



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

EN BÚSQUEDA DEL SIGNIFICADO DEL
CONCEPTO VIH/SIDA EN DOS GRUPOS DE
MUJERES AMAS DE CASA

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA
MARÍA KATIUSKA TORRES GARCÍA

DIRECTORA DE TESIS:
MTRA. SELMA GONZÁLEZ SERRATOS

ASESORA METODOLÓGICA:
LIC. PATRICIA BEDOLLA MIRANDA



CIUDAD UNIVERSITARIA

2005

m 341311

ESTA TESIS NO SE
DE LA BIBLIOTECA

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: María Katiuska
Torres García

FECHA: 23-02-05

Katy

Mtra. Selma González Serratos

Lic. Patricia J. Bedolla Miranda

Mtra. Patricia Paz de Buen Rodríguez

Lic. Ma. Isabel Martínez Torres

Dra. Ma. Fátima Flores Palacios

G R A C I A S

Por creer y participar en esta investigación, diseñada con estricto apego al legado de conocimientos que me compartieron y con el único interés de sumarme al incansable trabajo a favor de los grupos vulnerables.

Por dejar una huella imborrable en la educación universitaria.

Por ser activas promotoras del empoderamiento de la mujer.

Pero, sobre todo, por enseñar a hombres y mujeres a respetarse así mismos y exigir individual y conjuntamente sus derechos, fomentando la imprescindible cultura de equidad de género.

A las mujeres amas de casa

Por su valiosa y desinteresada colaboración en esta investigación.

A todos mis maestros

Por compartir conmigo sus conocimientos para enriquecer los míos.

**Respetuosamente
Gracias**

G R A C I A S

A ti Chiquita

Por tu apoyo moral y presencia incondicional
Te Quiero Mucho

A ti Mamá y Papá

Este logro también es suyo, porque es el resultado de todo su amor, sacrificios y
paciencia para la culminación de una de nuestras más anheladas metas:

Mi Formación Profesional.

Lurditas y Panchis

Gracias por su ejemplo

A ti Vlady

Gracias por ser mi hermano y recuerda:
Con esfuerzo cualquier meta es alcanzable

A ti Arturo

Gracias por haberte topado en mi camino,
por tu comprensión, amor, asesoramiento y apoyo técnico
Gracias por todo y sigamos adelante

A mi familia y amigos

Con profundo cariño por el apoyo moral que me brindaron
y por su ejemplo
Muchas Gracias

A mi Facultad de Psicología

Orgullosa de tener el corazón azul y la piel dorada,
Gracias por todo U.N.A.M.

Sinceramente

MUCHAS GRACIAS

A todos los que me ayudaron
a materializar mi sueño de ser una profesionista.
Con mucho cariño.

K A T Y

ÍNDICE

	PAG.
INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO I: VIH/SIDA	9
1.1. DEFINICIÓN	9
1.2. ANTECEDENTES	10
1.3. ETIOLOGÍA	14
1.4. EPIDEMIOLOGÍA	17
1.4.1. El VIH/SIDA en el mundo	19
1.4.1.1. África Subsahariana	22
1.4.1.2. África del Norte y Oriente Medio	23
1.4.1.3. Sur y Suroeste de Asia	24
1.4.1.4. Este de Asia y Pacífico	25
1.4.1.5. Oriente de Europa y Asia Central	25
1.4.1.6. Europa Occidental	26
1.4.1.7. Oceanía	27
1.4.1.8. El VIH/SIDA en América Latina	27
1.4.2. El VIH/SIDA en México	30
1.5. ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL VIH/SIDA	41
1.6. DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS INFECTADAS DE VIH/SIDA	50
1.7. MECANISMOS DE TRANSMISIÓN	57
1.7.1. Vía Sexual	58
1.7.2. Vía Sanguínea	61
1.7.2. Vía Vertical	62
1.8. MANIFESTACIONES CLÍNICA DEL VIH/SIDA	65
1.9. PRUEBAS DE DETECCIÓN DEL VIH	70
1.10. TRATAMIENTO	71
1.11. PREVENCIÓN	75

CAPITULO II: MUJER	82
2.1. CONDICIÓN SOCIAL DE LA MUJER	82
2.1.1. Características de la Mujer Mexicana	87
2.1.2. Género Femenino	90
2.1.3. Mujer y Trabajo Doméstico	96
2. 2. DERECHOS DE LAS MUJERES	105
2.2.1. Derechos Sexuales de la Mujer	109
2.3. SALUD SEXUAL DE LA MUJER	114
2.4. MUJER Y VIH/SIDA	119
CAPITULO III: MÉTODO	138
3.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	139
3.2. OBJETIVO GENERAL	139
3.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	139
3.4. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE INDICADORES	140
3.5. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE INDICADORES	140
3.6. SUJETOS	141
3.7. TÉCNICA DE MUESTREO	143
3.8. TIPO DE ESTUDIO	144
3.9. DISEÑO	144
3.10.TÉCNICA	144
3.11.INSTRUMENTO	149
3.12.ESCENARIO	149
3.13.PROCEDIMIENTO	149
3.14.TRATAMIENTO DE LOS DATOS	152
CAPITULO IV: RESULTADOS	154
4.1. VALOR J	155
4.2. CONJUNTO SAM, VALOR M TOTAL (VMT) Y VALOR FMG	155
4.3. VALOR JC	158
4.4. VALOR G	159
4.5. VALOR FMG PROMEDIO	160
4.6. VALOR V	161
4.7. DEFINIDORAS GENERADAS	162
4.8. VALOR + Y -	163

CAPITULO V: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	165
5.1. ANÁLISIS DE LOS CONJUNTOS SAM	165
5.1.1. Análisis del conjunto SAM del grupo 1:	
Mujeres amas de casa infectadas de VIH/SIDA	166
5.1.1.1. DIAGRAMA DEL CONJUNTO SAM (G1)	167
5.1.2. Análisis del conjunto SAM del grupo 2:	
Mujeres amas de casa no infectadas de VIH/SIDA	171
5.1.2.1. DIAGRAMA DEL CONJUNTO SAM (G2)	173
5.1. ANÁLISIS DE RIQUEZA VERBAL O VALOR V DE LOS DOS GRUPOS DE MUJERES	174
5.3. ANÁLISIS DE LAS DEFINIDORAS	175
5.4. CONCLUSIONES	180
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	183
REFERENCIAS	187
APÉNDICE A: Instrumento	195
APÉNDICE B: Vaciado de datos	197
APÉNDICE C: Lista de definidoras	202
APÉNDICE D: Lista de definidoras y peso semántico	211
APÉNDICE E: Conjunto SAM de los dos grupos de mujeres amas de casa	224

Por sus implicaciones psicosociales, económicas, culturales y políticas, el SIDA, enfermedad hasta la fecha incurable producida por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), se ha convertido en un grave problema de salud pública, ya que ya que afecta a toda clase de personas, sin importar su condición social, nacionalidad, raza, preferencia sexual, edad y sexo entre otras.

En un principio, la investigación del VIH/SIDA, se concentró básicamente en el sector médico, pero poco a poco los científicos se fueron percatando de las implicaciones psicosocioculturales de la enfermedad y las investigaciones se enfocaron a las poblaciones que estadísticamente se reportaban como las más afectadas y, en este caso eran las personas que mantenían relaciones homosexuales; sin embargo, hoy en día, se observa una progresiva "feminización" de la epidemia. Cada año la tasa de mujeres infectadas por el VIH aumenta considerablemente en todo el mundo, los últimos reportes señalan que cerca de la mitad de todas las personas infectadas de entre 15 y 49 años de edad son mujeres de las cuales el mayor número lo registran las amas de casa, porque se encuentran en desigualdad de condiciones ante la sociedad, y su salud se ve mucho más deteriorada que la de las personas que las rodean, lo cual las convierte en una población sumamente vulnerable, cuyo principal riesgo es mantener relaciones sexuales sin protección con su pareja.

A pesar de la gravedad del problema, los estudios a profundidad sobre la susceptibilidad de las mujeres tienen poco tiempo, y se dirigen únicamente a tomar en cuenta su salud, observando sus condiciones de inequidad por género y situaciones diversas como: mujeres de origen rural, mujeres urbanas de escasos o elevados recursos, mujeres migrantes, mujeres con un trabajo remunerado económicamente ó mujeres sexual y reproductivamente activas.

Por lo anterior, la presente investigación, es un primer acercamiento para conocer el significado del VIH/SIDA en dos grupos de mujeres amas de casa. Para alcanzar dicho propósito se recurrió a la técnica de redes semánticas naturales, cuyo objetivo es averiguar y medir el significado psicológico, es decir, obtener información propia del significado del concepto que se utiliza como estímulo. Respecto al grupo 1, mujeres amas de casa infectadas, los resultados muestran, por su experiencia tan cercana con la infección, un número mayor de definidoras que el grupo 2 de mujeres no infectadas, no obstante, los resultados de ambos grupos sirvieron para pronosticar comportamientos o actitudes que se presentan ante esta grave infección de transmisión sexual: el VIH/SIDA y poder entonces desarrollar medidas apropiadas para crear y fomentar ambientes favorables en la educación preventiva de este tipo de enfermedades, que afronten las distribuciones del poder que han dominado y explotado las relaciones desiguales, de inequidad entre los hombres y las mujeres.

INTRODUCCIÓN

- El por qué de esta tesis

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), es una infección de transmisión sexual hasta la fecha incurable y mortal que se ha convertido en una epidemia de graves consecuencias para el área de la salud pública, por sus implicaciones psicosociales, económicas, culturales y políticas.

Esta enfermedad afecta a toda clase de personas sin importar su condición social, nacionalidad, raza, preferencia sexual y edad entre otras, y es el estado final de la infección crónica producida por el retrovirus VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana) que daña el sistema inmunológico; considerado el mecanismo de defensa elemental del cuerpo.

El VIH/SIDA, es la epidemia más globalizada de la historia, ya que lejos de estabilizarse, en muchos países (especialmente de África Subsahariana) las tasas de infección continúan creciendo y lo más grave es que la epidemia ha venido manifestando una progresiva feminización; cada año la tasa de mujeres infectadas se incrementa considerablemente.

Casi la mitad de todas las personas seropositivas en el mundo entre los 15 y los 49 años de edad son mujeres y generalmente sufren mayor discriminación por la inequidad de género imperante en muchas sociedades.

De acuerdo con el cuarto informe sobre la epidemia mundial de SIDA presentado en Julio del 2004, por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), existen 37.8 millones de personas viviendo con VIH, de los cuales 35.7 millones son adultos, 17 millones son mujeres y menores de 15 años 2.1 millones, por lo que se describe a la infección como un fenómeno único en la historia de la humanidad, el cual a más de 20 años ha cobrado la vida de 20 millones de personas aproximadamente.

Por otro lado, la situación de las mujeres a nivel mundial es la siguiente:

- De los 37.8 millones de personas que viven con VIH/SIDA en el mundo, 17 millones son mujeres.
- De las 2.1 millones de personas que fallecieron de SIDA en 1999, 1.1 millón fueron mujeres.
- Medio millón de niños menores de 15 años de edad son VIH positivos, la mayoría infectados por la transmisión madre-hijo.
- En 1999, el 40% de las mujeres estadounidenses con SIDA declararon que fueron infectadas a través de la transmisión heterosexual del VIH.
- Entre adultos VIH positivos, las mujeres representan el 55% en África Subsahariana, el 30% en el suroeste de Asia, el 20% en Europa, el 20% en los EE.UU. y el 16.4 de casos acumulados en México.
- En México, para el 1 de enero del 2000 existían 42,762 casos totales de SIDA acumulados desde el comienzo de la epidemia, 14.2% pertenece a casos femeninos.
- En 1987 había una mujer con VIH/SIDA por cada 24 varones, para 1995 la proporción era de 1 por cada 4 varones, según las estadísticas de CONASIDA, en México.
- En México, el VIH/SIDA ocupa desde 1992, el lugar número doce como causa de muerte en mujeres entre 25 y 34 años, mientras que en 1988 ni siquiera se ubicaba entre las primeras veinte causas de muerte.

Como se puede observar las mujeres se están infectando de manera alarmante, asimismo, el riesgo de contraer la infección en ellas es mayor ya que son más vulnerables a nivel biológico, cultural, económico y social.

A nivel biológico, las mujeres son más vulnerables a la infección por el VIH que los hombres; ya que son la parte receptiva en el coito heterosexual y una gran superficie de la mucosa vaginal se expone al semen, que contiene una mayor concentración de virus que el fluido vaginal, además microlesiones ocasionadas por el sexo podrían funcionar como puntos de entrada para el virus; entonces la mujer tiene mayor riesgo de infectarse por el VIH/SIDA o cualquier otro patógeno sexualmente transmisible, que el hombre.

Otro aspecto importante a considerar es que la transmisión del VIH no es un fenómeno que se produce al azar; la propagación del virus está profundamente influida por el entorno social, económico y político, y de esta manera el mayor riesgo de las mujeres también es un reflejo de las desigualdades por razón de sexo, ya que muchas desconocen las prácticas sexuales de sus compañeros fuera de los límites de la propia relación de pareja, por lo que no tienen conciencia de estar en riesgo y la mayoría no pueden cuestionarle a su pareja su conducta y si lo hicieran se exponen a situaciones de conflicto potencialmente violentas; aún más, aquellas que sí tienen alguna percepción de estar en riesgo, es poco lo que pueden hacer para negociar la adopción de medidas que las protejan de un eventual contagio.

Los factores biológicos juegan un papel importante en la transmisión de la infección, sin embargo, los factores psicosocioculturales, quizás sean los más determinantes al marcar claras diferencias entre hombre y mujeres.

Éstas desigualdades de poder que tradicionalmente han desfavorecido a las mujeres, junto con la dificultad de muchas de ellas para acceder a la educación, a la información y a la atención adecuada de sus salud, se combinan para crear situaciones que ponen en riesgo su integridad tanto física como mental, por lo que muchas de ellas no tienen una clara conciencia de estar en peligro de enfermarse y mucho menos de contagiarse de VIH.

En lo que respecta a los estudios sobre el VIH/SIDA, existen una gama que va desde el área biomédica, hasta estudios relacionados con el área de la psicología: actitudes, comportamientos y emociones frente a la infección, la

manera de enfrentarla y los mecanismos de prevención. La mayoría de ellos se han llevado a cabo en poblaciones masculinas, en jóvenes (ambos sexos) y en mujeres; se han estudiado algunos factores psicosociales que dificultan que la mujer perciba el riesgo al que está expuesta, asimismo se han llevado a cabo algunas investigaciones cualitativas y cuantitativas que permiten conocer mejor el comportamiento sexual de las mujeres mexicanas, la forma en que se construyen los significados de la sexualidad y los factores que las motivan a adoptar o no medidas preventivas, sin embargo, poco es lo que se ha estudiado en mujeres amas de casa y recordando que en México la primer mujer a la que se le diagnostico SIDA tenía como única ocupación el realizar los quehaceres domésticos de su propia casa; resultan convenientes las investigaciones que se realicen en torno a la “mujer ama de casa” y el VIH/SIDA, ya que se trata de una población sumamente vulnerable y es importante conocer que es lo que piensan y conocen respecto a la infección, para de esta manera poder crear programas preventivos dirigidos a ellas en particular.

- El Contenido

La presente investigación se divide en cinco capítulos y cinco apéndices. En el primer capítulo “VIH/SIDA” se exponen brevemente las características de la infección, se proporciona un panorama general de la situación epidemiológica, tanto a nivel mundial como en nuestro país, aspectos psicosociales y derechos humanos de las personas infectadas, así como los mecanismos de transmisión, las manifestaciones clínicas, las pruebas de detección del VIH, el tratamiento y las medidas de prevención.

En el capítulo II, titulado “Mujer”, reseña la situación de la mujer a lo largo de la historia, para entender como se ha ido estableciendo la desigualdad entre los géneros que las pone en desventaja ante la infección, asimismo, se presentan los derechos sexuales de los que gozan y un perspectiva general de su salud sexual, haciendo énfasis en aquellos factores que las hacen más vulnerables al VIH/SIDA.

El siguiente capítulo, el III, "Método", detalla el procedimiento empleado para realizar la presente investigación. Se señalan los indicadores necesarios para la selección de las muestras, el diseño del estudio, la técnica requerida para la obtención de la información y los criterios necesarios para realizar el análisis de los resultados obtenidos. De esta forma, el objetivo fue conocer el significado que tienen dos grupos de mujeres amas de casa (un grupo de mujeres infectadas de VIH/SIDA del Hospital Infantil de México y de la Casa Árbol de la Vida y otro grupo mujeres amas de casa del Centro Comunitario Felipe Pescador) por medio de la técnica de redes semánticas naturales.

Los resultados de la aplicación de la técnica de redes semánticas naturales, se encuentran en el capítulo IV, y muestra los principales valores de dicha técnica: valor J, conjunto SAM, valor M total (VMT) y valor FMG; además para propósitos de este estudio se incluyeron y realizaron otros valores tales como: valor JC, valor FMG promedio, valor V y valor + ó - de las definidoras.

Finalmente, el capítulo V, "Discusión y Conclusiones", retoma los resultados obtenidos para analizarlos dentro del marco de la mujer y el VIH/SIDA para obtener el significado y conceptualización de este fenómeno.

De igual manera se señalan las limitaciones de este estudio y las sugerencias para futuras investigaciones dentro de este rubro.

El apéndice A muestra el instrumento empleado para la obtención del significado de VIH/SIDA. El B presenta el vaciado de datos crudos que se obtuvieron del instrumento. El apéndice C muestra la todas las definidoras proporcionadas por las dos muestras de mujeres amas de casa agrupadas por sinónimos y con su respectivo valor J, el D expone todas las definidoras con su peso semántico y por último el apéndice E, muestra el conjunto SAM de ambos grupos de mujeres amas de casa.

- **Limitaciones y logros**

Una de las principales limitaciones consistió en no contar con una muestra probabilística de mujeres amas de casa del área metropolitana del D.F., tanto infectadas de organizaciones no gubernamentales dedicadas a apoyar a personas seropositivas, como de la población general, ya que el estudio solamente se aboco a dos instituciones de mujeres infectadas y a una de mujeres no infectadas; asimismo, cabe mencionar que las instituciones de mujeres infectadas fueron seleccionadas de acuerdo a la aceptación por parte de sus encargadas para la realización del estudio.

Respecto a los alcances, el principal fue buscar un primer acercamiento hacia el significado del VIH/SIDA, para tratar de frenar esta grave epidemia que actualmente se está feminizando a consecuencia principalmente de la vulnerabilidad biopsicosociocultural de las mujeres y en especial las amas de casa.

Por lo tanto se espera que el presenta trabajo sirva de pilar para profundizar y conocer los comportamientos, actitudes, emociones, incidencia y atribuciones del VIH/SIDA en esta delicada e importante población, con la finalidad de crear nuevas propuestas preventivas dirigidas exclusivamente a las mujeres amas de casa.

CAPÍTULO 1

VIH / SIDA

1.1. DEFINICIÓN DE VIH/SIDA

Debido al enorme impacto que ha causado en el mundo la infección del VIH/SIDA por ser una enfermedad incurable que afecta a toda clase de personas, en especial a las mujeres, que sin importar su condición social, nacionalidad, raza, preferencia sexual y edad entre otras, han venido a ocupar, ahora, un papel importante en las investigaciones para conocer algunas características que las ubica como un grupo biológica, social y culturalmente muy vulnerable a esta enfermedad, resulta preponderante en este apartado conocer la definición de VIH/SIDA.

El SIDA es la abreviatura para designar al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; y es el conjunto de signos y síntomas que existen a un mismo tiempo y definen clínicamente un estado patológico. Inmunodeficiencia se refiere a la disminución de las defensas que el organismo tiene contra el virus, bacterias, hongos y parásitos que lo pueden enfermar; y Adquirida se refiere a una deficiencia no genética que se contrae en algún momento de la vida.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida es una enfermedad infecciosa, incurable y mortal; es el resultado de una infección viral que daña el sistema inmunológico; considerado el mecanismo de defensa más importante del cuerpo.

Se trata de un fenómeno epidémico con tendencias a generalizarse, su agente causal es un virus lento porque su periodo de incubación es prolongado, al cual se le denomina Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), éste se instala en las células, en donde permanece por años antes de manifestarse clínicamente.

Como todos los demás virus, el VIH tampoco tiene cura; pero además éste resulta mortal, ya que una vez instalado favorece el desarrollo de una serie de enfermedades oportunistas por la deficiencia inmunológica que sufre el organismo en general.

1.2. ANTECEDENTES

Las enfermedades siempre han jugado un papel importante en el desarrollo histórico de las sociedades, por lo tanto resulta conveniente rastrear la aparición de esta infección, ya que en la actualidad parecía que se habían enfrentado con éxito algunas epidemias conocidas; pero apareció el SIDA, enfermedad que ha causado un impacto social relevante y por el que se justifica este apartado, debido a que la manera en que los individuos entienden y afrontan el riesgo de enfermarse es un asunto social que ha caracterizado las distintas épocas de los grupos humanos.

Como se menciona anteriormente, el VIH/SIDA, es una enfermedad incurable y mortal producida por un virus, el cual es capaz de instalarse en las células y permanecer allí por años antes de manifestarse, por lo que el individuo enfermo es capaz de transmitir la infección sin darse cuenta.

A principios de la década de los ochenta se dieron los primeros reportes científicos de la aparición de esta enfermedad; porque anterior a esta época los individuos murieron sin un diagnóstico preciso, en su mayoría eran casos aislados en donde no se encontraba ninguna relación con otros padecimientos, pero a raíz de las primeras investigaciones se detectó que tenían un cuadro compatible con el SIDA, aunque en esa época no se sospechaba que se trataba de una nueva enfermedad.

En 1977 un informe médico belga refiere el caso de una secretaria de 34 años de edad, originaria de Zaire, que viajó a Bélgica en ese año para conocer la razón de sus infecciones respiratorias e intestinales persistentes, al siguiente año murió y posteriormente se comprobó que presentaba un cuadro clínico compatible al SIDA. Por otro lado, una familia noruega formada por una niña y

sus padres, presentaron infecciones recurrentes. Desde 1966, los padres presentaron los primeros síntomas, y a partir de 1973, la madre empeoró con un diagnóstico de leucemia y con una afectación neurológica progresiva; por su parte, la niña presentó infecciones bacterianas graves con complicaciones pulmonares que le provocaron la muerte. En los tres casos se confirmó el diagnóstico de SIDA al realizar las pruebas de ELISA y Western Blot en sus sueros congelados. También se reporta el caso de un adolescente de 15 años que murió en 1969 en San Luis Missouri con sarcoma de Kaposi e infecciones oportunistas.

Al comienzo de la epidemia los médicos creían que la enfermedad se encontraba asociada con las relaciones homosexuales, ya que en 1978 se tuvo noticias de casos de jóvenes homosexuales con Sarcoma de Kaposi en Estados Unidos.

A principios de la década de los ochenta (1981) los primeros cinco casos de SIDA fueron reportados por Glottibeb un médico norteamericano, que refería una enfermedad infecciosa poco común (neumonía por *Pneumocystis Carini* que únicamente afecta a personas con deficiencias inmunológicas) en hombres también homosexuales previamente sanos y que habían iniciado su padecimiento un año antes. Posteriormente se reportaron en Estados Unidos (California y Nueva York) 26 casos de Sarcoma de Kaposi asociado a neumonía por *Pneumocystis Carini* en hombres homosexuales, razón por la cual se pensó erróneamente que la enfermedad era propia de homosexuales e incluso llegó denominarse Inmunodeficiencia Relacionada con Homosexuales.

Por otro lado en 1982 se notificaron casos similares en drogadictos intravenosos, sugiriendo que ambos grupos padecían la misma enfermedad, ya que tenían afectado el sistema inmunológico. La causa de la inmunodeficiencia era desconocida, y pese a ello el número de casos seguía creciendo, entre 1982 y 1983 empezaron a aparecer nuevos casos, ahora de hombres bisexuales, personas originarias de cierta región del mundo, receptores de transfusiones sanguíneas, hemofílicos, parejas sexuales de los pacientes y algunos de sus hijos, por lo que se hacía evidente que existían otros grupos afectados, así como

otros mecanismos de transmisión. La aparición de enfermedades oportunistas y cánceres en estos pacientes que ya presentaban deficiencia de la respuesta inmunológica hizo pensar en una nueva (adquirida) inmunodeficiencia, de etiología desconocida.

En vista de que los retrovirus como el VIH poseen un índice de evolución, un millón de veces más rápido que el de los organismos constituídos a base de ácido desoxiribonucleico (ADN), es relativamente confiable medir su tiempo real de evolución calculando las diferencias hereditarias de los virus aislados a través del tiempo en diversas regiones del mundo. Para ello, se ha tomado en cuenta como base al VIH-1 más antiguo que hasta hoy se ha encontrado. Esto se logró estudiando en forma retrospectiva los sueros almacenados en diversos países. El suero más antiguo es el de Zaire de 1959.

Los siguientes aislamientos del VIH-1 ocurrieron a mediados de los años 70 en África Central y en Estados Unidos y a principios de los 80 en América Latina. Comparando estos resultados con los obtenidos con el VIH-2, que fue identificado en 1986, los científicos concluyen que ambos se originaron hace 40 años aproximadamente en el Continente Africano.

En 1985 el Doctor Gallo y sus colaboradores desarrollaron un método confiable para la detección del virus a través de una prueba de sangre y un año más tarde dan a conocer las diferentes formas de transmisión: por exposición a sangre contaminada mediante la transfusión o agujas contaminadas, perinatal, mediante el trasplante o injerto de órganos pertenecientes a personas infectadas y a través de contacto sexual en el que exista intercambio de líquidos corporales (sangre, semen, y/o fluidos vaginales) (Stanislawski, 1989 cit. en Sepúlveda, 1989).

En México, las autoridades sanitarias informaron de pacientes extranjeros con cuadros clínicos semejantes al de VIH/SIDA en los Estados Unidos en 1983; desde entonces el crecimiento de estos casos en el país se puede dividir en tres etapas: la primera de 1983 a 1986 con un crecimiento moderado en el

reporte de los casos, en 1985 se inició en los bancos de sangre la utilización de pruebas serológicas en donadores, lo que permitió determinar la magnitud de la infección. En mayo de 1986 se detectaron 134 casos de SIDA, y para diciembre ya eran 226, en este mismo año se publicó la ley que establece la obligación de practicar pruebas en todos los donadores de sangre y la Secretaria de Salud crea el Comité Nacional de Prevención del SIDA, cuyo objetivo era evaluar la situación nacional en lo concerniente al VIH/SIDA; en la segunda etapa de 1987 a 1989, se observa un crecimiento muy rápido y con periodos de duplicación en el número de casos en unos cuantos meses y que describe un crecimiento de tipo exponencial y la tercera a partir de 1989, donde el VIH/SIDA ha crecido en México con una curva de crecimiento de tipo exponencial (Colectivo-Sol-Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA, 1992, p. p. 8-9).

Considerando que el principal problema era un estado de inmunodeficiencia provocado por un factor no hereditario, es decir, adquirido, capaz de provocar cuadros infecciosos y tumorales secundarios, los Centros de Control de Enfermedades de los Estados Unidos propusieron llamarle Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), lo cual fue aceptado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1982.

El VIH/SIDA tiene muchos misterios, no solamente en cuanto a su origen y a sus diversos aspectos médicos; si no también por las implicaciones futuras que tiene sobre la humanidad; su letalidad y el hecho de que es una enfermedad que se transmite por vía sexual ha propiciado que se desarrollen mitos sobre su contagio, buscando culpables y estigmatizando poblaciones; reacciones que ya se habían presentado a lo largo de la historia en otras epidemias como la sífilis, en la que se culpaba a los “desviados” o a países enemigos de la diseminación del mal; por lo mismo el VIH/SIDA se prestó a ser comparado con este fenómeno.

La epidemia del VIH/SIDA ha provocado muy diversas respuestas sociales las cuales han ido evolucionando, de una respuesta violenta y persecutoria hacia los grupos que se consideraban al inicio de la epidemia como los únicos responsables, a una más comprensiva que ha estimulado muy diversos campos de la actividad humana, en la búsqueda de mejoras y avance, para la detección y erradicación de la enfermedad; sin embargo, actualmente existen diferencias entre vivir con VIH/SIDA en las mujeres que en los hombres, ya que en sociedades como la nuestra en la que las mujeres ocupan un “lugar inferior” al de los hombres y donde claramente impera la inequidad de género, las mujeres se vuelven más vulnerables biosocioculturalmente a la infección.

1.3. ETIOLOGÍA

Desde el punto de vista biomédico ha sido fundamental identificar al agente etiológico del SIDA, el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), sin embargo, dada su complejidad esto no ha bastado para definir una estrategia de control. El conocimiento de las interrelaciones entre las características biológicas del agente viral, los factores de las personas que lo hacen más o menos susceptible a la infección y los mecanismos patógenos del virus sobre las células blancas proporcionarán las bases para tratar de enfrentar y combatir a esta epidemia; por esta razón resulta importante conocer qué es lo que causa la infección para tratar de entender como se desarrolla en una población tan vulnerable como son las mujeres.

Los virus son organismos vivos, diminutos, incapaces de autosatisfacer sus necesidades por lo que sus formas de vida son muy elementales porque son incapaces de reproducirse, a menos que cuenten con la ayuda de otras células y que puedan vivir dentro de ellas aprovechando sus sistemas enzimáticos y órganos celulares, por ello presenta las tres características de los organismos vivos: reproducción, variación y sobrevida selectiva (Sepúlveda, 1989).

A partir de que se detectaron los primeros casos de VIH/SIDA en el mundo, se realizaron infinidad de investigaciones con el fin de conocer el agente causal de la enfermedad, hasta que en 1983 en el Instituto Pasteur, en

París, el Doctor Luc Montagnier anunció el descubrimiento de un virus relacionado con linfadenopatía (LAV), por otro lado en Estados Unidos el Doctor Gallo, en 1984, del Instituto Nacional de Cáncer, lo denominó Virus Linfotrópico de Células T Humanas tipo 3 (HTLV-3) (Richardson, 1990).

El virus como se menciona con anterioridad probablemente sea originario del continente Africano, ya que se han aislado dos tipos de virus familiares al aislado por los Doctores Montaigner y Gallo, uno de ellos aislado en seres humanos que produce síntomas similares al de Estados Unidos y el otro aislado en monos africanos que igualmente produce inmunodeficiencia.

Dada la existencia de virus similares en diferentes partes del mundo y aislados por diferentes investigadores, cada uno proponiendo un nombre para el virus, la OMS decide denominarlo universalmente HIV por sus siglas en inglés y VIH (virus de inmunodeficiencia humana) en español para evitar confusiones.

Las principales características morfológicas del VIH de acuerdo con el Doctor L. Montaigner y colaboradores, y por el Doctor H. Gerderblom y colaboradores del Instituto Pasteur de París y del Instituto Rober Koch de Berlín, respectivamente, se pueden detallar de la siguiente manera (Sepúlveda, 1989):

- Su estructura es esférica y tiene de 90 a 120 nanómetros de diámetro. Sus componentes son una envoltura externa, una capa proteica interna y un nucleocápside, también conocido como nucleocápside central.
- La envoltura externa está formada en un 5 a 10% por componentes propios del virus (proteínas ricas en azúcares, conocidas como glicoproteínas) y el 90 o 95% son componentes de origen no viral, procedentes de la célula en donde se originó el virus.
- La capa proteica interna tiene una forma icosaédrica, localizada por debajo de la envoltura a muy corta distancia y forma parte del nucleocápside.

- El nucleocápside está formado por tres tipos de subunidades proteicas diferentes; tiene una forma que asemeja una estructura tubular hueca y en su interior se encuentran dos copias idénticas de ácido ribonucleico (ARN).

El VIH pertenece a la familia de los retrovirus, subfamilia lentivirinae. El código genético del virus, es decir, sus características hereditarias, necesarias para replicarse, se encuentran en el ARN.

Normalmente en la naturaleza el ADN manda mensajes al ARN; pero en el caso del VIH, éste logra invertir el sentido de la información, enviando sus mensajes del ARN al ADN de la célula, razón por la cual se le llama retrovirus, porque inserta su información genética en el mecanismo de reproducción de la célula, gracias a su transcriptasa inversa, es decir transforma su ARN en ADN.

Este retrovirus se instala generalmente en un grupo celular sanguíneo denominado linfocitos o células T del sistema inmunológico del organismo, impidiendo que cumplan su función auxiliadora de sistema de defensas, debido a que el virus a través del método reproductivo de replicación, introduce su código genético al del linfocito T, entonces cuando una célula infectada se reproduce, transmite también el código genético del VIH a la nueva célula, mientras otros virus liberados de la célula infectada se dirigen hacia células sanas para infectarlas y utilizan su información genética (ADN) para seguir reproduciéndose.

Este virus sólo se reproduce en las células vivas, principalmente en los glóbulos blancos denominados linfocitos T, en las células vivas B, en los macrófagos y en algunas otras células del Sistema Nervioso, por lo que los fluidos corporales que poseen grandes cantidades de glóbulos blancos, resultan ser los mejores vehículos portadores del VIH; el cual es relativamente termosensible, ya que se inactiva cuando es expuesto a 56 °C durante 30 minutos y a desinfectantes como el cloruro de benzalconio, hipoclorito de sodio al 0.1 %, etanol al 70%, glutaraldehído al 2% y detergentes no iónicos.

Otra característica importante es su variabilidad química, debido a que cuenta con varias cubiertas proteicas externas capaces de cambiar en forma constante; por esta razón se ha complicado su investigación tanto para su tratamiento como para el desarrollo de una vacuna efectiva que frene el padecimiento permanente y progresivo que con el tiempo invade otras partes de cuerpo, ocasionando que la persona infectada no pueda enfrentar con éxito infecciones oportunistas y algunos tipos de cáncer, que resultaran ser la causa directa de la muerte.

Hasta hace muy poco tiempo se creía que el VIH vivía dentro de las células del organismo de manera latente o de inactividad durante un período prolongado de tiempo, 5 o 10 años en muchos de los casos. No obstante, investigaciones recientes han demostrado que desde el momento en que el virus penetra en el organismo actúa como se ha descrito, infectando células sanas; lo que sucede es que el cuerpo infectado todavía tiene suficiente fuerza y potencia como para atacar a los virus a través del sistema inmunológico que se encuentra en constante lucha durante este tiempo que se creía que el virus estaba inactivo, sin embargo, cuando la persona infectada adquiere SIDA este sistema de defensa ya se encuentra muy debilitado y no puede combatir todas las infecciones oportunistas que se presentan.

A pesar de que aún no se comprende plenamente la forma en que actúa el VIH en el organismo de las personas infectadas, se sabe con certeza que se trata de un virus insidioso, que corrompe fluidos vitales como los vaginales, el semen y la sangre en elementos dañinos para el cuerpo, que lo conducen a la muerte.

1.4. EPIDEMIOLOGÍA

El propósito de este apartado es proporcionar datos significativos de la infección en el mundo y sobre todo en la población femenina, ya que como menciona Peter Pior “El SIDA es la epidemia más globalizada de la historia, y estamos siendo testigos de su progresiva feminización” (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, 2004, p.8). Cada año la tasa de

mujeres infectadas va en aumento, casi la mitad de todas las personas infectadas en el mundo entre los 15 y los 49 años de edad son mujeres y generalmente sufren mayor discriminación por la inequidad de género.

El agente causal del SIDA es el VIH, el cual proviene en forma exclusiva de un reservorio humano (individuos infectados portadores) y sus vectores son la sangre, el semen, las secreciones vaginales y la secreción láctea. Estos vectores son similares para las dos variedades de VIH que se conocen (VIH-1 y VIH-2).

El individuo que se ha contagiado con el VIH y no presenta manifestaciones clínicas se considera que está infectado, mas no enfermo. En el momento en que presenta síntomas, ha desarrollado la enfermedad, conocida como SIDA. Por ello, el diagnóstico de SIDA se establece con base en el estudio clínico del paciente y se sustenta con el examen de laboratorio. El 60% de los individuos infectados presenta la enfermedad en un lapso de 5 a 6 años y para los 10 años, prácticamente todos han enfermado. Sólo se conocen casos aislados de individuos infectados que después de 10 años no han presentado la enfermedad; por otro lado, una vez que se presenta el SIDA, el 75% muere antes de 1 año, y ninguno ha sobrevivido más de cinco años.

El tiempo de sobrevida varía de acuerdo a cada país, siendo ligeramente mayor en países desarrollados. Hay un grupo de pacientes, alrededor de 10%, que evoluciona a la muerte en pocas semanas; fuera de ello, se ha observado que los pacientes cuya manifestación inicial es el sarcoma de Kaposi tienden a vivir más que aquellos que abren con alguna infección oportunistas. En México, el promedio de vida de los pacientes en general varía entre 6 y 9 meses.

La distribución y frecuencia de los infectados por el VIH y de los enfermos de SIDA en las poblaciones y áreas geográficas, así como su evolución en el tiempo, dependen de factores psicológicos y sociales, además de las características biológicas de la interacción entre este virus y el ser humano.

Por lo tanto para determinar la magnitud y distribución de cualquier enfermedad infecciosa resulta conveniente conocer:

- El número de personas que están infectadas.
- El número de personas capaces de transmitir la infección a otras.
- El número de personas infectadas que presentan manifestaciones clínicas (casos o enfermos).
- El número de muertes por esta causa.

Razón por la cual, resulta importante referirse al avance de la epidemia y a las cifras, que son alarmantes debido a la velocidad con que se incrementan.

A nivel mundial, la epidemia sigue actuando de manera devastadora para los individuos y las familias, ya que ha reducido la esperanza de vida en más de dos décadas, ha frenado el crecimiento económico y ha agudizado la pobreza, porque el VIH/SIDA afecta principalmente a la población económicamente activa y tiene un efecto poderoso en los soportes de las familias, las empresas y los países en general, dado que muchas de las víctimas son padres, cabezas y sustentos económicos de las familias.

1.4.1. El VIH/SIDA en el mundo

El VIH/SIDA ha provocado una epidemia global más extensa de la que se predijo hace una década; actualmente millones de personas se encuentran afectados por la epidemia y lejos de estabilizarse en muchas zonas como en África Subsahariana las tasas de infección continúan creciendo. Diversos países de Europa y Asia presentan el crecimiento más rápido de la epidemia en el mundo.

A finales del año 2000, ONUSIDA estimó que a nivel mundial existían 36.1 millones de personas con VIH, de los cuales 34.7 millones eran adultos, 16.4 millones mujeres y 1.4 millones menores de 15 años; para el cuarto informe sobre la epidemia mundial de SIDA presentado en Julio de 2004, las cifras se incrementaron; actualmente, 37.8 millones de personas viven con VIH, de los

cuales 35.7 millones son adultos, 17 millones son mujeres y menores de 15 años 2.1 millones (Ver Tabla 1).

TABLA 1
ESTIMACIONES MUNDIALES DEL VIH/SIDA
FINALES DEL 2003

Estimaciones Mundiales del VIH/SIDA Finales del 2003	
Nuevas Personas Infectadas de VIH en el 2003	
Total	4.6 millones
Adultos	4.1 millones
Menores de 15 años	630 mil
Número de Personas que Viven con VIH/SIDA	
Total	37.6 millones
Adultos	35.7 millones
Mujeres	17 millones
Menores de 15 años	2.1 millones
Muertes por SIDA en el 2003	
Total	2.9 millones
Adultos	2.4 millones
Menores de 15 años	490 mil

Fuente. Página Internet ONUSIDA, 2004.

En el 2003, el VIH infectó aproximadamente 4.8 millones de personas; 4.1 millones de adultos y 630 mil menores de 15 años; cifra superior a la de cualquier año precedente. Los jóvenes de 15 a 24 años de edad representan la mitad de los nuevos casos de personas infectadas por el VIH en el mundo y más de 6 mil jóvenes contraen la infección cada día; tendencia que resulta alarmante porque se trata de la generación de jóvenes más numerosa de la historia.

ONUSIDA, describe a la infección como un fenómeno único en la historia de la humanidad, ya que a más de 20 años de que apareció la enfermedad, han fallecido 20 millones de personas. 2.9 millones fallecieron en el 2003, de los cuales 2.4 millones eran adultos y 490 mil menores de edad.

La epidemia no es homogénea, ya que algunos países se encuentran más afectados que otros, hallando que África Subsahariana es la región más

afectada, porque concentra más del 70% de las infecciones totales. América Latina con una epidemia más reciente tenía en el año 2000, 1.4 millones de infecciones (Ver Tabla 2), para finales del 2003 la cifra fue de 1.6 millones de infectados.

En 1999, ocurrieron 5.3 millones de nuevas infecciones por VIH; 4.7 millones de adultos, 2.2 millones en mujeres y 600 mil en menores de 15 años, lo cual significó que cada minuto se infectaron por el VIH diez personas en todo el mundo. Estas cifras superan con más del 50% lo proyectado por el Programa Global de SIDA en 1991.

TABLA 2
ESTADÍSTICAS Y RASGOS POR REGIONES A FINALES DEL 2000

REGION	INICIO DE LA EPIDEMIA	CASOS DE VIH/SIDA	NUEVOS CASOS	% ADULTOS (*)	% MUJERES ADULTAS	PRINCIPAL MECANISMO DE TRANSMISION DE VIH/SIDA
África Subsahariana	Después 70's - Antes de 80's	25.3 millones	3.8 millones	8.8 %	0.55	Heterosexual
África del Norte y Medio Oeste	Después de 80's	400 mil	80 mil	0.2 %	0.4	Heterosexual Inyección de drogas
Sur y Suroeste de Asia	Después de 80's	5.8 millones	780 mil	0.56 %	0.35	Heterosexual Inyección de drogas
Este de Asia y Pacífico	Después de 80's	640 mil	130 mil	0.07 %	0.13	Inyección de drogas Heterosexual y Homosexual
América Latina	Después 70's - Antes de 80's	1.4 millones	150 mil	0.5 %	0.25	Heterosexual y Homosexual Inyección de drogas
Caribe	Después 70's - Antes de 80's	390 mil	60 mil	2.3 %	0.35	Heterosexual Homosexual
Oriente de Europa y Asia Central	Antes de 90's	700 mil	250 mil	0.35 %	0.25	Homosexual Inyección de drogas
Occidente de Europa	Después 70's - Antes de 80's	540 mil	30 mil	0.24 %	0.25	Homosexual Inyección de drogas
América del Norte	Después 70's - Antes de 80's	920 mil	45 mil	0.6 %	0.2	Heterosexual y Homosexual Inyección de drogas
Australia y Nueva Zelanda	Después 70's - Antes de 80's	150 mil	500	0.13 %	0.1	Homosexual
TOTAL	-	36.1 millones	5.3 millones	1.1%	40%	-

* La proporción de adultos (15-49 años de edad) viviendo con VIH/SIDA en el 2000.

Fuente. Página Internet ONUSIDA, 2001.

En todas las partes del mundo excepto África Subsahariana, hay más hombres infectados, quizá porque las conductas de los hombres a menudo se ven influenciadas por las creencias culturales sobre la masculinidad; sin embargo, actualmente existe una prevalencia elevada entre las mujeres de 15 a 24 años.

En Asia, Europa y América del Norte, predominan principalmente los consumidores de drogas intravenosas, las personas que practican las relaciones homosexuales (hombres con hombres), las prostitutas, sus clientes y las parejas inmediatas de estos; por lo que si continúa el ritmo actual de propagación, el VIH tendrá un impacto generalizado cada vez más grave en el futuro.

Por haberse convertido el VIH/SIDA en un grave problema de salud pública a nivel mundial, es importante conocer las cifras y la manera en cómo la infección se desenvuelve en diversos países, y lo primordial, cómo afecta a las mujeres dada su mayor vulnerabilidad ante el VIH por razones psicosocioculturales alrededor del mundo.

1.4.1.1. ÁFRICA SUBSAHARIANA

Hasta el año 2000, prevalecieron los adultos con VIH con el 8.8% de la población general; 23.3 millones de personas viven con VIH/SIDA, de los cuales el 55% corresponde a mujeres adultas, en tanto que 3.8 millones son los nuevos infectados y las muertes por esta epidemia son de 2.4 millones; a finales del 2003, con casi el 10% de la población mundial, África Subsahariana, resguarda casi las dos terceras partes de todas las personas que viven con VIH/SIDA, alrededor de 25 millones, y se estima que otros 3 millones de personas se infectaron en el 2003, simultáneamente 2.2 millones fallecieron a causa del SIDA (ONUSIDA, 2004).

Muchos de los países de esta región están experimentando epidemias generalizadas, es decir, que la epidemia se está propagando entre la población

general y no queda limitada a ciertos grupos, concentrándose los mayores niveles de infección en las zonas urbanas que en las rurales.

Al principio de la epidemia en esta región, los hombres superaban en forma desmedida a las mujeres que vivían con VIH; actualmente existen, en promedio, 13 mujeres infectadas por cada 10 hombres infectados, asimismo, cabe mencionar que las mujeres contraen la infección a edades más tempranas que los hombres.

En algunos países en donde las proporciones eran relativamente bajas, como Nigeria, las condiciones han comenzado a cambiar, ya que el número de personas infectadas comienza a incrementarse considerablemente.

En este continente, el rumbo de la infección ha tomado dos vertientes, en primer lugar, la epidemia afectó a lo largo del continente a muchas personas sexualmente activas ya que la transmisión heterosexual es la forma predominante de propagación y deja a un grupo reducido de personas capaces de adquirir la infección; y por otro lado los exitosos programas preventivos de algunos países como el caso de Uganda, que han logrado reducir el número de infectados y enfermos, contribuyendo de esta forma a reducir el número de casos en aquella región.

En esta zona la responsabilidad de la propagación de la infección por el VIH, reside en una combinación de diversos factores, entre los que figuran la pobreza y la inestabilidad social, que generalmente conduce a la ruptura familiar, niveles elevados de infecciones de transmisión sexual y baja posición social de la mujer.

1.4.1.2. ÁFRICA DEL NORTE Y ORIENTE MEDIO

Las estimaciones más recientes sugieren que la infección se está generalizando, al igual que en África Subsahariana, por ejemplo en Argelia y Sudán las mujeres embarazadas se han convertido en una población que se encuentra en constante riesgo.

En el año 2000, se registraron 80 mil nuevos casos de personas infectadas, por lo que el número de adultos y niños que vivían con VIH/SIDA alcanzaron los 400 mil; para finales del 2003, se infectaron 75 mil personas y fallecieron a causa del SIDA cerca de 24 mil personas (ONUSIDA, 2004).

Sudán es el país más afectado de la región y las relaciones heterosexuales son el principal mecanismo de transmisión, por lo que las mujeres se están infectando con mayor rapidez; en mujeres embarazadas del Sur, el VIH es entre seis y ocho veces mayor que en la región del Norte.

Por otro lado, en algunos países de esta zona, las transfusiones sanguíneas y la manera en que se obtiene este líquido vital, siguen planteando un grave riesgo para la transmisión del VIH.

1.4.1.3. SUR Y SUROESTE DE ASIA

Se estima que de los 700 mil adultos infectados en el año 2000, 450 mil eran hombres de esta región y se infectaron no sólo por ser usuarios de drogas intravenosas, sino también por mantener conductas sexuales de riesgo como sexo con prostitutas y sexo entre hombres.

En ese mismo año, se estimó que 5.8 millones de adultos tenían VIH/SIDA, de los cuales el 35% correspondió a mujeres, 780 mil fueron los nuevos casos de personas infectadas y 470 mil las defunciones por la epidemia.

Sin embargo, algunos países como Bangladesh han realizado importantes avances en torno a la infección, en apoyo con Organizaciones No Gubernamentales (ONG's), el gobierno, realiza campañas de intercambio de agujas para drogadependientes, desintoxicación, apoyo a comerciantes de sexo así como programas de uso adecuado del condón, lo cual aunado a la vigilancia epidemiológica, ha permitido, dentro de lo que cabe, cierto control de la epidemia.

1.4.1.4. ESTE DE ASIA Y PACÍFICO

Por su parte la región de Asia Oriental y el Pacífico, mantiene a límite la infección; 130 mil adultos y niños se infectaron en el curso del año 2000, en total 640 mil personas vivían con el VIH/SIDA, lo cual representó un 0.07% de la población adulta de la región, proporción relativamente baja comparándola con el 0.56% en el Sur y Sur-Este Asia.

El 13% del total de personas infectadas corresponde a mujeres adultas y en esta región 25 mil personas han fallecido a causa del SIDA.

1.4.1.5. ORIENTE DE EUROPA Y ASIA CENTRAL

El número estimado de adultos y niños que viven con VIH/SIDA en Europa Oriental y los países de Asia Central a finales de 1999 era de 420 mil, un año después, la cifra fue de 700 mil, lo cual representó el 35% de la población general. Actualmente alrededor de 1.3 millones de personas viven con VIH/SIDA, 360 mil contrajeron la infección, mientras que 49 mil fallecieron a causa de esta enfermedad (ONUSIDA, 2004).

Estonia, Letonia, la Federación de Rusia y Ucrania son los países más afectados de la región. En Rusia, el número de nuevos casos registrados en el año 2000 fue de 56 mil 630, casi el doble que el número acumulativo de casos registrados desde 1987, en su mayoría se infectaron hombres usuarios de drogas intravenosas de los cuales el 80% fueron menores de los 30 años.

En muchos países de Europa Oriental y Asia Central, la lucha contra la epidemia es complicada, ya que la inestabilidad socioeconómica en la región permite la práctica de conductas de riesgo como el comercio de drogas y de sexo, lo cual inevitablemente se ve reflejado en el aumento de los casos de personas con VIH/SIDA.

Pese a lo citado anteriormente, cabe mencionar que las reformas políticas y legales de prevención se encuentran trabajando ardua y eficazmente, ya que

en la mayoría de los países se informa y educa por todos los medios posibles a los ciudadanos sobre las consecuencias del VIH/SIDA.

En Bielorrusia, existe un comité interministerial encargado de promover campañas de información acerca del VIH/SIDA por las vías férreas nacionales. La participación de prácticamente todos los ministerios y comités del estado han ayudado a lograr una reducción en el número global de infecciones.

Estos esfuerzos, en materia de prevención del VIH/SIDA, han tenido mucho éxito entre los adolescentes. En algunos países como Kazajstán, al sur de Rusia, una campaña de prevención dirigida por 8 ó 10 hombres recorren las calles para entregar condones e información a los ciudadanos sobre sexo-seguro. Asimismo a las trabajadoras sexuales, se les envía a una especie de clínica ambulatoria en donde son examinadas con respeto y confidencialidad, y, en caso, de tener alguna infección que sea transmitida sexualmente se les proporciona tratamiento sin correr el riesgo de ser arrestadas.

En países como la República Checa y Eslovenia se cuenta con excelentes sistemas de vigilancia donde se realiza una vigilancia epidemiológica en "las poblaciones centinela", por ejemplo, en trabajadoras sexuales, mujeres embarazadas, usuarios de drogas intravenosas y/o en personas con alguna infección sexualmente transmitida. Lo mismo sucede en Ucrania, donde gracias a la calidad de su sistema de vigilancia centinela, se espera un cuadro mucho más claro de la tendencia que seguirá la infección en el futuro.

A pesar de que estos sistemas han dado buenos resultados, las condiciones económicas de estos países, los lleva a enfrentar restricciones presupuestarias para combatir a la infección.

1.4.1.6. EUROPA OCCIDENTAL

En el año 2000, predominaron los adultos con VIH con un 0.24% de la población general; 540 mil personas vivían con VIH/SIDA, de los cuales el 25%

correspondió a mujeres adultas, en tanto que 30 mil fueron los nuevos infectados y las muertes por la epidemia fueron 7 mil.

1.4.1.7. OCEANÍA

En Australia, después de un declive sostenido, el número anual de nuevos casos de VIH ha vuelto a incrementarse durante un periodo de cinco años, de unos 650 casos presentados en 1998 a más de 800 en 2002, donde el principal mecanismo de transmisión es el contacto sexual entre hombres.

En el año 2000 prevalecieron los adultos, con el 0.13% de infectados con VIH en la población general; 15 mil personas vivían con VIH/SIDA, de los cuales el 10% correspondió a mujeres adultas, en tanto que 500 fueron los nuevos casos de personas infectadas y las muertes por la epidemia mayores a las 500.

1.4.1.8. EL VIH/SIDA EN AMÉRICA LATINA

De acuerdo con las estimaciones realizadas a finales del 2003, más de 1.6 millones de personas viven con el VIH en esta región, 84 mil fallecieron a causa del SIDA, en tanto que 200 mil contrajeron la infección en este periodo (ONUSIDA, 2004).

En América Latina, la infección por el VIH, más que ser generalizada, tiende a concentrarse en grupos de riesgo; en el caso de América del Sur, la mayoría de las infecciones fueron ocasionadas por el uso de equipo contaminado para la inyección de drogas intravenosas o por relaciones homosexuales entre hombres.

En Brasil, la población más afectada son los usuarios de drogas intravenosas, al igual que en Puerto Rico; en este último más de una cuarta parte se infectó también por la vía heterosexual.

Por otro lado, en América Central, el consumo de drogas intravenosas desempeña un papel menos importante, ya que el virus se trasmite principalmente por la vía sexual.

En algunos países como Colombia y Perú, la transmisión se produce especialmente por la transmisión sexual entre hombres, sin embargo, las condiciones resultan idóneas para que el virus se propague de forma generalizada, ya que existe un gran número de hombres bisexuales, que mantiene relaciones sexuales tanto con hombres como con mujeres.

Al final del 2000, 1.4 millones de adultos y niños en América Latina y 390 mil en el Caribe estaban viviendo con VIH/SIDA, lo cual representa el 0.5% y el 2.3% de la población general, respectivamente (Ver Tabla 2).

Por su parte el 25% de los casos de adultos correspondió a mujeres latinas y el 35% a mujeres caribeñas.

Durante el 2000 se registraron 150 mil nuevos casos de personas infectadas en Latinoamérica y 60 mil en el Caribe; hubo 50 mil muertes a causa de la infección en la primer región, en tanto, que en la segunda fueron 32 mil las defunciones.

Se estima que:

- En los países de Centroamérica y de la costa caribeña, donde el VIH se está propagando principalmente a través de las relaciones sexuales entre los varones y las mujeres, las tasas son generalmente más elevadas.
- En Brasil existe una epidemia principalmente heterosexual, sin embargo, las tasas de infección entre los consumidores de drogas intravenosas y entre los varones que tienen relaciones sexuales con varones son elevadas.
- Los países de la región con las tasas de VIH más elevadas generalmente se sitúan en el lado caribeño del continente. De acuerdo con algunos datos en

las zonas urbanas de Guyana, más del 7% de las mujeres embarazadas dieron resultado positivo en la prueba del VIH.

- Honduras, Guatemala y Belice también están sufriendo una epidemia heterosexual de crecimiento rápido, con tasas que oscilan entre el 1% y el 2% en adultos de la población general. En 1994, menos del 1% de las mujeres embarazadas que utilizaron los servicios de atención prenatal en Belice resultaron positivas en la prueba del VIH, mientras que un año más tarde aumentaron a 2.5%.
- En la ciudad hondureña de San Pedro Sula, la tasa de infección por el VIH entre las mujeres embarazadas fluctúa entre el 2% y el 5%.
- En otros países de América Central la transmisión heterosexual del VIH es menos frecuente. En Costa Rica, por ejemplo, el VIH se transmite principalmente en las relaciones sexuales sin protección entre varones.
- En Brasil, donde más de medio millón de adultos están viviendo con el VIH, se llevan acabo programas de prevención enérgicos. Mientras que en 1986 menos del 5% de los varones jóvenes declararon que habían utilizado un preservativo en su primera relación sexual, la cifra correspondiente a 1999 se acercaba al 50%, es decir, se multiplicó por 10. Más del 70% de los varones con un mayor nivel educativo encuestados en 1999 manifestaron que habían utilizado un preservativo la primera vez que habían realizado el coito.
- Los países andinos se encuentran actualmente entre los menos afectados por la infección, aunque se ha detectado un comportamiento de riesgo en muchos grupos. En esta zona se observan bajas tasas de infección por el VIH entre heterosexuales.
- Argentina presenta por lo general tasas elevadas de infección por el VIH entre los consumidores de drogas intravenosas y los varones que tienen

relaciones sexuales entre ellos, pero una tasa promedio relativamente baja del 0.4% entre las mujeres embarazadas.

- Haití es la nación más afectada en el Caribe. En algunas zonas, el 13% de las mujeres embarazadas que se sometieron de forma anónima a la prueba del VIH resultaron seropositivas. En conjunto, aproximadamente el 8% de los adultos en las zonas urbanas y el 4% en las zonas rurales están infectados. Para finales de 1999, 74 mil niños haitianos perdieron a su madre por causa del SIDA.

1.4.2. EL VIH/SIDA EN MÉXICO

En México, como a nivel mundial las infecciones de transmisión sexual han representado un problema de salud pública; a nivel nacional son una de las diez primeras causas de mortalidad. Dentro de estas infecciones se encuentra el VIH/SIDA, la cual con sus múltiples repercusiones psicológicas, sociales, éticas, económicas y políticas, que rebasan el ámbito de la salud, coloca a las mujeres amas de casa en un grupo especialmente vulnerable, que se ha visto afectado de manera importante a nivel nacional.

De acuerdo con la tipología propuesta por ONUSIDA, México puede clasificarse como un país con una epidemia de SIDA concentrada, la cual se caracteriza por ser una infección difundida rápidamente en un subgrupo de la población sin llegar a establecerse en la población general.

Considerando el número total de casos reportados, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 1999 ubicó a “México en el tercer lugar en el continente americano de casos de SIDA, después de Estados Unidos y Brasil, sin embargo, considerando la tasa de incidencia anual, ocupó el decimocuarto sitio en el continente americano y el sitio setenta y dos a nivel mundial” (CONASIDA, 2001, p.2).

A nivel prevalencia en población adulta de 15 a 44 años de edad, México registra una cifra relativamente baja del 0.29%, sobre todo, si se le compara

con los países cercanos, los cuales registran cifras más elevadas como Belice 2.01%, Guatemala 1.38%, Honduras 1.92% y los Estados Unidos con 0.61%.

Por otro lado, ante la emergencia de prevenir el VIH/SIDA y la necesidad de monitorear el problema, a principios de la década de los ochenta, la comunidad internacional se vio obligada a instrumentar sistemas de información con base en la notificación pasiva de casos por los servicios nacionales de salud, con un criterio de registro basado en la fecha en que se notificaba el caso, sin embargo, conforme la epidemia avanzó se evidenció que esta información resultó ser inexacta e inoportuna por el subregistro y extemporaneidad para la vigilancia epidemiológica, por lo que actualmente ONUSIDA y la OPS recomiendan que la información se registre basándose en la fecha en que el caso es diagnosticado.

México en 1983 inició el Registro Nacional de SIDA, que acumulaba los casos de acuerdo con la fecha de notificación. Con una cobertura limitada, con un subregistro de 33% y extemporaneidad de cinco años en promedio, las instituciones de salud tuvieron que generar información epidemiológica oportuna para orientar las acciones del Programa de Prevención y Control de VIH/SIDA. De este modo, el Comité Nacional de Vigilancia Epidemiológica (CONAVE) definió con base en las recomendaciones de ONUSIDA y OPS nuevos criterios y procedimientos para fortalecer la vigilancia epidemiológica de la infección. En la actualidad, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica tiene una cobertura de 82% y la extemporaneidad se ha reducido a un promedio de ocho meses, además se lleva a cabo una vigilancia centinela en poblaciones especiales, se efectúa una búsqueda activa de casos en unidades hospitalarias, se revisan periódicamente los certificados de defunción, se hace el tamizaje en donadores de bancos de sangre y cada tres meses se actualizan los casos por fecha de diagnóstico entre algunas otras acciones que apoyan el fortalecimiento del Registro Nacional de SIDA para cumplir con el propósito de proporcionar información actualizada y objetiva de la epidemia en México.

Sin embargo, aún así resulta difícil caracterizar de manera global la epidemia del SIDA en México, ya que existen regiones que, por la magnitud del

problema y los patrones epidemiológicos que las distinguen, presentan diversas subepidemias. En general, a lo largo del tiempo la epidemia ha presentado tres tipos de tendencias:

- De 1983 a 1986 el crecimiento fue lento.
- De 1987 a 1990 fue de tipo exponencial.
- A partir de 1991 se presenta una tendencia estable.

Desde el inicio de la epidemia hasta el 1 de noviembre del año 2003, en México se registraron de manera acumulada 71 mil 526 casos de SIDA y se calcula que existen entre 116 y 177 mil personas infectadas por el VIH en el grupo de 15-49 años.

La transmisión sexual ha sido la causante del 89.7% de los casos acumulados de SIDA en México; el 8.0% se originaron por vía sanguínea, el 1.8% por transmisión perinatal; y la categoría combinada de hombres que tienen sexo con otros hombres y usuarios de drogas intravenosas el 0.5%.

El 84.8% de los casos acumulados de SIDA corresponden a hombres y el 15.2% a mujeres, estableciéndose una relación hombre-mujer de 6:1, sin embargo, al interior del país se observan entidades federativas con relaciones que van de 3:1 como Puebla, Tlaxcala y Morelos otras con razones de 9:1 como Nuevo León y el Distrito Federal que muestran la heterogeneidad en la forma de transmisión del SIDA a lo largo del territorio nacional, ya que en algunas entidades es predominante la infección por transmisión homo/bisexual y en otras heterosexual.

La población más afectada por el SIDA es la que se encuentra en edad productiva en ambos sexos (79.1% de los casos corresponde al grupo de 15-44 años), por lo que las repercusiones son graves en el bienestar económico de miles de familias. El 2.4% de los casos corresponden a menores de 15 años.

Respecto a los casos de SIDA registrados por año de notificación y diagnóstico se puede observar que en 1983, se notificaron 6 casos de SIDA y se diagnosticaron 62; casi 20 años después el número de casos notificados se incrementó a 16,231 y el de diagnosticados a 1,574; en general en este período se han notificado y diagnosticado 68,145 como lo muestra la Tabla 3.

Cabe mencionar que las cifras del 2002 se incrementan notablemente, en virtud de la incorporación de una cantidad importante de casos de SIDA, como resultado del Programa de Corrección del Subregistro.

TABLA 3
CASOS DE SIDA REGISTRADOS POR AÑO DE NOTIFICACIÓN Y POR AÑO DE DIAGNÓSTICO

AÑO	NOTIFICADOS EN EL AÑO	DIAGNOSTICADOS EN EL AÑO
1983	6	62
1984	6	200
1985	29	367
1986	246	720
1987	518	1,599
1988	905	2,224
1989	1,605	2,875
1990	2,587	3,719
1991	3,155	3,904
1992	3,210	4,318
1993	5,058	4,306
1994	4,111	4,577
1995	4,310	4,934
1996	4,216	5,311
1997	3,670	5,827
1998	4,758	5,965
1999	4,372	6,998
2000	4,855	5,650
2001	4,297	3,015
2002	16,231	1,574
1983-2000	68,145	68,145

Fuente. DGE. Notificación Inmediata de casos de SIDA.
Página Internet CONASIDA, 2004.

Durante el periodo 1988-2001 ocurrieron alrededor de 44 mil defunciones a causa del SIDA. En 1998, ocupaba el lugar número 16 como causa de muerte

a nivel nacional, con una tasa de 4.2 por cada 100 mil habitantes, siendo los jóvenes entre los 25 y 34 años la población más afectada, en este grupo, la tasa de mortalidad en varones pasó de 3.2 defunciones por cada 100 mil habitantes en 1988 a 17.2 en 1998, por lo que a partir de 1989, el SIDA se situó dentro de las primeras 10 causas de muerte en varones de 25-34 años y en 1998 llegó a ocupar la cuarta causa de muerte a nivel nacional.

La Tabla 4, muestra que el VIH/SIDA ha afectado principalmente a la población en edad reproductiva (15 a 44 años) de los cuales el sexo masculino tiene una proporción de 80.8 mientras que en las mujeres es de 83.8 hasta el año 2000.

Como se observa, las mujeres ocupan el primer lugar, siendo que en años anteriores se encontraban por debajo del índice de los hombres, lo cual resulta alarmante ya que las mujeres son un grupo vulnerable a la infección y la proporción podría incrementarse como en el caso de África Subsahariana.

TABLA 4
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS CASOS DE SIDA DIAGNOSTICADOS
EN EL AÑO SEGÚN SEXO Y GRUPOS DE EDAD

GRUPOS DE EDAD	EN EL TRIMESTRE			EN EL AÑO		
	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
Menores de 15 años	1.6	1.4	1.5	0.9	2.3	1.1
De 15 a 44 años	80.8	83.8	81.4	80.6	80.2	80.6
De 45 y más años	17.6	14.8	17.1	18.5	17.5	18.3
Edad ignorada	0	0	0	0	0	0
Total	100	100	100	100	100	100

Fuente. DGE. Notificación Inmediata de casos de SIDA.
Página Internet CONASIDA, 2004.

TABLA 5
CASOS DE SIDA DIAGNOSTICADOS
EN EL AÑO SEGÚN LA ENTIDAD

ENTIDAD FEDERATIVA	EN EL TRIMESTRE EN EL AÑO	ACUMULADOS
Aguascalientes	11	21
Baja California	67	94
Baja California Sur	13	21
Campeche	33	33
Coahuila	10	40
Colima	3	3
Chiapas	16	17
Chihuahua	6	47
Distrito Federal	104	104
Durango	18	37
Guanajuato	21	65
Herrero	7	26
Hidalgo	12	28
Jalisco	87	90
México	38	62
Michoacán	17	56
Morelos	29	97
Nayarit	13	26
Nuevo León	29	53
Oaxaca	75	151
Puebla	57	119
Querétaro	7	18
Quintana Roo	1	6
San Luis Potosí	8	13
Sinaloa	33	38
Sonora	19	28
Tabasco	14	26
Tamaulipas	3	24
Tlaxcala	63	154
Veracruz	12	35
Yucatán	2	6
Zacatecas	2	4
Se desconoce	4	4
Total*	835	1567

* No se incluyen los casos de extranjeros en el tránsito en México.

Fuente. DGE. Notificación Inmediata de casos de SIDA.

Página Internet CONASIDA, 2004.

En casos acumulados, las entidades federativas con mayores tasas de SIDA son el Distrito Federal, Oaxaca, Puebla y Tlaxcala, en tanto que las de menores tasas acumuladas son Colima, Quintana Roo, Yucatán y Zacatecas. Según el Registro Nacional de Casos de SIDA, actualmente se encuentran vivos el 44.3% de los casos de SIDA; aproximadamente uno de cada dos casos se concentran en la Secretaría de Salud (51.3%), y una tercera parte en el Instituto Mexicano del Seguro Social (34.0%).

El promedio nacional de muertes por SIDA mantiene aproximadamente una relación de seis varones por una mujer que fallece, aunque en Distrito Federal la relación es de cuatro a uno.

La tasa de mortalidad por SIDA en 1988 en hombres jóvenes paso de 3.2 defunciones por cada 100 mil habitantes a 17.2 en 1998 a nivel nacional. En el caso de las mujeres paso de 0.4 muertes por cada 100 mil habitantes a 2.8 por cada 100 mil. A partir de 1998 el SIDA se ubicó como la séptima causa de muerte entre mujeres de 25 a 35 años y como la cuarta causa de muerte entre los hombres jóvenes.

En el año 2001, las entidades federativas más afectadas por mortalidad de SIDA fueron Baja California, Veracruz, Distrito Federal y Quintana Roo, mientras que Zacatecas, Durango y Querétaro presentaron tasas menores por esta causa (Ver Tabla 6).

Hasta el año 2000, la transmisión sexual ha sido la causante del 86.7% de los casos acumulados de SIDA en México, de los cuales 61.8% corresponden a hombres que tienen sexo con hombres y el 38.2% a heterosexuales. El 10.7% se originó por vía sanguínea, de los cuales 72.5% corresponden a transfusiones de sangre, 8.3% están asociados al consumo de drogas intravenosas, 11.1% a donadores, 7.9% a hemofílicos, y menos del 1% a la categoría exposición ocupacional. La transmisión perinatal representaba el 2.0% del total de casos; la categoría combinada de hombres que tiene sexo con otros hombres y usuarios de drogas intravenosas el 0.6% (CONASIDA, 2001).

TABLA 6
MORTALIDAD POR SIDA SEGÚN
ENTIDAD FEDERATIVA 2001

ENTIDAD FEDERATIVA	DEFUNCIONES POR SIDA	
	NUMERO	TASA
Aguascalientes	31	3.2
Baja California	203	7.7
Baja California Sur	20	4.4
Campeche	31	4.3
Coahuila	58	2.4
Colima	27	4.8
Chiapas	164	3.9
Chihuahua	139	4.4
Distrito Federal	609	6.9
Durango	28	1.8
Guanajuato	111	2.3
Guerrero	168	5.2
Hidalgo	51	2.2
Jalisco	341	5.2
México	435	3.2
Michoacán	94	2.3
Morelos	84	5.1
Nayarit	49	5.1
Nuevo León	161	4
Oaxaca	141	3.9
Puebla	194	3.7
Querétaro	28	1.9
Quintana Roo	65	6.9
San Luis Potosí	50	2.1
Sinaloa	81	3
Sonora	59	2.5
Tabasco	105	5.3
Tamaulipas	105	3.6
Tlaxcala	26	2.6
Veracruz	554	7.7
Yucatán	92	5.4
Zacatecas	15	1.1
Nacional	4,319	4.2

Fuente. DGE. Registro Nacional de Casos de SIDA.

Datos al 1° de Noviembre de 2003.

Página Internet CONASIDA, 2004.

De acuerdo con estos resultados la tendencia por factor de riesgo en adultos, indica un importante descenso en la transmisión sanguínea, que representó el 16.7% de los casos acumulados en 1990 y descendió a 11.2% de los casos acumulados en 1994, en tanto que hasta el mes de Junio del 2001 la cifra era de cero.

La razón hombre mujer se incrementa 8:1, cuando se analizan únicamente los casos acumulados por transmisión sexual (hombres 88.7% y mujeres 11.3%).

En cuanto a la transmisión sanguínea el 72% de los casos acumulados corresponden a transfusión sanguínea, 11% están asociados a donadores, 8.4% al consumo de drogas inyectables, este porcentaje también se observa en el grupo de personas con hemofilia y 0.2% a la categoría exposición ocupacional.

Dado que en México existen disposiciones legales desde 1986 donde se prohíbe la comercialización de sangre, se obliga al análisis de toda la sangre transfundida y se realizan actividades educativas dirigidas a los donadores para evitar que personas con prácticas de riesgo donen sangre, por lo que los casos nuevos de SIDA registrados por transfusión sanguínea o hemoderivados, según fecha de notificación, presentan una notable reducción durante el período 1990-2000, al pasar de 14.57% a 0.09%, asimismo, los casos de SIDA por transfusión sanguínea y hemoderivados, según fecha de diagnóstico comenzaron a disminuir a partir de 1998, hasta desaparecer en 1999 y el año 2000 los casos relacionados con esta forma de transmisión

Desde el inicio del Programa de Sangre Segura en México, se estima que se han evitado más de 3 mil 700 casos de SIDA asociados a transfusión sanguínea y hemoderivados.

Por otro lado, en México, la transmisión perinatal constituye la principal vía de contagio del VIH/SIDA en menores de 15 años, ya que siete de cada diez casos se deben a esta forma de contagio (72%). La transmisión sanguínea se relaciona con uno de cada cuatro casos pediátricos (24.8%) y los casos

asociados a la transmisión sexual ascienden a 3.2%. Cabe destacar que se desconoce la vía de transmisión en poco más de una tercera parte del total de casos pediátricos (37.3%) y según el Registro Nacional de Casos de SIDA, actualmente se encuentran vivos el 49% de los casos de menores de 15 años, y el resto ya fallecieron.

En la actualidad, México cuenta con una política nacional de tratamiento gratuito, el cual intenta cubrir al 100% de las mujeres embarazadas y los menores de 18 años. De igual manera se ha conseguido mantener en un nivel bajo la prevalencia de infección por VIH en mujeres embarazadas (0.09%) ya que en el año 2003 se presentaron sólo 13 casos diagnosticados por transmisión perinatal.

TABLA 7
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS CASOS DE
SIDA DIAGNOSTICADOS EN EL AÑO
SEGÚN FACTOR DE RIESGO

CATEGORÍA	EN EL TRIMESTRE EN EL AÑO	ACUMULADOS
SEXUAL	82.3	88.8
Homo y bisexual	32.7	36.3
Heterosexual	49.6	52.5
SANGUÍNEA	0.5	0.3
Transfusión Sanguínea	0	0
Hemofílico	0.4	0.2
Donador	0	0
Drogas intravenosas	0.1	0.1
EXP. OCUPACIONAL	0	0
PERINATAL	0.8	0.6
DESCONOCIDO	16.4	10.3
TOTAL	100	100

* Por fecha de diagnóstico.

FUENTE: DGE. Notificación inmediata de Casos de SIDA.

Página Internet CONASIDA, 2004.

La transmisión sexual ha sido la causante de casi el 90% de los casos acumulados de SIDA en México; lo que anteriormente se consideraba como un país cuya epidemia se concentraba fundamentalmente en grupos de hombres

homosexuales, con un peso superior al 50% en el total de los casos acumulados, hoy, al clasificar los casos según el año de diagnóstico, se observa que el grupo de hombres que mantienen relaciones con otros hombres, muestra una tendencia a la baja, en tanto que la proporción de transmisión heterosexual muestra un aumento de manera importante como se muestra en la Tabla 7 y que demuestra que no sólo los grupos de homosexuales resultan ser los afectados por la epidemia como erróneamente consideran algunas personas.

Desde el año 1985 se inició la vigilancia epidemiológica del VIH a través de las encuestas centinela en grupos específicos de la población con el propósito de ir monitoreando la epidemia e identificar las prácticas de riesgo por las cuales las personas son infectadas. Los resultados en forma global son los siguientes: los hombres han registrado mayor predominio que las mujeres. En los varones el grupo más afectado son los homosexuales con el 15%; en segundo lugar, los hombres que ejercen el comercio sexual con otros hombres con un 12.2%; en tercer sitio los usuarios de drogas intravenosas con el 6%, seguidos de los pacientes con tuberculosis con el 2.1% y por último el grupo de reclusos que cuenta con el 1.6%.

En las mujeres, el grupo más afectado son las reclusas con el 1.4%, en segundo sitio, las enfermas de tuberculosis con el 0.6%, en tercer lugar las trabajadoras sexuales con el 0.35% y, por último, las embarazadas con el 0.09%.

Respecto a la razón hombre-mujer según fecha de diagnóstico, a lo largo de la epidemia se ha reducido de 11:1 al inicio de la década de los noventa a únicamente 6:1 al finalizar la misma; donde el 85.7% de los casos acumulados de SIDA corresponden a hombres y el 14.3% a mujeres, razón que se incrementa de 9:1 cuando se analizan únicamente los casos acumulados por transmisión sexual (hombres 90.3% y mujeres 9.7%), asimismo al interior del país se observan entidades federativas con relaciones que van de 3:1 (Puebla, Tlaxcala y Morelos), hasta otras con razones de 12:1 (Nuevo León) (CONASIDA, 2001).

Como se puede observar la población más vulnerable a la epidemia son las mujeres, las cuales dada su condición psicosociocultural, se están infectando en gran medida como lo muestran las siguientes estadísticas de 1999 en la Tabla 8.

TABLA 8
MUJERES CON VIH/SIDA

MUJERES CON VIH/SIDA	
Casos acumulados	5,412 (16.4%*)
Por vía sexual	2,008 (37.1%**)
Por transmisión sanguínea	1,479 (27.1%**)
No documentadas	1,678 (31.0%**)
Amas de casa	2,871 (62.9**)

Registro epidemiológico de la Secretaría de salud, cifras hasta el 4 de enero de 1999.

* Porcentaje de los 38,390 casos acumulados, incluyendo hombres.

** Del total de las mujeres.

FUENTE: Letra S.

De acuerdo con los resultados anteriores, resulta importante revisar cada uno de los estudios epidemiológicos, con el objetivo de obtener información acerca del tipo de poblaciones más afectadas y así poder realizar un estudio donde siempre se tenga presente que la transmisión del VIH no es un fenómeno que se produce al azar, ya que su difusión se encuentra ampliamente influida por el entorno social, cultural, económico y político.

1.5. ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL VIH/SIDA

El impacto que el VIH/SIDA tiene sobre la población mundial y sobre las mujeres en particular, dadas sus desventajas económicas, sociales, culturales, etc., es muy marcado por lo que resulta importante su análisis.

Las enfermedades que por su incidencia alcanzaron niveles epidémicos han provocado reacciones de rechazo dentro de las poblaciones de todos los tiempos.

El VIH/SIDA es una de las enfermedades más difíciles y complejas que haya enfrentado el hombre a lo largo de su historia, porque si bien hablar de VIH/SIDA es hablar de un virus, linfocitos, infecciones oportunistas y cáncer, también es hablar de sexualidad, drogas, prejuicios, discriminación, temor al contagio, estigma, persecución, ignorancia y aislamiento.

En los países tercermundistas, la epidemia está teniendo repercusiones muy graves en los hogares y comunidades, ya que su impacto en la mortalidad en adultos alcanza su nivel máximo entre los 20 y 30 años; en este tipo de países, las tasas de mortalidad de las personas de 15 a 49 años que viven con VIH son actualmente 20 veces mayor que las de las personas con VIH en países industrializados, lo cual guarda una estrecha relación con las diferencias que existen en el acceso a la terapia antirretrovírica (ONUSIDA, 2004).

A nivel mundial, la infección continua operando como instrumento devastador para los individuos y las familias. En algunos de los países más afectados está deteriorando décadas de progreso económico, social, sanitario y psicológico, a tal grado que ha reducido la esperanza de vida en más de dos decenios, ha frenado el crecimiento económico, agudizado la pobreza, y, favorecido y exacerbado la escasez crítica de alimentos.

Como el VIH/SIDA afecta principalmente a la población económicamente activa, los hogares se ven sumamente afectados porque el SIDA generalmente causa la pérdida de ingresos y producción del miembro de la familia que es el sostén económico, además, la infección crea necesidades asistenciales extraordinarias que deben cubrirse, lo cual significa que los miembros de la familia más pequeños tendrán que abandonar la escuela para sostener los gastos familiares a consecuencia de los costos médicos y de funerales. Los hogares pobres corren de esta manera el riesgo de perder su viabilidad económica y social, que en último de los casos, conllevaría a su disolución.

Por otro lado, el impacto de la epidemia sobre las mujeres es más grave, ya que son ellas las que habitualmente soportan esta pesada carga de las

consecuencias de esta enfermedad porque son las cuidadoras y protectoras de la vida familiar.

“A medida que la epidemia se agudiza cada vez más, la carga de trabajo no remunerado de las mujeres aumenta de forma abrumadora. Se estima que, en África Subsahariana, el 90% de los cuidados relacionados con el SIDA tiene lugar en los hogares, lo que supone una presión extraordinaria sobre las mujeres que deben cuidar a los hijos y obtener algunos ingresos o mantener cultivos de subsistencia” (Ogden y Esim, 2003 cit. en ONUSIDA, 2004, p.45).

El VIH/SIDA es incurable hasta este momento, sus complicaciones progresivas y mortales, provocan temor en la humanidad, sin embargo, lo más grave es la falta de información que se tiene acerca de este virus y a que al enfrentarse con algo que no ofrece ninguna solución curativa pone en juego factores principalmente de tipo emocional, que se encuentran estrechamente relacionados con los procesos evolutivos de la inmunodeficiencia del paciente.

Desgraciadamente, el SIDA ha desencadenado diferentes reacciones en las personas que han oído acerca de él, reacciones que van desde el miedo exagerado hasta la indiferencia total, originando de esta manera mitos que provocan graves confusiones en la población.

Algunas de las reacciones más comunes que experimentan las personas ante el VIH/SIDA son: el miedo a pedir información, ya que muchas personas no se atreven a preguntar abiertamente o buscar información porque temen que los otros los etiqueten como seropositivos, homosexuales, prostitutas, drogadictos o que ya tienen el síndrome; otras personas que por algún medio han adquirido conocimientos sobre el SIDA temen difundirlos entre sus amigos, familiares o compañeros por miedo a ser incluidos en alguno de los grupos catalogados como “inmorales” o simplemente marginados; existe el temor a decir “no” a las relaciones sexuales por miedo al contagio, ya que el VIH/SIDA, no sólo ha afectado a quienes lo padecen y a sus allegados, sino a todos aquellos que han escuchado acerca de él porque sienten alterada la expresión de su sexualidad al tener que protegerse y proteger a su (s) pareja (s).

Por otro lado, hay quienes se sienten muy seguros de la fidelidad de su pareja y/o en su capacidad intuitiva para detectar la salud física de su compañero ocasional o permanente, lo cual los lleva a interpretar como agresivo el que la pareja les proponga prácticas de sexo protegido como el uso del condón. También es común que la gente se deje llevar por las apariencias y rechace todos aquellos que por su ideología, estilo de vida, forma de vestir, voz, etc. no encajan en los estereotipos hombre / masculino, mujer / femenina o mujer/hombre decente, por lo que se cataloga a quienes parecen ser homosexuales, prostitutas, y/o drogadictos como seguros portadores del VIH.

El VIH/SIDA es una enfermedad que confronta a la sociedad con aspectos de la vida y por los que al mismo tiempo ha luchado y negado: la enfermedad, la muerte y la sexualidad, razón por la cual esta epidemia ha consentido que la sociedad aliente uno de sus más arraigados vicios: la discriminación. Entonces ésta constituye una doble enfermedad, una biológica y otra social.

Esta epidemia ha dejado al descubierto la vulnerabilidad de la condición humana por la relación que tiene la infección con la sexualidad, la sangre, las drogas ilegales y la muerte; el VIH/SIDA evoca temores y profundas inhibiciones en el ser humano, además de reacciones mezquinas e irracionales, porque la identificación del virus y sus formas de transmisión, aún siendo científicamente demostradas, no son suficientes para disipar completamente la sensación del misterio y el temor de las personas.

Por su asociación con determinadas prácticas sexuales y su prolongado período de incubación, el VIH/SIDA ha modificado el ejercicio de la sexualidad, el amor y las relaciones humanas, suscitando gran cantidad de debates al respecto. La epidemia ha despertado en la sociedad la conciencia de que existen prácticas sexuales diferentes a aquellas para las cuales fue educada, produciendo en algunos una actitud abierta de comprensión y/o tolerancia y en otros aumentando la aversión hacia quienes viven su sexualidad fuera de las normas socialmente aceptadas.

La discriminación hacia las personas que viven con VIH/SIDA o quienes tienen prácticas de riesgo surgió debido a que los primeros casos se presentaron en grupos marginados. El miedo, la desinformación y los prejuicios generaron propuestas discriminatorias entre las que sobresale la idea (que se llevó a cabo en algunos lugares) de formar sidarios, es decir, locales aislados en los que se recluyeron a personas con SIDA para que no tuvieran contacto con los demás; esta marginación es una manera antigua de abordar un problema de salud, el mismo utilizado años atrás para combatir la lepra, “aislándolos y rechazándolos”.

Otro vínculo de discriminación en los enfermos de SIDA es el racismo, ya que se relacionó a la enfermedad con los africanos, cuyo continente fue durante algún tiempo objeto de la aplicación masiva de pruebas de detección, ya que la sociedad en tiempos del SIDA ha pasado por un proceso en el que ha sido notoria la búsqueda de los “culpables” del origen y transmisión del VIH y que se refleja en una serie de mitos que se han vuelto cotidianos en relación al origen, transmisión y prevención del virus, así como en la discriminación hacia las personas que viven con esta enfermedad.

Por otro lado, el estigma relativo al VIH/SIDA como una reacción socialmente interpretada a una enfermedad mortal es otro gran problema que ha predominado con mayor fuerza en grupos que ya eran estigmatizados, como los homosexuales, los drogadictos y las prostitutas.

La gente infectada por el VIH suele ser vista como creadora de riesgos para otros, además se les suele culpar de haber producido su estado mediante alguna conducta arriesgada.

Si bien la historia natural del VIH/SIDA ha sido profundamente estudiada, la historia social de la epidemia no ha sido abordada con la misma intensidad. Desde 1981 la descripción de los primeros casos de VIH/SIDA alertó a la comunidad mundial sobre la aparición de una nueva epidemia, descrita como una enfermedad sexualmente transmisible de curso severo y circunscrita a ciertos grupos poblacionales.

En 1985 el descubrimiento de las pruebas serológicas y su aplicación a poblaciones asintomáticas hicieron evidente la existencia de una segunda epidemia, pero esta de índole social, la cual comprende tanto aspectos sociales como psicológicos.

En el área social se presentan tres fenómenos: el primero corresponde a la desintegración de estructuras sociales alrededor del infectado; parejas, familias, vecindarios, grupos o comunidades pueden desmoronarse al paso de la epidemia y esta desintegración de los diferentes grupos puede ser tanto funcional como estructural porque ocurre como consecuencia de la pérdida, muerte o enfermedad de las personas que ejercían sobre el grupo una influencia integradora de carácter económico, afectivo o normativo. Esta desintegración puede corresponder a las reacciones disfuncionales y los conflictos que surgen en su interior frente a la posibilidad o evidencia de que uno de sus integrantes esté infectado o en riesgo de estarlo.

El segundo fenómeno corresponde a la discriminación de los grupos e individuos considerados por otros grupos (infectados o no) como de "alto riesgo", en lugar de constituir una alternativa que rompa la cadena de transmisión; las medidas discriminatorias imponen sufrimientos innecesarios a los afectados y a grupos de individuos seronegativos porque los obligan a refugiarse en su subcultura, donde se hacen menos accesibles al alcance de los servicios preventivos.

Y por último, una crisis en las estructuras ideológicas que han modificado sus posiciones y contenidos presionadas por el avance del VIH/SIDA; estas crisis se caracterizan por profundas reformulaciones sobre el significado y la práctica de aspectos como la sexualidad, la calidad de vida, la ética, la moral, los derechos humanos, las condiciones de trabajo, la educación, la asistencia médica, la enfermedad, la familia y el papel del Estado frente a la salud.

Diversos factores determinan que una enfermedad genere prejuicios; en el caso del VIH/SIDA, primero, es que se trata de padecimiento relacionado con la sexualidad; segundo, que es una enfermedad a la que se asocia con una vida

sexual desordenada o a una conducta desacreditada como la prostitución o la sexualidad fuera del matrimonio; tercero, existe una tendencia cultural a ver con cierto rechazo los líquidos corporales y considerarlos contaminantes como la sangre, sudor, semen y fluidos vaginales.

Los fenómenos psicosociales son, sin duda, los efectos más visibles que ha dejado el VIH/SIDA, algunos de ellos como el prejuicio, la estigmatización, el pánico y el hostigamiento no sólo son condenables sino que deben ser evitados a toda costa; sin embargo, la movilización social que se ha generado en torno a dicha enfermedad en apoyo al enfermo y a sus familiares, en el establecimiento de grupos de información, en defensa de los derechos humanos de los pacientes, en demanda de servicios de salud en general, etc., ha demostrado que existen auténticos lazos de solidaridad entre los miembros de la sociedad civil que luchan, por una parte para frenar a la epidemia y por otra, para recuperar la dignidad de los enfermos.

Otro aspecto importante es el referente a lo psicológico, el cual se manifiesta en el VIH/SIDA con depresión, culpa, agresividad, represión de la sexualidad y sentimientos de abandono que afectan los contactos sociales, familiares y sexuales de infectados y enfermos, así como el miedo irracional y disfuncional experimentado por la población en general con relación al VIH/SIDA.

Las reacciones del paciente frente al diagnóstico de infección por el VIH/SIDA están determinadas por una serie de variables personales desarrolladas a lo largo de la vida, como la edad, el sexo, la personalidad, la religión, las habilidades, los antecedentes culturales, la salud mental, el estilo de vida, la inteligencia, la autoestima así como aspectos sociales como la familia, las relaciones interpersonales, las habilidades de comunicación y aspectos relacionados directamente con la enfermedad, como el tipo de medicamentos que recibe, la presencia de complicaciones clínicas, el tipo de seguridad social, la calidad de la asistencia, el deterioro físico y psicológico y el tiempo de sobrevida.

Al momento de conocer su diagnóstico, el individuo pasa por diferentes estadios de aceptación como: crisis inicial, período de transición, de adaptación y preparación para la muerte.

Los pacientes infectados de VIH presentan diversos aspectos ubicados en el marco de lo social, los cuales desencadenan reacciones psicológicas en torno a la ansiedad y a la depresión, además del marco individual, donde se da a un nivel puramente psicológico, partiendo del hecho de que la respuesta humana está determinada por factores internos y externos que conforman la personalidad, en la que se presentan diversos tipos de reacciones.

Por otro lado, entendiendo por identidad el concepto o representación mental que un individuo tiene de sí mismo (esto es, su cuerpo y su mente), las experiencias en el ambiente en el que se desenvuelve, diversos factores que se extienden más allá del propio individuo, como los sociales, históricos, culturales, familiares, etc., que se mantienen a través del tiempo; el impacto que tiene el VIH en ésta es muy marcado.

Basta que a una persona se le informe que se encuentra infectada por el VIH, que tiene el SIDA o cualquier otra enfermedad mortal, para que el edificio de la identidad, construido afanosamente durante años, sufra cambios ya que la posibilidad de desarrollar el SIDA o la posibilidad de la muerte, nos hace forzosamente ser "otros".

La manera en que se realicen los ajustes para enfrentar esta nueva situación, dependerá de la historia personal de cada individuo, de su estabilidad emocional, de la postura que asuma el afectado, de la actitud y conducta de sus familiares y amigos, así como del personal médico. Por lo tanto, es fundamental para los infectados que la sociedad los apoye y cambie su actitud tanto hacia ellos como hacia la enfermedad.

El SIDA y el descubrimiento del VIH hacen necesario un cambio en las modalidades de las relaciones interpersonales y por tanto en la identidad social del ser humano; todos necesitamos, en cierto sentido, modificar nuestra actitud

(aunque no estemos infectados con el VIH), para poder adaptarnos al desafío implícito de la terrible epidemia.

Otro aspecto que se ve afectado por la epidemia, es la sexualidad, la cual no sólo está en los órganos genitales, ya que reducir la sexualidad a la genitalidad, la empobrece, por lo tanto se propone partir de una idea más amplia: vivir la sexualidad como expresión de la fuerza de la vida, cuyas formas de manifestación cotidiana son muy diversas y en este sentido podemos decir que caminar, respirar, trabajar, comer, son actos cargados de fuerza erótica, por lo que la genitalidad es una de tantas formas en que podemos expresar la sexualidad.

Aunque a veces el enfermo pierde el interés por las relaciones sexuales, padecer VIH/SIDA no implica abandonar la vida sexual activa, sin embargo, es necesario un cambio en las prácticas sexuales para evitar la transmisión de virus a la pareja.

Como se menciona anteriormente, la sexualidad no se limita a las relaciones genitales o sexuales donde exista penetración por la vagina, ano o boca; existen otras formas de expresar la sexualidad que resultan ser una invitación al amor, a la comunicación y a un mejor entendimiento de la sexualidad con todo el cuerpo, como son las caricias, los abrazos, besos, etc.

Al respecto, es importante recordar que el VIH/SIDA es una enfermedad transmitida primordialmente por contacto sexual, por lo que surge la necesidad de evitar el contacto con secreciones sexuales o sangre infectadas durante las relaciones sexuales, asimismo, conviene que la pareja del enfermo este informada sobre el diagnóstico y lo que eso significa. En estos casos es recomendable que también se haga la prueba de detección para tomar decisiones sobre su vida sexual y la manera más segura de vivirla.

Como se ha venido mostrando, la epidemia del VIH/SIDA ha ido acompañada por otra epidemia la del: miedo, la estigmatización y la discriminación que ha significado un nuevo reto para los que trabajan en salud

pública, porque el impacto que produce la epidemia psicosocial es devastador para las personas a nivel mundial, y si a esto se le añade la falta de poder en la toma de decisiones en la pareja y la subordinación social como a la que se somete a las mujeres, la situación se complica mucho más, por lo tanto, reducir el estigma y la discriminación es un requisito indisoluble de la prestación de ayuda a las personas infectadas por el VIH, y en especial, a las más vulnerables: las mujeres amas de casa.

1.6. DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS INFECTADAS DE VIH/SIDA

Como se mencionó anteriormente, a la par de la epidemia del VIH/SIDA existe el miedo, la estigmatización y la discriminación que hace necesaria la protección de los infectados, porque la enfermedad afecta, en mayor medida, a las poblaciones donde los derechos humanos se encuentran menos protegidos, en particular entre las personas y comunidades que son más vulnerables a nivel social entre las que se encuentra la población femenina.

Las reacciones negativas ante el VIH/SIDA no son exclusivas en la historia de las enfermedades, porque cabe recordar que la respuesta de los seres humanos a las grandes epidemias ha sido reprochable en toda la historia de la humanidad y se han caracterizado por tratar de encontrar culpables y "chivos expiatorios".

La Secretaría de Salud en México coincide con la posición de la OMS en relación con los derechos humanos y el SIDA, la cual consiste en oponerse firmemente a la obligatoriedad de pruebas masivas de detección del VIH, a la discriminación y a la negación de empleo, servicios de salud o educación de las personas seropositivas. La postura es clara: una persona infectada con el VIH/SIDA debe ser tratada como cualquier otro individuo.

A partir de la segunda mitad del siglo pasado, la comunidad internacional articuló, a través de la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948, la iniciativa para respetar y proteger los derechos inalienables de los seres humanos. El concepto de derechos humanos se ha ido perfeccionando en

la medida en que las sociedades maduran en sus compromisos políticos, sociales, económicos y culturales que construyen una estructura ético-jurídica con principios fundamentales de justicia, libertad, igualdad y dignidad personal, cuya complejidad y múltiples significados permea todas las actividades inherentes al hombre.

Los derechos humanos nos pertenecen desde el momento de nacer tanto a hombres como a mujeres, y las personas infectadas con el VIH/SIDA no pierden ninguno de ellos por haber contraído la infección, además vista ésta como una amenaza a la salud pública, es responsabilidad de todos (sociedad en general y Estado) evitar su propagación.

La clasificación más conocida y usada para los derechos humanos es la de su origen histórico, que los ubica por generaciones. Los derechos de la primera generación (1948) son los políticos y civiles como la libertad, la seguridad, la igualdad, etc., los de la segunda generación (1976) comprenden derechos de tipo económico, social y cultural como la seguridad social y laboral, la salud, la educación, la vivienda, etc. y los de la tercera generación, aún en formación, están constituidos por aquellos llamados "derechos de solidaridad", que corresponden a la creación de condiciones que permitan la vigencia efectiva de los derechos de las dos generaciones anteriores, derechos al desarrollo, a la paz, a la información y a la libre determinación de los pueblos, entre otros. El SIDA por ser una enfermedad con repercusiones sociales de tal magnitud y complejidad, ha reportado violaciones relacionadas con todos los derechos de la primera, segunda y tercera generaciones.

La discriminación es una violación de los derechos humanos que con frecuencia conduce a diversas formas de abuso contra las personas víctimas de ella como las que viven con VIH o tienen SIDA, e incluso contra sus parejas, familiares o amigos.

Sin duda, uno de los grandes temas a discutir y uno de los vacíos legislativos que existen, es precisamente el de las sanciones a las que se deberían hacer acreedores quienes cometen actos discriminatorios ya que el

SIDA ha puesto a prueba el respeto de los derechos humanos en la práctica y en muchos países, incluyendo a México, una cosa son las leyes y las buenas intenciones y otra muy distinta su aplicación. Además la epidemia es un problema global, por lo que cada vez se hará más urgente que la legislación internacional de derechos humanos así lo aborde.

El punto fundamental es el de comprender no sólo la trascendencia que tiene vigilar el respeto de los derechos humanos como fin en si mismo, sino como medio para lograr el control de la epidemia. Para el caso concreto del SIDA, el respeto a estos derechos y a la dignidad de los afectados no es un lujo; es una absoluta e impostergable necesidad, una necesidad para el control de la epidemia porque si se continúan marcando como un grupo aparte a las personas con VIH/SIDA, entonces, continuará la discriminación, donde las mismas personas por miedo a ser señaladas se excluirán de los servicios y de la interacción con la sociedad.

Por otro lado, un aspecto que cabe resaltar, es que aunque el SIDA es un problema de atribución al sector salud, en la medida que se manifiesta como una problemática social diversa, que se agrava por problemas de subdesarrollo, desempleo, pobreza y analfabetismo, se constituye entonces como un problema que requiere de la intervención de un conjunto de instituciones responsables de la política social del Estado.

En México, existen numerosas denuncias de violaciones contra los derechos humanos de quienes viven con el VIH/SIDA, entre los que destacan: la negativa a otorgarles educación, vivienda, servicios funerarios, realización de exámenes de detección sin contar con el consentimiento del interesado, pretensión de aislarlos en albergues especiales, despido de los trabajadores infectados, así como rechazo de sus solicitudes de empleo, mala atención por parte de algunos profesionales de la salud, en ocasiones negativa de éstos a atender al enfermo, así como la divulgación indiscriminada de los resultados positivos de la prueba de detección del VIH, llegándose a extremos como la extorsión de la persona afectada, bajo la amenaza de hacer público su estado de salud.

El Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CENSIDA) ha desarrollado programas de promoción del respeto a los derechos humanos y de prevención de la discriminación, así como de atención directa a las víctimas de esta como una estrategia más para el control de la epidemia. Para ello, desde 1992 cuenta con un Departamento de Orientación Social y Derechos Humanos, en el cual se reciben demandas sociales y quejas por discriminación de las personas que viven con VIH/SIDA; estas demandas sumaron un total de 484 en 1992, mil 54 en 1993 y 844 en 1994. Aunque en apariencia se ha presentado una reducción en el número de denuncias, esto puede obedecer a diversos factores como:

- La mala interpretación en el número de demandas, ya que si se relacionan el número de casos notificados de SIDA con las demandas recibidas, se observa que las demandas por violación de derechos humanos han aumentado entre 1992 (15%) y 1994 (25%). De esta manera, el número absoluto de denuncias recibidas en 1994 fue menor que en 1993; pero en 1994 el número total de casos de SIDA notificados también fue menor que en 1993.
- En los años iniciales se atendió la demanda acumulada durante varios años.
- La activa intervención de los trabajadores sociales de los centros de información de CENSIDA.
- Actualmente existen otras instancias como la Comisión Nacional de Derechos Humanos, las Comisiones Estatales o algunas organizaciones no gubernamentales que atienden denuncias de violación de los derechos humanos de las personas que viven con VIH/SIDA.

Pese a esto, en el interior del país, y en especial, en sectores de escasos recursos socioeconómicos y culturales, la situación se agrava, ya que las personas desconocen las instituciones a las que pueden acudir en busca de apoyo en caso de que sean violados sus derechos.

Contrario a lo que pudiera pensarse, algunas demandas provienen del sector salud, y a la fecha algunos elementos del personal médico y paramédico no ha modificado su actitud discriminatoria.

Al inicio de la epidemia se señalaba que la poca información sobre los mecanismos de transmisión explicaba esta actitud, pues existía temor al contagio por contacto casual, sin embargo, hoy este argumento ya no tiene cabida.

Lo anterior significa reconocer que siguen jugando un papel relevante la intolerancia y los prejuicios, fundamentalmente hacia quienes adquirieron la infección por vía sexual, particularmente por vía homosexual o por contacto con prostitutas.

La negación de la atención médica, la atención inadecuada y el maltrato, implican que las personas con VIH/SIDA, no puedan depositar su confianza en sus médicos, quienes en ocasiones los "juzgan y condenan".

Al respecto, en un esfuerzo por sentar las bases para normar todo lo relativo a la infección por VIH/SIDA en México, en 1993, se convocó a organismos gubernamentales y ONG's para elaborar la "Norma Oficial Mexicana para la prevención y control de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana". La publicación de la NOM-010-SSA2-1993 apareció en el Diario Oficial de la Federación el 17 de enero de 1995; en ella se hace énfasis en aspectos de la prevención y la atención que afectan directamente los derechos humanos de las personas, asimismo, se establecen algunos puntos para evitar dichas violaciones.

Lo cierto es que es obligación del Estado, garantizar el derecho a la salud, ya que se encuentra estipulado en el **"Artículo 4o. de la Constitución Política, que se refiere esencialmente a la cobertura y acceso de los servicios de salud a todo ciudadano"**, tanto el enfermo hospitalizado como el no hospitalizado.

El Estado debe proporcionar los recursos necesarios a las instituciones de salud, instrumental médico, medicinas y personal capacitado para evitar la propagación de esta y otras enfermedades.

La persona que vive con el virus, o que ya está enferma, antes que nada debe ser tomada en cuenta como un ser humano con los mismos derechos que cualquier ciudadano.

Es indispensable, de esta manera que la sociedad no continúe lesionando los derechos humanos de las personas que viven con VIH/SIDA, con reacciones como: rechazo, despidos, lanzamientos, discriminación, abusos, falta de atención médica, entre otros. Por esta razón se creó la cartilla de Derechos Humanos del VIH/SIDA, aprobada y respaldada por la Comisión Nacional de Derechos Humanos, publicada el 9 de Abril de 1992, con el fin de que las personas que viven con VIH/SIDA recuperen y conserven sus derechos que las leyes consignan por igual para todos los mexicanos y la cual incluye los siguientes 14 puntos de los Derechos Humanos en pro del enfermo de VIH/SIDA:

1. La ley protege a todos los individuos por igual; en consecuencia no deben sufrir discriminación de ningún tipo.
2. Nadie está obligado a someterse a la prueba de detección de anticuerpos de VIH ni a declarar que vive con VIH o que ha desarrollado SIDA. Si de manera voluntaria decide someterse a la prueba de detección de anticuerpos VIH, tiene derecho a que ésta sea realizada en forma anónima y que los resultados de la misma sean conservados con absoluta discreción.
3. En ningún caso se puede ser objeto de detección forzada, aislamiento, segregación social o familiar por vivir con VIH o haber desarrollado SIDA.
4. No podrá restringirse su libre tránsito por el territorio nacional.

5. Si desea contraer matrimonio, no podrá ser obligado a someterse a ninguna de las pruebas de detección de anticuerpos del VIH.
6. Vivir con VIH/SIDA no es impedimento para el ejercicio de la sexualidad, siempre y cuando se tomen las precauciones necesarias.
7. Cuando se solicite empleo, no podrá ser obligado a someterse a ninguna de las pruebas de detección del VIH. Si vive con VIH o ha desarrollado el SIDA, esto no podrá ser motivo para que sea suspendido o despedido de su empleo.
8. No se le puede privar del derecho a superarse mediante la educación formal o informal que se imparta en instituciones educativas públicas o privadas.
9. Tiene derecho a asociarse libremente con otras personas o afiliarse a instituciones que tengan como finalidad la protección de los intereses de quienes viven con VIH o han desarrollado SIDA.
10. Tienen derecho a buscar, recibir y difundir información precisa y documentada sobre los medios de propagación del VIH/SIDA y la forma de protegerse.
11. Si vive con VIH o ha desarrollado SIDA, tiene derecho a recibir información sobre su padecimiento, las consecuencias y los tratamientos a los que puede someterse.
12. Tiene derecho a los servicios de asistencia médica y social que tengan como objetivo mejorar la calidad y tiempo de vida.
13. Tiene derecho a la atención médica digna y su historial médico deberá manejarse en forma confidencial.
14. Tiene derecho a una muerte y servicios funerarios dignos.

Como todos los seres humanos que viven en este país, el paciente tiene derecho a la protección de su salud, para lo cual, las instituciones de salud, deben respetar los siguientes derechos:

- A la vida.
- A la salud.
- A la autonomía.
- A la información.
- A la verdad.
- A la confidencialidad.
- A la libertad.
- A la intimidad.
- A un trato digno y
- A la atención médica.

Más de la mitad de los países afectados por el VIH/SIDA, aún no han adoptado medidas antidiscriminatorias relacionadas con la epidemia y cerca de un tercio de los países no tienen políticas que aseguren el acceso igualitario de las mujeres a los servicios de prevención y atención básicos.

El estigma y las preocupaciones acerca de la discriminación constituyen un obstáculo importante para que las personas soliciten hacerse la prueba del VIH y afectan directamente la probabilidad de adoptar comportamientos protectores, por lo que sin duda, a medida que se van intensificando gradualmente las respuestas científicas al SIDA, necesitan fundamentarse en un ambiente donde se respeten, protejan y cumplan las normas y principios de los derechos humanos. Una medida para lograrlo es mantener informada a la población acerca de la infección, incluyendo los mecanismos de transmisión, que se exponen en el siguiente apartado.

1.7. MECANISMOS DE TRANSMISIÓN

En este apartado se exponen los tres principales medios de transmisión del VIH/SIDA los cuales, frecuentemente, resultan desconocidos para la

población en general. Por esta razón hacen vulnerables a muchas personas, como: las mujeres amas de casa, las cuales se ven expuestas al virus principalmente por la vía sexual.

El VIH, al igual que otros virus, para poder sobrevivir necesita de células vivas y, en este caso, como se mencionó anteriormente se hospeda en los linfocitos, razón por la cual los líquidos y secreciones del cuerpo, que contienen un número elevado de linfocitos T, como la sangre, el semen, el líquido preeyaculatorio, los fluidos vaginales y menstruales así como la leche materna, son ideales para la reproducción del VIH.

En relación a los líquidos y secreciones que concentran al VIH se ha podido identificar la forma de transmisión, de ahí que solamente se conozcan hasta la actualidad tres mecanismos o vías de transmisión para el VIH:

- **Sexual:** Tanto homosexual como heterosexual.
- **Sanguínea:** Transfusiones y hemoderivados, y
- **Perinatal:** Durante el embarazo, el parto ó a través de la leche materna.

1.7.1. Vía Sexual

De los mecanismos de transmisión mencionados, el sexual es, sin duda, el que se asocia a un mayor número de casos y desgraciadamente el que mayores problemas preventivos plantea, porque para prevenirlo se necesitan modificar hábitos y costumbres profundamente arraigadas que se relacionan con lo más íntimo del ser humano: su sexualidad.

Además esta vía de transmisión adquiere gran importancia, porque en toda relación sexual se involucran los órganos sexuales y, aunque, sólo en algunas modalidades no existe la penetración y el contacto entre los líquidos que estos producen o expulsan, es una práctica inseparable de la sexualidad humana.

Cuando las relaciones hetero, bi u homosexuales se realizan sin protección (sin uso del condón) e implican un contacto de fluidos donde se encuentra el

VIH con las mucosas de la vagina, pene, ano, recto e incluso de la cavidad bucal, existe la posibilidad de que estas membranas reciban y absorban el virus de manera que se introduzca en el organismo, especialmente, si existen lesiones durante la relación sexual, por alguna infección o alteración de las mucosas como aquellas escoriaciones en el ano, recto, vagina y cuello del útero, las que se producen en el pene o recto por la penetración del primero en el segundo e incluso las que pudieran existir en la boca o la garganta por alguna infección; sea cual sea la lesión, las cuales constituyen si hubiera contacto de secreción infectada con la membrana, una vía de entrada directa del VIH/SIDA al organismo a través del torrente sanguíneo.

Por otro lado, el riesgo de infección aumenta durante el periodo menstrual, tanto por los cambios hormonales a que está expuesta la mucosa vaginal, como por la mayor accesibilidad al torrente sanguíneo para la mujer; además existe mayor riesgo de transmisión por coito vaginal de hombre infectado a mujer, que viceversa, ya que existe menos riesgo de que la mujer infectada contagie al hombre vía sus fluidos vaginales pues el semen posee una concentración de partículas virales mayor a las secreciones vaginales; por esta razón, entre muchas más de índole social, se dice que las mujeres son mucho más vulnerables a la infección por VIH.

Del mismo modo las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) son otro factor que favorece el riesgo de infección, puesto que propician la formación de úlceras o inflamaciones en los órganos sexuales, facilitando la entrada del virus al cuerpo cuando no existe la protección adecuada.

Refiriéndose a las prácticas que se consideran no riesgosas por que no existe intercambio de fluidos que contengan el virus se encuentran las siguientes:

Algunas prácticas sexuales seguras son:

- Frotar los pechos.
- Besar el cuerpo.

- Frotar los genitales en el cuerpo de la pareja, siempre y cuando la piel no tenga discontinuidades.
- Bañarse juntos.
- Observar como se masturba la pareja.
- Tocar los propios genitales cuando la pareja toca los suyos.
- Masaje, abrazos.
- Frotamiento de cuerpo con cuerpo.
- Compartir fantasías sexuales y realizar en la medida de lo posible aquellas que sean seguras.
- Utilizar juguetes sexuales (sólo para uso propio, si se comparten, desinfectarlo con cloro).
- Voyeurismo.
- Etcétera

Prácticas sexuales de mediano riesgo

Se consideran de mediano riesgo aquellas actividades que no son completamente seguras, es decir que existe la posibilidad de intercambio de fluidos; algunas son:

- Sexo oral (fellatio, coito boca-pene, cunilingus, coito boca-genitales femeninos). Las parejas deberán utilizar piezas delgada de látex (en caso de que se rompan serán consideradas como prácticas de riesgo).
- Besos profundos (Puede ser riesgoso si la pareja tiene lesiones en la boca).

Prácticas sexuales de riesgo

Cualquier actividad de una persona infectada que permita el intercambio de fluidos sexuales o heces con restos de sangre, con la boca, ano, vagina, pene, torrente sanguíneo, heridas o llagas en la piel de otra persona, se considera como práctica de riesgo entre las que se encuentran:

- Penetración anal sin condón (esta práctica es sumamente riesgosa, ya que la membrana del recto es muy delgada y fácilmente puede lesionarse y como ya

se mencionó las lesiones son vía directa para que el virus penetre el torrente sanguíneo).

- Penetración vaginal sin condón.
- Fellatio con y sin eyaculación.
- Rimming oro-anal. (heces)
- Watersports interna (lluvia dorada interna).
- Compartir juguetes sexuales que no se desinfecten.
- Penetración con puño.

Cabe señalar que el semen y la sangre son los dos fluidos corporales con mayor número de partículas virales por su alto contenido de linfocitos, razón por la cual son los más efectivos en la transmisión del VIH.

1.7.2. Vía Sanguínea

La transmisión del VIH a través de la sangre es la entrada más directa al organismo, ésta puede ser mediante transfusiones de sangre, uso de jeringas, agujas, instrumental contaminado, o bien por contacto directo de sangre con virus en una herida.

Las transfusiones sanguíneas son responsables de por lo menos el 5% de la transmisión del VIH, la causa, el suministro de sangre infectada en la mayoría de los casos.

Este tipo de transmisión, la que se asocia a transfusiones, en teoría debería desaparecer por completo, de hecho, la disminución de los casos atribuibles a esta vía ha sido notable gracias a las medidas que se han adoptado como la obligatoriedad en la realización de la prueba de detección de anticuerpos en bancos de sangre y la prohibición del comercio de sangre.

En México, afortunadamente desde 1986 existen leyes que regulan firmemente todos los procedimientos relacionados con la transfusión sanguínea. Por un lado, existen todas las medidas de higiene para la extracción de sangre que va a ser donada; se cuenta con equipo nuevo y estéril que se usa

una sola vez y se desecha; se obliga a todos los hospitales a analizar la sangre que es transfundida para asegurar la ausencia de VIH y otros microorganismos patógenos como la hepatitis. La población puede darse cuenta de que la sangre que le transfundan esté libre del VIH y de otros elementos patógenos, ya que pueden observar en cada paquete de sangre una etiqueta verde que dice: “sangre segura” por lo que no existirá ningún riesgo de infección por esa vía; ni al donar, ni al recibir sangre.

Por otro lado, la utilización de jeringas o agujas contaminadas constituyen otro mecanismo de transmisión por vía sanguínea; ya que una de las prácticas comunes entre grupos de drogadictos intravenosos es compartir jeringas y esto conlleva un alto riesgo de adquirir el VIH si alguno de sus integrantes está infectado pues podría transmitirles a los demás el virus; también los grupos que practican los “pactos de sangre” corren el riesgo de contagiarse.

Otro de los mecanismos de transmisión, aunque con menor riesgo, es a través del uso de agujas, instrumental odontológico, de maniquiere o para tatuajes que pudieran tener sangre fresca infectada, sin embargo, si se toman las medidas de higiene adecuadas el riesgo de contagio por estas vías se elimina, por lo que es importante que todos los profesionales que manejan o se relacionan con la sangre tomen las precauciones necesarias para evitar entrar en contacto con sangre infectada y evitar riesgos innecesarios.

1.7.3. Vía Vertical

Se refiere a la transmisión del virus de una mujer embarazada portadora del VIH a su hijo a través de la sangre que atraviesa la placenta durante la gestación, al momento del parto ó también por medio de la leche materna cuando la madre infectada amamanta a su hijo, ya que estas tres formas implican un intercambio de fluidos.

- Desde que comenzaron a aparecer los primeros casos en lactantes, debido al período relativamente corto en que algunos desarrollaban el SIDA, y al reporte de niños infectados que presentaban una apariencia dismórfica, se

sospechó de la transmisión temprana in-útero. Esta vía de transmisión que permite que la sangre pase por la placenta o el cordón umbilical que nutre al producto, se ha podido demostrar aislando el VIH en la placenta y en el líquido amniótico.

- Durante el parto, los niños también se pueden infectar en caso de que existan heridas o rasguños en la piel del bebé al momento de nacer que entren en contacto con la sangre, fluidos vaginales ó con líquido amniótico infectados. Este mecanismo es difícil de comprobar ya que la transmisión pudo haber ocurrido con anterioridad a través de la placenta.
- A través de la leche materna cuando la madre portadora del virus amamanta al bebé.

No obstante la OMS recomienda que la mujer infectada amamante a su hijo, sobre todo en países en vías de desarrollo, porque los beneficios que proporciona la leche materna sobrepasan el riesgo de contagio.

De los tres mecanismos de transmisión expuestos, las mujeres resultan ser más susceptibles de adquirir el VIH a través de interacciones heterosexuales que los hombres ya que los factores sociales aumentan el riesgo.

Es importante señalar que el VIH tiene dificultades para sobrevivir fuera del cuerpo humano y para que exista la transmisión del virus se requieren tres condiciones, principalmente:

- El virus debe estar presente en la persona antes de transmitirlo, es decir, que exista una vía de salida del líquido infectado.
- El virus debe estar suficientemente concentrado para producir la infección.
- El virus debe de encontrar una vía de entrada por la cual pueda penetrar al organismo.

Por lo anterior, se desprenden formas en las cuales no se transmite el virus, como el contacto habitual de persona a persona en el hogar ó por las relaciones sociales cotidianas en escuelas, y, lugares de trabajo y públicos.

Hasta la fecha no se sabe de ningún miembro de la familia de un paciente encargado de su cuidado que se haya infectado por el contacto habitual con el enfermo. Está demostrado que se puede besar, abrazar y acariciar a las personas infectadas sin peligro de contraer la infección por el VIH. Tampoco implica riesgo de infección compartir platos o cubiertos con un enfermo, o aún su ropa de cama. Además no se trasmite por lágrimas, sudor, tos o estornudos y, de ninguna manera, la comida preparada por una alguna persona infectada conlleva riesgo de contagio para los que la consumen.

El VIH no se trasmite por :

- Darse la mano, abrazarse o besarse.
- Conversar muy cerca.
- Acariciarse.
- Lágrimas, sudor, tos, estornudos.
- La ropa, los muebles o por objetos de uso común.
- Los alimentos, los vasos o los cubiertos.
- Piquetes de mosquito, pulgas u otros insectos.
- Compartir piscinas, en los juegos, en las instalaciones deportivas.
- Compartir duchas, lavabos o W.C.
- Transitar los lugares de trabajo y establecimientos públicos.
- En colegios, aulas y en juegos escolares.
- Ninguno de los objetos de uso común en la vida escolar (tizas, lápices, cuadernos, juguetes, etc).
- En los lugares de transporte (autobuses, trenes, aviones, etc.).

En general, el VIH no se puede transmitir por ninguna vía que no sea la sexual, sanguínea y/o vertical. Sin embargo, una persona que aparentemente esté “sana”, puede transmitir la infección, porque el hecho de no manifestar

síntomas clínicos no significa que la infección no esté presente; por lo tanto el siguiente apartado analiza a detalle este aspecto.

1.8. MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL VIH/SIDA

Es muy importante diferenciar entre estar infectado de VIH y estar enfermo de SIDA. Según datos de CONASIDA, en 1991, por cada enfermo de SIDA existían alrededor de 30 a 35 portadores del virus, quienes en su mayoría lo ignoraban porque no habían desarrollado síntomas o SIDA. A estas personas se les conoce como seropositivas, lo que significa que en el suero de su sangre se han encontrado anticuerpos al VIH.

Estas personas pueden tener una apariencia totalmente sana y no presentar ningún síntoma por varios años, pero sí pueden transmitir la infección a otras personas que no tengan el virus.

A partir de que se es portador del virus el individuo pasa por varias etapas o fases:

Primer fase:

Cuando el VIH infecta a una persona, puede presentar algunos signos y síntomas durante las primeras seis semanas después de la infección, mismas que duran de dos a seis semanas. Estos síntomas iniciales son indistintos y se pueden confundir con cualquier infección viral como la gripa; ya que alrededor de una semana desaparecen todas las molestias.

Entre estas manifestaciones iniciales están: la hinchazón de los ganglios linfáticos, fiebre, dolor de garganta, erupciones cutáneas, diarrea persistente, pérdida de peso y fatiga inexplicable y prolongada, tos seca persistente con dificultades respiratorias, manchas anormales en la piel (rojas o moradas) que no desaparecen, capa espesa y blanca en la lengua y propensión a las hemorragias; las mayoría por ser tan poco específicas contribuyen a que a muy

pocas personas se les diagnostique clínicamente la infección por el VIH en sus comienzos.

Aunque inicialmente algunas personas infectadas no manifiesten síntomas, aparenten estar sanas e incluso se sientan bien físicamente, ya pueden transmitir el VIH a otras personas.

En este período inicial conocido como infección aguda, el nivel de VIH en la sangre aumenta rápidamente y cuando llega al punto máximo comienza a descender paralelamente con el aumento del nivel de anticuerpos en la sangre.

Esta etapa generalmente es seguida por un período carente de síntomas, que puede durar meses hasta varios años, antes de que la enfermedad comience a manifestarse clínicamente.

Segunda fase:

A la persona que se encuentra en esta etapa se le conoce como portador asintomático o seropositivo.

En esta fase el virus puede estar “dormido” o poco activo y no causar todavía un daño significativo al sistema inmune.

El tiempo de esta etapa es muy variable y el portador puede estar aparentemente sano durante años; por lo que la única forma de saber que está infectado es a través de una prueba de laboratorio que detecte los anticuerpos contra el VIH.

Durante este tiempo el organismo permanece en esta situación de aparente equilibrio, sin embargo, el VIH continúa multiplicándose e infectando nuevas células.

Finalmente, los linfocitos CD4 disminuyen en sangre, lo cual produce un debilitamiento paulatino de las defensas del organismo que facilita la aparición de los signos y síntomas que definen al SIDA.

Cabe señalar que el periodo de latencia, es decir, el que transcurre entre la infección inicial y la presentación de síntomas del SIDA, que es la máxima expresión de gravedad de la infección causada por el VIH, se puede prolongar con tratamientos profilácticos de prevención de infecciones, sobre todo, en la etapa en la que el sistema inmunitario ya no funciona de manera eficaz.

Tercera fase:

Las personas que se encuentran en esta fase pueden presentar inflamaciones en el cuello, axilas o ingles, que generalmente persisten durante meses, porque existe crecimiento de los ganglios.

A esta fase se le conoce como linfadenopatía generalizada, aunque cabe aclarar que no todas las personas infectadas pasan por ella.

Cuarta fase:

A esta fase se le conoce con el nombre de SIDA.

Como el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) destruye poco a poco al sistema inmunológico del cuerpo, se pierde la habilidad para combatir enfermedades causadas por organismos que se encuentran comúnmente en el medio ambiente y que por lo regular, no representan ningún peligro para los individuos sanos, pero sí para alguien que tiene un sistema inmunológico dañado como sucede con quienes tienen SIDA.

Estos organismos aprovechan la oportunidad y provocan enfermedades, que pueden atacar diferentes partes del organismo, e incluso pueden presentar diferentes tipos de cáncer como resultado de la inmunodeficiencia. Por eso reciben el nombre de infecciones oportunistas.

Es así como la persona infectada con el VIH muere por un conjunto de enfermedades oportunistas que se desarrollan debido a la deficiencia inmunológica del organismo.

El SIDA es un padecimiento crónico y grave, que amenaza la vida de cualquier ser humano que contraiga el virus y cuya sintomatología más común es la siguiente:

- Diarreas ininterrumpidas por más de un mes y resistentes al tratamiento.
- Pérdida excesiva y rápida de peso (10% del peso total en un mes).
- Complicaciones de enfermedades bronco respiratorias y tos seca.
- Fiebres y sudoraciones excesivas, vespertinas y nocturnas.
- Linfoma o cáncer de los ganglios linfáticos.
- Inflamación de ganglios, especialmente cuello y axilas (1 cm. aproximadamente).
- Cansancio y malestar general.
- Falta de aire consecutivamente.
- Pérdida de apetito considerablemente.
- Neumonía por "Pneumocystis Carini" (pueden padecer hasta el 75% de los enfermos con SIDA, especialmente cuando el recuento de CD4 es inferior a 200/mm3).
- Carcinoma de cuello uterino invasivo.

- Citomegalovirus (infección viral que pertenece a la familia de los herpes, cuando hay inmunosupresión puede causar daño severo a los pulmones, hígado, ojos y otros órganos).
- Encefalopatía por VIH.
- Herpes simple.
- Sarcoma de Kaposi (cáncer que ataca el tejido conectivo y es caracterizado por muchas manchas rosadas, rojas, púrpuras y cafés que varían en forma y tamaño. Se puede localizar en cualquier parte del cuerpo y puede ser externo e interno. Las manchas no duelen o pican y normalmente tienen una consistencia más dura que la piel que las rodea).
- Bronquitis.
- Neumonía.
- Salmonelosis (bacterianas recurrentes).
- Toxoplasmosis (causada por un protozooario, los síntomas más comunes son fiebre, debilidad, confusión, ataques, mareo y dolores de cabeza que puede infectar al cerebro, el corazón y los pulmones. Se transmite por tierra y heces fecales del gato).
- Pérdida de la libido.
- Pérdida de memoria.
- Temblores y convulsiones.
- Dificultad para el habla.
- Cefaleas, y

- Problemas neurológicos, entre otros.

Para considerar que se está enfermo de SIDA se deben presentar, sin causa aparente, diversos síntomas juntos y tener el diagnóstico del laboratorio de ser portador del VIH, por medio de las pruebas de detección que se incluirán en el siguiente punto.

1.9. PRUEBAS DE DETECCIÓN DEL VIH

En la actualidad, el diagnóstico se basa fundamentalmente en los datos clínicos que proporciona el paciente y se confirma con los estudios de laboratorio específicos para demostrar la presencia de anticuerpos contra el VIH.

Estas pruebas sólo se deben realizar a partir de las doce semanas posteriores al haber ocurrido el contagio. A este periodo se le llama “ventana” porque durante él, los resultados no son confiables ya que podrían ser negativos aunque la persona ya tenga el virus en el cuerpo, lo cual es sumamente peligroso, pues al ser seropositivo, es posible que transmita el VIH a otras personas, aunque su estado general de salud sea “bueno”, no existan malestares y no haya síntomas.

El anticuerpo contra el VIH es una “defensa” producida en forma natural en la sangre como respuesta a la presencia del virus en el cuerpo de la persona infectada.

Un resultado positivo a la prueba significa que la muestra de sangre ha sido analizada más de una vez para confirmar su positividad; lo cual indica que los anticuerpos contra el virus están presentes en la sangre y que la persona ha sido contagiada. La mayoría de las personas con anticuerpos presentes en la sangre, tienen el virus inactivo en su cuerpo, son asintomáticos, pero pueden contagiar a otros si no optan por medidas preventivas como se mencionó anteriormente.

El método más común para la detección de anticuerpos contra el VIH en sueros es la prueba de ensayo de inmuno absorbencia, mejor conocido como ELISA (ensayo inmunoabsorbente ligado a enzimas, por sus siglas en inglés), la cual en caso de resultar positiva, según la Norma Oficial para la Prevención y Control del SIDA deberá realizarse una segunda prueba de ELISA y si esta también resulta positiva se realizará la prueba confirmatoria Western Blot, la cual proporcionará un diagnóstico de los verdaderos positivos al VIH.

Por otro lado para integrar el diagnóstico de SIDA se requieren conjuntar datos epidemiológicos, clínicos y de laboratorio, para poder establecer el tipo de tratamiento a seguir.

1.10. TRATAMIENTO

En cuanto al tratamiento, desafortunadamente aún no existe uno realmente efectivo que controle el deterioro del sistema inmunológico característico por la enfermedad por VIH. Lo que se está haciendo actualmente va encaminado a hacer más lento el avance de la infección y mejorar la calidad de vida de los enfermos cuando ya el sistema inmunológico está muy deprimido.

“Entre 5 y 6 millones de personas en países de ingresos bajos y medianos necesitan tratamiento antirretrovírico urgente, sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estimado que, al final de 2003, sólo unas 400 mil personas tenían acceso a él, lo cual significa que 9 de cada 10 personas que necesitan con urgencia tratamiento del VIH no podrán conseguirlo” (ONUSIDA, 2004, p. 101).

Los tratamientos propuestos intentan impedir la reproducción del virus además de restaurar el sistema de defensas.

El estadio clínico de la infección es el elemento más importante para decidir el inicio del tratamiento antirretroviral. Lo cual se puede afirmar

midiendo los linfocitos CD4 o en presencia de alguna infección definitiva de SIDA.

Se recomienda que todo paciente realice mediciones de linfocitos CD4 cada 6 meses y, en casos de una rápida disminución del número de linfocitos, estas mediciones deben ser con mayor frecuencia.

Algunos medicamentos para tratar de controlar al VIH/SIDA son:

- *Inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa:* A este grupo pertenecen los primeros medicamentos que estuvieron disponibles para la infección por el VIH/SIDA y se encargan de inhibir a la enzima transcriptasa reversa, esencial para la replicación viral.
- *Inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa reversa:* Se trata de la segunda generación de medicamentos que inhiben a la enzima transcriptasa inversa, pertenecen a un grupo químico diferente a los nucleósidos, que actúan uniéndose a sitios específicos de la enzima.
- *Inhibidores de la proteasa:* Este grupo de fármacos interactúa con un gran número de medicamentos, entre ellos, la rifampicina y la rifabutina, por lo que no deben administrarse simultáneamente.

El tratamiento antirretroviral, deberá indicarse a todo paciente con infección VIH confirmada, que haya presentado una enfermedad definidora de SIDA y en todo paciente sintomático con fiebre de origen desconocido: candidiasis oral, leucoplasia vellosa, pérdida de peso involuntaria, sudores nocturnos, diarreas de más de un mes de evolución, astenia y/o anemia, en todos los casos sin etiología demostrable.

La decisión de iniciar tratamiento en pacientes asintomáticos deberá considerarse entre el médico tratante y su paciente, quien deberá recibir la más amplia información disponible, a fin de garantizar al máximo su adherencia al

tratamiento y teniendo en cuenta los beneficios y riesgos potenciales de realizarlo de manera temprana.

Algunos de los beneficios potenciales de iniciar tratamiento temprano en pacientes asintomáticos incluyen:

- Control de la replicación viral y reducción de la carga viral.
- Prevención de la inmunodeficiencia progresiva.
- Reducción de la progresión al SIDA y aumento de la sobrevida.
- Menor riesgo de seleccionar cepas resistentes.
- Menor riesgo de toxicidad.

A su vez, los riesgos potenciales incluyen:

- Reducción en calidad de vida por efectos adversos.
- Desarrollo temprano de resistencia.
- Limitación en las opciones disponibles para futuros cambios de tratamiento.
- Potencial diseminación de virus resistentes.
- Toxicidad de largo plazo desconocida.
- Duración desconocida de la efectividad de los tratamientos disponibles.

En general, el objetivo del tratamiento anirretroviral es reducir al mínimo posible la replicación viral (medida a través de la carga viral) y mantener el nivel de supresión por el mayor período de tiempo. Para ello, el uso combinado de drogas de máxima potencia, resulta en la actualidad el más efectivo. Los llamados “cocteles” son una combinación de dos inhibidores nucleósidos – análogos de la transcriptasa reversa y un inhibidor de la proteasa de alta potencia.

El carácter continuo del proceso de replicación viral, la elevada tasa de mutación espontánea que presenta el VIH y la interrupción del tratamiento deberán considerarse como altos riesgos de selección de cepas resistentes, por lo tanto, la provisión continua y sin interrupciones de la medicación

antirretroviral es una condición imprescindible para dificultar la expansión de este fenómeno biológico.

En igual dirección, la educación del paciente y la información amplia a los médicos tratantes sobre la importancia fundamental de preservar el cumplimiento estricto de las indicaciones es un componente ineludible dentro del tratamiento de la infección.

Por otro lado, el diseño del esquema del tratamiento antirretroviral deberá efectuarse en forma individual, teniendo en cuenta las condiciones médicas, la voluntad y capacidad del paciente para cumplir con las prescripciones y horarios de manera rigurosa, así la decisión sobre el antirretroviral a usar dependerá de si el paciente los ha usado anteriormente y de su historia de intolerancia y/o toxicidad entre otras.

Es importante considerar que el tratamiento con antirretrovirales debe ser continuo y sin interrupciones, ya que el uso de inhibidores de la proteasa podría crear resistencias rápidamente corriendo el riesgo de que el tratamiento pierda su utilidad. Por esta razón, tanto las instituciones como los pacientes deben plantear el abasto adecuado del medicamento.

En el caso de las infecciones oportunistas, éstas se tratan con medicamentos antimicrobianos, aunque no siempre con buenos resultados, en especial, cuando el sistema inmunológico está débil, no obstante, se continúan realizando investigaciones que permiten cada vez un mejor manejo de los individuos infectados por el VIH en sus diferentes etapas.

Hasta el momento no existen vacunas ni curación para el VIH/SIDA, la mejor alternativa siguen siendo las medidas preventivas, las cuales aunadas al tratamiento del SIDA en un planteamiento integral podrán sosegar e intentar invertir el curso de la epidemia a nivel mundial.

1.11. PREVENCIÓN

En este último apartado del primer capítulo, se muestra la importancia de los programas preventivos del VIH/SIDA y, como a la fecha no existe vacuna ni medicamento específico para curar el SIDA, la prevención resulta ser un aspecto necesario para poner en práctica, porque es la única vía para detener la propagación de la infección.

La prevención es el pilar básico de la respuesta al SIDA y un incremento enérgico en los programas de prevención tendrá un impacto profundo sobre los niveles de infección por el VIH, sin embargo, resulta importante llevarlos tanto a nivel social por medio de las autoridades sanitarias, realizando programas educativos de prevención y realizando pruebas de detección de VIH a la sangre y sus derivados; como a nivel individual, porque también se requiere promover comportamientos “saludables” para disminuir las conductas sexuales de alto riesgo.

Por su parte el control sanitario es costoso; sin embargo, su realización es relativamente sencilla y eficiente. La educación, en cambio, es mucho más compleja, y sus resultados de más difícil evaluación, ya que se trata de cambiar prácticas que son habituales en los individuos, y que se interrelacionan con múltiples aspectos sociales y culturales de su subjetividad, pero sólo este tipo de prevención integral podrá evitar unos 29 millones de los 45 millones de nuevas infecciones que se prevén ocurran durante el presente decenio (ONUSIDA, 2004).

CENSIDA y algunas organizaciones no gubernamentales tienen, entre algunas de sus tareas, fomentar la prevención en los niveles primarios de atención; para lo cual han publicado algunos trípticos dirigidos a la población en general; han impartido cursos de capacitación a personal médico y paramédico, algunas de estas organizaciones cuentan con servicio telefónico de información y diversos centros de referencia; además de que durante años, los programas de prevención para la población general se han centrado en la reducción del riesgo de la infección para frenar la epidemia, la reducción de la

vulnerabilidad para disminuir tanto el riesgo como el impacto y la reducción del impacto para disminuir la vulnerabilidad.

A nivel preventivo, los esfuerzos pasados, presentes y aquellos planteados para el futuro a nivel de educación masiva y facilidad de acceso a la información parecen tener poca repercusión en las actitudes y mucha menor en las prácticas de la población en riesgo para adquirir el VIH. La actitud y cultura de los mexicanos con relación a la sexualidad tiene que ver con la pobre respuesta obtenida; la solución no es sencilla porque implica un cambio en la estructura de pensamiento, por lo que el esfuerzo deberá ser no sólo a nivel masivo sino comenzar desde el nivel familiar, ya que además se tiene la desventaja de vivir en un país con problemas socioeconómicos. Entonces, la participación de todos facilitará la adecuada prevención de la infección, así como una atención con calidad de aquellos que están infectados y enfermos.

La prevención se puede dividir en dos partes: la prevención primaria y la secundaria. La primera es la parte inicial en la que se debe poner mayor atención, tratando de prevenir la problemática desde antes que comience y, como se mencionó con anterioridad, mediante la educación.

En esta etapa se trata de hacer conciencia dentro de la población en general, de la importancia de educarse para prevenir el contagio, a la vez disipar dudas en torno a la epidemia y tratar de eliminar actitudes de estigmatización, prejuicio y rechazo a los enfermos de SIDA o portadores del VIH, para lo cual es importante conocer cuáles son las prácticas de bajo, mediano y alto riesgo:

- *Prácticas de bajo riesgo:* Incluyen aquellas relaciones donde sólo existe contacto de piel con piel, sin intercambio de fluidos corporales especialmente semen, fluidos vaginales y sangre (abrazos, besos secos, etc.).
- *Prácticas de mediano riesgo:* Son aquellas donde existe intercambio de fluidos corporales como semen y sangre (Coito utilizando condón, besos profundos, etc.).

- *Prácticas de alto riesgo:* En estas se da intercambio de fluidos a través de mucosas que pudieran tener algunas lesiones o pequeñas discontinuidades en la piel y por lo tanto son propiciatorias de la infección (Coito anal y vaginal sin utilizar condón, etc.).

De los tres mecanismos de transmisión del VIH, el sexual es, sin lugar a dudas, el que se asocia a un mayor número de casos en nuestro país y, desafortunadamente, el que mayores problemas preventivos plantea, ya que para prevenirlos se precisa cambiar hábitos, costumbres y actitudes intensamente arraigadas que se relacionan con la sexualidad; sin embargo, en tanto no se cuente con una vacuna o tratamiento efectivo, la educación y la modificación de prácticas sexuales riesgosas deberán ser practicadas, y por lo tanto, las campañas de difusión, prevención y programas educativos deberán dar a conocer las formas más efectivas de ejercer la sexualidad de manera segura.

Los diversos programas de prevención tienen por objeto concientizar a la población sobre la necesidad de un cambio en la conducta sexual y el uso del condón, sin embargo, esto se ha topado con la resistencia de amplios grupos de la sociedad, como gente de la derecha y heterosexuales principalmente, quienes ignorantemente se consideran exentos de contraer el VIH.

A pesar de lo anterior, el uso del condón es una de las mejores maneras de prevenir la transmisión sexual del VIH y otras infecciones de transmisión sexual. Este método anticonceptivo ha sido ampliamente difundido en las campañas educativas a nivel mundial como una medida efectiva para reducir el riesgo en la transmisión sexual por VIH, ya que proporciona una barrera mecánica que puede reducir en el usuario el riesgo a la exposición de secreciones cervicales, vaginales, vulvares, rectales o el contacto con lesiones en la piel, sin embargo, muchos hombres no lo utilizan argumentando que no logran la misma sensación sexual y otros por simple negligencia, no obstante que el método logra un alto grado de prevención si se emplea correctamente.

La forma más sencilla y absoluta de impedir la transmisión del VIH, y de cualquier infección de transmisión sexual, es evitar las relaciones sexuales; pero como la abstinencia es una conducta poco probable, lo que se recomienda es tener sólo una pareja sexual, lo cual podría suponer una seguridad mayor de no contraer la infección por vía sexual, ya que es conveniente resaltar la importancia de la prevención del VIH/SIDA por esta vía, ya que en México la primer mujer a la que se le diagnosticó el VIH/SIDA, fue una ama de casa de 52 años, cuya única conducta de riesgo conocida era mantener relaciones sexuales con su marido sin la utilización de condones, lo cual hace suponer que el hombre tenía más de una pareja sexual.

En general, a nivel mundial, algunas estrategias empleadas en materia de prevención se conocen como el “ABC” de la prevención integral, la cual hace referencia a una combinación de estrategias que los individuos pueden elegir para reducir los riesgos de exposición sexual al virus.

- **A.- Abstinencia.** No realizar el coito o retrasar el inicio de la actividad sexual.
- **B.- Mayor Seguridad.** Ser fiel a la pareja o reducir el número de parejas sexuales.
- **C.- Uso sistemático y correcto del preservativo.** Los preservativos reducen el riesgo de transmisión del VIH entre los jóvenes sexualmente activos, las parejas en la que un miembro es VIH-positivo, los trabajadores sexuales y sus clientes y cualquier persona que tenga relaciones sexuales con parejas que puedan haber estado expuestos al VIH.

Algunas de las principales medidas de prevención para la transmisión sexual son:

- Tener relaciones sexuales sólo con la pareja.
- Tener relaciones sexuales de preferencia con personas, que con certeza no estén infectadas.
- Utilizar condón en toda relación sexual.

- No practicar relaciones sexuales sin protección cuando se tienen múltiples parejas o se sabe que la pareja tiene varios compañeros sexuales, o cuando se acude con trabajadores sexuales.
- Extremar precauciones cuando se sabe que la pareja está infectada con VIH con las prácticas de sexo protegido.

En cuanto a la transmisión sanguínea algunas medidas importantes a tomar en cuenta son:

- Asegurarse que la sangre a recibir en una transfusión tenga la etiqueta verde de: "Sangre Segura" y tomar las medidas necesarias para donar la propia sangre.
- No compartir, pedir o prestar agujas o jeringas si se administran drogas por vía intravenosa.
- No donar sangre en algún lugar cuyo equipo de transfusión no esté nuevo y estéril.
- Evitar las prácticas donde se intercambie sangre fresca que pudiera estar infectada.
- No compartir objetos, instrumental y equipo médico que pudiera tener sangre o secreciones corporales infectados con el virus.
- No compartir rasuradores, cepillos dentales, cortaúñas y en general objetos punzo cortantes.

En México, desde 1987, es obligatorio examinar a donadores altruistas y la sangre donada a hospitales por familiares o amigos; toda la sangre positiva a los anticuerpos es desechada, así se controla la transmisión por vía sanguínea.

Para la transmisión vertical, se recomienda a las mujeres cuyas prácticas sexuales sean de riesgo y que han decidido embarazarse, se hagan la prueba de detección de anticuerpos de VIH (prueba de ELISA) antes de concebir un hijo.

La prevención en la transmisión madre-hijo sólo será efectiva en tanto sea efectiva la transmisión sexual, puesto que la mayoría de las mujeres en México

adquiere la infección por esa vía y su única conducta de riesgo es mantener relaciones sexuales con su pareja sin protección.

El principal problema de la prevención es que, a pesar de los esfuerzos realizados por grupos de especialistas en su mayoría médicos y psicólogos abocados a esta tarea; los programas no llegan a toda la población mexicana, ni se cuenta con la infraestructura para atacar al problema de salud pública que plantea el VIH/SIDA.

Por otra parte, la prevención secundaria se caracteriza por proporcionar educación sexual al seropositivo o enfermo de SIDA, para que pueda prevenir el contagio y evitar la propagación de la epidemia.

De igual forma se trata de establecer una mejor calidad de vida en los enfermos de SIDA, ya que a pesar de que se observe la patogenia de la enfermedad, ellos merecen una buena calidad de vida, la cual se logra a través de una red de apoyo familiar.

Algunas recomendaciones para las personas VIH-positivo son las siguientes:

- Informar a su pareja sexual acerca de su estado serológico, con el fin de tomar las precauciones apropiadas.
- Informar a sus parejas sexuales anteriores y aquellas personas con quienes se comparta agujas.
- Evitar que en las relaciones sexuales haya contacto entre la sangre, semen y fluidos vaginales de la persona infectada, en especial con las mucosas o heridas abiertas en la pareja.
- No compartir agujas, cepillos de dientes, rasuradoras y objetos que pudieran contaminarse con sangre.
- No donar sangre, plasma, órganos, semen o tejidos.
- Prevenir el embarazo.

La prevención ideal requeriría de la población en su conjunto, para que pueda llevarse a cabo una campaña educativa que abarque diferentes elementos dentro de la comunidad y pueda ejercer su influencia sobre todos ellos; además se requieren prácticas que ayuden a reducir la vulnerabilidad de un gran número de personas, creando entornos sociales adecuados para que sea posible reducir la cadena de transmisión del VIH/SIDA con cada nueva infección que se prevenga, y en especial en poblaciones tan delicadas como la de las mujeres amas de casa, porque las cifras de infectadas se están incrementando de manera alarmante y se hace necesario conocer que es lo que piensan y saben acerca de la infección para detener este proceso de feminización de la epidemia.

CAPÍTULO 2

MUJER

Al ampliar el estudio de la epidemia del VIH/SIDA, inevitablemente se exploran diversas poblaciones que parecían apartadas de la infección. Este es el caso de un grupo vulnerable que durante un tiempo ignoró la presencia de la enfermedad: las mujeres.

En el presente capítulo, se proporciona una reseña histórica de la mujer, con la finalidad de ubicar su condición social a través de los años y cómo influye el género en esta posición. Asimismo, se exponen los derechos y la salud sexual de las mujeres para poder hallar finalmente el tema principal de la investigación: las mujeres y el VIH/SIDA la cual concluye con la historia de una mujer con VIH, para ilustrar la manera en la que afecta la epidemia a esta población tan vulnerable.

2.1. CONDICIÓN SOCIAL DE LA MUJER

Este apartado trata de ubicar a la mujer a lo largo de la historia con la finalidad de conocer la condición social que la hace vulnerable a la infección del VIH/SIDA.

Durante la prehistoria muy probablemente la división del trabajo estaba basada en las características propias de cada sexo. La maternidad y la menor fuerza física seguramente determinaron las actividades femeninas de esa época.

Con el consecuente dominio de la naturaleza, las comunidades se asentaron, comenzaron a cultivar la tierra y a domesticar a los animales, en este momento la mujer adquiere un lugar importante dentro de la comunidad, el cual se explica por la necesidad de reproducirse y de este modo poder hacer frente a sus enemigos y a la vez por el papel de trascendencia que implicaban los y las hijas con respecto al legado de los bienes, por tanto la maternidad se

convirtió en una función sagrada, ya que la vida de grupo se propagó gracias a ellas.

La maternidad destina a la mujer a la vida sedentaria, hecho que además conviene a los intereses de la comunidad, así mientras que los hombres cuidaban de los animales, cazaban, pescaban y fabricaban utensilios y armas; las mujeres se dedicaban a las labores agrícolas, la alfarería, el hilado, el tejido y la crianza.

Por otro lado, el constante crecimiento de la población requirió la acumulación de alimentos, al igual que propició la necesidad de dominio de unas comunidades sobre otras, nacen las clases privilegiadas que eran necesarias para la organización, la conquista, las manifestaciones de poder religiosas, etc. y es cuando se crea así el primer antagonismo de clases, estableciéndose además la propiedad privada y la acumulación de bienes, riqueza y poder.

El descubrimiento del papel del hombre en la reproducción resultó ser una base importante para la constitución del patriarcado, ya que en el hombre surge la necesidad de adquirir dominio sobre la mujer y la reproducción, para así lograr la transmisión del poder a su propia descendencia.

De esta manera tan radical es como cambia el papel de la mujer, ya que al transformarse la familia en monogámica, ésta se convierte en servidora y subordinada del hombre, quedando reducida al papel de reproductora y sirviente (Zavala, 1995).

Esta caída social de las mujeres les resta evidente poder como fuerza colectiva, ya que no sólo quedaron excluidas de la vida pública, sino que el confinamiento al que las somete el nuevo orden patriarcal les impide comunicarse y aliarse con otras mujeres. De esta manera, el desarrollo de las sociedades urbanas implicó la acumulación de riquezas, el mejoramiento técnico, la especialización del trabajo y el desarrollo del comercio; que propició la existencia de distintas clases sociales. Las mujeres quedaron entonces

recluidas en su hogar sin independencia económica ni libertad sexual, pasando a formar parte de la “propiedad del hombre”.

Posteriormente, dentro de la época de la tradición judeo-cristiana, la mujer es asignada a la noción de objeto, el cual debía ser dominado por el hombre, ya que se le consideraba incapaz de trascender en el orden divino.

Las mujeres entonces únicamente son apreciadas por su labor reproductiva, que es sólo alterada por aquellas mujeres glorificadas o vírgenes, o por aquellas asociadas al sexo y el pecado, y es a partir de ese momento que la Iglesia regula la vida reproductiva y la sexualidad de la mujer, promulgando leyes sobre el aborto y la anticoncepción.

En la Edad Media, con la autoridad básicamente en manos de la Iglesia católica, la mujer era vista como incapaz de independencia e inteligencia, ya que se le consideraba más ligada a la naturaleza y evidentemente inferior al hombre; también surge la inquisición en esta época donde infinidad de mujeres son cazadas y quemadas en la hoguera, por suponer que se dedicaban a la “brujería”.

Más tarde, en la etapa preindustrial de la casa feudal, la situación de la mujer de clase media y baja se presenta muy incierta, ya que si bien dependía social y económicamente del padre, marido y/o patrón, participaba de manera activa pero inequitativa en la producción de bienes.

Por otro lado en el Renacimiento, la base de la economía estaba en el comercio, resurge la cultura y las artes, pero sólo una porción muy reducida de mujeres, las que pertenecían a la clase privilegiada, logran participar en estos cambios, ya que las demás seguían recluidas en sus hogares, con pocas oportunidades de tener contacto con la educación; y a partir del siglo XVII, el énfasis en la función materna y en el trabajo doméstico se asocia a las mujeres con la represión sexual.

Durante la Revolución Industrial, del siglo XVIII, la producción industrial se convirtió en la única actividad realmente valiosa, de esta manera la mujer quedó definitivamente confinada a las tareas domésticas, al consumo y a la crianza de los hijos; es así como inicia un modelo de salud mental femenino, vinculado muy de cerca con la maternidad, y cuyas características eran la receptividad, la contención y la nutrición. De esta forma se da uno de los virajes históricos más importantes para la configuración de la subjetividad femenina: la creación del "ideal materno" como modelo constitutivo de lo femenino y garantía de salud mental (Casanova, Ortega, López, Vázquez, 1989).

Con el desarrollo del Capitalismo y la consecuente urbanización e industrialización, sobrevino una marcada división social del trabajo; la producción tiende a la propiedad privada y la competencia económica, lo cual estimula el desarrollo del individualismo. El aumento de la producción industrial requirió, por un lado, que las mujeres pertenecientes a la clase de poder, así como las de clase media, permanecieran en casa educando los hijos, siendo el sostén emocional de la familia, que para entonces se consideraba la base de la sociedad; y por otro lado, que las mujeres de la clase trabajadora se incorporaran a la producción para mejorar su situación económica y cubrir las demandas productivas, sin que esto significara que descuidaran sus labores domésticas.

Hacia finales del siglo XIX, la mujer perteneciente a la burguesía es sometida a la cocina y al hogar, sus costumbres son vigiladas, su independencia coartada, pero recibe en compensación honores y cortesía; se le libera de toda responsabilidad extradoméstica para que acepte gustosa el papel de madre y ama de casa, asimismo, la burguesía revalora los papeles sexuales definiendo a la verdadera mujer como pura, delicada, enfermiza, frágil, insegura, sumisa ante el hombre, realizada totalmente a través del matrimonio y la maternidad, mientras que el hombre debía ser fuerte, seguro, racional, activo y con la obligación de mantener económicamente a la familia. Presas de esa ideología las mujeres burguesas son educadas para ser madres, esposas y para cultivar sólo su belleza y sus sentimientos, lo cual provoca y refuerza su marcada dependencia económica, social y psicológica del hombre.

Por otro lado, la realidad para la mujer pobre era muy diferente, si no se convertía en obrera y se veía sometida a jornadas extenuantes de trabajo de 10 o más horas diarias dentro de las fábricas o talleres, debía pasar a formar parte de la servidumbre de alguna casa perteneciente a la clase poderosa, ejecutando las labores que la mujer de estas familias ya no estaba dispuesta a realizar; o de no existir otra opción comenzaba a ejercer la prostitución, la cual en la actualidad constituye un factor importante para la transmisión del VIH/SIDA.

Así la ideología imperante creó, además, una serie de instrucciones para formalizar, perpetuar y diseminar este orden social, tales como la Iglesia, los medios de comunicación, la escuela y la familia: donde las relaciones entre los sexos permean todas las prácticas sociales.

Años más tarde aparece el Socialismo que promete la liberación de la mujer junto con la del proletariado y declara que la mujer sólo logrará la emancipación en la medida en que participe de la producción económica.

Paralelo a este acontecimiento, surge el ingreso masivo de las mujeres a las fábricas; por primera vez en muchos siglos ellas pueden escapar del hogar para ingresar al trabajo de las fábricas, lo que aparentemente incrementa su importancia económica, sin embargo, este cambio no es creado a instancias de los ideales del Socialismo, sino que por un lado, la necesidad económica obliga a las mujeres a ingresar a las fuerzas productivas y por otro, la demanda de trabajadores reclama su participación. Los dueños de las fábricas aprovechan estas circunstancias para explotar a las obreras, ya que sus jornadas generalmente resultan más largas y sus tareas menos especializadas, al mismo tiempo que sus salarios son más bajos en relación con los de los hombres (Casanova, Ortega, López, Vázquez, 1989).

Ya dentro de lo que es el siglo XX, las mujeres siguen teniendo como ámbito privilegiado y alienante el hogar, desempeñando los roles de madre-esposa-ama de casa. A mediados de este siglo las mujeres comenzaron a acceder a actividades antes vetadas para ellas, sin que esto implicara el abandono de los quehaceres domésticos y la maternidad. Así conforme avanza

el siglo, el número de mujeres que trabajan fuera de casa se incrementó; el servicio doméstico se hace cada vez más escaso y la mujer tiene que ocuparse de dos actividades fijas: una asalariada como trabajadora extradoméstica y otra no remunerada como ama de casa y madre.

Por lo tanto, el trabajo no ha resultado ser para la mujer la panacea que cure todos sus males, como el socialismo suponía. No le ha dado la condición social que se merece, ni la autonomía económica deseada y, mucho menos, ha podido lograr que la responsabilidad de la crianza de los hijos y el cuidado de la casa sea en pareja; el problema no fue incorporarla al trabajo asalariado, sino la inequidad de género que impera en muchas sociedades como la mexicana.

2.1.1. Características de la mujer mexicana

Para describir algunas características de la mujer mexicana, es importante ubicarla en el contexto de nuestra sociedad, donde su ser femenino está impregnado de una serie de factores, tales como: pasividad, ternura, receptividad, sacrificio, sumisión, incapacidad para decidir, etc., que la vulneran a un sinnúmero de situaciones que ponen en riesgo su integridad tanto física como psicológica, por lo que dentro de ese contexto la mujer sólo tiene dos posibilidades de expresar su feminidad: el “ser esposa” y el “ser madre”.

En algunas culturas como la azteca, lo femenino y lo masculino adquirieron una significación de complementariedad; modelo que se repetía una y otra vez en la mitología, en la naturaleza, en la organización social y, sobre todo, en la familia. La unión del hombre y la mujer era la posibilidad de la vida, la multiplicación de la especie y la salud.

La satisfacción sobre lo que les correspondía a cada uno, surgía de toda actividad, en donde hasta la más vana o menos esforzada, tenía un alto valor. Si el hombre era el constructor, a la mujer le correspondía el mantenimiento de la obra creada, si él era el agricultor, ella vendía la cosecha, etc. El hombre, por el medio en que se desarrollaba, al participar en la vida religiosa y cívica tenía mayores conocimientos y oportunidades que la mujer; sin embargo, ellas jamás

permanecían en la ignorancia o en la inactividad, aunque su jerarquía era menor y pocas veces podían levantar la vista a los hombres.

Durante la conquista, con el advenimiento de los españoles, la mujer indígena perdió algunos derechos de los que gozaba, como su participación en la vida política, la mujer indígena y luego la mestiza, fueron explotadas, no sólo sexualmente sino también desde un punto de vista económico. La mujer trabajaba sin ningún tipo de remuneración en las plantaciones y haciendas dedicadas a la producción de artículos para la explotación, además con actividades como la alfarería y los tejidos, ellas tuvieron la obligación de concurrir al mercado colonial.

Los españoles lograron imponer la concepción feudal de la mujer, que le negaría, en adelante, la posibilidad de participar en las instituciones públicas.

En la Colonia, mantener en la ignorancia a la mujer, la confinó a la procreación, a las labores hogareñas y a la práctica de devociones religiosas. El reconocimiento social dependía de su papel de depositarias del honor masculino.

La religión judeo-cristiana fue el instrumento ideológico que se utilizó en la Conquista para reforzar los valores en relación a un deber ser femenino, la Virgen María surge como un nuevo modelo de identificación el cual era el "ideal de madre" con el cual se transmitían valores como: ser santa, callada, modesta, humilde y fundamentalmente ser madre sin haber gozado del cuerpo.

La Iglesia Católica entonces juega un papel importante en el comportamiento de las mujeres, ya que su "normatividad divina" fue utilizada para el establecimiento y reforzamiento de las actitudes patriarcales, dictando leyes morales que cuidaban la castidad y la pureza de las mujeres, por lo que la sexualidad es supeditada a la procreación, además se justificó la autoridad paterna, mencionando que el padre era el responsable de los hijos ante Dios y la mujer quedó sometida a la autoridad masculina dándole cuentas a ellos, como la depositaria de la crianza.

Posteriormente en la época de la Independencia, la posición de la mujer no cambió en lo absoluto, continuaron las costumbres heredadas de la Colonia española.

Más tarde, en la época del Porfiriato la mujer vendía su fuerza de trabajo por un salario inferior. De entre las mujeres que ofrecían su fuerza de trabajo se preferían las casadas y posteriormente las que tenían hijos, ya que sus necesidades las harían aceptar las jornadas de 14 hasta 18 horas y los salarios, de por sí bajos, eran pagados en forma de artículos en las tiendas de raya.

Durante el siglo XX, la situación de las mujeres no sufrió ningún cambio sustancial, sin embargo, es importante mencionar dos fases de inserción en la estructura de clases: de 1900 a 1930, en la que se mantuvo explotada en el campo y los talleres artesanales, y de 1930 en adelante, en la que se incorpora masivamente a la industria, el comercio y los servicios públicos.

Después, en los años 40, las necesidades del desarrollo capitalista del país obligaron a la mujer a salir de sus hogares para incorporarse en la industria a los empleos de menor capacitación y poca remuneración y se les hacía saber que esas actividades no debían distraerla de sus responsabilidades como madre de familia y ama de casa.

En 1953, la mujer entró oficialmente a la vida pública y política al ganar el derecho a votar; sin embargo, esto no significó que su emancipación fuera total y automática, porque continuó sin adquirir el derecho sobre su persona, su cuerpo, su sexualidad, su vida y sus decisiones.

Por otro lado, en 1970, el país contaba con 24.1 millones de mujeres, treinta años después su población ascendió casi al doble, 50 millones de mujeres de las cuales se encuentran en edad reproductiva 26.4 millones, lo cual representa el 53.1% del total de las mujeres del país, y de acuerdo con el XII Censo General de Población y Vivienda, 2000, el estado civil de dichas mujeres es 53.7% casadas o unidas, (siendo la edad promedio en que se unen o se casan de 19.4 años, y en el Distrito Federal donde se unen las parejas más

tardíamente a la edad de 21 años) el 34.4% son solteras y separadas, y viudas o divorciadas el 11.9%.

Como puede observarse, en la sociedad mexicana, la mujer generalmente carente de poder es víctima de una violencia simbólica, que se manifiesta principalmente a través de la subordinación de la mujer y es propiciada por la supuesta “superioridad” masculina, la cual aunada a diversos factores tanto biológicos como culturales de género, las ubica en uno de los grupos con mayor riesgo de contraer la infección del VIH.

2.1.2. Género Femenino

Claro está que las primeras diferencias significativas entre hombres y mujeres surgen de sus características sexuales, sin embargo, de ahí se desprenden una serie de características de género que poco tienen que ver con lo anatómico y determinan en gran medida la vulnerabilidad que las mujeres presentan ante la epidemia del VIH/SIDA.

El análisis de la subordinación de la mujer recurre a la creación de categorías teóricas como la de género, la cual se refiere a los roles y responsabilidades socialmente construidos y asignados a mujeres y hombres en una determinada cultura o lugar. El género es un principio básico de organización de las sociedades que afecta a las mujeres y a hombres en sus diversas actividades y relaciones.

En cuanto a la conformación de la perspectiva de género se pueden identificar dos puntos de partida: por una parte el desarrollo de las ciencias sociales, y por la otra, el del movimiento feminista.

El desarrollo teórico del movimiento feminista principia con el estudio de las mujeres; este movimiento ha estado interesado en ver como el sistema inequitativo de relaciones sociales ha repercutido en las mujeres, por lo que su teoría basa su análisis en la inequidad y en el lugar que ocupan las relaciones de poder en la construcción del sistema de relaciones sociales, ya que para que

la inequidad exista, para que algunos o algunas tengan menores derechos y posibilidades, así como acceso restringido a los recursos con respecto a otros, debe haber un juego de poder.

Por otro lado, para poder analizar los factores psicológicos que delimitan el comportamiento femenino en particular, es preciso considerar tres elementos básicos propuestos por Emilce Dio Bleichmar (1985), los cuales conforman la categoría del género femenino.

En primer lugar, la atribución de género, la identificación primaria que se hace del recién nacido, la primera expresión de rotulación: es hombre o mujer; de ahí se tendrá que estereotipar de acuerdo al modelo que le corresponda. Esta atribución de género es la identificación más importante del ser humano: que es la que da la pertenencia a la categoría grupal.

El segundo elemento constitutivo de categoría de género es el denominado: núcleo de la identidad de género, donde se registra una pertenencia a algún grupo sexual. El factor biológico genital en esta etapa es más determinante.

"Desde el nacimiento en adelante la niña va teniendo percepciones sensoriales de sus órganos genitales, fuente biológica de su futura identidad de género" (Dio, Bleichmar, 1985, p. 34).

El tercer y último elemento que Bleichmar propone se refiere al rol de género, el cual es el conjunto de expectativas acerca de los comportamientos sociales apropiados para las personas que poseen un sexo determinado.

El género femenino o el papel que la sociedad le ha asignado a la mujer, como se mencionó anteriormente, ha sido el de un ser puro, delicado, enfermizo, frágil, inseguro, sumiso y pasivo ante el hombre, realizado totalmente a través del matrimonio y la maternidad.

De ahí surge el falso mito social "mujer = madre", el cual se sostiene en la comunidad a través de la multiplicidad de discursos: políticos, científicos, religiosos, televisivos, en la escuela, la familia, etc.

Desde los primeros años de vida a las mujeres se les adjudica una serie de tareas, las cuales determinan su desarrollo futuro como madres y esposas, en tanto que los hombres son entrenados únicamente para tener hijos, y no para ser padres y esposos. Es decir, el tránsito de hijo a esposo y padre se efectúa sin ninguna clase de orientación, porque el proyecto de los hombres está encaminado al logro de un plan personal en el ámbito público, mientras que el de las mujeres va encaminado hacia la maternidad y el matrimonio.

Según el modelo tradicional, la mujer es la responsable del funcionamiento de la familia, debe controlar el orden, equilibrio y los recursos de la misma, la sexualidad y la reproducción; mientras que el hombre, debe ejercer la autoridad, proveer y proteger, además tiene la posibilidad de aventurar en sus vidas; las mujeres no, pues deben garantizar la estabilidad de la familia. Por ejemplo: los libros de lectura con los que se aprende a leer muestran, no sólo que "la familia" está formada por mamá, papá, el hijo y la hija; sino que además el papá va a trabajar y mamá se queda en casa cuidando a los "hijos", también, se percibe en las ilustraciones que mientras el papá lee el diario o mira la televisión fumando una pipa, la mamá cocina la cena o plancha la ropa; ejemplos como estos se van incorporando de manera "natural" e incuestionable y, es casi imposible pensar, que estas situaciones fueran diferentes.

De esta manera se mantiene el concepto cultural del deseo generalmente presente en la "mayoría" de las mujeres, el de criar y parir un hijo, convirtiendo la maternidad en la elección "supuestamente" prioritaria femenina, éste es uno de los condicionamientos más importantes que determinan las mayores vulnerabilidades en las mujeres; ya que la consigna mujer = madre es fundamental en la construcción social del género femenino.

Esta concepción mujer = madre según Coria (p. 166, 1997) "encuentra sustentada principalmente en concepciones biológicas que confunden sexo con

género, lo cual contribuye a perpetuar la creencia de que ser mujer es equivalente a ser una madre que responda al ideal maternal construido sobre la base de tres características centrales: altruismo, incondicionalidad y abnegación”.

Características como la tolerancia extrema, la abnegación, la autopostergación, la sumisión y el renunciamiento, entre otras, consideradas como propias de una “buena madre”, son impuestas como atributos ideales que toda mujer debe poseer, con lo cual se convierte en la esencia de la feminidad y el referente principal de la identidad de género.

A partir de esto se concibe como equivalentes dos cuestiones muy diferentes: “para ser madre hay que ser mujer”, que no es lo mismo decir que “para ser mujer hay que ser madre”.

Se piensa que si una mujer no es madre, no puede sentirse realizada como mujer, o no podría ser una “verdadera mujer”. Entonces, al definir a la mujer por una de sus funciones: la función madre, se jerarquizan determinadas funciones en detrimento de otras y quedan anuladas otras posibilidades, como su erotismo y su posibilidad de individuo productivo-creativo.

Otro recurso a través del cual este mito “para ser mujer hay que ser madre” mantiene su eficacia es: la ilusión de naturalidad, realidad que sitúa a la maternidad como un hecho biológico, de la naturaleza y no de la cultura. Este, además, no toma en cuenta que no se nace madre, que a ser madre se aprende y que el requisito biológico es la condición necesaria pero no suficiente de la maternidad.

En nuestra cultura, la sobrecarga de responsabilidades en la familia es muy grande, pues la mujer es la encargada de la educación informal, del logro de la escolaridad, de la educación ética y moral, del bienestar afectivo, de los vínculos entre sus integrantes, del control de la sexualidad, etc.

Los roles más tradicionales en relación a la mujer en México, se pueden expresar de la siguiente manera según Casanova, Ortega, López y Vázquez (1989, p. 24-25).

- NIÑA: En la familia mexicana a la niña se le asigna una serie de funciones a cumplir; a través de los juguetes que le son regalados: muñecas, juegos de té, máquinas de coser, planchas, casitas, etc. se busca encasillarlas en un rol de actividades domésticas, en el detrimento del desarrollo de sus aspectos intelectuales y creativos. Evidentemente esto como resultado de la herencia cultural, puesto que la madre y otras mujeres que conviven con ella, transmiten un modelo de “mujer servidora”, que por otra parte es el que poseen. La afectividad en la niña está regulada por los adultos, ella tiene que ser tierna; debe ser “buena mami” con sus muñecas; no se les permiten accesos de cólera; se les enseña a ocultar su cuerpo, ya que mostrarlo sería malo, sucio, inmoral e indecente, entonces, la niña empieza a ser reprimida.
- ADOLESCENTE: Al llegar a este periodo, vive con temor y culpa de su sexualidad. En todas sus relaciones su papel estará subordinado al cuidado y la protección de un hombre. En esta etapa se inicia el cuestionamiento sobre su estado civil y se busca que logre una pareja estable. Se le continúa adiestrando a ser una “buena mujer” reforzando los “valores femeninos” como son: su arreglo personal y su forma de vestir, para ser aceptada y agradar a los demás.
- NOVIA: Es quizá el rol en torno al cual se genera un conjunto de falsas ideas y mitos entorno a la mujer. No sólo es un paso de la dependencia paterna a la del esposo, sino que la sanción del mismo está medida por la virginidad que la marcan como mujer de un solo hombre, en cuanto es decente, honrada, pura, moralmente aceptable y por lo tanto buena representante de la familia.
- ESPOSA: Cuando la mujer ha llegado al matrimonio, sus funciones se limitan a la satisfacción de su pareja y a buscar el tan ansiado hijo. Se le niega y se niega (no en todos los casos) las posibilidades de desarrollarse en otros núcleos.

- MADRE: La mujer es la responsable de los hijos, de su cuidado y educación, la encargada de buscar una buena escuela, de vestirlos, bañarlos, alimentarlos, y cuidar de su salud entre otros; su vida es valorada en función de su maternidad.

La Tabla 9, muestra algunos estereotipos comunes para el género masculino y femenino.

TABLA 9
ESTEREOTIPOS COMUNES DE GENERO

LAS MUJERES SON:	LOS HOMBRES SON:
Dependientes	Independientes
Débiles	Poderosos
Incompetentes	Competentes
Emocionales	Dirigentes
Amas de casa	Fuentes
Frágiles	Competitivos
Volubles	Afirmativos
Tímidas	Ambiciosos
Apaciguadoras	Valientes
Cautelosas	Agresivos
Flexibles	Protectores
Calladas	Proveedores
Cuidadoras	Activos
Cooperativas	Aventureros
Maternales	Trabajadores

Por otro lado, si el espacio doméstico, asignado a las mujeres, sufre alguna alteración, se debe a la "insuficiente atención brindada por ellas al transitar al ámbito público" y como este ha sido considerado el espacio "natural" de los hombres, a ellos no se les responsabiliza de las disfunciones familiares, sin embargo, pese a que por una diversidad de factores, las mujeres han alcanzado una mayor presencia en el ámbito público, éste ha conservado su configuración característica, es decir, un espacio construido de acuerdo a las necesidades de los hombres.

Como puede observarse y, por lo anteriormente expuesto, las mujeres sufren una violencia muy marcada que las obliga a mantenerse ocupadas sólo de los asuntos de sus hijos y de su pareja, alejándolas del cuidado que deben

tenerse a sí mismas. Por lo tanto el ubicar a las mujeres exclusivamente en las áreas de la maternidad y ser las esposas sumisas y abnegadas, las coloca en una posición poco favorable para su persona, ya que las somete a los deseos masculinos, poniéndolas en situaciones de vulnerabilidad social, empobreciendo su valor como seres humanos capaces de tomar decisiones que las protejan de una infinidad de factores riesgosos para su salud como lo es el VIH/SIDA.

2.1.3. Mujer y trabajo doméstico

Una característica importante de la asignación al género femenino es la del trabajo doméstico.

La palabra "doméstico" se deriva directamente de la palabra latina domus, que significa: casa, donde se gestan relaciones sociales, afectivas y de poder, de manera natural.

La unidad doméstica "es el lugar físico y social de la vida del descanso, del ocio, de las relaciones personales directas, espontáneas, armónicas o conflictivas, o más precisamente, de éstas a la vez en armonía y en conflicto. Pero, es también, el lugar donde los trabajadores reconstituyen sus energías perdidas en el proceso de trabajo que realizan fuera de la unidad productiva. Es el lugar de la vida, pero también de la sobrevivencia, de la reproducción humana y social" (Barbieri, 1984, p. 259).

El trabajo doméstico abarca todas las tareas que se llevan a cabo dentro del hogar y casi siempre son desempeñadas por una sola persona: el ama de casa, quien tiene que estar pendiente de todo y realizar varias actividades al mismo tiempo, satisfaciendo necesidades físicas, emocionales, intelectuales y hasta administrativas de cada miembro de la familia, por lo tanto, no puede dudarse que en la unidad doméstica se produce un proceso de trabajo.

Las amas de casa en su trabajo doméstico cotidiano, transforman mercancías de uso directamente consumibles, producen servicios y realizan

una parte fundamental del mantenimiento, reposición y reproducción de la fuerza de trabajo.

Por lo tanto, pensar que el trabajo doméstico es una suma de tareas sencillas es muy simplista y no valora el esfuerzo cotidiano de quienes lo realizan, ya que cada día, las amas de casa llevan a cabo tareas de todo tipo: cuidado y alimentación de sus hijos; actividades relacionadas con la limpieza; pagos de renta, luz, teléfono; compra y preparación de alimentos, entre muchas otras.

El trabajo de las amas de casa no es tan sencillo como checar tarjeta al inicio y a la hora de salida, de hecho, su jornada no tiene fin porque deben estar disponibles durante todo el día para llevar a cabo las tareas que sean necesarias.

Se calcula que las amas de casa tienen, en promedio, una jornada de trabajo de once horas diarias, es decir, de más de 70 horas a la semana; casi el doble de la jornada máxima legalmente establecida para los trabajadores y trabajadoras asalariadas, y la diferencia se hace aún mayor si tomamos en cuenta que las amas de casa trabajan durante las vacaciones y los días festivos, además de que no hay jubilación.

Por otro lado, la ocupación de ama de casa, en nuestra sociedad, generalmente no se elige, ya que cada niña que viene al mundo trae ya su destino prefijado y no es necesario que nadie se lo muestre; a menos que algo suceda, la mayoría de las niñas de hoy, serán las amas de casa de mañana, porque dicho entrenamiento, como lo explica Casanova, comienza desde la niñez y va consolidándose a lo largo de los años, tomando cuerpo ante las primeras opciones educativas y de trabajo.

Hay muchos mitos acerca de las libertades que goza el ama de casa, se piensa que la falta de horario y supervisión de un patrón le hacen la vida más sencilla, sin pensar que el no tener horario no quiere decir que sean menos tareas y que a veces las exigencias de la familia son más rígidas que las de un

patrón. Como mujer se exige cada vez más para que su familia se sienta lo mejor posible, el trabajo de ama de casa no es intercambiable y el único lugar posible para realizarse es su propio hogar, el cual no es pactado y se define por la costumbre. Su libertad, sólo radica en la manera de distribuir sus tareas de una u otra forma y que las haga con más o menos esmero y cuidado bajo su propia responsabilidad; sin embargo, el ama de casa no puede dejar de cumplir su cometido, ni negarse al trabajo en los días festivos, reclamar una jornada laboral equivalente a la de otros trabajadores, mucho menos disfrutar de unas verdaderas vacaciones, ya que cuando la demanda de trabajo aumenta dentro de la familia, aumenta también el trabajo doméstico que recae sobre ella.

Tomando en cuenta lo anterior, sería un error pensar que el trabajo doméstico no vale por no tener un salario, ya que aunque no se vea, estas tareas también aportan económicamente, son actividades que se deben hacer inevitablemente si no se desea que la familia caiga en un caos total.

Si se paga a alguien para realizar el trabajo doméstico, seguramente se desequilibraría la economía del hogar, pues se tendría que pagar a una cocinera, mucama, administradora, institutriz, psicóloga, enfermera, etc. por mencionar algunas de las actividades del ama de casa; este es un trabajo donde se utilizan las manos y la cabeza, todas ellas están al servicio de su trabajo porque todas sus actividades, durante toda su vida, día y noche, están traspasadas por la idea del deber y de la obligación y no hay tiempo para las actividades dirigidas a su propio placer, a su propia satisfacción, ya que sus actividades son siempre dirigidas a atender y a satisfacer a los suyos en primer lugar y sólo en segundo término, si es que es posible, a sí misma.

En su trabajo cotidiano, el ama de casa tiene que desplegar una considerable cantidad de energía física y mental porque la mayor parte de su jornada lo realiza de pie y en movimiento, asimismo, se trata de actividades que suelen ser mecánicamente repetitivas y de larga duración.

No hay ningún trabajo tan imperioso en nuestra economía como el de las amas de casa, ya que en las condiciones actuales, el reparto de las tareas que

ellas hacen entre los trabajadores de la economía exterior requeriría una masa laboral tres veces superior al número actual de trabajadoras en las economías domésticas.

Por otro lado, una persona bien alimentada y con todas sus necesidades domésticas, físicas y emocionales resueltas, que se preocupa únicamente de llevar a cabo correctamente su trabajo, puede ser más productiva, que si tuviera que dividir su tiempo entre tareas domésticas y el trabajo remunerado y, aunque no tenga un salario, el trabajo del ama de casa genera recursos, pues su pareja e hijos pueden ser productivos gracias a los cuidados que reciben en el hogar.

El trabajo en el hogar representa muchas obligaciones que repercuten en el tiempo de descanso y recreación, así como en la salud del ama de casa. Casi siempre, su "tiempo libre" no es tal, sino que lo dedican a realizar actividades de trabajo menos pesadas y generalmente esta continua presión, muchas veces genera la obsesión de ocuparse de su hogar todo el tiempo, lo que puede afectar emocional y hasta físicamente a la mujer.

Como se indica anteriormente, uno de los factores más pesados para el ama de casa es la repetición constante de las rutinas, sin que haya variedad o nuevas actividades, los quehaceres domésticos, generan angustia, desgaste físico y emocional, porque aunque se trate de cosas en apariencia "sencillas", es un ir y venir constante, tratando de alcanzar un orden a fin de cuentas imposible, si no existe el apoyo y la cooperación de los demás miembros de la familia; por lo que el trabajo de ama de casa vislumbra claramente dos dimensiones: la primera, la dimensión de trabajo individualizado, hecho por una mujer en su hogar para los miembros de su familia; y la segunda, la dimensión de sus tareas como trabajo colectivo socialmente necesario para que toda sociedad pueda trabajar y vivir.

Este tipo de trabajo del ama de casa, no se produce directamente para el mercado, pero es una condición imprescindible para que exista tanto el mercado de bienes y servicios como el de la mano de obra.

En general, se pueden agrupar seis contribuciones que el ama de casa realiza a la sociedad:

- La primera contribución socialmente necesaria y, que aún siendo difícil de evaluar económicamente pero que, sin duda, representa un esfuerzo y una dedicación por parte de las mujeres es: la maternidad en su aspecto biológico, es decir, la gestación y el alumbramiento.
- La segunda contribución colectiva de las mujeres es: la atención a los niños.
- La tercera contribución es: la atención doméstica a miles de jóvenes que viven en familia, que no tiene las tareas domésticas como su ocupación principal y porque en su mayoría estudian o trabajan.
- La cuarta contribución es: el cuidado de la población que trabaja en la economía exterior, además del “cuidado de sí mismas”. Aproximadamente cada mujer en edad de trabajar atiende domésticamente a tres personas y media.
- La quinta contribución es: la atención de la población jubilada.
- La sexta contribución es: el cuidado de los enfermos, la cual interfiere con las demás tareas domésticas, sin permitirle eludir las.

El ama de casa es una trabajadora de la economía doméstica y simultáneamente miembro de una familia y de una colectividad, sin embargo, existe un aislamiento físico, social, psicológico y político que deriva de un sinfín de condiciones como el hecho de que realiza su trabajo en unidades económicas aisladas, sin compañeros con quienes compartir el tiempo y las tareas, entonces se crea una atmósfera de soledad que se hace más aguda cuando el último hijo comienza a ir a la escuela o cuando los demás miembros de la familia tienen una vida social autónoma e independiente, por lo tanto, ella asume como “natural” esta soledad que resulta más profunda que el aislamiento físico, ya que el papel de la mujer y, en especial, el del ama de casa consiste en darse a los demás, en atender sus necesidades físicas y afectivas, dejando de lado las propias.

El ama de casa tiene más dificultades que cualquier otro trabajador para organizarse y defender sus peticiones, esto se debe a su aislamiento en las

unidades domésticas, pero más todavía a su condición de trabajadora "permanente" sin tiempo para realizar sus propias actividades y a la definición moral de sus obligaciones como trabajadora doméstica.

En cuanto a las políticas, que son expresiones puras de la relación de poder, el ama de casa se encuentra excluida. En la Cámara de Diputados y Senadores se discuten problemas, que de una u otra manera, afectan a la economía exterior, pero el ama de casa sólo participa de esta economía a través de los salarios, jornadas, precios y representaciones de su marido, ella se queda en la periferia del poder y la economía doméstica, subordinada a la economía exterior, pocas veces presente en el juego político; no obstante, al respecto existen iniciativas de ley como la de la presidenta del Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres), Patricia Espinosa Torres, donde propone considerar como parte de la riqueza nacional el trabajo doméstico y pide que se refleje también en el Producto Interno Bruto.

Por otro lado, de acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de Empleo de 1995, de los poco más de 17.4 millones de personas de 12 años y más, que realizan exclusivamente quehaceres domésticos, 6.6% son hombres y 93.4% mujeres, distribución que muestra un alto índice de feminización en estas actividades, mil 410 mujeres por cada 100 hombres se encuentran en esta situación.

Este predominio de mujeres en las actividades domésticas obedece al patrón de división sexual del trabajo imperante.

Respecto a la edad de las personas en las cuales recaen las responsabilidades de administración y mantenimiento cotidiano del hogar, el mayor peso lo tienen las mujeres de 20 a 29 años, con 22.9%, seguidas muy de cerca por las de 30 a 39 años con 19.9%, (comportamiento que en gran medida se explica por el nacimiento de los hijos y sus necesidades de atención en los primeros años) según la Encuesta Nacional de Empleo de 1995 realizada por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI).

La tasa de participación doméstica en el caso de los hombres, por nivel de escolaridad según la anterior encuesta, muestra que a medida que su escolaridad es mayor, su participación en los quehaceres del hogar es ascendente, sin embargo, respecto al estado civil, los hombres casados o que viven en unión libre son los que colaboran menos en dichos quehaceres, por lo que corresponde a las mujeres de esta misma situación civil la mayor participación en el trabajo doméstico en sus respectivos hogares; el 73.5% de las mujeres amas de casa son casadas o viven en unión libre, 15.3% están solteras y 11.2% se encuentran divorciadas, viudas o separadas, lo anterior, sin duda, resultado de los roles tradicionales en la división sexual del trabajo.

El 63.7% de las personas con parentesco de cónyuge mujeres, declaran que su actividad principal son los quehaceres domésticos, mientras el 35% también participan en el mercado laboral según la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica de 1997.

En promedio el tiempo que dedican los hombres por semana a los quehaceres del hogar es de 16.8 horas, en tanto que las mujeres destinan en total 45.1 horas semanalmente, es decir, las mujeres trabajan 28.3 horas más que los hombres, lo que significa que el número de horas ocupadas por las mujeres en los quehaceres del hogar es 2.7 veces el de los hombres (INEGI, 1999).

Esa misma encuesta señala que el 85.6% de las mujeres de 12 años y más dedican su tiempo a la limpieza de la casa, 85.1% cocinan o preparan alimentos, 84% lava la ropa, 82.8% lava los trastes, 71% plancha ropa y el 50% dedican su tiempo al cuidado de los niños.

Por su parte, de la población que realiza trabajo doméstico y extradoméstico, los hombres destinan a la semana en promedio a los quehaceres del hogar 11.6 horas y las mujeres 27.9 horas, mientras que a la actividad económica ellos le dedican 45.1 horas y ellas 35.8 horas. A las dos clases de trabajo las mujeres destinan 63.7 horas a la semana y los hombres

56.7, es decir, hay una diferencia de 7 horas extra de las mujeres en comparación con los hombres.

En los diferentes grupos de edad, las mujeres consumen un número mayor de horas en el trabajo doméstico y extradoméstico en comparación con los hombres y es evidente la inserción en jornadas de trabajo a tiempo parcial por parte de las mujeres, debido a que esto les permite combinar las tareas del hogar con las del trabajo parcialmente remunerado, pues su participación en la actividad económica no las exime de sus "responsabilidades" domésticas.

Como se puede observar, la división del trabajo expresada tanto en el interior de los hogares como en el exterior, sigue siendo una de las manifestaciones más claras de la exclusión que sufre la mujer de las actividades que realizan los hombres, ya que como puede apreciarse el supuesto de que "las mujeres no trabajan" es falso, la realidad es que existe poca o nula retribución y reconocimiento de su trabajo tanto en el mercado laboral como el que desempeña en casa, es decir, el trabajo doméstico, sin remuneración.

La inquietud de valorar este tipo de trabajo que desempeñan las amas de casa, lleva más de 10 años, ya que la mujer requiere que se le asigne y reconozca la categoría de trabajadora, porque el trabajo doméstico, como se expuso, transforma materias primas en alimentos, la tela en ropa, reacondiciona el hábitat diariamente o varias veces el mismo día, mantiene limpia la ropa que muchas veces corresponde al equipo de trabajo de los miembros de la familia, además este tipo de tareas sale de un horario que establece el término de una jornada.

Las amas de casa aportan una presencia permanente en el hogar, ya que este no se concebiría o quedaría incompleto sin su trabajo, el cual, aislado y apropiado de manera individual las lleva a una situación privada que obstaculiza el contacto y las relaciones de tipo social.

Actualmente hay sectores en donde la condición social predominante de algunas mujeres, las ha situado en bajos niveles educativos y sociales, lo que las ubica en aspectos vulnerables de su vida, por lo tanto resulta interesante rescatar una canción en donde el caso de las mujeres evidencia esta subordinada condición social de las amas de casa.

LA MUJER

*(Se va la vida compañera)
León Chávez Texelero*

Abrió los ojos, se echo un vestido
se fue despacio, a la cocina
estaba obscuro, sin hacer ruido
prendió la estufa, y a la rutina
sintió el silencio como un apuro
todo empezaba en el desayuno"

Doblo su espalda, gozó un suspiro
sintió ridícula la esperanza
el más pequeño le ardió la panza
rompió el silencio, soltó un llorido

Sirvió a su esposo, vistió a los niños
cambió pañales, sirvió los panes
llevó a sus hijos para la escuela
pensó en la dieta que se comía
midió el dinero, compró verduras
palpó lo gris de su economía
formó en la olla de las tortillas
cargó a Francisco, miro la calle
por todas partes había mujeres
todas compraban y se movían
cumplían aisladas con sus deberes
le recordaban a las hormigas
sintió de pronto que eran amigas
sintió que todas eran amigas

Se va la vida, al agujero
como la mugre en el lavadero
recamaderas y planchadoras
ser enfermeras y lavanderas
también meseras y educadoras
muy diligentes trabajadoras
a sus familias las dejón listas
rumbo a la escuela o hacia el trabajo
para que puedan checar las listas
se daba cuenta de los afanes
y de los fines había un carajo
para ellos siempre la vida es afeña
pero se ahogaban en la miseria

Se va la vida, al agujero
como la mugre en el lavadero

Se fue derecho para su nido
siempre pensando plancho la ropa
todo lo rota dejó sucido
tenía un momento pa' descansar
se abrió la puerta y entro el marido
también molido de trabajar
puso la mesa, sirvió la sopa
para quejarse no abrió la boca
se rieron juntos y platicaron
se hablo de niños y de dinero
de la vecina; de algún dolor
de los camiones y del patrón
lavó los trastes, tiro basura
durmió a los niños, cambió pañales
como aire que entra por la ranura
los dos jugaron con su lemurá
le dio la vuelta a la cerradura
durmió de pronto todos sus males

Se va la vida, el agujero
como la mugre en el lavadero

Volvió a su casa, casa rentada
vió a más amigas desde la entrada
le dio a Francisco con qué jugar
barrió los pisos, tendió las camas
se vió al espejo, miro las canas
junto las cosas de cocinar
cortó las papas, las puso al fuego
y a la manteca la hizo chillar
ahora lo crudo se ha transformado
estaba listo para comer
la casa entera tiene otro ver
de nuevo listo pa' ser usado

Puso la mesa, sirvió a los niños
cambió pañales, cortó los panes
limpio de nuevo mesa y cocina
le dio a Mercedes la medicina
pidió su turno en los lavaderos
talló vestidos y pantalones
miró la ropa tendida al sol
como si ayer no se hubiera hecho
la misma fiega todos los días
se caminaba de nuevo el tracho
sintió la vida como prisión
se le escapaba todo lo hecho.

En general, es importante resaltar lo anteriormente expuesto sobre el hecho de que las mujeres se están infectando de manera alarmante por mantener relaciones sexuales con su pareja, siendo un riesgo importante para este tipo de transmisión la desigualdad por razón sexo, que en la mayoría de las sociedades coloca a la mujer en posiciones de subordinación, donde el poder generalmente recae en los hombres, quedando ellas a merced de un sinnúmero de factores que ponen en peligro su vida y su salud, pese a que como cualquier otra persona, cuentan con derechos humanos que las protegen.

2.2. DERECHOS DE LAS MUJERES

Es un hecho ampliamente aceptado el enorme impacto que ha tenido, y continua teniendo, la epidemia de VIH/SIDA sobre la población femenina, ya que ellas son biológicamente más vulnerables a la infección que los hombres, no obstante, el mayor riesgo lo genera la desigualdad social que se ha generado a lo largo de la historia y que se considera uno de los abusos contra los derechos humanos más generalizados, así como uno de los más olvidados que sobrepasa las fronteras culturales, regionales, religiosas y económicas, ya que afecta a las mujeres cualquiera que sea su clase social, raza, edad, etc.

Como se menciona anteriormente, la cultura de género que predomina en nuestro país marca una diferencia entre lo que se espera de la conducta de los hombres y de las mujeres, y tiende a establecer estereotipos y patrones de moral diferente para cada uno de los sexos.

Estos factores que de por sí conllevan grandes desigualdades sociales entre los sexos, al “permitir” a los varones ejercer poder sobre las mujeres, en el contexto del VIH/SIDA tiene consecuencias devastadoras.

De acuerdo con el siguiente informe presentado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), en el 2001 un alto porcentaje de mujeres en América Latina sufrió de maltrato físico o emocional en el seno familiar o de pareja (Ver Tabla 10):

TABLA 10
CIFRAS DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER
EN AMÉRICA LATINA, 2001

PAÍS	CIFRAS DE VIOLENCIA
Chile	60% de las mujeres que viven en pareja sufre algún tipo de violencia doméstica.
	Más del 10% agresión grave.
	Una de cada tres familias vive en situación de violencia doméstica.
Colombia	Más del 20% de las mujeres han sido víctimas de abuso físico.
	10% ha sido víctima de abusos sexuales.
	34% ha sido víctima de abusos psicológicos.
Perú	70% de los delitos denunciados a la policía están relacionados con casos de mujeres golpeadas por sus maridos.
Honduras	Un promedio de tres mujeres al mes son abusadas por sus parejas.
México	70% de las mujeres aseguraron sufrir violencia por parte de su pareja.
Jamaica	El 40% del total de homicidios se producen en el seno del hogar
Argentina	En una de cada cinco parejas hay violencia.
	En el 42% de los casos de mujeres asesinadas, el crimen lo cometió su pareja.
	El 54% de las mujeres golpeadas están casadas
	El 25% de las mujeres argentinas son víctimas de violencia.
	El 50% pasará por alguna situación violenta en algún momento de su vida.
Estados Unidos	La Dirección General de Salud Pública ha advertido que la violencia doméstica es la mayor amenaza para las mujeres, más que las violaciones, los robos y los accidentes de tráfico juntos.

Como puede percibirse la violencia contra la mujer, considerada como todo acto violento que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer; inclusive la amenaza de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada, representa un problema grave a nivel mundial, por lo que la Organización para las Naciones Unidas (ONU), conmina a los Estados "aplicar, por todos los medios apropiados y sin demora, una política encaminada a eliminar la violencia contra la mujer", con este fin, deberán:

- Saber que por violencia contra la mujer se entiende: todo acto de violencia que, basado en la pertenencia al sexo femenino, tenga o pueda tener como resultado un daño a nivel físico, sexual o psicológico.
- Entender que la mujer tiene derecho, en condiciones de igualdad, al goce y la protección de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural, civil y de cualquier otra índole.
- Condenar la violencia contra la mujer y no invocar ninguna costumbre, tradición o consideración religiosa para eludir su obligación de procurar eliminarla.
- Proceder con la debida diligencia a fin de prevenir, investigar y conforme a la legislación nacional, castigar todo acto de violencia contra la mujer, ya sean actos perpetrados por el Estado o por particulares.
- Establecer en la legislación nacional sanciones penales, civiles, laborales y administrativas, para castigar y reparar los agravios infringidos a las mujeres que sean objeto de violencia y deberán darles acceso a los mecanismos de justicia, a un resarcimiento justo y eficaz por el daño padecido y principalmente a ser informadas de sus derechos.
- Considerar la posibilidad de elaborar planes de acción nacionales para promover la protección de la mujer contra toda forma de violencia o incluir disposiciones con ese fin en los planes existentes, teniendo en cuenta, según proceda, la cooperación que puedan proporcionar las organizaciones no gubernamentales, especialmente las que se ocupan de la cuestión de la violencia contra la mujer.
- Por otro lado, en Noviembre de 1967 la ONU en la resolución 2263 (XXII), establece la importancia de eliminar todas las formas de discriminación y fomentar la igualdad de derechos de hombres y mujeres y proclama:

- Es injusta la discriminación contra la mujer, por cuanto niega o limita su igualdad de derechos con el hombre, por lo tanto es considerada como una ofensa a la dignidad humana.
- Deberán adoptarse todas las medidas apropiadas para abolir las leyes, costumbres, reglamentos y prácticas existentes que constituyan una discriminación en contra de la mujer, para de esta manera, asegurar la protección jurídica adecuada de la igualdad de derechos del hombre y la mujer.
- Deberán adoptarse todas las medidas apropiadas para asegurar a la mujer en igualdad de condiciones con el hombre sin discriminación alguna.
- Sin perjuicio de la salvaguarda de la unidad y la armonía familiar, que sigue siendo la unidad básica de toda sociedad, deberán adoptarse medidas legislativas apropiadas para que la mujer, casada o no, tenga igualdad de los derechos que el hombre en el campo del derecho civil.
- Todas las disposiciones de los códigos penales que constituyan una discriminación contra las mujeres deberán ser derogadas.
- Deberán adoptarse medidas apropiadas para combatir todas las formas de explotación y prostitución de la mujer.
- Deberán adoptarse las medidas necesarias para que las mujeres tengan derechos iguales que los hombres en materia de educación, así como también en la esfera de la vida económica y social.

Sin embargo, a pesar de que la ONU manifiesta la igualdad entre hombres y mujeres, hoy en día está comprobado que uno de los principales factores de riesgo para que la mujer se infecte de VIH, es la violencia que ejercen los hombres sobre ellas, justificándose en una supuesta “superioridad” que les permite abusar de ellas y violar sus derechos, incluyendo los sexuales.

2.2.1. Derechos sexuales de la mujer

Un tipo de derechos de los que gozamos los seres humanos y, por tanto, las mujeres: son los sexuales. A pesar de que este tema de los derechos sexuales es reciente, porque hasta 1994 durante la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, celebrada en El Cairo, Egipto, que se comenzó a considerar el ejercicio de la sexualidad, independiente de la intención reproductiva y que se incluyeron programas de salud al respecto, reconociendo por primera vez el derecho fundamental de las mujeres (no de los Estados) de determinar la fecundidad y la correspondiente responsabilidad del Estado de proporcionar a las mujeres los recursos necesarios para adoptar decisiones bien fundamentadas, hoy en día se continúan violando estos derechos de los que gozan las mujeres.

Posteriormente en Beijing, en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer se afirmó el derecho de ellas a tener el control sobre los temas relacionados con su sexualidad, incluida la salud sexual y reproductiva, y a decidir informada, libre y responsablemente sobre dichos temas, sin coerción, discriminación y violencia; asimismo, se profundizó en el concepto de derechos sexuales; los cuales junto con los derechos reproductivos, abarcan algunos derechos humanos ya reconocidos en documentos nacionales e internacionales.

Las relaciones igualitarias entre las mujeres y los hombres, con respecto a las relaciones sexuales y la reproducción, incluyen el pleno respeto a la integridad de la persona y exigen el respeto y consentimientos recíprocos; de esta manera, el concepto de los derechos sexuales implica la protección en contra de la coerción, la discriminación y la violencia, así como el respeto mutuo en el ejercicio de la sexualidad, por lo tanto, este concepto está orientado en dos sentidos: la responsabilidad social para apoyar la expresión plena de la sexualidad y, la interrelación de los sujetos participantes.

Por otro lado, en 1995, la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF, por sus siglas en inglés) y sus 127 asociaciones miembros aprobaron una Carta de Derechos Sexuales y de Reproducción que protegen a

la mujer y que se basan en instrumentos internacionales de derechos humanos que incluyen:

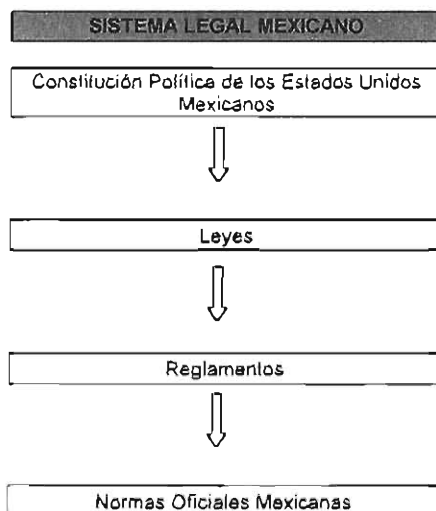
- Derecho a protección en caso de que sus vidas estén en peligro debido al embarazo.
- Derecho a protección en caso de correr riesgo de mutilación genital o que estén sujetas a embarazos forzados, esterilización o abortos impuestos.
- Derecho a la eliminación de todas las formas de discriminación, sea cual fuere su raza, color, sexo, orientación sexual, estado civil, posición en la familia, edad, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, bienes, nacimiento u otra condición.
- Derecho al carácter privado para proteger a las clientas de los servicios de educación e información relativos a la atención de la salud sexual y de la reproducción.
- Derecho de acceso a la educación y la información en relación con su salud sexual y reproductiva, en forma libre, sin restricciones por razones de creencia, conciencia y religión.
- Derecho a tener acceso a información completa y veraz sobre los beneficios, los riesgos y la eficacia de todos los métodos de regulación de la fecundidad, a fin de que todas las decisiones que adopten al respecto se efectúen con pleno y libre conocimiento de causa.
- El derecho a decidir si contraen o no matrimonio y planificar o no una familia, con el consentimiento pleno, libre y fundamentado de ambos contrayentes.
- El derecho a decidir si tener hijos o no y cuándo tenerlos, por lo tanto también a servicios de atención de salud reproductiva que ofrezcan la gama más amplia de métodos seguros, eficaces y aceptables de regulación de la fecundidad y sean costeables, aceptables y convenientes para todos los usuarios.
- El derecho a los beneficios del progreso científico, para tener acceso a la tecnología disponible en materia de salud reproductiva.
- Derecho a asociarse con fines de promover la salud sexual y de la reproducción y los derechos sexuales y de procreación.

- El derecho a estar libre de torturas y malos tratos, para proteger a los niños, las mujeres y los hombres contra todas las formas de violencia, explotación y abuso sexual.
- Derecho a elegir libremente a su pareja, decidiendo libremente cuándo tener relaciones sexuales.
- Derecho a no ser forzada por su pareja a tener relaciones sexuales que la degraden o humillen.
- Derecho a ejercer su sexualidad con placer y libre de riesgos de contagio.
- Derecho a la libre expresión de su orientación sexual y a no ser discriminada por ello.
- Derecho a una educación sexual libre de prejuicios y tabúes.
- Derecho a una educación integral que promueva el disfrute de la sexualidad sin culpa, sin pena, sin miedo y sin pensar únicamente en la reproducción.

Al respecto, en México, existen una serie de normas jurídicas específicas que siguen una jerarquización tal, que cada una valida y fundamenta a otra inferior y que a su vez dan origen a otra u otras (Ver Cuadro 1), que deben ser respetadas para el cumplimiento y efectividad de los derechos reproductivos ya que se encuentran en la base del sistema jurídico mexicano: La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

En primer instancia, la Constitución Mexicana, en el artículo cuarto consagra los derechos específicamente reproductivos: “Es una garantía individual que mujeres y hombres decidan cuántos hijos e hijas tener y cuándo tenerlos, y que, sea cual fuere su decisión, el Estado proteja su salud y bienestar en todos los aspectos ligados a la procreación”... asimismo, de los diversos artículos, fracciones e incisos que conforman a la Constitución, emanan diversos ordenamientos.

CUADRO 1
SISTEMA LEGAL



Entre la normatividad básica que debe ser respetada para el cumplimiento y efectividad de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en México se encuentran los siguientes:

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Título Primero, Capítulo I, Artículo 4º
- Ley General de Población, Capítulo I, Artículo 3º, Fracciones II y IV.
- Ley General de Salud, Título Tercero, Capítulo VI, Artículos 67, 68, 69, 70 y 71. PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD. Servicios de Planificación Familiar:
- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, Artículo 39.
- Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar. (NOM-005-SSA2-1993).
- Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. (NOM-007-SSA2-1993).

- Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (NOM-010-SSA2-1993).
- Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control del Cáncer del Cuello del Útero y Mamario en la Atención Primaria (NOM-014-SSA2-1994).
- Proyecto de modificación a la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control del Cáncer del Cuello del Útero y Mamario en la Atención Primaria. (NOM-014-SSA2-1994), Diario Oficial de la Federación, 1° de agosto de 1997.
- Reglamento de la Ley General de Población, Capítulo Segundo, Sección II, Artículos del 14 al 24 y Sección III, Artículos del 25 al 27:
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, Capítulo VI, Artículo 116, Capítulo VI, Artículo 17.

En el Código Penal, el único acto que tiene que ver con la salud reproductiva de las mujeres y que está penalizado es el aborto y su consideración es similar en los códigos penales de cada estado de la República, siendo los objetos de la acción penal la mujer y la persona que le realiza el aborto (cualquiera que sea su formación profesional), aunque cabe mencionar que la legislación no es la misma para todas las entidades federativas del país.

Pese a todas las leyes que existen en materia de salud reproductiva, en México hay poco conocimiento sobre la problemática de las mujeres que viven con el VIH/SIDA y, particularmente, sobre la violación de sus derechos.

Para tratar de combatir esta violación a los derechos humanos y sexuales, en 1992 se creó en CONASIDA un departamento de derechos humanos para coordinar la información y las actividades relacionadas con este problema.

Como puede observarse, las mujeres (infectadas con el VIH/SIDA o no) poseen derechos que las protegen de la discriminación y la violencia, sin embargo, en la realidad las mujeres sufren infinidad de abusos: físicos, psicológicos y sexuales, propiciados en gran parte por la inequidad de género

predominante en muchas sociedades afectando su salud, especialmente en el área sexual como se muestra en el siguiente apartado.

2.3. SALUD SEXUAL DE LA MUJER

Como se ha venido señalando, la situación de las mujeres es de franca desigualdad con respecto a los hombres, circunstancia que vulnera su salud, incluyendo la sexual, tal y como se expone a continuación.

La Salud Reproductiva es un estado de bienestar físico, mental y social completo y no meramente la ausencia de dolencia o enfermedad, en todos los temas relacionados con el sistema reproductivo y con sus funciones y procesos. Las personas son capaces de tener una vida sexual segura, que produzca satisfacción, que tengan la capacidad de reproducirse y la libertad de decidir cómo y cuándo hacerlo. Tanto hombres como mujeres tienen el derecho a ser informados y a tener acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección para controlar la fecundidad, así como atención de su salud para un embarazo y parto seguro.

En México la salud reproductiva, encuentra sus principios básicos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, donde se establece el derecho que toda persona tiene a regular su fecundidad de manera segura y efectiva, a cursar el embarazo y partos seguros, a tener y criar hijos saludables, comprender y disfrutar su propia sexualidad y permanecer libre de enfermedad e incapacidad o muerte relacionadas con el ejercicio de su sexualidad y capacidad reproductiva.

Un aspecto importante de la salud reproductiva de la mujer es el que corresponde a la maternidad, en el año 2000, las mujeres de 20 a 45 años ascendieron a 26.4 millones, lo que significa que un 53.1% del total de la población femenina se encuentra en edad reproductiva. Por entidad federativa el INEGI reporta que el mayor número de mujeres en edad reproductiva lo tiene el Estado de México con 3.7 millones seguida del Distrito Federal con 2.6 millones y Veracruz con 1.8 millones. (INEGI, 2000)

Sin embargo, la participación económica de la población femenina es un factor altamente relacionado con su nivel de fecundidad. Al insertarse al mercado de trabajo asalariado, las mujeres participan más en la toma de decisiones respecto al número de hijos que quieren tener, dado que requieren combinar su trabajo extradoméstico con las tareas vinculadas a la crianza de los hijos y a la organización del entorno doméstico; lo cual se ve reflejado en la tasa global de fecundidad de las mujeres, según la muestra del XII Censo General de Población y Vivienda del año 2000, el promedio de hijos nacidos vivos por mujer es de 2.6; siendo el Distrito Federal la entidad con el menor número, 2, y Zacatecas el mayor con 3.1 hijos; a pesar de esto, la población sigue creciendo, hay 365 mil nacimientos al día, lo que representa 632 millones de nacimientos al año, equivalente a la población de Francia y España juntas.

El número de embarazos en México por año es de más de 4 millones, de los cuales el porcentaje de nacimientos deseados es de 60%, en tanto que los no deseados representan el 23% y el 17% de los embarazos terminan en abortos.

Anualmente se practican aproximadamente 6 millones de abortos en el mundo, en los que mueren entre 60 y 70 mil mujeres por realizarlos en condiciones insalubres; dicho problema es más grave en niñas de entre 15 y 19 años de edad, ya que practican más abortos que las mujeres entre 19 y 25 años. Asimismo, se tiene registrado que cada minuto muere una mujer por problemas relacionados con el parto, de las cuales 600 mil podrían evitarse si las mujeres tuvieran acceso a los servicios básicos de salud.

Respecto al número de abortos en México, se estima que aproximadamente se ocupan un millón 700 mil camas por abortos inducidos y 600 mil camas por abortos espontáneos en los servicios de salud de nuestro país; donde la tasa anual de abortos por cada 100 mujeres en edad reproductiva es de 2.33%, y el porcentaje de mujeres dentro de la misma edad que han experimentado un aborto es de 17.8% (INEGI, 2001)

Por otro lado, la tasa de mortalidad materna en las dos últimas décadas disminuyó considerablemente: entre 1980 y 1997 se redujo a más de la mitad, al pasar de 9.5 a 4.7 defunciones por cada 10 mil niños nacidos vivos; no obstante, los problemas de salud para las mujeres en edad reproductiva persisten, y este tipo de causa de muerte se podría prevenir si existiera una adecuada atención antes, durante y después del parto, ya que se atenderían a tiempo las complicaciones y se proporcionaría una atención oportuna.

La mayor incidencia de muertes maternas se deben a déficits en el funcionamiento del riñón, que se manifiestan con hinchazón, edema, proteinuria y trastornos hipertensivos durante el embarazo, parto y puerperio (33.7%) y a hemorragias durante el embarazo, parto y posparto (17.3%), asimismo, otra de las causas que impacta notablemente en la mortalidad materna son las complicaciones del puerperio; los decesos de 9 de cada 100 mujeres que fallecen por problemas reproductivos se deben a causas atribuibles a complicaciones dentro de los 42 días posteriores al parto, según las estadísticas de mortalidad de 1998 de la Secretaría de Salud.

Por otro lado, el uso de métodos anticonceptivos, es un otro punto importante a considerar en la salud sexual y reproductiva de la mujer.

Las estadísticas reflejan que entre 1976 y 1997 el porcentaje de mujeres en edad fértil que conocían al menos un método se incrementó de 89% a 96.6%, siendo las pastillas el principal método anticonceptivo conocido por las mujeres en edad reproductiva (93.6%), seguido por los condones (90%), ambos métodos son conocidos por 9 de cada 10 mujeres; el DIU ó Dispositivo intrauterino (89.7%); la Salpingoclasia (89.4%); las inyecciones (88.6%) y la vasectomía (81%) (INEGI, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1997).

En cuanto a la prevalencia del uso de anticonceptivos, se ha incrementado en más del 20% en el periodo 1979-2000 ya que en 1979 únicamente el 62.2% de las mujeres en edad fértil usaban algún método anticonceptivo, mientras que en el año 2000 este indicador ascendió a 77.4% y el grupo de edad que más

los usa corresponde de los 30 a los 39 años. Como se puede observar los métodos actuales como el condón femenino y el norplant, no son muy conocidos dentro de la población femenina, pues menos del 15% lo conocen según la citada encuesta.

Por otro lado, a nivel nacional la mortalidad por cáncer cérvico uterino afecta primordialmente al grupo de mujeres de entre 15 y 64 años de edad y ha descendido paulatinamente, pasando de una tasa de 5.27 defunciones por 100 mil habitantes en 1990 a 4.8 en 1997 (Secretaría de Salud. Ciudad de México, 2000).

En el Distrito Federal la mortalidad por esta causa ha tenido un comportamiento similar al nacional, ya que en 1990 las defunciones por tumores malignos también ocuparon el segundo lugar en mortalidad general.

En la actualidad existen infinidad de microorganismos patógenos que se transmiten por contacto sexual y que incluyen agentes bacterianos, virales, protozoarios, hongos y ectoparásitos.

En México como a nivel mundial las infecciones de transmisión sexual (ITS) representan un problema de salud pública; a nivel nacional son una de las diez primeras causas de morbilidad, con un promedio de 220 mil casos anuales; presentando una tendencia a la baja las ITS clásicas como la sífilis, la gonorrea, el chancro blando y el linfogranuloma, a diferencia de las llamadas de nueva generación como la hepatitis B, el herpes genital, las infecciones por el virus del papiloma, algunos serotipos del condiloma acuminado (que si no es tratado puede provocar cáncer) e infecciones por chlamydia trachomatis, que en la actualidad aumentan de manera considerable y que no son curables pero sí prevenibles.

En el país, como en otros países en desarrollo, el conocimiento de la situación epidemiológica de las ITS se dificulta por no existir un registro, sin embargo, de 1990 a 1996 se observó un descenso de sífilis adquirida con 4.5 casos por 100 mil habitantes a 1.5, la gonorrea de 24.5 a 13.6; sífilis congénita

de 0.09 a 0.06, chancro blando de 0.9 a 0.7 y herpes genital de 3.6 a 3.1 en relación con linfogranuloma venéreo, tricomoniasis y candidiasis que muestran una tendencia al ascenso de 0.2 a 0.3, 116.1 a 119.6 y 89.6 a 136.2 respectivamente y con hepatitis B que muestra un comportamiento estable en 0.6 por cada 100 mil habitantes.

Todas estas infecciones representan un alto riesgo para la propagación de la infección por el VIH, ya que la presencia de otras ITS (principalmente las ulcerativas) aumentan la transmisión del virus, facilitando la entrada de éste a través de las lesiones.

La Tabla 11 muestra la incidencia de infecciones de transmisión sexual por padecimiento a nivel nacional en el año de 1998.

TABLA 11
INCIDENCIA DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN
SEXUAL POR PADECIMIENTO, 1998

INFECCIÓN	NUMERO DE CASOS
Candidiasis urogenital	29, 373
Tricomonas urogenital	20, 143
Gonocócica	2, 278
Herpes genital	638
Sífilis adquirida	245
Chancro blando	119
Linfogranuloma	52
SIDA	1, 487

Fuente. DGE. Notificación Inmediata de casos de SIDA.

Desde el inicio de la epidemia, hasta el 30 de noviembre del 2001, en México se han registrado de manera acumulada 51 mil 196 casos de SIDA, de las cuales sólo se encuentran vivas 19 mil 899, es decir, el 38.9%. Durante el período 1988-1999, las defunciones por SIDA ascendieron a 35 mil 312, de las cuales el 86.2% corresponden a varones y el 13.8% a mujeres. A nivel nacional, el SIDA ocupa el lugar 16 como causa de muerte, con una tasa de 4.3 por cada 100 mil habitantes (Conasida, 2001).

El problema de las ITS es muy grave ya que pueden existir complicaciones y secuelas que afectan a las mujeres; si se encuentran embarazadas, las complicaciones varían desde embarazos ectópicos, partos prematuros, ruptura prematura de membranas y abortos. En el recién nacido pueden existir anomalías congénitas, artritis séptica, sífilis congénita, oftalmía blenorragica y ceguera. También pueden existir graves consecuencias para la salud reproductiva como enfermedad pélvica inflamatoria, infertilidad ó esterilidad entre otras.

Una estrategia adecuada para prevenir las ITS debe considerar aspectos como prevención del riesgo, educación sexual informada y veraz (no valorativa), para interrumpir su propagación y brindar atención oportuna y seguimiento de los casos para evitar complicaciones, secuelas e incluso la muerte.

Como se puede observar los conceptos de salud sexual y reproductiva, contemplan a la población en un proceso a lo largo de su vida; de ahí la importancia de crear Programas de Salud Sexual específicos. El Distrito Federal que concentra el 9% de la población de la República Mexicana, ha impulsado diversos programas de salud sexual y reproductiva al igual que otros estados de la república, con el fin de armonizar la dinámica demográfica y que contemplan tres componentes fundamentales: Planificación Familiar, Salud Perinatal y Salud de la Mujer.

En general, las reglas que rigen las relaciones sexuales difieren entre mujeres y hombres, siendo estos últimos los que acaparan casi todo el poder, lo cual significa que para muchas mujeres, principalmente para las amas de casa, el comportamiento sexual de sus parejas masculinas es el factor de riesgo más importante para contraer infecciones de transmisión sexual, incluyendo al VIH/SIDA.

2.4. MUJER Y VIH/SIDA

En este apartado se plantea la situación de la mujer ante la epidemia del VIH/SIDA, misma que se ha convertido en una situación alarmante, porque en

los primeros años de la epidemia, los hombres superaban fácilmente a las mujeres entre las personas infectadas por el VIH; sin embargo, en la actualidad ellas constituyen cerca del 50% de todas las personas que viven con VIH en todo el mundo, sobresaliendo África Subsahariana con el 57%.

En África Meridional, donde casi todas las familias están afectadas por el SIDA, las mujeres superan a los hombres en una proporción de 2:1, sobre todo, en algunos grupos de edad.

La epidemia de VIH/SIDA desde sus inicios fue abordada, como tantos otros problemas de salud, desde un modelo donde se divide a la humanidad en "grupos de riesgo", en lugar de concretar en cada persona una práctica específica. Esta visión errónea, ocasionó que infinidad de personas se infectarán, pues creían que al no estar incluidas en los llamados "grupos de riesgo", no corrían peligro de contraer el VIH, pues muchas personas creen que el VIH/SIDA es un problema de salud que sólo afecta a los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, a personas que se dedican a la prostitución, así como a usuarios de drogas y a sus parejas. Sin embargo, tal interpretación del fenómeno no del todo real, ya que contrario a este planteamiento, muchos grupos aparentemente sin riesgo alguno, se han infectado; tal es el caso de las mujeres ya que cuando se incluían en el análisis de la epidemia, sólo se involucraba a las trabajadoras sexuales como parte de los llamados 'grupos de alto riesgo'. Hoy, a más de 20 años de los primeros casos de VIH/SIDA reportados, las mujeres dedicadas a tareas del hogar se encuentran, en nuestro país, en un tercer lugar respecto al listado de número de casos según ocupación. Las trabajadoras sexuales, en esta lista, ocupan el sitio 16, por lo tanto estas mujeres gozan de mayor protección que las amas de casa, que no tienen el 'permiso social' de pedir o negociar una relación sexual sin riesgo.

A pesar de que la evolución de la epidemia varía de país a país de acuerdo con el tipo dominante de transmisión, hoy en día resulta evidente el aumento progresivo de casos del VIH/SIDA en mujeres en el mundo entero.

Aunque actualmente la comunidad científica internacional reconoce la importancia de la infección de VIH/SIDA en la mujer, en la literatura internacional se ha documentado ampliamente el retraso con el que se empezó a abordar la problemática específica de las mujeres con respecto a dicha infección, y en especial la de aquellas que no se dedicaban al sexo comercial.

Para la segunda mitad de los 80's en muchas partes del mundo el VIH/SIDA era ya la primer causa de mortalidad entre mujeres en edad reproductiva, a pesar de ello el alcance de la infección en esta población no captó la atención mundial, sólo hasta que se habló de ello en la realización del Día Mundial de la Lucha contra el VIH/SIDA el 1° de diciembre de 1990, ya que ese año, se dedicó al VIH/SIDA y la mujer, lo cual condujo a una repentina explosión de publicaciones sobre la mujer, en las que se mencionaba la necesidad de mayor información (Berer, 1993).

Las mujeres han sido afectadas de una manera muy importante por esta epidemia, según la Organización Mundial para la Salud:

- De los 37.6 millones de personas que viven con VIH/SIDA en el mundo, 17 millones son mujeres.
- De las 2.1 millones de personas que fallecieron de SIDA en 1999, 1.1 millón fueron mujeres.
- Medio millón de niños menores de 15 años de edad son VIH positivos, la mayoría infectados por la transmisión de madre-hijo.
- Entre adultos VIH positivos, las mujeres representan el 55% en África Subsahariana, el 30% en el suroeste de Asia, el 20% en Europa, el 20% en los EE.UU. y el 16.4 de casos acumulados en México.
- En México por vía sexual el 37%, por transfusión sanguínea el 27%, de las cuales el 62.9% son amas de casa.
- En México, para el 1 de enero de 2000 existían 42 mil 762 casos totales de SIDA acumulados desde el comienzo de la epidemia 14.2% pertenece a casos femeninos.

- En 1987 había una mujer con VIH/SIDA por cada 24 varones, en México para 1995 la proporción era de 1 por cada 4 varones, según las estadísticas de CONASIDA.
- En 1999, el 40% de las mujeres estadounidenses con SIDA declararon que fueron infectadas a través de la transmisión heterosexual del VIH.

En México la primer mujer a la que se le diagnosticó el VIH/SIDA, fue un ama de casa de 52 años, cuya única conducta de riesgo conocida era mantener relaciones sexuales con su marido sin la utilización de condones (Letra S, Marzo, 4, 1999).

“En 1985 se notificó el primer caso femenino de SIDA en México, para 1987 había 23 hombres infectados por cada mujer reportada con SIDA. Durante los siguientes años, esa proporción fue disminuyendo, y en septiembre de 1996 se registró, en promedio, una relación Hombre: Mujer de 6:1” (Rico, Uribe, Panebianco, 1997, p. 661).

De manera semejante, algunas entidades federativas tienen razones hombre: mujer de casos de SIDA menores a la media nacional de 6:1, como son el Estado de México, Colima y Guanajuato con 5:1; Chiapas y Nayarit con 4:1; Hidalgo, Jalisco, Morelos y Puebla con 3:1 y Tlaxcala con 2:1; mientras que en otras entidades las razones son claramente superiores a la media nacional, tal es el caso de Campeche, Tamaulipas y Zacatecas con 8:1; Distrito Federal, Tabasco, Veracruz y Yucatán con 9:1; Aguascalientes 10:1; Coahuila y Sonora con 11:1; Baja California Sur y Chihuahua con 13:1; Nuevo León 14:1 y Durango 17:1. Por lo tanto se consideran entidades de alto riesgo de SIDA en mujeres a Jalisco, Morelos, Puebla, Tlaxcala, Nayarit y el Estado de México. Respecto a la distribución de los casos por edad, existe una mayor concentración en los grupos de 20 a 49 años (60% de los casos de mujeres), con una tasa que oscila entre 111 y 145 por millón de habitantes. En cuanto a la distribución geográfica, las entidades que concentran el mayor número de casos en mujeres son el Distrito Federal con 567 (20.5%), Jalisco con 561 (20.3%), Estado de México con 420 (15.2%), Puebla con 280 (10.1%) y Morelos con 113 (4.1%). Del total de casos en mujeres, 5.6% corresponden a personas

cuyo lugar de residencia habitual es un área rural y el resto (94.4%) son mujeres que viven en áreas urbanas; sin embargo la tasa de incidencia acumulada de SIDA en mujeres del área rural es de aproximadamente 13.4 por millón de habitantes, mientras que la correspondiente en mujeres de áreas urbanas es de 74.9 por millón de habitantes con una razón de morbilidad de 1:5.6 (Valdespino, J., et. al. Gomez, M., Garcia M., Del Rio, A., Loo, E., Magis C. 1995).

En la actualidad existe una clara conciencia de la inevitable tendencia a la heterosexualización del VIH/SIDA en países donde al inicio de la epidemia había un número mucho mayor de casos en hombres que en mujeres, así como de la profundización del impacto del SIDA entre las mujeres en países donde inicialmente sí hubo una relación proporcional entre los sexos, y en los que recientemente se aprecia inclusive, una tendencia a presentar una mayor proporción de mujeres afectadas que de hombres, como en Uganda donde se ha alcanzado una razón de 1.4 mujeres afectadas por cada hombre infectado.

En México, el VIH/SIDA ocupa desde 1992, el lugar número doce como causa de muerte en mujeres entre 25 y 34 años, mientras que en 1988 ni siquiera se ubicaba entre las primeras veinte causas de muerte.

Como se puede observar y de acuerdo a datos mencionados anteriormente, las mujeres son el grupo que más está creciendo en cuanto a casos de infección por el VIH y la transmisión heterosexual supone más de la mitad de los casos.

El incremento en el número de mujeres infectadas por el VIH, se hace especialmente necesario abordar los factores específicos que contribuyen a la vulnerabilidad y el riesgo de las mujeres; los cuales resultan cada vez más evidentes y obedecen a factores de tipo biológico, cultural, económico y social:

- Factores Biológicos

Las mujeres son físicamente más vulnerables a la infección por el VIH que los hombres. Los datos de diversos estudios señalan que la transmisión de hombre a mujer durante el acto sexual es unas dos veces más probable que la

transmisión de mujer a hombre, siempre que no ocurran otras infecciones de transmisión sexual.

La mujer puede contraer el VIH a través de todas las vías conocidas de transmisión. Sin embargo, Richardson (1990) afirma que el mayor riesgo para ellas lo representan las relaciones sexuales sin protección con un hombre infectado, ya que las mujeres son biológicamente más vulnerables porque son la parte receptiva en el coito heterosexual y una gran superficie de la mucosa vaginal se expone al semen, que contiene una mayor concentración de virus que el fluido vaginal; asimismo, microlesiones ocasionadas por el sexo podrían funcionar como puntos de entrada para el virus; entonces la mujer tiene mayor riesgo de infectarse por el VIH/SIDA o cualquier otro patógeno sexualmente transmisible, que el hombre.

Por otro lado, para las mujeres jóvenes, esta vulnerabilidad aumenta debido a que su inmadurez genital impide que su mucosa funcione como una barrera efectiva contra los patógenos.

La OMS, ha estimado que en las relaciones heterosexuales, las mujeres son de dos a cuatro veces más vulnerables a la infección por VIH que los hombres. Una de las razones de esta mayor vulnerabilidad es la magnitud del agente patógeno. El semen de un varón infectado contiene una cantidad de células infectadas por VIH muy superior a la presente en los fluidos vaginales de una mujer infectada; además el epitelio vaginal y rectal es mucho más vulnerable a infecciones que el que cubre al pene y el virus puede mantenerse vivo por más tiempo en esos tractos, con una superficie de contacto mucho mayor.

Otro aspecto del riesgo para la mujer, es la que tiene una perspectiva epidemiológica, debido a que sus compañeros sexuales generalmente son de mayor edad y experiencia sexual; ellas tienden a relacionarse sexualmente y a casarse con hombres mayores, lo que implica que ellos han tenido más parejas sexuales por lo que se incrementa la probabilidad de haberse infectado, además de que con frecuencia se ignoran conductas de riesgo en el compañero

(bisexualidad, consumo de drogas inyectables, relaciones sexuales con varias personas, etc.), por las cuales podría haber exposición al VIH y a otras infecciones de transmisión sexual.

También, muchas mujeres son violadas o se ven obligadas a intercambiar sexo por favores materiales para sobrevivir y ambas conductas son sumamente peligrosas porque aumentan el riesgo de microlesiones por donde el VIH puede entrar.

■ Socioeconómico-culturales

La transmisión del VIH no es un fenómeno que se produce al azar, la propagación del virus está profundamente influida por el entorno social, económico y político; de esta manera el mayor riesgo de las mujeres también es un reflejo de las desigualdades por razón de sexo.

En los últimos años, la proporción global de mujeres VIH-positivas ha aumentado progresivamente. En 1997, las mujeres constituían el 41% de las personas con VIH; en el 2002, esta cifra había llegado casi al 50%. Esta tendencia es más marcada en los lugares donde las relaciones heterosexuales representan la vía predominante de transmisión, especialmente el Caribe y África Subsahariana.

En ningún otro lugar la “feminización” de la epidemia es más evidente que en África Subsahariana, donde el 57% de los adultos infectados son mujeres y el 75% de los jóvenes VIH-positivos son mujeres y diversos factores sociales están favoreciendo esta tendencia.

El comportamiento sexual socialmente esperado es diferente entre hombres y mujeres. Se considera que la mujer debe ser pasiva y sumisa durante las relaciones sexuales, y además debe llegar virgen al matrimonio. Asimismo, la sociedad impone estándares distintos entre hombres y mujeres en lo que a la fidelidad conyugal se refiere. En el hombre es permitido tener relaciones sexuales fuera del matrimonio; incluso en algunos medios eso es

fomentado, pero estas relaciones casi siempre son clandestinas. Esto conduce, en muchos casos, a una situación en la que se hace muy difícil que la mujer se proteja de la transmisión sexual del VIH. De hecho, en muchos países la principal “práctica de riesgo” para una mujer es tener relaciones sexuales con su esposo o pareja estable sin protección, ya que en la mayoría de los casos una mujer no puede exigir fidelidad al hombre y también es imposible decirle “no” o negociar el uso de un condón.

Las desigualdades por razón sexo en muchas regiones dificultan considerablemente que las mujeres negocien el uso del condón. Por otra parte, la violencia sexual que lesiona tejidos y aumenta el riesgo de la transmisión del VIH, es un fenómeno generalizado porque en los países donde la prevalencia de la población general es alta y las mujeres tienen una posición social baja, existe un riesgo elevado de infección por el VIH a causa de la violencia sexual.

Si la mujer se niega a tener sexo o pide el uso del condón, el hombre con frecuencia sospecha infidelidad, por esta razón, la mujer es puesta en riesgo de ser abusada al negar el sexo o pedir que su pareja se proteja con el uso del condón.

Muchas mujeres no conocen las prácticas sexuales de sus compañeros fuera de los límites de la propia relación de pareja, por lo que no tienen conciencia de estar en riesgo, la mayoría de las mujeres no pueden cuestionarle al marido su conducta y si lo hacen se exponen a situaciones de conflicto potencialmente violentas; aún más, aquellas que sí tienen alguna percepción de estar en riesgo, es poco lo que pueden hacer para negociar la adopción de medidas que las protejan de un eventual contagio.

También existen diversos factores que inciden en que la transmisión sexual y sanguínea de VIH en hombres y mujeres, presenten diferencias significativas según la región geográfica en que habiten. Millones de mujeres viven en precarias condiciones socioeconómicas, tanto en áreas urbanas como rurales. Muchas de ellas se encuentran en desigualdad de condiciones ante la

sociedad, por lo que su salud se ve mucho más deteriorada que la de sus hijas, hijos, madres, padres, suegras y suegros.

Este problema del VIH/SIDA en población femenina no se limita a las conductas personales; más bien se relaciona íntimamente con la condición que la sociedad le ha dado a las mujeres, pues la mayoría de ellas están destinadas a vivir de acuerdo con roles tradicionales rígidos y frecuentemente sus decisiones son tomadas por otros, generalmente los hombres.

Por otro lado, cuando el SIDA entra a una familia por medio del hombre, la mujer se ve afectada profundamente aunque ella no esté infectada, pues no sólo implica una mayor carga emocional y familiar, sino que, con frecuencia, queda viuda a consecuencia del SIDA, es rechazada y discriminada por la sociedad y aun por su misma familia. Si la mujer se encuentra también infectada, tiene poca posibilidad de recibir atención médica y psicológica adecuada. Cuando se le atiende, suelen ignorarse necesidades particulares como mujer y como madre de un hijo que puede ser que esté infectado, o bien que vaya a quedar pronto huérfano a consecuencia del SIDA. De hecho en el año 2000 de 5 a 10 millones de niños resultaron huérfanos por el SIDA en el mundo.

La desigualdad de oportunidades educativas y laborales de las mujeres, aunadas a la persistencia de roles genéricos tradicionales, desemboca en la dependencia y falta de poder social de las mujeres, lo que en el contexto del VIH/SIDA tiene consecuencias graves. Del mismo modo, problemas como violencia doméstica, falta de acceso a información, falta de toma de decisiones, dependencia económica, etc. las lleva a ser más propensas a enfermarse.

Para las mujeres que viven en países en vías de desarrollo, esta situación es aún más precaria: los niveles de analfabetismo son más altos en este sector que entre los hombres, el acceso a la educación frecuentemente es más limitado para las niñas que para los niños y, las mujeres en general, tienen una mayor probabilidad de vivir en la pobreza.

Como puede observarse, la vulnerabilidad social de la mujer responde a factores culturales, estereotipos de conducta y creencias de sumisión femenina y dominación masculina en las relaciones sexuales, el menor acceso a la información y servicios así como la disparidad laboral, que las lleva a vivir en peores condiciones económicas, cuando tratan de ejercer su independencia, por lo que se les dificulta a ejercer el control de su salud sexual y reproductiva.

Esta dependencia económica, social y emocional las orilla a no poder rechazar una práctica sexual de riesgo, asimismo, debe señalarse que son escasos los métodos de prevención controlados por la mujer; en el caso del condón femenino, éste todavía es de difícil acceso y precio elevado.

Por otro lado, el VIH/SIDA, también tiene un impacto desproporcionado en sus actividades, porque sus papeles definidos socialmente como cuidadoras, esposas, madres y abuelas implican que deben asumir la mayor parte de la carga asistencial del SIDA. Cuando la enfermedad y la muerte conducen al empobrecimiento de un hogar o comunidad, las mujeres y niñas resultan aún más afectadas debido a su baja posición social y a la falta de oportunidades económicas.

En muchos países, las mujeres son las cuidadoras, productoras y protectoras de la vida familiar, lo cual significa que soportan la carga más pesada del SIDA. Las familias pueden retirar a las mujeres jóvenes de la escuela para que cuiden a parientes infectados con el VIH; las mujeres ancianas a menudo sobrellevan la carga asistencial cuando enferman sus propios hijos adultos y más tarde pueden convertirse en los padres suplentes de sus nietos.

Por su parte las mujeres jóvenes que enviudan a causa del SIDA pueden perder su tierra y sus propiedades después del fallecimiento del esposo y recae sobre ellas la responsabilidad de ganarse el sustento de la familia, y en el caso de que algunas de ellas estén embarazadas, podrían también enfrentar presiones legales, médicas y sociales, ya sea para abortar o para esterilizarse.

Al respecto, grupos defensores de la mujer argumentan que ellas deberían tener la libertad de decidir sobre sus cuerpos, incluso si esto significa dar a luz a un hijo VIH positivo, porque se sabe que una combinación de AZT durante el embarazo junto con la elección de tener una cesárea disminuye el riesgo de transmitir el VIH al feto y en caso de que la mujer con VIH decida seguir su embarazo necesitara cuidados especiales para mejorar las posibilidades de mantener su salud y tener un bebé saludable.

Pese a los riesgos que presenta la mujer ante el VIH/SIDA, se han estudiado algunos factores psicosociales que dificultan que la mujer los perciba o bien que tome decisiones sobre las medidas de prevención que debe asumir.

Para evaluar distintas estrategias de intervención, se han llevado a cabo investigaciones cualitativas y cuantitativas que permiten conocer mejor el comportamiento sexual de las mujeres mexicanas, la forma en que constituyen los significados de la sexualidad y los factores que las motivan a adoptar o no medidas preventivas, sin embargo, todavía es mucho lo que falta por hacer en estos campos.

Por su parte, un estudio realizado en 1995 por el Instituto Nacional de Salud Pública, (Del Río, A., Ligouri, A., Magis, C., Valdespino, J.L., García, M.L., Sepulveda, J., 1995, p. 581-591) presenta un análisis de la evolución de los casos de SIDA y la seroprevalencia de infección por VIH en mujeres en México, desde el inicio de la epidemia hasta el primer semestre de 1994, el cual resulta importante retomar:

Desde 1985 en que se presentaron los primeros casos de SIDA en mujeres y hasta el 1 de junio de 1994, se había acumulado un total de 2 mil 767 casos de SIDA en mujeres, que corresponden al 14.8% del total acumulado. Según dicho estudio, del total de casos de SIDA notificados en mujeres, 57% ya han fallecido, 36% seguían vivas y del 7% restante se desconocía su evolución. Los padecimientos asociados con mayor frecuencia a la infección por VIH en este grupo son el "síndrome de desgaste" (66%), las manifestaciones neurológicas (13%), la tuberculosis (11%) y la neumonía por *Pneumocystis carinii* (9%); las neoplasias ocupan un lugar relativamente poco importante, con 2.7% y 2.1% asociados al Sarcoma de Kaposi. En México el promedio de sobrevida de las mujeres con SIDA es de 12.5 meses, cifra muy semejante a la de los varones (12.6 meses). Al analizar el perfil sociodemográfico de las mujeres del estudio con SIDA en México, se encontró que la mayor parte eran casadas o unidas (51.4%), con un nivel de escolaridad

relativamente bajo (5.6% eran analfabetas, 31% tiene un nivel de educación primaria o menor) y su ocupación era ama de casa (57.7%). Dicho perfil concuerda, en general, con el de la mayoría de las mujeres mexicanas. No obstante, 9.5% de estas mujeres eran viudas al momento de la notificación, 13% eran solteras y 4.9% eran divorciadas o estaban separadas. Entre las mujeres que declararon una ocupación diferente a la de ama de casa estaban 7.1% empleadas, 4.5% trabajadoras de servicios públicos, 4.1% maestras, 3.3% comerciantes, 2% obreras y trabajadoras domésticas, 1.6% técnicas y 1% profesionales. Sólo en 53 casos de SIDA en mujeres, (1.9%) declararon la prostitución como ocupación.

Respecto a la prevención, como antes a las mujeres no se les consideraba en peligro de contraer el VIH/SIDA, tampoco eran contempladas en los programas de prevención y tratamientos.

En la actualidad la mayoría de las mujeres mexicanas que adquirieron el VIH por vía sexual, se infectaron mediante las relaciones sexuales con su pareja, algunas por mantener relaciones con una o varias personas que a su vez tenían relaciones con otras, unas más por tener relaciones con personas cuyo pasado sexual y estado de salud les era completamente desconocido; todas ellas pudieron haber evitado la infección si hubieran adoptado alguna medida de prevención.

Por lo anterior, las mujeres respecto a la lucha contra el VIH/SIDA, se encuentran en clara desventaja frente a los hombres, debido principalmente, al entorno sociocultural en que se desenvuelven. Estas desventajas consisten en la escasa información, campañas y talleres dirigidos directamente a ellas, en la casi nula atención en las instituciones gubernamentales, en los escuetos procedimientos de investigación sobre el comportamiento del VIH/SIDA en este sector de la población, así como en las grandes barreras sociales y culturales que las mismas mujeres asumen en sus relaciones en la sociedad.

El problema reside en que una vez que se han informado sobre el sexo con protección, la mayoría de ellas se enfrentan al problema de cómo practicarlo, pues muchas no tienen la libertad de hacerlo, ya que, es "casi imposible" negociar el uso del condón con la pareja porque como se menciona anteriormente la mujer con características del "ideal materno" como el altruismo, donde lo importante es complacer al otro a costa de las propias

necesidades; la abnegación que hace ilusoria la toma de decisiones al establecer sólo vínculos unidireccionales donde únicamente se acatan las ordenes que el otro impone y por tanto se configura una relación jerárquica a consecuencia de complejas y mutuas dependencias; y la incondicionalidad, que implica entregarse renunciando a “todo” y sin esperar retribución alguna; son considerados como estereotipos que se contraponen con la solidaridad y los acuerdos propios del negociar, ya que esta no exige ni espera abnegación, al contrario implica una defensa de los intereses personales y el establecimiento de relaciones equitativas; de esta manera es importante resignificar la feminidad para favorecer el uso de medidas preventivas para evitar el contagio del VIH, como lo es el uso del condón.

Por otro lado, otro aspecto que les impide el uso del condón, es que quizá no tengan los recursos económicos para adquirir métodos de protección, además dependen de otras personas tanto emocionalmente como para su alimentación, casa y sustento y por tanto temen ser rechazadas o criticadas, tiene miedo de proponer a su pareja que use el condón, porque algunas creen que pensará que no les son fieles o que desconfían de él, además la violencia en las calles y en el hogar juegan un papel muy importante al limitar los derechos de la mujer sobre su vida sexual, ya que para algunas mujeres, ideas culturales como la religión y los modelos sociales impuestos, tienen un fuerte impacto en sus decisiones, porque señalan que los asuntos relacionados a la sexualidad les corresponden a los hombres.

De esta manera, las principales dificultades para la mujer en la labor de educación en relación al VIH/SIDA son, entre otras, las siguientes:

- Barreras psicológicas que se impone la misma mujer en su rol social; al pensar que la salud y la protección está supeditada a la decisión del hombre.
- Temor e inseguridad que les impide acudir a los diversos organismos en busca de ayuda y orientación.

- Presión social que se ejerce hacia la mujer.
- Rezagos en la investigación del comportamiento del VIH/SIDA en la mujer.
- Confusión con egoísmo al atenderse a sí mismas en vez de a sus hijos e incluso al marido, porque por tradición la mujer es la que cuida a los hijos, al marido y a los enfermos y a cambio descuida su propia salud.
- Creencia de que hablar sobre sexo y manifestar sus deseos sexuales, no es apropiado para las mujeres y puede derivar en dudas y preguntas sobre su moralidad.
- Comportamiento sexual, determinado por la dependencia económica de los hombres y por la amenaza de que éstos puedan retirarles su apoyo.

Como puede observarse las desventajas de la mujer ante la infección, también residen en la prevención y no sólo en su vulnerabilidad biológica, por lo tanto es necesario y urgente que se elaboren programas dirigidos especialmente a las mujeres, razón por la cual el presente trabajo pretende recabar datos importantes en relación a las mujeres y el VIH/SIDA.

Por otro lado, se han dado como opciones para evitar la transmisión del VIH la abstinencia sexual (siendo que una mujer frecuentemente no tiene esta opción, pues negarse a tener relaciones sexuales podría costarle la relación o en ciertos casos su vida); la disminución en el número de parejas sexuales (cuando la mayoría de las mujeres infectadas sólo tenían una pareja) y uso del condón (cuando su empleo depende de que el hombre quiera ponérselo y por lo tanto se requiere de un proceso de negociación). Todas estas “opciones” para la prevención excluyen a la mujer; por lo tanto la posibilidad de detener la epidemia tiene que ver con lo que se ha llamado la adquisición del poder de las mujeres.

Los programas de prevención tendrían que incrementar la autoestima y la confianza de las mujeres; tendrían que reconocer su valioso papel en la

sociedad y superar las tradiciones que las excluyen, ya que la mujer es nuestra aliada en la salud; porque frecuentemente es la proveedora de cuidados, de educación y de cultura, entre otras; así los esfuerzos para prevenir la diseminación del VIH/SIDA en las mujeres deben concentrarse entonces en la recuperación que hagan ellas de sus propios cuerpos, lo cual requiere de una reforma social integral, así como una reeducación individual.

Como se ha venido desarrollando, el efecto del VIH/SIDA en las mujeres no es el mismo que para los hombres, ya que como se mencionó anteriormente la vulnerabilidad a la que ellas están expuestas es mayor, y la siguiente historia permite poner de manifiesto esto, porque a pesar de la mayor vulnerabilidad biológica que presentan, son las desventajas jurídicas, sociales y económicas que enfrentan en la mayoría de las sociedades las que ocasionan que en todo el mundo se estén infectando en mayor proporción.

Lucía es una joven de 30 años de edad y carácter dulce, pocas veces deja de sonreír, al menos desde que la conozco, a pesar de que su vida no ha sido fácil: hace seis años su esposo y su segunda hija murieron a causa del VIH/SIDA. Hace memoria: *En 1990 a mi esposo le practicaron en su trabajo el examen de VIH/SIDA y resultó positivo; yo tenía tres meses de embarazo en ese entonces, y cuando él me comunicó sobre su infección, no le creí; el SIDA me parecía ajeno, pensé que había un error en los exámenes pues el tenía una gripe muy fuerte y había estado tomando medicamentos y yo, inocentemente me imaginé que por eso los resultados habían sido alterados.*

Sabía que Apolinar, su marido, tuvo relaciones sexuales con varias mujeres antes de casarse con ella...

Lucía siguió cuidando el que era su segundo embarazo y atendiendo a su familia: Apolinar y su hija Paty, de tres años de edad en ese entonces. Su esposo siguió trabajando, y ninguno se preocupó más.

En enero de 1993, Lucía dio vida a una niña que nació en buen estado de salud. Sin embargo, a finales de abril, Lucía enfermó y casi al mismo tiempo su niña también se vio muy afectada en su salud...

Un día empecé a tener fiebre y molestias como si fuera gripe, me pusieron una inyección pero seguía con la temperatura alta; la niña estaba aparentemente bien, pero por la noche, cuando estaba en su cuna, se empezó a estirar como si se fuera a morir; mi esposo le puso agua bendita y se calmó; más tarde Apolinar tuvo que salir y nuevamente la bebida se empezó a estirar... me asusté mucho ... no recuerdo cuánto tiempo estuve rezando hasta que ella se puso bien.

Después de esa ocasión, Lucía no tuvo leche para amamantar a su bebé y no quería estar sola en ningún momento. Se fue a vivir a la casa de sus padres llevando a sus dos niñas. Mientras, Apolinar permaneció en el hogar.

En la casa de sus papás, Lucía sufrió dolores muy fuertes en la boca del estómago, por lo que le fue imposible atender adecuadamente a sus hijas...

Tiempo después, Apolinar la visitó y ella se sorprendió al ver su grave desgaste físico: *Vi a mi esposo muy delgado y parecía muy cansado...*

El le explicó que por motivo de ese desgaste, en su trabajo lo habían mandado a consultar al médico en la clínica 46 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Ahí se le otorgó una incapacidad y se le practicaron nuevamente exámenes, confirmando el resultado positivo al VIH/SIDA. La doctora que lo atendió le recomendó que tanto Lucía como la bebé debían hacerse exámenes.

Apolinar llevó entonces a la Lucía y a la niña a la clínica... Después de un mes Apolinar recibió el resultado del examen de Lucía: *Ese día llegó mi esposo a la casa, yo lo veía muy nervioso, le pregunté que tenía; como no me dijo nada no insistí, pensé que ya después me diría lo que pasaba. Más tarde, cuando le empecé a dar pecho a la niña, Apolinar me pidió que no lo hiciera y no le hice caso; me volvió a decir muy enojado que no le diera, le pregunté ¿por qué no? Entonces me dijo que yo tenía lo mismo que él. Me puse a llorar pero no le reclamé en ese momento, mi preocupación eran mis hijas, pensaba que se iban a quedar sin padre y sin madre, sin que nadie viera por ellas. Por el momento, no dejé de alimentar a la niña porque no tenía otra cosa que darle pero de inmediato nos fuimos a la clínica para que me dieran leche de fórmula.*

En la clínica la doctora que atendió a Lucía la tranquilizó diciéndole que con medicamentos y atención médica permanente podría vivir muchos años. Sin embargo, ella se sentía muy sola, muy triste porque pensaba que tarde o temprano moriría y sus hijas se quedarían en el desamparo.

A la semana, Lucía había perdido seis kilos: tenía diarrea y fiebre, además se le había caído el cabello y estaba muy deprimida. Con dolor recuerda: *Yo pensaba que me iba a morir antes que Apolinar y no me parecía justo, él me había infectado y me preguntaba porque me debía ir yo primero.*

A pesar de todo esto Lucía fue recuperando un nivel de salud adecuado; sabía que debía mantener su fortaleza por sus hijas que tanto la necesitaban; deseaba estar bien el tiempo que Dios le permitiera permanecer con ellas.

Mientras la bebé siguió presentando diarreas y su estado se agravó: Lucía acudió de inmediato al Instituto Nacional de Pediatría (INP), en tanto que su esposo llevó a la niña mayor a casa de sus suegros para que la cuidaran. Lucía pasó todo el día en el hospital con su hija...

Después de una semana el estado de salud de la bebé se estabilizó y fue dada de alta. Sin embargo, a los dos días recayó; esta vez Apolinar llevó a su hija al hospital e informó a los médicos que su esposa y él eran positivos al virus del SIDA.

Lucía recuerda: *La segunda vez que internamos a la niña en el DNP le hicieron el examen... y resultó positivo. Le aplicaron medicamentos y nuevamente realizaron el estudio, el cual esta vez fue negativo. La niña seguía muy enferma por lo que se intentó un nuevo tratamiento y un tercer estudio que resultó positivo; le siguieron dando medicamentos y le practicaron nuevamente la prueba del VIH/SIDA y el resultado se confirmó: mi hija era positiva.*

La niña permaneció en el hospital y empezó a presentar fiebre, diarrea, pérdida considerable de peso y *algodoncillo* (candidiasis). Después de varias semanas, el 21 de Septiembre de 1993, la niña fue entregada a su madre, pues de acuerdo a la opinión del médico, ya estaba desahuciada; Lucía desesperada, se la llevo sin saber que hacer. Decidió ir a la Basílica de la Virgen de Guadalupe. Tristemente comenta: *Cuando estuve delante de Nuestra Señora le pedí que mejorara a mi hija si debía permanecer en este mundo conmigo, y si no, que mejor se la llevara para que no sufriera más. Estaba yo orando delante de la Virgen cuando mi niña empezó a agonizar; unas mujeres que estaban ahí se dieron cuenta y me sacaron de la Basílica para tratar de llevarme al Centro de Salud más cercano; cuando lograron encontrar un taxi, mi bebé ya estaba muerta.*

Las personas que habían intentado llevar a Lucía al centro de salud le recomendaron que cobijara bien a su hija. *Me fui en metro de regreso al hospital con el cadáver de mi hija bien envuelto; me bajé en la estación Etiopía para hablar por teléfono a mi marido y avisarle que nuestra hijita había muerto y que iba a pedir el acta de defunción al hospital.*

...Lucía y su esposo arreglaron sus cosas y se fueron a un pueblo a enterrar a la niña, viviendo una especie de sueño no deseado. Después del entierro Lucía le reclamó a su marido: *Apolinar trató de abrazarme y yo lo rechacé, lo culpe de la muerte de mi hija; le dije que por un momento de placer suyo había perdido su vida y la de nosotros; yo estaba llorando... En ese momento entró mi madre y le dijo a mi marido: ¿Verdad que mi hija no te quiere?; y él le contesto: no. En ese momento yo lo detestaba.*

Hasta ese momento tanto los padres de Lucía como sus suegros desconocían la situación que vivía la pareja. A las dos semanas del entierro de su bebita, Apolinar sufrió una embolia por lo que tuvo que ser hospitalizado. El médico que lo atendió recomendó a Lucía hablar con sus familiares, los padres respondieron en forma positiva, y una de sus hermanas se hizo cargo de Paty para que ella pudiera permanecer en el hospital con Apolinar. La reacción de su suegra fue comprensiva e incluso cuidó a su hijo durante su internamiento. Sin embargo, la relación entre ellos poco a poco se fue deteriorando. Lucía recuerda: *Un día en el hospital escuche a mi suegra quejarse de mí con uno de mis cuñados; decía que yo la maltrataba pues le limitaba el dinero, que la dejaba ir sola al hospital y que no me ocupaba lo suficiente de mi marido. No dije nada, pero cada vez notaba más coraje en su mirada. Creo que lo que más le molestaba era que no podía culparme directamente de la enfermedad de su hijo.*

Después de dos meses en el hospital, sufriendo diversos e intensos dolores y la pérdida de muchos kilos de peso, Apolinar murió el 23 de Noviembre de 1993.

Dos días después de haber sepultado a su marido, Lucía discutió con su suegra quien se negaba a entregar las escrituras de unos terrenos propiedad de la pareja. Comenta: *Según ella, yo no había dado nada de dinero para comprarlos; yo quería que quedara como propiedad de mi hija; afortunadamente el resto de la familia de mi marido la pudo convencer y ahora, por lo menos uno es para mi hija.* Apolinar dejó también dos seguros de vida: uno a nombre de su madre y otro a nombre de Lucía. El cobro de ambos pudieron hacerlo dos años después.

Estos problemas no eran los únicos, el IMSS le negaba la atención médica como la pensión que le correspondía a su esposo, por alegar que no había cotizado lo suficiente, sin embargo Lucía ya había escuchado hablar de los derechos humanos y buscó ayuda y se le dio nuevamente la atención médica que requería.

Ahora tengo la garantía de que no me van a quitar otra vez la atención médica, tengo en mi poder un papel de la Contraloría Interna de Seguro Social que lo dice, y ya no estoy sola, hay gente que me apoya. (Centro de Derechos Humanos Miguel Agustín Pro Juárez, 2000).

Laura Hernández García
ProPositivo
Centro de Derechos Humanos
"Miguel Agustín Pro Juárez", A.C.

La desigualdad social entre hombres y mujeres ha sido fundamental en la propagación del VIH en la población femenina.

Los programas de prevención para la población en general se han centrado en la estrategia antes mencionada "ABC", abstinencia, retraso del inicio de la actividad sexual y seguridad, manteniendo la fidelidad o reduciendo el número de parejas sexuales y uso correcto y sistemático del condón; sin embargo, este enfoque tiene muchas limitantes para las mujeres, ya que muchas de ellas carecen de poder social y económico, y generalmente viven con una violencia simbólica sumamente agresiva por parte de los varones, que las ubica en una posición de alto riesgo para contraer la infección.

Como puede observarse a lo largo de los dos capítulos anteriores, el VIH/SIDA es una enfermedad que por sus características e incidencia se ha convertido en una epidemia en todo el mundo, la cual se ve favorecida por la falta de información, ya que muchas veces por ignorancia la gente pone en peligro su salud al practicar conductas de riesgo como ha sucedido con una de las poblaciones más vulnerables: las mujeres.

En los últimos años esta población se ha venido infectando de manera alarmante, incluso se habla de un proceso de feminización del SIDA, cuyos principales factores de riesgo son: la inequidad de género y la falta de empoderamiento que experimentan muchas mujeres y en especial las amas de casa.

Es por ello, que se considera relevante trabajar con dos muestra de mujeres amas de casa, una perteneciente al Centro Comunitario Felipe Pescador y la otra de mujeres infectadas de VIH del Hospital Infantil de México y de la Casa Árbol de la Vida con la finalidad de crear un primer acercamiento para conocer el significado del VIH/SIDA en esta población tan vulnerable.

CAPÍTULO 3

MÉTODO

La enfermedad del VIH/SIDA, es un problema de salud pública de graves consecuencias, por lo que surge la necesidad de seguir en su estudio, sobre todo en poblaciones altamente vulnerables como lo son las mujeres.

En África Subsahariana, la mayoría de quienes viven con el virus o padecen el síndrome son las mujeres y la mayor parte de ellas han contraído el virus a través de relaciones heterosexuales. En México, uno de cada seis pacientes es mujer.

Por su parte la OMS señala que del total mundial de personas que viven con VIH/SIDA, aproximadamente la mitad son mujeres; pese a estos resultados el problema de la infección en las mujeres no ha sido estudiado a fondo por las diferentes disciplinas encargadas de investigar y tratar la epidemia.

Como se cita a lo largo de los dos capítulos anteriores, es importante, como parte de la medicina y la psicología, conocer la infección desde la perspectiva de las mujeres, en particular de las amas de casa, para crear un primer acercamiento al significado del concepto VIH/SIDA en esta población tan vulnerable.

Lo que se ha revisado puso en evidencia la necesidad de conocer el significado del concepto VIH/SIDA en mujeres amas de casa y, por medio de la técnica de redes semánticas naturales, la cual nos permite conocer y medir el significado psicológico de un concepto dado como lo es el VIH/SIDA, así como pronosticar qué comportamientos o actitudes se pueden esperar de esta población. De ahí la siguiente pregunta:

3.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el significado que tienen dos grupos de mujeres amas de casa (un grupo de mujeres infectadas de VIH/SIDA del Hospital Infantil de México y de la Casa Árbol de la Vida y otro de mujeres amas de casa del Centro Comunitario Felipe Pescador) acerca del concepto de VIH/SIDA por medio de la técnica de redes semánticas naturales?

3.2. OBJETIVO GENERAL

A través de la técnica de redes semánticas naturales se pretendió: conocer el significado que tienen dos grupos de mujeres amas de casa (un grupo de mujeres infectadas de VIH/SIDA del Hospital Infantil de México y de la Casa Árbol de la Vida y otro grupo mujeres amas de casa del Centro Comunitario Felipe Pescador).

3.3. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Conocer el significado del concepto VIH/SIDA en los dos grupos de mujeres amas de casa.
2. Realizar una búsqueda exhaustiva de bibliografía acerca del VIH y en particular de la mujer y la infección.
3. Conocer los elementos que componen el concepto de VIH/SIDA a partir de las definidoras proporcionadas por los dos grupos de mujeres amas de casa.
4. Realizar el análisis de resultados dentro del marco de la perspectiva de género.
5. A partir de los resultados, conocer las diferencias o similitudes en la definición del concepto VIH/SIDA entre:

- Mujeres amas de casa infectadas de VIH/SIDA y mujeres amas de casa no infectadas.
6. Conocer el conjunto de definidoras proporcionadas por la muestra global (Mujeres amas de casa).
 7. Proponer sugerencias para futuras investigaciones con la finalidad de frenar la epidemia en la población de mujeres amas de casa.

3.4. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE INDICADORES

Edad: Personas en edad reproductiva, comprendida entre los 20 y 45 años de edad.

Sexo: Femenino.

Estado civil: Casada, Unión libre, viudas y divorciadas, para las dos últimas categorías, se pidió que fuera menos de 1 año.

Tiempo de relación con su compañero: Igual o mayor de 1 año.

Ocupación: Amas de casa.

Grupos: Mujeres amas de casa.

Grupo 1: Mujeres infectadas de VIH/SIDA .

Grupo 2: Mujeres amas de casa que asistan a algún curso de manualidades del Centro Comunitario Felipe Pescador.

Significado de VIH/SIDA: Virus de Inmunodeficiencia Adquirida.

3.5. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE INDICADORES

Edad: Indicada en la ficha de identificación.

Sexo: Indicado en la ficha de identificación.

Estado civil: Indicado en la ficha de identificación.

Tiempo de relación con su compañero: Indicado en la ficha de identificación.

Ocupación: Amas de casa (Persona que realiza las actividades domésticas dentro de su propia casa, sin percibir remuneración económica alguna).

Grupos: Mujeres amas de casa.

Grupo 1: Mujeres seropositivas al VIH o con SIDA.

Grupo 2: Mujeres amas de casa que asistan a algún curso de manualidades del Centro Comunitario Felipe Pescador.

Significado de VIH/SIDA: Fueron las respuestas obtenidas del formulario del instrumento sobre el concepto VIH/SIDA, a través de la técnica de redes semánticas naturales.

3.6. SUJETOS

La muestra total estuvo formada por 100 sujetos, mujeres amas de casa, en edad reproductiva (20 a 45 años), casadas, en unión libre, viudas o divorciadas (menos de 1 año) con un tiempo mínimo de 1 año de relación de pareja con su compañero, ya que como se ha venido señalando esta población se encuentra particularmente vulnerable a la infección del VIH porque existen datos que afirman que la mayor violencia hacia la mujer por razón sexo se da precisamente en este grupo de sujetos.

Se eligieron 50 mujeres amas de casa infectadas de VIH/SIDA para formar el Grupo 1 y el Grupo 2, estuvo formado por mujeres amas de casa que asistían a algún curso de manualidades del Centro Comunitario Felipe Pescador.

La muestra del Grupo 1 de mujeres infectadas con VIH/SIDA, estuvo conformada por 16 mujeres entre 31 y 35 años (32%), 14 entre los 26 y 30 años (28%), 10 mujeres entre 36 y 40 años (20%), 6 entre los 20 y los 25 años (12%) y 4 mujeres entre los 41 y 45 años de edad (8%), para hacer un total de 50 mujeres (Ver Tabla 12).

Por su parte la muestra del Grupo 2 de mujeres no infectadas, se conformó con 13 mujeres entre 26 y 30 años (26%), 11 entre 36 y 40 años (22%), 18 mujeres 9 y 9 entre los 20 y 25 años y los 31 y 35 años respectivamente (18%) y 8 mujeres entre los 41 y 45 años de edad (16%), para hacer un total de 50 mujeres (Ver Tabla 12).

TABLA 12
PERFIL DE LA MUESTRA POR EDAD

GRUPO	EDAD					TOTAL
	20-25	26-30	31-35	36-40	41-45	
G1	6	14	16	10	4	50
INFECTADAS	12%	28%	32%	20%	8%	100%
G2	9	13	9	11	8	50
NO INFECTADAS	18%	26%	18%	22%	16%	100%
TOTAL	15	27	25	21	12	100

Respecto al estado civil, el Grupo 1, estuvo conformado por 33 mujeres casadas (66%), 12 mujeres en unión libre (24%), 4 mujeres divorciadas y separadas 2 y 2, respectivamente (4%) y una viuda (2%) (Ver Tabla 13).

TABLA 13
PERFIL DE LA MUESTRA POR ESTADO CIVIL

GRUPO	ESTADO CIVIL					TOTAL
	C	UL	D	S	V	
G1	33	12	2	2	1	50
INFECTADAS	66%	24%	4%	4%	2%	100%
G2	38	9	1	1	1	50
NO INFECTADAS	76%	18%	2%	2%	2%	100%
TOTAL	71	21	3	3	2	100

(C= CASADA, UL= UNION LIBRE, D= DIVORCIADA, S= SEPARADA, V= VIUDA)

El Grupo 2, lo conformaron 38 mujeres casadas (76%), 9 mujeres en unión libre (18%), 3 mujeres divididas en las categorías divorciadas, separadas y viudas 1-1-1, (2% respectivamente) (Ver Tabla 13).

La muestra del Grupo 1, se conformó con 32 mujeres del Hospital Infantil de México y 18 de la Casa Árbol de la Vida para hacer un total de 50 mujeres infectadas (Ver Tabla 14).

TABLA 14
PERFIL DE LA MUESTRA POR INSTITUCIÓN
(GRUPO 1, MUJERES AMAS DE CASA INFECTADAS
DE VIH/SIDA)

GRUPO MUJERES INFECTADAS	INSTITUCION		TOTAL
	H.I.M.	C.A.V.	
	32	18	50

(H.I.M. = HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO, C.A.V. = CASA ARBOL DE LA VIDA)

3.7. TÉCNICA DE MUESTREO

El muestreo fue no probabilístico por cuota, ya que la manera de seleccionar a las personas dependió de las características impuestas a los sujetos (mujeres en edad reproductiva, tiempo de relación de pareja mínimo de 1 año, casadas, unión libre, viudas, divorciadas, menos de 1 año).

La cuota de la muestra se estableció según los criterios para la aplicación de la técnica de redes semánticas naturales, los cuales indican que el número de aplicaciones mínimo es de 50 (Reyes, 1993; Valdéz, 1998). Tomando en cuenta la presencia de la muerte experimental se realizaron otras diez aplicaciones que posteriormente fueron anuladas (5 por grupo).

De acuerdo a lo anterior se formaron 2 grupos de 50 sujetos cada uno. 50 mujeres amas de casa infectadas de VIH/SIDA y 50 mujeres amas de casa que asistan a algún curso de manualidades del Centro Comunitario Felipe Pescador.

3.8. TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio se caracterizó por ser evaluativo de campo debido a que buscó un primer acercamiento al significado del concepto de VIH/SIDA en mujeres amas de casa con el fin de formular con mayor exactitud en futuras investigaciones, hipótesis que profundicen en el problema de dicha infección en esta población tan vulnerable.

3.9. DISEÑO

El diseño de la investigación fue cuasiexperimental con comparación inter e intra grupos, ya que los grupos de sujetos ya se encontraban formados y se les aplicó el instrumento de redes semánticas naturales para analizar el significado del concepto de VIH/SIDA en mujeres amas de casa, muestra global y también para comparar el significado entre los dos grupos que conformaron la muestra.

GRUPO DE MUJERES



Donde:

- **M:** Conjunto de mujeres amas de casa.
- **G1:** Mujeres amas de casa infectadas de VIH/SIDA.
- **G2:** Mujeres amas de casa que asisten a algún curso de manualidades del Centro Comunitario Felipe Pescador.
- **O:** Aplicación del instrumento

3.10. TÉCNICA

A fin de cumplir con los objetivos del presente estudio se utilizó la técnica de Redes Semánticas Naturales creada por Jesús Figueroa (cit. en Valdéz, 1992).

La técnica de redes semánticas es ampliamente utilizada en la investigación psicológica ya que resulta un método eficaz en la búsqueda de significados claves psicológicos.

Esta técnica nace de los modelos de la memoria semántica y surge en contraposición de los modelos de redes de enfoque de simulación por computadora, que consideraban existía una analogía funcional entre la computadora y el hombre siendo sus presupuestos estructuras artificiales. Figueroa busca evaluar el significado a través de la información que el sujeto tiene en su memoria semántica, es decir, tener acceso a su memoria a largo plazo de manera directa y natural.

Para Figueroa, esta es una “técnica sugerida de la posición cognoscitivista de la psicología, que ha ido demostrando cada vez mayor validez y confiabilidad respecto a la evaluación que hace del significado psicológico tanto de eventos, figuras y estímulos importantes al interior de un marco conceptual” (ibid., p. 14).

Su objetivo es conocer y medir el significado psicológico, es decir, la obtención de la información propia del significado de los conceptos que se utilizan como estímulos.

El significado psicológico es “la unidad fundamental de la organización cognoscitiva que está compuesta de eventos afectivos y de conocimiento, que crean un código subjetivo de reacción” (ibid., p.56). Tal unidad se representa por medio de adjetivos, sustantivos, adverbios e ideas que se tienen respecto a un concepto.

Este significado da como producto una red semántica que está formada por nodos conceptuales; así Figueroa intenta explicar:

- La relación que existe entre los nodos.
- Las actitudes, comportamientos e ideas que producen el significado en los humanos.

El tipo de análisis que se realiza es cualitativo y cuantitativo. “Esta técnica permite obtener información necesaria para describir con precisión la composición y escritura de la red semántica de un concepto en particular, con base en los datos generados por un grupo de sujetos, así como estudiar las diferencias en la conceptualización entre diversos grupos de sujetos” (Moncada y Rojo, 1997, p. 90).

En general, esta técnica de redes semánticas naturales consiste en pedir a los sujetos que generen una lista de palabras definidoras de un concepto y que posteriormente las jerarquicen. Es decir, que a partir de un concepto central (nodo) se obtiene una lista de definidoras, a cada una de las cuales se le asigna un peso (valor semántico) por su importancia como definidoras del concepto. En base a ésta lista y a los valores asignados a las definidoras (jerarquía), se logra tener un mapeo de la organización de la información de la memoria.

El procedimiento para las redes semánticas naturales es el siguiente:

1. Primero se le pide a los encuestados que definan con la mayor precisión posible el estímulo, mediante la utilización de palabras las cuales pueden ser: verbos, adverbios, sustantivos, nombres, pronombres, etc. sin utilizar artículos, preposiciones ni ningún otro tipo de partícula gramatical, que consideren relacionada con esta y se escriben en la línea de en medio (PALABRAS).
2. Posteriormente se les pide que marquen con el signo + si la palabra es una característica positiva o con un signo - si es negativa y que lo escriban en la línea derecha (SIGNO).
3. Una vez definido el estímulo, se le solicita que de manera individual, jerarquicen todas las palabras que dieron como definidoras, en función de la relación importancia o cercanía que consideren que tiene cada una con el estímulo definido. El número 1 se le asigna a la palabra más cercana o más relacionada con el estímulo y se escriben en la línea izquierda (NÚMERO).

Realizada la aplicación de la técnica se procedió a analizar la información a partir de las palabras definidoras proporcionadas por los sujetos, para obtener cuatro principales valores o resultados, a saber:

Valor J: Este valor resulta del total de palabras definidoras que serán generadas por los sujetos para definir el estímulo en cuestión. Es un indicador de riqueza semántica de la red. De tal manera, que a mayor cantidad de palabras definidoras obtenidas, mayor será la riqueza de la red y viceversa.

Valor M: Este valor es el resultado que se tiene de la multiplicación que se hace de la frecuencia de aparición por la jerarquía obtenida para cada una de las palabras definidoras generadas por los sujetos. Es un indicador del peso semántico obtenido para cada una de las palabras definidoras obtenidas.

Conjunto SAM: De acuerdo con el procedimiento propuesto en la técnica original, de manera arbitraria se decidió que el conjunto SAM era el grupo de 15 palabras definidoras que hubieran obtenido los valores M totales. El conjunto SAM es un indicador de cuáles fueron las palabras definidoras que conforman el núcleo central de la red, ya que, es el centro mismo del significado que tiene un concepto.

Valor FMG: Este valor se obtiene para todas las palabras definidoras que conformaron el conjunto SAM. A través de una sencilla regla de tres, tomando como punto de partida que la palabra definidora con el valor M más grande, representará el 100%. Este valor es un indicador en términos de porcentajes, de la distancia semántica que hay entre las diferentes palabras definidoras que conformaron el conjunto SAM.

Existen otros valores que fueron creados como complemento de la técnica original y son los siguientes:

Valor JC: Se obtiene con base en las relaciones de sinonimia que tienen algunas definidoras que fueron generadas por los sujetos. Su finalidad es compactar la información.

Valor Q: Se toma el conjunto SAM como referencia del orden en que deben ir las palabras definidoras y se comparan con él las redes de cada sujeto. Si el sujeto acierta en jerarquizar la definidora en el mismo orden del SAM se le dan 9 puntos, y por cada lugar que se aleje se le resta uno. Se suman los puntos obtenidos en cada palabra y se calcula el porcentaje respecto del máximo puntaje posible que es 90.

Valor G: Se hace una lista con las diez palabras definidoras con valor M más alto para cada concepto y se obtiene el promedio de las diferencias entre ellas. Este valor permite cuantificar la densidad de la red semántica. Se calcula a través del conjunto SAM, el valor M más alto ocupa el primer lugar y a este se le resta el valor M que ocupa el segundo lugar, al valor M que ocupa el segundo lugar se le resta el valor M que ocupa el tercer lugar, así sucesivamente en forma descendente. Todos estos valores M se suman y se dividen entre $n-1$.

Valor S: Es el total de definidoras generadas por el sujeto para cada concepto. Indica la riqueza de las redes individuales de los sujetos para cada concepto en particular.

Valor F: Es el promedio de definidoras generadas por un sujeto para una lista de conceptos dados. También indica la riqueza de las redes individuales de cada uno de los sujetos.

Valor L: Se toma el conjunto SAM como referencia para asignarles el valor M a las palabras definidoras que cada sujeto individualmente proporcionó y que éste en el conjunto SAM. Una vez localizados los conceptos comunes en la red del sujeto y SAM se suman los valores M, éste es un valor individual.

Valor H: Es la suma de los valores L de cada sujeto. Este es el valor de grupo.

Valor CAR: Es la suma de los valores L de cada concepto para cada uno de los sujetos.

Valor RR: Es la correlación entre todos los valores comunes de definidoras entre dos grupos.

Valor V: Es el número de verbos generados por el grupo.

3.11. INSTRUMENTO

Para el propósito del estudio se utilizó una hoja blanca de tamaño carta con una ficha de identificación en la parte superior con los siguientes datos: edad, grupo, estado civil, tiempo de relación con su compañero y fecha. Debajo de esta ficha se incluyeron las instrucciones para dar respuesta al instrumento. Enseguida, en la parte central de la hoja se mostró la palabra estímulo, seguida de tres columnas de líneas; en la segunda línea (PALABRAS), los sujetos anotaron las palabras definidoras que les evocó la palabra estímulo, posteriormente marcaron con el signo + si la palabra representa una característica positiva o con un signo - si es negativa, escribiéndolo en la línea derecha (SIGNO), para finalizar los sujetos tuvieron que anotar a cada palabra un número en forma ascendente para atribuir una jerarquía según la importancia respecto a la palabra estímulo en la línea de la izquierda (NÚMERO) (Ver Apéndice A).

3.12. ESCENARIO

Se aplicó la técnica de las redes semánticas naturales para el Grupo 1 en el patio de las instituciones donde se contactaron a las mujeres infectadas de VIH/SIDA (Hospital Infantil de México y Casa Árbol de la Vida), para el Grupo 2, la aplicación se realizó en una de las aulas del Centro Comunitario Felipe Pescador.

3.13. PROCEDIMIENTO

La presente investigación se realizó en el Centro Comunitario Felipe Pescador de la Delegación Cuauhtemoc, en el Hospital Infantil de México y en la Casa Árbol de la Vida.

Cabe mencionar que fue difícil conformar la muestra del grupo 1: mujeres amas de casa infectadas de VIH/SIDA, por tratarse de una población vulnerable y discriminada por la sociedad, por tal motivo se niegan a compartir sus vivencias respecto a la enfermedad, quizá porque se trata de una infección de transmisión sexual.

En primer lugar, se contactó a los directivos de las instituciones donde acuden algunas mujeres infectadas de VIH/SIDA; en el caso del Hospital Infantil de México se contactó con la Trabajadora Social encargada de la clínica de infectología (CLINDI) y en la Casa Árbol de la Vida a la coordinadora C. Elena Romero. Para el Grupo 2 de mujeres amas de casa no infectadas, se contactó al Lic. Juan Manuel Hernández, encargado del Departamento de Educación Comunitaria de la Delegación Cuauhtemoc, encargado del Centro Comunitario Felipe Pescador. A los tres representantes de las instituciones, se les presentó el proyecto y se pidió la autorización para llevarlo a cabo.

Posteriormente, se les preguntó a las personas que cubrían los requisitos si deseaban participar en la investigación, se realizó la presentación, la cual consistía en identificarse e informarles el objetivo del estudio (conocer la concepción que tienen sobre el VIH/SIDA las mujeres amas de casa), así como la finalidad (tesis) para el que sería utilizada la información que proporcionaron, se les explicó brevemente la forma de contestar el cuestionario y que tendrían 1 minuto para resolverlo, así como el hecho de que las respuestas deberían ser en forma individual y en caso de no entender preguntar; aunque cabe mencionar que esta situación no se presentó.

Se les proporcionó el cuestionario y se aplicó el ejercicio de redes semánticas naturales, distribuido en tres secciones.

■ Instrucciones y pasos de la aplicación:

1. Anotaron los datos de la ficha de identificación.
2. Junto con la aplicadora leyeron las instrucciones.

3. Y para una mejor comprensión de las instrucciones se realizó el ejercicio de la manzana que sugiere Valdéz (1992).

“Supongan que la palabra estímulo es manzana y que al ser definida por un sujeto, se obtuvieron las siguientes palabras definidoras y jerarquías”:

MANZANA		
NÚMERO	PALABRAS	SIGNO
1	fruta	+
2	dulce	+
3	sabrosa	+
4	roja	+
5	discordia	-
6	agria	-
7	rica	+

4. Después de leer la palabra estímulo. Se les pidió que definieran con la mayor claridad y precisión posible el concepto y que contaban con un minuto para escribir en la columna de en medio todas aquellas palabras relacionadas con el significado de éste y que trataran de anotar palabras sueltas, evitando las frases o palabras compuestas.
5. Posteriormente se les pidió que marcaran con el signo + si consideraban que la palabra era una característica positiva o con un signo - si la consideraban negativa, y que lo escribieran en la columna derecha. (signo)
6. Una vez que realizaron lo anterior, se les pidió que jerarquizaran las palabras que enlistaron, numerándolas del 1 en adelante, anotando el número 1 a la que consideraban más importante, el número 2 a la que le siga en importancia y así sucesivamente y que lo escribieran en la columna izquierda. (número)

3.14. TRATAMIENTO DE LOS DATOS

Se realizó el vaciado de datos de los dos grupos en la hoja de cálculo del programa de computación Excel. Se asignaron casillas para los datos de identificación de los sujetos como: edad, estado civil, grupo y tiempo de relación con su pareja.

Después se destinaron otras 24 casillas para el Grupo 1 de mujeres infectadas de VIH/SIDA y de 20 para el Grupo 2 de mujeres no infectadas, para la colocación de cada definidora tomando en cuenta la jerarquía otorgada por los sujetos, así como el valor correspondiente + o - para cada una de ellas, en la última casilla del vaciado se anotó el número total de definidoras por cada sujeto (Ver Apéndice B).

A partir del vaciados de los datos, se obtuvieron los valores que se presentan a continuación, agrupando a los sujetos por grupo de mujeres.

El **Valor M** llamado también peso semántico, se obtuvo a partir de la multiplicación de la jerarquía dada por los sujetos por el valor semántico de cada definidora. En la primer casilla se anotó la lista de definidoras, sin repetir alguna de ellas; en las siguientes 24 ó 20 casillas según corresponda a cada grupo se anotó el nivel de jerarquía y el valor dado a cada definidora ya sea + ó -. El nivel de jerarquía fue proporcionado por los sujetos, el peso semántico se obtuvo por la conversión de estas jerarquías, es decir, la jerarquía 1 vale 12 ó 10 (según el grupo), la 2 vale 11 ó 9 puntos, la 3 vale 10 ó 8 puntos, la 4 vale 9 ó 7 puntos, la 5 vale 8 ó 6 puntos, la 6 vale 7 ó 5 puntos, la 7 vale 6 ó 4 puntos, la 8 vale 5 ó 3 puntos, la 9 vale 4 ó 2 puntos, la 10 vale 3 ó 1 puntos, la 11 vale 2 puntos y la 12 vale 1 punto, dependiendo del grupo. Después se sumaron los valores M de cada definidora obteniéndose así el **Valor M Total ó VMT**.

Algunas de las definidoras obtenidas presentaron una relación de sinonimia, por lo que fueron compactadas, teniendo como resultado un nuevo valor en la riqueza de la red o **Valor J Total** denominado **Valor JC** y el

aumento del peso semántico (**VMT**). Al unir las definidoras se primero el nombre de la que tuvo mayor peso semántico (Ver Apéndice C).

Después de obtener los valores anteriores, se procedió a formar el **Conjunto SAM**. Este agrupa las quince definidoras con los **Valores M Totales (VMT)** más altos. A partir de este conjunto se consiguieron los **valores FMG, FMG Promedio y Valor G**.

Para la obtención del **Valor FMG** se realizó una regla de tres entre el **VMT** más alto que representa el 100% y el **VMT** que le sigue para sacar el porcentaje; muestra la cercanía a la palabra estímulo. El **Valor FMG Promedio** se obtuvo sumando los valores **FMG** y dividiendo entre 15 (**Conjunto SAM**). Dicho valor permite cuantificar las distancias promedio entre las definidoras y la palabra estímulo.

El **Valor G** representa la densidad de la red, es decir, la diferencia de puntos (**VMT**) que existe entre una definidora y otra de manera continua. Este valor se obtuvo al restar al **VMT** que se encontró en primer lugar al que se encontró en segundo lugar y así sucesivamente.

Después se sumaron estos resultados y se dividieron entre 14, que es el número de restas realizadas, dando como resultado el **Valor G Total**.

El **Valor V** es el número de verbos generado por cada grupo. La importancia de este valor radica en la expresión de las acciones relacionadas con la palabra estímulo, que pueden ser considerada como componentes de la misma. Se obtuvo de la lista de definidoras.

En el capítulo siguiente, de acuerdo al tratamiento de los datos antes mencionado, se muestran los resultados obtenidos sobre el significado del concepto de VIH/SIDA en mujeres amas de casa. Dichos resultados se presentan a través de tablas para facilitar su comprensión.

CAPÍTULO 4

RESULTADOS

Como se ha dado a conocer en los capítulos anteriores, en nuestro país, la mayoría de las investigaciones sobre VIH/SIDA, se han enfocado a poblaciones masculinas dentro de los ámbitos médico y psicológico, sin embargo, a nivel mundial las estadísticas de mujeres infectadas con el VIH/SIDA se han incrementado de manera alarmante.

De ahí la inquietud e interés por estudiar y explorar el significado del VIH/SIDA en esta población tan vulnerable biopsicosocioculturalmente. Para lograr tal propósito, se aplicó la técnica de redes semánticas naturales a dos muestras de mujeres amas de casa, un grupo de mujeres amas de casa infectadas con el VIH/SIDA y otro de mujeres amas de casa no infectadas de VIH/SIDA. Dicha técnica nos permite, a través de un listado de palabras definidoras proporcionadas por los sujetos, analizar y conformar el significado de cierta palabra estímulo, en este caso del VIH/SIDA. A partir de estas listas se obtuvieron datos, que posteriormente fueron tratados para conseguir los cuatro principales valores o resultados de dicha técnica: Valor J, Valor M (o Valor M Total [VMT]), Conjunto SAM, y Valor FMG; también se obtuvieron otros valores que sirvieron para apoyar esta investigación como: Valor G, Valor JC, Valor FMG Promedio, Valor V y Valor + y - de las definidoras, todos estos se presentan a continuación a través de tablas por:

GRUPO

- Mujeres amas de casa infectadas con VIH/SIDA (G1)
- Mujeres amas de casa no infectadas con VIH/SIDA (G2)

4.1. VALOR J

Este valor se denomina también riqueza semántica de la red, que es el número de definidoras aportadas por los sujetos para el concepto VIH/SIDA, sin agruparlas por sinónimos y sin repetir.

TABLA 15
RIQUEZA SEMÁNTICA DE LA RED O VALOR J DEL CONCEPTO
DE VIH/SIDA POR GRUPO Y MUESTRA TOTAL

VALOR J	MUJERES
GRUPO 1	184
GRUPO 2	93
RIQUEZA DE LA MUESTRA TOTAL	
228	

La mayor riqueza semántica o el mayor número de definidoras respecto al concepto de VIH/SIDA lo obtuvo el grupo de las mujeres infectadas (G1) con un total de 185 palabras, mientras que el grupo de las mujeres que asisten al Centro Comunitario Felipe Pescador (G2) alcanzó las 97 palabras.

Entre los dos grupos de la muestra de mujeres amas de casa existió una diferencia de 88 definidoras.

La riqueza de la muestra total se obtuvo realizando el vaciado de las listas de definidoras generadas por los dos grupos (G1 y G2). Cabe recordar, que en dichos resultados se tomaron en cuenta las palabras sin repetir y sin categorizar por sinónimos. El número total de definidoras proporcionadas por la muestra total fue de 231.

4.2. CONJUNTO SAM, VALOR M TOTAL (VMT) Y VALOR FMG

El conjunto SAM está formado por las 15 definidoras (ya categorizadas por sinónimos) con los valores M totales (VMT) mayores (Ver Apéndice E). El valor M, que indica el peso semántico de cada definidora, se obtuvo de la

multiplicación de la jerarquía dada por los sujetos por el valor semántico de cada definidora; posteriormente se sumaron estos resultados según la frecuencia de aparición de dicha definidora arrojando el valor M total (VMT) o peso semántico total. Finalmente, el valor FMG indica la distancia semántica entre definidoras y la palabra estímulo, es la cercanía o lejanía que existe entre cada una de las definidoras del conjunto SAM y la palabra estímulo (VIH/SIDA) representada a través de porcentajes. Su valor se obtuvo a partir del VMT más alto, que representa el 100% y la mayor cercanía a la palabra estímulo, mediante una regla de tres.

El grupo de mujeres amas de casa infectadas de VIH/SIDA (G1), presentó a la palabra *muerte* como la más cercana a la palabra estímulo con un VMT de 247 (100%), seguida de *apoyo* con 188 (76%), *enfermedad* con 145 (59%), *rechazo* con 91 (37%), *medicina* con 90 (36%), *infección* con 88 (36%), *sexo* con 76 (31%), *sufrimiento* con 66 (27%), *familia* con 60 (24%), *condón* con 56 (23%), *vida* con 55 (22%), *desesperación* con 54 (22%), *tristeza* con 54 (22%), *información* con 53 (21%), *angustia* con 48 (19%), *dolor* con 48 (19%), *protección* con 46 (19%) y *amor* con 46 (19%).

El grupo de mujeres amas de casa no infectadas (G2), mostró como la definidora más alta a la palabra *enfermedad* con un VMT de 280 (100%), *muerte* con 252 (90%), *sexo* con 124 (44%), *condón* con 89 (32%), *gay* con 84 (30%), *infección* con 79 (28%), *contagio* con 76 (27%), *ignorancia* con 55 (20%), *información* con 49 (18%), *dolor* con 46 (16%), *sangre* con 42 (15%), *comunicación* con 41(15%), *epidemia* con 38 (13%), *protección* 32 (12%) y *apoyo* con 30 (11%).

Las definidoras *muerte*, *apoyo*, *enfermedad*, *infección*, *sexo*, *condón*, *información*, *dolor*, se encuentran en ambos conjuntos, aunque se ubican en distintas jerárquicas.

En la Tabla 16, se presentan los valores a los que nos hemos referido:

TABLA 16
CONJUNTO SAM, VALOR M TOTAL (VMT) Y VALOR FMG % DE LOS
DOS GRUPOS DE MUJERES AMAS DE CASA

GRUPO 1 MUJERES INFECTADAS DE VIH/SIDA				GRUPO 2 MUJERES NO INFECTADAS			
No.	DEFINIDORAS	VALOR		No.	DEFINIDORAS	VALOR	
		VMT	FMG %			VMT	FMG %
1	MUERTE	247	100%	1	ENFERMEDAD	280	100%
2	APOYO	188	76%	2	MUERTE	252	90%
3	ENFERMEDAD	145	59%	3	SEXO	124	44%
4	RECHAZO	91	37%	4	CONDÓN	89	32%
5	MEDICINA	90	36%	5	GAY	84	30%
6	INFECCIÓN	88	36%	6	INFECTADO	79	28%
7	SEXO	76	31%	7	CONTAGIO	76	27%
8	SUFRIMIENTO	66	27%	8	IGNORANCIA	55	20%
9	FAMILIA	60	24%	9	INFORMACIÓN	49	18%
10	CONDÓN	56	23%	10	DOLOR	46	16%
11	VIDA	55	22%	11	SANGRE	42	15%
11	DESESPERACIÓN	54	22%	-	-	-	-
12	TRISTEZA	54	22%	12	COMUNICACIÓN	41	15%
13	INFORMACIÓN	53	21%	13	EPIDEMIA	38	13%
13	ANGUSTIA	48	19%	-	-	-	-
14	DOLOR	48	19%	14	PROTECCIÓN	32	12%
14	PROTECCIÓN	46	19%	-	-	-	-
15	AMOR	46	19%	15	APOYO	30	11%

JC	171
----	-----

JC	163
----	-----

Muerte, se ubica en el lugar número 1 del grupo de mujeres infectadas, por lo que es la más cercana a la palabra estímulo, mientras que en el grupo de mujeres no infectadas, se encuentra en el lugar 2; *enfermedad*, se encuentra en el lugar 3, del primer grupo y en el lugar número 1 del segundo grupo, lo que representa que ésta sea la palabra más cercana al estímulo para las mujeres no infectadas.

Apoyo, se ubica en el lugar 2 del grupo 1, y en el lugar 15 del grupo 2; *infección*, está en el lugar 6 de ambos grupos; *sexo*, se encuentra en el lugar 7 del primer grupo, mientras que en el segundo grupo se sitúa en la posición 3; *condón*, se localiza en el lugar número 10 y 4 respectivamente; en el caso de la

definidora *información*, ésta se encontró en el lugar 13 y 9 de sus respectivos grupos; por último, *dolor* se halla en el lugar 14 del grupo de mujeres infectadas de VIH/SIDA y en el lugar número 10 del grupo de mujeres no infectadas.

Cabe mencionar que algunas de las definidoras se encontraron muy cercanas entre la posición de ambos grupos, tal es el caso de *enfermedad*, la cual registró una diferencia de dos posiciones; mientras que *sexo*, *información* y *dolor* presentaron una diferencia de cuatro lugares con respecto a la ubicación de los grupos comparados; en el caso de *condón*, fue la única que observó una diferencia de 6 posiciones.

Mención especial merece la definidora *apoyo*, que fue la que se localizó más distante entre ambos grupos, ocupando la segunda posición en el grupo de las mujeres infectadas de VIH/SIDA y la última en el grupo de las mujeres no infectadas.

Otro de los aspectos a tomar en consideración, es que las definidoras infección y protección ocupan el mismo lugar en ambos grupos, la primera el lugar número 6 y la segunda el lugar número 14; sin embargo, presentan un VMT diferente, en el conjunto SAM del primer grupo infección tiene 88 y en el segundo grupo 79 y protección tiene 46 y en el segundo grupo 32.

4.3. VALOR JC

Es la riqueza semántica de la red total o valor J total, como resultado de la agrupación de algunas definidoras por presentar una relación de sinonimia (Ver Apéndice C). En la Tabla 17, se presenta el valor JC, es decir, el total de definidoras categorizadas por sinónimos.

Cabe señalar que la obtención de este valor se obtuvo realizando el vaciado de las listas de las definidoras de los grupos.

TABLA 17
VALOR JC DEL CONCEPTO DE VIH/SIDA
POR GRUPO Y MUESTRA TOTAL

VALOR JC	MUJERES
GRUPO 1	160
GRUPO 2	84
RIQUEZA DE LA MUESTRA TOTAL	
199	

El grupo de mujeres infectadas (G1), antes de la categorización por sinonimia (Valor J) contaban con un total de 185 palabras, después de la categorización (Valor JC) el número se redujo a 160, manteniéndose aún como el grupo con más definidoras, le sigue el grupo de mujeres no infectadas (G2) presentando un valor J de 97 y reduciéndose a un valor JC de 84.

Respecto a la riqueza de la muestra total, el valor J es de 231, ya categorizadas las definidoras por sinónimos, disminuyó a 196, es decir se agruparon por sinónimos 35 palabras.

4.4. VALOR G

El valor G es la distancia o peso semántico promedio que existe entre cada definidora del conjunto SAM. Se obtuvo al restar los VMT de cada definidora en orden descendente, es decir, se restó el VMT de la segunda definidora al VMT de la primera, el de la tercera a la segunda, etc.; posteriormente se promediaron estos resultados entre el número de restas realizadas. El producto final es la densidad de la red o distancia promedio entre cada definidora Valor G (Ver Tabla 18).

Este valor y los siguientes se obtuvieron a partir del conjunto SAM.

TABLA 18
VALOR G O DENSIDAD DE LA RED
POR GRUPO

VALOR G	MUJERES
GRUPO 1	8
GRUPO 2	17

La menor distancia promedio entre definidoras del conjunto SAM la presentó el grupo de mujeres infectadas de VIH/SIDA (G1) con 14; habiendo una diferencia de 4 con el grupo de mujeres no infectadas (G2) que registró una distancia promedio de 18.

4.5. VALOR FMG PROMEDIO

Este valor es el promedio en porcentajes que se obtiene de las definidoras que forman el conjunto SAM. Se suman los valores FMG y se promedian entre el número de definidoras presentes en este conjunto. Este valor indica la distancia promedio del conjunto SAM respecto a la palabra estímulo (Ver Tabla 19).

TABLA 19
VALOR FMG % PROMEDIO
POR GRUPO

VALOR JC	MUJERES
GRUPO 1	39%
GRUPO 2	31%

La menor distancia promedio en porcentajes entre las definidoras del conjunto SAM y la palabra estímulo VIH/SIDA, la presentó el grupo de mujeres no infectadas (G2) con el 31%, mientras que el grupo de mujeres infectadas de VIH/SIDA (G1) presentó la mayor distancia promedio con 34%, existiendo así una diferencia de 3% entre los grupos.

4.6. VALOR V

Este valor es la riqueza verbal o conjunto de verbos generados por los grupos. La importancia de este valor radica en la expresión de las acciones relacionadas con la palabra estímulo **VIH/SIDA**, que pueden ser consideradas como componentes de la misma.

Cabe mencionar que las listas de verbos que se presentan en las tablas 20 y 21, se dedujeron de las listas de definidoras de los grupos correspondientes; es decir, para obtener para obtener la riqueza verbal de los grupos, se utilizó una lista por cada uno y posteriormente se agruparon para formar la riqueza verbal de la muestra total.

TABLA 20 y 21
VALOR V O RIQUEZA VERBAL
POR GRUPO Y DE LA MUESTRA TOTAL

VALOR V GRUPO 1	VALOR V GRUPO 2
Aceptar	Apoyar
Adelgazar	Ayudar
Agredir	Desconocer
Amar	TOTAL = 3
Apaciguar	
Apoyar	
Deseo de vivir	
Enfrentar	
Informar	
Investigar	
Llorar	
Morir	
Prevenir	
Respetar	
Sobrevivir	
Sufrir	
Vengar	
TOTAL = 17	

VALOR V DE LA MUESTRA TOTAL
20

El grupo de mujeres infectadas de VIH/SIDA, presentó una riqueza verbal de 17; mientras que el grupo de mujeres no infectadas reportó sólo 3 verbos; siendo “apoyar” el único verbo que ambos grupos expresaron.

Finalmente, la muestra estudiada obtuvo una riqueza verbal de 19.

4.7. DEFINIDORAS GENERADAS

Como puede observarse en la Tabla 22, en el grupo de mujeres infectadas de VIH/SIDA (G1), se obtuvieron 4 definidoras en promedio, 8% por mujer participante, sin embargo la mayoría de las mujeres manifestaron 8 y 9 palabras, es decir el 16% (8 mujeres respectivamente).

Respecto al grupo de mujeres no infectadas (G2), el promedio de definidoras generadas por mujer fue de 5, 10% por mujer participante y mismo número generado por la mayoría de las mujeres, 15, es decir 30%.

TABLA 22
NÚMERO DE DEFINIDORAS GENERADAS POR LOS DOS GRUPOS
DE MUJERES AMAS DE CASA

GRUPO 1 MUJERES INFECTADAS DE VIH/SIDA			GRUPO 2 MUJERES NO INFECTADAS		
No. DE DEFINIDORAS GENERADAS	No. de mujeres	%	No. DE DEFINIDORAS GENERADAS	No. de mujeres	%
1	0	0%	1	0	0%
2	1	2%	2	2	4%
3	0	0%	3	5	10%
4	2	4%	4	5	10%
5	4	8%	5	15	30%
6	7	14%	6	10	20%
7	6	12%	7	5	10%
8	8	16%	8	3	6%
9	8	16%	9	2	4%
10	7	14%	10	3	6%
11	4	8%	-	-	-
12	3	6%	-	-	-
PROMEDIO	4	8%	PROMEDIO	5	10%

Cabe mencionar que la distribución del grupo 1: Mujeres infectadas de VIH/SIDA es variable en cuanto al número de definidoras generadas y por tanto su curva es más amplia, en tanto, el grupo 2: Mujeres no infectadas de VIH/SIDA, es menos variable y más concentrada.

4.8. VALOR + Y -

Este valor + o -, representa la apreciación que los sujetos manifiestan por medio de las definidoras a la palabra estímulo VIH/SIDA y su importancia radica en su expresión y sentir hacia la enfermedad.

TABLA 23
VALOR + Y - DE LAS DEFINIDORAS POR GRUPO

GRUPO	VALOR +	VALOR -	TOTAL
GRUPO 1	157 39%	243 61%	400
GRUPO 2	80 28%	202 72%	282

El Grupo 1 de mujeres infectadas de VIH/SIDA, otorga un valor negativo a 243 palabras (61%) y un valor positivo a 157 palabras (30%); mientras que el Grupo 2 de mujeres no infectadas, proporciona un valor negativo a 202 palabras (72%) y a 80 palabras (28%) un valor positivo; lo cual hace evidente que para ambos grupos el valor negativo es el más cercano a la palabra estímulo VIH/SIDA, resaltando la mayoría en el grupo de mujeres infectadas. (Ver Tabla 23).

TABLA 24
VALOR + Y - DE LAS DEFINIDORAS DEL CONJUNTO SAM
POR GRUPO

GRUPO	VALOR +	VALOR -	TOTAL
GRUPO 1	83 42%	87 58%	150
GRUPO 2	35 21%	128 79%	163

El conjunto SAM resultante de las definidoras manifestadas por el grupo de mujeres infectadas de VIH/SIDA (G1), proporciona un valor negativo a 87 (58%) definidoras y positivo a 63 palabras (42%); en tanto que en el conjunto SAM del grupo de las mujeres no infectadas (G2) el registro fue de 128 palabras con valor negativo (79%) y 35 con valor positivo (21%). (Ver Tabla 24).

El conjunto SAM al igual que el conjunto total de definidoras expone que el valor que más se aproxima a la palabra estímulo VIH/SIDA, es el negativo.

Como se puede observar, existen datos fundamentales e importantes, que resulta conveniente retomar; por lo tanto, el capítulo siguiente tiene como propósito discutirlos y analizarlos en torno a la población de mujeres amas de casa y al VIH/SIDA tomando en cuenta su vulnerabilidad bajo una perspectiva de género.

CAPÍTULO 5

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Este capítulo tiene como propósito analizar, a partir de los resultados, el significado del concepto *VIH/SIDA* en dos muestras de mujeres amas de casa. Dicho análisis se concentra, básicamente, en la revisión de las quince definidoras más altas (conjunto SAM) generadas por mujeres amas de casa infectadas de *VIH/SIDA* (G1) y mujeres amas de casa no infectadas de *VIH/SIDA* (G2). También, se analiza el valor V o riqueza verbal y todas aquellas definidoras que no se encuentran dentro de los conjuntos SAM pero que debido a sus características excepcionales, fueron agrupadas bajo diversos rubros complementando así el significado del *VIH/SIDA*.

Para una mejor comprensión de los resultados obtenidos, se emplearon los esquemas de Quillan (Valdéz, 1992) que representan las definidoras del conjunto SAM con su valor FMG (%) y la palabra estímulo *VIH/SIDA*. En el centro se encuentra la palabra estímulo y alrededor de ella las 15 definidoras (conjunto SAM) con el peso semántico más alto (valor M total) convertido en porcentajes (valor FMG); por lo tanto la definidora con el 100% es la más cercana a la palabra estímulo.

5.1. ANÁLISIS DE LOS CONJUNTOS SAM

El *VIH/SIDA* es una infección hasta la fecha incurable producida por el virus de inmunodeficiencia humana (*VIH*) que se ha convertido en un grave problema de salud pública, además tiene diversas formas simbólicas, que se expresan a través del lenguaje, llenas de significados e interpretaciones culturales.

Por sus implicaciones sociales y culturales, esta epidemia es una trama de significaciones determinada que puede expresarse en alguno de los tres registros de la experiencia humana: simbólico, imaginario o real.

Las dos de muestras de mujeres amas de casa proporcionaron una gama de significaciones en forma de conceptos, que muestran una red de interacciones e interrelaciones a partir de las cuales se intentó interpretar la gramática oculta y dilucidar la lógica imperante en torno al concepto VIH/SIDA.

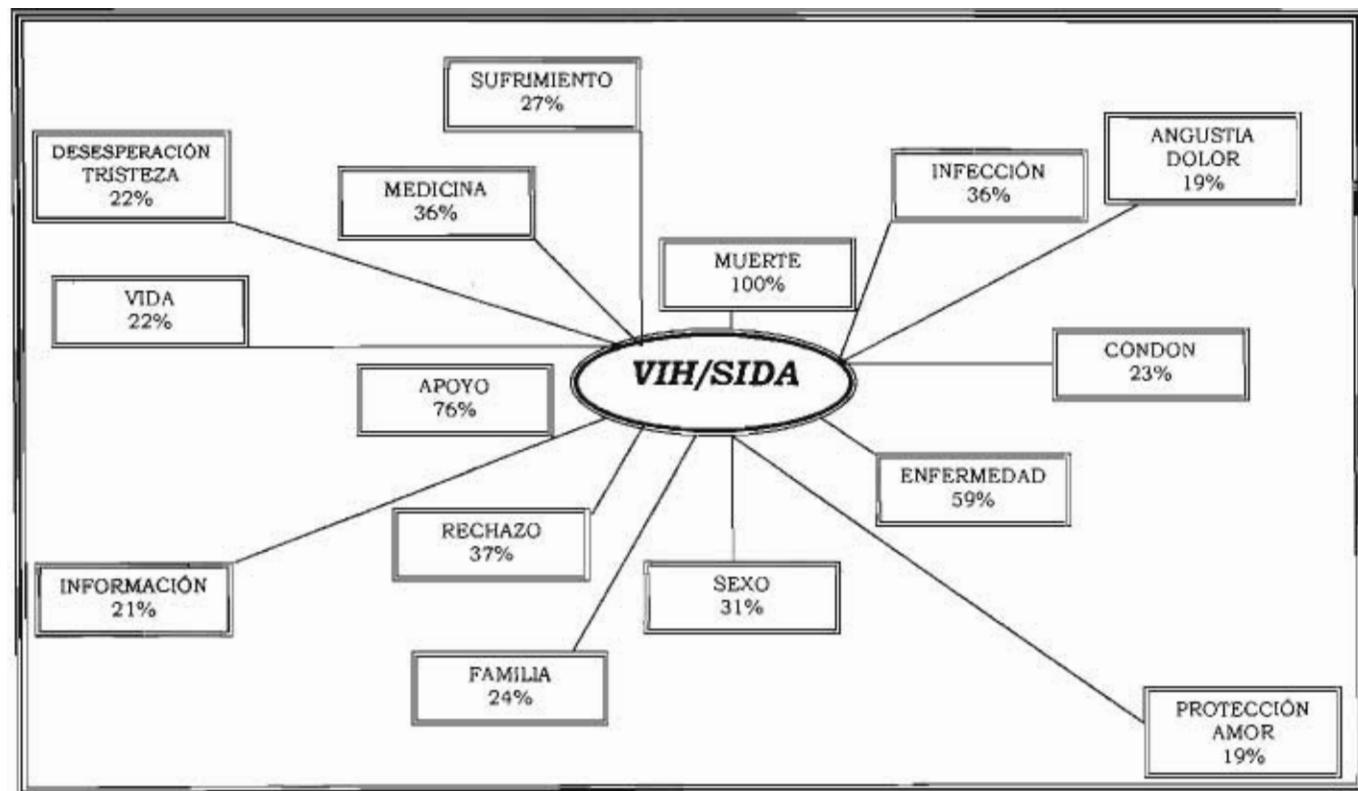
La definidora *muerte* es la palabra que se ubica en el primer lugar del grupo 1. Esto indica que las mujeres infectadas del Virus de la Inmunodeficiencia Humana consideran al VIH/SIDA como una situación relacionada con la muerte, quizás porque el deterioro de su salud las acerca más a esta. Por otro lado, la definidora *enfermedad* es la más cercana a la palabra estímulo del grupo 2, por lo que estas mujeres consideran principalmente al VIH/SIDA como una enfermedad.

Ambas muestras coinciden en las siguientes definidoras: *muerte, apoyo, enfermedad, infección, sexo, condón, información, dolor y protección*, lo cual indica una semejanza en la conceptualización de este fenómeno.

En general, los dos grupos de mujeres amas de casa consideran al VIH/SIDA como una *enfermedad* ó *infección* que requiere de *medicinas*; además la asocian al área sexual y consideran que conduce a la *muerte* por lo que creen produce *dolor* y se hace necesario el *apoyo* a las personas con este padecimiento. Asimismo, contemplan algunas medidas preventivas como la *información* y el uso del *condón* para protegerse.

5.1.1. Análisis del conjunto SAM del grupo 1: Mujeres amas de casa infectadas de VIH/SIDA.

En el esquema No. 1 del grupo de mujeres amas de casa infectadas de VIH/SIDA (G1), se puede observar en el centro a la palabra estímulo VIH/SIDA y a su alrededor el conjunto SAM de las 15 definidoras, siendo la más inmediata *muerte* con un valor FMG del 100%, por lo que para este grupo es la definidora que mejor define y significa al VIH/SIDA; la cual haciendo referencia a una definición de diccionario es la “cesación de la vida” (Enciclopedia Microsoft Encarta, 1999).



Definidoras del conjunto SAM, Valor FMG y palabra estímulo del Grupo 1:
 "Mujeres amas de casa infectadas de VIH/SIDA"

Como anteriormente se expuso el SIDA es una enfermedad infecciosa, incurable y "mortal", por consiguiente el grupo 1 de mujeres infectadas plasmó y significó a la infección con una definidora con la cual se encuentran en lucha día a día, ya que experimentan un constante deterioro de su salud que las aproxima más hacia la "muerte"; en contraste, en la décimo primera posición con un FMG de 22% se halla la definidora *vida*, la cual indica esta disputa entre la vida y la muerte, porque como el SIDA es una enfermedad que afecta el sistema de defensas del organismo, el cuerpo de los infectados se vuelve vulnerable a cualquier tipo de microorganismo patógeno que pueda provocarle alguna enfermedad oportunista poniendo en riesgo su salud y por consecuencia su vida.

La segunda definidora más cercana a la palabra estímulo es *apoyo* con una cercanía del 76%. Esta palabra podría ser un indicador de la necesidad de auxilio y respaldo que anhelan las personas infectadas y en particular las mujeres, ya que como se precisó, ellas experimentan una doble marginación, en primer lugar por ser mujeres puesto que en sociedades como la nuestra impera una marcada inequidad de género que somete a la población femenina a una serie de desventajas frente al hombre, y en segundo lugar por estar infectadas de VIH/SIDA, infección que a pesar de que afecta a una gran parte de la población sin importar raza, sexo o condición social, todavía produce rechazo y discriminación en la sociedad; entre algunos de sus miembros existe la falsa creencia de que el trato cotidiano con las personas seropositivas pone en peligro la salud al correr riesgo de un posible contagio.

Enfermedad con una cercanía de 59% hacia la palabra estímulo es la tercer definidora más próxima, y al igual que la definidora *infección* con FMG de 36% colocada en el sexto lugar ponen de manifiesto que el VIH/SIDA se percibe como lo que es: una enfermedad infecciosa ocasionada por un virus que pone en peligro la salud dañando el sistema inmunológico.

En el cuarto sitio se ubica la definidora *rechazo* con un valor FMG de 37%; este sentimiento probablemente es el que exteriorizan las personas "no infectadas" hacia los seropositivos, ya que como se mencionó anteriormente

algunos individuos por ignorancia creen poner en riesgo su salud al convivir con personas VIH-positivas y optan por tener este tipo de reacciones de intolerancia tratando de ponerse "a salvo" de la infección.

Con una cercanía de 36% se encuentra la definidora *medicina*, la cual hasta cierto punto entendible que el grupo de mujeres infectadas la relacionen con la palabra estímulo VIH/SIDA, porque se encuentra íntimamente ligada a sus vidas, ya que por su inmunodeficiencia se ven obligadas a ingerir constantemente y bajo regímenes muy estrictos altas concentraciones de medicamentos para tratar de controlar su enfermedad y evitar el embate de algunas enfermedades oportunistas que podrían ser de fatales consecuencias para su salud.

La definidora *sexo* se sitúa con una proximidad de 31% en el séptimo lugar; cabe mencionar que esta definidora presenta múltiples significados, en el diccionario se menciona que es la "condición orgánica que distingue al macho de la hembra" (Enciclopedia Microsoft Encarta, 1999). Sin embargo, a esta constitución orgánica, que distingue anatómica y fisiológicamente al varón de la mujer, se le ha proporcionado un valor simbólico y sociocultural que abarca la sexualidad, a la vez que ésta se ha reducido sólo al acto sexual, por lo que *sexo* no sólo caracteriza y unifica las funciones biológicas y rasgos anatómicos, sino también la actividad sexual; razón por la cual se relaciona con la epidemia, puesto que corresponde a una de las principales vías de transmisión del VIH y a la que se le atribuyen el mayor número de casos de mujeres amas de casa infectadas. Evidentemente esta definidora puede significar el mecanismo de transmisión por el cual se infectaron algunas de las mujeres del presente estudio.

Sufrimiento es la octava definidora con un valor FMG de 27%, *desesperación* es la décimo primera definidora, *tristeza*, décimo segunda, ambas con valor FMG de 22%; *angustia*, décimo tercera y *dolor*, décimo cuarta con un valor FMG de 19%; todas ellas, palabras que hacen referencia a sentimientos negativos que albergan las personas infectadas ante el

conocimiento de padecer una enfermedad grave e incurable como lo es el VIH/SIDA y como consecuencia del deterioro físico y mental que sufren.

Posteriormente se localiza en el noveno lugar a la definidora *familia* con una cercanía de 24%, que expresa una necesidad de apoyo, aceptación y comprensión por parte de los miembros que conforman su familia para sobrellevar los aspectos negativos que conlleva la infección.

Haciendo referencia a la prevención se encuentran las definidoras *condón* en el décimo lugar con una cercanía hacia la palabra estímulo de 23%, en el décimo tercer lugar *información* con una cercanía de 21% y *protección* en el décimo cuarto lugar con una cercanía de 19%; las cuales indican que estas mujeres poseen información acerca de las medidas preventivas para evitar la propagación del VIH.

Respecto a la definidora *información*, ésta podría evidenciar dos cuestiones: la primera (mencionada anteriormente) es la apreciación que se tiene de ella como una medida preventiva, porque si las personas se informan sobre la epidemia pueden evitar practicar conductas de riesgo y protegerse de un posible contagio, y la segunda expresa la percepción de una fuerte necesidad de información acerca de la infección, ya que el número de mujeres infectadas de VIH/SIDA el mundo se incrementa notablemente y en muchos de los casos pone la ignorancia de algunas de ellas, porque su único riesgo fue mantener relaciones sexuales desprotegidas con su pareja.

En último lugar con una cercanía de 19% hacia la palabra estímulo se ubica la definidora *amor*, probablemente éste sentimiento positivo es el que desean las personas infectadas experimenten sus allegados, hacia ellas, ya que al encontrarse en un estado de vulnerabilidad tanto física como emocional requieren de los cuidados, del apoyo y del amor de sus semejantes para hacer menos doloroso su padecimiento; asimismo el hecho de padecer una enfermedad tan grave como el VIH/SIDA, no las exime de su capacidad de amar, por lo tanto esta definidora también pone de manifiesto esta necesidad

de compartir con los demás este sentimiento; porque cabe recordar que para amar es necesario ser amados y viceversa.

Cabe mencionar que en el conjunto SAM de este grupo de mujeres amas de casa infectadas de VIH/SIDA, existieron algunas palabras que por presentar un VMT igual se ubicaron en la misma posición como: desesperación y tristeza con un VMT = 54 y FMG = 22% ubicadas en el décimo segundo lugar; en el décimo cuarto sitio angustia y dolor con un VMT = 46 y FMG = 19%, y, protección y amor con un VMT = 46 y FMG = 19% en el lugar décimo quinto.

5.1.2. Análisis del conjunto SAM del grupo 2: Mujeres amas de casa no infectadas de VIH/SIDA.

El grupo de mujeres amas de casa no infectadas de VIH/SIDA que asisten a algún curso de manualidades del Centro Comunitario Felipe Pescador (G2), muestran en el esquema No. 2, al centro la palabra estímulo VIH/SIDA y a su alrededor el conjunto SAM de las 15 definidoras, siendo la más inmediata *enfermedad* con un valor FMG de 100%, por lo que ésta es la definidora que mejor define y significa al VIH/SIDA para este grupo.

Enfermedad significa: “alteración en la salud” (Diccionario Enciclopédico Larousse, 1988, p. 298) y este grupo de mujeres representó a la epidemia con esta definidora que demuestra el pleno conocimiento de que se trata de una *enfermedad* y una *infección* (definidora número 6, con una cercanía de 28%) que pone en peligro la salud y la vida de quienes la padecen y que por lo tanto conduce a la *muerte*, la cual es la segunda definidora más cercana con el 90% de FMG.

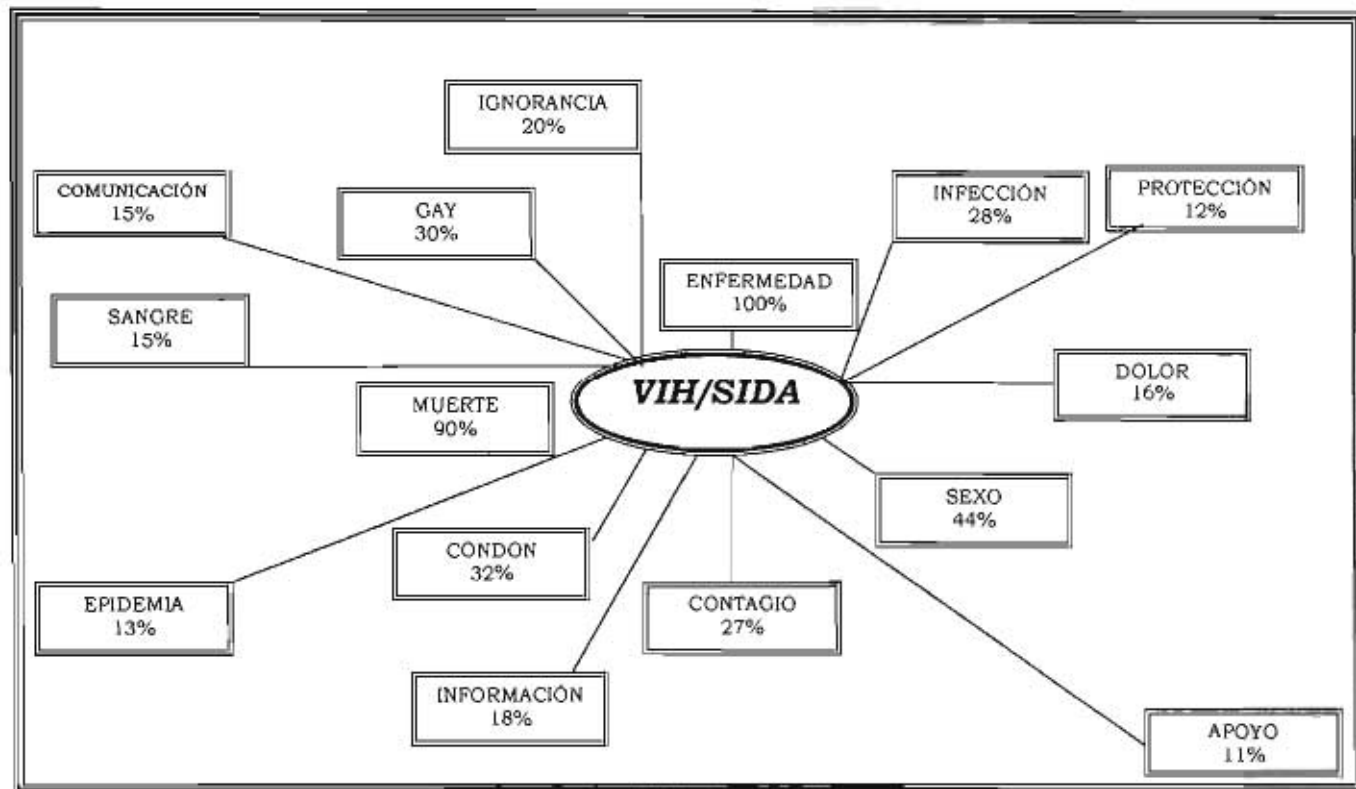
Posteriormente en el tercer lugar se sitúa la definidora *sexo*; la cual presenta múltiples significados, sin embargo, como ya se expuso, en el diccionario se expresa que es: “la condición orgánica que distingue al macho de la hembra” (Enciclopedia Microsoft Encarta, 1999), pero a esta constitución orgánica que distingue al varón de la mujer a nivel fisiológico y anatómico se le ha otorgado un valor diferente socioculturalmente, el cual se reduce al contacto

puramente sexual, y en este caso las mujeres amas de casa del grupo 2, la asociaron con la infección del VIH/SIDA, al igual que a la definidora *sangre*, ubicada en el lugar décimo primero con un FMG de 15%; ya que ambas constituyen dos de las tres principales vías de transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana.

En cuanto a prevención se refiere, se encuentran las siguientes definidoras: en cuarto lugar con una proximidad de 32% *condón*; en noveno lugar *información* con un FMG de 18%; en el décimo segundo lugar con una cercanía de 15% *comunicación* y con un valor FMG de 12% *protección*, ubicada en el décimo cuarto lugar; las cuales exteriorizan que las mujeres que participaron en este estudio tienen idea de ciertas medidas para evitar el contagio del VIH, lo cual es muy importante, ya que en la medida en que ellas se encuentren informadas sobre los diversos aspectos relacionados con su sexualidad y mantengan una comunicación clara y abierta con su pareja podrán protegerse de la infección.

Por otro lado, y, contraria a las definidoras anteriores relacionadas con la prevención se encuentra en el octavo lugar la palabra *ignorancia* con una cercanía de 20%, la cual es un factor de riesgo significativo, porque algunas personas al desconocer los mecanismos de transmisión del VIH ponen el peligro su salud, además de que en muchos casos no se perciben como poblaciones vulnerables como el caso de las mujeres y en especial las amas de casa.

Del mismo modo para definir al VIH/SIDA, este grupo mencionó las palabras *contagio* en el séptimo lugar con una proximidad de 27% y *epidemia*, en el décimo tercer lugar con un FMG de 13%; entendible que se mencionen porque se trata de una enfermedad transmite específicamente por el contacto con fluidos del cuerpo infectados como los vaginales, el semen y/o la sangre; además por su incidencia se ha convertido en una epidemia y haciendo referencia a una definición de diccionario es una: "enfermedad que afecta transitoriamente a muchas personas en un sitio determinado y que se produce al mismo tiempo en muchos sitios" (Diccionario Enciclopédico Larousse, 1988, p. 306).



Definidoras del conjunto SAM, Valor FMG y palabra estímulo del Grupo 2:
 "Mujeres amas de casa no infectadas de VIH/SIDA"

Es posible que estas mujeres hayan definido a la palabra estímulo VIH/SIDA con la palabra "epidemia" sin conocer claramente su significado, probablemente escucharon o leyeron que esta infección por sus altas cifras en todo el mundo ha alcanzado un nivel epidémico y por esta razón algunas de ellas decidieron definir a la infección con esta palabra.

Por su parte en el décimo lugar con una cercanía de 16% se ubica la palabra *dolor*. Se trata de un sentimiento negativo que posiblemente experimenten las personas VIH - positivas a consecuencia del deterioro que les produce en su salud.

Finalmente la palabra *apoyo* en el décimo quinto lugar con un FMG de 11% simboliza la necesidad de ayudar a combatir a la infección y de brindar protección a las personas afectadas porque se trata de una enfermedad incurable y mortal que afecta gravemente a quien la padece.

5.2. ANÁLISIS DE RIQUEZA VERBAL O VALOR V DE LOS DOS GRUPOS DE MUJERES.

La muestra total proporcionó una riqueza verbal amplia de 19 palabras: *aceptar, adelgazar, agredir, amar, apaciguar, deseo de vivir, enfrentar, informar, investigar, llorar, morir, prevenir, respetar, sobrevivir, sufrir, vengar, apoyar, ayudar y desconocer*.

El grupo 1: mujeres amas de casa infectadas de VIH/SIDA, generó 17 verbos, de los cuales 9 se relacionan con conductas positivas hacia la infección y a las personas seropositivas: *aceptar, amar, apoyar, deseo de vivir, enfrentar, respetar, sobrevivir y apaciguar*, 6 se asocian a conductas negativas: *adelgazar, agredir, llorar, morir, sufrir y vengar*, y 3 relacionados con la prevención: *informar, investigar y prevenir*.

Por su parte el grupo 2: mujeres amas de casa no infectadas de VIH/SIDA tan sólo generó 3 verbos; 2 a favor de los seropositivos: *apoyar y ayudar* y uno asociado a un factor de riesgo importante: *desconocer*, por lo tanto es

conveniente prevenir la expansión de la epidemia por medio de la información veraz y oportuna acerca del VIH/SIDA, ya que está claro que la ignorancia y la desinformación en conjunto con la inequidad de género propician la feminización de la infección.

En cuanto a la coincidencia en verbos generados, ambas muestras de mujeres amas de casa concuerdan en el verbo: *apoyar*, lo cual indica que este tipo de población femenina se encuentra piadosa ante la infección y experimentan un deseo de apoyar para tratar de frenarla, por lo tanto, resulta importante y conveniente rescatar esta necesidad tanto de ser “apoyadas” como de “apoyar” para crear nuevas propuestas de prevención que podrían partir desde la información oportuna acerca de la vulnerabilidad biopsicosocial que poseen hasta lograr poco a poco una participación más activa para involucrarse plenamente en el combate de las principales desventajas sociales que presentan y entre las que se encuentran: la falta de empoderamiento y la inequidad de género a la que la mayoría son sometidas por parte de sus parejas; ambos factores de riesgo importantes para que se infecten de VIH/SIDA.

5.3. ANÁLISIS DE LAS DEFINIDORAS

A continuación se presentan agrupadas aquellas definidoras que formaron parte del conjunto SAM y las que por presentar un valor M total (VMT) bajo no estuvieron incluidas en dicho conjunto, pero que sin embargo, son clave para la definición del concepto VIH/SIDA.

Este análisis está conformado por las definidoras proporcionadas por los dos grupos de mujeres amas de casa y se agruparon con base a las siguientes categorías:

1. Definidoras relacionadas con la infección de VIH/SIDA.
2. ¿Quién podría infectarse?
3. Factores de riesgo asociados al VIH/SIDA.
4. Patologías asociadas al SIDA.

5. Definidoras relacionadas con la prevención del VIH/SIDA.
6. Definidoras a favor de las personas seropositivas.
7. Definidoras relacionadas con la sexualidad.
8. Conductas, emociones y actitudes negativas relacionadas con el VIH/SIDA.
9. Conductas, emociones y actitudes positivas relacionadas con el VIH/SIDA.

1. Definidoras relacionadas con la infección de VIH/SIDA:

Enfermedad, epidemia, hospital, infección, medicina, muerte, padecimiento, problema, cura, sistema inmunológico y virus.

Estas definidoras son elementos que describen perfectamente a la palabra estímulo(VIH/SIDA), ya que se trata de un padecimiento, de una enfermedad infecciosa ocasionada por un virus que afecta al sistema inmunológico, la cual hasta la fecha no tiene cura y por lo tanto conduce a la muerte; asimismo, por su magnitud se ha considerado como una epidemia y un grave problema de salud pública a nivel mundial.

2. ¿Quién podría infectarse?:

Humanidad, jóvenes, hombres, mujeres, personas, ser humano, drogadictos, gay e hijos.

Como se mencionó en capítulos anteriores, el VIH/SIDA afecta a toda clase de personas sin importar su raza, sexo, condición social u orientación sexual, por lo que todos los sujetos expresados por las mujeres amas de casa de ambos grupos pueden contagiarse de VIH; sin embargo, y pese a que entre estas definidoras se mencionan a las mujeres, las estadísticas de la población

femenina demuestran que probablemente ellas no se perciben como un grupo de riesgo y mucho menos se consideran como un grupo vulnerable, además de que la inequidad de género imperante impide que tomen decisiones relacionadas con su vida y en especial con su sexualidad, ya que generalmente es el varón el que decide.

3. Factores de riesgo asociados al VIH/SIDA:

Desconocer, desinformación, desintegración, drogadictos, ignorancia, infidelidad, riesgos y agredir.

A partir de estas definidoras se puede observar que existe una necesidad de adquirir información respecto a la infección, ya que los dos grupos de mujeres amas de casa perciben claramente a la ignorancia como un factor de riesgo importante.

Por otro lado, se percibe (pobrementemente) que las mujeres amas de casa identifican algunos factores de riesgo importantes para contagiarse de VIH, porque ubican algunos aunque no claramente como la drogadicción, la infidelidad y la agresión. El uso de drogas intravenosas favorece la entrada del VIH al organismo si se comparten jeringas; de igual manera el mantener relaciones desprotegidas con diversas parejas puede propiciar el contagio del virus de la inmunodeficiencia humana; asimismo, la agresión hacia la mujer es un factor de riesgo relevante, ya que las lesiones ocasionadas por esta durante las relaciones sexuales constituyen un vía de entrada directa del VIH al organismo.

4. Patologías asociadas al SIDA:

Depresión, deficiencia, desequilibrio mental, diarreas, gonorrea, hepatitis B y C, insomnio, SIDA, sífilis, temperaturas, adelgazar, daño físico y daño psicológico.

Estas definidoras manifestadas principalmente por el grupo de mujeres infectadas de VIH (G1), implican el deterioro que en su salud produce la infección, ya que como se sabe afecta al sistema inmunológico dejando al organismo a merced de un sinfín de enfermedades oportunistas; así como los efectos emocionales que este padecimiento produce, ya que el deterioro físico que produce la enfermedad conlleva a un daño psicológico.

5. Definidoras relacionadas con la prevención del VIH/SIDA:

Investigación, sexo seguro, comerciales, condón, cuidado, educación, información, límites, prevención, reglas, telsida, vacuna, valores, abstinencia, comunicación y CONASIDA.

Por medio de estas definidoras se evidencia, por fortuna, la consciencia en la prevención del VIH/SIDA, porque es claro el conocimiento de que existen alternativas para protegerse de un posible contagio. Asimismo cabe mencionar la importancia de los límites en la relación de pareja porque estos permitirán negociar el uso del condón a través de la comunicación; por lo tanto estas definidoras resultan ser significativas para la creación de programas preventivos que se sustenten en las necesidades de las mujeres.

6. Definidoras a favor de las personas seropositivas:

Albergues, alegría, amor, apoyo, atención, ayuda, comprensión, comunicación, cuidado, curación, aceptación, cariño, confianza, amistad, convivencia, derechos, derechos humanos, dios, doctor, fuerza, gobierno, grupos, medicina, milagro, ong's, paz, prevención, protección, religión, respeto, seguridad, tolerancia, unión y vacuna.

A partir de estas definidoras las mujeres amas de casa muestran una actitud de apoyo hacia las personas VIH – positivas; se pueden observar palabras que van desde sentimientos, conductas y actitudes hasta aspectos básicos para su salud como: medicina y vacuna. También algunas de estas palabras pueden referir las necesidades de las mujeres infectadas con VIH, ya

que cualquier ser humano requieren de cuidados amor y apoyo entre otras para lograr una calidad de vida aceptable.

7. Definidoras relacionadas con la sexualidad:

Erotismo, pareja, sexo, acto sexual, deseo, orientación, sexo oral, sexualidad, contacto y cuerpo.

Estas definidoras describen como el VIH/SIDA es asociado con la sexualidad, bajo la consigna de que la epidemia es una infección de transmisión sexual.

8. Conductas, emociones y actitudes negativas relacionadas con el VIH/SIDA:

Angustia, ansiedad, asco, debilidad, desagradable, desahuciado, desesperación, desgano, dolor, frustración, humillación, miedo, pena, rechazo, rencor, soledad, sufrir, temor, tristeza, abatimiento, aburrición, ahogamiento, amargura, apatía, malentendido, arrepentimiento, cansancio, confusión, odio, discriminación, agredir, malo, rabia, infelicidad, coraje, chantaje, desamor, ofensa, desconfianza, desesperanza, pena, estupidez, llanto, falsedad, fastidio, horror, hostilidad, impotencia, incomodidad, incompetencia, incomprensión, indiferencia, injusticia, inquietud, inseguridad, venganza, ,marginación, melancolía y negación.

Como puede observarse, existe una gran cantidad de definidoras negativas relacionadas con el VIH/SIDA que demuestran acciones, actitudes y reacciones físicas y emocionales que experimentan principalmente las personas seropositivas ante su enfermedad; asimismo, existen definidoras que ponen de manifiesto la discriminación y el rechazo del que son objeto las personas infectadas; también, exponen demasiadas emociones, lo cual lleva a pensar en una fuerte necesidad de atención psicológica, ya que los sentimientos que exteriorizan implican una carga emocional muy profunda y compleja.

9. Conductas, emociones y actitudes positivas relacionadas con el VIH/SIDA:

Apaciguar, deseo de vivir, esperanza, valor, vivir y voluntad.

Pese a que el VIH/SIDA es una infección incurable y mortal que en su mayoría genera sentimientos negativos, las personas VIH – positivas también experimentan deseos de salir adelante y superar los aspectos malignos que conlleva su padecimiento, lo cual resulta trascendente para controlar su enfermedad.

5.4. CONCLUSIONES

De acuerdo con las definidoras generadas por las dos muestras de mujeres amas de casa se puede concluir que el VIH/SIDA lo conceptualizan principalmente como una enfermedad infecciosa y mortal que se relaciona con la actividad sexual; a esto hace referencia las definidoras: enfermedad, infección, muerte y sexo.

Estas mujeres que participaron en el estudio, saben que se trata de un padecimiento que por ser incurable conduce a la muerte, ya que como se indicó, el sistema inmunológico no puede combatir la serie de enfermedades oportunistas que se presentan.

Por otro lado, manifiestan que esta enfermedad produce sentimientos negativos como el dolor, por lo que surge la necesidad tanto de apoyar a las personas que la padecen como apoyar para tratar de combatirla. Al respecto, ubican algunas medidas preventivas como: la información y la protección por medio del condón, sin embargo, en algunas sociedades donde prevalece la inequidad de género difícilmente las mujeres podrán utilizarlo como una alternativa para prevenir el VIH, ya que pese a que saben de su existencia y que fácilmente pueden acceder a él, lo complicado es proponerle a su pareja que lo use, porque muchos hombres erróneamente creen que no se logra la misma

sensación sexual, además algunos consideran inadecuado e inmoral que la mujer proponga su uso.

En el caso de la muestra de mujeres amas de casa infectadas de VIH (G1) matizó con más fuerza al VIH/SIDA de sentimientos de rechazo, angustia, tristeza, sufrimiento y desesperación, no obstante, también expusieron sentimientos relacionados con el amor y el apoyo, lo cual demuestra la confusión de emociones que experimentan al enfrentarse a una enfermedad tan estigmatizada y rechazada por gran parte de la población.

Las mujeres no infectadas, en cambio, contextualizaron al VIH/SIDA con algunos factores riesgosos para el contagio, como: la ignorancia, el sexo y la sangre, con lo cual demuestran que tienen conocimiento de algunos mecanismos de transmisión, a pesar de esto, ellas no creen estar expuestas a infectarse, es decir, son conscientes de algunas conductas peligrosas, pero no conocen la vulnerabilidad que la población femenina presenta ante la epidemia, reforzando la falsa creencia de que ésta es una población que fácilmente se contagia; además cabe resaltar la utilización de esta palabra relativamente “nueva” para denominar a quienes mantienen relaciones sexuales con personas de su mismo sexo.

Como puede observarse, ambas muestras identifican a la infección como una enfermedad grave y mortal que produce diversos sentimientos, en su mayoría negativos y que tiene que ver con aspectos relacionados con la sexualidad, sin embargo, resulta preocupante el hecho de que desconozcan las desventajas que presentan ante el VIH porque esta falta de información aunada a la inequidad de género podrían extender la infección en esta población y en particular en las amas de casa.

A través de la técnica de redes semánticas naturales, las mujeres amas de casa simbolizaron por medio del lenguaje lo que les significa una enfermedad de la cual son altamente vulnerables, por lo tanto es necesario concientizar a la población en general acerca de este tipo de infección de transmisión sexual

basada en cierta medida en la inequidad de género y por consiguiente en el poder, para que logren protegerse y proteger a su pareja de un posible contagio.

La red de significados que proporcionaron es un mapa conceptual sobre el concepto VIH/SIDA que organiza y articula las palabras y nombra lo inmediato. “Al simbolizar se materializa, al nombrar se abre una brecha entre el nombre y lo que es nombrado” (López y Salazar, 2001, p. 125). Son construcciones simbólicas que dan atribuciones a las conductas subjetivas u objetivas.

Así las mujeres amas de casa, se encuentran frente a múltiples desventajas desde lo fisiológico y anatómico hasta aspectos socioculturales que las ubican en una posición de vulnerabilidad ante la infección. Por lo tanto resulta importante señalar que este proceso de feminización de la epidemia se ve notablemente afectado por actitudes y conductas de género inequitativas e imparciales.

Este tipo de problemáticas se acrecientan por la falta de empoderamiento de las mujeres producto de la inequidad que a su vez impacta de manera significativa en su salud; desafortunadamente esto no siempre se toman en cuenta porque se minimiza y se pierde la perspectiva de un problema de salud pública tan grave como lo es el VIH/SIDA en la mujer ama de casa.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

La presente investigación permitió conocer el significado del concepto VIH/SIDA en dos grupos de mujeres amas de casa; el grupo 1 conformado por mujeres infectadas de VIH de dos instituciones: La Casa Árbol de la Vida y la Clínica de Infectología del Hospital Infantil de México “Federico Gómez” y el grupo 2 formado por mujeres no infectadas que asisten a algún taller de manualidades del Centro Comunitario “Felipe Pescador”.

Como en todo primer acercamiento existieron algunas limitaciones en el desarrollo de la investigación, por ejemplo:

- En la Ciudad de México y área metropolitana existen una gran cantidad de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que apoyan a las personas VIH – positivas, y en el presente estudio sólo se trabajó con 2 de ellas (una de cada una), por lo que muchas mujeres de otras organizaciones que podrían haber conformado una muestra más representativa quedaron sin evaluar.
- Y en el caso de las mujeres amas de casa no infectadas, se observó que al término de las aplicaciones del instrumento de redes semánticas naturales, muchas tenían la inquietud de conocer un poco más acerca de la infección, con la finalidad de proteger a sus hijos; de esta manera surge la necesidad de proporcionar información adecuada que satisfaga sus dudas, aunque lo más importante sería explicarles y darles a conocer la trascendencia de que ellas también se protejan por ser una población vulnerable.

Por otro lado, existen algunas sugerencias, donde la principal propuesta se centra en la mayor vulnerabilidad sociocultural de la mujer frente al VIH/SIDA y se ubica, más que en una curación o el tratamiento de la condición de seropositividad con o sin desarrollo de SIDA, en el ámbito de la prevención como:

- Es conveniente continuar este estudio en diversas poblaciones como adolescentes, jóvenes, varones, etc., para conocer el significado que poseen de la infección y enriquecerlo haciendo énfasis en las diferencias y similitudes que pudieran existir entre adultos y jóvenes, y, mujeres y varones; asimismo, se recomienda el estudio empírico del conocimiento de actitudes, y prácticas de la población frente al VIH/SIDA bajo una perspectiva de género que considere la condición de la mujer y del varón, así como su situación dentro de la sociedad.
- Es importante también, desarrollar políticas públicas tomando en cuenta a organizaciones gubernamentales y ONG's, ya que estas últimas por su cercanía con la comunidad tienen un mayor conocimiento de las demandas sociales y por lo tanto responden de manera más directa.
- Por otro lado, como se menciona anteriormente, la denominación de *grupos de riesgo* plantea una división tajante entre los seropositivos y la población restante. Esta estigmatización pone en una situación de riesgo a la población general, al no permitirles ubicar el peligro que tienen de adquirir el VIH/SIDA. Por esta razón es importante la difusión del concepto *prácticas de riesgo*, para contribuir a desaparecer el estigma originado por el concepto de grupos de riesgo, porque el primero se acerca más a la realidad del contagio del VIH, ya que no son los distintos grupos los que se encuentran mayormente expuestos a contraer el virus, sino las prácticas sexuales que aumentan o disminuyen el riesgo de infectarse.
- Otro reto importante es sensibilizar a la población por medio de la educación acerca del VIH/SIDA, sus implicaciones y mecanismos de transmisión sin estigmatizar los comportamientos que conducen a ella.
- Y en el caso particular del tema: mujer y VIH/SIDA, es indispensable que se continúe en su investigación, ya que es clara la expansión de la infección en esta población y por lo tanto se hace necesaria la creación de nuevas propuestas preventivas enfocadas especialmente a las mujeres para evitar que se sigan contagiando, asimismo, para lograr su éxito y dar solución a los

problemas sociales que provoca esta epidemia, deberá involucrarse a la sociedad en general, y, para que resulten más útiles los programas de bienestar social, deberán enfocarse en los hogares y comunidades más necesitados y vulnerables.

- Es preciso, también, trabajar en la creación de una pedagogía de género equitativa que acabe con la desigualdad y discriminación de las mujeres (basada en una simple diferencia sexual), propiciando desde el ámbito de la educación relaciones más equitativas entre los géneros por medio de la autonomía y del empoderamiento de la mujer para que sean capaces de tomar decisiones respecto a su sexualidad y puedan vivirla de manera plena, informada y consciente y para coadyuvar a disminuir su vulnerabilidad respecto a la epidemia, eliminando los riesgos socioculturales de contraer el VIH a través de su(s) pareja(s) sexual(es).
- Por último, es importante trabajar con aspectos relacionados con la negociación, ya que por cuestiones de género expresadas con anterioridad, las mujeres se encuentran en franca desventaja para negociar con la pareja aspectos de su vida en general; por lo tanto es necesario reivindicar la femineidad fomentando y fortaleciendo las relaciones equitativas porque de esta manera ambos miembros de la pareja llegaran a acuerdos donde los dos resulten beneficiados logrando que las vulnerabilidades sociales de la mujer ante el VIH/SIDA disminuyan ya que podrán negociar aspectos de su vida sexual y por tanto favorecer el uso del condón para protegerse.

En general, esta investigación pone de manifiesto la falta de información e inadecuada posición social que padecen las mujeres, así como la carente percepción de riesgo de contraer una infección tan grave y de la cual son tan vulnerables como: el VIH/SIDA; por lo tanto se requiere la participación de un grupo interdisciplinario, en el que colaboren psicólogos en el proceso de aceptación de la enfermedad a través de terapias diseñadas exclusivamente para este grupo de mujeres. Asimismo, su trabajo también deberá ir encaminado a elaborar programas preventivos para que junto con la población en general construyan sociedades en las que todos los seres humanos (hombres

y mujeres) disfruten de culturas sexualmente sanas por medio de la eliminación de prácticas inequitativas, violentas y sexistas, que favorecen entre otras cosas la discriminación de la mujer y la feminización de la epidemia del VIH/SIDA.

REFERENCIAS

- Alatorre, J. (1994). Criterios para la elaboración de documentos psicológicos. México: Departamento de Publicaciones. Facultad de Psicología. UNAM. México.
- Barbieri, T. (1984). Mujeres y vida cotidiana. México: Fondo de Cultura Económica y SEP/80.
- Bedolla, M., Bustos, R., Delgado, B., Compiladoras. (1993). Estudios de Género y Feminismo I. México: Fontamara.
- Bedolla, M., Bustos, R., Delgado, B., Compiladoras. (2000). Estudios de Género y Feminismo II. México: Fontamara.
- Berer, M. (1993). La mujer y el VIH/SIDA. Gran Bretaña: Bath Press.
- Bernal, B., Hernández, G. (1995). Las enfermedades de transmisión sexual ETS: otro reto para la prevención y control de la epidemia del VIH/SIDA. La Salud Pública de México. 37 (6) 520-524.
- Bruner, A., Ávila, R. (1993). Instructivo para la preparación de propuestas de investigación. México: Departamento de Publicaciones. Facultad de Psicología. UNAM. México.
- Careaga, G. (2000). Bases Éticas de los Derechos Sexuales y Reproductivos en Semiología sobre salud reproductiva y participación social, género, sexualidad y derechos sexuales y reproductivos. Libros de Memorias 2. Universidad Autónoma de Yucatán.
- Casanova, M., Ortega, L., López, M., Vázquez, M. (1989). Ser mujer. La formación de la identidad femenina. México: Colección Modular. UAM, México.

- Centro de Derechos Humanos "Miguel Agustín Pro Juárez" A.C. (2000). **Historias de VIHda.** México: Centro de Derechos Humanos "Miguel Agustín Pro Juárez" A.C.
- CENSIDA. (2001). **El SIDA en México en el año 2000.** México: CENSIDA.
- Colectivo-Sol-Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA. (1992). **Transmisión Sanguínea del VIH en México.** Acción en SIDA, 14, 8-9.
- CONASIDA. (1997). **Guía para la atención médica de pacientes con infección por VIH/SIDA en consulta externa y hospitales.** México: CONASIDA.
- CONASIDA. (1998). **Guía para la atención psicológica de personas que viven con el VIH/SIDA.** México: CONASIDA.
- CONASIDA. (1998). **Manual de Capacitación para voluntarios de Telsida.** México: CONASIDA.
- CONASIDA. (2003). **Epidemiología del VIH/SIDA en México en el año 2003.** México.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.** (1995). México: Trillas.
- Coria, C. (1997). **Las negociaciones nuestras de cada día.** México: Paidós.
- Corres, A., Bedolla, M., Martínez, T. (1996). **Los significados del placer en mujeres y hombres.** México: Fontamara.
- Del Amo, J. (1999). **El SIDA y la mujer: aspectos clínicos y sociales.** Madrid: Pirámide.

Del Río, A., Liguori, A., Magis, C., Valdespino, J., García, M., Sepúlveda, J. (1995). **La epidemia del VIH/SIDA y la Mujer en México.** La Salud Pública de México. 37 (6) 581-591.

Del Río, C., Uribe, P. (1995). **Prevención de enfermedades de transmisión sexual y SIDA mediante el uso del condón.** La Salud Pública de México. 37 (6) 624-635.

Diccionario Enciclopédico Larousse. (1988). México: Ediciones Larousse.

Diccionario Práctico Larousse de Sinónimos y Antónimos. (1986). México: Ediciones Larousse.

Dio Bleichmar, E. (1985). **El feminismo espontáneo de la histeria.** México: Fontamara.

Durán, M. (1978). **El ama de casa. Crítica política de la economía doméstica.** España: Zero ZYX.

Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica. (1997). México: INEGI.

Encuesta Nacional de Empleo. (1995). México: INEGI.

Enciclopedia Microsoft Encarta. (1999). Microsoft Corp. USA.

Fenoy, D., Ferreira, A., Mallol, S., Velázquez, S. (1993). **Sexualidad y SIDA. Las mujeres entre el placer y el riesgo.** Buenos Aires: Asociación de Especialistas Universitarias en Estudios de la Mujer (Adeuem).

Fenoy, D., Velázquez, S. (1993). **Mujer, sexualidad y SIDA. Enfoque psicosocial.** Chile: Adeuem.

Fernández, P. (1996). **Manual para el buen morir para enfermos de SIDA.** México: Fundación Mexicana para la lucha contra el SIDA.

-
- González, M. (1996). **Demanda de información sobre SIDA. Un análisis de las llamadas de las mujeres a Telsida.** Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM, México.
- González, R. (2004, julio 7). **Alcanza alarmantes cifras feminización de VIH/SIDA en África.** [En línea]. CIMAC Noticias.
<http://www.cimacnoticias.com/noticias/04julio/04070701.html>. [2004. Julio 7].
- Gutiérrez, S., Hernández, G. (1990). **Mujer y trabajo: estudio sobre la subjetividad.** Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM, México.
- Hernández, S., Fernández, C., Baptista, L. (1991). **Metodología de la Investigación.** México: Mc. Graw Hill.
- Hernández, S. (1999). **Prevención en la mujer universitaria desde una perspectiva de género.** Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM, México.
- Herrera, C., Campero, L. (2002, agosto 6). **El VIH/SIDA y las mujeres. [En línea]. Amigos en la lucha contra el SIDA.**
<http://www.aids-sida.org/mujerySIDA.html>. [2002, agosto 6].
- Ibarra, A. (1994). **El proceso de duelo y su relación con el VIH-SIDA. Revisión documental.** Facultad de Psicología. UNAM, México.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). (1999). **Trabajo doméstico y extradoméstico.** México: INEGI.
- INEGI. (2000). **XII Censo General de Población y Vivienda.** México: INEGI.
- INEGI. (2001). **Mujeres y Hombres en México.** México: Autor.

- Lamas, M. (1994). **Cuerpo: Diferencias sexuales y género.** Debate Feminista. 10, p. 3-31.
- Letra S. (1999, Marzo 4). **Las desventajas biológicas, culturales y sociales de la mujer.** La Jornada. México.
- Letra S. (1999, Julio 1). **La violencia contra las mujeres, los niños y las niñas, una herida difícil de cicatrizar.** La Jornada. México.
- Letra S. (2000 mayo 4). **Cuerpos Escindidos. El significado simbólico del condón masculino y las expresiones ineludibles del deseo femenino.** La Jornada. México.
- Letra S. (2001, Diciembre 6). **Veinte años. Repaso cronológico de la pandemia del SIDA.** La Jornada. México.
- López, A., Salazar, V. (2001). **El significado del concepto hostigamiento sexual.** Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM, México.
- Ochoa, A. **Mujer, Amparo Ochoa.** México: Discos Pueblo.
- Organización de las Naciones Unidas. (2004, agosto 31). **Declaración sobre la eliminación de la discriminación contra la mujer.** [En línea]. ONU. http://www.unhchr.ch/spanish/html/menu3/b/21_sp.html. [2004. Agosto 31].
- Paredes, D. (1995). **Estudio comparativo de conocimientos acerca del SIDA en adolescentes de diferentes niveles socioeconómicos.** Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM, México.
- Paterson, G. (1997). **El amor en tiempos de SIDA. La mujer, la salud y el desafío del VIH.** España: Presencia Social.

- Ponce, M. (1999, Noviembre). **Género, sexualidades y SIDA. Trabajo presentado en el congreso Avances en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual: Retos para el tercer milenio.** Acapulco, Gro.
- Pingarrón, A.C. (2000). **Un acercamiento al significado de conceptos claves en torno a la sexualidad de mujeres y hombres del servicio de geriatría del Hospital de PEMEX.** Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM, México.
- ONUSIDA. (2004). **Informe sobre la epidemia mundial de SIDA. Cuarto informe mundial.** Suiza: ONUSIDA.
- Quiroz, M. (2001). **La problemática del derecho a la salud de los enfermos de VIH/SIDA y la cooperación internacional.** Tesis de Licenciatura. Facultad de ciencias Políticas y sociales. UNAM, México.
- Reyes, I. (1993). **Las redes semánticas naturales, su conceptualización y su utilización en la construcción de instrumentos.** Revista de Psicología Social y Personalidad, Vol. 9, No. 1, p.p. 81-97.
- Rico, B., Uribe, P., Panebianco, S., Del Río, C. (1995). **El SIDA y los derechos humanos.** La Salud Pública de México. 37 (6) 661-668.
- Rico, B., Vandale, S., Allen, B., Liguori, A.L. (1997). **Situación de las mujeres y el VIH/SIDA en América Latina.** México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Richardson, D. (1990). **La mujer y el SIDA.** México: Manual Moderno.
- Rivera, R. (2000). **Mujer, sexualidad y VIH/SIDA: hacia una pedagogía de género igualitaria.** Tesis Licenciatura. Escuela Nacional de Estudios Profesionales Acatlán. UNAM, México.

-
- Rossi, L. (1997). **Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA. Aspectos psicológicos.** México: Facultad de Psicología de la UNAM.
- Sepúlveda, J. (1989). **SIDA, Ciencia y sociedad en México.** México: Fondo de Cultura Económica.
- SSA. (2000). **Programa Anual de Salud Sexual y Reproductiva, 2000.** Ciudad de México: SSA.
- SSA. (2003). **Epidemiología del VIH/SIDA en México en el año 2003. Datos al 1ro. de noviembre de 2003.** México: Secretaría de Salud. CENSIDA.
- Sotelo, I. (1993). **Concepto de Sexualidad Humana.** Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM, México.
- Tenorio, J. (1983). **Metodología documental para investigaciones en ciencias de la salud.** México: Ciencia y Cultura.
- Valdespino, J., García, M., Del Río, C., Cruz, C., Loo, E., López, A. (1995). **Las enfermedades de Transmisión sexual y la Epidemia de VIH/SIDA.** La Salud Pública de México. 37 (6) 661-668.
- Valdespino, J., Gomez, M., García M., Del Río, A., Loo, E., Magis C. (1995). **Epidemiología del VIH/SIDA en México.** La Salud Pública de México. 37 (6) 592-601.
- Valdéz, J.L. (1992). **Las redes semánticas naturales, usos y aplicaciones en Psicología Social Tesis de Maestría.** Facultad de Psicología. UNAM, México.
- Vitale, L. (1981). **Historia y sociología de la Mujer Latinoamericana.** México: Fontamara.

Vizconde, L. (1997). **Percepción de riesgo de contraer VIH/SIDA en mujeres.**
Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM, México.

Zavala, D. (1995). **Género femenino y salud mental.** Tesis de Licenciatura.
Facultad de Psicología. UNAM, México.

APÉNDICE A
INSTRUMENTO

LLENE POR FAVOR LOS SIGUIENTES DATOS:

EDAD: _____	Grupo: _____
ESTADO CIVIL : _____ (Viudas, Separadas y divorciadas, menos de un año)	TIEMPO DE RELACIÓN CON SU COMPAÑERO: _____ (Más de 1 año).
FECHA: _____	

INSTRUCCIONES:

1. A continuación se le presentará un concepto en donde usted tendrá que escribir, en las líneas de en medio (PALABRAS), todas aquellas palabras (sustantivos, adjetivos, verbos) que considere se relacionan con el significado de dicho concepto. Para esta tarea contará con un minuto.
2. Posteriormente, marque con el signo + si la palabra es una característica positiva o con un signo - si es negativa. Escríbalo en la línea derecha (SIGNO).
3. Una vez hecho lo anterior, jerarquice numerando del 1 en adelante las palabras que enlistó. Anote el número 1 para la que considere más importante, el número 2 a la que le siga en importancia y así sucesivamente. Escríbalo en la columna izquierda (NÚMERO).

VIH / SIDA

NÚMERO	PALABRAS	SIGNO
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

APÉNDICE B

VACIADO DE DATOS

VACIADO DE DATOS

DEFINIDORAS PROPORCIONADAS POR EL GRUPO 2: MUJERES AMAS DE CASA NO INFECTADAS DE VIH/SIDA

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
		10	9	8	7	6	5	4	3	2	1					
27	10	+	3	26	enfermedad	muerte	sent	infectado	curación	abogues	estados					1
28	10	-	2	24	enfermedad	muerte	contagio	prevención	sangre	problema	vacuna	medicina	diagnóstico	hospital		10
29	17	+	3	3	infección	ingres	muerte	prevención	cuadros	comunicación						9
30	20	+	3	5	información	enfermedad	enfermedad	prevención	suicidio	ayuda	enfermedad					7
31	22	-	2	5	infección	contagio	admisión	ingresos	medic							5
32	23	+	2	16	ignorancia	desinformación	contagio	enfermedad	arte	ingresos						6
33	24	+	1	14	enfermedad	hospital	dolor	infección	contagio							8
34	21	-	2	1	muerte	enfermedad	contagio	desinformación	rechazo							3
35	22	+	2	5	muerte	enfermedad	humillación	desempañon	dolor	infección	infección	normales				8
36	24	+	3	11	muerte	dolor	contagio	enfermedad	hospitalización	sexo	terapia	infección	fo			9
37	25	+	2	7	epidemia	enfermedad	sexo	sangre	infección	condón	infección	enfermedad				5
38	26	+	3	16	enfermedad	ignorancia	información	tipos	sexo	especial	deficiencia	sexo oral				6
39	28	-	1	11	muerte	gripe	infección	vulgar	enfermedad							5
40	30	+	2	1	condón	información	muerte	gripe	suicidio							5
41	30	-	1	17	enfermedad	dolor	sexo	enfermedad	infectados	infección	cuadros					7
42	19	+	2	11	arte	muerte	condón	juventud	terapia	comerciales						5
43	10	+	2	21	riesgos	preservativos										3
44	26	-	2	24	condón	comunicación	protocolos	infección	infección	hija	apoyos	sexo oral	epidemia			3
45	28	-	1	11	enfermedad	contagio	sexo	muerte	condón							3
46	28	+	1	8	muerte	enfermedad	reclusión	sexo sexual	problema	salud						6
47	27	+	1	5	sexo	muerte	sexo	infección	pornografía	enfermedad	desigualdad	prevención	voluntad	norma		10
48	41	-	3	18	enfermedad	contagio sexual	muerte	epidemia	prevención							5
49	41	-	2	20	sexo	muerte	enfermedad	infección								6
50	25	+	1	3	epidemia	muerte	rechazo	enfermedad	desigualdad	condón	sexualidad					7

APÉNDICE C

LISTA DE DEFINIDORAS (Sinónimos)

LISTA No. 1
DEFINIDORAS PROPORCIONADAS POR EL GRUPO 1: MUJERES AMAS DE CASA
INFECTADAS DE VIH/SIDA

DEFINIDORAS		VALOR J
1	ABATIMIENTO	1
2	ABSTINENCIA	1
3	ABURRICIÓN	1
4	ACEPTACIÓN (ACEPTAR)	2
5	ADELGAZAR (ADELGAZAMIENTO)	2
6	AGREDIR	1
7	AHOGAMIENTO	1
8	AMARGARSE (AMARGURA)	2
9	AMISTAD	1
10	AMOR (AMAR)	5
11	ANGUSTIA	5
12	ÁNIMOS	1
13	APACIGUAR	1
14	APATÍA	1
15	APOYO (APOYAR)	22
16	ARREPENTIMIENTO	2
17	ATENCIÓN	1
18	AYUDA	2
19	BUENO	1
20	CANSANCIO	2
21	CARIÑO	1
22	CARO (COSTOSO)	2
23	CASTIGO	1
24	COMPRESIÓN	1
25	COMUNICACIÓN	2
26	CONASIDA	1
27	CONDÓN (CONDONES)	7
28	CONFIANZA	2
29	CONFUSIÓN	2
30	CONVIVENCIA	1
31	CORAJE	4
32	CUERPO	1
33	CUIDADO (CUIDADOS)	3
34	CURA (CURACIÓN)	2
35	CHANTAJE	2
36	DAÑO FÍSICO	1
37	DAÑO PSICOLÓGICO	1
38	DEFICIENCIA	1

LISTA No. 1
DEFINIDORAS PROPORCIONADAS POR EL GRUPO 1: MUJERES AMAS DE CASA
INFECTADAS DE VIH/SIDA

DEFINIDORAS		VALOR J
39	DEPRESIÓN	2
40	DERECHOS	2
41	DERECHOS HUMANOS	2
42	DESAMOR	1
43	DESCONFIANZA	1
44	DESEO DE VIVIR	1
45	DESEQUILIBRIO MENTAL	1
46	DESESPERACIÓN	8
47	DESESPERANZA	1
48	DESINFORMACIÓN	1
49	DESPRECIO	3
50	DIARREAS	2
51	DIGNIDAD	1
52	DINERO	2
53	DIOS	1
54	DISCRIMINACIÓN	3
55	DOCTOR	1
56	DOLOR	5
57	ENFERMEDAD (ENFERMO / ENFERMEDADES)	15
58	ENFRENTAR	1
59	ENOJO	1
60	EPIDEMIA	2
61	EROTISMO	1
62	ESPERANZA	2
63	ESTUPIDEZ	1
64	FALSEDAD	1
65	FAMILIA	7
66	FASTIDIO	1
67	FEO	1
68	FLUIDOS	1
69	FRUSTRACIÓN	2
70	FUERZA	4
71	GOBIERNO	1
72	GONORREA	1
73	GRUPOS	2
74	HEPATITIS B Y C	1
75	HIJOS	1
76	HOMBRE	1

LISTA No. 1
DEFINIDORAS PROPORCIONADAS POR EL GRUPO 1: MUJERES AMAS DE CASA
INFECTADAS DE VIH/SIDA

DEFINIDORAS		VALOR J
77	HORROR	1
78	HOSPITAL (HOSPITALES)	4
79	HOSTILIDAD	1
80	HUMANIDAD	1
81	HUMILLACIÓN	1
82	IGNORANCIA	2
83	IMPOTENCIA	1
84	INCOMODIDAD	2
85	INCOMPETENCIA	1
86	INCOMPRESIÓN	1
87	INDIFERENCIA	1
88	INFECCIÓN (INFECCIONES / INFECTADO)	13
89	INFELICIDAD	1
90	INFIDELIDAD	1
91	INFORMACIÓN (INFORMARSE / INFORMAR)	6
92	INJUSTICIA	2
93	INQUIETUD	2
94	INSEGURIDAD	2
95	INSOMNIO	1
96	INVESTIGAR	2
97	JUVENTUD	1
98	LLANTO (LLORAR)	4
99	MALENTENDIDO	1
100	MALO	1
101	MARGINACIÓN	1
102	MEDICINA (MEDICINAS / MEDICAMENTO)	10
103	MELANCOLÍA	2
104	MENTALIDAD	1
105	MIEDO	6
106	MILAGRO	1
107	MUERTE (MORIR)	27
108	MUJER	1
109	NECEDAD	1
110	NECESIDAD	1
111	NEGACIÓN	1
112	OBLIGACIÓN	1
113	ODIO	2
114	OFENSA	3

LISTA No. 1
DEFINIDORAS PROPORCIONADAS POR EL GRUPO 1: MUJERES AMAS DE CASA
INFECTADAS DE VIH/SIDA

DEFINIDORAS		VALOR J
115	ONG 'S	2
116	PAREJA	4
117	PAZ	1
118	PENA	3
119	PERSONAS	2
120	PODER	1
121	PREOCUPACIÓN	2
122	PREVENCIÓN (PREVENIR)	2
123	PRIVACIÓN	1
124	PROBLEMA	1
125	PROTECCIÓN	6
126	RABIA	2
127	RECHAZO	10
128	RELIGIÓN	1
129	RENCOR	3
130	RESENTIMIENTO	1
131	RESPECTO (RESPETAR)	2
132	SALUD	1
133	SANGRE	1
134	SEGURIDAD	2
135	SENTIMIENTOS (SENTIMIENTO)	2
136	SER HUMANO	1
137	SEXO	7
138	SEXO SEGURO	3
139	SIDA	1
140	SÍFILIS	1
141	SISTEMA INMUNOLÓGICO	1
142	SOBREVIVIR	1
143	SOLEDAD	3
144	SUFRIR (SUFRIMIENTO)	7
145	SUPERACIÓN	4
146	SUPERACIÓN COMO PERSONAS	1
147	TEMOR	3
148	TEMPERATURAS	1
149	TOLERANCIA	1
150	TRAUMA	2
151	TRISTEZA	5
152	UNIÓN	2

LISTA No. 1
DEFINIDORAS PROPORCIONADAS POR EL GRUPO 1: MUJERES AMAS DE CASA
INFECTADAS DE VIH/SIDA

DEFINIDORAS		VALOR J
153	VACUNA	5
154	VALOR	1
155	VENGANZA (VENGAR)	3
156	VERGÜENZA	2
157	VIDA	6
158	VIRUS	1
159	VIVIR	1
160	VOLUNTAD	1
		400

LISTA No. 2
DEFINIDORAS PROPORCIONADAS POR EL GRUPO 2: MUJERES AMAS DE CASA NO
INFECTADAS DE VIH/SIDA

	DEFINIDORAS	VALOR J
1	ACTO SEXUAL	1
2	AISLADOS	1
3	ALBERGUES	1
4	ALEGRÍA	1
5	AMOR	2
6	ANGUSTIA	2
7	ANSIEDAD	2
8	APOYO (APOYAR / APOYOS)	5
9	ASCO	1
10	ATENCIÓN	1
11	AYUDA (AYUDAR)	2
12	CASTIGO	1
13	COMERCIALES	1
14	COMPRENSIÓN	2
15	COMUNICACIÓN	5
16	CONDÓN (PRESERVATIVO /CONDONES)	11
17	CONTACTO	2
18	CONTAGIO	9
19	CONTAGIO SEXUAL	1
20	CUERPO	1
21	CUIDADO	5
22	CURACIÓN	1
23	DEBILIDAD	1
24	DESAGRADABLE	1
25	DESAHUCIADO	1
26	DESCONOCER	1
27	DESEO	1
28	DESESPERACIÓN	3
29	DESGANO	1
30	DESINFORMACIÓN	2
31	DESINTEGRACIÓN	1
32	DISCRIMINACIÓN	2
33	DROGADICTOS	1
34	DOLOR	6
35	EDUCACIÓN	2
36	ENFERMEDAD (ENFERMO / ENFERMOS)	34
37	EPIDEMIA	5
38	ERROR	1
39	FEO	1

LISTA No. 2
DEFINIDORAS PROPORCIONADAS POR EL GRUPO 2: MUJERES AMAS DE CASA NO
INFECTADAS DE VIH/SIDA

DEFINIDORAS		VALOR J
40	FRUSTRADO	1
41	GAY (HOMOSEXUAL / LESBIANA)	11
42	HIJOS	4
43	HOMBRES	2
44	HOSPITAL (HOSPITALIZADOS)	5
45	HUMILLACIÓN	1
46	IGNORANCIA	6
47	INFECCIÓN (INFECTADO /INFECTADOS)	12
48	INFIDELIDAD (INFIELES)	4
49	INFORMACIÓN	6
50	JÓVENES	2
51	LIMITES	1
52	MEDICINA	3
53	MIEDO	3
54	MORAL	3
55	MUERTE	28
56	MUJER	1
57	ORIENTACIÓN	2
58	PADECIMIENTO	1
59	PENA	1
60	PERVERSIÓN	2
61	PORNOGRAFÍA	1
62	PREVENCIÓN	1
63	PROBLEMA	2
64	PROMISCUIDAD	2
65	PROSTITUCIÓN	2
66	PROTECCIÓN	4
67	RECHAZO	3
68	REGLAS	1
69	RELEGADOS	1
70	RIESGOS	2
71	SALUD	1
72	SANGRE	6
73	SEÑALADOS	1
74	SEXO	15
75	SEXO ORAL	2
76	SEXUALIDAD	1
77	SOLEDAD	3
78	SUFRIMIENTO	2

LISTA No. 2
DEFINIDORAS PROPORCIONADAS POR EL GRUPO 2: MUJERES AMAS DE CASA NO
INFECTADAS DE VIH/SIDA

DEFINIDORAS		VALOR J
79	TELSIDA	1
80	TEMOR	2
81	TRISTEZA	3
82	VACUNA	3
83	VALORES	1
84	VULGAR	1
		282

APÉNDICE D

LISTA DE DEFINIDORAS Y PESO SEMÁNTICO

DEFINIDORAS Y PESO SEMÁNTICO DEL GRUPO 1: MUJERES AMAS DE CASA INFECTADAS CON VIH/SIDA

DEFINIDORAS		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	TOTAL	
PESO SEMÁNTICO		12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	DEF.	P.S.
VALOR		+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-
53	DIOS					1								1	1
						8								8	8
54	DISCRIMINACIÓN	1	1		1									3	3
		12	11		9									32	32
55	DOCTOR					1								1	1
						8								8	8
56	DOLOR	2	1				1	1						5	5
		24	11				7	6						48	48
57	ENFERMEDAD	6	2	1	2	2				1		1		1	14
		72	22	10	16	16				5		2		2	143
58	ENFRENTAR				1									1	1
					9									9	9
59	ENOJO	1												1	1
		12												12	12
60	EPIDEMIA		2											2	2
			11											11	11
61	EROTISMO							1						1	1
								6						6	6
62	ESPERANZA	1		1										2	2
		11		9										20	20
63	ESTUPIDEZ												1	1	1
													1	1	1
64	FALSEDAZ									1				1	1
										4				4	4
65	FAMILIA	1	1	1		1		1	1		1			4	3
		12	12	11		9		7	6		3			35	25
66	FASTIDIO							1						1	1
								7						7	7
67	FEB									1				1	1
										4				4	4
68	FLUIDOS		1											1	1
			11											11	11
69	FRUSTRACIÓN				1	1								2	2
					9	8								17	17
70	FUERZA				1	1	1			1				3	1
					8	7	7			4				19	7
71	GOBIERNO				1									1	1
					8									8	8
72	GONORREA					1								1	1
						7								7	7
73	GRUPOS			1	1									2	2
				10	9									19	19
74	HEPATITIS B Y C		1											1	1
			11											11	11
75	HIVOS		1											1	1
			11											11	11
76	HOMBRE		1											1	1
			11											11	11
77	HORROR										1			1	1
											3			3	3
78	HOSPITAL		1		1				1	1				4	4
			11		4				5	4				29	29

DEFINIDORAS Y PESO SEMÁNTICO DEL GRUPO 1: MUJERES AMAS DE CASA INFECTADAS CON VIH/SIDA

DEFINIDORAS		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	TOTAL			
PESO SEMÁNTICO		12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	DEF / P.S.	TOT		
VALOR		+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-		
79	HOSTILIDAD						1								1	1	
							7								7	7	
80	HUMANIDAD									1					1	1	
										4					4	4	
81	HUMILLACIÓN					1									1	1	
						5									5	5	
82	IGNORANCIA		1	1											2	2	
			11	10											21	21	
83	IMPOTENCIA					1									1	1	
						5									5	5	
84	INCOMODIDAD				1	1									2	2	
					9	8									17	17	
85	INCOMPETENCIA						1								1	1	
							7								7	7	
86	INCOMPRESIÓN									1					1	1	
										5					5	5	
87	INDIFERENCIA										1				1	1	
											4				4	4	
88	INFECCIÓN			2	1		3	4	2	1					13	13	
				20	9		21	24	10	4					88	88	
89	INFELICIDAD							1							1	1	
								8							8	8	
90	INFIDELIDAD				1										1	1	
					9										9	9	
91	INFORMACIÓN	1		2	1		1		1						6	6	
		12		20	9		7		5						53	53	
92	INJUSTICIA									1		1			2	2	
										5		3			8	8	
93	INQUIETUD			1						1					2	2	
				11						5					16	16	
94	INSEGURIDAD								1		1				2	2	
									8		4				10	10	
95	INSOMNIO					1									1	1	
						8									8	8	
96	INVESTIGAR			1	1										2	2	
				10	9										19	19	
97	JUVENTUD					1									1	1	
						8									8	8	
98	LLAGTO	1		2										1	1	3	4
		12		20										1	12	21	33
99	MALENTENDIDO							1							1	1	
								7							7	7	
100	MALO											1			1	1	
												3			3	3	
101	MARGINACIÓN										1				1	1	
											3				3	3	
102	MEDICINA		1	1	1	1	2	1	1	1					5	5	10
			11	11	10	18	9	8	8		5				47	43	90
103	MELANCOLÍA			1	1	1									1	1	2
				11		9									9	11	20
104	MENTALIDAD												1		1	1	1
															1	1	2

DEFINIDORAS Y PESO SEMÁNTICO DEL GRUPO 1: MUJERES AMAS DE CASA INFECTADAS CON VIH/SIDA

DEFINIDORAS		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	TOTAL														
PESO SEMÁNTICO		12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	DEF / P.S.														
VALOR		+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	TOT										
157	VIDA	2			1	1	1				1							5	1	6								
		24			10	9	8			4								45	10	55								
158	VIRUS			1															1	1								
				11															11	11								
159	VIVIR	1																	1	1								
		12																	12	12								
160	VOLUNTAD				1														1	1								
					9														9	9								
TOTAL DEFINIDORAS		18	32	18	32	19	30	25	26	24	23	17	26	12	24	9	21	9	13	4	10	4	3	0	3	157	243	400
TOTAL PESO SEMÁNTICO		218	264	196	341	190	300	207	234	192	164	119	182	72	144	45	105	38	52	12	30	8	9	0	3	-	-	3260

DEFINIDORAS Y PESO SEMÁNTICO DEL GRUPO 2: MUJERES AMAS DE CASA NO INFECTADAS DE VIH/SIDA

DEFINIDORAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL			
PESO SEMÁNTICO	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	DEF/P.S.			
VALOR	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	TOT	
18 CONTAGIO		1	2	6									9	9
		10	18	48									76	76
19 CONTAGIO SEXUAL			1										1	1
			9										9	9
20 CUERPO					1								1	1
					6								6	6
21 CUIDADO			1		2		1		1				5	5
			8		12		4		2				26	26
22 CURACIÓN					1								1	1
					6								6	6
23 DEBILIDAD								1					1	1
								4					4	4
24 DESAGRADABLE								1					1	1
								4					4	4
25 DESALUCIADO					1								1	1
					7								7	7
26 DESCONOCER					1								1	1
					7								7	7
27 DESEO				1									1	1
				6									6	6
28 DESESPERACIÓN				1	2								3	3
				6	14								22	22
29 DESGANO								1					1	1
								5					5	5
30 DESINFORMACIÓN		1	1										2	2
		10	9										19	19
31 DESINTEGRACIÓN				1									1	1
				6									6	6
32 DISCRIMINACIÓN					1					1			2	2
					7					2			9	9
33 DROGADICTOS						1							1	1
						6							6	6
34 DOLOR			3	1		1	1						6	6
			27	6		6	5						46	46

DEFINIDORAS Y PESO SEMÁNTICO DEL GRUPO 2: MUJERES AMAS DE CASA NO INFECTADAS DE VIH/SIDA

DEFINIDORAS	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		TOTAL			
	PESO SEMÁNTICO		10		9		8		7		6		5		4		3		2		1		DEF. P. S.	
VALOR	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	TOT	
52 MEDICINA							1								1					1		3	3	
							7								3					1		11	11	
53 MEDO		1								2													3	3
		10								12													22	22
54 MORAL					1		1													1		3	3	3
					6		7													1		16	16	16
55 MUERTE		12		8		4		1		2													28	28
		120		81		32		7		12													252	252
56 MUJER														1								1	1	1
														4								4	4	4
57 ORIENTACIÓN			1								1											2	2	2
			9								5											14	14	14
58 PADECIMIENTO						1																1	1	1
						8																8	8	8
59 PENA						1																1	1	1
						8																8	8	8
60 PERVERSIÓN				1		1																2	2	2
				9		9																17	17	17
61 PORNOGRAFÍA										1												1	1	1
										6												6	6	6
62 PREVENCIÓN							1															1	1	1
							7															7	7	7
63 PROBLEMA										1		1										2	2	2
										8		8										11	11	11
64 PROMISCUIDAD				1		1																2	2	2
				9		9																17	17	17
65 PROSTITUCIÓN										1					1							2	2	2
										8					3							9	9	9
66 PROTECCIÓN	1				1		2															4	4	4
	10				6		14															32	32	32
67 RECHAZO				1		1				1												3	3	3
				9		9				9												23	23	23
68 REGLAS			1																			1	1	1
			9																			9	9	9

DEFINIDORAS Y PESO SEMÁNTICO DEL GRUPO 2: MUJERES AMAS DE CASA NO INFECTADAS DE VIH/SIDA

DEFINIDORAS		1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		TOTAL				
PESO SEMÁNTICO		10		9		8		7		6		5		4		3		2		1		DEF./P.S.				
VALOR		+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	TOT
69	RELEGADOS							1																1	1	
								7																7	7	
70	RIESGOS	1										1												2	2	
			10									5												15	15	
71	SALUD											1												1	1	
												5												5	5	
72	SANGRE			2			1	1		1				1									1	5	6	
				18			7	7		6				4									7	35	42	
73	SEÑALADOS					1																		1	1	
						6																		6	6	
74	SEXO	4		2	2	4	1		1		1												4	11	15	
		40		16	16	32	7		6		5												29	95	124	
75	SEXO ORAL													1	1								1	1	2	
														3	3								3	3	6	
76	SEXUALIDAD													1										1	1	
														4										4	4	
77	SOLEDAZ					1		1				1												3	3	
						6		7				5												20	20	
78	SUFRIMIENTO			1				1																2	2	
				9				7																16	16	
79	TELSIDA							1																1	1	
								6																6	6	
80	TEMOR							1								1								2	2	
								7							5									10	10	
81	TRISTEZA							2		1														3	3	
								14		6														20	20	
82	VACUNA			1		1							1											3	3	
				9		8							4											21	21	
83	VALORES																		1					1	1	
																			2					2	2	
84	VULGAR							1																1	1	
								7																7	7	
TOTAL DEFINIDORAS		23	27	9	41	13	35	12	31	13	25	11	11	6	8	2	7	2	3	2	1	80	202	282		
TOTAL PESO SEMÁNTICO		230	270	61	369	104	260	84	217	75	160	65	65	24	32	6	21	4	6	2	1	638	1531	2069		

APÉNDICE E

CONJUNTOS SAM

**CONJUNTO SAM DEL GRUPO 1: MUJERES AMAS DE CASA INFECTADAS DE VIH/SIDA
DEFINIDORAS Y PESO SEMÁNTICO**

DEFINIDORAS	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		TOT		TOT J	TOT M	G	FMG	
	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-					+
PESO SEMÁNTICO	12		11		10		9		8		7		6		5		4		3		2		1		VALOR						
VALOR	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-					
1 APOYO	1		4	1			5	1	5		1		2				2							20	2	22					
	12		44	11			45	8	40		7		12				8						188	20	188				100%		
2 ENFERMEDAD		6		2		1		2		2					1					1			1	14	15						
		72		22		10		18		16					5					2			2	143	145	43	77.12%				
3 RECHAZO		2		2		2				1		1		1				1					10	10							
		24		22		20				8		7		6				4					91		91	54	68.40%				
4 MEDICINA			1	1	1	1	2	1	1	1					1								5	5	10						
			13	11	10	10	18	9	8	8					5								47	43	90	1	47.87%				
5 INFECCIÓN					2		1				3		4		2		1						13	13							
					30		9				21		24		10		4						88		88	2	46.60%				
6 SEXO	2	2			1		1	1															4	3	7						
	24	24			10		9	9															43	33	76	12	40.42%				
7 SUFRIR		1			3		1	1	1	1													7	7							
		12			30		9	8	7	7													66		66	10	35.10%				
8 FAMILIA	1	1	1			1					1		1						1				4	3	7						
	12	12	11			9					7		6						5				35	25	60	8	31.91%				
9 CONDÓN			1			1		3				2											7		7						
			11			9		24				12											56		56	4	29.78%				
10 VIDA	2				1	1	1	1								1							5	1	6						
	24				10	9	8	8								4							45	10	55	1	29.25%				
11 DESESPERACIÓN				1		1				3		1		1					1				8	8							
				10		9				21		8		5					3				54		54	1	28.72%				
11 TRISTEZA			4		1																		5	5							
			44		10																		54		54	1	28.72%				
12 INFORMACIÓN	1			2		1				1				1									6		6						
	12			20		9				7				5									53		53	1	28.18%				
13 ANGUSTIA				4				1															5	5							
				40				8															48		48	5	25.83%				
13 DOLOR	2		1							1		1											5	5							
	24		11							7		6											48		48	5	25.83%				
14 PROTECCIÓN				2			1		2						1								6		6						
				20			8		14						4								46		46	2	24.46%				
14 AMOR	2						1		2														5		5						
	24						8		14														46		46	2	24.46%				
10 MIEDO				1		1				2		2											6		6						
				10		8				14		12											45		45				41.80%		
DEFINIDORAS	9	14	7	11	6	17	12	9	12	6	6	12	4	10	1	6	4	2	1	1	1	-	-	-	63	97	150	-	-	-	
PESO SEMÁNTICO	100	100	77	121	80	170	109	91	106	68	42	84	24	80	8	38	16	8	8	3	2			541	769		2918				

**CONJUNTO SAM DEL GRUPO 2: MUJERES AMAS DE CASA NO INFECTADAS DE VIH/SIDA
DEFINIDORAS Y PESO SEMÁNTICO**

DEFINIDORAS	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		TOT		TOT J	TOT M	G	FMG		
	PESO SEMÁNTICO		+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	VALOR							
VALOR	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-				
1 ENFERMEDAD	13			7		3		5		2		1		2		1							34	34				
	130			63		24		35		12		5		8		3							250	250		100%		
2 MUERTE		12		9		4		1		2													28	28		28		
		120		81		32		7		12													252	252	28	90%		
3 SEXO		4		2		2		4		1				1									4	11	15	128		
		40		18		16		32		7				6									20	95	124	128	44,25%	
4 CONDÓN		5				1		1						2		2							10	1	11	36		
		50				9		8						12		10							90	9	99	35	31,70%	
5 GAY		2		2		1		3		2		1											11	11		5		
		20		18		8		21		12		5											64	64	5	30%		
6 INFECCION				2		2		3		2		1		1		1							12	12		5		
				18		16		21		12		5		4		3							79	79	5	28,21%		
7 CONTAGIO		1		2		6																	9	9		3		
		10		18		48																	76	76	3	27,14%		
8 IGNORANCIA		2		3		1																	6	6		21		
		20		27		8																	95	55	21	19,64%		
9 INFORMACIÓN		1		2		1		1		1													6	6		6		
		10		18		8		7		6													49	49	6	17,50%		
10 DOLOR				3		1				1		1											6	6		3		
				27		8				6		5											46	46	3	16,42%		
11 SANGRE				2		1		1		1				1									1	5	6	4		
				18		7		7		6				4									7	35	42	4	16%	
12 COMUNICACIÓN				4						1													5	5		1		
				36						5													41	41	1	14,89%		
13 EPIDEMIA		2						2										1					5	5		5		
		20						14										2					36	36	5	12,85%		
14 PROTECCIÓN		1				1		2															4	4		4		
		10				8		14															32	32	4	11,42%		
15 APOYO						1		1		1		1		1									5	5		2		
						8		7		6		5		4									30	30	2	10,63%		
DEFINIDORAS	20	23	8	33	6	22	6	16	8	10	4	6	1	4	-	2	-	1	-	-	35	128	163	250	-			
PESO SEMÁNTICO	305	230	64	237	85	176	42	105	30	40	20	25	4	10	6	2	3	1	-	-	208	1047	1315	250	-			