a las mujeres con VIH o sida como personas que deben ser muy valientes para poder sobrellevar la enfermedad. Manifiestan que la información las hubiera protegido, y que deben ser protegidas.

En forma iterativa se señala que las infectadas deben ser conscientes de su enfermedad y cuidarse; cuidarse, atenderse y tratar de no contagiar; señalan la preocupación por el hecho de que, por ira, quieran infectar a alguien más.

Hubo entrevistadas que dijeron no conocer a mujeres dentro de las situaciones señaladas, pero que en el caso de llegar a conocerlas tomarían sus precauciones al tener un trato cercano. Algunas más dijeron no saber qué opinión formarse de ellas pero que *“Se sacarían de onda”*.

Los resultados de la encuesta dan cuenta de que en algunos casos surgen sentimientos de consideración y lástima: *“Pobrecita, no es lástima, es que es una enfermedad difícil, con consecuencias graves”*.

MUJERES AFECTADAS POR SIDA

Se refiere que esta es una situación dramática que le puede pasar a cualquiera, las entrevistadas no satanizan a estas mujeres, y algunas de ellas agregan que les despierta curiosidad de platicar con una persona con sida, para conocer cómo cambió su vida: *“No te das cuenta pero te da misericordia”*. *“Que mal que tenga sida porque se va a morir”*.

Las mujeres con sida son consideradas víctimas de otra persona que las contagió (refiriéndose a la pareja de estas mujeres), o de la propia responsabilidad, al buscárselo en algunos casos, como las prostitutas.

Se expresaron sentimientos de lástima: *“Pobrecitas me dan lastima, es una enfermedad difícil”*; las compadecen porque consideran que hubiera sido fácil evitarlo. Refieren que da tristeza porque se supone que no se contagia voluntariamente, y que debido a la impotencia da cólera.

Algunas de las entrevistadas refieren no haber conocido a alguien así (con sida); se refieren buenos deseos como el desearles “Suerte”. Al igual que en el caso del VIH, se señala que deben tener atención médica, cuidarse más

MUJERES QUE VIVEN CON UNA PAREJA QUE ES VIH POSITIVO O QUE TIENE SIDA

Como en las situaciones anteriores, algunas entrevistadas indicaron no tener opinión, no poder opinar y que no pueden juzgar. Aparecen adjetivos tales como valentía, amor, cariño, apoyo:

“Deben de quererlos mucho, para estar cuidándolos”.

“Está bien si lo ama, que lo apoye y se cuiden”.

“Son valientes porque también se exponen”.

Sin embargo, se evidenciaron opiniones que van desde considera que son “tontas”, “irresponsables”, hasta suponer que tienen deseos de muerte, por el hecho de estar conviviendo con personas con sida o VIH:

“La mujer pone en extremo riesgo su salud”.

“Quiere suicidarse, porque al estar ahí con esa persona se infecta”.

“La situación es cruel, difícil psicológicamente y emocionalmente”.

“Es depresivo vivir con una persona con una enfermedad terminal”.

Y también manifestaciones de indiferencia: *“nada, me causa indiferencia”.*

Algunas cuestionaron esta situación, tratando de entender la situación:

“Yo preguntaría: ¿por qué está con él?”

Surgieron consejos relativos al cuidado que deben tener para no contagiarse, como estar al pendiente, realizándose estudios. Otros, como la separación de la pareja: *“Que es mejor que lo deje”.*

Argumentan que es muy posible que viva con la pareja VIH o sida, porque ella también lo ha de tener.

DESCRIPCIÓN DEL TRATO QUE RECIBEN LAS PERSONAS CON ITS, VIH O SIDA

“En general lo más común es el rechazo y la discriminación, con un trato de lástima, los catalogan y juzgan, y vamos predispuestos al mal trato”.

LA FAMILIA

En cuanto a la familia, se señala que depende de la familia y manifiestan que hay de todo, desde un trato normal, hasta tenerles un trato especial en un sentido positivo, como es la sobreprotección y apoyo, o en sentido contrario, es decir, que se niegan a ayudarlas, hasta llegar al aislamiento, donde existe un menosprecio, una desvalorización. Lo describen como un trato malo. Son consideradas como una carga para quienes la atienden: *“les impiden relacionarse con los demás”*. En muchos de los casos se han dado cuenta de que la familia no sabe que están enfermas.

LA SOCIEDAD

En muchas ocasiones no se dan cuenta; si se dan cuenta son vistos con repugnancia. Hay rechazo, miedo a que se les acerquen:

“No se juntan con ellas porque creen que los van a contagiar”.

“Uno juzga que por una calentura lo adquieren, son tachadas como promiscuas o irresponsables”.

“La sociedad se hace sorda y ciega por no querer afrontar lo que pasa”.

“En general pensaría que mal, porque sida es igual a relaciones sexuales promiscuas”.

“Es mucho más malo”. “Hay discriminación en el trabajo”.

LOS SERVICIOS DE SALUD

Se menciona que hay insuficiencia en cuanto a medicamentos, que los tratan bien; sin embargo, también se afirma que no los tratan bien, que no son atendidas de manera adecuada, son marginadas, y que a veces hay discriminación, pero que esta es mínima. Del personal de salud dice que:

“Las aíslan por seguridad de los demás”.

“El trato no es bueno, porque a veces son discriminadas”.

“Las tratan a veces con un poquito de rechazo”.

“Son segregadas, las ven fellito... les hacen el fellito y el asco”.

En particular el IMSS es señalado como que no está capacitado para tratarlas:

“Mal, el IMSS no está capacitado para tratar con personas que tienen estas enfermedades”.

“Quienes dan mal trato a pacientes con sida tienen temor a infectarse de ellos”.

“Aunque pretenden ser serviciales, no lo hacen en muchos casos y discriminan”.

Dentro de la descripción que hacen sobre la forma de trato que se da a estas personas enfermas de sida, se afirma que la sociedad en general carece de mucha información con respecto a esta enfermedad, que prevalece el miedo a estar en contacto con los enfermos, por el temor al contagio, y el rechazo es consecuencia de la ignorancia, porque es algo que no conocemos: *“El miedo deshumaniza y no ven al otro como ser humano”.*

Consideran que la sociedad debe comprenderlas porque el trato influye en el desarrollo de la enfermedad, y que pueden ser afectadas emocionalmente.

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA MEJORAR LAS CAMPAÑAS DE EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN DE ITS Y VIH/SIDA

“Mientras no se le abra la mente a la mujer las cosas no van a cambiar”.

Dentro de las acciones que consideran que podrían mejorar las campañas de educación y prevención de las ITS y VIH/SIDA, se hizo alusión a las campañas propiamente dichas en el sentido de:

Ampliar la cobertura de educación

- a) La inclusión importante de las familias como actores educativos
- b) La participación de las escuelas
- c) La periodicidad y constancia de las actividades educativas
- d) Mejorar los contenidos
- e) Mejorar las formas de trabajo educativa con ellas
- f) Hacer más atractivo el material de apoyo

Se señala como muy importante que debe haber un verdadero compromiso con la sociedad (cuadro 28).

Cuadro matricial 28 Recomendaciones para mejorar las campañas de educación y prevención de ITS, VIH y sida	
Verdadero compromiso con la sociedad	Autoridades responsables
	Que pongan mayor interés, atención y les den mayor importancia
	Personal capacitado a cargo de cómo se van a hacer y realizar las campañas
	Que se preocupen más por conocer las dudas de los jóvenes
	Más apoyo, más recursos
Ampliar la cobertura	Que hubiera más información en todos los rincones de la ciudad
	Que llegaran a las comunidades
	Actividades o cursos en las comunidades rurales
	Conferencias en diferentes lugares para diferentes edades asistan personas para que sepan qué enfermedades y qué consecuencia tienen.
	Actividades o cursos en las colonias
	Que se hiciera o hubiera más publicidad en todos los medios de comunicación posible, que se hable más del tema.
	Crear programas de difusión para trabajadores de todos los niveles, en empresas
	Que escogieran un punto donde fuera mucha gente
	Realizar campañas casa por casa para realizar diagnósticos
Implementar en lugares donde haya más casos	
Primero la familia	Reforzar a la familia
	Empezar por sensibilizar
	Que se incluya a los padres de familia
	Campañas nacionales enfocadas a la familia directamente
Como deben ser las campañas	Intensificar las campañas
	Que sean constantes, frecuentes, con buena difusión
	Enfocarlas acorde a edades y tiempos en que viven las personas a quienes va dirigida la campaña
Contenido	Que la información sea accesible, lenguaje claro concreto, en los términos par que cualquiera los entienda
	Hacerlas más llamativas, para los jóvenes, que los motiven
	Dar alternativas o sugerencias de la prevención
	Que den cifras reales, dar datos estadísticos para saber que tan cerca estamos del problema, que dijeran las cosas como son
	Con testimonios de personas infectadas en videos
Formas de trabajo	Que se trabaje más con talleres en la comunidad y en las escuelas
	Que sean más dinámicas
Escuela	Obligatoriedad en escuelas de todos los niveles
	Crear cursos, talleres
	Capacitar a docentes, sobre maneras adecuadas de impartir el tema
Material de apoyo	Entregar folletos con información clara
	Información gráfica muy directa con fotografías
	Que se entregaran folletos en antros
	Regalar condones en los antros, porque de ahí salen borrachos los chavitos y no se cuidan
	Repartir folletos en casas

RECOMENDACIONES PARA MEJORAR O AMPLIAR LA EDUCACIÓN SEXUAL EN EL TEMA DE LAS ITS, EL VIH Y EL SIDA

“Trabajar desde la escuela”

En todas las recomendaciones realizadas para la mejora o ampliación de la educación sexual, le otorgan un lugar importante a la escuela y sus actores educativos: docentes, alumnos y padres de familia.

Se sugiere la obligatoriedad de la inclusión dentro del sistema educativo de estos temas en una materia formal, no solo pláticas; sin embargo no hubo consenso sobre la edad o el nivel educativo desde el cual se deberían impartir esta materia y la información sobre estos temas: se señaló en diferentes edades y niveles educativos, se dijo que se empezara a dar información a una edad prudente, otras entrevistadas opinaron que desde primaria a partir de cuarto año, algunas más opinaron que fuera desde primaria hasta universidad. Ciertas mujeres (las de mayor edad) señalaron que dar información relacionada al sexo *“Los incita”*.

La capacitación de los docentes como asunto prioritario, tanto en el manejo de los temas, para realizar una explicación abierta y sin pena, como en la importancia de estos temas. Y de la misma forma a los padres de familia *“Difusión y orientación a padres de familia”*.

Se hizo hincapié en las formas de trabajar en las escuelas, empleando más variedad de recursos, como la utilización de obras de teatro, la inclusión de un espacio de asesoría a los jóvenes, y las reuniones conjuntas de padres e hijos, para que juntos vayan entendiendo lo relacionado con estos temas (cuadro 29).

Cuadro matricial 29 Recomendaciones para mejorar o ampliar la educación sexual en el tema de ITS, VIH y sida	
Obligatoriedad en la educación de todos los niveles ¹	Que se enseñe en las escuelas como algo obligatorio
	Que se incluyera en las materias sobre el tema desde primaria hasta universidad
	Dar una materia de educación sexual como español o matemáticas, no solo una plática
	Integrar un curso dinámico
	Comenzar desde más pequeños/ desde primaria cuarto año/ desde secundaria/ desde bachillerato
Docentes	Que se tenga gente capacitada en las escuelas
	Capacitar a docentes sobre maneras adecuadas de impartir el tema
	Que se den pláticas a los maestros que sean conscientes de la importancia del tema
	Que se prepare más a los maestros para explicar abiertamente estos temas, y que no les diera pena responder abiertamente
	Que den un espacio para aclarar dudas
Formas de trabajo Niños y jóvenes	Mediante obras de teatro, que lo expliquen más con obras de teatro y no puros carteles
	Realización de talleres desde primaria
	Videos que hablen del tema
	Que se dé asesoría a los jóvenes en grupos compactos
Niños / jóvenes y padres de familia	Que se hagan reuniones o talleres de papás con sus hijos para que ambos pierdan el miedo y lo vayan entendiendo juntos
Padres de familia	Difusión y orientación a los padres
Material de apoyo	Regalar, explicar y mostrar gráficos
Contenido	Utilizar los términos adecuados para no crear miedo ni confusiones para que se entienda
	Hablarlo con naturalidad
	Dar mayor énfasis de todo lo que conlleva y las consecuencias que puede tener
	Desmentir los mitos más frecuentes en el tema, dar ejemplos claros

¹ En el inicio de la información sobre estos temas no se obtuvo un consenso sobre la edad y el nivel educativo en que se realizaría.

RECOMENDACIONES PARA MEJORAR LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA ATENCIÓN A ITS Y VIH/SIDA

En este apartado las opiniones se enfocaron en forma mayoritaria hacia las actitudes de los servidores del sector salud en la atención al paciente.

Se indicó que era necesaria la capacitación, dirigida al desarrollo de habilidades para mejorar su desempeño: que estén ampliamente informados sobre estas enfermedades y en las formas de atención al paciente afectado. Por otro lado fue muy reiterativo el señalamiento de la necesidad del desarrollo de habilidades para dar un trato digno a los pacientes.

De la misma manera, las respuestas aludieron a que el personal de salud asuma un profesionalismo en la atención y el trato con sus pacientes, con responsabilidad.

Brindar una atención interdisciplinaria a las afectadas. Establecer sanciones: *“Que cambien a los médicos y las enfermeras con mal genio”*. En cuanto a la infraestructura, se refirió que debe haber más centros de salud especializados, centros de orientación y apoyo a los afectados: *“Más medicinas”*.

Y que el gobierno invierta más en el tema, que brinde apoyo a los infectados (cuadro 30).

Cuadro matricial 30 Recomendaciones para mejorar la calidad en los servicios de salud en la atención a ITS, VIH y sida		
Capacitación Personal de salud	Información Desarrollo de habilidades para mejorar el desempeño	Que preparen a las personas para que sepan qué decir y qué información dar, contando información muy amplia
		Que las personas que dan el servicio y que están a cargo de las áreas estén más informadas y más capacitadas y aptas
		Capacitación para médicos y enfermeras sobre atención al paciente
Formación para la mejora de la atención	Desarrollo de habilidades para el	Porque a veces son muy gachos
		Que se trate con respeto y comprensión a los pacientes
		Hay doctores muy prepotentes

Cuadro matricial 30 Recomendaciones para mejorar la calidad en los servicios de salud en la atención a ITS, VIH y sida		
	trato digno al paciente	Entender que los pacientes no son solo un caso clínico No menospreciar / que no sea grosero el personal Que tenga sensibilidad
Profesionalismo	Compromiso ético	Discreción
		Que se les trate con mayor criterio
		Dejar a un lado la cerrazón y el prejuicio
		Dejar fuera los tabúes
		No infundir miedos
	Que se les brinde atención interdisciplinaria	
	Higiene	Que fueran más higiénicos
Responsabilidad		Más empeño y atención sobre cómo atienden a la gente Más eficiencia
Información	A todos	Que le dieran la información a toda la gente, aunque no vayan por ese servicio
Sanciones	Personal de salud	Que cambien a las enfermeras y médicos con mal genio
Infraestructura		Más centros de salud especializados Más doctores, más medicinas Que se abran centros de apoyo y orientación a las personas afectadas
Recursos		Mejores medicamentos
Más apoyo del gobierno	Más presupuesto	Concientizar a los gobernantes para que inviertan más recursos en el tema Que les den más dinero Más apoyo a los infectados por parte del gobierno

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

Dimensión cualitativa

ANÁLISIS DE HISTORIAS DE VIDA, ENTREVISTAS ABIERTAS Y DE GRUPOS FOCALES

MUJERES QUE VIVEN CON VIH O SIDA

“La enfermedad es terrible, es angustiante, es además mal vista, mal atendida, con mucha discriminación, entonces sufres desde el punto de vista psicológico, biológico y social, de todo. No... Entonces de veras es una enfermedad tan incomprensible, que cuando alguien dice, pues tengo cáncer, uhh, todo mundo te arropa, te acobija, te apapacha, trata de hacer lo que sea, pero si tú le dices tengo sida..., la gente automáticamente te elimina.....”

Planteamiento de una mujer en una narración de historia de vida

ESTRATEGIA METODOLÓGICA DE TRABAJO

Se realizó la revisión y el análisis de historias de vida narradas por 25 mujeres portadoras de VIH, y una mujer serodiscordante. Las historias se obtuvieron mediante:

1. Testimonios de historias de vida de mujeres portadoras de VIH, presentados por Rosalinda Arechar en su libro *Mujeres positivas de Aguascalientes*.
2. Entrevistas abiertas con elementos biográficos (historia de vida). Analizando los documentos estenográficos resultado de la transcripción de la audio-grabación de entrevistas realizadas a mujeres portadoras de VIH.

CARACTERIZACIÓN DE LAS MUJERES

Mujeres cuyas edades fluctuaron entre 29 y 60 años de edad, todas madres con hijos, tres con parejas que estuvieron trabajando en Estados Unidos.

Nivel académico de las mujeres:

- Primaria y menos: 15 mujeres
- Preparatoria incompleta a completa: 3 mujeres
- Licenciatura: 5
- Maestría: 1
- Se desconoce el dato: 2

Una de las informantes refirió que vive con su pareja, que es positiva.

El análisis de las historias narradas se realizó tomando como referencia el marco conceptual previamente planteado y mediante la sistematización de la información en ejes temáticos desprendidos de los objetivos.

Se abordan las experiencias que estas mujeres han vivido como portadoras del virus del sida, específicamente relacionadas con los factores que determinaron la manera como adquirieron el virus y sus vivencias a partir de la infección. Si bien las implicaciones de ser portadora de VIH son distintas para cada una de las mujeres, se marcan contrastes importantes relacionados con la época en que ellas crecieron, hay quien sobrepasa los cuarenta años, y la forma cómo adquirieron el virus. Sin embargo, fue posible encontrar en las historias puntos de encuentro, desde los cuales construir un conjunto de eventos comunes que inciden en la manera como ellas viven su seropositividad y desde los cuales se llevó a cabo el análisis.

- La fuente de contagio
- En torno al diagnóstico: las circunstancias de su diagnóstico
- Ante la noticia de la enfermedad: sus reacciones
- Después de la noticia: sus reacciones y las reacciones de la pareja
- Los servicios de salud: la comunicación del diagnóstico, la discriminación, los costos de la atención
- Los miedos: comunicar la noticia, que se divulgue la noticia sin su consentimiento, el rechazo, el aislamiento, la incertidumbre.
- El impacto económico
- La evaluación de la situación: pérdidas y ganancias.
- El proyecto de vida con la enfermedad: manejo de la enfermedad, formación de pareja, hijos, trabajo.
- Sus recomendaciones.

Estos eventos comunes a todas ellas se desarrollan en cuatro esferas identificadas a escala individual, familiar, médica y comunitaria.

LA FUENTE DE CONTAGIO

La manera como se infectaron las entrevistadas refleja la variedad de situaciones que predisponen a las mujeres a la infección por el VIH; si bien estos ejemplos no agotan los posibles modos de transmisión, evidencian cómo las mujeres de diferentes contextos se encuentran igualmente vulnerabilizadas.

La pareja fue la persona que más frecuentemente se señaló como fuente contagio de la infección.

Prácticamente todas las mujeres coincidieron en que tener una sola pareja sexual las protege contra el VIH y el sida, a pesar de ser conscientes, y en muchos de los casos estar seguras, de la posibilidad de la infidelidad por parte de ellos. Aunque se apegaron a los roles tradicionales de su género, como la monogamia y la vida sexual dentro del matrimonio, se vieron infectadas; este hecho desmitifica la concepción de que es solo cierto tipo de personas quienes corren el riesgo de adquirir la infección. Esta idea se ve alimentada por creencias que en el imaginario social eximen del riesgo a quienes se apeguen a ciertas regulaciones impuestas, como es el caso de las mujeres consideradas "honestas", que restringen su vida sexual al matrimonio, sumado a los patrones de socialización que estimulan en los hombres una vida sexual más activa y precoz, que acrecienta el riesgo de estas mujeres ante la infección.

Casi más de la mitad de las mujeres, vivieron violencia, alcoholismo e infidelidad, previos al diagnóstico de infección por VIH:

"Mi esposo era y es un mujeriego de primera, siempre me fue infiel, y seguido nos separábamos por temporadas, cuando tenía meses de embarazo me pegó una infección, gonorrea, iba y regresaba, empecé con infecciones vaginales..."
"Él me tuvo como quien dice encerrada, yo nunca salí a ningún lado, él se enojaba si yo salía, si salía con mi mamá, una vez me golpeó".

Se mencionó que el hombre es el que contrae el VIH y el sida, ya que implícitamente las mujeres aceptan las relaciones extra-pareja por el hecho de trabajar fuera de su comunidad:

“Pues, prácticamente, yo mi enfermedad la adquirí este... por medio de mi esposo, él me contagió, porque se fue para Estados Unidos y pues, cuando llegó, él me contagió la enfermedad”.

“Mi pareja estuvo en Estados Unidos un tiempo dos o tres años, y allá fue donde se lo pegaron, yo creo, parece que allá se lo pegaron”.

Por otra parte, es interesante señalar que, para estas mujeres, la idea de que sus esposos o parejas puedan tener relaciones con otros hombres no cruza por su mente; tienen la creencia de que solamente ciertos grupos de personas son susceptibles de adquirir el VIH, y cuando se enteran de que el esposo tiene el VIH afirman que eso no es posible, ya que es *“una enfermedad de homosexuales”*.

Cuando la mujer por diversas necesidades (económicas, emocionales, de compañía) se ve involucrada en relaciones sexuales en diferentes momentos de su vida, con diferentes parejas, llega a tener conciencia de cierto nivel de riesgo:

“Yo me lo imaginaba, porque toda la gente decía que yo tenía esa enfermedad, porque yo andaba con uno y con otro y a veces con protección, a veces no, no siempre me protegía”.

“Duré con él cinco años, el otro no, duré poco con el otro, antes de que me juntara con el que se murió, la señora de este hombre que murió, está también enferma, que está peor, igual que yo”.

Un menor grado de educación puede perjudicar las posibilidades de una mujer de protegerse de la infección si carece de la información básica acerca de la transmisión del virus y los métodos para prevenirlo. *“Yo no sabía... Yo no sabía, nomás me decían, no así.... no así a lo pelón”.*

Se debe señalar que cuando ellas y sus parejas sexuales son personas que están en una situación de drogadicción tampoco se encuentran en condiciones de ejercer una sexualidad responsable y anticipada, en la que se prevenga la transmisión del VIH.

“Yo era adicta, jamás salí del hogar para andar, pues, para drogarme, él era el que andaba de parranda, yo siempre tenía ahí la droga... me inyectaba, y él se contagio por el amigo que el diario andaba, que había muerto por sida, compartían jeringas”.

Está el caso de las mujeres cuya fuente de contagio se debió a que fueron donantes (por medio de material y equipo contaminado, año 2000) y receptoras de sangre (por transfusión de sangre de infectados por el VIH, año 1987). La forma como adquirieron el virus marca un contraste importante entre estas mujeres; el hecho de *“haber sido infectada”* y no *“haberse infectado”* las coloca, según ellas, en una posición diferente respecto de otras personas portadoras. Para ellas es esencial aclarar que son personas con el VIH *“distintas a las demás”*, ya que siempre han tenido una conducta apegada a los cánones socialmente esperables, y justifican con sus palabras la manera como se infectaron con el VIH, que no fue culpa suya, ellas son inocentes de todo y no quieren ser juzgadas:

“Mi vida siempre ha sido recta, había sido intachable, ¿verdad?”

“Yo nunca anduve... con hombres, como otras amigas, que ellas tuvieron la satisfacción de andar con hombres, y por andar con uno y con otro no supieron ni quién se las pegó, y sin embargo yo no tuve ese gusto de andar con nadie y sin embargo me pasó a mí”.

Cuando la mujer elige continuar una relación con una pareja seropositiva, al inicio sin protección:

“No me di cuenta de que era positivo y tuve relaciones sin condón; llegó un momento en que no me importó tener relaciones sin condón... ya me usó ya que”. “Cuando supe (recibió información) de que puedo estar bien, me empiezo a cuidar, pero a él no le importa; estoy viniendo periódicamente, estoy saliendo no reactiva”.

Para el caso del personal de la salud, el lugar de trabajo es considerado como un sitio potencial de infección con el VIH, usualmente después de pincharse con agujas u objetos cortantes contaminados con sangre infectada con el VIH.

Por otro lado, el sexo coercitivo con una pareja infectada incrementa la posibilidad de adquirir la enfermedad debido al trauma físico durante el sexo forzado:

“Yo creía que había adquirido el virus por mi esposo, pero después de la separación quise buscar respuestas que no encontré hasta dos años de terapia, que se destapó la cloaca y lo recordé y lo volví a llorar, y ahora sé en esa terrible violación pude adquirir el virus, y lo sé porque investigué y supe que el infeliz había muerto con sida”.

En estas narraciones se evidencia el abuso de poder y violencia pasivo-agresiva, la violación, la infección por el VIH por parte del esposo, la infidelidad, y el silencio y ocultamiento a la mujer de la enfermedad. La mayoría de estas mujeres adquirieron la infección por el VIH como resultado directo del comportamiento de su pareja (bisexualidad, consumo de drogas inyectables, relaciones sexuales con varias personas), más que del suyo propio.

Para el caso de las mujeres donantes y receptoras de sangre, cabe decir que, a partir de mayo de 1986, las pruebas para detectar VIH son obligatorias en todos los donadores, por lo en el año 2000, cuando una de las mujeres narra su experiencia, esto no debería haber ocurrido (cuadro 1).

En general se identificaron varios momentos clave en los cuales las mujeres tienden a ser diagnosticadas VIH positivas: cuando sus esposos han experimentado una enfermedad relacionada con el sida, cuando el esposo muere, cuando las mujeres han experimentado los síntomas del sida.

La mayoría de estas mujeres no se vieron expuestas al virus porque ejercían conductas sexuales de mayor riesgo, sino como resultado del comportamiento de riesgo de sus parejas masculinas.

Cuadro matricial 1 Fuente de contagio		
Categoría	Subcategoría	Ejemplo textual
Pareja de la mujer	Alcoholismo parejas múltiples	Mi esposo se volvió alcohólico, empezó a tomar... a faltar a la casa, algunas personas me comentaban que lo habían visto así con mujeres o en cantinas.
	Comportamiento bisexual	Pasan dos meses o algo así y yo me empiezo a dar cuenta de lo que él era realmente, él era bisexual, entonces él por eso contrajo el virus. Hace diez años que murió y apenas me acabo de enterar de que su pareja era homosexual.
	Ocultamiento de la situación	Cuando me di cuenta de mi diagnóstico, yo le dije a mi esposo, ¿qué es lo que me has hecho?
	Migración	pues prácticamente, yo mi enfermedad la adquirí este... por medio de mi esposo, él me contagió, porque se fue para Estados Unidos y pues, cuando llegó, él me contagió la enfermedad.
Comportamientos de riesgo	Adicciones de ambos	Yo era adicta, jamás salí del hogar para andar, pues, para drogarme, él era el que andaba de parranda, yo siempre tenía ahí la droga... me inyectaba, y él se contagió por el amigo que el diario andaba, que había muerto por sida, compartían jeringas.
Múltiples parejas de la mujer	Para obtención de beneficios	Yo empecé con hombres porque me ayudaban... yo había tenido muchas parejas, si porque, este, yo siempre ayude a mi mamá, a mi familia, yo siempre tampoco me dediqué nomás a eso. Yo trabajé mucho, entonces yo, pues, para, para, para ayudar a mi familia, pues tenía una pareja, otra pareja y me ayudaban ¿verdad? Duré con él, cinco años, el otro no, duré poco con el otro, antes de que me juntara con el que se murió, la señora de este hombre que murió está también enferma, que está peor, igual que yo.
Transfusión sanguínea	Condiciones higiénicas Vigilancia y control de los donadores	En el seguro en la clínica 1, ahí me han puesto... las cinco transfusiones que me han puesto, me las han puesto en el seguro, y ahí fue donde desde 1987 para acá he tenido las cinco transfusiones y no sé en cuál de esas fue donde me pusieron sangre infectada. A raíz de una transfusión de sangre, que hice precisamente a una sobrina mía, nos trajo muchas consecuencias, puesto que el lugar donde lo hicieron, donde, las condiciones no eran las adecuadas, ni la higiene, ni de, ni de nada, pues nos trajo consecuencias tanto a ella como a mí el mal, el mal.
Por el trabajo	Personal de salud	En una ocasión me corté con una aguja de bisturí, curando a un paciente y después supe que estaba infectado.
Relaciones sexuales forzadas	Violación	Yo creía que había adquirido el virus por mi esposo, pero después de la separación quise buscar respuestas que no encontré hasta dos años de terapia, que se destapó la cloaca y lo recordé y lo volví a llorar, y ahora sé, en esa terrible violación pude adquirir el virus, y lo sé porque investigué y supe que el infeliz había muerto con sida.

EN TORNO AL DIAGNÓSTICO: SUS CIRCUNSTANCIAS

En varios casos algunas de las mujeres se dieron cuenta de que el virus les fue transmitido por el esposo o la pareja, después de su fallecimiento. El silencio del esposo y de los suegros acerca de la enfermedad de su hijo, expuso a la esposa al virus: “Ellos pensaron que casándose se le quitaba lo homosexual: eso fue lo más cruel, su misma familia sabía y no lo dijo”.

La aparición de los primeros síntomas de la infección supone un gran impacto emocional, la presencia de procesos infecciosos, el debilitamiento, la búsqueda de tratamiento, el desconocimiento de lo que le pasa: “Empecé a estar con mucho flujo y luego muy enfermiza, empecé a ir con doctores y me trataban que si la diarrea o la gripe y yo seguía mal y mal cada vez empeorando más”.

La violencia hacia la pareja continúa en el proceso de infección compartido:

“A él se lo diagnosticaron como a los cuatro meses después de mí; él se hizo peor, no me golpea pero... me insulta feo, que si yo ando de esto, y ando ahora de lo otro.... cuando anda borracho él grita que él tiene VIH y a mí me da coraje con él, porque digo pos los vecinos no tienen por qué enterarse, y yo le digo por qué gritas si quieres dañarte, dájate tú, no a mí...”

En la mujer el aumento de infecciones de transmisión sexual va acompañado del retraso en el diagnóstico; el reconocimiento de estas afecciones clínicas como indicadores del VIH en la mujer es esencial para proporcionar un tratamiento apropiado y oportuno de los síntomas.

El retraso del diagnóstico debido a la ausencia de sospechas de los médicos provoca que el estado inmune se encuentre muy alterado, incrementando su sufrimiento emocional (cuadro 2).

Cuadro matricial 2 En torno al diagnóstico		
Categoría	Subcategoría	Descripción
Circunstancias	Posterior a la muerte de la pareja	<p>Él tenía síntomas, lo hospitalizaron, estuvo la primera vez 15 días, después 8 días, pero todavía no salía nada, salía negativo, hasta la tercera vez ya salió positivo, pero esa tercera vez ya murió eso fue el 22 de octubre 1999</p> <p>Hasta que se murió mi esposo me dijeron eso, que eso tenía, que me hiciera la prueba, porque mi esposo había muerto de sida</p> <p>Cuando se mata mi esposo, el se ahorcó, fue cuando nos enteramos</p>
	Silencio y ocultamiento de la familia de la pareja	<p>No me enteré de lo que él tenía, cuando él todavía vivía, porque no me dijeron nada mis cuñadas, no me dijeron en verdad lo que tenía, porque a mí me dijeron que tenía cáncer, lo cuidaba una de ellas y yo</p> <p>Ellos pensaron que casándose se le quitaba lo homosexual, eso fue lo más cruel, su misma familia sabía y no lo dijo</p>
	Los indicios de infección por VIH	<p>Yo empecé con mucho flujo y me daban que esto y aquello</p> <p>Cuadros diarreicos, infecciones gastrointestinales: empecé con mucho vómito, diarrea, pérdida de peso, pérdida de cabello, me salieron muchos granos en la boca, fui a parar al hospital, entonces, al ver que no cedían ninguno de esos síntomas que yo tenía, me hicieron estudios y resultó que salí positiva de virus.</p> <p>Baja de peso crónico, con duración de meses hasta un año</p> <p>Empecé a estar muy enfermiza, empecé a ir con doctores y me trataban que si la diarrea o la gripe, y yo seguía mal y mal cada vez empeorando más</p>
	Primero ella	<p>Cuando anda borracho el grita que el tiene VIH y a mí me da coraje con él, porque digo pos los vecinos no tienen por qué enterarse, y yo le digo por qué gritas si quieres dañarte, dájate tú, no a mí ...</p> <p>A él se lo diagnosticaron como a los 4 meses después de mí. Mi esposo dejó el medicamento ya tiene como 5 meses que no lo toma, lo dejó, le da gómito, porque lo mareaba, a él se lo diagnosticaron como 4 meses después que a mí</p>
	Retraso del diagnóstico	<p>Hospitalización, internamiento, estudios diagnósticos más fuertes muchos análisis y mucho tiempo para dar con el diagnóstico</p> <p>Empecé a ir con doctores y me trataban que si la diarrea o la gripe, y yo seguía mal, mal cada vez empeorando más, caí en una crisis horrible, estaba adelgazando muchísimo, mi piel parecía de una ancianita, granos en la cara, el agua que yo tomaba como si nada, sentí que me deshidrataba, ya no podía sostener mi cabeza, me espanté muchísimo, y al doctor que me estaba tratando en ese momento, le dije que me hiciera todos los análisis quería irme con un especialista para que realmente vieran eso</p>

ANTE LA NOTICIA: LAS REACCIONES POSTERIORES AL DIAGNÓSTICO

La infección por el VIH constituye una enfermedad, implica para la mujer que lo padece unos niveles de incertidumbre y enfrentarse con una enfermedad rodeada de estigmatización y rechazo por parte de la sociedad. El descubrimiento de la seropositividad llega como un choque, inundando a la persona de sentimientos negativos de miedo y dudas y de muerte.

Ante la noticia del diagnóstico se produce un choque emocional, que conduce a una negación cuando la paciente duda de estar o no infectada:

“Pensaba que era un error, que a mí no me podía pasar eso, era como una pesadilla horrible”.

“Yo decía que no, no es que esto no puede ser; en primer lugar porque yo desconocía todo eso, pero si yo sabía que esa enfermedad daba a causa de una, de una relación,... pero que la tuviera uno fuera del matrimonio. Entonces, ¿qué pasó?”

No está, no hay nada:

“Estando en el hospital, yo luego me enteré, me enteré de que estaba contagiada, me hicieron otros dos [exámenes], o sea, después, eh... yo dejé de ir al hospital, este octubre hice un año, fueron los últimos resultados que me entregaron, y bueno, pues, ante el ojo humano ¿verdad?... Sigue saliendo, o sea, pero, pues, yo cómo me siento y cómo veo y todo, pues para mí no lo está, no hay nada”.

Lo más difícil fue asimilar tener un diagnóstico positivo cuando el VIH le fue transmitido por su compañero sentimental, o padre de sus hijos: *“yo nunca me imaginé que mi esposo pudiera traerme esa enfermedad a la casa, nunca me imaginé; es más, yo ni sabía que esto existía, más bien, no, no estaba enterada”.*

En el caso de algunas de ellas, este impacto fue aún más fuerte debido a que consideraban que se trataba de una *“enfermedad de homosexuales”* y que, por lo tanto, ellas se encontraban *“a salvo”* de adquirir la infección: *“Era una tristeza, un dolor muy*

grande; o sea, no el VIH, era el dolor del engaño, de que... Como si era en un matrimonio, él hubiera sido capaz de..."

El impacto de la noticia y la carga de ansiedad van de la mano de la mayor información que se tiene de la enfermedad:

"Conocía todos los antecedentes que por mi profesión tuve que aprender sobre el VIH, el sida, la sintomatología, las características; de hecho, yo di una clase en algunas ocasiones sobre el tema, estaba yo enterada, por lo tanto cuando el impacto se me da [el diagnóstico], y sé que soy portadora de VIH, pues créeme que estos conocimientos todavía fueron más apabullantes, muchísimo más difíciles, pues porque yo sabía a lo que me estaba enfrentando. Sabía que en ese momento, pues que a lo mejor tenía mi tiempo contado, que a lo mejor la situación era ya caótica, crítica".

La aceptación del diagnóstico se ve condicionada por el reconocimiento de sus conductas de riesgo: *"pues ya ni que..."*

Una de las principales inquietudes de muchas mujeres infectadas es el apoyo y la atención de sus hijos en la actualidad y el futuro, puesto que con frecuencia su pareja también está infectada o ha fallecido: *"Me preocupaba pensar que sería de ella, si quedara huérfana, a quién se la dejaría".*

Además de las pérdidas asociadas a su salud, se presenta ante ellas la exigencia de ocuparse del bienestar y la seguridad de los hijos.

Cuadro matricial 3 Ante la noticia de la enfermedad		
Categoría	Subcategoría	Descripción
Las reacciones posteriores al diagnóstico Choque emocional	Percepción del propio riesgo Conductas de riesgo	Por el simple hecho de ser consumidora de drogas, sabía yo que estaba expuesta a ese riesgo, ya estaba consciente de cómo podía salir negativo podía salir positivo.
	Incredulidad	Yo decía que no, no, es que esto no puede ser; en primer lugar porque yo desconocía todo eso, pero si yo sabía que esa enfermedad se daba a causa de una, de una relación... pero que la tuviera uno fuera del matrimonio. Entonces ¿qué pasó?
	Negación	yo nunca me imaginé que mi esposo pudiera traerme esa enfermedad a la casa, nunca me imaginé; es más, yo ni sabía que esto existía, más bien, no, no estaba enterada. Pensaba que era un error, que a mí no me podía pasar eso, era como una pesadilla horrible. Después me vine enterando de que es una cosa que no se contagia nomás porque sí, ya sabemos el medio de contagio de esa infección, y yo por desgracia lo contraí por... por una transfusión sanguínea.
	Culpas	Conocía todos los antecedentes que por mi profesión tuve que aprender sobre el VIH, el sida, la sintomatología, las características; de hecho, yo di una clase en algunas ocasiones sobre el tema, estaba yo enterada, por lo tanto cuando el impacto se me da y sé que soy portadora de VIH, pues créeme que estos conocimientos todavía fueron más apabullantes, muchísimo más difíciles, pues porque yo sabía a lo que me estaba enfrentando. Sabía que en ese momento, pues que a lo mejor tenía mi tiempo contado, que a lo mejor la situación era ya caótica, crítica. Pensaba como él me había hecho esto, me sentía culpable cómo permití tantas infidelidades...
	No la veo [la enfermedad]	Estando en el hospital, yo luego me enteré, me enteré de que estaba contagiada, me hicieron otros dos [exámenes], o sea después, eh... yo deje de ir al hospital, este octubre hice un año, fueron los últimos resultados que me entregaron, y bueno, pues, ante el ojo humano ¿verdad? Sigue saliendo, o sea, pero, pues, yo como me siento y como veo y todo, pues para mí no lo está, no hay nada.
Predilecciones Sexuales de la pareja	Yo lo que quería era morirme, una tristeza muy grande o sea, no era el dolor del VIH... era el dolor del engaño, hijole, fue muy cruel, su misma familia sabía, porque el había abusado de unos sobrinos y su misma familia calló o sea... No, ellos pensaron que casándose se le quitaba lo homosexual.	
Los hijos: preocupación inicial y preocupación constante	Me preocupaba pensar qué sería de ella, si quedara huérfana, a quién se la dejaría.	

DESPUÉS DE LA NOTICIA

Ser portador de VIH o estar enfermo de sida son situaciones que generan un conjunto multifacético de estresores con un impacto adverso sobre el funcionamiento personal, social y el estado emocional de los pacientes.

La depresión se liga a ideas suicidas, aunadas a la desesperanza, a la negación de tomar el tratamiento, y como una alternativa para terminar con el dolor y sufrimiento:

“Si voy a morir, para qué me entretengo más, pensé en el suicidio, pensé en irme lejos, no sé a dónde, para que no sufrieran, pensé en seguir luchando, pero en ese momento mis expectativas no eran así como que, que pudiera yo lograrlo, bueno y ya me voy de este mundo, como lo haría si, si tomo pastillas, si me doy un balazo...”

O en la suspensión de la toma de medicamentos:

“Cada vez estaba más deprimida, dejé de tomar mi tratamiento por mucho tiempo, quizás más de un año, ya todo me daba igual, le decía a Dios que por qué no me moría de una vez, que ya no quería seguir, no, este mundo”.

La ira entre hacia la pareja fue un sentimiento común en estas mujeres; para muchas mujeres el sentimiento de rabia es tan grande que no consiguen perdonar. ¿Cómo puede su compañero, sabiendo de la existencia del virus, no prevenir a la esposa?: *“yo pienso que él ya sabía, pero, bueno, igual, la cobardía, el miedo, no lo dijo, no lo dijo, porque él empezó primero...”*

La aceptación de la enfermedad como el reconocer lo ineludible o someterse a lo inevitable, se facilita más en las mujeres cuyo medio de contagio no fue la vía sexual, tal es el caso de aquellas cuya fuente de infección fue una hemotransfusión:

“De la manera como yo me contagié, para mí, yo creo que psicológicamente fue más fácil aceptarlo, porque no fue algo doloroso, porque yo veo a mi niña y yo digo, pues si este fue el motivo, pues qué bonito motivo [transfusión sanguínea en el parto]”.

Hubo quien consideró importante, como primer impulso, compartir su experiencia y prevenir a todas las mujeres de no confiar tanto en los maridos, que se protejan:

“Cuando yo me enteré de que tenía VIH, yo la verdad, la verdad, yo mi primera impresión fue correr a una radio y que todas las mujeres me escucharan, que me escucharan y decirles que se cuiden mucho, que no confíen tanto en sus maridos, porque desgraciadamente los hombres, pues, tienen dos caras, ahora sí que me tocó vivirlo, a mí personalmente, tienen dos caras, y este, pues que no confíen mucho en ellos, que se protejan mucho”.

La búsqueda y el acercamiento a personas que proporcionan información y apoyo. Algunas mujeres, pocas, contaron con la ayuda de un terapeuta, a quien refieren como algo que las ha ayudado a recuperar la confianza en sí mismas y a vencer el miedo de hablar abiertamente de su enfermedad con sus familias:

“A raíz de los tratamientos terapéuticos que he llevado, es por lo que he podido hablar de esto abiertamente con las personas que ya saben, o sea mis papás, mis hijas, mis hermanos”.

La religión como efecto positivo en la salud en los procesos de afrontamiento de sucesos vitales negativos o estresantes, como es el la seropositividad. A través de promover actitudes de esperanza, cambio y curación, con la apreciación de Dios como benevolente y con la confianza por entero en Dios:

“Como soy católica fui a un encuentro, y ahí sentí que el Señor me sanó, y yo de ahí para acá, o sea, yo declaro mi sanidad, tanto en lo físico como en lo espiritual, porque perdoné y a raíz de ese perdón, yo es como he podido estar bien”.

“Gracias a Dios, Dios sabe por qué hace las cosas”.

“Creo infinitamente en San Judas Tadeo, en Dios, y en la fuerza que yo tengo para haber superado ya diez años de que supe mi diagnóstico”.

REACCIONES DE LA PAREJA

El silencio, sin importarles haber expuesto a la mujer a un grave peligro: *“Cuando yo le dije que se fuera a hacer los análisis, porque él me había infectado, entonces él decía que no, que él no”*.

La infección del VIH, irrumpe en la vida de las mujeres casadas, cinco de ellas se separaron de sus parejas a raíz del diagnóstico; el resto de las casadas vive con sus parejas. Algunas mencionan un distanciamiento en su relación, como algo previo a la separación:

“Definitivamente yo pienso que ya no, que a lo mejor está esperando una oportunidad o algo para toda esa relación, que ya es como un vicio, una rutina, y que con cualquier cosa ya quiere uno zafarse de aquello”.

Para las mujeres que cuentan con una pareja, ellos son una fuente importante de apoyos emocionales y económicos:

“Fue mi esposo el que se enteró de mi diagnóstico, el virus lo adquirí por transfusión, fue más traumático para él, pero él como que se tragó todo, porque nunca me dijo cuál era mi diagnóstico, simplemente se movió, este... para que a mí me trataran ya sobre esta enfermedad, sin yo saber nada”.

Cuadro matricial 4 Después de la noticia		
Categoría	Subcategoría	Ejemplo textual
Reacciones de la mujer	Deseos de muerte	Si voy a morir, para qué me entretengo más, pensé en el suicidio, pensé en irme lejos, no sé a dónde, para que no sufrieran, pensé en seguir luchando, pero en ese momento mis expectativas no eran así como que, que pudiera yo lograrlo, bueno, y ya me voy de este mundo, como lo haría si, si tomo pastillas, si me doy un balazo... Cada vez estaba más deprimida, dejé de tomar mi tratamiento por mucho tiempo, quizás más de un año, ya todo me daba igual, le decía a Dios que por qué no me moría de una vez, que ya no quería seguir, no, este mundo.
	Suspensión de medicamento	
	La aceptación de la enfermedad	De la manera como yo me contagié, para mí, yo creo que psicológicamente fue más fácil aceptarlo, porque no fue algo doloroso, porque yo veo a mi niña y yo digo, pues si este fue el motivo, pues qué bonito motivo [Transfusión sanguínea en el parto].
	Hacia la pareja	Estaba muy enojada con mi esposo, me sentía defraudada, traicionada, nos peleábamos constantemente, lo trataba de lo peor, lo humillaba, ya no le tenía confianza. Yo agarré mucho rencor, murió él y yo seguía con mucho rencor. Batallé algo... también para no sentir sentimientos de venganza hacia mi esposo...
	Advertir a las demás mujeres	Cuando yo me enteré de que tenía VIH, yo la verdad, la verdad, yo mi primera impresión fue correr a una radio y que todas las mujeres me escucharan, que me escucharan y decirles que se cuiden mucho, que no confíen tanto en sus maridos, porque desgraciadamente los hombres, pues, tienen dos caras, ahora si que me tocó vivirlo, a mí personalmente, tienen dos caras, y este, pues que no confíen mucho en ellos, que se protejan mucho.
	Búsqueda de información y apoyo emocional	Hasta cuando yo conocí a Rosalinda, que ella fue la que me explicó, y gracias a ella seguí adelante porque yo me quería morir, y gracias a ella supe que esta infección no era mortal, que con eso podía vivir muchos años, apegándome al tratamiento iba yo a.. tener una mejor calidad de vida. Fui a talleres aquí a Fundación VIHDA, porque uno mismo que está con el diagnóstico no sabe muchas cosas.
	Apoyarse en Dios	Como soy católica fui a un encuentro, y ahí sentí que el señor me sanó, y yo de ahí para acá, o sea, yo declaro mi sanidad, tanto en lo físico como en lo espiritual, porque perdoné y a raíz de ese perdón, yo es como he podido estar bien.
Reacciones de la pareja	Negación	Cuando yo le dije que se fuera a hacer los análisis, porque él me había infectado, entons él decía que no, que él no. yo pienso que él ya sabía, pero bueno igual, la cobardía, el miedo, no lo dijo, no lo dijo, porque él empezó primero...
	Apoyo y solidaridad	Fue mi esposo el que se enteró de mi diagnóstico, el virus lo adquirí por transfusión, fue más traumático para él, pero él como que se tragó todo, porque nunca me dijo cuál era mi diagnóstico, simplemente se movió, este, para que a mí me trataran ya sobre esta enfermedad, sin yo saber nada. Él se hizo la prueba, se la hizo a la nena, afortunadamente ninguno de los dos está infectado, yo soy la única en la familia.
	Distanciamiento y separación	Definitivamente, yo pienso que ya no, que a lo mejor está esperando una oportunidad o algo para toda esa relación, que ya es como un vicio, una rutina, y que con cualquier cosa ya quiere uno zafarse de aquello.

LOS SERVICIOS DE SALUD

LA COMUNICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO

Los relatos de estas mujeres muestran que la atención a las personas con VIH por parte de los servicios de salud, si bien ha mejorado a lo largo del tiempo, continúa siendo limitada y no prepara a las personas para enfrentar su nuevo estado mediante información válida y oportuna.

Que los médicos comparen el síndrome con la muerte es inhumano, médicamente incorrecto, y desanima a las personas que viven con el virus a buscar alternativas para cuidar su salud y mejorar la calidad y el tiempo de vida. En los relato fue posible ver que los médicos notificaron el diagnóstico en estos términos: *"tú tienes VIH, tienes sida, y pues nomás resígnate vivir así, vas a durar muy poco"*; o *"tiene tres meses y arregle sus cosas"*; a pesar de que los tratamientos de triple terapia anti-retroviral han incrementado considerablemente las expectativas de vida. Así, escueto, sin ninguna explicación:

"Nunca le explican a uno... si te cuidas o si te apegas al tratamiento... nada de eso le explican a uno... jamás le dan a uno la noticia y ya. Entons cuánto me queda de vida, pues para arreglar mis cosas, para estar bien con la gente y el no me supo explicar".

"Me metieron muchas ideas en la cabeza..., me dijeron ya no vas a poder tener hijos, muchísimas cosas; yo me asusté tanto, que incluso decidí mejor que me operaban para pues, ya no tener hijos".

"Me dijo que tenía tres meses de vida, y ahora veo que no... quisiera ver al infeliz que me dijo eso".

DISCRIMINACIÓN

La discriminación, esto es, los actos de rechazo hacia las personas que viven con el VIH, como respuesta al estigma ya existente, se encuentra aún presente. Esta discriminación en la negación a una atención médica por parte del sistema de salud tiene graves consecuencias en la calidad de vida de este grupo.

“Cuando me iban a operar de la mano, el doctor no quiso operarme me dejó ahí tres veces, tres veces se fue, una vez me dejó en quirófano cuando se dio cuenta”.

El estigma se expresa, con frecuencia, por medio de actos discriminatorios asociados con el miedo a la transmisión del virus por contacto casual. Relacionar el sida con la muerte, y no respetar la confidencialidad del diagnóstico, es otra forma común de concreción del estigma. Según las narraciones de las mujeres, los proveedores de servicios de salud demuestran los mismos miedos sin fundamento al contacto casual, como en general ocurre entre la población, ejerciendo una importante función en la perpetuación de mitos acerca de la transmisión casual y, por tanto, del estigma y la discriminación. Por otro lado, los resultados sugieren otro desafío importante en esta área, que es la debilidad por parte de los proveedores de atención de la salud en su formación profesional para manejar estos temas y situaciones, aspectos de gran trascendencia para abordar esta epidemia.

LOS COSTOS

Las mujeres narraron el costo de la atención, que muchas veces sobrepasa su capacidad económica, por no contar con seguridad social:

“Cuando voy a consulta gasto cien pesos en pasajes nada más para ir por mi medicamento, y los análisis, algunos son de un precio y otros de otro”.

“Solo tomo los que dan aquí [retrovirus], los que tengo que comprar no...”

Algunas más, a pesar de contar con la seguridad social, se ven limitadas para llevar las indicaciones adecuadas:

“No llevo la dieta como es, y eso que no me cobran la consulta, antes sí, ahora tengo seguro”.

Cuadro matricial 5 Servicios de salud		
Categoría	Subcategoría	Ejemplo textual
La comunicación del diagnóstico	Sentencia de muerte el tiempo de vida	<p>Cuando a mí me dieron el Dx, me dieron seis meses de vida... quisiera encontrarme al infeliz médico que me dijo eso, porque en aquel entonces yo creí toda esa sarta de pendejadas que me dijo ... y por ello perdí mi casa, mi trabajo y me fui del lugar donde vivía... Prácticamente hui porque pensé que de verdad mi vida se acabaría a los seis meses... y que mi calidad de vida... iba a dar lastima a todos los que me rodeaban —y yo no quería verlos sufrir.</p> <p>Y pues le dan a uno esa noticia, se la dan a uno... Como que te queda poco tiempo de vida, no le explican a uno exactamente lo que es la infección. Namá le dicen tú tienes VIH, tienes sida, y pues nomás resignate a vivir así y vas a durar muy poco.</p> <p>Me habían canalizado con el especialista, quien me hizo una exploración denigrante delante de unos aprendices, y dijo que me iba a morir en seis meses.</p>
	Falta de explicación	<p>Nunca le explican a uno, si te cuidas o si te apegas al tratamiento... nada de eso le explican a uno... Namás le dan a uno la noticia y ya. Entons cuánto me queda de vida, pues para arreglar mis cosas, para estar bien con la gente y él no me supo explicar.</p> <p>Me metieron muchas ideas en la cabeza, me dijeron ya no vas a poder tener hijos, muchísimas cosas; yo me asusté tanto, que incluso decidí mejor que me operaban para pues, ya no tener hijos.</p>
Discriminación		<p>Alguna que otra vez que caí en la clínica donde me atendían, entró una de las médicas diciendo: donde está la persona con sida, y yo iba con una crisis de asma, ¿por qué no nos dijo su diagnóstico? La podemos demandar.</p> <p>Me observaban como bicho raro, no me dieron de cenar, al otro día me aventaron la bandeja del desayuno, se cayó el cereal, se cayó la leche, eran las once de la mañana y no iban por eso, no iban a recogermelo ni a cambiármelo.</p> <p>Cuando estuve internada, cuando estuve internada nadie quería que...nadie entre a mí, a mi cuarto, me tenían aislada y me pasaban los alimentos me los pasaban con guantes y todo y me los dejaban ahí, si había alguien en mi cuarto los recibía, y si no los dejaban en la puerta.</p> <p>Cuando me iban a operar de la mano, el doctor no me quiso operar, me dejó ahí tres veces, tres veces se fue, una vez me dejó en el quirófano cuando se dio cuenta, que vio el expediente, no me quiso operar, luego yo le dije ¿por qué?, ya él me dijo que era por eso que suspendía mi operación, luego dijo no, no, con más cuidado voy a hacerla, voy a poner más cuidado, esa vez también me dejó en el quirófano, no se presentó, hasta la tercera vez, ya se presentó.</p> <p>En la clínica 10 un doctor se dio cuenta, porque una de mis cuñadas trabajaba ahí, entonces se dio cuenta lo que tenía y al principio me veía muy bien y luego cuando se dio cuenta me hizo a un lado, como que se apartó, pues uno siente mucha vergüenza con los doctores y pues no de maravilla me atienden..., pero no todos son iguales, hay alguno que lo atienden bien.</p> <p>Alguna ocasión en unos laboratorios que nos hicieron unos estudios en el hospital 1del IMSS, la señorita del mostrador gritando a ver, los de VIH se forman acá y los normales acá, y, bueno, eso sí fue verdaderamente angustiante ¿no?</p>
Los costos		<p>Cuando voy a consulta gasto cien pesos en pasajes nada más para ir por mi medicamento, y los análisis, algunos son de un precio y otros de otro.</p> <p>No llevo la dieta como es, y eso que no me cobran la consulta, antes sí.</p> <p>Solo tomo los que dan aquí [retrovirus], lo que tengo que comprar no...</p>

LOS MIEDOS

La infección por el VIH supone incertidumbre y genera un amplio conjunto de actitudes y emociones de diversa intensidad que se relacionan con elevados niveles de ansiedad, depresión, ira y miedo, debido a que las mujeres no conocen cómo va a evolucionar la enfermedad, la cual que se asocia a la alta tasa de letalidad.

Miedo a comunicar la noticia

La condición de seropositividad en mujeres suele ser asociada a la prostitución, la promiscuidad o la drogadicción. El juicio moral sobre comportamientos sexuales reales o imaginarios asociados con el VIH y el sida se destaca como una barrera importante para compartir el diagnóstico y contribuye al ocultamiento del diagnóstico dentro del núcleo familiar.

Frecuentemente, las mujeres dudaron revelar su estatus a sus propios padres o suegros por temor a que los miembros de la familia pudieran culparlas a ellas o provocarles un gran sufrimiento; asimismo, por el miedo al rechazo y al aislamiento.

“Mi familia va a sufrir muchísimo, ¿no? Qué va a pasar cuando se enteren, y pensé de todo, pensé de todo, que me iban a rechazar, pues porque hay muchos paradigmas acerca de esta enfermedad, muchos tabúes, yo dije; a lo mejor mi familia me rechaza...”

“Le comenté a mamá y se puso muy mala, y tuve que desmentirme, y pues ya no le comento nada”.

“Entonces me llevada bolsas negras del Seguro para que pusiera mis toallas sanitarias, para que no se fuera a contaminar todo Aguascalientes, por mis toallas en el contenedor, entonces era cruel”.

La decisión de divulgar el estado serológico frente al VIH a los hijos propios es muy compleja, el deseo de las mujeres de proteger a sus hijos muchas veces impide comunicarles la enfermedad.

“Tengo miedo de decírselo a mi otro hijo porque él es muy brusco, muy rencoroso..., no sé..., no sé qué vaya a pasar si se lo digo..., no sé cómo se lo voy a decir”.

“Temo mucho, porque él vive [mi hijo] todavía es soltero, vive con nosotros, y resulta que, pues alguna situación puede pasar que diga ¿y si me contagio si tomo la cuchara?, ¿y si me contagio si..., si el mismo jabón de baño?, no, no, entonces no lo he hecho [decírsele], no lo he hecho, habrá sido miedo, ha sido falta de oportunidad, ha sido que no quiero lastimarlo, pero yo creo que lo va a tener que saber”.

“No hemos tocado el tema de que estoy infectada, pero algún día se lo comentaremos, ya cuando veamos que tienen madurez para aceptar la enfermedad, ellos me vieron muy grave, uno de ellos sí me decía: “oye mamá, y tu enfermedad, si me la puedes contagiar”.

Asimismo, el gran temor de que los hijos se enteren por otro lado las hace vencer sus barreras: *“Le dije a mi hijo mayor hace un año, porque siempre he tenido miedo a que se lo diga la gente, tengo mucho miedo que alguien le comente”.*

Se han visto en la necesidad de mentir en el trabajo, ocultando su realidad como mujeres con VIH, para evitar ser rechazadas por sus compañeros y para evitar ser despedidas.

“Para mí ha sido difícil conllevar esta enfermedad, hay mucha discriminación; por ejemplo, en mi trabajo tengo que decir mentiras cuando necesito permiso para acudir a mis citas o para mis estudios, me han regañado porque luego pido permisos constantes, pero si les digo la verdad es posible que me despidan, aunque sé que es una violación a mis derechos, pero eso a muchos empresarios no les importa”.

Miedo a que se divulgue la noticia sin su consentimiento

La familia toma decisiones, muchas de las veces sin tomar en cuenta a la mujer, negándole el derecho a decidir sobre asuntos de su vida. Las respuestas familiares negativas son muy comunes, y las pacientes experimentan la discriminación en su casa:

“Le encargué mi hija a mi hermana y por un descuido, digo descuido porque estaba la hoja para que me dieran tratamiento, y otra de mis hermanas la ve y se la pasa a mis hermanos... se vuelven jueces y aparte verdugos, se

mantienen al margen con su moral muy elevada y se desatienden de mí... Yo estaba muy enferma”.

Algunas mujeres informaron que el personal de salud a menudo viola la confidencialidad. Las violaciones de esta índole son atribuidas directamente a las personas que trabajan en dicho sistema, y llegan a tener repercusiones difíciles de enfrentar por parte de las mujeres.

“Tengo mucho temor de llegar a estar internada en un hospital, porque la mayoría del personal médico también discrimina o dan a conocer el diagnóstico a cualquier persona sin importarles el daño psicológico y emocional que pueden causar”.

“Alguna ocasión en unos laboratorios, eh, que nos hicieron unos estudios en el hospital 1 del IMSS, la señorita del mostrador gritando: “a ver, los de VIH se forman acá y los normales acá”, y, bueno, eso sí fue verdaderamente angustiante, ¿no?”

El miedo a dejar la pareja

En el caso de la historia de vida de la serodiscordante, resalta la importancia de estar en una relación de pareja, pues manifiesta el miedo a separarse de la pareja y el miedo a quedarse sola cuando llegue a estar enferma: *“Tengo miedo a separarme de él, si la próxima vez soy positiva, qué voy a hacer sola, con las enfermedades que vienen”.*

Ya que siente que es el único proveedor de información y apoyo, porque no se siente con la confianza de pedir apoyo, no confía en nadie, no comenta, y prefiere guardarse las cosas. Su pareja le ha llegado a decir que si otras personas se enteran de que él está infectado, que ella se eche la culpa del contagio: *“Si otras personas se llegan a enterar, tú te echas la culpa, tú me contagiaste”.*

La incertidumbre

Una de las principales inquietudes de muchas mujeres infectadas es el apoyo y la atención de sus hijos en la actualidad y el futuro, puesto que con frecuencia su pareja también está infectada o ha fallecido.

Las madres VIH positivas se enfrentan con la misión de burlar a la propia muerte; esta puede entenderse tanto en el sentido literal (mayor probabilidad de morir en un momento anticipado), como a la muerte simbólica, a la que las condena la sociedad: *“¿Cómo me voy a morir, a qué hora me voy a morir?”*

Ante lo que le espera, lo que puede hacer, cómo va a vivir con la enfermedad, surge la incertidumbre.

Las culpas

Esta situación conlleva una gran carga emocional que hace a las infectadas autosancionarse mediante la culpa constante: el temor ante la posibilidad de que sus hijos sufran alguna repercusión debido a su seropositividad, o incluso lleguen a morir:

- Culpa de confiar y desconfiar.
- Culpa de sentir culpa.
- Culpa de sentir miedo.
- Culpa de tomar decisiones autónomas.
- Culpa por el dolor provocado a otros.
- Culpa por necesitar ayuda.
- Culpa por no cumplir su función como mujer.

Cuadro matricial 6 Los miedos		
Categoría	Subcategoría	Ejemplo textual
Miedo a comunicar la noticia	Sufrimiento familiar	<p>Mi familia va a sufrir muchísimo, ¿no? Qué va a pasar cuando se enteren, y pensé de todo, pensé de todo, que me iban a rechazar, pues porque hay muchos paradigmas acerca de esta enfermedad, muchos tabúes, yo dije; a lo mejor mi familia me rechaza.</p> <p>Mi familia no lo sabe..., y yo digo como ellos tienen una idea muy ingenua de los es el VIH, prefiero no contárselos, en mi casa, pues no, nadie lo sabe, nada más en la casa de mi esposo, la familia de él.</p>
	Rechazo y aislamiento familia	Entonces me llevaba bolsas negras del Seguro para que pudiera mis toallas sanitarias, para que no se fuera a contaminar todo Aguascalientes, por mis toallas en el contenedor, entonces era cruel.
	Rechazo y aislamiento por parte de los hijos	Temo mucho, porque él vive [mi hijo], todavía es soltero, vive con nosotros, y resulta que, pues alguna situación puede pasar que diga ¿y si me contagio si tomo la cuchara?, ¿y si me contagio si..., si el mismo jabón de baño?, no sé, ¿no?, entonces no lo he hecho [decírselo], no lo he hecho, habrá sido miedo, ha sido falta de oportunidad, ha sido que no quiero lastimarlo, pero yo creo que lo va a tener que saber.
	Miedo a que lo sepa y a que se lo digan	<p>Tengo miedo de decírselo a mi otro hijo porque él es muy brusco, muy rencoroso..., no sé..., no sé qué vaya a pasar si se lo digo..., no sé cómo se lo voy a decir.</p> <p>Le dije a mi hijo mayor hace un año, porque siempre he tenido miedo a que se lo diga la gente, tengo mucho miedo que alguien le comente.</p>
	En el trabajo	<p>Para mí ha sido difícil conllevar esta enfermedad, hay mucha discriminación, por ejemplo en mi trabajo tengo que decir mentiras cuando necesito permiso para acudir a mis citas o para mis estudios, me han regañado porque luego pido permisos constantes, pero si les digo la verdad es posible que me despidan, aunque sé que es una violación a mis derechos, pero eso a muchos empresarios no les importa.</p> <p>Además de que corro el riesgo de que se propague el diagnóstico entre gente conocida y así pueda llegar a oídos de mi familia.</p>

Cuadro matricial 7 Los miedos		
Categoría	Subcategoría	Ejemplo textual
Miedo a que se divulgue sin su consentimiento	Por parte de la familia	<p>Le encargué mi hija a mi hermana y por un descuido, digo descuido porque estaba la hoja para que me dieran tratamiento, y otra de mis hermanas la ve y se las pasa a mis hermanos... se vuelven jueces y aparte verdugos, se mantienen al margen con su moral muy elevada y se desatienden de mí...</p> <p>A mi hija, mi mamá se lo dijo, ni siquiera me tomó parecer nomás llevo y me dijo "la niña ya sabe".</p>
	En los servicios de salud	<p>Alguna ocasión en unos laboratorios eh, que nos hicieron unos estudios en el hospital 1 del IMSS, la señorita del mostrador gritando: "a ver, los de VIH se forman acá y los normales acá", y, bueno, eso sí fue verdaderamente angustiante, ¿no?</p> <p>Y luego pusieron el diagnóstico ahí en mi cabecera, qué era lo que tenía, y eso fue lo que a mí no me pareció, le dije al doctor que yo no quería que la gente supiera lo que..., si iba algún familiar de los que ya sabían, no me importaba. Pero si iba una amiga que no sabía lo que yo tenía, eso no me iba a gustar.</p> <p>Tengo mucho temor de llegar a estar internada en un hospital, porque la mayoría del personal médico también discrimina o dan a conocer el diagnóstico a cualquier persona sin importarles el daño psicológico y emocional que pueden causar.</p>
	Socialmente	<p>Pero yo también te lo confieso sinceramente, no lo ando divulgando, no ando diciendo a todo el mundo, miren yo tengo, pero miren que me siento bien, no, lo he mantenido lo más prudente posible, ¿no? Lo saben mis personas muy allegadas, los demás no, los demás no porque..., pues por lo mismo tendríamos que dar demasiadas explicaciones, tendríamos que dejar que pase más tiempo, para que la gente cambie estos conceptos, para que entienda, yo creo que se ha logrando algo pero no ha sido fácil.</p> <p>Cuando anda borracho él grita que él tiene VIH y a mí me da coraje con él, porque digo, pos los vecinos no tiene por qué enterarse, y yo le digo ¿por qué gritas? Si quieres dañarte, dájate tú, a mí no.</p>
	Discriminación de los hijos	<p>Sobre todo en la escuela de mis hijos, que de preferencia no se supiera, porque no fuera a ser que a mis hijos los fueran a rechazar por mi enfermedad, es lo que me ha limitado a...</p>
Incertidumbre	Proyecto de vida	Puedo construir igual.
	Morir	¿Cómo me voy a morir, a qué hora me voy a morir?
	Cuidado de los hijos al morir	Me preocupaba pensar qué sería de ella, si quedara huérfana, a quién se la dejaría.

Para las mujeres que cuentan con una pareja, ellos son una fuente importante de apoyos emocionales y económicos.

Adicionalmente cuando las mujeres pierden a sus maridos por el sida es frecuente que sean despojadas de su patrimonio (tierra, vivienda, bienes).

“Nomás murió él y me quitó la casa, dejó dicho que me quitaran la casa..., y me fui a la calle con mis niños, él se murió y su hermana de él me echó a la calle con mis niños chiquitos. Namás porque mi mamá me recogió ahí en su casa”.

Aparece también una dependencia económica; en muchos casos son mujeres que no pueden trabajar en determinados empleos, bien porque se cansan antes, por estar enfermas, o simplemente por los efectos de la medicación: *“Ahorita dependo totalmente de mi mamá y de mi papá, no puedo trabajar porque me canso demasiado”.*

Las mujeres viven con VIH en condiciones económicas deficientes, donde la mayoría carece de un empleo estable y no cuenta con un seguro de atención a su salud. Estos dos aspectos, aunados a la presencia del estigma y la discriminación tienen un impacto muy importante en cómo se vive esta experiencia.

Cuadro matricial 8		
Impacto económico		
Categoría	Subcategoría	Descripción
Pareja		<p>Mi esposo me dejó pensionada.</p> <p>Nos dejó una mitad de pensión, porque la mayor parte se la quedó a su hermana y no sé a quién más.</p>
Familia	Los apoyos	<p>Es que ahorita mi familia me ha tratado muy mal, porque hasta ahorita me ha estado viendo la cara, porque dijeron que me iban a ayudar y no me han ayudado.</p> <p>Ahorita dependo totalmente de mi mamá y de mi papá, no puedo trabajar porque me canso demasiado.</p> <p>Mi familia me da mucho apoyo, me trata bien.</p>
Familia de la pareja	Los apoyos	<p>Nomás murió él y me quitó la casa, dejó dicho que me quitaran la casa..., y me fui a la calle con mis niños, él se murió y su hermana de él me echó a la calle con mis niños chiquitos. Namás porque mi mama me recogió ahí en su casa.</p> <p>La familia de él no me apoya a mí en nada.</p>
Trabajo	La posibilidad de tener medios económicos	<p>Hacía pasteles, los vendía afuera de mi casa, vendía dulces, ya no vendo tampoco dulces, fue bajando la venta, ya no compraban, los pasteles igual, yo siento que fue porque se enteraron que tenía VIH.</p>

EVALUACIÓN DE LA SITUACIÓN

Pérdidas

El temor a contagiarse lleva a un aislamiento y por consiguiente a una pérdida en utilizar o buscar el soporte de red social, y en algunos casos la pérdida laboral, con las correspondientes pérdidas económicas.

Las relaciones sociales con su entorno se deterioran:

“Mi vida cambió para mal, ha sido una experiencia muy difícil, ya casi todo el tiempo estamos solas, ya no..., se acabaron las amistades, se acabó, pues, muchas cosas, porque así se fueron retirando después de saber el diagnóstico, amigos, parientes cercanos, nomás se retiraron, y, pues no dijeron nada, nomás se retiraron y ya tienen una distancia”.

Un espacio importante dentro de los proyectos de vida de las mujeres es la maternidad; este espacio se ve limitado, y en algunos casos descartado, como en el caso de la renuncia a la maternidad de alguna de las mujeres.

“Me metieron muchas ideas en la cabeza, me dijeron ya no vas a poder tener hijos, muchísimas cosas; yo me asusté tanto, que incluso decidí en el 2003, mejor que me operaban para pues, ya no tener hijos”.

La pérdida de oportunidad de construir una relación de pareja en mejores circunstancias, ante la importancia que adquiere tener una relación de pareja y la no consideración de la posibilidad de vivir sin un hombre al lado:

“Con una enfermedad así, sin tener la oportunidad de nunca casarme con un hombre con casa, con su carro, que te sostenga, que te mantenga, que te saque adelante, que te la pases sufriendo, que te agarres cualquier rastra que te halles tirado..., nomás por tener pareja, nomás por no estar sola, nomás por no sentirte despreciada, obligada nomás por tener con quién tener relaciones, nomás por tener quien te sostenga por no poder valerte por ti misma, es una pena terrible tener..., que te levantas sufriendo y llorando desesperada, terrible, a veces hasta con deseos de suicidarte o de ya nunca más saber ya nada de ti”.

Ganancias

Para algunas mujeres el VIH se ha constituido en una herramienta para sostener su posicionamiento ante la vida. Así, ha venido a legitimar su condición de ser una persona especial, a la que la vida debe resarcir por sus sufrimientos.

“Desde entonces yo pienso que en ocasiones, este, Dios sabe por que hace las cosas, será que..., yo pienso, este, sufrí tanto y mi familia, mis hijos y ahora, este, que Dios nos mandó esta enfermedad yo digo —pues gracias, Dios mío, que me la diste, que no reniego, ni mucho menos, porque al fin estoy viviendo..., este, una verdadera familia”.

La valoración de la vida y de su propia vida

“Me he reencontrado con la vida, me aferro a la vida, la gozo al máximo, trato de cuidarme, sé que estoy en un límite entre la vida y la muerte y que es muy finita la separación entre una y otra, pero yo creo que un día más que yo viva, un día más que esté, esté aquí, pues vale la pena”.

Cuadro matricial 9		
Evaluación de la situación: pérdidas y ganancias		
Categoría	Subcategoría	Descripción
Ganancias		<p>Para mí no hay distinción ente vivir sano y vivir con VIH, para mí es mejor, hasta vivo mejor, tengo calidad de vida, antes no valoraba más mi entorno, mis relaciones con la demás gente, antes simplemente, yo creo, vivía nomás por vivir, más atención a un comentario, o al simplemente hecho de estar..., comiendo, me produce más placer que antes.</p> <p>Yo me siento muy bien y le hecho muchas ganas, me siento con muchos ánimos de ver a mis hijos grandes, es lo que me da ánimo.</p> <p>Me he reencontrado con la vida, me aferro a la vida, la gozo al máximo, trato de cuidarme, sé que estoy en un límite entre la vida y la muerte y que es muy finita la separación entre una y otra, pero yo creo que un día más que yo viva, un día más que esté, esté aquí, pues vale la pena.</p> <p>Desde entonces yo pienso que en ocasiones, este, Dios sabe por qué hace las cosas, será que..., yo pienso, este, sufrí tanto y mi familia, mis hijos y ahora, este, que Dios nos mandó esta enfermedad yo digo — pues gracias, Dios mío, que me la diste, que no reniego, ni mucho menos, porque al fin estoy viviendo, este, una verdadera familia.</p>
Pérdidas	Aislamiento	<p>Mi vida cambio para mal, ha sido una experiencia muy difícil, ya casi todo el tiempo estamos solas, ya no..., se acabaron las amistades, se acabó, pues, muchas cosas, porque así se fueron retirando después de saber el dx, amigos, parientes cercanos, nomás se retiraron, y pues no dijeron nada, nomás se retiraron y ya tienen una distancia.</p>
	El espacio de la maternidad	<p>Me metieron muchas ideas en la cabeza, me dijeron ya no vas a poder tener hijos, muchísimas cosas; yo me asusté tanto, que incluso decidí en el 2003 mejor que me operaran para, pues, ya no tener hijos.</p>
	De oportunidades y de mejores circunstancias para construir una relación de pareja	<p>Con una enfermedad así...</p>

PROYECTO DE VIDA CON LA ENFERMEDAD

En el caso de la mujer, enfrentarse directamente con un virus como el VIH, en el que resulta implicada negativamente la salud, por un lado, y la relación con el entorno, por el otro, conlleva transformaciones de carácter social, afectivo, familiar, laboral y económico. El tener VIH representa un hecho traumático para las mujeres que lo padecen, que influye radicalmente en su proyecto de vida; es decir, en los propósitos presentes y futuros, sin dejar de lado la amenaza de estigmatización, discriminación y aislamiento social que suele afectar a la persona seropositiva.

Los ajustes y transformaciones

Reconocimiento de ajustes en el curso de sus vidas:

“Desde ese momento [del diagnóstico] para acá, mi vida cambió radicalmente, totalmente, sí, tuve que hacer muchos ajustes, tuve que hacer muchas cosas, pero yo creo que, dentro de todo, capitalicé bien mi sufrimiento y mi mal, porque yo he pasado estos años de acá, que gracias a los tratamientos hoy tan..., pues tan avanzados, verdad, y tan importantes, pues ya podemos tener las personas mayor calidad de vida, más expectativas de tiempo..., y yo creo que lo que a mí me ha valido es un tratamiento efectivo, una constancia, una disciplina, pero sobre todo una actitud”.

Actividad sexual: *“me cuesta un poquito de trabajo, eso sí, en cuestiones íntimas, porque yo sé que él, pues quisiera estar más libre, no, sin nada de protección...”.*

El rechazo social. Como la enfermedad misma, con sus consecuencias, puede generar un gran impacto en el proyecto de vida de la mujer, en la formación de pareja, se produce una tensión por el solo el hecho de tener que comunicar si eres seropositiva o no, y aparece el miedo al rechazo sexual. Esto puede llevar a la imposibilidad de disfrutar la sexualidad y de experimentar o construir una relación de pareja. Algunas mujeres manifestaron temor a comenzar una nueva relación sentimental, debido al miedo a ser rechazadas, otras han decidido intentarlo:

“Da mucho temor tener nueva pareja, antes no sentía ese temor”.

“Sé que después del diagnóstico todas pensamos que ya no vamos a tener pareja, si hay hombres que quieren estar con nosotros a pesar del diagnóstico, aunque al principio lo intenté dos veces, no se dio..., se asustaron”.

En lo concerniente al orden familiar, se presentaron cambios significativos en el proyecto de vida de las participantes, el aislamiento de los familiares, hermanos, hermanas parientes. El aislamiento familiar, revelado por algunas de las participantes con sus hermanos, se debió a la forma como ellos manifestaron sus juicios de valor: *“Se vuelven jueces y aparte verdugos, se mantienen al margen con su moral muy elevada y se desatienden de mí...”*

Y en otras, en la unión y consolidación del vínculo materno familiar (madre, padre o hermanos).

“Todas las personas que se han enterado, o sea, bueno, mi familia, he tenido mucho apoyo de ellos, y ahorita en la familia se habla de esto como cosa ya pasada...., a raíz de los tratamientos terapéuticos que he llevado, es por lo que he podido hablar de esto abiertamente con las personas que ya saben, o sea mis papás, mis hijas, mis hermanos, amigos, hablamos de este tema y, pues, me apoyan y todo, no hay rechazo”.

Construcción de nuevas metas

“Y si ahorita estoy bien, y ya no quiero morir, quiero seguir adelante, quiero seguir adelante, conocer más gente en la misma situación y apoyar a la gente que apenas empieza, ayudarla a que salga de su depresión”.

Co-morbilidad

En lo relativo al desarrollo de la enfermedad en las personas infectadas, se tiene que la aparición de enfermedades oportunistas, si bien puede darse recién adquirido el virus, suele presentarse algunos años después de la infección. Muchos de los problemas ginecológicos que experimentan las mujeres seropositivas también afectan a las mujeres

que no lo son. Pero para las mujeres con VIH estas afecciones tienden a ser más frecuentes, más serias y más difíciles de tratar.

“La candida esofágica y vaginal, lo que más me ha afectado..., creo que es la candida, la he tenido..., este, en el esófago también, aparte de vaginal, eso es lo que más difícil se me ha hecho, pues porque lo demás, como sea, como que uno ahí la va llevando”.

Cuadro matricial 10			
Proyecto de vida con la enfermedad			
Categoría	Subcategoría	Descripción	
Formación de familia	Importancia de una relación de pareja y la no consideración de la posibilidad de vivir sin un hombre al lado	Con una enfermedad así, sin tener la oportunidad de nunca casarme con un hombre con casa, con su carro, que te sostenga, que te mantenga, que te saque adelante, que te la pases sufriendo, que te agarres cualquier rastra que te halles tirado..., nomás por tener pareja, nomás por no estar sola, nomás por no sentirte despreciada, obligada nomás por tener con quién tener relaciones, nomás por tener quien te sostenga por no poder valerte por ti misma, es una pena terrible tener..., que te levantas sufriendo y llorando desesperada, terrible, a veces hasta con deseos de suicidarte o de ya nunca más saber ya nada de ti.	
	Pareja	Sé que después del diagnóstico todas pensamos que ya no vamos a tener pareja, pero puede darse, sí, hay hombres que quieren estar con nosotras a pesar del diagnóstico, y aunque al principio lo intenté dos veces no se dio, se asustaron. A uno le dije mi diagnóstico y no lo volví a ver, el otro me dio un beso en la frente y me dijo que siempre seríamos amigos, que siempre estaría al pendiente de mí, por supuesto se fue alejándose de mí hasta que no lo volví a ver... Pero luego llegó este maravilloso hombre que comparte conmigo mi vida. Da mucho temor tener nueva pareja, antes no sentía ese temor, pero sigo con mi trabajo y con mi familia.	
	Sexualidad		Me da miedo, me da temor todavía, me da miedo, me da temor tener práctica sexual.
			Me cuesta un poquito de trabajo, eso sí, en cuestiones íntimas, porque, pues yo sé que él quisiera estar libre, ¿no?... sin nada de protección; pero te digo, él lo ha aceptado de una manera magnífica, entonces es cuidarnos completamente, ahora sí, que sea protegidos de todo a todo, que no haya ningún riesgo.
	Maternidad	Aunque los médicos me han dicho la posibilidad de tener otro bebé tengo muchos miedos.	
Oportunidades para dar información	Hijos	Hablo con mis hijos de la sexualidad, ellos saben, ellos es..., es preferible que estén enterados de todo, sin ningún escrúpulo..., sin que se escandalicen, yo platico con ellos, les hablo del condón.	
Construcción de metas	Involucrarse en acciones de apoyo	Y ahorita me siento muy bien, ya no me quiero morir, yo quiero seguir adelante, mis planes son superarme, salir adelante [este año inicio la secundaria], conocer más gente y más en el mismo, en la misma situación que yo me encuentro, apoyar a la gente que apenas comienza, a la gente que no sabe, ayudarla a que salga de su depresión y que le echen ganas.	
Actitud y constancia	Constancia y disciplina en el tratamiento	Desde ese momento [del diagnóstico] para acá, mi vida cambió radicalmente, totalmente sí, tuve que hacer muchos ajustes, tuve que hacer muchas cosas, pero yo creo que, dentro de todo, capitalicé bien mi sufrimiento y mi mal, porque yo he pasado estos años de acá, que gracias a los tratamientos hoy tan..., pues tan avanzados, ¿verdad?, y tan importantes, pues ya podemos tener las personas mayor calidad de vida, más expectativas de tiempo..., y yo creo que lo que me mí me ha valido es un tratamiento efectivo, una constancia, una disciplina, pero sobre todo una actitud.	
Co-morbilidad	Infecciones oportunistas	La candida esofágica y vaginal, lo que más me ha afectado..., creo que es la candida, la he tenido..., este, en el esófago también, aparte de vaginal, eso es lo que más difícil se me ha hecho, pues porque lo demás, como sea, como que uno ahí la va llevando.	

LAS RECOMENDACIONES DE LAS MUJERES

A partir de lo expresado por este grupo de mujeres, fue posible agrupar sus recomendaciones en:

- Las dirigidas a la población en general
- Las dirigidas a hombres y mujeres
- Las dirigidas particularmente a los hombres
- Las dirigidas particularmente a las mujeres
- Las dirigidas específicamente a las mujeres portadoras

Dirigidas a la población en general

Información y formación de conciencias:

“Creo que falta mucho para concienciar a la población acerca del VIH y el sida, hay mucho estigma y rechazo, porque se dice que es una enfermedad que proviene de algo sucio, pero creo que nadie es digno de juzgar a nadie, porque no sabe cómo se infectó cada persona; además, toda la población es vulnerable”.

“Es momento en que nos pongamos a trabajar y luchar contra esta gran enfermedad..., pero creo que la labor está en los padres de familia, en fundamentar más en los valores, tener integración familiar sana e informar a los hijos acerca de la salud sexual”.

Personal de salud

Un trato de calidad:

“El personal médico debe prepararse más acerca de la enfermedad, porque hay mucha ignorancia y es denigrante su calidad humana y profesional hacia los pacientes, les falta más amor...”

Congregaciones religiosas

Información y orientación con apego a la realidad: *“También a los sacerdotes de la iglesia católica les falta más información, dan consejos desde su punto de vista, pero no están enfocados a una realidad objetiva”.*

Hombres y mujeres

Aprender a usar preservativos:

“Oigo muchas propagandas de preservativos de uno y de otro, pero yo pienso que hace mucha falta aprender a usarlos, o sea, leer las instrucciones bien..., cómo son y todo, porque pus nomás los compramos, y así todo a la carrera y de nada sirve si nos los ponemos mal”.

“Se nos rompe como a mí me pasó en una ocasión con este muchacho que tanto quiero, se lo puso él, pero nunca leímos las instrucciones, ni sabíamos usarlo, ni nada, se lo puso, se reventó y salió la misma”.

Hombres

Honestidad:

“Yo quisiera pedirle mucha conciencia a los hombres que si..., que por qué no son más abiertos, si la riegan o si andan con otras personas..., por qué..., por qué no nos dicen la verdad, por nuestros hijos, para cuidar a nuestros hijos, por qué no son sinceros con nosotros, por qué no se cuidan por qué no usan preservativos”.

Mujeres

Desconfianza:

“Que estén mayor informados y aunque estén completamente enamoradas de su pareja, no confíen tanto, es mejor conocerlos más a fondo y hacerse la

prueba antes de cualquier relación, porque los daños de esta enfermedad son irreparables”.

“Que tengan mucho cuidado, que aunque vean el marido muy bueno no saben dónde se meten.... No confíen en nadie”.

Mujeres portadoras

Apego al tratamiento y comunicación a los que nos rodean:

“Estoy convencida que la adherencia a mi tratamiento y mi salud emocional influyen mucho para estar bien de salud, supongo que a otras les puede funcionar esto y el saber que no estamos solas, esto va a cambiar, entre más información demos a los que están a nuestro alrededor menos miedo tendremos y menos solas nos sentiremos”.

Consejería adecuada

“Ya nos dan los medicamentos, pero todavía no tenemos una consejería adecuada, y son pocos psicólogos o psicoterapeutas capacitados para sacarnos del abismo en el que caemos con el diagnóstico, y pocas somos las que sabemos del VIH y el sida y en dónde también podemos encontrar respuestas y compañeras igual que nosotras, que nos ayuden a reafirmar que no estamos solas y que aún nos queda por hacer primero Dios”.

Permanecer en la lucha por su salud

“A las que están como yo, les digo que sigamos adelante, que no tengan miedo, este, no es causa de muerte, claro que si Dios quiere nos vamos a morir de una forma u otra. Pero no hay que seguir con el temor, con el miedo, hay que seguir adelante”.

Cuadro matricial 11 Recomendaciones		
Categoría	Subcategoría	Descripción
A todos	Información	<p>Yo creo que aquí nos falta mucho por aprender como sociedad, como personas para, para poder entender mejor de qué se trata y pensar que esto se da a todos los niveles, a todas las, en todas las áreas, y que, pues, nadie estamos exentos.</p> <p>Hay que conocer, hay que aprender, hay que escuchar qué pasa, no hacer caso omiso a esas cosas, este, uno dice: Ay pues a mí no me va a pasar, ¿no?</p> <p>Debemos estar muy atentas, ¿no? Las mujeres principalmente, que ahora con esos altos índices de contagio son tremendamente altos en las mujeres, ¿no? Prevenir y no decir esto a mí no me va a pasar.</p>
	Formar conciencias	<p>Creo que falta mucho para concienciar a la población acerca del VIH y el sida, hay mucho estigma y rechazo, porque se dice que es una enfermedad que proviene de algo sucio, pero creo que nadie es digno de juzgar a nadie, porque no sabe cómo se infectó cada persona; además, toda la población es vulnerable.</p> <p>Es momento en que nos pongamos a trabajar y luchar contra esta gran enfermedad, pero creo que la labor está en los padres de familia, en fundamentar más en los valores, tener integración familiar sana e informar a los hijos acerca de la salud sexual.</p>
Personal de Salud	Calidad de atención	El personal médico debe prepararse más acerca de la enfermedad, porque hay mucha ignorancia y es denigrante su calidad humana y profesional hacia los pacientes, les falta más amor.
Congregaciones religiosas		También a los sacerdotes de la iglesia católica les falta más información, dan consejos desde su punto de vista, pero no están enfocados a una realidad objetiva.
Hombres y Mujeres	Aprender a usar preservativos	<p>Oigo muchas propagandas de preservativos de uno y de otro, pero yo pienso que hace mucha falta aprender a usarlos, o sea leer las instrucciones bien..., cómo son y todo, porque pus nomás los compramos y así todo a la carrera, y de nada sirve si nos los ponemos mal.</p> <p>Se nos rompe como a mí me pasó en una ocasión con este muchacho que tanto quiero, se lo puso él, pero nunca leímos las instrucciones, ni sabíamos usarlo, ni nada, se lo puso, se reventó y salió la misma.</p>
Hombres	Honestidad	Yo quisiera pedirles mucha conciencia a los hombres que si..., que por qué no son más abiertos, si la riegan o si andan con otras personas. Porque..., por qué no nos dicen la verdad, por nuestros hijos, para cuidar a nuestros hijos, por qué no son sinceros con nosotros, por qué no se cuidan, por qué no usan preservativos.
Mujeres	Desconfianza	<p>Que estén mayor informados y aunque estén completamente enamorados de su pareja, no confíen tanto, es mejor conocerlos más a fondo y hacerse la prueba antes de cualquier relación, porque los daños de esta enfermedad son irreparables tanto en lo moral.</p> <p>Que tengan mucho cuidado, que aunque vean el marido muy bueno no saben dónde se meten. No confíen en nadie.</p>
Mujeres portadoras		<p>Estoy convencida que la adherencia a mi tratamiento y mi salud emocional influyen mucho para estar bien de salud, supongo que a otras les puede funcionar esto y el saber que no estamos solas, esto va a cambiar, entre más información demos a los que están a nuestro alrededor menos miedo tendremos y menos solas nos sentiremos.</p> <p>Ya nos dan los medicamentos, pero todavía no tenemos una consejería adecuada y son pocos psicólogos o psicoterapeutas capacitados para sacarnos del abismo en el que caemos con el diagnóstico, y pocas somos las que sabemos de VIH, dónde también podemos encontrar respuestas y compañeras igual que nosotras, que nos ayuden a reafirmar que no estamos solas y que aún nos queda por hacer primero Dios.</p> <p>A las que están como yo, les digo que sigamos adelante, que no tengan miedo, este, no es causa de muerte, claro que si Dios quiere nos vamos a morir de una forma u otra. Pero no hay que seguir con el temor, con el miedo, hay que seguir adelante, echarle ganas.</p>

MUJERES ESPOSAS DE MIGRANTES

Cuadro matricial Mujeres de Calvillo esposas de migrantes en Estados Unidos	
Categoría temática	Ejemplo textual
Se perciben en alto riesgo y viven siempre con miedo, pero no demandan protección porque confían en ellos o no se atreven a solicitarla	Siempre se plantea el miedo a la posibilidad de tener una enfermedad o incluso VIH. Yo confiaba, confío completamente en mi pareja, y nunca tuve ningún problema de esos.
No usan condón porque a ellos, a ellas o a ambos, no les gusta, o ellas no se atreven a solicitarlo	Si le hubiera propuesto usar condón..., pero no creo que lo haya aceptado.
Tampoco emplean métodos de planificación familiar por tener relaciones sexuales en forma no regular, por lo que no vale la pena el riesgo, el gasto y las molestias	Me pongo el DIU si mi esposo va a estar aquí un tiempo, pero en el momento que se va me lo quito y si llega de sorpresa...
Se llegan a realizar pruebas de detección de ITS/SIDA al estar embarazadas	Se lo hacen cuando ya están embarazadas, pues a las mujeres embarazadas siempre se les hace las pruebas de VIH.
Consideran que ellos tienen riesgo de contagio en los Estados Unidos, pero también cuando vienen y tienen conductas de alto riesgo	Es difícil el saber que llega tu marido y pensar..., cómo es que lleva su sexualidad.
Refieren enfrentar difícilmente la soledad, pero también el retorno, porque ellos demandan mucha atención, hay violencia y alcoholismo	Es que es difícil porque siempre estamos solas.
Denuncian falta de módulos para denunciar violencia	Estaba en un módulo de apoyo a víctimas del delito y era exclusivo para mujeres, no atendían ni a parejas, ni a los hombres, ni a sus hijos, pero el recurso que no es constante y entonces se queda siempre a medias porque quitan el módulo.
Proponen que no solo se les den pláticas a ellas, sino sobre todo a ellos	Esas pláticas que se dan a las mujeres también deberían darse a los esposos para sensibilizarlos.

Fuente: Historias de vida obtenidas mediante entrevista directa en el municipio de Calvillo.

MUJERES DE POBLACIÓN GENERAL

Cuadro matricial Mujeres de población general —entrevistas a grupos focales	
Categorías temáticas	Ejemplo textual
Desconocimiento de sexualidad, ITS, VIH y sida	Mis papás nunca hablaron conmigo de sexualidad.
Tabúes, estereotipos, inequidad y represión en educación sexual femenina	En realidad, como nos educan para la abstinencia, nunca hablamos de eso.
Consideran VIH y sida como lo mismo	Yo creo que VIH es lo mismo que el sida pero..., son sus siglas en inglés, o algo así.
Posturas homofóbicas y discriminatorias de personas con ITS o sida	Yo creo que esto pasa por los homosexuales. Yo por si las dudas mejor de lejos.
Visualizan que existe el riesgo pero no se asumen a sí mismas en riesgo y no tienen comportamientos preventivos	A veces estas en medio faje y a pesar de tener el condón a un lado no lo usas..., y se te hace fácil y piensas que no va a pasar nada..., no tenemos conciencia en ese momento.
Se realizan poco detección oportuna (PAP y pruebas rápidas de VIH) por no asumirse en riesgo, por desidia, miedo a la prueba, miedo al mal trato en los servicios de salud y miedo a los resultados	Me da vergüenza y miedo de que me duela.
Ven ITS y sida como un problema provocado por la inmoralidad, el libertinaje, la irresponsabilidad y la falta de higiene	La que es promiscua y no sabe ni con quién se ha metido.
Sentirían de llegar a enfermar: incertidumbre, miedo, despersonalización, culpa y rabia contra sí mismas y para con su pareja	Decepción de uno mismo. Coraje contra ti y contra el otro.
Sienten frente a alguien enfermo: lástima y rechazo	Mantengo mi distancia, por si sí o por si no, no me les acerco.
Mayor descalificación y estigma para mujeres; de ellos se justifica o no se piensa tan mal	Los hombres que tiene sida, bueno, son hombres, pero si es mujer es porque es una tal por cual.
Visualizan la calidad de los servicios de salud como mala	Tengo que esperar todo el día para que me atiendan, y cuando lo hacen, lo hacen de malas. Comentan tu expediente frente a todos los que están en la sala de espera.
Proponen mayor educación en escuela y familia, creación de grupos de desarrollo humano y abordar el tema en programas de TV ("Rosa de Guadalupe", "Casos de la Vida Real" y "Lo que Callamos las Mujeres")	Que hubiera pláticas de concientización no solo para los jóvenes, sino también a los papás.

Fuente: Entrevistas de grupos focales.

MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES

Cuadro matricial Mujeres trabajadoras sexuales — entrevista grupo focal
Condiciones en ellas, su familia y su entorno de vulnerabilidad
Conocimiento amplio sobre sexualidad, derechos humanos, ITS, VIH y sida (leen, reciben información de su patrona, del centro de salud, de organismos de la sociedad civil y acuden a cursos)
Comprenden diferencia entre VIH y sida
Perciben el riesgo y se asumen ellas y sus clientes en riesgo
Motivadas para emplear condón masculino y femenino
Usual que les soliciten que sea sin condón, asumen que por maldad para contagiarlas, por gusto o por desconocimiento de ellos sobre cómo usarlo
Denuncian discriminación social, de autoridades estatales y de personal de salud
Se quejan de revisiones sanitarias municipales excesivas, no respetuosas y denigrantes, que les ocasionan pérdidas de tiempo y dinero y molestias físicas
Tienen buena opinión del personal y de los servicios del centro de salud
Visualizan su actividad como un trabajo cualquiera y a quien las organiza como una buena patrona que se preocupa por su salud y seguridad
Bromean sobre su trabajo sexual al que ven como redituable económicamente, pero difícil de desempeñar y riesgoso

Fuente: Entrevista de grupo focal en el municipio de Calvillo.

ACTORAS/ES POLÍTICAS/OS

Cuadro matricial	
Actoras políticas y actores políticos: legisladores comisiones de salud y educación	
Categoría temática	Ejemplo textual
ITS y sida un grave problema de salud pública	Sí..., sí el problema del sida es un problema muy serio, un problema nacional.
Aguascalientes, Contexto que favorece vulnerabilidad: pobreza, desempleo, migración, inequidad en el acceso a servicios de salud, inequidad de género, machismo, violencia contra las mujeres	El problema del desempleo es serio...Pues se quedan sin seguro, sin un servicio médico que las pueda proteger, para ellas y para sus familias.
Actitud masculina de rechazo al uso del condón	Es como parte del machismo, primero convencer a la mujer que tenga relaciones y luego después convencerla que sea sin protección...
Falta de cultura de prevención en lo popular, pero también en las políticas públicas	No prevenimos...nos espantamos ya cuando tenemos el problema encima.
La dificultad para incorporar la perspectiva de género está en relación con la poca oportunidad que tienen las mujeres para ocupar puestos políticos	En los partidos, como en otros lugares, los hombres quieren a la que obedece, la que trabaja para él, o sea, tienen ciertas características las mujeres que ellos quieren, la que protesta, la que reclama, esa..., esa no.
Falta de presupuestos etiquetados por que lo que llega se desvía a otras áreas	Si los recursos no vienen etiquetados no llegan.
Poca permisividad para brindar información y educación sexual y de prevención de ITS y sida, y para la distribución de condones y la consejería de planificación familiar a jóvenes o adolescentes en todos los niveles de educación	Aquí también es problema para poder..., aceptar que los padres de familia acepten, que les den orientación sexual adecuada a sus hijos.
Un problema es la educación tradicionalista y la alta religiosidad social	Yo estoy totalmente en desacuerdo en que la iglesia en estos asuntos de manera publica, porque, bueno, creo que ellos tienen su trabajo y a nosotros nos corresponde la acción legislativa.

Fuente: Entrevistas abiertas.

DIRECTIVAS/OS

Cuadro matricial Directivas y directivos de instituciones	
Categoría temática	Ejemplo textual
Estadística al alza por incremento de casos y mayor diagnóstico, problema es “alarmante”	Estamos entre los primeros cinco estados de la república en ITS.
Más alta incidencia de ITS que de sida	Gonorrea, papiloma, sífilis, chancros, todo es elevado en el personal militar, pero sida no.
Problemas sociales vinculados con las ITS y el sida: migración, comportamiento sexual temprano e irresponsable, machismo, doble moral (para mujeres y hombres, tradicional pero permisivo), hombres que tienen sexo con hombres en una doble vida, alcoholismo y no cultura de prevención	El tener una sociedad conservadora que considera que entre más mujeres tenga más hombre es.
Un problema: educación tradicionalista y alta religiosidad social	Hay..., mucha cerrazón en algunos grupos sociales a lo que es tener pláticas de prevención, de promoción de la salud y del uso del preservativo.
Visualizan feria como un contexto de riesgo alto para ITS y sida y como icono de la doble moral aguascalentense	“En el tiempo que dura la feria no tenemos ni un solo paciente en la unidad, eso sí, se acaba la feria y te llegan un montón de pacientes solicitando las pruebas rápidas de detección de VIH, porque tuvieron uno o más contactos de riesgo.
Prácticas sexuales muy permisivas, pero serias limitaciones para educación sexual y acciones de prevención de ITS y del sida	Llevamos condones y nosotros explicamos cuál es la forma de colocarlo... Aquí también depende de la escuela, porque hay algunas que de plano nos dicen no, no, nada de eso.
Condiciones culturales y problemática ITS/sida diferenciadas por tipo institución	Se les debería garantizar todo el protocolo completo para su enfermedad, no importando la institución a la que el paciente pertenezca.
Todas las instituciones plantean acciones educativas y de prevención, pero de cobertura e intensidad variable	Nuestra dirección que es la Dirección General de Sanidad, que se encuentra en México, constantemente se encuentra en la directiva de hacer pláticas, acciones preventivas, pláticas, trípticos, y toda la información más conducente a los derechohabientes.
Todas las instituciones visualizan que sus servicios son de calidad, que otorgan buen trato y no hay discriminación	No solo se les diagnostica, sino también se les garantiza el tratamiento, con un equipo interdisciplinario, de trabajo social, enfermeros y médicos especializados y consejería con psicólogos.
Consideran pruebas rápidas confiables y con aceptación social	Afortunadamente, las pruebas rápidas son bien acogidas dentro de la sociedad.
Proponen trabajar más educación y prevención co-responsable institución-familia-individuo	Prioridad en la educación, principalmente la educación sexual.

Fuente: Entrevistas abiertas.

PRESTADORAS/ES DE SERVICIOS DE SALUD

Cuadro matricial Prestadoras y prestadores de servicios de salud (Médica epidemióloga, médica, psicóloga, enfermera y chofer)	
Categoría temática	Ejemplo textual
Problema no limitado a enfermedades sino que abarca discriminación, violencia, pobreza	...son muchas cosas, no solo la enfermedad del VIH, sino que hay discriminación, violencia, incluso hasta pobreza.
Falta de insumos y recursos, no solo de pruebas y medicamentos: instrumental, agua, jabón, lavabos y vehículos de mayor capacidad para trabajo extramuros	Que de repente no hay agua para lavar el instrumental, no sirven los lavabos y no podemos ni lavarnos las manos.
No hay instalaciones adecuadas para proporcionar consejería	El paciente a veces está platicando y otras personas entran, salen, gritan, y cuando el paciente va abriéndose y quiere llorar..., no puede.
Multiplicidad de tareas y sobrecarga de trabajo	Aplico pruebas rápidas, da consejería, capacita a personal de otras instituciones sobre diagnóstico y prevención de ITS, capacita personal para que este pueda realizar pruebas rápidas, elabora talleres y pláticas preventivas dirigidas a estudiantes de educación media y media superior, y atención medica en consultorio de consulta externa.
Psicóloga, enfermera, epidemióloga y chofer: visión más integral (bio-psico-social), transdisciplinar y crítica del problema	Ver al paciente como un conjunto, como un ser integral, y de esa manera lo veas y de esa manera incidir en la prevención hacia la resolución de ese paciente.
Se acepta a pacientes, pero se rechaza que ellas se embaracen, lo que se juzga como irresponsable y cruel para los hijos	Lo que me llama mucho la atención es que la mujer sepa que tiene VIH y se quiera embarazar. Los niños se dan cuenta de todo, además ,el plazo de vida para la mamá ya sea corto o largo, pero va a dejar al niño solo, es muy cruel.
Ven mayor discriminación y falta de apoyo para ellas	¡Hijole!..., pues sí, está muy marcada la diferenciación..., el apoyo a una mujer, siempre se le dice: "es que tú te lo buscaste", y a un hombre no, un hombre no deja de ser hombre.
Se consideran bien capacitadas, psicóloga plantea falta mayor capacitación en relación con sensibilidad	Antiguamente nosotros dábamos las capacitaciones de sensibilización, pero ahora se les pide a los directivos que nos reúnan al personal y no los convocan.
Psicóloga refiere procesos y crisis personales y de familia; problemas de referencia y contra-referencia y pérdida de tiempo para el diagnóstico y el tratamiento, y señala que el personal debiera recibir apoyo emocional	No se nos apoya con el manejo de nuestras propias emociones que surgen al tratar con estos pacientes, no tenemos ningún taller, ni nada de eso.

Fuente: Entrevistas abiertas.

ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL

Cuadro matricial Organizaciones de la sociedad civil
ITS y sida, un problema alarmante que el Estado y la población aún no reconocen.
Falta de presupuestos etiquetados.
El Estado aprovecha los servicios que prestan las organizaciones de la sociedad civil, pero no las apoya suficientemente.
Ven feria como espacio de oportunidad para el trabajo a favor de la sensibilización, la educación y el trabajo de prevención.
Las políticas públicas actuales se enfocan en la población masculina y los hombres que tienen sexo con otros hombres, y no se pone atención suficiente sobre la problemática femenina.
La sensibilidad y la capacitación de las prestadoras y los prestadores de servicios de salud son insuficientes.
Denuncian discriminación para personas que viven con VIH o sida.

Fuente: Entrevistas abiertas.

RECOMENDACIONES DE LÍNEAS DE ACCIÓN

PARA LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

- Generar políticas públicas bajo un enfoque integral e integrado de la salud y de ITS/SIDA desde la perspectiva de la atención primaria en salud, con metas a mediano y largo plazo, y desde un enfoque que visualice que no hay grupos de riesgo, sino condiciones de vulnerabilidad y riesgo.
- Reconocer y trabajar sobre el combate a las condiciones de vulnerabilidad relacionadas con ITS, VIH/SIDA tales como la pobreza, la desigualdad y la exclusión social, el estigma, la migración, la inequidad, la discriminación y la violencia de género, la homofobia, la desinformación sexual, la doble moral, los déficits en el acceso, la cobertura y la calidad de los servicios.
- Reconocer y trabajar sobre el fenómeno de feminización de las ITS y la infección por VIH/SIDA, reconociendo que las mujeres constituyen, al igual que otros grupos, como los hombres que tienen sexo con otros hombres, los migrantes y las personas trabajadoras sexuales, una población clave a atender.
- Generar políticas públicas desde una visión prioritaria de prevención.
- Incorporar en la creación, la implementación y la evaluación de políticas públicas de salud, particularmente lo que se refiere a ITS/SIDA, las perspectivas de género y de derechos humanos, y posibilitar una mayor participación de las organizaciones de la sociedad civil.
- Otorgar presupuestos etiquetados hacia el trabajo de prevención, la detección y el tratamiento de las ITS/SIDA.
- Diseñar e implementar políticas públicas a favor de que la educación sexual a impartirse por parte del estado, tanto en el sector salud como en el de la educación, sea completa, oportuna, científicamente fundamentada y laica.
- Generar políticas públicas que posibiliten el acceso de adolescentes y jóvenes a educación sexual, consejería en planificación familiar e ITS/SIDA, suministro de condones y servicios de salud sexual y reproductiva.

PARA LA MEJORA DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

- Generar los procesos de gestión necesarios para mejorar la detección y el informe de casos de ITS Y VIH/SIDA.
- Generar estadísticas con perspectiva de género a partir de indicadores que permitan no solo visualizar la diferencia sino también explicarla, y no considerar que análisis por sexo es igual al análisis con perspectiva de género.

PARA LA MEJORA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

- Generar procesos de gestión para proveer nuevos recursos y optimizar los ya existentes.
- Incrementar y mejorar la disponibilidad de insumos, equipamiento básico, personal e instalaciones, para posibilitar cobertura, atención a necesidades y demanda, así como para la satisfacción de usuarias y usuarios y proveedoras y proveedores de servicios de salud.
- Trabajar desde una visión de la salud integral (bio-psico-social) y desde un enfoque interdisciplinario, intersectorial e interinstitucional.
- Mejorar los procesos de referencia y contra-referencia
- Disminuir los tiempos de espera para el establecimiento del diagnóstico y el inicio del tratamiento.
- Atender la demanda de mayor respeto, confidencialidad y privacidad, de no discriminación y de buen trato en los servicios de salud.

PARA LA EDUCACIÓN

- Que los programas y las acciones de educación para la salud sexual y reproductiva y la prevención de ITS/SIDA transversalicen las perspectivas de género y de derechos humanos.
- Trabajar educativamente a favor de una cultura de equidad de género, no discriminación, no sexismo, no homofobia y no violencia.
- Proveer educativamente herramientas para apoyar el empoderamiento femenino, el autocuidado y la negociación para posibilitar relaciones sexuales seguras y el uso adecuado del condón.
- Considerar la necesidad de programas educativos y de prevención específicos para poblaciones que viven en condiciones específicas de vulnerabilidad.
- Realizar trabajo educativo que aborde las brechas socioculturales para la percepción del riesgo, el autocuidado, la prevención y la detección oportuna.
- Trabajar educativamente con las involucradas y los involucrados en circunstancias de vulnerabilidad: hombres que migran – mujeres que se quedan, trabajadoras sexuales – clientes del sexo comercial, personas seropositivas y sus parejas y familiares.
- Trabajar viendo a la feria de Aguascalientes no solo como un contexto de riesgo para embarazos no planeados e ITS/SIDA, sino como un espacio de oportunidad para el trabajo educativo en torno a la sensibilización sobre el problema y el otorgamiento de información para su prevención.
- En las personas que viven con VIH/SIDA, trabajar, educativamente y desde el psicoacompañamiento en ellas, el tratamiento a las emociones, en especial de la culpa y el miedo, y la construcción de un proyecto de vida, y en ellos el ejercicio responsable de la sexualidad, la notificación de

positividad a sus parejas y el reconocimiento del riesgo de reinfección, en la familia, y en la sociedad la equidad de género, la no discriminación.

PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

- Incrementar los procesos de capacitación al personal de los servicios de salud en cuanto a conocimientos, sensibilidad, derechos humanos y no discriminación, y en competencias para la atención integral a las ITS y el sida
- Incluir en los procesos de formación de recursos humanos en salud a escala universitario la temática de ITS y sida desde dos perspectivas: la atención profesional, pero también desde el autocuidado personal

PARA LA INVESTIGACIÓN

- Incentivar y apoyar financieramente la investigación cuali-cuantitativa en torno a las ITS y el sida.
- Promover la realización de proyectos de investigación encaminados a develar las construcciones simbólicas y culturales ante ITS y sida, así como de las condiciones de vulnerabilidad que favorecen su presencia y la respuesta institucional y social en los diferentes sectores sociales.
- Propiciar la difusión y la transferencia de resultados de investigación hacia las instituciones y las organizaciones de la sociedad civil que trabajan en torno a ITS y sida.
- Vincular el quehacer científico de investigación con la formación de recursos humanos, la educación para la salud sexual y la prevención, con la prestación de servicios de salud y la formulación de políticas públicas en torno a ITS y sida.

BIBLIOGRAFÍA

- Alarcón, V. J. (2009), "Modos de transmisión del VIH en América Latina: resultados de la aplicación del modelo", Washington, Pan American Health Organization.
- Amezcuca, M. (2004), "Investigación cualitativa, métodos biográficos e historia oral en el contexto de la salud", *Arch Memoria*, 2004: 1. Disponible en: <http://index-f-com/memoria/anuario1/a0409.php>. Consultado: 23/01/07.
- Barthes, R. (1993), *La aventura semiológica*, Barcelona, Paidós.
- Bastos, Fl. et al. (2008), "AIDS in Latin America: Assessing the Current Status of the Epidemic and the Ongoing Response", *International Journal of Epidemiology*, 37(4):729–737.
- Bozon, M.; Gayet, C. y J. Barrientos (2009), "A Life Course Approach to Patterns and Trends in Modern Latin American Sexual Behavior", *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 51:S4–S12.
- Bronfman, M.; Sejenovich, G. y P. Uribe (1998), *Migración y sida en México y América Central*, México, CENSADA, serie Ángulos, núm. 2.
- Bronfman, M.; Uribe, P.; Halperin, D. y C. Herrera (2001), "Mujeres al borde: Vulnerabilidad a la infección por VIH en la frontera sur de México", en Esperanza Tuñón Pablos (coord.), *Mujeres en las fronteras: Trabajo, salud y migración: Belice, Guatemala, Estados Unidos y México*, México, El Colegio de la Frontera Norte, Plaza y Valdés.
- Bueno, R. (2007), "The Latin American Harm Reduction Network (RELARD): Successes and Challenges", *International Journal of Drug Policy*, 18:145–147.
- Cáceres, C. (2004), "Intervenciones para la prevención del VIH e ITS en América Latina y Caribe: una revisión de la experiencia regional", *Cad. Saúde Pública*, Río de Janeiro, 20(6): 1468-1485.
- Canto de Cetina, T.; Polanco Reyes, L.; Fernández González, V. y G. Cupul (2002), "Prevalencia de vaginosis bacteriana en un grupo de mujeres de una clínica de planificación familiar", *Gaceta Médica México*, vol. 138, núm. 1:25-30.
- CENSIDA (2006), *Panorama epidemiológico del VIH/sida e ITS en México*, Disponible en: <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2006/panoepide31dic2006.pdf>.

Conde-González, C. J.; Valdespino, J. L.; Juárez-Figueroa, L. A.; Palma, O.; Olamendi-Portugal, M.; Olaiz-Fernández, G. y J. Sepúlveda (2007), "Prevalencia de anticuerpos antitreponémicos y características sociodemográficas de la población mexicana adulta en el año 2000", *Salud Pública Méx*, vol. 49 supl. 3, Cuernavaca.

Cravioto, M. C.; Matamoros, O.; Villalobos-Zapata, Y.; Peña, O.; García-Lara, E.; Martínez, M.; Castelo, J. y J. Sifuentes-Osorio (2003), "Prevalencia de anticuerpos anti-Chlamydia Trachomatis y anti-Neisseria gonorrhoeae en grupos de individuos de la población mexicana", *Salud Pública Méx*, vol. 45(5):681-689.

De la Cuesta, B. C. (2006), "Estrategias cualitativas más utilizadas en el campo de la salud", *Rev. Nure Investigación*, núm. 25, nov-diciembre. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/FMetod_25.pdf.

Delgado, J. y J. Gutiérrez (1995), *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*, Madrid, Síntesis Psicología.

Demaría L. M.; Galárraga, O.; Campero L. y D. M. Walker (2009), "Educación sobre sexualidad y prevención del VIH: diagnóstico para América Latina y el Caribe", *Rev Panam Salud Pública*, 26(6):485-93.

Díaz, M. y J. Spicehahdler (1997), "Foro latinoamericano: la incorporación del enfoque de género en la capacitación, implementación, investigación y evaluación en los programas de salud sexual y reproductiva", en *International Center for Research on Women*.

Figueroa, P. J. (1998), "La condición de la mujer", en P. I. Szasz, *Programa de salud reproductiva y sociedad*, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, México, El Colegio de México, pp. 33-87.

García, C. M. y C. B. García (1997), "Percepción de necesidades en salud reproductiva desde la perspectiva de género; el caso de dos poblaciones en el estado de Morelos", en M. Velásquez y L. Merino, *Género, análisis multidisciplinar*, México, Universidad Autónoma de México.

García-Calleja, J. M.; del Río, C. y Y. Souteyrand (2009), "HIV Infection in the Americas: Improving Strategic Information to Improve Response", *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 51:S1–S3.

Granados, C. J.; Nasaiya K. y B. A. Torres (2007), *Actores sociales en la prevención del VIH/sida: oposiciones e intereses en la política educativa en México 1994-2000*.

Gribich, C. (1999), *Qualitative Research in Health: An Introduction*, Sydney, National Library of Australia.

Gutiérrez Najar, G. (2008), Entrevista en periódico *Universal* en junio de 2008. Disponible en: <http://www.eluniversal.com.mx/articulos/47467.html>. Consultado: 16 de septiembre de 2010.

Hernández-Girón, C.; Smith, J. S.; Lorincz, A.; Arreola Cháidez, E.; Lazcano, E.; Hernández-Ávila, M. y J. Salmerón (2005), "Prevalencia de infección por virus de papiloma humano (VPH) de alto riesgo y factores asociados en embarazadas derechohabientes del IMSS en el estado de Morelos", *Salud Pública Méx*, vol. 47(6):423-429.

Hidalgo, R. (2004), "La otredad en América Latina: etnicidad, pobreza y feminidad. Sobre los orígenes modernos de la exclusión social y el lugar social de las mujeres", revista *Polis*, Universidad Bolivariana, 3 (9). Disponible en: <http://www.revistapolis.cl/>.

Huberman, M. y M. Miles (2000), "Métodos para el manejo y el análisis de datos", en C. Denman, y J. Haro (comp.), *Por los rincones*, antología de métodos cualitativos en la investigación, Hermosillo, El Colegio de Sonora.

INEGI (2000), *XII Censo general de población y vivienda*.

ISEA (2010), *Estadísticas - Principales causas de mortalidad en edad productiva (15 - 64 años), según residencia habitual, por años*. Disponible en: <http://www.aguascalientes.gob.mx/isea/mortpres1564.asp>. Consultado: 16 de septiembre de 2010.

Kendall, T. y H. Pérez Vázquez (2004), *Hablan las mujeres mexicanas VIH positivas. Necesidades y apoyos en el ámbito médico, familiar y comunitario*,

México, Colectivo Sol/ Red Mexicana de Personas que Viven con VIH/sida / INMUJERES-DF / Gobierno del Distrito Federal.

Kruger, R. (1998), *The Focus Group Kit*, vol. 1-4, Thousand Oaks, California, Sage.

Lamas, M. (1995a), "Cuerpo e identidad", en L. G. Aragón, M. León y M. Viveros (ed.), *Género e identidad. Ensayo sobre lo femenino y lo masculino*, Colombia, Santa Fe de Bogotá, Uniandes, pp. 61-81.

— (1995b), "Usos, dificultades y posibilidades de la categoría de género", *La ventana*, 1, pp. 9-61.

Magis, R. C.; Bravo, G. E.; Gayet, S. C.; Rivera, R. P. y M. de Luca (2008), *El VIH y el sida en México al 2008. Hallazgos, tendencias y reflexiones*, México, CENSADA, colección Ángulos del sida, núm. 9.

— (2009), "Going North: Mexican Migrants and their Vulnerability to HIV", *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 51:S21–S25.

March, C. J.; Prieto, R. M.; Hernán, G. M. y G. O. Solas (1999), "Técnicas cualitativas para la investigación en salud pública y gestión de servicios de salud: algo más que otro tipo de técnicas", *Gaceta Sanitaria*, órgano oficial de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, vol. 13, núm. 4, pp. 312 – 319.

Mercado, M. F.; Villaseñor, F. M. y G. A. Lizardi (2000), "Situación actual de la investigación cualitativa en salud", revista *Universidad de Guadalajara*, núm.17, pp. 19-30.

Moreno, A. (2007), Historias de vida en investigación. Disponible en: <http://prof.usb.ve/miguelm/historiasdevida.html>. Consultado: 23/01/07.

Nantua, E. M.; Madalena, M.; DeLannoy, T. L.; Ferreira, A. A. y N. Valeriano (2007), *Percepción de riesgo de la infección VIH entre hombres y mujeres con infecciones de transmisión sexual*, *Ciencia y Enfermería*, XIII, (1):69-80.

Okie, S. (2006), "Fighting HIV-lessons from Brazil" *New England Journal of Medicine*, 354:1977–1981.

Oliveira, O. y M. Ariza (1999, septiembre), “Un recorrido por los estudios de género en México: consideraciones sobre áreas prioritarias”, comunicación presentada, versión preliminar para discusión en el taller “Género y Desarrollo”, Montevideo, Oficina Regional para América Latina y el Caribe CIID/IDRC.

OMS (2008), *Estadísticas de salud mundial 2008*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

OMS / UNICEF / ONUSIDA (2009), *Towards Universal Access: Scaling up Priority HIV/AIDS Interventions in the Health Sector*, progress report 2009, Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

ONUSIDA (2008), *Informe sobre la epidemia mundial del sida*, Ginebra, ONUSIDA.

— (2009a), *Situación de la epidemia de sida, diciembre 2009*, versión española, Ginebra, Suiza, ONUSIDA-OMS.

— (2009b), *Acción conjunta para obtener resultados marco de resultados del ONUSIDA, 2009–2011*, Ginebra, ONUSIDA.

— (2010), <http://www.unaids.org/es>. Consultado: septiembre 2010.

— *Grupos de mayor vulnerabilidad: Representación del ONUSIDA en Colombia. 1999*. Disponible en: <http://www.onusida.org.co/vulnerabilidad.htm>. Consultado: 10 de septiembre de 2010.

Organización Panamericana de la Salud (2000), *Informe anual del director. El progreso de la salud de la población*, p. 117. Disponible en: <http://www.paho.org>.

Pando, M. M. y F. M. Villaseñor (1996): “Modalidades de la entrevista grupal en la investigación social”, en I. Szasz y S. Lerner (comp.), *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*, México, El Colegio de México.

Pujadas Muñoz, J. J. (1992), *El método biográfico: el uso de las historias de vida en ciencias sociales*, Centro de Investigaciones Sociológicas, Cuadernos metodológicos, 5.

Rivera Reyes, M.; Barragán Robles, M. y L. Parra Bernal (2008), *Medición del gasto en sida (MEGAS). México 2006-2007*, México, Secretaría de Salud / CENSIDA / ONUSIDA.

Ruiz, O. J. y M. Ispizua (1989), *La decodificación de la vida cotidiana. Métodos de la investigación cualitativa*, Bilbao, Universidad de Deusto.

Salles, V. (ed.) (1996), *El género: ¿Una perspectiva útil para la elaboración de indicadores?* (mimeo), Centro de Estudios Sociológicos, México, Colegio de México.

Santovenia, D. J. e I. A. León (2006), “Recursos de información para la promoción de salud en infecciones de transmisión sexual y síndrome de inmunodeficiencia adquirida, *Acimed*, 14(3).

Strathdee, S. A. y C. Magis-Rodriguez (2008), “Mexico’s Evolving HIV Epidemic”, *Journal of the American Medical Association*, 300(5):571–573.

Ulan, P.; Robinson, E. y E. Tolley (2006), *Investigación aplicada en salud pública. Métodos Cualitativos*, Washington, USAID / Family Health International / OPS-OMS.

Valadés, G. P. (2006), *Paradigmas de la investigación en salud*, documento elaborado para el curso GIS III, Centro de Capacitación y Gestión en Salud para la Medicina Basada en Evidencias (CIGES). Disponible en: <http://www.med.ufro.cl/Recursos/GISIII/linkedddocuments/paradigmas%20de%20investigaci%F3n%20en%20salud%201.pdf>.

Valdespino, J. L.; Conde-González, C. J.; Olaiz-Fernández, G.; Palma, O. y J. Sepúlveda (2007), “Prevalencia en México de la infección y el estado de portador de la hepatitis B en adultos”, *Salud Pública Méx*, vol. 49 (sup. 3):404-411.

Valles, M. M. (1997), *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*, Madrid, Síntesis Sociológica.

Villaseñor F. M. (comp.) (2008), *Género y salud. Atisbos desde la academia en Guadalajara*, México, Instituto Municipal de las Mujeres de Guadalajara y Gobierno Municipal de Guadalajara.

ANEXOS

GUÍA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

DATOS DE LA ENTREVISTA

Nombre de la Entrevistadora

Nombre de la Observadora

Fecha y Hora de Aplicación _____ Lugar _____

Datos de contexto

DATOS SOCIO DEMOGRAFICOS

Sexo F ____ M ____ Lugar de Nacimiento _____

Estado Civil _____ Escolaridad _____

Localidad de Residencia _____

Tiempo de vivir en Aguascalientes _____

Derechohabencia (IMSS, ISSTE, SEGURO POPULAR, ETC..)

CONCEPTOS

Defina con sus palabras que entiende usted por

ITS _____

VIH Positivo _____

SIDA _____

A quien afecta más (percepción espontánea no dirigida)

ITS _____

SIDA _____

HOMBRES o MUJERES

ITS _____

VIH/SIDA _____

POR QUE _____

JÓVENES o ADULTOS/AS

ITS _____

VIH/SIDA _____

POR QUE _____

POBRES o RICAS/AS

ITS _____
VIH/SIDA _____
POR QUÉ _____

RURAL (PUEBLO) o URBANA (CIUDAD)

ITS _____
VIH/SIDA _____
POR QUÉ _____

ANTES MENOS O MÁS QUE AHORA

ITS _____
VIH/SIDA _____
POR QUÉ _____

QUE LO PROVOCA

ITS _____
VIH/SIDA _____
POR QUÉ _____

COMO CREE QUE SEPREVENDRÍA

ITS _____
VIH/SIDA _____
POR QUÉ _____

PIENSA USTED QUE ESTE PROBLEMA DE ITS Y SIDA ES MAYOR EN MÉXICO EN
RELACIÓN AL RESTO DEL MUNDO SI ____ NO _____
POR QUÉ _____

PIENSA USTED QUE ESTE PROBLEMA DE ITS Y SIDA EN AGUASCALIENTES ES
MAYOR QUE EN EL RESTO DEL PAÍS SI ____ NO _____
POR QUÉ _____

A DONDE ACUDIRÍA USTED SI REQUIRIERA ORIENTACIÓN O AYUDA SOBRE ESTE
TEMA

HA RECIBIDO INFORMACIÓN U ORIENTACIÓN SOBRE ITS O VIH/SIDA

NO ___ SI ___ ESTA HA SIDO:

INSUFICIENTE _____

POCO SUFICIENTE _____

SUFICIENTE _____

DE QUIEN RECIBIÓ ESTA INFORMACIÓN

DONDE LA RECIBIÓ

COMO LE FUE IMPARTIDA

HA VISTO INFORMACIÓN GRÁFICA SOBRE ESTOS TEMAS Y COMO LE HAN
PARECIDO

CARTELES _____

FOLLETOS _____

OTROS (CUALES) _____

USTED O ALGUNA MUJER CERCANA A USTED A REQUERIDO PRUEBAS DE
LABORATORIO PARA DIAGNOSTICO DE ITS O VIH/SIDA.

EN QUE INSTITUCIÓN MÉDICA _____

QUE OPINIÓN TUVO O TIENE DE ESTE SERVICIO

USTED O UNA PERSONA CERCANA A USTED ESTA RECIBIENDO TRATAMIENTO
PARA ITS O VIH/SIDA .

EN QUE INSTITUCIÓN MÉDICA _____

COMO LE PARECIÓ O LE PARECE LA CALIDAD DE ESTE SERVICIO

QUE RECOMENDACIONES HARÍA USTED PARA MEJORAR LAS CAMPAÑAS DE
EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN DE ITS Y VIH/SIDA

QUE RECOMENDACIONES HARÍA USTED PARA MEJORAR O AMPLIAR LA
EDUCACIÓN SEXUAL EN EL TEMA DE ITS Y VIH/SIDA

QUE RECOMENDACIONES HARÍA USTED PARA MEJORAR LA CALIDAD EN LOS
SERVICIOS DE SALUD

AGRADECIMIENTOS

GUÍA GENERAL DE ENTREVISTA GRUPOS FOCALES

Momentos de la entrevista grupo focal

1. Pre entrevista

Antes de realizar la entrevista se debe checar el lugar, tener listo lo que se les ofrecerá, preparar la grabadora, tener listo el formato para datos de informantes.

2. Introducción

- Presentación del proyecto y sus objetivos
- Razones de la entrevista grupal
- Importancia de la participación personal
- Dinámica de trabajo a seguir y aspectos éticos (anonimato y confidencialidad)
- Dinámica (juego) rompe-hielo

Solicitud de consentimiento para grabar entrevista (ejemplo: “Como todo lo que ustedes digan para nosotros es muy importante y no somos tan rápidas para escribir queremos saber si alguien tiene inconveniente en que grabemos”)

3. Desarrollo de la entrevista

Basándose en los cinco ejes de indagación. Realización de preguntas generadoras y de preguntas de profundización en tres momentos A) Sobre ITS, B) Hablando de sida y C) Sobre ITS/sida. Buscado ir de lo general a lo particular, de lo más fácil a lo más complejo, de lo descriptivo a lo connotativo, y tratando de que todos o la mayor parte de las integrantes o los integrantes participen.

4. Recapitulación y cierre

- Ya para finalizar se hace un breve síntesis de lo comentado, se pregunta si se está de acuerdo y si se quiere agregar algún otro comentario.
- Se da por cerrada la entrevista agradeciendo la participación
- Proporcionar folletería e información sobre a dónde acudir en caso de tener dudas, para hacerse pruebas rápidas o recibir atención y tratamiento.

5. Pos-entrevista

- Inmediatamente después de realizada la entrevista, completar datos faltantes en formato de datos de informantes y en las notas de observación.
- Bajar respaldar y enviar por correo electrónico archivo de audio.

Ejes de indagación

1. **Representación:** connotación (sentido y significación), involucramiento emocional, esquema valoral.
2. **Conceptualización:** denotación (descripción), concepto, explicación causal y de génesis.
3. **Percepción del problema y su afrontamiento social:** magnitud, personas afectadas, aceptación o rechazo social, manejo institucional, políticas públicas, perspectiva de género y derechos sexuales y reproductivos.
4. **Expectativas y satisfacción de servicios de salud:** qué esperarían de los servicios de salud y qué opinión tienen de su calidad en cuanto a educación e información, prevención, detección oportuna y manejo.
5. **Recomendaciones:** qué proponen para mejorar educación e información, prevención, detección oportuna y manejo.

Se sobreentiende que no en todos los grupos se abordarán con profundidad todos los ejes, y que las preguntas generadoras tienen como objetivo servir de guía y no constituyen un cuestionario estructurado ni semiestructurado. Es importante que se considere, a la hora de formular preguntas, que deben ser abiertas, no inducir respuesta ni generar confrontación. El tiempo de entrevista desde la introducción hasta el cierre no debe ser mayor a dos horas, y debe ser acordado desde la convocatoria.

PREGUNTAS GENERADORAS

A. (Sobre ITS)

1. Cuando escuchan hablar de infecciones o enfermedades de transmisión sexual ¿en qué piensan?
2. Si tuvieran que ponerle un calificativo a las personas que tienen ITS ¿cuál sería? o ¿Qué piensan de las personas que tienen ITS?
3. ¿Qué piensan que sentiría (emociones) una mujer, o ustedes mismas, si les informan que tiene alguna ITS? ¿Si fuera hombre estos sentimientos serían distintos?
4. Si alguien les pidiera que le explicaran qué son las ITS ¿que le dirían?
5. ¿Podrían darme ejemplos de algunas ITS?

6. ¿Cuál creen ustedes que es la causa de las ITS?
7. ¿Qué tan grande o grave consideran que es el problema de las ITS en Aguascalientes?
8. ¿Qué piensa la sociedad (su pareja, su familia, la gente del barrio, en su trabajo) de una mujer que tiene ITS? ¿Y de un hombre?
9. En su opinión, ¿qué cosas ayudarían a prevenir las ITS?
10. ¿Cómo podría saber una persona si tiene alguna ITS?
11. ¿Consideran ustedes que las personas... (referir la característica principal del grupo, por ejemplo jóvenes)... están en menor, igual o mayor riesgo de adquirir ITS que el resto de la población?

B. AHORA HABLEMOS DEL SIDA

1. Cuando escuchan hablar del sida ¿en qué piensan?
2. Si tuvieran que ponerles un calificativo a las personas que tienen sida ¿cuál sería? o ¿Qué piensan ustedes de las personas que tienen sida?
3. ¿Qué piensan que sentiría (emociones) una mujer, o ustedes mismas, si les informan que son VIH+ o que tienen sida? ¿Si fuera hombre estos sentimientos serían distintos?
4. Si tuvieran que explicarle a alguien que es el sida ¿qué le dirían?
5. ¿Hay diferencia entre ser VIH+ y tener sida?
6. ¿Qué causa el sida?
7. ¿Qué tan grande o grave consideran que es el problema del sida en Aguascalientes?
8. ¿Qué piensa la sociedad (su pareja, familia, la gente del barrio, en su trabajo) de una mujer que es VIH+ o tiene sida? ¿Y de un hombre?
9. En su opinión, ¿qué cosas ayudarían a prevenir el sida?
10. ¿Cómo podría saber una persona si es VIH+ o tiene sida?
11. ¿Consideran ustedes que las personas... (referir la característica principal del grupo, por ejemplo jóvenes)... están en menor, igual o mayor riesgo de adquirir el VIH y el sida que el resto de la población?

C. (Sobre ITS y sida)

1. ¿La toma del Papanicolau (prueba o examen del cáncer del cuello de la matriz o útero) tendría alguna utilidad en la prevención o detección oportuna de ITS y sida?
2. ¿Qué dificultades o facilidades creen ustedes que encuentran las mujeres o han encontrado ustedes para prevenir ITS y sida?
3. ¿Qué debería hacer y a donde debería acudir una mujer si necesitara información, detección (diagnóstico), tratamiento para ITS o sida, o denunciar una violación a sus derechos humanos?
4. ¿Cómo juzgarían la postura que tiene el gobierno y las instituciones de salud y educación respecto de las ITS y el sida a escala nacional y en Aguascalientes?
5. ¿Cómo juzgarían la calidad de los servicios de salud que existen en Aguascalientes para atender ITS y sida?
6. ¿Consideran que las mujeres tienen derechos sexuales y reproductivos? ¿Tendrían relación con ITS o sida? ¿Cuáles serían? ¿Actualmente todas las mujeres pueden disfrutarlos?
7. Qué recomendarían para mejorar las acciones de:
 - Información sobre ITS y sida a mujeres.
 - Educación para la salud y la prevención de ITS y sida en mujeres.
 - Difusión entre mujeres de la importancia de la detección y el tratamiento oportuno de las ITS, el VIH y el sida.
 - Promoción a escala social de los derechos humanos de las mujeres, así como su no discriminación ni violencia en su contra.
 - Políticas públicas nacionales y estatales respecto a ITS y sida.

DATOS SOBRE INFORMANTES DE GRUPO FOCAL

DATOS DE LA ENTREVISTA

Nombre de la entrevistadora _____

Nombre de la observadora _____

Características de selección del grupo _____

Fecha y hora de aplicación _____ Lugar _____

Datos _____ de

contexto: _____

DATOS DE OBSERVACIÓN DE LA DINÁMICA GRUPAL

Ubicación espacial

Interacción interpersonal _____

Barreras o facilitadores _____

DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS

(Pueden preguntarse al ir llegando mientras se reúnen todas las personas, o al final de la entrevista: si hay un dato homogéneo por el tipo de selección de informantes, omitir esa pregunta, pero sí registrar ejemplo. Cuando todas sean mujeres se omitirá la pregunta sexo, si todas son alumnas de tercer año de secundaria se omitirá la pregunta escolaridad, y en ocupación se preguntará si además de estudiar trabaja.)

	Edad	Sexo ¹	E. civil ²	Religión ³	Escolaridad ⁴	Ocupación ⁵	Residir A ⁶	Otro dato ⁷
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								

1. F= Femenino, M= Masculino
2. C= Casado/a, S= Soltero/a, Sp= Separado/a, D= Divorciado/a, UL= Unión libre
3. C= Católica, A= Ateo/a (sin religión) O= Otra (mencionar cuál)
4. A= Analfabeta, L= Sabe leer y escribir, pero sin escolaridad, P= Primaria, PI= Primaria incompleta, S= Secundaria, SI= Secundaria incompleta, Pr= Preparatoria, PrI=Preparatoria incompleta, T= Carrera técnica, TI= Carrera técnica incompleta, L=Licenciatura, LI= Licenciatura incompleta, Po=Posgrado.
5. Anotar área de ocupación y cargo (ejemplo: comercio – dependienta); si se tienen dos ocupaciones, por ejemplo estudiante y empleado, anotar las dos.
6. Anotar años de residir en Aguascalientes.
7. Otro dato que se juzgue importante (ejemplos: indígena, VIH+, invidente, lesbiana, transexual, etcétera).

RELACIÓN DE INFORMANTES (DIRECTIVOS, DIPUTADOS Y DE OSC)	
Institución	Cargo
Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)	
Doctor Antonio Hernández	Coordinación Delegacional de Salud Pública
Doctora Leticia Barrios Santiago	Epidemióloga Hospital General de Zona No 2
Doctor Eduardo Tapia	Jefe de Medicina Interna Hospital General de Zona núm. 2
INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL AL SERVICIO DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO (ISSSTE)	
Doctor Jaime Humberto Villalobos Cortes	Director Hospital General
Doctor Juan Vidrio López	Subdelegado médico
Doctora Leticia Rodríguez León	Coordinadora del Programa VIH
INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES (ISEA)	
Dra. Leticia López Gómez	Directora del ISEA
Doctor Armando de la Cerda González	Jefe de la Jurisdicción Sanitaria núm. III
Doctor Obed Ricardez Martínez	Jurisdicción Sanitaria núm. I
Doctor Javier Ruiz Esparza Medrano	Sub director de Prevención y Control de Enfermedades
Doctor Jorge Blanco Alonso	Departamento de Vigilancia Epidemiológica, Programa para la Prevención y Control de VIH/SIDA –ITS
Dra. Gabriela Muñoz Patiño	Coordinadora Epidemiología Jurisdicción Sanitaria No 3Calvillo
INSTITUTO AGUASCALIENTENSE DE LA JUVENTUD (IAJUVE)	
Lic. Cristian Gutiérrez	Director General del Instituto Aguascalentense de la Juventud
L.C.P. y A.P.J Roberto Domínguez L	
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA AGUASCALIENTES	
Doctor Juan Carlos de la Cruz	Encargado de la Universidad Saludable
14/a ZONA MILITAR	
Anónimo	Jefe de Servicios Médicos
UNEME CAPASITS	
Doctor Jovan Alexander Jiménez	Coordinador de la Unidad de CAPASITS
SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA (DIF)	
Doctor Francisco López Vargas	Jefe de Servicios Médicos
CENTRO DE CAPACITACIÓN PARA EL DESARROLLO COMUNITARIO (CECADEC)	
M.T.F.S. Mónica Pedroza Padilla	Coordinadora de Proyectos
VIHDHA, A.C. (VIHDA) Y MEXICANAS EN ACCIÓN POSITIVA (MAP)	
Rosalinda Arechar Lara	Directora
DIPUTADOS	
T.S. y Mtra. Beatriz Santillán Pérez	Presidenta de la Comisión de Equidad y Género
Prof. Pablo Macías	Presidente de la Comisión de Salud