



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

DEMANDA DE INFORMACION
SOBRE SIDA:
UN ANALISIS DE LAS LLAMADAS
DE MUJERES A TELSIDA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A

MIROSLAVA GONZALEZ LIRA

DIRECTORA DE TESIS: MTRA. SOFIA RIVERA ARAGON

ASESOR DE TESIS: MTR. FERNANDO VAZQUEZ PINEDA



MEXICO, D. F.

1996

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**DEMANDA DE INFORMACION SOBRE SIDA:
UN ANALISIS DE LAS LLAMADAS DE MUJERES A TELSIDA**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA**

P R E S E N T A

MIROSLAVA GONZALEZ LIRA

**DIRECTORA DE TESIS
MTRA. SOFIA RIVERA ARAGON**

**ASESOR DE TESIS
MTRO. FERNANDO VAZQUEZ PINEDA**

A MI MADRE: PROFRA. MA. TERESA LIRA PALACIOS

CON TODO MI AMOR Y MI AGRADECIMIENTO SIEMPRE

*A ESTRELLITA DEL MAR
MI HERMANA QUERIDA*

*A PEDRO PATRON CASTRO
CON TODO MI CARÍÑO*

AGRADECIMIENTOS

**A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO POR
PERMITIRME SER PARTE DE ELLA**

**A SOFIA RIVERA ARAGON POR SU DESINTERESADA Y SIEMPRE
AMABLE AYUDA**

A FERNANDO VAZQUEZ PINEDA POR SU PACIENCIA Y SU AMISTAD

**A TODOS MIS AMIGOS, QUE ME AYUDARON Y ME IMPULSARON A
TERMINAR ESTE TRABAJO, CON MUCHO CARIÑO.**

INDICE

INTRODUCCION	2
I.- ANTECEDENTES	9
a) Desarrollo clínico de la enfermedad	22
b) Epidemiología del VIH/SIDA	26
II.- ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL VIH/SIDA	39
a) Aspectos Sociales	44
b) Aspectos Psicológicos	57
c) Aspectos Morales	67
d) Aspectos Económicos	73
e) Servicios de Salud	74
f) Servicios de Información	75
III.- VIH/SIDA Y CONDUCTA REPRODUCTIVA	81
a) Sexualidad	81
b) Embarazo y conducta anticonceptiva	90
c) Actitud	94
d) Conducta preventiva	102
e) VIH/SIDA y conducta reproductiva (Muerte)	105
IV.- METODO	118
V.- RESULTADOS	124
VI.- DISCUSION Y CONCLUSIONES	137
BIBLIOGRAFIA	143

INTRODUCCION

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), es una enfermedad hasta la fecha incurable y mortal producida por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) (Alfaro, 1991) del cual se desconoce su origen y el factor que acelera su desarrollo; el virus es un mutante que cambia a gran velocidad su estructura, por lo que su estudio se torna muy difícil; su prevalencia se propaga en forma exponencial de manera alarmante sin importar el sexo, edad, condición sociodemográfica, raza o preferencia sexual.

El VIH/SIDA ha cumplido ya una década de haber sido descrita como una entidad clínica nueva. Se ha convertido en una pandemia y no solo se ha considerado en México sino en el mundo entero como un problema de salud pública de primerísima importancia, además se han reconocido sus implicaciones sociales, económicas y políticas.

Los primeros 17 casos de VIH/SIDA en México se diagnosticaron en 1983; desde entonces el crecimiento de casos de VIH/SIDA en el país pueden dividirse en tres etapas; la primera de 1983 a 1986 con un crecimiento moderado en el reporte de casos, la segunda de 1987 a 1989, etapa durante la cual se observó un crecimiento muy rápido con periodos de duplicación en el número de casos en unos cuantos meses y que describe un crecimiento de tipo exponencial y la tercera caracterizada porque a partir de 1989 el VIH/SIDA ha crecido en México con una curva de crecimiento de tipo exponencial amortiguado (CONASIDA, 1992).

Los principales cambios observados a lo largo de estos años han sido los siguientes: La mayor parte de los casos tenían antecedentes de ser extranjeros o de haber realizado viajes fuera del país; actualmente la transmisión ocurre mayoritariamente dentro de las fronteras mexicanas. Al inicio, los casos se registraron en las grandes ciudades, principalmente en la zona metropolitana y la Cd. de México y en menor

cantidad en las capitales de los principales estados del país.

El VIH/SIDA empezó a manifestarse en la población homosexual, que continúa siendo la que concentra la mayor proporción de casos.

Actualmente ha aumentado en forma rápida entre la población heterosexual de ambos sexos y en los niños; El SIDA ha pasado del nivel socioeconómico medio y alto a las clases más desprotegidas. De hecho, la relación de casos entre hombres y mujeres a pasado de 24:1 a 5:1 en tan solo 5 años (CONASIDA, 1992).

El VIH/SIDA ha provocado una respuesta social intensa la cual ha sido muy diversa desde el principio, pero en términos generales, ha 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.

Por desgracia, siguen existiendo grupos, organizaciones sociales e individuos que consideran que el VIH/SIDA es una enfermedad denigrante, producto de un comportamiento inmaral, y que por ende, los afectados merecen esa suerte.

Estas actitudes han provocado violaciones a los derechos humanos de los afectados e incluso de sus familiares, siendo no solo injustificada, puesto que no existe riesgo de transmisión por la convivencia cotidiana con ellos, sino preocupante desde el punto de vista de la prevención y del control, ya que mientras esta actitud persista, la información y las medidas preventivas que se tienen al alcance difícilmente se tornarán efectivas, al provocar que quienes piensan o saben que están infectados se alejen de la ayuda médica por miedo a ser "descubiertos" y rechazados socialmente.

La prevención de la infección por el virus del VIH/SIDA requiere que la comunidad lo asuma como compromiso propio. La sociedad mexicana ha respondido con la creación y organización de grupos en asociaciones civiles y sociales; grupos de

personas interesadas en ofrecer su trabajo para contribuir a que la enfermedad no continúe expandiéndose.

Entre las principales acciones de carácter público están la creación de CONASIDA y TelsIDA.

Debido a que los programas de atención en el sector salud eran insuficientes tanto en la atención a pacientes, como en la prevención e investigación sobre VIH/SIDA, el gobierno mexicano creó, en Febrero de 1986 un organismo especializado llamado Comité Nacional de Prevención del SIDA (CONASIDA), con la finalidad de coordinar un programa de prevención, investigación e información sobre VIH/SIDA, más tarde este Comité evolucionó por la magnitud y complejidad del problema hasta convertirse en un organismo desconcentrado de la Secretaría de Salud y así se crea El Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA, creado por decreto presidencial en agosto de 1988, conservando las siglas CONASIDA. Conjuntamente se forma TelsIDA con el fin de dar información de manera anónima y para que la población tuviera un primer contacto con los servicios brindados por CONASIDA.

En abril de 1988 el servicio de TelsIDA empezó a ser más formal al ser asignadas personas específicamente entrenadas para responder a las llamadas; se comenzó a su vez a hacer un registro estadístico de las llamadas y sus características.

En las encuestas realizadas por TelsIDA en diversos grupos poblacionales se ha encontrado un marcado contraste entre el alto nivel de conocimientos sobre la enfermedad y sus formas de transmisión y de prevención, por una parte, y la falta de aplicación de esos conocimientos en las prácticas sexuales, por otra. Es muy significativo como las personas entrevistadas no se perciben a sí mismas como vulnerables a la infección del virus de inmunodeficiencia humana, a pesar de incurrir en prácticas que, como ellos mismos saben, traen consigo un alto riesgo de

transmisión.

A lo largo de más de una década de la aparición de esta terrible pandemia se ha culpado a diferentes subgrupos de la sociedad como los causantes de la enfermedad y de su disgregación por sus conductas aberrantes estos subgrupos son: la población homosexual, la población que usa drogas intravenosas, la población que tiene relaciones sexuales promiscuas; subgrupos que de alguna manera se han expuesto sin protección a alguna de las tres formas de transmisión del virus (vía sexual, vía sanguínea, vía perinatal) y que de esta manera es explicable su contagio; sin embargo, sorpresivamente en el último sexenio, la tasa de mujeres específicamente casadas o que vivían en unión libre, es decir, que practicaban una de las formas de sexo seguro (solo una pareja sexual) ha aumentado de manera alarmante. Mujeres que no tenían contacto de transmisión sanguínea o relaciones sexuales fuera de su pareja; mujeres que no consumían drogas y que no compartían jeringas.

Por otro lado, y de acuerdo a los resultados de esta investigación, la educación es un factor importante para que las mujeres pidan información, es decir, entre más educación tengan tendrán a su vez más interés en preguntar acerca de la enfermedad, su prevención y sus consecuencias.

Muchos investigadores piensan que es más fácil que un varón transmita el virus a una mujer durante el coito que el que la mujer lo pase al varón. Estas investigaciones (Richardson, 1991) sugieren que las secreciones vaginales y cervicales pueden transmitir con menos eficacia el VIH que el semen a la sangre. En consecuencia, a condición de que la mujer no esté menstruando, parecería que es menos probable que el virus se transmita sexualmente de una mujer a un varón que viceversa. No se conoce el mecanismo real por el cual el virus penetra en el torrente sanguíneo de una mujer y la relativa eficiencia para la transmisión de varones a mujeres; es posible que el virus penetre en el torrente sanguíneo a través de ulceraciones o erosiones en el cuello o en las paredes vaginales que se

congestionan con sangre durante la estimulación sexual.

Si bien hasta la fecha el contacto heterosexual ha tenido relativamente poca importancia en la diseminación del VIH/SIDA en varones, en mujeres es un factor de riesgo importante; en los E.U. en mayo de 1987, de las 714 personas con SIDA, cuyo factor de riesgo es el contacto heterosexual con una persona con riesgo de SIDA, más del 80% son mujeres. Los informes preliminares indican que 5% de ellas son positivas a anticuerpos. Aunque es un número muy pequeño para establecer algún concepto definitivo, cabe señalar que comparadas con grupos con pruebas negativas se encontró que el grupo "positivo" era más probable que hubieran tenido compañeros bisexuales o que se inyectaban drogas (Richardson, 1991).

Las mujeres que, como las prostitutas, no se encuentran en posición de seguir los lineamientos del sexo con una sola pareja, deben practicar el sexo seguro (usar condón, sexo sin penetración etc.) para reducir su riesgo de infección. El problema con las prostitutas es que un varón puede pensar que si ha pagado por un coito tiene derecho de hacerlo como desee, es decir, muy probablemente sin protección.

Otro temor latente en las mujeres es el de la violación; estadísticas recientes sobre violencia sexual contra las mujeres confirman que es un temor bien fundado. En 1985, la cifra total estimada de casos de violación en E.U.A. fue de 87,340 (cifras de FBI). Es probable que la cifra real sea mucho más elevada si se considera la violencia sexual que no se denuncia y el grado de violación dentro del matrimonio.

La justificación social de la violación dentro del matrimonio es que este da al hombre el derecho al coito con su mujer. Ello a su vez surge de la idea de que una vez casadas las mujeres son propiedad de sus maridos.

Con el VIH/SIDA, el temor a la violación (a menudo con consecuencias como el embarazo) toma una nueva dimensión, ante la posibilidad de que el violador esté infectado. Cuanto más violento sea el ataque, más probable es que una mujer sufra

magulladuras, desgarros internos y hemorragias. Ello facilita la penetración del virus al torrente sanguíneo (Richardson, 1991).

Un ulterior problema al estar infectada una mujer es la posibilidad de un embarazo; se sabe que las mujeres seropositivas que se embarazan tienen un mayor riesgo de desarrollar el VIH/SIDA. Se ha sugerido que las alteraciones hormonales que ocurren durante el embarazo, o el hecho de que en una mujer embarazada está suprimido el sistema inmunológico para detener el rechazo del feto por su cuerpo; de manera alternativa, podría deberse a una activación del sistema inmunológico en algunas etapas del embarazo, en respuesta al tejido "extraño" que representa el feto (Richardson, 1991).

De acuerdo con lo anteriormente expuesto y debido a que en México el uso de hot lines o líneas telefónicas de información es relativamente reciente, se consideró de importancia hacer una investigación con respecto al público demandante de este servicio.

Con base en las estadísticas proporcionadas por TelSIDA, el motivo del presente estudio tuvo como finalidad conocer:

¿Cuál es el impacto social-familiar, cognitivo-afectivo, somático y conductual del SIDA en la salud de la mujer?

Los objetivos de este estudio fueron los siguientes:

1.- Conocer si se ha incrementado el interés de las mujeres por estar mejor informadas.

2.- Identificar la necesidad de las mujeres por conocer las normas de conducto existentes para no contraer la infección.

3.- Conocer la magnitud de la preocupación de las mujeres por informar sobre esta pandemia tanto a su familia como a su comunidad.

En el capítulo 1 se revisará la historia de salud-enfermedad a lo largo de los años para llegar a una mejor comprensión de la enfermedad del VIH/SIDA en donde se ahondará sobre su historia y su desarrollo clínico finalizando con epidemiología nacional.

En el capítulo 2 se abordarán los aspectos sociales y psicológicos para saber que tan importantes han sido en el comportamiento de la sociedad y de los diferentes grupos a los que se les ha estigmatizado por creérseles causantes del VIH/SIDA.

En el capítulo 3 se verán los diferentes aspectos femeninos que han sido afectados con esta enfermedad, ya que la población femenina es una de las más especialmente afectadas.

En el capítulo 4 se explicará la metodología utilizada para llevar a cabo esta investigación.

En el capítulo 5 se mostrarán gráficamente los resultados obtenidos en las encuestas aplicadas.

En el capítulo 6 por último se hará una recapitulación de los resultados esperados y los resultados obtenidos en la investigación.

CAPITULO 1

ANTECEDENTES

En el último sexenio el reporte de casos de mujeres que llaman a telSIDA pidiendo ayuda en información, métodos de prevención, orientación, etc., sobre el VIH/SIDA ha aumentado; se ha supuesto que estas llamadas son en respuesta a las campañas de orientación de CONASIDA en los diferentes medios de comunicación. Sin embargo, las estadísticas reportan no sólo la preocupación real de las mujeres en edad reproductiva de contraer dicha infección sino el creciente aumento de personas infectadas precisamente en esta población. Así esta problemática obliga a preguntar ¿cuál es el impacto social-familiar, somático, cognitivo-afectivo, y conductual del VIH/SIDA en la salud de la mujer?

Por tanto, los objetivos de este trabajo son conocer el incremento del interés de las mujeres por estar mejor informadas, así como identificar la necesidad de las mujeres por conocer las normas de conducta existentes para no contraer la infección y desde luego conocer la magnitud de la preocupación de las mujeres por informar sobre esta pandemia tanto a su familia como a su comunidad.

Inicialmente se revisarán las diferentes concepciones de salud-enfermedad donde se verá como ha estado cambiando y haciéndose más importante la relación comportamiento-salud.

Así mismo la importancia de la vulnerabilidad diferencial de ciertos grupos sociales (o de "alto riesgo").

Aunque al principio muy lentamente, sobre todo por la enorme carga negativa que representaba la ignorancia y el fanatismo, los médicos fueron aprendiendo primero que la enfermedad no es castigo divino sino un fenómeno natural; después, que no hay solamente una o unas cuantas enfermedades, sino que son en realidad muchas;

más tarde, que algunas de ellas son causadas por agentes biológicos microscópicos y otras son hereditarias, y lentamente los médicos también empezaron a aprender a usar medicinas efectivas.

Desde hace unos 300 años el progreso de la medicina se aceleró, gracias a ese gran invento conocido como el método experimental, después llegaron las vacunas, luego las "balas mágicas", posteriormente las hormonas y los antibióticos, y ahora la ingeniería genética, y todo eso es apenas el principio. Con este caudal de nuevos conocimientos y tantas armas terapéuticas efectivas, los médicos ya han empezado a controlar muchas enfermedades y a eliminar unas cuantas.

Por ejemplo, la OMS (1985) ya anunció que la viruela ha desaparecido del planeta; en Inglaterra y en otros países sajones ya no existe la rabia; la fiebre amarilla, el cólera y el tifo exantemático están limitados a zonas muy restringidas del planeta; la poliomielitis se encuentra en plena retirada, etc. Es muy razonable pensar que este progreso seguirá un ritmo cada vez más acelerado, hasta que el hombre haya conquistado todas las enfermedades.

Aunque existen dos tipos de razones que podrían evitar alcanzar algún día la salud perfecta: en primer lugar, no todas las enfermedades dependen de un agente causal exógeno, algunas probablemente se deben a la manera misma como estamos hechos, san parte del precio que debemos pagar a cambio de poseer un grado tan elevado de complejidad, tanto anatómico como funcional; en segundo lugar, ciertas enfermedades cambian con el tiempo, no sólo las que existen desde siempre pueden modificar su fisonomía a través de la historia sino que además algunas han surgido y desaparecido en otras épocas y otras nuevas están surgiendo ahora. Esto probablemente se debe a que gran parte de la patología humana es un reflejo del ambiente y las condiciones de vida. Hay una patología del desierto, otra de la selva, otra más de las granules ciudades, y seguramente habrá otra del espacio; además, también hay una patología de la pobreza, otra del ocio y otra más de la abundancia.

La enfermedad como nuestra anatomía es destino.

Cuando surgió la conciencia de que había no una sino muchas enfermedades, se hizo necesario catalogarlas de alguna manera para referirse a ellas. Esto ocurría a principios del siglo XVII cuando Sydenham se refería a este problema con sus bien conocidas palabras: "En la producción de enfermedades la naturaleza es uniforme y consistente, tanto que para la misma enfermedad en diferentes personas los síntomas son en su mayoría los mismos; e iguales fenómenos a los que se observarían en la enfermedad de un Sócrates se encontrarían en el padecimiento de un tonto" (Pérez 1985, p.17).

De esa misma manera, Sydenham también escribió lo siguiente: "Es necesario que todas las enfermedades se reduzcan a ciertas especies bien definidas, y esto con los mismos cuidados que exhiben los botánicos con sus fitologías" (Pérez 1985, p.17).

Y eso fue lo que se hizo. De la misma manera que los botánicos, los médicos empezaron a escribir catálogos de las enfermedades.

En los textos modernos de medicina, las enfermedades se clasifican siguiendo dos criterios generales, el etiológico y el topográfico o anatómico. En otras palabras, se habla de enfermedades infecciosas, de padecimientos degenerativos, de enfermedades neoplásicas, etc., y dentro de cada una de ellas, se clasifican por órganos y sistemas, como enfermedades del sistema nervioso, de la piel, del aparato digestivo o respiratorio, etc. También prevalece la clasificación general por especialidades, como enfermedades pediátricas o ginecológicas, etc. pero hay otra forma de dividir a las enfermedades, considerando que hay dos clases genéricas: las ambientales o externas y las constitucionales o internas. Esta clasificación fue propuesta por Burnet en 1968 (cit. Pérez, 1985) donde señala que en términos generales es posible concebir a las enfermedades como formando dos grupos: las que resultan de la interacción del hombre con su medio ambiente y las que son consecuencia de la forma como está hecho. Entre las primeras se encuentran las enfermidades

antiguamente clasificadas como externas, o sea las infecciosas, las tóxicas y las traumáticas; todos son incidentes provocados por agentes etiológicos ajenos al organismo y se caracterizan por ser de diagnóstico relativamente sencillo y de terapéutica conocida y eficiente; también existen numerosos modelos experimentales de casi todos estos padecimientos externos, por lo que su patogenia se conoce razonablemente bien. Finalmente, estas enfermedades pueden prevenirse, lo que es corolario del nivel de información que se tiene de ellas. En cambio, el otro grupo incluye los padecimientos congénitos y hereditarios, los procesos llamados degenerativos, como la aterosclerosis y la enfermedad de Alzheimer, los padecimientos autoinmunes y las enfermedades neoplásicas. De estas enfermedades se desconoce su etiología, su diagnóstico es frecuentemente difícil y su tratamiento es inefectivo en la cura total; como se desconoce su patogenia, no existen modelos experimentales satisfactorios de muchos de estos padecimientos, y por la misma razón tampoco es posible prevenirlos en su totalidad.

La distinción entre enfermedades externas o ambientales y padecimientos internos o constitucionales, es particularmente relevante. A primera vista podría sospecharse que los padecimientos que cambian con el tiempo, o bien que aparecen y desaparecen en forma más o menos brusca en la historia, seguramente corresponderán a agentes causales externos o del medio ambiente, en vista de que nuestra constitución genética sólo se modifica, en forma tan gruesa, en lapsos que se cuentan en millones de años. En realidad, se trata de fenómenos del mismo tipo que las epidemias, que surgen de pronto y se extienden con rapidez en la población susceptible, y por fortuna también tienden a desaparecer con la misma o parecida celeridad. De la misma manera, puede pensarse a priori que las enfermedades que no cambian con el tiempo y cuyo origen es probablemente contemporáneo con el hombre mismo, corresponden a padecimientos constitucionales o internos.

De acuerdo con su comportamiento histórico, se pueden considerar a las enfermedades en cuatro grupos diferentes (Pérez, 1985):

I Constantes como:

Diabetes mellitus, gota, cáncer

II Variables como:

Sífilis, lepra, tuberculosis

III Históricas como:

Coreomanfa, sudor anglicus, viruela

IV Nuevas como:

SIDA, síndrome de choque tóxico

I. Las enfermedades constantes son aquellas que han estado presentes desde los principios de la historia (y a veces desde antes de que el homo sapiens apareciera en la Tierra) y que a través de todo el tiempo han conservado la misma historia natural, o sea sus mismas características de extensión, gravedad, duración, principales órganos afectados, etc., como la diabetes mellitus, la gota y varios tipos de cáncer.

II. En cambio, las enfermedades variables, como su nombre lo indica, se han modificado de manera dramática en el curso del tiempo, casi siempre haciéndose más crónicas y menos graves (aunque todavía existen hoy entre nosotros), como la sífilis, la lepra o la tuberculosis.

III. Las enfermedades históricas son todas aquellas que han existido en distintas épocas y que después han desaparecido, como la viruela y quizá pronto la difteria, la poliomielitis y hasta la fiebre amarilla, como resultado de la aplicación universal de medidas profilácticas, o bien por causas totalmente desconocidas como la coreomanfa y el sudor anglicus.

IV. Finalmente, los padecimientos considerados como nuevos son los que, en la opinión de la mayoría de los observadores contemporáneos calificados, han surgido en forma más o menos repentina y sin antecedentes claros de existencia anterior.

Ejemplos de este tipo de padecimientos son la enfermedad de los "legionarios", la enfermedad de Minamata, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), el síndrome del choque tóxico y muchos otros.

Quizá sea conveniente aclarar aquí que las enfermedades no existen en ausencia del hombre, como entidades independientes y con vida propia, como alguna vez se imaginaron los ontólogos.

Como se han estado manejando las enfermedades son entidades abstractas, creaciones del intelecto humano cuya función es facilitar la comunicación para atacarlas; en realidad, lo único que existe son individuos enfermos. Es de la observación de muchos sujetos afectados por el mismo padecimiento de donde se derivan los elementos para integrar la historia natural de esa enfermedad, para permitir reconocerla la siguiente vez que nos se presenta en otro enfermo.

Volviendo a la clasificación histórica de las enfermedades, es importante señalar que los factores responsables de que algunas sean constantes y otras variables, así como de la emergencia y desaparición de otras padecimientos, se conocen solo en forma general y de manera muy incompleta. Es seguro que las variaciones en la higiene personal y del medio ambiente, los cambios en los estilos de vida, los niveles de alimentación y otros factores como la ocupación profesional, el ejercicio físico, las tensiones psicológicas etc., determinan en gran parte el tipo de patología que afecta a una población en una época dada.

Esto se sabe gracias a numerosas observaciones de epidemias agudas surgidas en épocas de catástrofes como hambrunas, guerras, cambios bruscos en la estructura de algunos grupos humanos. Pero es muy difícil pasar de generalidades a relaciones más concretas, como sería explicar específicamente por qué apareció la sífilis en 1495, en vez de que hubiera habido una nueva epidemia de peste bubónica o de tifo exantemático, o por qué la lepra empezó a desaparecer de Europa a finales de la Edad Media, o por qué el cáncer de estómago está disminuyendo en frecuencia en

algunos pulsos occidentales.

Naturalmente, tales fenómenos deben obedecer a alguna causa o, con mayor probabilidad, a una constelación de factores causales que actúan en conjunto para producir las variaciones en la historia natural de las enfermedades; pero por desgracia, casi en ningún caso se conoce con precisión ni los factores que influyen en el fenómeno ni la manera como están actuando.

Enfermedades constantes

Entre los padecimientos que han existido desde tiempos remotos, posiblemente anteriores al surgimiento del Homo sapiens, están los tumores. Naturalmente, los que han dejado huellas paleontológicas son los que afectan el esqueleto. Sin embargo, la información sobre la constancia de su historia natural a través del tiempo es mucho menos copiosa y durante siglos no aparecen en la literatura, ni en términos genéricos ni como enfermedades específicas; pero una vez que el tumor surge en un individuo, su historia natural parece ser la misma, trátase de Homo neanderthalis o de un sujeto de nuestro siglo.

Enfermedades variables

La fisonomía clínica de una enfermedad puede cambiar de dos maneras: en primer lugar, los caracteres que constituyen su historia natural, o sea su preferencia por ciertas edades o sexo, sus síntomas principales, su duración, su gravedad, la extensión de las alteraciones que produce en diferentes órganos, sus complicaciones etc., pueden modificarse y el padecimiento en vez de agudo hacerse crónico, más o menos grave, etc.; en segundo lugar, lo que se modifica es su frecuencia dentro de la población, o sea su morbilidad.

Naturalmente estas dos formas de cambio no se excluyen mutuamente; de hecho,

ambos tipos de modificaciones se han observado en la mayoría de los padecimientos de este tipo.

Enfermedades nuevas

Dos enfermedades nuevas, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y el síndrome de choque tóxico, ambas de carácter epidémico y muy probablemente de origen infeccioso; además, las dos se asocian a estilos de vida y costumbres características de fines de siglo. Así se ve que la patología se modifica a través del tiempo en función de los cambios en las relaciones entre los seres humanos y con el medio ambiente que los rodea.

Los siguientes criterios pueden ser útiles para distinguir entre una enfermedad realmente nueva y otra solo en apariencia (Pérez, 1985):

1.- No debe haber indicios o sospechas de existencia de la enfermedad, anteriores a 1900. La fecha es arbitraria, pero también es indispensable otorgarle un carácter cronológico definido al término "nueva".

2.- Una vez establecido el cuadro anatómico de la enfermedad, la búsqueda retrospectiva intencionada de su presencia en archivos clínicos y de material de autopsia del siglo XIX debe dar resultados negativos.

3.- Un padecimiento puede haber existido en forma esporádica en otros tiempos, pero si sólo a partir de 1900 ha presentado uno o más brotes epidémicos, lo nuevo es la epidemia y no la enfermedad.

4.- Finalmente muchas enfermedades recientes están asociadas a nuevos elementos en el medio ambiente o a estilos de vida distintos a los que existieron antes de 1900.

Como ya se ha visto, históricamente las enfermedades han acompañado al hombre y seguramente lo harán por siempre con enfermedades antiguas que no se han podido erradicar y con la aparición de enfermedades nuevas y devastadoras como lo es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) que es en este trabajo lo que nos interesa revisar.

De esta manera tenemos que el VIH/SIDA es una enfermedad nueva, resultante de la interacción del hombre con su medio ambiente o sea es externa o infecciosa, que se desarrolla a partir de un incidente provocado por agentes etiológicos ajenos al organismo de tal manera que su prevención depende del nivel de información que sobre ella se tenga (Pérez, 1985).

Historia del SIDA

La transmisión del VIH/SIDA en África, donde se creó empezó esta infección fue desde sus comienzos predominantemente heteroexual, y esta vía es menos efectiva que la homosexual, por lo que su diseminación ocurrió inicialmente de una manera lenta y larvada. Después la epidemia pudo acelerar su expansión, aunque en forma igualmente silenciosa, asociada a los siguientes factores: rápido crecimiento de los centros urbanos, ruptura de la familia tradicional, migración urbana de la fuerza de trabajo principalmente masculina, incremento de la prostitución femenina tanto como masculina, deficiencia de los servicios de salud y aumento en la frecuencia local de medicación parenteral e intravenosa sin la debida asepsia. Del África la epidemia pudo expandirse a los países de Europa y los Estados Unidos al empuje de las fuerzas migratorias y a la velocidad de los medios modernos de transporte. El estilo de vida de los países industrializados impuso a la epidemia una mayor celeridad de expansión y le definió nuevas rutas de transmisión. Los primeros casos de infección documentados en occidente parecen ubicarse en la década de los sesentas en Haití y en Estado Unidos, sin embargo, los enfermos no fueron identificados como tales hasta 1981. Desde estos países la enfermedad se diseminó al resto de

América Latina (Velázquez, Gómez y Arango, 1991).

En 1981 se publican los primeros informes acerca de un nuevo síndrome que afecta hombres, jóvenes, homosexuales, con aparición de enfermedades oportunistas severas y con marcada disminución de los linfocitos CD4; se denominó síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). A partir de ese momento se inician las investigaciones para encontrar el agente causal, el comportamiento clínico y epidemiológico y el tratamiento del nuevo síndrome, el cual genera una gran estampida publicitaria (Velázquez et al. 1991).

En mayo de 1983 el equipo de Luc Montagnier, del Instituto Pasteur, describió el agente etiológico de la epidemia, un retrovirus al que sus descubridores denominaron HTLV (Human Lymphotropic Virus: Virus Linfotrópico de las células T humanas) y luego LAV (Lymphadenopathy Associated Virus). Poco tiempo después el virus fue descrito por R. Gallo del Instituto Nacional de Cancerología de Estados Unidos, con el nombre de HTLV-III (Human T cell Leukemia virus III). Para evitar confusiones, una comisión internacional acordó en 1986, denominar a este nuevo agente con el nombre de virus de la inmunodeficiencia humana (HIV) (Velázquez et al. 1991).

Para alcanzar una visión más clara de esta peculiar enfermedad es necesario trazar primero un rápido esquema anatómico y funcional del órgano afectado, que se conoce como el aparato inmunológico.

Este aparato está distribuido en todo el organismo de manera difusa, con ciertas concentraciones de sus principales elementos celulares en el bazo, los ganglios linfáticos y el tejido linfoide de los aparatos respiratorio y digestivo, a través de los cuales el cuerpo entra en íntimo contacto con diversos componentes del medio ambiente.

El principal elemento celular del aparato inmunológico es el linfocito; aunque

durante mucho años se creyó que sólo había una clase de linfocitos, y que una célula tan pequeña y casi sin citoplasma no podía servir para gran cosa, hoy se sabe que el linfocito no es una célula sino varias y que todas desempeñan funciones altamente especializadas y fundamentales para el mantenimiento de la homeostasis.

La función del aparato inmunológico es diferenciar entre el individuo y todo lo que es extraño a él. Cuando se trata de una bacteria patógena, el aparato inmunológico la reconoce como extraña y reacciona produciendo anticuerpos dirigidos específicamente en contra de esta; como el resultado de esta reacción es frecuentemente favorable al individuo, en esas circunstancias el aparato inmunológico se identifica como un "mecanismo de defensa".

El VIH/SIDA es una inmunodeficiencia que afecta principalmente a los linfocitos ayudantes o promotores, que se encuentran muy disminuidos; en consecuencia, los linfocitos supresores están aumentados, en forma relativa o absoluta, y la relación normal entre linfocitos ayudantes y supresores está muy alterada, con disminuciones que alcanzan valores cuatro o cinco veces menores que lo normal.

El bloqueo de las funciones de "mecanismos de defensa" del aparato inmunológico en el VIH/SIDA explica casi todo lo demás, que está representado por dos tipos de complicaciones, ambas igualmente graves: por un lado, las enfermedades infecciosas producidas por la gran variedad de gérmenes oportunistas ya mencionados, a los que deben agregarse el bacilo de la tuberculosis y la amiba, que en México también han sido identificados como oportunistas; por otro lado, la elevada frecuencia de tumores malignos que aparecen en estos pacientes, de los que uno de cada tres desarrolla sarcoma de Kaposi y otras neoplasias del tejido linfoide, especialmente linfomas de células B.

Durante la primavera de 1981, los médicos de los Centros para el Control de Enfermedades de Estados Unidos empezaron a notar un aumento en el número de

casos reportados de infecciones por un parásito microscópico, el *Pneumocystis carinii*, por el virus citomegálico, por toxoplasma, cándida y otros hongos, todos ellos conocidos como "oportunistas" y de muy escasa frecuencia en la población general. Los pacientes con estas infecciones graves tenían otras dos características peculiares: en uno de cada tres de ellos también se diagnosticaba la presencia de sarcoma de Kaposi, un tumor muy raro y que en estos sujetos tenían un comportamiento atípico, y que la inmensa mayoría de los pacientes eran hombres menores de sesenta años de edad y homosexuales. Este sarcoma de Kaposi es diferente del tumor antes conocido con el mismo nombre, que se caracteriza por la presencia de nódulos hemorrágicos en la piel de las extremidades inferiores que aparecen en sujetos de edad media o mayores que tienen una evolución muy lenta, y que raramente afectan órganos internos; las lesiones están formadas por una combinación de fibroblastos y células endoteliales, con muchos espacios vasculares de pared anormal, lo que explica las hemorragias. En el VIH/SIDA, el sarcoma de Kaposi afecta en cualquier área de la piel pero también se observa en órganos internos, especialmente en ganglios linfáticos; además es de rápida evolución y de muy mal pronóstico.

Finalmente la enfermedad seguía una evolución progresiva, con gran debilidad y con una mortalidad de cerca del 40%.

Con el aumento en la experiencia se han identificado otros grupos de población con alto riesgo de desarrollar VIH/SIDA; además de los hombres jóvenes homosexuales, que constituyen el 75% de los afectados, también se observa en drogadictos, especialmente los que usan la vía intravenosa para introducir la droga, el 17%; en hemofílicos y otros receptores de productos sanguíneos, el 1%, y en emigrantes de Haití a los Estados Unidos, también el 1%. Finalmente, el VIH/SIDA se ha diagnosticado en algunas mujeres cuyas parejas sexuales tenían el padecimiento, así como en niños nacidos de padres con SIDA.

Una de las características más interesantes del VIH/SIDA es su elevada frecuencia en homosexuales. Naturalmente, esto no tiene nada que ver con su carácter epidémico, ya que el homosexualismo es quizá tan antiguo como el heterosexualismo y en otros tiempos y otras culturas el primero ha sido considerado no sólo como natural sino hasta como superior al segundo. Es muy probable que las prácticas homosexuales estén asociadas con el mecanismo de transmisión del agente responsable de VIH/SIDA, en vista de que los sujetos con mayor número de parejas son también los que tienen el más alto riesgo de contraerlo. Pero en Grecia y en Roma el llamado "amor azul" nunca se asoció con algo parecido al VIH/SIDA, cuyos estragos en individuos jóvenes y sanos no pueden pasar inadvertidos. Con la introducción del concepto de pecado, muchas enfermedades fueron consideradas durante la Edad Media como justo castigo: las epidemias de peste bubónica, tifo exantemático, lepra, sífilis y otras más fueron recibidas como muestra del enojo divino ante el comportamiento reprobable de los pobres desafortunados que se enfermaban.

El hecho es que la población se enfrenta a una enfermedad "nueva", que adquirió rápidamente el carácter de epidemia, asociada en gran proporción a un estilo de vida, con elevada mortalidad, producida por uno o un grupo de virus cuyo efecto es trastornar la función del "mecanismo de defensa" del aparato inmunológico y, a través de la inmunodeficiencia resultante, facilitar el establecimiento de infecciones oportunistas que terminan con la vida de los pacientes (Pérez, 1985).

Hasta el momento todo tipo de población puede ser afectada: hombres o mujeres; niños o adultos; de diferentes grupos étnicos, con ubicación geográfica variable; ocupación diversa y diferente preferencia sexual.

Por lo tanto no existe ningún grupo especial de personas en relación a las cuales la infección esté limitada, si bien, el riesgo de padecer la misma difiere, dependiendo de ello las condiciones económico-político-sociales que existen para los diversos

grupos de población (Mireles, 1990).

El CONASIDA (1995) menciona que la distribución y frecuencia de los individuos infectados por VIH y de enfermos de SIDA en una población y un área determinadas, al igual que su evolución en el tiempo, dependen de: 1)el período transcurrido desde la introducción del VIH a la población; 2)las condiciones sociales de la población; 3)los hábitos y costumbres sociales; 4)la drogadicción intravenosa y otros hábitos y costumbres relacionados; 5)la infraestructura sanitaria y educativa existente, así como la capacidad de respuesta de la sociedad ante la epidemia, y 6)la existencia de cofactores que facilitan la transmisión del VIH y el desarrollo del SIDA, como son algunas enfermedades infecciosas.

El riesgo de transmisión en una población depende del número de individuos con prácticas o circunstancias de alto riesgo tales como la sexual, la sanguínea y la perinatal.

a)Desarrollo clínico de la enfermedad.

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), agente etiológico del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), está clasificado dentro del género Lentivirus de la familia Retroviridae y se caracteriza por producir infecciones lentas, es decir, donde la aparición de síntomas está separada del momento de la infección por meses y aún años; además produce un deterioro cuantitativo y progresivo del sistema inmunológico del hospedero hasta causar el SIDA; hoy se sabe que el período que transcurre, entre la infección y la aparición del SIDA, es de aproximadamente diez años. Sin embargo, todo este período es dinámico y se caracteriza por presentar diferentes etapas cada una con sus peculiaridades. En todo momento a partir de la infección el sujeto es infectante a través de su sangre y fluidos genitales, especialmente (Velázquez et al. 1991).

Las enfermedades que se presentan en el SIDA son producidas directamente por el

*VIII o son la consecuencia del deterioro progresivo del sistema inmune, que lleva al desarrollo de infecciones oportunistas; tales infecciones, las cuales rara vez causan enfermedad en individuos con un sistema competente, ocurren en un 90% de las personas con SIDA. La incidencia varía de región a región, dependiendo de las infecciones preexistentes en cada sitio y generalmente representan la reactivación de infecciones latentes que fueron adquiridas años atrás, y controladas cuando el sistema inmune estaba intacto. Su desarrollo se relaciona con el nivel de células CD4 en sangre; los individuos sanos tienen alrededor de 1.000 de estas células, por milímetro cúbico de sangre; en los infectados el número de ellos declina en un promedio de 40-80 por año. Cuando el conteo cae entre 400-200, aparecen las primeras infecciones, generalmente benignas, transitorias y casi siempre en piel y mucosas; entre ellas especialmente, aftas orales por *Cándida albicans*, úlceras cutáneas y mucosas por *Herpesvirus*, frecuentes dermatofitosis especialmente en los pies y leucoplasia oral por virus Epstein-Barr.*

Los anteriores síntomas, junto con el síndrome febril prolongado e inexplicable, la pérdida de peso, la sudoración nocturna y la diarrea, conjunto que ha sido llamado Complejo Relacionado al SIDA, marcan la progresión inminente al síndrome terminal e indican que hay replicación viral activa.

*A medida que continúa debilitándose la inmunidad se desarrollan las infecciones a cuadros clínicos que definen el SIDA. El 50-70% de ellas son neumonías y trastornos cerebrales, generalmente por *P. carinii*, *Toxoplasma* y *Cryptococo* y se presentan cuando hay un recuento de CD4 menor de 200 mm. La observación de la progresión de la enfermedad durante los años que llevamos con la epidemia, ha permitido definir tres situaciones clásicas.*

- Los pacientes durante todo el transcurso de la infección con el VIH tienen el virus circulante, el cual puede ser aislado por métodos de cultivo; lo anterior confirma que el paciente es infectante todo el tiempo, independientemente de su estado clínico.

- En la enfermedad avanzada hay altos títulos de virus circulante y la magnitud de la viremia se correlaciona mejor con el estado de enfermedad en el antígeno p24 o la desaparición de los antígenos anti p24.

- Aunque el número de CD4 declina progresivamente, la proporción de linfocitos ayudadores infectados se incrementa con la progresión de la enfermedad hasta uno por cada mil CD4.

El proceso de infección con el VIH puede entonces separarse en tres estadios para facilitar el entendimiento de su evolución:

Temprano o agudo: Corresponde a la infección con el virus, dura unas pocas semanas y tiene altos títulos de virus y antígenos circulantes.

Medio o crónico: Corresponde al periodo de baja replicación viral, se caracteriza por la ausencia de síntomas y signos clínicos y varios años de duración; se conoce también como periodo asintomático y hasta hace poco tiempo como fase de latencia.

Final o crisis: Este es el único momento en la historia natural de la infección donde el paciente tiene SIDA; se presenta una recrudescencia de la replicación viral; aparecen todas las manifestaciones de la inmunodeficiencia y el paciente muere en unos meses (Velázquez et al. 1991).

Con respecto a la mortalidad se considera que el SIDA es un evento de naturaleza mortal. Sin embargo, pueden existir hasta 97 causas de muerte que expliquen el desenlace de los infectados. La defunción puede ocurrir en los infectados alrededor de los 12 a 18 meses siguientes al desarrollo del SIDA, siendo menor, este periodo, entre los niños y las mujeres y pudiendo prolongarse unos meses más en función de la calidad de los servicios médicos y del tratamiento específico que reciban los enfermos.

En la mayoría de los países, el VIH/SIDA se revela como una de las causas crecientes de muerte en la población joven. En los Estados Unidos, la tasa de mortalidad en el grupo de varones de 25 a 44 años, que había venido descendiendo desde años atrás, subió desde 212 defunciones por cien mil habitantes en 1983 hasta 236 en 1987; en este año se registraron 10.248 muertes por SIDA, que explican el 11% de las muertes en este grupo de edad, afectando especialmente a los negros y a los hispanos.

Se espera que los indicadores de mortalidad materna e infantil sean severamente afectados por la epidemia. Se estima que una prevalencia de infección por VIH del 0.5% entre las embarazadas, genere un incremento del 5-10% en la tasa de mortalidad infantil y que un nivel del 1% de seroprevalencia obstétrica la incremente hasta en un 20%.

Entre los enfermos del SIDA la tasa de mortalidad también varía:

Entre los drogadictos venosos seropositivos la mortalidad a los cinco años es mayor del 50%, cerca de cinco veces mayor que la que presentan los drogadictos seronegativos.

Entre los hemofílicos la proporción de mortalidad, a partir del momento del diagnóstico del SIDA, pueden oscilar alrededor del 33% al 1/2 año, 48% al año y 81% al 1.5 años; estas proporciones también son significativamente mayores en los infectados de mayor edad (Velázquez et al. 1991).

La OMS (1985) estima que durante la primera década de la pandemia de VIH/SIDA, hubo cerca de 500,000 casos en mujeres y niños, la mayoría de los cuales no fueron reconocidos como tales. Para los años 90, la OMS estima que la pandemia causará la muerte de más de 3,000,000 de mujeres y niños alrededor del mundo. En las grandes ciudades de América, Europa Occidental y Subsahara, se estima que durante esta década, el VIH/SIDA se consolidará como una de las principales causas de muerte en mujeres en el grupo de edad de 20 a 40 años, la mortalidad infantil excederá el 30% y habrá más de 10,000,000 de huérfanos por esta causa.

El VIH/SIDA se acumula más rápidamente entre los estratos socioeconómicos más bajos, donde los factores de riesgo bisexuales y heterosexuales son también más frecuentes, en íntima relación con sus costumbre sexuales y condiciones de vida (Velázquez et al. 1991).

b) Epidemiología

La epidemiología se ha constituido como una disciplina de la Salud Pública cuyo objeto es el estudio de los factores que determinan la frecuencia y distribución de los problemas de salud en las poblaciones, con el fin de contribuir a la explicación y control de su historia natural y social.

En el caso del VIH/SIDA, la aplicación de principios y técnicas epidemiológicas al estudio de poblaciones sanas y enfermas.

De esta manera se tiene que la enfermedad que sorprendió a América a principios de 1981 golpeó a los homosexuales. Y se le añade demasiado aprisa el calificativo de "gay" a esta epidemia naciente, actitud justificada sobre un plan estadístico y no peyorativo. Hasta el mes de noviembre (1982), en efecto, el número de homosexuales atacados no deja de crecer. Los homosexuales han compuesto la mayoría de los enfermos reseñados hasta entonces.

Desde luego a principios de 1982 en Estados Unidos, se confirma la tendencia a la diversidad de esta infección cuyo patrón epidemiológico hacía pensar en una enfermedad infecciosa grave y rápidamente mortal, de posible etiología viral, transmissible a través de contacto sexual y de transfusiones sanguíneas: algunos heterosexuales, hombres o mujeres, pueden contraer el VIH/SIDA. Aunque corresponden a un perfil muy particular. Sobre los 26 hombres y las 8 mujeres que constituyen este nuevo grupo, 60% son consumidores de drogas intravenosas así como homosexuales atacados, solamente se encontraron 14% drogadictos. De junio

a septiembre de 1982, la enfermedad hace progresos fulgurantes. Pasa de 355 a 593 casos. La proporción de homosexuales no dejó de disminuir y se estabiliza alrededor del 71%; el grupo de los drogadictos representa entonces el 12% de enfermos. En septiembre del 82, dos hechos sorprendentes intervienen: haitianos viviendo en los Estados Unidos, también son víctimas de la enfermedad. Constituyen el 6% del conjunto de los enfermos, o sea la mitad de los que no son ni homosexuales, ni drogadictos. Más sorprendente todavía: entre los 14 enfermos que no forman parte de ninguno de los grupos precedentes dos son hemofílicos. Tres meses más tarde, otros cinco vienen a engrosar las estadísticas. Es así que los médicos americanos se dan cuenta que ciertos hemofílicos manifiestan signos clínicos biológicos que evocan al VIH/SIDA. En esta misma época igualmente, un niño a quien se le practicó en su nacimiento una exanguineotransfusión, desarrolló SIDA. Esta enfermedad coincide con la de los 19 donadores que contribuyeron a su transfusión.

En enero de 1993, otras mujeres contraen el VIH/SIDA. Todas son parejas de pacientes. Igualmente en la misma época, los médicos diagnostican el síndrome en 4 niños. Tres han nacido de madres infectadas; en estos casos el SIDA fue transmitido en forma vertical: de la madre al bebé.

En Francia, la enfermedad se manifestó en un principio, como en los Estados Unidos, en el medio homosexual; pero a partir del 82, el abanico de los enfermos se diversifica.

Se puede establecer hoy una distribución precisa de los diferentes tipos de enfermos atacados por el VIH/SIDA; estas cifras son estables desde hace algún tiempo: Según un informe proporcionado por la OMS, hasta septiembre de 1987 se había reportado en 123 países un total de 59,563 casos de SIDA (CONASIDA, 1987), mientras que para el mes de diciembre del mismo año se contabilizaron 65,003 casos (CONASIDA, 1987) así para el mes de febrero de 1988 fueron 76.175 y para abril 85.273 casos (CONASIDA). En México a partir de mayo de 1987 se habían anotado

534 casos (CONASIDA, 1987), mismos que se han venido incrementando en el porcentaje mensual aproximadamente de 50 a 100 casos.

La razón de partir en una primera instancia de actividades basadas en la transmisión de conocimientos y habilidades relativas a la sexualidad, reside en el hecho de que hasta hoy día el VIH/SIDA es una enfermedad cuya principal medio de transmisión y contagio es la vía sexual. Solamente en 1988 de la muestra total de casos reportados en los Estados Unidos y Europa existen un 65% y un 75% respectivamente de enfermos por contagio sexual, en tanto que en México, hasta este mismo año, la cifras alcanzaban un 83.9% en febrero; un 85% aproximado en marzo; y 90% en abril (CONASIDA, 1988).

Es difícil caracterizar la epidemia del VIH/SIDA en México de manera global, pues existen a lo largo del país regiones que, por la magnitud del problema y los patrones epidemiológicos que las distinguen, indican la existencia de diversas subepidemias, de modo que se puede afirmar que a nivel nacional y a lo largo del tiempo la epidemia ha presentado tres tipos de tendencia en cuanto a su magnitud:

- de 1983 a 1986 el crecimiento fue lento*
- de 1987 a 1990 fue de tipo exponencial*
- a partir de 1991 ha sido un crecimiento exponencial amortiguado, con una tendencia a la estabilización.*

En cuanto a las características de las formas de transmisión y sus tendencias, en términos generales se puede decir que la epidemia del VIH/SIDA en México se ha heterosexualizado, ruralizado y que la transmisión sanguínea se encuentra bajo control.

Así pasó de ser predominantemente de hombres homosexuales y de mujeres transfundidas, a ser cada vez más una epidemia de transmisión heterosexual; de

hecho en mujeres adultas la transmisión heterosexual corresponde actualmente a la mitad de todos los casos acumulados (49.5%), pero si consideran los casos notificados durante los terceros trimestres de 1990 y 1995, se verá que el porcentaje aumentó de 32.0% a 72.6% en esta categoría. La transmisión sexual en hombres sigue siendo predominantemente homo/bisexual, aunque haya aumentado la transmisión heterosexual.

Se observa la tendencia de la epidemia a crecer en zonas rurales, pues cada vez es mayor el número de casos de trabajadores agropecuarios. Hasta 1990 solamente se habían registrado 224 casos acumulados en esta población. Para el Iro. de octubre de 1995 son 886 los casos acumulados en este rubro, que corresponden al 4.2% del total de casos de los que se conoce por ocupación.

La mortalidad por el VIH/SIDA en hombres entre 25 a 44 años se ha desplazado rápidamente a los primeros lugares. De hecho en 1992 fue la sexta causa de muerte en este grupo a nivel nacional y la cuarta en el Distrito Federal (CONASIDA, 1995).

Hasta el Iro. de octubre de 1995, el Registro Nacional de Casos de SIDA cuenta con 24,843 casos.

Durante los terceros trimestres de 1990, 1994 y 1995 la mayor parte de los casos notificados ocurrió en los grupos de 20 a 49 años. En esos grupos entre el 85.3% y el 89.0% de los casos correspondió a hombres. Del total de casos acumulados tanto en hombres como en mujeres en 1995, el 87.4% pertenece a estos grupos de edad, correspondiendo el 31.9% al grupo de 20 a 29 años, al de 30 a 39 años el 37.7% y al de 40 a 49 años el 17%.

Los resultados del análisis por tasa indican que los hombres están seis veces más afectados que las mujeres. Uno de cada 660 hombres del grupo de edad de 30 a 34 años se ha visto afectado por la enfermedad, en comparación con una de cada 4,545

mujeres de este mismo grupo; en el grupo de 35 a 39 años uno de cada 719 hombres se ha visto afectado, en comparación con una de cada 4,608 mujeres. La razón hombre/mujer es diferente según los grupos de edad. Para los grupos más afectados (25 a 39 años) esta razón varía entre 6 y 8 hombres por cada mujer afectada, mientras que es de 2:1 en el grupo de menores de 10 años (CONASIDA, 1995).

El análisis de las tendencias por factor de riesgo en adultos, indica un importante descenso en la transmisión sanguínea, que representó el 26.76% de los casos acumulados hasta el 3er. trimestre de 1990 y descendió a 10.8% en los caso acumulados hasta ese trimestre de 1994. Para el 3er. trimestre de 1995 el 8.3% de los casos en adultos, cuyo mecanismo de transmisión se desconoce, adquirieron la infección por esta vía. La proporción de casos atribuibles a transmisión heterosexual en cambio, aumentó de 21.1% de los casos acumulados hasta el 3er. trimestre de 1990 a 36.7% en 1994. Para este trimestre de 1995 fue de 33.1%.

Si se toma en cuenta la transmisión sexual en su conjunto, las cifras son de 75.4%, 87.9% y 91.2% para 1990, 1994 y 1995 respectivamente. Una de las cifras que más ha cambiado es la de los casos en donde el factor de riesgo no fue documentado, que fue de 10.9% en 1990 y de 43.8% en 1994; para 1995 se ha mantenido estable en 43.0%.

En el total de casos acumulados hasta el 1ro. de octubre, el porcentaje de casos no documentados es de 27.7%. Esta cifra se debe fundamentalmente a que ahora una proporción de casos cada vez mayor, es captada mediante certificados de defunción y dicho documento no consigna variables específicas sobre vigilancia epidemiológica del VIII/SIDA.

En los casos acumulados de VIII/SIDA en hombres adultos hasta el 1ro. de octubre de 1990, 1994 y 1995 respectivamente, en los que se conoce el factor de riesgo, se observa una tendencia al aumento de los casos adquiridos por vía sexual que fue de 84.1% para 1990; de 91.3% para 1994 y de 93.6% para 1995. En cambio, los casos

por transmisión sanguínea disminuyeron de 14.9% en 1990, a 7.3% para 1994 y a 5.8% para 1995 (CONASIDA, 1995).

Hasta el 1ro. de octubre de 1995 se han notificado un total de 20,869 casos en hombres adultos: 5,842 (38.8%) son homosexuales; 4,103 (27.2%) bisexuales y 3,503 (23.3%) heterosexuales. En total para la categoría de transmisión sexual, se han reportado 13,448 casos (88.3%).

Para mujeres los casos acumulados en 1990, 1994 y 1995 hasta el 1ro. de octubre respectivamente, muestran que la proporción de casos atribuibles a transfusión sanguínea ha tenido una tendencia a disminuir, siendo de 67.9% en 1990, de 32.5% en 1994 y 27.3% en 1995. En los casos atribuibles a transmisión heterosexual hubo un incremento entre 1990 y 1994 de 32.0% a 67.4%, para el mismo periodo de 1995 aumentó hasta 72.6%.

En el total de casos acumulados para este trimestre de 1995 se han notificado 3,290 casos en mujeres adultas: 49.5% se atribuyen a transmisión heterosexual y 50.5% a transfusión sanguínea. Dentro de esta última categoría el 2.0% son ex-donadoras remuneradas de productos sanguíneos y 0.8% adquirió la enfermedad por otras vías de transmisión (CONASIDA, 1995).

Según las últimas cifras dadas a conocer por CONASIDA (Enero, 1996) el total de casos acumulados en el país fue de 25,947 y los casos estimados corrigiendo retraso y subregistro es de 37,077; con una tasa de 30.8 por 100,000 habitantes; siendo 21,825 hombres y 3,418 mujeres.

En los Estados Unidos, los homosexuales y los bisexuales componen todavía el grupo más grande de los enfermos: el 71%. Después vienen los toxicómanos por vía intravenosa: 17%. Más de la mitad de las mujeres atacadas pertenecen a este grupo, 1% son las parejas heterosexuales que han tenido riesgo.

La noción de factores de riesgo, tal y como se concebía a principios de la epidemia, fue totalmente cambiada por la aparición de nuevos grupos: los toxicómanos, los haitianos, los hemofílicos. Así mismo la definición de "grupos de riesgo". De hecho, todas estas denominaciones deben ser pensadas en función de la tesis que hace del VIII/SIDA una enfermedad transmisible. Con esta hipótesis en la actualidad sería más preciso hablar en términos de "hogares geográficos". Los factores de riesgo tomaron otra dimensión, porque está ligado a la naturaleza contagiosa de la enfermedad. Todos los casos de que se tiene conocimiento se refieren a lugares geográficos determinados o a poblaciones particulares.

Pero esta noción de grupos de riesgo, tiene aspectos bastante objetables. Ciertamente, la enfermedad se desarrolla en una comunidad porque el agente se encuentra ahí, y se transmite, entre las personas que conviven. Pero, por ejemplo no todos los homosexuales tienen riesgo. Los que tienen numerosas parejas están más amenazados, es cierto, pero todavía lo son más los que viven en ciertas regiones geográficas y este mismo ejemplo se puede hacer con la población heterosexual, es decir, tienen más riesgo de contraer esta infección quienes tienen más parejas sexuales aún siendo heterosexuales.

Cuando se habla de hogares geográficos de una enfermedad eventualmente transmisible, se plantea la pregunta concomitante de la epidemia. La medicina define la epidemia como una enfermedad que se desarrolla más allá de lo que era previsible. Esta noción, bastante vaga, puede muy bien aplicarse al VIII/SIDA. Pero el fenómeno médico presenta a los no iniciados una imagen más dramática. El público, a quién se le habla de epidemia, piensa enseguida en una afección extremadamente virulenta que no cesa de ampliarse.

Se ha visto el concepto de VIII/SIDA como enfermedad transmisible aparecida en 1981, acompañada de presunciones muy fuertes sobre las modas -sexual y sanguínea- de su transmisión. El vagabundaje sexual aumenta, desde luego, las

oportunidades de encontrarse al agente infeccioso (Rozenbaum, Seux y Kauchner, 1990).

La tendencia a la diseminación está íntimamente relacionada con el estilo de vida de la población y su organización social; la enfermedad tiende a diseminarse más rápidamente entre las clases sociales de menos ingresos económicos debido a su nivel educativo más bajo, a la mayor frecuencia de ETS (enfermedades de transmisión sexual) no tratadas y a los índices más elevados de adicción a drogas ilegales. Sin embargo, en muchos países la epidemia pudo haber sido introducida por las clases sociales de mayor ingreso a través de individuos que viajaban a regiones de alta prevalencia, donde contraían la infección, la importaban luego a su propio país y allí la diseminaban entre su misma clase; la enfermedad se localizó entonces, inicialmente y por un cierto tiempo, en las clases sociales más altas para luego diseminarse entre los nativos de más bajas ingresos.

La transmisión de la epidemia es más rápida y efectiva en áreas urbanas, donde las personas tienen mayores oportunidades de cambiar de pareja sexual y donde es más frecuente el uso de drogas intravenosas.

En los últimos años se viene notando una ligera disminución en la tasa de aparición de los enfermos y de las defunciones asociadas con VIH/SIDA. Estos cambios se atribuyen al efecto de campañas preventivas, al uso de medicamentos antivirales entre los infectados asintomáticos, lo que retarda la aparición de la enfermedad, y el agotamiento de los individuos más susceptibles.

A pesar de estas observaciones esperanzadoras, los altos niveles alcanzados por la infección a comienzos de la epidemia podrían garantizar su permanencia en la población como problema de salud pública durante las próximas décadas, por lo menos hasta que se disponga de una vacuna efectiva (Velázquez et al. 1991).

Por sus repercusiones sobre el bienestar de la población, las mujeres embarazadas representan un grupo prioritario para toda medida de salud pública. Si bien el panorama es dramático en África, donde en algunas regiones la seroprevalencia oscila entre el 40 y 60%, su tendencia sugiere un aumento progresivo para América; 9% en Haití, 2% en República Dominicana y 0.5% en Martinica. Dado que entre un 30 y un 50% de los neonatos se prevé que se infectará, se espera un incremento paralelo de infección perinatal.

Las trabajadoras sexuales suelen presentar niveles bajos de seroprevalencia (1-3%) pero ésta puede ascender a más de 50% en algunas regiones de África.

Aunque la población de donantes no se considera representativa de la población general, sus niveles de seroprevalencia son a menudo los que más se les aproximan. Aún en regiones donde la epidemia alcanza altos niveles, como el Caribe, la seroprevalencia entre donantes suele ser menor del 3%; en América Latina oscila entre 0.5% y 1% y tiende a disminuir (Velázquez et al. 1991).

En sólo una década, el VIH/SIDA se ha convertido en una pandemia que afecta a millones de hombres, mujeres y niños en todos los continentes. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1995), indicó que al final de 1994 se manifestaron 4.5 millones de casos de VIH/SIDA y prevé que este total acumulativo se triplicará para el año 2000. El número de gente infectada con el VIH será mucho mayor. Según cálculos conservadores de la OMS, hasta finales del año pasado (1995) se habrían infectado más de 18 millones de adultos y más de 1.5 millones de niños desde el inicio de la epidemia. Para el año 2000 habrá entre 30 y 40 millones de personas infectadas.

¿Hasta que punto ha afectado la epidemia a las mujeres? Enormemente. Hace una década las mujeres parecían situarse en la periferia de la epidemia. Hoy son el centro de muchas inquietudes. La OMS (1996) calcula que casi la mitad de los adultos recién infectados son mujeres. Ya no se cuentan los casos por miles o por decenas de miles. En el mundo entero los casos de infección femenina totalizan 7.8

millones, y la cifra sigue aumentando rápidamente. Para el año 2000 más de 14 millones de mujeres se habrán infectado con el virus de VIH, y alrededor de 4 millones habrán muerto.

La subordinación sexual histórica de las mujeres es terreno propicio para la infección ya que en muchas sociedades existe una fuerte diferenciación entre hombres y mujeres fincada en sistemas sociales y culturales que afianzan el control masculino. De los hombres se espera que tomen la iniciativa en las relaciones, y a menudo se estigmatiza o castiga en las mujeres cualquier protagonismo sexual. La diferenciación mencionada se agudiza con los contrastes de edades. Típicamente, las mujeres se casan o tienen relaciones sexuales con hombres mayores, quienes por haber tenido una vida sexual activa por más tiempo, tienen a su vez, mayores posibilidades de haberse infectado.

En países con alto nivel de incidencia de VIH/SIDA, muchos hombres justifican su elección de mujeres jóvenes, con el argumento de que estas tienen, por la edad, menos probabilidades de haber contraído el VIH/SIDA.

Muchos países que promueven la monogamia o la fidelidad mutua, y desalientan, como norma social los encuentros múltiples y casuales, han utilizado también esos valores como estrategia de prevención del VIH/SIDA. Sin embargo, algunas sociedades esperan de sus mujeres que adopten estrictamente esa norma en tanto toleran tácitamente que los hombres se alejen de ella. De las mujeres se espera que tengan sólo un compañero en la vida, mientras que de los hombres se espera, incluso se fomenta, que tengan múltiples parejas. Por ende, las mujeres se vuelven más monógamas que los hombres y tienen menos parejas sexuales. Confiar en la monogamia o en la fidelidad mutua puede ser engañoso para las mujeres, ya que la fidelidad protege contra el VIH/SIDA a condición de ser completamente mutua y duradera.

En algunas culturas, las mujeres no pueden hablar de sexo con los hombres o discutir las prácticas de sexo seguro. Hacerlo tendría consecuencias graves, desde el estigma hasta la violencia y el abandono. La renuencia masculina al uso del condón y la incapacidad de la mujer de discutir las prácticas seguras, colocan a las mujeres (y a los hombres) en un riesgo mayor de infección. Para ellos, los argumentos de la renuencia son: la idea de una sensación reducida, la ignorancia sobre como utilizar un condón correctamente o el miedo de infertilidad por el uso prolongado. Además, dentro del matrimonio o de una relación larga, la mera sugerencia del uso del condón implica una indicación de infidelidad o algún otro comportamiento capaz de amenazar la seguridad de la relación, haciendo difícil para hombres y mujeres la utilización del condón.

Las mujeres también son vulnerables al sexo forzado. Esto implica la violación y otras formas de abuso sexual, dentro y fuera de la familia, así como la prostitución obligada. Cualquier relación de penetración no consentida puede conllevar un riesgo incrementado de transmisión por VIH y otras enfermedades sexualmente transmisibles, debido particularmente a que los violadores jamás utilizan condón.

Ahora bien a menudo se piensa en las mujeres como depósitos de infección o vectores de transmisión de la misma hacia sus parejas masculinas o sus hijos. Esta visión, errónea y perniciosa, libera al hombre de su propia responsabilidad en la prevención del VIH/SIDA, impide que los programas de atención incluyran servicios destinados a las necesidades específicas de la mujer, y enfatiza estrategias de investigación e intervención diseñadas más para proteger a los hombres de las mujeres que ha facilitar que las mujeres se protejan a sí mismas.

Mucha gente piensa que si una mujer tiene el virus del VIH es porque ha tenido numerosas parejas o porque es prostituta, y ese supuesto comportamiento la estigmatiza como una mala mujer. Por esta razón muchas mujeres han perdido su hogar o su empleo, han sido abandonadas por sus esposos o sus parejas y se les ha negado el derecho de hacerse cargo de sus hijos.

Esta conducta social en nuestro país, está evidentemente provocando de manera alarmante la incidencia de los casos de VIH/SIDA en la población (García, 1996).

El Dr. Carlos del Río Chiriboga, destacó (CONASIDA 1996) que mientras en Estados Unidos el índice de afectados crece entre drogadictos y homosexuales aquí en México, el incremento se da entre amas de casa a causa de las relaciones bisexuales o heterosexuales extramaritales de sus maridos. Ello ha propiciado además, el nacimiento de un mayor número de niños con VIH/SIDA, porque en Estado Unidos las mujeres embarazadas seropositivas representan un porcentaje cuantro veces menor que el que representan las mujeres con estas mismas condiciones en México.

Todo lo anterior aunado a que el VIH/SIDA se detecta tardíamente en las mujeres, según los científicos esto se debe a que aún se practican pocos análisis de VIH/SIDA a las mujeres porque muchos médicos creen que el VIH/SIDA es una típica enfermedad de homosexuales. Así mismo se puntualiza que las mujeres no se hacen atender debidamente tras conocer el diagnóstico, aduciendo problemas financieros o por tener a su cargo el cuidado de la familia.

Para reducir la vulnerabilidad femenina ante el VIH/SIDA, hombres y mujeres deberán combatir la discriminación sexual y la subordinación de las mujeres. Las autoridades, los funcionarios de salud, y otras instancias de poder deberán reconocer el vínculo entre la situación económica de las mujeres, su condición social, y su vulnerabilidad frente al VIH/SIDA. Deberán replantearse las relaciones entre cónyuges, amantes, hermanos y hermanas, padres e hijos, colegas y amigos. La desigualdad entre los sexos estimula la diseminación del VIH/SIDA.

A menos que se reconozca la interacción entre la infección por VIH, el comportamiento, los valores culturales y los derechos y necesidades de las mujeres, seguirá fuera del alcance el cambio fundamental, necesario para frenar esta pandemia.

Se requiere una atención inmediata que movilice a todos los sectores de la población, de manera muy especial a los hombres.

Existen varias maneras de facilitar la protección que la mujer puede brindarse a sí misma: mejorar su condición económica y social; proporcionarle un método de prevención sobre el que ella tenga un control mucho mayor, o hacer que más hombres adopten las prácticas de sexo seguro. Esto no se trata de un ejercicio académico para señalar prioridades, sino un asunto de vida o muerte para muchas mujeres.

La subordinación sexual y económica de muchas mujeres sigue alimentando a la pandemia de VIH/SIDA. Cada vez es mayor el número de mujeres infectadas y la edad promedio es menor en ellas que en los hombres. Aumenta la infección entre adolescentes, particularmente entre las mujeres. La situación es cada vez más grave. De la manera en que la sociedad integral responda a la pandemia dependen las maneras diversas en que la mujer podrá participar activamente en la sociedad del siglo venidero (Wallace, 1996).

Un evento de suma importancia que llama la atención, es el hecho de que las estrategias de comunicación para prevenir el VIH/SIDA han sido "globales", esto es, dirigidas a todo tipo de público, cuando lo que se requiere, por el contrario, es ahondar en problemáticas particulares, en este caso la de la mujer, ya que se ha podido afirmar, "las experiencias previas permiten suponer que existe un bajo nivel de conciencia en la población femenina respecto al riesgo de contraer la infección. Todo parece indicar que poseer información sobre el VIH/SIDA, sus vías de contagio, sus formas de prevención, etcétera, no implica necesariamente la adquisición de una conciencia de riesgo y, por lo tanto, la adopción de comportamientos preventivos" (García, 1996 p. 6).

CAPITULO 2

ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL SIDA

Es indudable que el VIH/SIDA confronta a la sociedad con aspectos de la vida por los que al mismo tiempo ha luchado y negado: la enfermedad, la muerte y la sexualidad. El estigma social, que asociado al aspecto infecto-contagioso causa conductas de rechazo, haciendo difícil el brindar apoyo en todos los aspectos al afectado. La situación anterior es probable que produzca tensión emocional en las personas con el problema y a quienes le rodean. Los prejuicios y la estigmatización social inciden en diversos aspectos contra las personas infectadas, siendo frecuente el rechazo, en el ambiente laboral y escolar así como en los derechos humanos en general. Por lo cual Kraus (1994) afirma que el VIH/SIDA ha permitido que la sociedad reavive uno de sus más arraigados vicios: la discriminación. Es así como para él, el VIH/SIDA representa una doble enfermedad: una biológica y otra social, que emana de la descomposición social. Ante esta problemática, en nuestro país se ha presentado una cartilla de los derechos humanos para personas que viven con VIH/SIDA (cit. Godínez, 1994).

Jonathan Mann (1994) sugiere que el VIH/SIDA es fundamentalmente humano y fundamentalmente social, y debe ser abordado desde esta perspectiva. Por lo cual, ante el VIH/SIDA es indispensable que la sociedad abandone los prejuicios y el estigma que utiliza como defensa contra el VIH/SIDA, es necesario tomar conciencia de que el SIDA es un problema de amplio espectro al que somos todos vulnerables. Sólo de esa toma de conciencia puede surgir la solución, al solidarizarnos con los infectados y responsabilizarnos de nuestro propio comportamiento (cit. Godínez, 1994).

Por otra parte, en algunos grupos sociales se da una reacción positiva ante el VIH/SIDA, es la movilización y la unión entre las personas que, de una u otra

forma, han tenido que ver con esta enfermedad. La solidaridad que ha nacido entre ellos es notable; diversos grupos de homosexuales, madres con hijos infectados, estudiantes, personas dedicadas a la prostitución -entre otros-, han formado redes de apoyo, de comunicación, talleres de información y de atención a pacientes (CONASIDA, 1993).

Rhodes (1994) menciona que la infección por el VIH y su consecuencia, el SIDA, representan un difícil reto para la educación y para la salud ya que, por una parte las conductas a modificar son muy íntimas y algunas socialmente no aceptadas y, por tanto, es muy difícil hablar de ellas abiertamente. Por otra parte, se dan con más frecuencia en personas que por pertenecer a grupos marginados del conjunto de la sociedad difícilmente hacen uso de los servicios sociosanitarios.

En el caso del VIH/SIDA, este enfoque comunitario es especialmente importante por las dificultades que el ambiente psicosocial impone al individuo, tanto en forma de presión social dada la cohesión interna que suele darse en los grupos marginados, como de rechazo y falta de apoyo social del resto de la comunidad. El VIH/SIDA es asunto de todos y las acciones educativas deben dirigirse a toda la sociedad para que esto se reconozca, de tal manera que las actitudes de discriminación hacia los afectados se conviertan en apoyo tanto del entorno inmediato (parejas, familiares, amigos) como del más amplio (aporte de recursos, legislación, normas sociales, investigación bioquímica, social, psicológica etc.).

El VIH/SIDA ha dejado al descubierto la vulnerabilidad de la condición humana por la relación que tiene esta 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, ya que la identificación del virus y sus formas de transmisión, aún siendo científicamente demostradas, no son suficientes para disipar completamente la sensación de misterio y el temor de las personas.

Por su asociación con determinadas prácticas sexuales y su prolongado periodo 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 culturales.

Las razones por las que la personas pueden negar con respecto a su seropositividad son todos los estigmas que esta enfermedad engloba:

-El que se haya presentado en grupos socialmente estigmatizados y su lastimoso curso inexorablemente fatal (Bribiesca, 1989).

-Los efectos de carácter del individuo que se perciben como falta de voluntad, pasiones tiránicas y antinaturales, creencias rígidas (Goffman, cit. Orellan y González, 1991).

Según Castro (cit. Orellan et al. 1991) en el momento en que alguien posee un estigma que antes no tenía se da cuenta de que es un ser humano, como todos. Esto se puede ver en el seropositivo, ya que al infectarse y convivir con otros iguales se da cuenta que son seres humanos con valores, deseos y aspiraciones similares.

El mayor problema es el estigma relativo al VIH/SIDA como una reacción socialmente interpretada a una enfermedad mortal que ha predominado más entre grupos que ya eran objeto de prejuicios.

- La gente infectada por el VIH/SIDA suele ser vista como creadora de riesgos para otros.

- A la gente infectada por el VIH/SIDA se le suele culpar de haber producido su estado mediante una conducta arriesgada.

- Algunas enfermedades son visibles y perjudican las acciones sociales del individuo.

El VIH/SIDA aún a los que no están infectados los enfrenta a la realidad de la muerte provocando lo que Schutz en 1982 (cit. Gregory y Glunt, 1988) describió como "ansiedad fundamental". El enfrentarse con el SIDA es enfrentarse al carácter de mortales. Schutz dice que siempre se trata de evitar esto. La estigmatización relacionada con el VIH/SIDA representa una edificación de ese tipo: Los individuos sanos se alejan de la muerte definiendo la enfermedad como una aflicción de otros.

El VIH/SIDA empezó atacando a grupos ya estigmatizados (homosexuales, drogadictos, prostitutas). Por tanto, el estigma del VIH/SIDA como enfermedad se ha puesto sobre un estigma ya existente.

El VIH/SIDA se ha vuelto un símbolo: las reacciones ante el VIH/SIDA son reacciones ante los homosexuales, drogadictos, minorías raciales o intrusos en general (Gregory et al. 1988).

Existen "víctimas inocentes" como los niños, los hemofílicos y las "víctimas censurables", o sea las que se infectan durante una conducta estigmatizada.

La seropositividad se une en muchos casos, a la preferencia sexual no se sabe como manejar la situación en cuanto a la preferencia, pues en algunos casos no es aceptada por la familia, y mejor se oculta, habiendo al mismo tiempo sentimientos de culpa.

Si bien la historia natural del VIH/SIDA ha sido profusamente estudiada (ver capítulo 1), 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, de alta letalidad 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 de infectados sanos, cuya frecuencia y antigüedad excedía la dimensión de la primera epidemia descrita.

El avance de estas dos epidemias (los seropositivos y los enfermos de SIDA) trascendió las implicaciones de una simple enfermedad y produjo a su paso un complejo conjunto de trastornos sociales que obligaron a la Organización Mundial de la Salud a considerar el impacto poblacional del VIH/SIDA como un problema prioritario y a llamar la atención de la Comunidad Internacional sobre la presencia de una tercera epidemia, constituida por el malestar, la disfuncionalidad y el sufrimiento que el VIH/SIDA genera entre los individuos y grupos poblacionales no infectados.

Esta tercera epidemia comprende cinco dimensiones, las cuales constituyen a su vez complicaciones de las dos epidemias anteriores y ameritan una respuesta social urgente; a) los aspectos sociales, b) los aspectos psicológicos, c) los aspectos morales, d) los aspectos económicos, e) los servicios de salud y f) los servicios de información.

a) Aspectos sociales

Se expresan en tres fenómenos diferentes:

1. La desintegración de estructuras sociales alrededor del infectado; parejas, familias, vecindarios, grupos o comunidades pueden desmoronarse al paso de la epidemia. Esta desintegración de los diferentes grupos puede ser tanto funcional como estructural y ocurre como consecuencia de:

La pérdida, muerte o enfermedad de personas que ejercían sobre el grupo una influencia integradora de carácter económico, afectivo o normativo. La epidemiología ha registrado los datos de los muertos y los enfermos de VIH/SIDA, pero no lleva un registro de las viudas, los huérfanos, los sobrevivientes y los damnificados por la pérdida del amigo, del amante, del hijo o de otro ser querido. La desintegración del grupo puede corresponder, por otra parte, a las reacciones disfuncionales y los conflictos que surgen en su interior frente a la posibilidad o la evidencia de que uno de sus integrantes esté infectado o en riesgo de estarlo.

2. La discriminación de grupos e individuos considerados por otros grupos como de "alto riesgo", se encuentren infectados o no, constituye una de las manifestaciones más disfuncionales de la tercera epidemia. La discriminación puede asumir una variada gama de comportamientos sociales que van desde el sutil paternalismo y las disposiciones legales presuntamente basadas en hechos científicos, hasta la agresión violenta de los individuos discriminados, impidiéndoles en última instancia ejercer sus derechos humanos. En lugar de constituir una alternativa que rompa la cadena de contagios, las medidas discriminatorias imponen sufrimientos innecesarios a los afectados y a grupos de individuos seronegativos y los obligan a refugiarse en su subcultura, donde se hacen menos accesibles al alcance de los servicios preventivos. Este hecho reviste de especial importancia para los servicios sanitarios de control pues muchas de sus acciones pueden verse seriamente disminuidas a causa de las prácticas discriminatorias del medio social.

3. Las crisis en las estructuras ideológicas que han debido modificar sus posiciones y contenidos presionadas por el avance del VIH/SIDA son otra manifestación de la tercera epidemia. 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. Si bien el efecto de la crisis sobre la organización social puede ser conveniente y positivo, muchos de los individuos experimentan un nivel variable de malestar y sufrimiento en relación con el cambio; el abordaje de las crisis generadas por el cambio ameritan por parte de quienes las enfrentan, un profundo respeto por el bienestar de las mayorías y creatividad para facilitar cambios esenciales sin el costo social que representa la agresión y la violencia.

De modo que el prejuicio seguirá siendo uno de los obstáculos más difíciles de sobrepasar en relación a la disminución de contagios de VIH.

El prejuicio se define como una actitud hostil constituida por opiniones dogmáticas y desfavorables respecto a otros grupos y, por extensión, respecto a miembros individuales de estos grupos. En teoría podemos establecer una distinción entre el prejuicio y la discriminación: el prejuicio se refiere a las actitudes negativas y la discriminación es un comportamiento dirigido contra los individuos objeto del prejuicio.

Históricamente, el prejuicio como concepto, tuvo dos momentos: el primero, cuando se le consideraba simplemente un juicio a priori, que antecedió al conocimiento (prejúdiciu o "juicio anterior"); después, en su acepción negativa, como el conocimiento infundado y arbitrario, no avalado por la experiencia (Sepúlveda et al. 1989).

Bettelheim dice que "cuanto mayor es la ansiedad subyacente de una persona, más

prejuicios tiene, porque la presión de su ansiedad debilita sus controles normales. Así, debilitada, busca alivio por medio del prejuicio que sirve para reducir la ansiedad, porque facilita la descarga de hostilidad, y si se descarga la hostilidad, se reduce la ansiedad. El prejuicio reduce la ansiedad porque sugiere a la persona que es mejor que las demás y, por tanto, no necesita sentirse tan ansiosa" (Betlheim y Janowitz 1975, p. 264-265).

El prejuicio es también una proyección sobre los demás de las tendencias inaceptables en uno mismo.

Según Adorno (1990): el individuo prejudicado ha sido educado en una familia muy estricta, generalmente por padres que presentan, a su vez, las características del autoritarismo. El niño ha sido disciplinado en forma severa y ha aprendido a dar, en todo momento, muestras de respeto a sus padres. Por consiguiente, aprende a expresar un excesivo respeto y una admiración sin crítica por sus padres, pero esto tiene importantes consecuencias psicológicas.

Debido a que siempre aparecen sentimientos ambivalentes, el sentirse víctima de una tiranía, no reconocida como tal, coexiste con una admiración idealizada por malos padres. En el espíritu de la persona con prejuicios se opera una escisión: los sentimientos normales ambivalentes hacia los padres se dividen según los aspectos positivos o negativos; los positivos permanecen unidos a los padres, pero los negativos se unen a otros blancos como pueden ser los miembros de otros grupos étnicos o aquellas personas que se cree infringen las leyes:

Todos los deseos de los que se avergüenza el individuo y éste niega tener se desplazan hacia otras figuras. Así, si el individuo se avergüenza de sus propios deseos sexuales, es posible que se forme una imagen de los grupos externos en la que éstos manifiesten una fuerte inclinación hacia el sexo, y se exija severos castigos para las personas que cometan delitos sexuales. Al proyectar sus deseos

vergouzantes sobre los demás, el individuo con prejuicios tiene la posibilidad de pensar en lo que, sin ello sería tabú. El estilo de pensamiento que resulta de ello está emparentado con el estilo que encontramos en la prensa sensacionalista que pretende indignarse ante los casos sexuales escandalosos, pero que sin embargo, los busca continuamente y los describe con todo detalle para deleitar a sus lectores. Al actuar de esta forma, el individuo con prejuicios puede construirse una imagen del mundo en la que los demás siempre son personas con deseos perversos que hacen peligrar la decencia, pero sin reconocer nunca que el propio ser del individuo con prejuicios podría tener los mismos deseos.

De esta manera, ante el hecho de no existir una vacuna o un medicamento contra el VIH/SIDA, hay que buscar otras soluciones, como aislar a los enfermos, esto es imposible porque es atentar contra los derechos humanos y ésto acentuaría los prejuicios contra ellos al dividir a la población en "sanos y enfermos"; otra sería obligar a la población a que se haga la prueba de detección de anticuerpos a VIH/SIDA, tampoco es factible, por el costo y porque atenta contra la privacidad y nuevamente aumenta los prejuicios. Por eso, un sólo de momento, sabemos que es factible atacarla sólo mediante la prevención.

Diversos factores determinan que una enfermedad genere prejuicios; en el caso del VIH/SIDA primero, es un padecimiento relacionado con la sexualidad; segundo, es un fenómeno mórbido porque es una enfermedad venérea es decir, se asocia a 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 (sangre, sudor, semen, orina, saliva, fluidos vaginales) y efectivamente, la sangre y los fluidos sexuales son transmisores del virus.

A pesar de que para el año 2000 se creé habrá en el mundo alrededor de 15 millones de portadores del virus del VIH/SIDA, lo que eliminará en definitiva la etiqueta

aislante de "grupos de riesgo", la repartición universal del contagio no evitará durante un tiempo indefinido que prosiga la moralización de la enfermedad ya que la aparición del SIDA refuerza los argumentos contra la homosexualidad que los sectores tradicionales venían sosteniendo.

Entre los efectos concretos que el VIH/SIDA ha tenido a nivel político-cultural podemos aumentar los siguientes:

- Falsas interpretaciones de la enfermedad que ponen en evidencia los prejuicios sobre la homosexualidad y en general el rechazo a la sexualidad no tradicional. Han surgido desde versiones religiosas que ven al VIH/SIDA como un castigo divino a las personas que se han alejado de la moral cristiana, hasta aquellas, más sutiles, que los ven como una consecuencia lógica de las prácticas sexuales "anormales".

- Entre ciertos sectores se ha establecido el amarillismo en gran parte como consecuencia de la desinformación sobre la enfermedad.

- Algunas políticas impulsadas desde ciertos gobiernos estatales han mostrado un claro corte discriminatorio que viola los derechos ciudadanos de los homosexuales, al menos en algunas zonas del país se ha reforzado una moral conservadora a raíz del descubrimiento del VIH/SIDA (Palma y Serret, 1991).

Como ejemplo están las detenciones de homosexuales en Mérida, en Monterrey y Cd. Juárez, donde los homosexuales hombres, se están agrupando para evitar que se les fuerce a hacerse la prueba de ELISA; o el artículo de Trejo Delarbre en La Jornada (Trejo, "Encapuchados" la Jornada, dic. 19, 1989):

"Ahora, los miembros de varias agrupaciones singularizadas tanto por su conservadurismo como por la escamante racional defensa que hacen de sus posiciones, están encabezando una campaña contra la protección frente al

VIII/SIDA. Se trata de grupos minoritarios, pero estruendosos, que se ofenden porque en los medios informativos hay frecuentes invitaciones a usar el condón y a evitar la propagación del VIII/SIDA. Las autoridades judiciales han aclarado que la denuncia de Pro Vida no tiene suficientes fundamentos. Quedará como ejemplo de intolerancia y persecución. Pero la campaña contra el uso del condón quizá haya logrado desconcertar sobre todo a los jóvenes entre quienes la infección del VIII/SIDA resulta potencialmente más riesgosa".

"Efectivamente, ciertos grupos civiles, como Pro Vida y el clero mexicano, se han opuesto incluso a referirse correctamente a asuntos relacionados con el sexo, ellos argumentan que estos mensajes promueven las relaciones sexuales desordenadas, o que tratan ciertos temas con mucha rudeza. El resultado fue que las autoridades sanitarias han modificado las campañas antiSIDA y actualmente se ha disminuido la emisión de mensajes de difusión del problema en los medios masivos de comunicación, en los que solo se aconseja al público que se informe sin proporcionar mayor información. La duda que queda es que, una vez disminuida la cantidad de información que los medios de difusión aportaban, la población puede interpretar esto como que la enfermedad se encuentra controlada" (López 1990, p 66-67).

Los fenómenos psicosociales son, sin duda alguna, los efectos más visibles y documentados que ha dejado el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Algunos de ellos como el prejuicio, la estigmatización, el pánico y el hostigamiento no son sólo condenables sino que deben ser evitados a toda costa. Sin embargo, la movilización social que se ha generado en torno al VIII/SIDA; en apoyo al enfermo y a sus familiares, en el establecimiento de grupos de información sobre la enfermedad, 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, en poner un coto a la propagación de la epidemia, y por otra, en recuperar la dignidad

de los enfermos e infectados (Orellan et al. 1991).

El prejuicio, la estigmatización, el pánico y el hostigamiento, regularmente aparecen unidos como fenómenos psicosociales intolerantes. Es necesario entonces, definir dichos fenómenos.

1.- "El prejuicio es una actitud sin fundamento suficiente en la experiencia, que suele apoyarse en una generalización excesiva, manifestándose en una resistencia emocional al cambio" (Jarvalov 1986, pp. 38). Los prejuicios se constituyen en los grupos, los que pueden ser endogrupos o grupos de referencia y exogrupos o grupos de los otros. Los fuertes lazos de unión que se establecen entre los miembros de un endogrupo hacen que haya una tendencia a colocar en el centro de referencia los valores del mismo grupo, a esto se le conoce como grupocentrismo que extendido a un nivel nacional se le denomina etnocentrismo. Los prejuicios son formados en el endogrupo; responden a un sentimiento grupo-céntrico y se constituyen para exaltar los valores, los sentimientos, las virtudes, etc. del endogrupo y para, a su vez, eliminar la amenaza que representa la presencia del exogrupo (Orellan et al. 1991).

Como ejemplo clásico del prejuicio, podemos señalar al antisemitismo, que condujo a las huestes hitlerianas a cometer los más abominables crímenes contra los judíos, durante la segunda guerra mundial.

2.- El estigma ha sido definido por Goffman como un atributo de un individuo que produce en los demás, a modo de efecto, un amplio descrédito. El término estigma, entonces, hace referencia a un atributo profundamente desacreditador (cit. Orellan et al. 1991).

Se han distinguido tres clases de estigmas. En el primero se ubican todos aquellos que padecen enfermedades físicas o deformidades como los sífilíticos, los leprosos, los cancerosos, los mutilados, etc. En el segundo se encuentran aquellos que tienen

falta de voluntad, que presentan conductas antinaturales o perversas y que se dejan llevar por sus pasiones. Tal es el caso de los drogadictos, los homosexuales, las prostitutas, los exconvictos, etc. Finalmente la tercera clase se refiere a la estigmatización asociada a una raza, religión o nación. Aquí se incluyen los judíos, los negros, etc. Los enfermos de SIDA son estigmatizados por su pertenencia al primer grupo y en muchos casos al segundo.

3.- *"Una de las formas que toma la conducta de la muchedumbre suele ser el pánico, o estado emocional que se produce como consecuencia de la falta de información sobre alguna situación que atemoriza o es incomprensible, o bien por una desmedida abundancia de noticias que se manifiestan en acciones impulsivas" (Sherkovin 1985, p. 293).*

4.- *El hostigamiento es "el trato discriminatorio con expresiones de desprecio que resultan ofensivas y objetables para quien las recibe, causándole incomodidad y humillación. Es una agresión repetida y no deseada" (García 1986, p. 115). Es común que el hostigamiento derive en algún tipo de ataque físico (Orellan et al. 1991).*

El ejemplo más conocido del hostigamiento es, sin duda, el hostigamiento sexual que sufren muchas mujeres trabajadoras en México. Ellas, sin motivarlo, reciben desde insinuaciones, hasta claros chantajes, donde mediante amenazas veladas o abiertas, se les pretende condicionar su permanencia en el trabajo o un posible ascenso a que establezcan relaciones sexuales con el demandante, que regularmente es un superior dentro de su ámbito laboral.

Antes de iniciar con la ejemplificación de los fenómenos psicosociales que se acaban de definir, es necesario hacer algunas reflexiones sobre la conceptualización que de la enfermedad y de los enfermos de VIH/SIDA tienen los sujetos que manifiestan prejuicios, estigmatizaciones y hostigamientos hacia ellos.

Ante la aparición de una enfermedad nueva como es el VIH/SIDA, las personas tienen la necesidad de darse una explicación completa acerca de ella y es así como empiezan a construir explicaciones. Cuando la sífilis comenzó a propagarse por toda Europa, recibió distintos nombres. Para los ingleses era el "morbo gálico", para los franceses "morbo germánico" etc. El VIH/SIDA es ahora el "cáncer gay".

Otro elemento importante en esta conceptualización es el hecho de que el VIH/SIDA se considere una peste. Las pestes han sido vistas durante mucho tiempo, como la peor de las calamidades colectivas, y han representado el castigo divino que rememora la lluvia de azufre y fuego que envió Dios, sobre Sodoma y Gomorra, para acabar con los pecados y las conductas perversa de los sodomitas (Orellan et al. 1991).

El VIH/SIDA visto como un castigo, ha traído efectos perniciosos en los enfermos y seropositivos, experimentando mucha culpa y lamentándose de haber llevado una vida sexualmente activa.

Sin embargo, no todos los fenómenos psicosociales que se han generado a partir de la existencia del VIH/SIDA, son impugnables. Los movimientos sociales que "son acciones colectivas con cierta continuidad y dirigidas contra algún aspecto importante y general del orden establecido en la vida social, con la que pretende introducir un cambio en la sociedad" (Munue, 1986 p. 147), han establecido lazos reales de solidaridad en apoyo y defensa de los seropositivos y enfermos de SIDA (cit. Orellan et al. 1991).

Como menciona Mann (1994), debe hacerse énfasis en que la sociedad abandone prejuicios y estigmas que muchas de las veces utiliza como defensa contra el VIH/SIDA, ello se puede hacer mediante las campañas masivas de información y educación. Ya que al hacer conciencia, en la población de que el VIH/SIDA es una enfermedad que puede afectar a cualquiera, se ayudaría a conseguir que cada persona se responsabilice de su propio comportamiento (cit. Godínez, 1994).

La tercera epidemia se desarrolla inexorablemente en el mundo, a medida que avanzan la primera y la segunda epidemias, afectando a la población más allá del campo de influencia del virus e impulsada por problemas individuales y sociales que existían ya antes del VIH/SIDA, los cuales constituyen su raíz y su fuerza:

- *El miedo irracional a la muerte.*
- *El miedo irracional al contagio.*
- *La disfuncionalidad en el abordaje y en el ejercicio de la sexualidad.*
- *Las discriminaciones y desigualdades sociales.*
- *La disfuncionalidad de las estructuras sociales para responder a las necesidades de los individuos y al bien común.*

La identificación e intervención de estas situaciones, tanto a nivel individual como colectivo, constituyen un punto de partida obligado para el control de la tercera epidemia.

De acuerdo con el comportamiento inicial de la pandemia del VIH/SIDA, se pensó que la mujer, según la imagen idealizada que se tenía de ella, estaba exenta de cualquier riesgo. El desafortunado concepto "grupos de riesgo" obstaculizó el desarrollo de la conciencia colectiva sobre las posibilidades reales de infección.

Esta visión errónea, producto del prejuicio, decretó a la mayoría de la población, y con especial énfasis a la mujer, fuera de peligro. Según esto, la mujer de conducta sexual intachable, es decir, aquella que casi ha renunciado a su sexualidad, no tenía nada que temer. Esta actitud, sumada a las desigualdades y rezagos sociales que limitan a la mujer han dado como resultado la poca percepción de riesgo del VIH/SIDA entre la población femenina.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1995), existen cerca de un millón de casos del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), y más de 16 millones de adultos infectados, de los cuales 40% son mujeres.

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 se reconoce la importancia de la infección por el VIH y el SIDA en la mujer, en la bibliografía internacional está documentado ampliamente el retraso con que se empezó a abordar esta problemática. Las investigaciones giraron fundamentalmente en torno al contagio perinatal y a las sexo-servidoras. También en el ámbito científico dominan los estereotipos femeninos de la mujer como madre o prostituta.

Este aumento de los casos en mujeres se debe a diversos factores que determinan una mayor vulnerabilidad a la infección. Por un lado se encuentran los factores biológicos. La OMS estima que en las relaciones heterosexuales, las mujeres son de dos a cuatro veces más vulnerables a la infección por VIH/SIDA que los hombres. Entre las razones de esta mayor vulnerabilidad está la cantidad de virus en el semen depositado en la vagina.

Existen asimismo, algunos factores epidemiológicos que las exponen a un mayor riesgo de infección. Las mujeres suelen necesitar transfusiones sanguíneas más frecuentemente que los hombres, sobre todo en función de complicaciones en el embarazo y/o el parto. Además suelen casarse o establecer relaciones de pareja con hombres mayores que ellas que por lo general han tenido más experiencia sexual y por lo tanto mayor probabilidad de infección por el VIH.

Sin embargo, los factores que probablemente ponen a la mujer más en riesgo son los sociales. Las normas sociales y las representaciones culturales establecen patrones de conducta diferentes para cada uno de los sexos que se traducen en desigualdades para las mujeres en distintas esferas de la vida social, y en general su sometimiento al hombre.

El primer caso de VIH/SIDA en mujeres se registró en 1985 y a partir de ahí y hasta el 1 de enero de 1995 se habían reportado 3,111 casos, lo que representa 14,5 por ciento del total, que es de 21,344 (CONASIDA, 1995).

La distribución de los casos por edad muestra una mayor concentración en los grupos de 20 a 49 años (60 por ciento de los casos de mujeres), con tasa que oscilan entre 111 y 145 por millón de habitantes.

Uno de los indicadores que permiten apreciar la importancia que está cobrando el VIH/SIDA entre las mexicanas es que esta enfermedad ocupa desde 1992 el lugar número doce como causa de muerte en mujeres de entre 25 y 34 años, mientras que en 1988 ni siquiera se ubicaba entre las primeras 20 (CONASIDA, 1995).

Entre las principales causas de infección en las mujeres se pueden contar la transmisión sanguínea así como las relaciones sexuales, en ese orden, sin embargo, esta distribución ha cambiado a lo largo del tiempo, pues mientras que en 1994 todos los casos notificados en mujeres se asociaban a transmisión sanguínea, esta proporción ha ido disminuyendo paulatinamente hasta representar sólo el 32 por ciento de los casos en mujeres adultas en 1996. En forma recíproca, la proporción de casos de VIH/SIDA en mujeres adultas asociados a transmisión sexual era de cero por ciento en 1986 y ha alcanzado el 68 por ciento de los casos acumulados durante 1994. A esto se agrega el hecho de que la mayor parte de los casos se presentan en mujeres casadas o en unión libre. Sin embargo, cabe la posibilidad de que quienes reportan ser amas de casa, se dediquen a alguna forma de prostitución y lo niegan por temor al estigma asociado a esta ocupación, o bien porque no se perciben a sí mismas como prostitutas.

Este hecho tiene relevancia cultural, ya que plantea dificultades serias para diseñar campañas preventivas dirigidas a esta población.

Para las parejas estables, el tema de las prácticas de sexo más seguro tiene muchos obstáculos, dado que remite a los problemas de fidelidad y confianza.

En México, las estadísticas socioeconómicas confirman (CONASIDA, 1995) que las mujeres se encuentran en desventaja con respecto a los hombres en diversos ámbitos. La desigualdad de oportunidades educativas y laborales, 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 de VIH/SIDA tiene consecuencias graves.

Muchas 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 no pueden cuestionarle al marido su conducta, y si lo hacen se exponen a situaciones de conflicto potencialmente violentas.

De este modo, el VIH/SIDA pone al desnudo una situación encubierta en otros padecimientos. El VIH/SIDA cuestiona a fondo el principio del derecho a la salud para todos, en especial, con respecto a la población llamada vulnerable. Ese sería el caso de muchas mujeres que, debido a la cultura machista, se encuentran en una situación de indefensión.

También sería el caso de los indígenas, de los niños de la calle, de una cantidad de gente a la que ya le iba mal desde antes y que con el VIH/SIDA le va peor.

Pero, ¿cuál sería el beneficio de que las mujeres, en estas condiciones de indefensión, supieran cuáles son las conductas de riesgo de infección del VIH/SIDA si de cualquier manera el que tome las decisiones será el marido?.

Además, seguramente en muchas ocasiones el marido sabe que ha tenido riesgo de contagio incluso sabe ya que está infectado y aún así mantiene relaciones sexuales con su esposa sin usar condón, sin importarle el infectarla y embarazarla aún en estas condiciones, pero esto jamás se podrá saber ya que él siempre podrá negarlo.

Por todo lo anterior se deduce que, por ejemplo, una mujer que tiene diez años de matrimonio no podría pedirle a su marido que a partir de ahí usen condón, por las consecuencias físicas, emocionales, económicas, familiares etc. aún cuando esté segura de que él tiene relaciones extramaritales.

Así que sorprendentemente el índice de casos del síndrome en homosexuales y prostitutas disminuyó y en amas de casa y sus hijos empezó a dispararse; hoy en nuestro país el número de infectados en esta población condenados a la estigmatización y a una muerte degradante, entre la sorpresa, la angustia y la indefensión va en aumento.

¿Cómo encarar la promiscuidad sexual vanagloriante del mexicano y su bisexualidad inaceptada?

b) Aspectos psicológicos

Una complicación de la diseminación del VIH/SIDA, se manifiesta en la depresión, la culpa, la agresividad, la represión de la sexualidad y los sentimientos de abandono que afectan a los contactos sociales, familiares y sexuales de infectados y enfermos. Incluye también el miedo irracional y disfuncional experimentado por la población general en relación con el VIH/SIDA, miedo que obliga a los individuos no infectados a asumir conductas emocionalmente costosas y, en ocasiones, supremamente penosas para ellos mismos y para los demás.

En la lucha contra el VIH/SIDA, la mujer se mantiene en clara desventaja frente al hombre debido, principalmente, al entorno sociocultural en que se desenvuelve; tales desventajas consisten en la escasez de información, campañas y talleres dirigidos directamente a las mujeres, en la casi nula atención para el género femenino por parte de las instituciones gubernamentales, en los escasos procedimientos de investigación sobre el comportamiento del VIH/SIDA en este sector de la población, así como en las grandes barreras psicológicas que la misma mujer se impone en su relación con la sociedad.

De este modo se tiene que los principales obstáculos para la mujer en la labor de educación en relación al VIH/SIDA son (Gómez 1995, p 7):

- *"Las barreras psicológicas que se impone la misma mujer en su rol social. Esto es, pensar que la salud y la protección está supeditada a la decisión del hombre.*
- *El temor y la inseguridad les impide acudir a los diversos organismos en busca de ayuda y orientación.*
- *La presión social que se ejerce hacia la mujer.*
- *Los rezagos en la investigación del comportamiento del VIH/SIDA en la mujer.*
- *Las "pocas" posibilidades de infección en la mujer solo porque en un principio las estadísticas las consideraban de bajo riesgo.*
- *El confundir con egoísmo el 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 propio cuidado".*

Así que si se quiere encontrar a las mujeres portadoras se les tendrá que buscar en escuelas u hospitales pediátricos; y eso habla mucho de cómo la mujer no se quiere a sí misma en muchos aspectos.

Además de la idea bastante reforzada de que su propia fidelidad las protege o de que el VIH/SIDA solo les da a las "sucias", a las "perversas", y es difícil de cambiar esta forma de pensar porque está muy arraigada a sus valores; no escuchan el resto de la información.

Es muy importante que la mujer perciba el riesgo, que acuda oportunamente al médico, porque casi siempre llega cuando es demasiado tarde y esto se puede ver en todas las patologías. Tienen que aprender a quererse y a sentirse verdaderamente importantes.

Porque por otro lado también hay muchas mujeres que favorecen el rol en donde el hombre es el que decide, porque puede ser muy cómodo depender del varón y no molestarse ni siquiera por su salud; el poder de decisión que deben aprender las mujeres es el que evitará el crecimiento de infección por el VIH en esta población.

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 que requiere de una reforma social integral, así como una reeducación social e individual.

Finalmente, dadas las características y dimensiones que en la actualidad presenta la enfermedad, está la prevención; ésta constituye una actividad cuya meta es, fundamentalmente, la de promover en todos los sectores de la población la adquisición y el ejercicio del comportamiento pro-salud para que, bajo cualquier circunstancia social, definida o no como de alto riesgo, las personas desarrollen comportamientos destinados al cuidado y promoción de su salud y alternativas a los riesgos potencialmente relacionados con el contagio y transmisión del SIDA.

Así tenemos que se entenderá por prevención, el conjunto de actividades planificadas y dirigidas hacia la población femenina para que las usuarias potenciales hagan uso de los recursos y conocimientos desarrollados a fin de que ellas tengan definidos comportamientos diversos para cualquier situación riesgosa que se llegue a presentar.

Hasta el momento toda mujer infectada por el VIH/SIDA se ve enfrentada inevitablemente a una enfermedad devastadora y mortal.

Dadas las características de esta infección, es importante tener claros los términos de portador asintomático, paciente con SIDA y paciente terminal; este último se puede definir como toda persona a quien se le diagnostica una enfermedad que lo va a llevar a la muerte en un periodo que oscila entre pocos días y seis meses.

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 su vida, como son edad, sexo, personalidad, religión, habilidades, antecedentes

culturales, salud mental, estilo de vida e inteligencia, autoestima, y por aspectos sociales como la familia, las relaciones interpersonales y habilidades de comunicación y por aspectos relacionados directamente con la enfermedad, como el tipo de medicamentos que recibe, la presencia de complicaciones clínicas, el tipo de seguridad social y la calidad de la asistencia, deterioro físico y psicológico y el tiempo de sobrevivida.

A pesar de que un gran porcentaje de mujeres se realiza la prueba voluntariamente, persiste siempre un deseo inconsciente de descartar la infección más que de confirmarla; porque según Freud, no existe representación de la muerte en el inconsciente ya que carecemos de una experiencia previa, negamos emocionalmente que tendremos que morir un día.

Desde el momento de conocer su diagnóstico, el individuo pasa por diferentes estados de aceptación que algunos autores han agrupado en cuatro periodos: crisis inicial, periodo de transición, de adaptación y preparación para la muerte (Velázquez et al. 1991).

Los pacientes con infección por VIH presentan diversos aspectos pertenecientes al marco de lo social, los cuales desencadenan reacciones psicológicas en torno a la ansiedad y la depresión, pero también en el marco individual a un nivel puramente psicológico donde partiendo del hecho de que la respuesta humana está determinada por factores internos y externos que conforman la personalidad, se va a encontrar toda una gama de reacciones psicológicas (Sepúlveda et al. 1989).

Kubler Ross (1970) describe la existencia de rasgos de personalidad observables en la mayoría de los pacientes con enfermedades terminales (cit. Buendía y Guemes, 1993). Estas fases también son perceptibles en pacientes infectados por VIH:

La primera fase es conocida como negación: en ella el paciente trata de evitar el dolor psíquico de saberse infectado; mantiene sus actividades y conductas usuales,

lo que implica que continúe con actividades de alto riesgo, dando por descontado que puede presentar síntomas físicos y/o psicológicos, por lo que trata de evitar el contacto con cualquier especialista. Cuando el paciente ha elaborado el impacto inicial, empieza a hacer preguntas, mismas que deben ser contestadas de manera adecuada, es decir, informando sobre su situación física real y evitando dar falsas esperanzas. Las reacciones emocionales usuales del VIH/SIDA incluyen choque, negación, culpa, temor, enojo y tristeza. Una de las complicaciones más graves del SIDA es el impacto en las relaciones de apoyo. Los pacientes en estado de crisis tienen dificultad para retener información y pueden distorsionar lo que se les dice de su enfermedad.

En la segunda fase que es conocida como de cólera: el paciente se vuelve irascible y difícil, desplaza su angustia, envidia y agresión a las personas que lo rodean; esta agresión puede ser dirigida hacia individuos en particular o hacia la población en general, culpándolos de ser responsables de su enfermedad, cuestionándose constantemente "¿por qué yo?". Otros pueden manifestar su enojo continuando con un comportamiento sexual promiscuo, poniendo en peligro la vida de otros así como la de ellos mismos, estos pacientes pueden exhibir también temor y depresión en lugar de enojo. Los rechazos sociales son evidentes y agravan la situación.

Al ocurrir cambios en la autoestima, la identidad y los valores, además de los distanciamientos y represión por parte de los familiares y la comunidad, se pueden presentar intentos de suicidio. No obstante que los pacientes se muestran dispuestos a las intervenciones psicosociales, también puede ocurrir el distanciamiento grave, una reacción peligrosa de aislamiento en la cual los pacientes rehúsan afrontar la enfermedad y rechazan amigos, familiares y médicos.

La tercera fase es la del pacto: en esta fase el paciente generalmente pacta con alguna forma sobrenatural de existencia o fuera de su realidad inmediata, maneja conscientemente parte de su conflictiva interna y pide un tiempo para intentar hacer cambios en su vida.

Cuando esta fase termina, el individuo entra en franca depresión, analizando sus pérdidas. La fórmula objetiva es: "Lo he perdido todo, ahora el mundo no tiene sentido, estoy infectado".

Así que cuando los pacientes obtienen un resultado positivo, tratan de influir sobre las personas de su entorno para que les devuelvan la autoestima perdida, demostrando su desdicha y forzando su aspecto. Existe una permanente necesidad de suministros afectivos que podrían elevar su autoestima.

Las ideas suicidas; no surgen en el momento de conocer su resultado positivo, sino que aparecen en el transcurso del tratamiento, cuando empiezan a morir de SIDA amigos o personas que creen haber infectado o bien al percatarse de que son excluidos de la sociedad.

Finalmente surge la fase de aceptación: en la que el paciente empieza a elaborar el duelo o la relación entre su realidad presente como enfermo y las pérdidas sufridas. Podrá, nuevamente dependiendo de su historia personal, hacer cambios estructurales en su aparato psíquico que le permitan incorporarse a la vida diaria con nuevos hábitos de conducta, enfrentando de una nueva manera los desafíos del mundo externo. Los pacientes aprenden a enfrentar las limitaciones que el VIH/SIDA les impone, se percatan de que aún pueden manejar sus vidas reaccionando a la enfermedad con más razonamiento que emoción. Estos pacientes examinan las fuentes de dolor y placer y reexaminan el dolor, el coraje, la determinación, el afecto y el cariño hacia otros y logran aprender la calidad en lugar de la cantidad de tiempo en sus vidas. Algunos pacientes incluso pueden abocarse a la espiritualidad en busca de esperanza y desahogo (Buendia et al. 1993).

Ciertos pacientes encuentran satisfacción en actividades comunitarias y altruistas y se involucran en proyectos y metas antes ignoradas. Otros se vuelven más responsables de su propia salud, algunas veces experimentando dietas macrobióticas,

prácticas de meditación, etc. (Sector Salud y CONASIDA, 1988).

Miller (1989) reporta diferentes reacciones psicológicas vinculadas a las fases anteriormente descritas, algunas de ellas son: crisis ante la información del diagnóstico y la muerte, miedo y ansiedad por el pronóstico incierto y el curso de la enfermedad, depresión por el inevitable deterioro físico, y por las limitaciones que supone la enfermedad, culpa por haber sido vulnerable a la infección, ira y frustración por la incapacidad de superar el virus. Cada una de éstas fases tiene una representación y un significado diferente para cada paciente. El significado tendrá que ver con los recursos psicológicos físicos y sociales de cada individuo.

En términos generales, los pacientes infectados por VIH pasarán por éstas fases, no todos siguen un orden riguroso pueden tener regresiones importantes a fases anteriores (Buendía et al. 1993).

Bayés (1994) menciona que el impacto emocional de una persona con sospechas de encontrarse contagiado por el VIH/SIDA, puede traducirse en angustia, depresión e ideus suicidas.

Por lo que hace a la investigación, según Morin (1984), se ha detectado que en las personas que han sido diagnosticadas con VIH/SIDA o, en aquellas que virtualmente presentan los síntomas de la enfermedad, es común se manifiesten diversos factores conductuales que tienden a interferir con sus patrones de ajuste al entorno social, trastornos que incluyen: miedo a la muerte, miedo a cambiar los estilos de vida, miedo a contagiar a otras personas, pérdida de autoestima, depresión, etc. Además habla del miedo que provoca el saber que no existe cura ni vacuna para el VIH/SIDA, por lo que el miedo a la muerte surge con gran fuerza y a la vez se da un enfrentamiento del ejercicio de su sexualidad con los valores culturales que esto implica (cit. Piña 1993).

Percepción de riesgo

Se sabe en lo referente a conductas de riesgo entre hombres y mujeres que éstas difieren, ya que es más común que los hombres tengan relaciones sexuales sin condón con parejas ocasionales, aún teniendo pareja estable en ese momento; en cuanto a las mujeres generalmente éstas incurren en relaciones sexuales sin condón heterosexuales con pareja estable mayoritariamente, observándose en ellas que la percepción de riesgo es porque sospechan que su pareja mantiene relaciones sexuales, sin condón, con otras parejas y que con ellas tampoco aceptan usarlo, esto se traduce en que para las mujeres el poder de negociación en cuanto a la toma de decisiones sexuales es muy limitado, observándose que los hombres son los que tienen el poder de decisión (Panebianco, 1995). Es por ello que a las mujeres les resulta difícil protegerse mediante la negociación del uso del condón.

La infección por el VIH/SIDA supone un impacto emocional considerable, a lo largo de todo el proceso que va desde la sospecha de creerse contagiado, la decisión de hacerse la prueba de anticuerpos y el conocimiento de un diagnóstico de seropositividad, hasta las fases avanzada y terminal de la enfermedad (Bayés, 1994).

Las personas que llegan a concientizar la posibilidad de la infección por el VIH/SIDA, debido a que se han expuesto a situaciones de riesgo (relaciones sexuales sin uso de condón, transmisiones sanguíneas, compartir agujas y jeringas), deciden iniciar una búsqueda de información a centros especializados en el tema ya sea en instituciones gubernamentales o privadas a fin de recibir una asesoría y aclarar sus dudas e inquietudes determinando así, si debe o no realizarse la prueba de detección de anticuerpos contra el VIH/SIDA (CONASIDA, 1994).

En algunos casos las personas no llegan a percibir su riesgo hasta que reciben información especializada en el tema del VIH/SIDA, o bien hasta que llegan a enterarse de un caso cercano, en la familia o de algún amigo o conocido que ha

sido afectado por el VIH/SIDA.

"El impacto de las campañas de información realizadas por el Sector Salud y otras organizaciones civiles se evidencia en los datos reportados en varias investigaciones (Alfaro, Rivera, Díaz, 1991), las cuales señalan un incremento significativo en los conocimientos sobre VIH/SIDA en estudiantes de bachillerato y en estudiantes universitarios. Sin embargo, el incremento en conocimientos no ha ido acompañado por un aumento en la percepción de riesgo ni un incremento en conductas preventivas" (cit. Díaz et al. 1995 p 73).

Díaz y Rivera (1995) encontraron que entre la auto percepción, la conducta sexual de riesgo y los conocimientos no hay una relación significativa en los estudiantes de Bachillerato y que sí existe una relación entre conocimientos sobre VIH/SIDA y la percepción de riesgo que esta población tiene de otras personas con patrones particulares de conducta.

Según Díaz (1994) "las personas que presentan un mayor control interno en el área de salud física, muestran conductas preventivas con mayor frecuencia que aquellas que consideran que su salud depende de la suerte; por otra parte, los sujetos que se inclinan hacia valores hedonistas, aunque perciben un mayor riesgo de contagio de VIH/SIDA, persisten en conductas de alto riesgo de contagio como son: tener un mayor número de parejas sexuales, no utilizar preservativos, etc., y al mismo tiempo indican un menor miedo al contagio" (cit. Díaz et al. 1995, p 74).

Decisión para realizarse la prueba

Las personas que han decidido practicarse la prueba de anticuerpos a VIH/SIDA, manifiestan varias razones entre las que se pueden mencionar: curiosidad de saber si son portadores del VIH debido a que tuvieron prácticas de riesgo en el pasado, por el temor de creerse infectados y con riesgo de infectar a su pareja, por la

angustia que sienten al presentar malestares físicos, por tener la certeza de que su exposición al riesgo fue con una persona infectada o enferma de VIH/SIDA etc.

El proceso de decisión para realizarse el examen llega a producir en las personas: ansiedad y sentimiento de angustia que muchas veces se puede manifestar por nerviosismo, alteraciones en el sueño, cambios cognitivos, cambios de ánimo, pérdida del deseo sexual y somnización de las enfermedades relacionadas con el VIH/SIDA (CONASIDA, 1994).

Impacto ante la notificación de un resultado positivo.

Morin (1984), Abrahams (1986) refieren que una persona que se sabe infectada por el VIH, se ve alterada en su capacidad de ajuste emocional, debido a que tiene que afrontar el miedo que provoca el saber que no existe cura alguna para el VIH/SIDA y que es probable que no la haya próximamente, por lo que el miedo básico a la muerte surge con una fuerza casi incontrolable, así como el miedo a la agnía, desesperación asociada a los aspectos degeneracionales de la enfermedad, a la disminución del soporte social, familiar, al aumento de la dependencia, a que el círculo social se entere, al aislamiento, a la estigmatización, a la pérdida de status ocupacional, financiero, a la pérdida de la autoestima, al temor de dañar a sus seres queridos, lo que origina sentimientos de culpa; así como desinterés y confusión sobre opciones para el tratamiento médico. Por lo que el paciente y el médico que se enfrentan al VIH/SIDA tienen que confrontarse con tres aspectos: la sexualidad, el contagio y finalmente la muerte, que tienen como marco de referencia situaciones socioculturales, psicológicas y médicas que involucran al individuo, a la familia y a la comunidad, debido a que el ser humano siempre tiene que estar dentro de un contexto (cit. Buendía et al. 1993).

c) Aspectos morales

Este tema ha resultado ser sumamente debatido y polémico no sólo en México, sino prácticamente en todos los países del mundo donde se llevan a cabo campañas preventivas contra el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). La moral que subyace en dichas campañas ha sido el motivo para que diferentes organizaciones sociales se manifiesten al respecto.

Es indudable que el SIDA es primordialmente un problema de salud pública y no de moral. Sin embargo, eso no significa que se evada una discusión importante como la que representa el problema de la moral. Es por eso que se está de acuerdo con el planteamiento de Carlos Monsiváis cuando argumenta que el SIDA es asunto de la medicina y de la moral, de la salud y de la sociedad y que la lucha contra el SIDA (que es científica, médica, moral y social) es causa básica de la sociedad civil y del Estado (Monsiváis, 1995).

Es necesario antes de comenzar a definir los diferentes tipos de moral que se manejan en las distintas campañas impulsadas por el gobierno, como por los grupos no gubernamentales y los grupos conservadores, que existe una lucha que intenta hacer prevalecer un tipo de moral sobre la otra. La moral conservadora pretende terminar con las conquistas logradas con la "revolución sexual" experimentada en los años sesentas y setentas. Mientras que la moral liberal no sólo intenta conservar esas conquistas, sino que lucha por el respeto, los derechos humanos de los enfermos y contra la estigmatización y los prejuicios hacia la enfermedad y sus víctimas (Orellan et al. 1991).

1.- Moral liberal.

La moral liberal en la lucha contra el VIH/SIDA se caracteriza en primer lugar, por intentar que permanezca la libertad sexual ganada hace tres décadas. "La libertad

sexual fue una conquista de la juventud de los sesentas. No fue la misma ni jamás se justificó por sí misma. Era y es una crítica y una propuesta global caracterizada por nuevas formas de comportamiento no sólo sexual sino familiar, cultural, político y social. Las generaciones posteriores asumieron como punto de partida los frutos de aquella imaginación colectiva permitiéndose nuevas formas de vida, experimentándose en ellas. Los privilegios de aquella revuelta generacional forma parte de nuestro disfrute cotidiano" (Luna, 1990 pp 19). Estas libertades sexuales influyeron para que las sociedades contemporáneas fueran más tolerantes hacia los movimientos, tanto de liberación homosexual como de liberación femenina, etc. Las sociedades se relajaron y permitieron que se manifestaran formas más abiertas de conducta sexual, las modas eran más provocativas, el lenguaje hacia los aspectos sexuales se modificó y ya no se utilizaba sólo en la clandestinidad entre amigos, se pudo discutir abiertamente sobre sexualidad y las revistas y los medios masivos de comunicación difundían abiertamente información relativa al sexo (Orellan et al. 1991).

Los liberales que participan en la lucha contra el VIH/SIDA, intentan que todas esas conquistas permanezcan inalterables, a pesar de la existencia de la enfermedad y del empuje que pueden llegar a tener o que ya tienen los grupos conservadores.

Otro aspecto importante de la moral liberal es la de no permitir que ningún grupo de la sociedad sea estigmatizado debido a la alta tasa de incidencia que la enfermedad pudiera tener. Es por eso que se plantea que desaparezcan los famosos "grupos de riesgo" que además de ser un término peyorativo, puede resultar peligroso como invitación al hostigamiento.

La defensa irrestricta de los derechos humanos y civiles de los enfermos y seropositivos, es otra de las preocupaciones de la moral liberal. Por ejemplo los encierros, aislarlos en hospitales y asilos, pruebas de sangre obligatorias, despidos laborales injustificados y el trato inhumano en los centros de salud, todos son ejemplos de las situaciones que se lucha por erradicar.

Finalmente; en la moral liberal se señalará como otra característica, el apoyo a las campañas preventivas que promuevan la responsabilidad sexual del individuo y que introduzcan la utilización del condón y la educación como métodos principales preventivos para impedir la infección por VIH (Orellan et al. 1991).

2.- Moral conservadora

Como una forma de confrontación abierta a las conquistas obtenidas en la "revolución sexual", bien se podría hablar de una revitalización de la moral conservadora que se fortalece en la década de los ochentas.

La humanidad ha sido testigo en la década pasada y en el inicio de ésta, de un proceso innegable de derechización del mundo. El socialismo real basado en el control burocrático por parte del partido de Estado, en los diferentes países de Europa Oriental, se ha derrumbado. Los proyectos políticos de la izquierda no se han podido consolidar y se ha puesto en marcha en muchos países políticas económicas de corte neoliberal que restringen el gasto público-social y que privatizan empresas que antes pertenecían al Estado, lo cual demanda un nuevo tipo de moral social orientada hacia el individualismo (Orellan et al. 1991).

En este proceso de derechización, en algunos países como Estados Unidos, se ha intentado terminar con las libertades obtenidas en los sesentas. "Con el ascenso del reaganismo, este país ha sufrido un cierto retroceso que se ha expresado en algunas políticas restrictivas a los homosexuales, en la marcha tras de conquistas feministas; en movimientos racistas y puritanos como el WASP (white-anglosaxon-protestant) y algunas manifestaciones de antichicunismo" (Palma, 1988 pp 213). En este contexto mundial, el VIH/SIDA aparece como una situación más, que permite promover el establecimiento de una moral conservadora.

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) está, en esta versión conservadora, unido a la actividad y preferencia sexual de los enfermos e infectados. Su expresión más radical consiste en la creencia de que el VIH/SIDA se debe a un castigo divino. Aunque de manera general se sostiene que la enfermedad es privativa de los homosexuales y bisexuales (debido a la forma "antinatural" de ejercer la sexualidad) y que los heterosexuales corren realmente muy poco riesgo.

Dado que para los conservadores, el VIH/SIDA no pone en real peligro al grupo heterosexual argumentan entonces que no deben existir campañas masivas de prevención contra ella, y en múltiples ocasiones han propuesto control y seguimiento al grupo homosexual.

El punto más debatido de las campañas de prevención contra el SIDA, entre el CONASIDA y los grupos conservadores, por ejemplo Pro Vida ha sido el de la pertinencia o no de promover el uso del condón como método efectivo para prevenir la infección. Según los grupos conservadores, el condón no es un método cien por ciento seguro, y debe ser rechazado. Además de que fomenta en los jóvenes la perversión, ya que los incita a tener relaciones sexuales prematuras. La moral conservadora considera que la manera de prevención adecuada debe ser, la fidelidad conyugal entre los casados y la abstinencia entre los solteros.

Una vez que se han caracterizado estas dos tendencias morales en el VIH/SIDA, se concluirá con algunas reflexiones, y con un tercer tipo de moral: la doble moral.

Primero es importante que se de una discusión respetuosa entre el gobierno y la sociedad civil acerca de la moral y el VIH/SIDA; este como enfermedad y como problema de salud pública no puede disolverse en un problema de moral, es cierto, pero cualquier campaña preventiva que tenga como fin exponer la dimensión verídica de la epidemia, debe subyacerle una sólida posición moral que provenga del consenso social.

En segundo lugar, es importante reconocer que la moral en que se basan las campañas preventivas en el mundo se materializan públicamente en los diferentes medios utilizados para la prevención (carteles, trípticos, videos, folletos, etc.).

En tercer lugar y para finalizar, se retornará a la reflexión de Palma en torno al conflicto de estas dos tendencias morales: "ambas tendencias morales ocupan un espacio importante en la ideología social; es posible que la aparición del VIH/SIDA sea determinante para que una de ellas resulte triunfadora... potencialmente cualquiera de ellas puede dominar a la otra en un futuro próximo, pero hasta ahora ambas coexisten en una relación de fuerzas en la que es difícil identificar un ganador" (Palma et al. 1988 p 214, 220), de acuerdo con esta discusión solo se agregará que el fiel de la balanza es el gobierno, que debe asumir ya una postura que beneficie a la mayoría de los mexicanos.

3.- Doble moral

Todos los análisis de datos mundiales y nacionales recientes sobre casos de VIH/SIDA indican que cada vez hay más mujeres infectadas. Y todos concluyen que las mujeres de mayor vulnerabilidad fisiológica a la infección, enfrentan serias dificultades para tomar medidas de prevención. La mayoría de los estudios, si no es que la totalidad, señalan los problemas de subordinación social de las mujeres como causa de dichas dificultades para negociar el uso del condón con su compañero sexual.

El interés por diseñar estrategias más eficaces para enfrentar la negociación del uso del condón, con la pareja estable y con la ocasional, conduce al problema clásico del ¿qué hacer?.

Es evidente que se requieren intervenciones de distinto tipo, sostenidas entre sí por una amplia campaña de comunicación social. Se debe enfatizar la importancia de

trabajar desde una perspectiva que comprenda el peso simbólico del género femenino, entendida ésta como una que reconozca las dificultades psíquicas y culturales de las mujeres para hacer frente a la violencia simbólica de la doble moral.

En las posibilidades de la mujer para negociar el uso de medidas preventivas es mucho más lo que está en juego en el marco de nuestra cultura. La valoración de la doble moral da a las mujeres preocupadas por su sexualidad una serie de calificativos que la ubican más en el marco de las prostitutas que en el de las mujeres "decentes". Así, las mujeres con una actitud abierta y directa respecto a su sexualidad se exponen a la estigmatización, a ser rechazadas por sus compañeros, a ser cuestionadas sobre su decencia y a las implicaciones sociales de una conducta atípica donde se entrelaza su reputación.

De modo que, mientras el costo psíquico y social de los cambios en el comportamiento sean demasiado altos para las mujeres éstas preferirán mantener su "status quo", e aquí los riesgos de la doble moral (Liguori 1996, p 8).

La forma en que es asumida como natural la clasificación por demás arbitraria de las mujeres en decentes e indecentes pone en evidencia el largo trecho todavía por transitar. La valoración desigual de algo que debería ser común a ambos sexos, como la actividad sexual, es el andamiaje que rige a la sociedad. Y esta conceptualización no solamente genera restricciones; también marginación y sufrimientos.

Es indudable que ante la contundencia de la muerte, la balanza cambiará. Hoy en día el estigma y los conflictos de confianza y fidelidad tienen un mayor peso que el riesgo. Para que el riesgo se vuelva un factor de peso, se requerirá la muerte de muchísimas personas. En este sentido, la muerte será la que muestre el riesgo fatal de la doble moral.

La eliminación de esa moral sexista requiere establecer un nuevo contrato entre hombres y mujeres. Como no podemos modificar los elementos fundamentales que determinan el síquismo humano habrá que insistir en transformar los elementos culturales, para crear ideales compatibles con conductas necesarias para la prevención del VIH/SIDA. Referirse al riesgo mortal de la doble moral puede ser una punta de lanza con la cual establecer una campaña de comunicación social que empiece a incidir de manera más amplia. Lamentablemente los mecanismos de resistencia y negación son muy eficaces.

d) Aspecto económico

La tercera epidemia comprende también la crisis financiera generada tanto por el elevado costo económico de los servicios que demanda un enfermo de VIH/SIDA, como por la enfermedad o la pérdida de individuos económicamente productivos; el impacto de esta crisis recae directamente sobre la familia y sobre los gobiernos. La atención integral de un enfermo de VIH/SIDA incluye: detección, diagnóstico y tratamientos altamente especializados, cuyo costo variable para cada país y para cada momento de la enfermedad es altísimo así que pocas familias y pocos Estados pueden asumir los costos de la enfermedad integralmente. Desde otro ángulo, el ataque del VIH/SIDA a la población de individuos jóvenes, en edad y condiciones de ser económicamente productivos, generan un impacto sobre el índice de dependencia económica y la reserva laboral a nivel de las economías familiares y nacionales (CONASIDA, 1994).

Aunado a todo esto, aparece otra vez la subestimación de la mujer, que no tendrá como prioridad el atenderse a sí misma y el gastar un dinero que seguramente tendrá destinado siempre a satisfacer necesidades de otros (hijos, esposo etc.)

Porque en la subordinación femenina existe la subordinación económica de una gran mayoría de mujeres en México ya que es la encargada del cuidado del hogar y sus gastos están supeditados a lo que le dé su marido.

e) Servicios de salud.

Los servicios de salud han experimentado el impacto devastador de la epidemia sobre cuatro aspectos básicos; el deterioro de los indicadores de salud pública, la crisis financiera, la crisis tecnológica y la crisis de los agentes de la salud.

El VIH/SIDA amenaza con deteriorar rápida y profundamente los logros sanitarios alcanzados por los Estados después de varios años de esfuerzos afectando sus indicadores básicos de morbilidad y mortalidad. Sus efectos pueden generar un incremento en las tasas de mortalidad infantil, mortalidad materna y mortalidad general, una reducción en la esperanza de vida al nacer, y un aumento en los días de incapacidad y de las tasas de invalidez.

En casi todo el mundo el avance del VIH/SIDA ha puesto en crisis la estructura de los servicios tradicionales, dejando en evidencia su incapacidad financiera y tecnológica para atender adecuadamente la epidemia, pues la atención integral de los enfermos demanda la aplicación de tecnologías complejas cuyo costo puede exceder la disponibilidad de sus recursos sanitarios (CONASIDA, 1995).

Esta situación es especialmente crítica en los países no industrializados donde el VIH/SIDA se suma a la ya pesada carga de prioridades sanitarias aún no resueltas.

Por otra parte los diferentes sistemas de servicios de salud se han estructurado en la mayoría de los países alrededor de una tecnología médica, muy efectiva para diagnosticar y tratar enfermedades orgánicas pero incapaz de modificar las condiciones que determinan la historia natural y social del VIH/SIDA. Para controlar efectivamente la epidemia se ha establecido la necesidad de configurar nuevos modelos preventivos y asistenciales, integrados por equipos interdisciplinarios que sean capaces de abordar las múltiples facetas del VIH/SIDA.

f) Servicios de información.

Campañas de información

Una visión simplista de la epidemia del VIH/SIDA en México supondría un fácil control de su expansión. Bastaría, según esta visión, con que se tomaran las medidas de precaución para detenerlo. Sin embargo, la realidad se muestra mucho más compleja. La información que recibe la población no se traduce en los cambios deseados en sus hábitos sexuales. Las campañas preventivas impulsadas con ese propósito han conocido, en ese sentido su límite. Es preciso intensificar programas educativos a otros niveles y dirigirlos a los sectores de la población más vulnerables a la epidemia.

Según Guerrero (1993) una de las principales características de la época contemporánea la constituyen los medios de comunicación masiva: la televisión, la radio, el cine y el periódico, entre otros; los cuales al interactuar con instituciones sociales, juegan un papel primordial en la socialización del individuo, determinando las formas en que éste debe comportarse, relacionarse y/o de interpretar su realidad.

Los medios de comunicación masiva tienen las siguientes funciones (Peláez y Tolento, 1995):

- Información: almacenar, someter a tratamiento y difundir las noticias, datos, hechos, opiniones y mensajes necesarios con el fin de entender de modo inteligente las situaciones o fenómenos de cualquier índole y estar en condiciones de tomar las medidas pertinentes.

El VIH/SIDA resulta generador de múltiples frenos y resistencias, ya que al encontrarse centrado dentro de la sexualidad, comparte los miedos y tabúes que esta temática siempre ha despertado.

Sin connotar valores ni positivos ni negativos, la gente en general prefiere los mensajes "fuertes" de modo que proporcione elementos para generar un cambio de actitud.

Así se ha pretendido alertar la capacidad de la mujer y su participación en la toma de decisiones con respecto al ejercicio y forma de vivir su sexualidad, así como el derecho a decidir sobre su cuerpo en una frase tan sencilla como "Mujer, a tí también te puede dar el VIH/SIDA (CONASIDA, 1994).

Por que se sabe que, las mujeres han tenido menor participación, ya que se perciben como personas con bajo riesgo puesto que la mayoría practican la fidelidad y depositan en el otro (su pareja) la posibilidad de infectarse, y expresan "yo no tengo riesgo, pero mi pareja sí, ha andado con otras personas, tengo miedo porque no usamos condón".

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) ha avanzado de manera acelerada en todo el mundo, por ello se han realizado grandes esfuerzos de investigación para encontrar un tratamiento o una vacuna eficaces, se sabe que la información es uno de los medios disponibles hasta el momento para prevenir esta terrible enfermedad y no obstante que, existe difusión de información y de que mucha gente identifica qué es el VIH/SIDA, conoce más o menos las formas de contagio, así como las de prevención hace muy poco por cambiar sus conductas y comportamientos.

Según CONASIDA (1995) en lo que a estado civil se refiere, la mayoría de las personas solteras al no tener estabilidad sexual con una pareja, tienen mayor libertad para relacionarse sexualmente con varias parejas.

La mayor parte de la población expresa (CONASIDA, 1995) no hablar del tema del VIH/SIDA, con nadie en particular, esto porque para algunas personas es difícil abordar el tema del VIH/SIDA, debido a la estigmatización que se ha creado en

torno a éste, ya que el hablar del VIII/SIDA implica hablar sobre aspectos íntimos de la vida sexual, familiar e interpersonal.

Los datos que reporta el CONASIDA (1989) revelan que la forma más común de contagio del VIII/SIDA, en adultos es por vía sexual, la gran mayoría de la población ha reportado tener conocimiento sobre las principales vías de transmisión del VIH, lo cual lleva a formular la siguiente interrogante: ¿Por qué si la población conoce las formas de transmisión del VIII/SIDA, sigue incurriendo en prácticas de alto riesgo?

Respecto a las campañas de información y educación se ha encontrado que desde el inicio de la epidemia del VIII/SIDA en México, han existido severas restricciones para su difusión en los medios masivos de comunicación y específicamente en televisión, ya que abordar el tema del VIII/SIDA siempre va a implicar hablar de aspectos íntimos de la sexualidad que son censurados por diversos sectores de la sociedad, ya que hablar de estos temas implica un proceso formativo de valores culturales, actitudes y conocimientos que en la actualidad siguen siendo muy arraigados. En los últimos tiempos la televisión ha sido uno de los medios masivos de comunicación más importante, accesible y directo para enviar mensajes de información a una gran parte de la población. Por lo tanto es urgente e importante que este medio masivo de comunicación cambie sus políticas, facilitando la transmisión de mensajes televisivos, sin importar el objetivo y la población a la cual están dirigidos los promocionales (relaciones sexuales, uso del condón, derechos humanos, etc.). Así como proporcionar horarios accesibles para que su difusión pueda ser vista por cualquier tipo de público.

El VIII/SIDA, como ya se ha visto, ha provocado una respuesta social intensa la cual ha sido muy diversa desde el principio, pero en términos generales, ha 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

comprendiva. Por desgracia siguen existiendo grupos, organizaciones sociales e individuos que consideran que el VIH/SIDA es una enfermedad denigrante, producto de un comportamiento sexual inmoral, y que por ende, los afectados merecen esa suerte.

Estas actitudes han provocado violaciones a los derechos humanos de los afectados e incluso de sus familiares, siendo no solo injustificada, puesto que no existe riesgo de transmisión por la convivencia cotidiana con ellos, sino preocupante desde el punto de vista de la prevención y del control, ya que mientras esta actitud persista, la información y las medidas preventivas que se tienen al alcance difícilmente se tornarán efectivas, al provocar que quienes piensan o saben que están infectados se alejen de la ayuda médica por miedo a ser "descubiertos" y rechazados socialmente.

La prevención de la infección por el virus del SIDA requiere que la comunidad lo asuma como compromiso propio. La sociedad mexicana ha respondido con la creación y organización de grupos en asociaciones civiles y sociales; grupos de personas interesadas en ofrecer su trabajo para contribuir a que la enfermedad no continúe expandiéndose.

Entre las principales acciones de carácter público están la creación de CONASIDA y telSIDA.

Debido a que los programas de atención en el sector salud eran insuficientes tanto en la atención a pacientes, como en la prevención e investigación sobre el VIH/SIDA, el gobierno mexicano creó en febrero de 1986 un organismo especializado llamado Comité Nacional de Prevención y Control del SIDA (CONASIDA), con la finalidad de coordinar un programa de prevención, investigación e información sobre el VIH/SIDA, más tarde este Comité evolucionó por la magnitud y complejidad del problema hasta convertirse en un organismo desconcentrado de la Secretaría de Salud y así se crea El Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA, creado por decreto presidencial en agosto de 1988,

conservando las siglas CONASIDA. Conjuntamente se forma TelsIDA con el fin de dar información vía telefónica de manera anónima y para que la población tuviera un primer contacto con los servicios brindados por el CONASIDA.

En abril de 1988 el servicio de TelsIDA empezó a ser más formal al ser asignadas personas específicamente entrenadas para responder a las llamadas; se comenzó a su vez a hacer un registro estadístico de las llamadas y sus características.

En las encuestas realizadas por TelsIDA en diversos grupos poblacionales se ha encontrado un marcado contraste entre el alto nivel de conocimientos sobre la enfermedad y sus formas de transmisión y de prevención, por una parte, y la falta de aplicación de esos conocimientos en las prácticas sexuales, por otra. Es muy significativo como las personas entrevistadas no se perciben a sí mismas como vulnerables a la infección del virus de inmunodeficiencia humana, a pesar de incurrir en prácticas que como ellos mismos saben, traen consigo un alto riesgo de transmisión.

En suma se tiene que, la exposición y posible transmisión del VIH/SIDA depende enteramente de las conductas, no afecta el lugar donde esté una persona o quién es esta persona, pero sí lo que ésta haga. Existen varias formas conductuales de no exponerse al contagio por vía sexual, uno es la monogamia, otro es la abstinencia sexual, el practicar sexo seguro y el uso del condón.

Pero ya se ha visto que las parejas especialmente las mujeres se ven en serias dificultades sociales, psicológicas, morales e informativas para practicar sus relaciones sexuales con condón.

Para prevenir el contagio por vía intravenosa se debe tener la asepsia necesaria mínima es decir, el personal de salud teniendo en cuenta que sin estas precauciones puede contagiar a su clientela deberá limpiar perfectamente los utensilios de trabajo.

Con respecto a la transmisión vía perinatal, las mujeres que deseen tener hijos y hayan tenido algún riesgo de infección deberán antes de embarazarse hacerse las pruebas necesarias para saber si están infectadas o no; las mujeres infectadas que aún así decidan concebir un bebé, deberán tener cuidados médicos muy específicos con fármacos para tratar de prevenir el contagio en sus hijos.

Existen diversos factores psicosociales que pueden estar relacionados en la emisión de conductas preventivas. Entre estos factores se encuentran los estados emocionales que las personas manifiestan ante el contagio del virus del SIDA; se ha observado que dependiendo del manejo y del tipo de información se pueden producir diversos estados emocionales entre los que se encuentran el miedo y la angustia los cuales se relacionan directamente con diversos procesos cognoscitivos que permiten tener un control sobre la enfermedad y reducir los estados de ansiedad.

Entre estos procesos cognoscitivos se encuentra la atribución que las personas hacen sobre el origen del VIH/SIDA. Otro proceso cognoscitivo considerado como un factor importante ante el contagio del virus del SIDA es la percepción y autopercepción de riesgo de contagio, ya que sería de esperar que si las personas se sienten en riesgo de enfermar podrían llevar a cabo prácticas sexuales de bajo riesgo, sin embargo se sabe que en general las personas no se sienten en riesgo de infectarse ya que evalúan sus posibilidades de adquirir el virus del SIDA como muy bajas; no así, la percepción de riesgo sobre otros grupos, en los que ellos no se incluyen por estar estos estigmatizados como los homosexuales, las prostitutas, los drogadictos etc., es alta.

Se sabe que el miedo puede ser un motivante efectivo cuando se asocia a una amenaza, pero sólo en algunas circunstancias; ya que cuando el miedo es muy grande la gente puede reaccionar negando la existencia del riesgo.

SIDA Y CONDUCTA REPRODUCTIVA

a) La sexualidad

El concepto de sexualidad plantea un gran número de preguntas porque, en general, se tiende a confundirlo con sexo y, en el mejor de los casos, a explicarlo de acuerdo al rol sexual-cultural del individuo o como resultado de una serie de respuestas fisiológicas a unos estímulos corporales.

A pesar de que el aspecto sexual tiene la vida de todo ser humano desde el nacimiento a través de la relación madre-hijo, hasta las evidentes connotaciones sexuales de los anuncios publicitarios, las películas y la literatura, se sigue considerando la sexualidad sinónimo de coito y éste solo permitido dentro del matrimonio, lo que puede llevar a una falta de conocimiento de las diversas posibilidades de la relación de pareja, y a considerar "anormales" cualesquiera de las manifestaciones que la ley no ampara, ya sea civil o religiosa.

En el diccionario Salvat (1993) se define la sexualidad como "conjunto de comportamientos relativos al instinto sexual y a su satisfacción".

En el mismo se define instinto como del latín "instintus", impulso. "Disposición psicofísica hereditaria, común a todos los individuos de una misma especie y causa de las conductas peculiares de cada uno de ellos". Normalmente está ya formado por completo al nacer el animal. Por condición de hereditario y específico no precisa de aprendizaje, por lo que ha sido definido por Pavlov como acto reflejo no condicionado. Difiere pues, del acto reflejo condicionado en que puede actuar independientemente de la presencia del estímulo. Se reconocen como instintos básicos los encaminados a la conservación del individuo (p. ej. alimento) y los destinados a la conservación de la especie (sexual).

Pero el término "instinto" recuerda demasiado a los animales atrapados en sus ciclos biológicos, y es por eso que Freud acuñó el término: "pulsión" para acercarse a ese impulso inasible que lleva a un ser humano hacia otro, lo situó en el inconsciente, es decir, nosotros no podemos saber acerca de ello.

Tenemos pues, que es hereditario, no se aprende, no depende del estímulo y si aumenta la inteligencia disminuye su fuerza.

Si se consideran estas definiciones como las que cotidianamente se manejan, se puede observar, por un lado, que se trata a la sexualidad y al sexo como parte fisiológica del individuo, heredada, y cuyo fin es la reproducción, por otro, que la educación aparentemente no debería influir pues ya está indicado lo que seremos; hombre o mujer, según la morfología genital; si acaso, el rol está determinado por la sociedad en que nacemos pero nunca nuestras preferencias sexuales o de objeto.

Pero, adicionalmente ¿Cómo explicar las desviaciones, las perversiones, las variaciones de las normas culturales etc.?

Se perfila claramente, que los individuos que piensan de forma "biologicista" verán otras formas de relación sexual (como la homosexualidad y la bisexualidad) como enfermedades, desviaciones de la normalidad o peor aún: como vicios. También es obvio, que pensando así, cualquier relación que no sea coital no busca el fin propio de la sexualidad que sería la reproducción, y se vuelve al pasado (quizá sea el presente) que negaba la satisfacción o el placer al acto sexual "per se" y que, en ocasiones, llena a los individuos de culpas por sentirlo.

Se hace mucho énfasis en la falta de comprensión de la cultura occidental frente a la sexualidad, siendo que como proceso fisiológico normal no debiera de existir ninguna reacción con tintes negativos; curiosamente, pocos teóricos difieren en definir el hambre o la función respiratoria, pero para la sexualidad no solo existen muchas opiniones, sino tabúes y prejuicios.

Masters y Jonhson retoman el aspecto cultural de la sexualidad, a partir del sexo biológico, surge un rol sexual para el hombre diferente al de la mujer: "Desde el punto de vista cultural, la agresión sexual se ha aceptado como un modo de expresión del hombre, una parte integrante de la "investidura" de su papel dominante. Por lo común, el erotismo se ha hecho sinónimo de masculinidad, se ha transformado en algo sumamente ansiado. Se presume que sólo el defecto físico o la deplección del proceso de envejecimiento pueden interferir en el interés erótico innato al individuo masculino y en su habilidad de responder al estímulo sexual...

La aceptación del erotismo femenino es tan variable como las diferentes culturas. Como dato informativo, en la cultura occidental no se ha aceptado del todo un papel sexual para la mujer en el cual participe libremente" (Masters & Jonhson, 1978 p. 269).

Por lo tanto, lo normal en la sexualidad desde este punto de vista sería a) la relación heterosexual, b) que se realice esencialmente con fines reproductivos y c) que los roles queden claramente definidos entre un activo que penetra que es el hombre, y un pasivo que recibe que es la mujer.

Evidentemente toda desviación de esto se puede considerar "anormal".

Como comentario a este enfoque se tiene la opinión de Alvarez Gayou:

"El vicio histórico de limitar lo sexual a los genitales y de solo ver en los genitales sexualidad, es una barrera a la interpretación objetiva de los hechos. Debemos reconocer las limitaciones que aún tenemos en este campo, prácticamente inexplorado" (Alvarez 1987, p. 73).

Porque a pesar de que la concepción biologicista de la sexualidad haya dado el salto, de la relación sexual como simple medio reproductor a una función que no siempre busca la procreación, aquella sigue anclada en la genitalidad.

Desde el punto de vista de la Psicología social, la sexualidad es el punto donde se reúnen el sexo biológico, el sexo de asignación y la identidad de género: Se llama sexo biológico a las características físicas determinadas genéticamente; el sexo de asignación es el sexo que le confieren al infante las actitudes y conductas que lo rodean condicionando a su vez en él, actitudes y conductas esperadas y por último; la identidad de género es la vivencia psíquica y emocional, obtenida mediante el proceso de identificación, esto es, de pertenecer al sexo masculino o femenino. Por tanto, hablar de sexualidad es hablar del ser humano integral y en su totalidad. Es hablar del ser biológico, del ser psicológico y del ser social.

Así pues la sexualidad se iría formando desde la infancia y lo que la hace diferente al "instinto animal" es que el hombre es un ser natural pero que nace en una cultura que lo va formando mediante la educación.

Tenemos así, sobre una base biológica el sexo, la sociedad actúa mediante la educación para asignarle un lugar, hombre o mujer, que conlleva una serie de conductas: el bebé aprendería a ser mujer u hombre según las normas culturales de su sociedad, y se identificaría a su papel "masculino" o "femenino":

"Una vez que se ha decidido el sexo del bebé, el camino de la crianza es por lo general coherente con el género asignado. Se hace evidente que nosotros vemos a los niños, a partir del nacimiento como marcadamente definidos una vez que los hemos etiquetado como mujer u hombre" (Katchadorian 1983, p 196).

A pesar de haberse añadido un factor más sobre el concepto anterior: la identificación a la "feminidad" o "masculinidad", este concepto tiene la limitante de que la sexualidad sigue estando determinada biológicamente ya que según sean los órganos genitales de la criatura es la educación, y supondría un comportamiento rígido de los individuos: o totalmente hombre o estrictamente mujer.

Cada cultura agrupa sus propios valores o creencias, pautas de conducta relativas a la sexualidad que no son inmutables sino que se van formando siguiendo los patrones aprobados históricamente por la sociedad, sin embargo, de manera general el individuo cambia más rápido que los valores culturales por ejemplo, el rol o papel sexual es uno de los más rigurosamente definidos y generalizados en cada cultura, tiene que ver con la división del trabajo doméstico y por tanto, resulta más difícil desviarse de sus prescripciones.

En el caso de la sexualidad el control social se ubica en la familia, y es por esto que para lograr un verdadero cambio de actitudes en la sexualidad, el CONAPO opina que es necesario actuar directamente sobre ella, como uno de los factores que influyen en la conducta sexual.

El control social actúa en cinco formas sobre la conducta sexual:

- 1.- El matrimonio, que no solo libera a los cónyuges de la competencia en cuanto al cortejo y les brinda seguridad sino que les permite dedicar más tiempo y energía a otras actividades.*
- 2.- El control de las relaciones sexuales para evitar iras, homicidios y otras manifestaciones de violencia.*
- 3.- El control sobre la elección del compañero o esposo, fomentando el prototipo de la pareja "ideal", por ejemplo la endogamia, elección dentro del propio grupo, para aumentar la solidaridad de éste o la exogamia que obliga al individuo a casarse fuera de su grupo para aumentar el poder de la comunidad con nuevos lazos externos, otro ejemplo sería el incesto que evita que la sociedad se enmarañe en su propia red.*
- 4.- El divorcio como un sistema que permite una excepción a las restricciones sexuales prevalentes.*
- 5.- El control interiorizado, que actúa en forma de tabúes, mitos, creencias: "los mitos convierten la realidad social en algo aceptable y natural. Los tabúes condenan*

o prohíben conductas que pondrían en peligro alguna institución social" (cit. Cárdenas 1990, p 33).

El enfoque del CONAPO, en definitiva, adopta la conceptualización de la sexualidad como la interacción de los tres factores: biológico (anatómico), cultural (rol sexual) y psicológico (identidad sexual), adicionalmente, le da importancia a la sociología al hacer hincapié en la familia como la estructura que transmite valores, normas, ideas; el espacio donde se aprende la conducta sexual y se conserva un cierto orden para evitar en lo posible cambios sociales profundos que puedan dañar su estabilidad.

En resumen, la sexualidad es educada, orientada y dirigida, tanto en su forma como en su contenido, de acuerdo a las necesidades de una sociedad más no a las necesidades de los individuos que la forman. En este sentido su valorativa es también impuesta por el medio social, si la existencia de pautas instintivas es un hecho básico fundamental para toda especie, las pautas adquiridas socialmente son vitales y de singular trascendencia, en la configuración de la experiencia sexual íntegra, nuestra cultura ha convertido la sexualidad en un campo de batalla, en una lucha de fuerzas contrarias: la prohibición, la incertidumbre y el sentimiento de culpa, por una parte, y por la otra, el deseo, la capacidad innata de excitación y la exigencia corporal, social y psíquica de satisfacción.

Así, el goce de la sexualidad, como experiencia integrada al ser humano, encuentra limitaciones, condicionamientos y obstáculos por la forma en que es concebida por la cultura occidental en general y no se diga por la cultura propia de cada país.

Cada uno de los enfoques revisados parece superponerse sobre el anterior: el biológico, con su concepto de sexualidad como función biológica basada en el sexo con el que cada individuo nace; la psicológica que, de acuerdo al sexo biológica, concibe una sexualidad educable a partir de la identificación del sujeto con su

masculinidad o feminidad según las pautas culturales; la de cierta institución oficial (CONAPO) que a partir de la identificación y el sexo innato concede toda la fuerza al grupo social, representado por la familia para forjar la sexualidad del individuo.

El problema del VIH/SIDA ha venido a despertar cuestiones que ya se creían resueltas a raíz de la revolución sexual, hay personas que opinan que se ha dado un paso atrás en lo ya conseguido, sin embargo, podríamos aventurar que no se había logrado ningún avance real puesto que la sexualidad sigue siendo algo confuso.

Lo que se ha vivido ahora, ya había ocurrido con el problema de la sífilis, mientras ésta fue una enfermedad de origen desconocido, no provocó ningún conflicto, cuando se la relacionó con su vía de transmisión sexual, aparecieron el prejuicio y la estigmatización contra quienes la padecían; el intento de principios de siglo por parte del gobierno mexicano, para controlar la enfermedad proporcionando información, chocó con la oposición de la iglesia y de los grupos civiles que consideraban "inmoral" el asunto.

De la misma manera se vive ahora el problema con la nueva pandemia que es el VIH/SIDA lo que causa terror es su conexión con la sexualidad; sexualidad durante mucho tiempo asociada a la reproducción, a la conservación de la especie, ahora es sexualidad=muerte.

El VIH/SIDA es un problema de salud pública que requiere de la colaboración de todos para resolverse, que no podemos dejar en manos de los médicos porque en la actualidad no hay vacunas y mientras tanto, son los prejuicios los que impiden que se controle la epidemia: el maltrato a los enfermos, el deseo de aislarlos, el no querer asumir que el problema es de todos.

Hay que reforzar la idea apuntada, de que existen "prácticas" de alto riesgo, no "grupos" de alto riesgo. Esto es, el homosexual no tiene más posibilidades de

infectarse por ser homosexual, sino por realizar coito anal y sin protección, ya que el ano es un orificio pobremente lubricado y con una sola capa de células, por lo que tiende a fisurarse con facilidad y, en caso de recibir semen infectado, éste pasaría directamente al torrente sanguíneo, a diferencia de la vagina que es un músculo contráctil con varias capas de células planas, que resiste muy bien la fricción que ocurre durante el coito, lo que la hace resistente a las fisuras aunque por la cantidad de semen infectado que es depositado en la vagina las posibilidades de infección aumentan; es decir, sí hay prácticas de alto riesgo no grupos de alto riesgo.

Tal vez dentro de poco se acabe con el problema del VIH/SIDA, si se descubre una vacuna, como ocurrió con la sífilis, que dejó de ser mortal, pero el problema seguirá con otras enfermedades, mientras no se reconceptualice la sexualidad y siga siendo un problema de moralidad el hablar libremente de ella.

Uno de los principales problemas que tiene la prevención del VIH/SIDA en México es la negativa tajante de una gran mayoría de hombres mexicanos al uso del condón ya sea para prevención del embarazo y/o para la prevención de enfermedades venéreas; la influencia de la iglesia es en muchos aspectos responsable de esta negativa, la no aceptación de la anticoncepción y, por tanto, del condón se derivan en gran parte de la enseñanza religiosa.

La naturalidad de las relaciones sexuales como respeto al mandato de Dios, influye de manera determinante para la confianza y el rechazo a los anticonceptivos, puesto que cualquier elemento físico ajeno al cuerpo supone una alteración del acto de la reproducción. Es este uno de los mitos que sirven de origen a la negativa para usar medios locales como el condón y el óvulo para evitar embarazos. En especial, el primero recibe significaciones que amenazan la virilidad y la potencia masculina, poniendo en entredicho así mismo, la posibilidad de la fecundación y la supremacía de la fuerza del varón.

La creencia que equipara la sexualidad femenina con la función reproductiva tiene consecuencias directas en las experiencias de las mujeres respecto a la sexualidad y su capacidad de asumirla. La maternidad como valor último y suprema tarea de la mujer permite que a nivel de la cultura y sus valores morales resulte más aceptada la madre soltera que la mujer que tiene una vida sexual activa y que previene los embarazos.

La primera, si bien, cede ante la presión sexual tanto del compañero como suya, debido a su falta, tiene por castigo y bendición al hijo mismo, el cual cancela y sustituye su erotismo.

La segunda, en cambio, se niega a llevar a cabo el mandato que la constituiría como mujer buena. Aceptar la realización de encuentros sexuales y, además, solicitar el uso del condón, por ejemplo, convertirla a la mujer inocente en una mujer promiscua que se atreve a asumir su erotismo y capacidad sexual como placentera.

Cuidarse a sí misma o atender sus deseos o necesidades, con frecuencia es interpretado como egoísmo y traición.

Así que la identidad femenina, de acuerdo a algunas culturas, se define por la disponibilidad y dedicación al cuidado de otros. Prácticamente, la mujer es para los otros; su valor se mide en función de esa entrega y de su capacidad para renunciar a sí misma en favor de las necesidades de sus seres queridos.

De este modo, la mujer no se considera ni es considerada como un ser de libre albedrío. Los encuentros sexuales no pueden ser buscados ni iniciados por ella; su papel es esperar a que el varón demuestre ese deseo, para entonces complacerlo con la esperanza de recibir así su amor y reconocimiento.

Más remota será, entonces, la aceptación de una sexualidad activa e individual y por tanto, la consecución del cuidado de sí misma, ya sea para evitar el embarazo o la infección del VIH/SIDA.

Para los hombres, en cambio, las premisas de género incluyen ser valiente, seguro de sí y fuerte. Ser hombre es ser valiente y arriesgarse al embarazo de la compañera, además de que este sería la prueba absoluta e incuestionable de su virilidad. Ser hombre es no tener miedo y ser capaz de afrontar las consecuencias de las propias acciones, incluido el embarazo o el VIH/SIDA (Bronfman, 1996).

b) Embarazo y conducta anticonceptiva

El consentimiento con información es un derecho de todo ser, de toda mujer, la información es la herramienta fundamental del cambio. Si dicho derecho ha de tener un significado en tanto principio ético, sin duda protegerá el derecho de una mujer embarazada a rechazar una terapia.

Es difícil imaginar que se imponga algún tratamiento a una mujer que se resista a él; nada lo haría posible, excepto el encarcelamiento. Así la logística del tratamiento con AZT y el principio del consentimiento con información vuelven inaceptable el diagnóstico y el tratamiento obligatorio (Bayer, 1996).

¿Y por que no sería eso posible, dado sobre todo que las nuevas condiciones en las clínicas podrían exigir la detección obligatoria del VIH/SIDA en recién nacidos, lo que a su vez equivaldría a una detección de facto en las propias madres?

Este se puede recomendar, incluso con carácter de urgencia, pero finalmente la mujer puede conservar su derecho a rechazarlo.

Si no es posible justificar el tratamiento obligatorio con AZT de las mujeres embarazadas, se deduce entonces que no existe justificación alguna para la detección obligatoria de las mujeres embarazadas con el objeto de identificar aquellas cuyos neonatos podrían beneficiar de una intervención terapéutica con AZT durante la preñez (Bayer, 1996).

El mismo argumento se aplicaría a la detección obligatoria de mujeres embarazadas a cuyos bebés se podría proteger, con una cesárea, de la transmisión del VIH/SIDA. Se ha comprobado que la transmisión vertical del VIH/SIDA puede reducirse si se le practica una cesárea a una mujer con VIH/SIDA, quien de otra manera tendría que soportar un parto prolongado. Dados los riesgos potenciales de una cesárea y la enorme intrusión a la integridad corporal que representaría esa cesárea obligatoria, dicha intervención sería una violación al principio más elemental de la ética médica. Resulta claro aquí, como en el caso del AZT, que si no es posible imponer el tratamiento, tampoco se puede imponer la detección a aquellas mujeres que por falta de educación y de información al respecto preferirían consecuencias más graves como la concepción de hijos infectados (Bayer, 1996).

Por otro lado, la detección obligatoria de los recién nacidos puede justificarse, bajo condiciones clínicas apropiadas, porque los niños bajo riesgo tienen derecho a un tratamiento, incluso si sus padres lo rechazan (Uribe, 1996).

La administración de AZT a la madre durante el embarazo y el parto, y al niño poco tiempo después de haber nacido, puede reducir el riesgo de transmisión del VIH/SIDA en más de un 60 por ciento. No es posible soslayar la importancia de este descubrimiento.

Primeramente, el tratamiento -tomar AZT cinco veces al día durante el segundo y tercer trimestre del embarazo, administrar AZT por vía intravenosa durante el parto, y dar AZT al recién nacido- representa ciertos riesgos para la madre. A corto plazo pueden manifestarse efectos negativos, e incluso sin ellos, no es claro que haya efectos benéficos si la madre está aún saludable, como es el caso con muchas jóvenes embarazadas seropositivas. A largo plazo, la mujer puede desarrollar una resistencia al AZT, de tal forma que cuando ella misma necesite dicho tratamiento, la droga resultaría ya ineficaz. En segundo lugar, se desconoce todavía si existe riesgo alguno para el 70 u 80 por ciento de los bebés que no presentan VIH/SIDA. En tercer lugar, el tratamiento con AZT no garantiza que se suprima la transmisión

del VIH/SIDA, sólo reduce drásticamente las posibilidades de esa eventualidad (Bayer, 1996).

Pero ¿acaso el prospecto de un beneficio semejante autoriza la detección obligatoria del VIH/SIDA en mujeres embarazadas? Aunque existen presiones para implementar dicha política, es poco probable, desde un punto de vista ético, que se vuelva aceptable el diagnóstico obligatorio de las mujeres embarazadas, aún con el propósito de salvar a los bebés de la infección por VIH/SIDA (Bayer, 1996).

Más primordial para la atención de los bebés que pudieran nacer con la infección por VIH/SIDA, y para sus madres, sería la creación de programas públicos que garantizaran el acceso a una detección voluntaria y a cualquier tipo de tratamiento que fuera necesario. En países con vigorosos sistemas de salud pública, en los que a todos los ciudadanos se les garantiza la atención médica, esto representaría un problema menor. En naciones ricas e industrializadas el principal desafío ético que plantean los beneficios potenciales del tratamiento con AZT durante el embarazo es por lo tanto una cuestión de justicia social, y a la vez, un imperativo de proteger los derechos a la privacidad y a la integridad corporal (Uribe, 1996).

Ha habido, por supuesto, casos en los que se ha intentado imponer un tratamiento a las madres para proteger al feto. En algunas situaciones relevantes, ha habido intentos de imponer una cesárea cuando la vida del bebé parecía requerirlo. Aunque comúnmente se rechazan estas intrusiones en tanto invasiones a la seguridad del cuerpo femenino, hay casos de intervenciones médicas obligatorias que han provocado menos controversias. En algunos estados de la Unión Americana se exige la detección de la sífilis y la hepatitis durante el embarazo. En efecto, los Centros para el Control y Prevención de las Enfermedades apoyan la detección obligatoria de la hepatitis B con el propósito de proteger al niño (Bayer, 1996).

Las mujeres deben seguir trabajando para lograr cambiar toda esta cuestión de los

derechos sexuales, una intervención efectiva no es solo la que se dirige a la mujer, dirigir los esfuerzos a sensibilizar al varón también es trabajar para la mujer, porque quien toma las decisiones es el varón, el que dice cuando quiere tener relaciones sexuales es el varón. Hay que trabajar en ambos sentidos (Uribe, 1996).

Hay cosas muy difíciles de cambiar, a veces se critica a la mujer que está infectada y quiere tener un hijo: "cómo se quiere embarazar si sabe que el bebé va a nacer infectado?"; pero para muchas mujeres su único espacio de autoestima, su único sentido de la vida es ser madres. Y no se le puede atacar así tan fácil y decirle: "señora, pero por favor, va a infectar a su hijo, no se vaya a embarazar". Pues se ha visto en todo el mundo, mujeres que saben perfectamente que están infectadas y tienen varios hijos, asumen el riesgo, porque es su única fuente de autoestima, ellas no valen si no tienen hijos, su única fuente de placer de ternura, de amor son los hijos. La práctica continua de sexo inseguro no solamente es por irresponsabilidad e ignorancia (Uribe, 1996).

La maternidad legitima la sexualidad de la mujer, y muy a menudo su propia vida.

La necesidad de prevenir el embarazo es reconocida por las mujeres, en parte debido a la difusión realizada por los discursos estatales de planificación familiar. Sin embargo, éstos coexisten con el discurso eclesial, que apoya la prescripción del respeto fundamental por la vida, entendida ésta desde la posibilidad de la fecundación, y de la prohibición relativa al uso de preservativos.

En este contexto, la mujer vive como una transgresión la posibilidad de utilizar un medio contra el embarazo, al mismo tiempo que el hombre deposita en ella la responsabilidad, debido a que su papel es fecundar más no necesariamente asumir la paternidad en su totalidad (Uribe, 1996).

Más son cruciales, las implicaciones globales de los prospectos de reducir con AZT la transmisión del VIH/SIDA de mujeres infectadas a sus bebés. Estamos aquí ante

una ironía amarga. El peso y la tragedia del VIH/SIDA pediátrico es, abrumadoramente, un problema mayor en los países pobres de África, Asia y América Latina. Es en estas naciones donde tendrían mayor impacto los beneficios de administrar el AZT durante el embarazo. Sin embargo, los costos del AZT prácticamente pulverizan todo prospecto de proporcionarlo en estos lugares. Lo único que podría cambiar esta situación sería un compromiso financiero considerable por parte de las naciones más ricas en favor de las más necesitadas (Bayer, 1996).

De esta manera vemos una vez más que la información desde las edades más tempranas es de primordial importancia para embarazos no deseados como para evitar el contagio mortal del VIH/SIDA.

c) Actitud

Según Susan Pick (1995) directora del Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población (Imifap) se ha encontrado una gran necesidad de información en las mujeres porque hay una enorme confusión, a la gente se le ha enseñado que no debe hablar claramente de asuntos relacionados con sexualidad sin embargo, a partir de la información de los medios de comunicación y de ver como la gente se contagia y muere se ha empezado a pedir información, se siente un gran temor y así se ha dado la apertura.

El 95 por ciento de la población femenina sabe que hay que usar el condón y cómo se transmite el VIH/SIDA, pero no sabe cómo convertir esa información en acción. Lo anterior es de suma importancia dado que la edad promedio en que el mexicano inicia su vida sexual es en los hombres alrededor de los 15 años y en mujeres al rededor de los 16.5 por lo que es de crucial importancia dar información exhaustiva a esa población antes de iniciar su vida sexual pues es mucho más fácil ir formando conductas que cambiarlas. La mayoría de los adolescentes piensan que si han tenido

una vida sexual sin complicaciones hasta ese momento sin utilizar condón no habría razón para empezar a usarlo ahora; ellos no ven a nadie embarazada a los 15 minutos, no ven a alguien con VIH/SIDA a los 15 minutos. Si desde antes el condón formara parte de sus vidas, sería más fácil mantener el patrón que cambiarlo ya siendo adultos.

En México se había dado un retardo en la participación del Estado en la educación de la sexualidad en las instituciones educativas pero aunque a pasos cortos está habiendo cada vez más apertura.

Con la incorporación de programas de CONASIDA a la SEP en mayo del año 1995, se rectifica una ausencia injustificable en los sexenios pasados. Aunque tardía, esta acción es de suma importancia para los trabajos de prevención de esta epidemia.

En México, la mayoría de las personas afectadas por el virus del SIDA se ubican entre los jóvenes de 24 a 35 años.

Por los largos periodos asintomáticos de los portadores, esto supone una cantidad considerable de infecciones durante la adolescencia. Las deficiencias de la educación sexual que se imparte a los jóvenes pueden acarrear, fatalmente, ya no solo embarazos prematuros sino infecciones mortales como el VIH/SIDA.

Resulta esperanzador que la SEP se interese y responsabilice como le corresponde en los labores de prevención de este padecimiento.

Medidas como las anunciadas por el subsecretario de Educación Básica, Olac Fuentes Molinar, de dar capacitación sobre VIH/SIDA a los profesores de primaria y secundaria en los cursos de primaria y secundaria en los cursos de actualización, deben ser apoyadas sin reservas para garantizar su eficacia.

Pero hay temor de ciertas organizaciones de padres de familia como Pro Vida, en el sentido de que si se les habla de sexo a sus hijos adolescentes, estos iniciarán prematuramente su vida sexual.

Los estudios que se han llevado a cabo muestran que la educación sexual no tiene

ningún efecto sobre la iniciación de la relación sexual ni sobre la continuación de la misma. En lo que sí influye, y esto es vital, es que cuando tienen educación sexual aumentan significativamente las conductas de protección (Pick, 1995).

Se sabe que la venta de condones ha crecido y esto indica que informar aún mínimamente a la gente y concientizarla del riesgo que está corriendo da buenos resultados y entonces la gente empieza a cuidarse, de modo que en general no hay rechazo habiendo educación, solo falta incorporarlo a la sexualidad, pues sigue siendo parte de algo raro, de algo que asusta, de algo que es todavía pecaminoso. Lo más importante de la educación al respecto es que se esté preparado para cada vez que se presente la ocasión de tener relaciones sexuales, volver al condón parte integral de la conducta. Las mujeres deben conocer todas las alternativas de conducta para evitar el contagio solo de esta manera cada una podrá elegir la que más le convenga, a unas por ejemplo el uso del condón a otras la fidelidad y habrá quienes escogan la abstinencia.

Sin lo anterior las mujeres se enfrentan a la subestimación que les exige que antes de pensar en ellas piensen en la familia, primero deben de cuidar al hombre, antes de ser madre es pareja, luego tiene que ser madre y después, si puede, será persona. De modo que no se le ha dado a la mujer, ella no se ha dado el permiso, el derecho, no se ha reconocido a sí misma como alguien de suficiente valor para que se le permita el lujo de protegerse (Pick, 1995).

De algunos estudios comparativos realizados en Europa (1988), se desprende que la epidemia se ha controlado mejor en países como Inglaterra, Suecia y Alemania, que adoptaron rápidamente una política activa respecto al VIH/SIDA (particularmente en materia de prevención). Los países que tomaron decisiones más tardías (Italia y España), sin una verdadera participación gubernamental, presentan hoy tasas mucho más elevadas. Esta correlación tiene que ver con la legitimidad que adquiere la prevención del VIH/SIDA cuando es objeto de un debate abierto, libre y

organizado, al nivel más alto. Las decisiones políticas a nivel gubernamental comprometen al conjunto de los servicios públicos. Sirven también de línea de conducta para organizaciones profesionales, centros de enseñanza, así como asociaciones y organismos privados que participen en la lucha contra el VIH/SIDA (Sussmuth, 1988).

Como en el caso de cualquier enfermedad infecciosa, el primer objetivo de la prevención del VIH/SIDA es la reducción del número de nuevos casos. Lo que provoca graves controversias son los medios para alcanzar estos objetivos.

¿Deben los gobiernos emprender acciones autoritarias, como imponer pruebas obligatorias donde se suponga un riesgo de VIH/SIDA, registrar los nombres de las víctimas, aislar a los portadores del virus, acatar los viejos métodos de lucha contra las epidemias y los grandes desastres?

¿No sería más bien el objetivo ideal hacer que los portadores del virus, y con ellos el conjunto de la población, cambiaran su comportamiento, como sucede en las campañas de prevención de males cardíacos y de cáncer, padecimientos que tienen mucho que ver con los estilos de vida individuales?

La controversia se intensifica a partir del momento en que la existencia de una prueba hace posible la introducción de medidas coercitivas. En Europa Occidental, los especialistas de salud pública y del VIH/SIDA, así como los grupos afectados por la enfermedad, llegaron a la misma conclusión: no se podrá vencer al VIH/SIDA sin la cooperación activa de los grupos con prácticas de riesgo y de los portadores del virus -cuya voluntad de cooperar depende en gran medida de la confianza que depositen en la eficacia del sistema de salud pública-. Por ello, y de manera prudente, en las políticas de lucha contra el VIH/SIDA no se han mantenido las estrategias autoritarias.

Por otro lado, la eficacia de una estrategia de prevención liberal supondría la instrumentación de medidas concretas: distribución de condones y de jeringas esterilizadas, difusión amplia de material de educación sexual. Lo que provoca protestas moralistas.

Finalmente es preciso brindar a la población información completa sobre las vías de transmisión de la enfermedad y sobre la manera de protegerse, sin falso pudor y con un lenguaje claro y comprensible a través de una publicidad sobre condones con el tema específico de la "sexualidad sana y feliz" (como en Suecia y Noruega), o dirigiéndose directamente a ciertos grupos y apelando a sus sentimientos de responsabilidad hacia sus compañeros sexuales (como en Italia, Reino Unido, y Alemania). Estos métodos ofrecerán mejores resultados que los mensajes expresados en términos generales y que se dirigen a "todo mundo" (Sussmuth, 1988).

La solidaridad con los enfermos de VIH/SIDA supone siempre una mayor asistencia médica, social, psicológica, y mayor protección contra la discriminación social. También exige el apoyo a la investigación científica y la justa indemnización a las víctimas de los productos sanguíneos contaminados.

Finalmente se concluye como primer punto que los políticos deben aprender a escuchar a los grupos sociales marginados para entender sus problemas y desarrollar formas de cooperación que permitieran instrumentar una prevención eficaz. Aprender también a afrontar temas tabúes: la enfermedad y la muerte, la diversidad sexual y la drogadicción.

Segundo punto ningún Estado moderno sensible a la justicia social puede prescindir, en esta materia, de tomar medidas sanitarias específicas. Pero deberá hacerlo respetando la libertad humana y la dignidad del individuo, sin distinciones basadas en el estilo de vida, la extracción o el nivel social.

Tercer punto si se desea tener algún éxito en la lucha contra el VIH/SIDA se deberá insistir en la educación y en el avance de la responsabilidad individual y social. Para

limitar la expansión del VIH/SIDA, no habrá que atenerse a medidas coercitivas y autoritarias, sino optar por una comprensión responsable e individualizada de los riesgos que conlleva el VIH/SIDA (Sussmuth, 1988).

A más de una década de la toma de conciencia nacional e internacional sobre el virus que causa el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA) a veces parece que no hay nada nuevo bajo el sol, que los gobiernos ya no pueden o no quieren hacer más, que la crisis monetaria lo ha paralizado todo y que a la población poco le importa, porque ya lo sabe todo, es decir, que lo único que queda por hacer es repetir, "ten cuidado," y esperar a que la pesadilla desaparezca.

Cierto es, que en los últimos años se ha visto que aunque a veces tibias y veladas, las campañas de información hasta ahora instrumentadas han sido positivas. Al inicio, hubo mucho humor negro, pero éste parece haberse apaciguado. También hubo muchísimos datos falsos, que solo han sido parcialmente modificados. Por otro lado, también se ha dado un cambio gradual en la conducta de millones, que ya no solo se preocupan por autoprotgerse, sino también por cuidar responsablemente a sus parejas. Además hay una mayor conciencia ciudadana sobre cuán necesario es lanzar políticas preventivas sistemáticas y masivas, así como modificar los sistemas de atención a la salud tomando en cuenta el peso extra que impone la epidemia, que día con día enseña tantas cosas como cualquier otro fenómeno natural.

En general nadie puede negar que hay más apertura. Un mayor número de padres y madres hablan más honestamente con sus hijos sobre la sexualidad. Algunas parejas están considerando el hecho la posible infidelidad en vez de convencerse que nunca sucederá.

La palabra condón ya se escucha televisivamente. Todo es muy alentador pero dista mucho de ser suficiente. A los gobiernos, instituciones y ciudadanía todavía queda un largo camino por recorrer para lograr entender los matices, los riesgos y las responsabilidades ante tan grave enfermedad.

Otro aspecto que debe tomarse en consideración es la sexualidad que cada vez ejercen más tempranamente los adolescente, por lo que estos deben tener acceso a educación sexual, y esto es de primera importancia.

"La frecuencia de embarazos en adolescentes podría ser un buen, barómetro de la calidad de la educación sexual que se imparte a los jóvenes" (Armengaud, p 11, 1995). El mensaje de orden ético es igual de importante sino es que más al mensaje práctico. Aunque ambos se complementan. El mensaje ético toma en cuenta los obstáculos culturales, sociales y económicos que facilitan la infección, principalmente entre las clases menos favorecidas y entre la mujeres. Como lo ha demostrado el profesor Basset (1995), el éxito de la prevención no estará asegurada a menos que integre los siguientes parámetros:

- respetar los derechos de la mujer*
- enseñar que las responsabilidades se comparten por igual, desde la sexualidad y*
- la protección contra la violencia de los hombres.*

Consulta nacional sobre derechos humanos y VIII/SIDA

Con la lectura de la Declaración de Cuicuilco (1995), concluyó la primera consulta Nacional "Los derechos humanos: repercusiones éticas y legales de la infección del VIII/SIDA en México", realizada el 18 de septiembre de 1995 en la Escuela Nacional de Antropología e Historia (ENAH) por el Colectivo Sol y el Consejo Latinoamericano y del Caribe de Organizaciones con servicio en VIII/SIDA (LACCASO).

Allí se dieron cita tanto funcionarios del programa sobre VIII/SIDA y Desarrollo de Naciones Unidas como funcionarios de CONASIDA, de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, académicos, investigadores, abogados y miembros de organizaciones no gubernamentales de lucha contra el VIII/SIDA (López, 1995).

En la revisión de la legislación mexicana, los organizadores retomaron la denuncia

que en 1991 hiciera Francisco Galván en *Sociedad y SIDA sobre la puesta en vigor del artículo 199 bis del Código Penal*: "es un buen pretexto punitivo", afirmó "para desconocer los derechos fundamentales de enfermos de VIH/SIDA o de quienes tienen la calidad de seropositivos". Dicho artículo señala: "el que a sabiendas que está enfermo de un mal venéreo u otra enfermedad grave en período infectante, ponga en peligro de contagio la salud de otro por relaciones sexuales u otro medio transmisible, será sancionado de tres días a tres años de prisión". Los organizadores criticaron el hecho de que con estas medidas las autoridades legislativas encuentren una manera fácil de "resolver" el problema: "no es con cárceles, reclusorios, ministerios públicos y amenazas contra la dignidad de los enfermos, como debe socialmente atenderse este problema; lo que se necesita son políticas públicas más comprometidas con la educación sexual racional, lúica y científica". Por ello, concluyen, la actual legislatura debe derogar el citado artículo.

"En la Declaración de Cuicuilco, los participantes se pronunciaron por "la coordinación nacional de los esfuerzos por reestructurar una respuesta normativa y ética efectiva e integral a la epidemia de VIH/SIDA en nuestro país". La Declaración consta de consideraciones generales sobre la epidemia y dentro de estos existen ocho principios considerados como la base para cualquier acción contra el VIH/SIDA:

- 1- principio del compromiso, cada persona, familia, comunidad, institución, empresa, medio de comunicación y gobierno debe asumir conscientemente su responsabilidad y ejercerla de manera activa;
- 2- principio de la participación, el desarrollo de respuestas eficaces e integrales a la epidemia exige la participación activa de las personas que viven con VIH en la toma de decisiones;
- 3- principio del lenguaje solidario, el lenguaje utilizado debe respetar la dignidad humana y reflejar una actitud de tolerancia profunda, sensible a cuestiones de género, preciso y claro;
- 4- principio del "empoderamiento", alentar y reforzar la capacidad de decisión de

cada persona lo que requiere "del reconocimiento del derecho al saber, a la información y la tecnología, a la libertad de elección y al acceso a las oportunidades económicas;

5- principio de la confidencialidad y el respeto a la vida privada;

6- principio de la prohibición de la prueba de detección obligatoria, debe realizarse con el consentimiento informado de la persona, no debe ser requisito para acceder al trabajo, para viajar o recibir otros servicios;

7- principio de la no discriminación, toda persona afectada por la epidemia debe tener derecho al trabajo, a la vivienda, a la educación, al ejercicio de su sexualidad, al matrimonio, a la libertad de movimiento, de credo y asociación, u la atención de su salud y, en general, a la igualdad;

8- principio de la ética en la investigación, es necesario que se respeten los intereses de los individuos o comunidades sujetos a protocolos de investigación" (López, p 4, 1995).

d) Conducta preventiva

Recomendaciones para mujeres con VIH

La obtención de la calidad de vida en las mujeres tiene que seguir estrategias específicas, ya que además de compartir los problemas de salud que presentan los hombres que viven con VIH/SIDA, tienen problemas particulares que deben tratarse de forma especial.

Debido principalmente a que se ha considerado prejuiciosamente a la epidemia del VIH/SIDA como un problema de hombres, se observan serios problemas para el diagnóstico oportuno, en la atención adecuada para la investigación de esta condición en las mujeres (Palacios, 1995).

En primer lugar los problemas de diagnóstico, se presume que en muchas mujeres este se realiza en forma tardía, incluso un buen número fallecen sin haberseles realizado el diagnóstico de infección por VIH/SIDA. Cabe mencionar que esto se ha

atribuido a dificultades en el acceso a los servicios de salud y a la falta de valoración de las manifestaciones clínicas de los problemas de salud (principalmente ginecológicos) que con frecuencia se presentan.

En lo referente a los problemas de atención, se sabe que los signos tempranos de infección por VIH/SIDA son alteraciones del tracto genitourinario las cuales son tratadas como problemas ajenos al VIH/SIDA (Palacios, 1995).

Es frecuente que el personal de salud no tenga claro que la infección por VIH/SIDA en las mujeres se manifiesta de una manera muy variada que incluye: infecciones vaginales, crónicas, infección pélvica crónica, dolor pélvico crónico, irregularidades y trastornos menstruales, anormalidades en el examen Papanicolau, cáncer del cuello uterino, la vulva o la vagina, trastornos sanguíneos como anemia o disminución en las plaquetas, y enfermedades de transmisión sexual, que además se presentan con mayores complicaciones que en los hombres.

Por último está el aspecto referente a la participación de las mujeres en investigación sobre VIH/SIDA; se sabe que es mínima la participación de ellas en estudios para evaluar antivirales o medicamentos preventivos de infecciones oportunistas y esto, tal vez se deba en buena medida a que en la mayoría se requiere de sujetos asintomáticos y si como ya se dijo el diagnóstico se realiza de forma tardía, cuando existe desarrollo de sintomatología, esto las deja fuera de oportunidad. Se requiere el diagnóstico para el embarazo en mujeres con VIH/SIDA, pues ya se ha reconocido que el embarazo es una condición que acelera la progresión de la infección asintomática a VIH/SIDA y cuando ya hay síntomas disminuye la sobrevida; incluso el embarazo de una mujer con VIH/SIDA pasa por muchos problemas para llegar a término. Una de las ventajas del diagnóstico oportuno es que se pueden tomar medidas para evitar el embarazo y preservar mejor la calidad de vida (Palacios, 1995).

La recomendación básica a las mujeres es el diagnóstico oportuno de la infección

por VIH/SIDA; ante cualquier antecedente de la mujer o su(s) pareja(s), de haberse expuesto a mecanismos de transmisión del virus (Palacios, 1995).

En el caso de las mujeres que viven con VIH/SIDA, además de seguir recomendaciones generales para incrementar su calidad de vida deberán seguir las siguientes indicaciones particulares:

- Buscar información acerca de manifestaciones clínicas características de las mujeres.*
- Acudir periódicamente a revisión médica incluso ginecológica.*
- Realizar el Papanicolaou cada tres o seis meses*
- Realizarse una batería de exámenes de laboratorio para búsqueda de infecciones de transmisión sexual.*
- Evitar el embarazo.*
- Búsqueda de información acerca de los estudios o protocolos de investigación que se desarrollen para estudiar los posibles beneficios de participar en ellos y hacer presencia para que se implusen estudios específicos en mujeres.*

Investigadores franceses revelaron, un aumento muy alto del riesgo de transmisión del virus del SIDA de la madre al feto, en función de la edad de ésta. Tras siete años de observar niños nacidos de madre infectadas, investigadores del Instituto Nacional de Salud y de Investigación Médica precisaron, además, que no hay correlación entre el origen étnico y la tasa de transmisión del VIH/SIDA. Los resultados de sus estudios indican que el riesgo de transmisión se incrementa de 16 por ciento, en una madre menor de 25 años, a 30 por ciento, en madres mayores

de 35 (Palacios, 1995).

e) VIII/SIDA y Conducta reproductiva (muerte)

Sexo sin angustia

Aunque abundan los consejos sobre prevención, son raras las ocasiones en que se habla de la sexualidad de las personas seropositivas y de los problemas que ocasiona. El tema se discute muy pocas veces incluso los médicos tienen dificultades para abordarlo con sus pacientes. Sin embargo, una vida sexual plena contribuye al equilibrio físico y psicológico de la persona tanto como su propia vida profesional -a pesar de lo que opinen ciertos reaccionarios a quienes les gustaría ver a los seropositivos recluidos en una abstinencia completa-.

Hay un abismo entre el discurso y la realidad, y las personas que viven con VIII/SIDA también viven con dudas y problemas muy difíciles de afrontar. La angustia de contagiar al otro, el temor a un accidente, el miedo a ser rechazado, una imagen devaluada de sí mismo y de su cuerpo, información incompleta acerca de las prácticas de riesgo, todos estos son factores que obstaculizan el desarrollo de una sexualidad satisfactoria (Bernede, 1995).

Un momento clave es el encuentro. Más allá del primer juego de la seducción -de por sí complicado en una situación normal- los seropositivos tienen que plantearse muchos dilemas: mencionar o no su condición, como hacerlo, en que momento, y de que manera manejar un rechazo. En todo caso, no hay que sentirse culpable si de entrada no se quiere abordar el tema. Con las reglas de prevención necesarias, cada quien puede ejercer su sexualidad libremente. Para la penetración anal o vaginal, el condón es una protección segura. El uso de lubricante soluble en agua aumenta la sensación de bienestar y disminuye el riesgo de romperlo. En cuanto al sexo oral, la felación sin eyaculación y el cunnilingus son prácticas de bajo riesgo, excepto en caso de irritación oral, en dichas ocasiones es preferible extremar

las precauciones y utilizar un condón no lubricado.

"Para responder a quienes siempre ponen en duda la eficacia de los condones y tranquilizar a las personas a quienes les preocupa la posibilidad de contaminar a su pareja, el estudio de Isabelle de Vicenzi del Centro Europeo contra el SIDA mostró en dos años de monitoreo sobre múltiples parejas discordantes (un miembro seropositivo y el otro seronegativo), no encontró un solo caso de infección cuando se usaba condón en todas las penetraciones" (Bernede p. 11, 1995).

El uso del condón no solo es importante para proteger al seronegativo, también el seropositivo debe cuidarse de otras enfermedades sexualmente transmisibles y de una nueva contaminación del VIH. Con todo, no siempre es fácil aplicar medidas preventivas ni convenirse a uno mismo de la necesidad imperiosa del condón. Es preciso encontrar la estrategia personal adecuada en momentos difíciles de depresión o de hartazgo. No tiene porque ser algo anormal el suspender temporalmente las relaciones sexuales. La pérdida de la libido, por estrés o por cansancio, es cosa a menudo pasajera. La sexualidad es parte indisociable de la vida, y seguir viviendo el cuerpo como una fuente de placer es también una forma de lucha (Bernede, 1995).

¿Sabes qué es el condón femenino?

El condón femenino da a las mujeres las posibilidades de tener mayor control sobre su sexualidad y esto les da una mejor oportunidad de evitar tanto embarazos no deseados como el contagio del VIH/SIDA en ellas o en sus parejas.

Se han diseñado varias versiones del condón femenino, pero solo una de ellas se ha aprobado y comercializado en Europa y Estados Unidos, a partir de 1992 y 1993, respectivamente. En México, aún se encuentra en etapa de experimentación. Este condón resulta parecido al condón masculino, aunque es más ancho y largo (17cm). En el fondo y en la entrada de la bolsa, cuenta con dos anillos flexibles. El de la

entrada, el mayor, tiene 7.5 cm. de diámetro, y el del fondo que es menor, solo 6 cm. El hecho de que el anillo de la entrada sea más grande indica que esta parte de la bolsa está hecha para cubrir la región vulvar, evitando el contacto directo de la vulva con el escroto y la base del pene. El anillo pequeño, al ser flexible, se dobla para que pueda insertarse en la vagina, empujándolo hasta un punto de encaje detrás del pubis. Al soltarlo, se desdobla y queda finalmente acomodado a lo largo de la vagina, a la cual cubre por completo, quedando así cubiertas vagina y vulva (Covlán, 1995).

De acuerdo con diversos estudios al condón femenino se le han encontrado las siguientes ventajas:

-El poliuretano, material con que está hecho, no es poroso por lo que las bacterias y los virus no pasan a través de él y es más resistente que el látex utilizado en el condón masculino.

-Cubre un área más extensa, por lo que brinda más protección.

-Interfiere menos en la relación sexual, pues puede colocarse un buen rato antes de la relación, y esto añade otra posible ventaja al no requerirse, en cierto modo, la negociación con la pareja.

-Hay hombres que dicen disfrutar igual o más que con el condón masculino, pues el pene se mueve libremente en su interior, y algunas mujeres obtienen más placer por la fricción extra del clítoris con el anillo externo.

-No se han reportado casos de alergia.

-Evita también embarazos.

(Covlán, 1995).

Entre las desventajas se ha encontrado que:

-Puede disminuir la espontaneidad y producirse por ello un cambio en la sensibilidad que requerirá, al igual que con el condón masculino, un cambio de actitud y un reaprendizaje erótico para integrar este condón al juego sexual.

-El aspecto del condón a muchos les produce desconcierto o desagrado, por la porción que cubre a la vulva.

-Su precio es tres veces mayor al del condón masculino.

-Aunque son pocos los casos, se han reportado molestias físicas, incomodidad, irritaciones y prurito.

-Es aún muy difícil encontrarlo en el mercado.

(Covián, 1995).

Se sabe que una educación sexual deformada y represiva impide superar los inconvenientes de los métodos de prevención de enfermedades venéreas y de embarazos no deseados, aún cuando sean mínimos, debido a los mitos y prejuicios en hombres y mujeres, y a la necesidad de dependencia que esta educación sexual ha sembrado en la mujer.

Esto es evidente en las reacciones encontradas en diversas poblaciones femeninas, a pesar de todas las ventajas que este tipo de condón puede ofrecer. Así se ha encontrado que:

-A pesar de que muchas mujeres desean utilizar el condón para protegerse, al tener una idea romántica de su relación, asumen un rol pasivo: hacen lo que el otro decide y no se protegen.

- Muchas mujeres creen que no deben protegerse, ya que ellas, al ser fieles y no practicar conductas de riesgo, no corren peligro, y aunque saben que sus parejas tienen relaciones sexuales con otras personas, se niegan a aceptar que están expuestas a ser infectadas.

-Otras piensan que no deben responsabilizarse por la conducta sexual de su pareja, y que son ellos los que deben decidir el uso del condón.

-Algo terriblemente significativo es que cuando el varón se opone a usarlo, la mujer tampoco quiere hacerlo. Mucha mujeres que lo encontraron adecuado y adoptaron su uso, dejaron de usarlo debido al rechazo del varón. Esto sucede especialmente en países en vías de desarrollo.

-Las mujeres con más riesgo de adquirir VIH/SIDA o cualquier otra enfermedad sexualmente transmisible, son aquellas que tienen menor control y menor conocimiento de su cuerpo y su sexualidad, y por consiguiente menor poder de decisión sobre los mismos.

-Es más difícil que lo usen mujeres que no tienen acceso a información sobre sexualidad y que no están familiarizadas con sus genitales, lo cual es muy común en este país.

Así, vemos que lo más grave del hecho es que la mujer se abandone a un eventual suicidio, provocado por su propia educación, por la pareja y por la sociedad misma, que retroalimentan las limitaciones que provocan esta situación. Esto, sin lugar a dudas, hace que queden totalmente expuestas y vulnerables.

Es evidente que la resistencia de las mujeres al cambio de sus conductas sexuales, para proteger su vida propia -y la de sus hijos en muchos casos-, obedece al tipo de educación sexual represiva, y estereotipada con que el género femenino ha sido bombardeado y conformado a través de los siglos.

Este tipo de educación se ha vuelto el enemigo a vencer para lograr que la mujer se proteja de la infección. Es paradójico pero quizás a esta enfermedad se deberá el que muchas mujeres, al enfrentar la posibilidad de su muerte y la de sus seres queridos, se convencen de lo necesario que resulta un cambio de actitudes, que se refleje en la interacción con su pareja; responsabilizarse de ellas mismas, de su cuerpo, de su propia sexualidad. El objetivo es aprender a protegerse a decir No si su vida está de por medio (Covián, 1995).

La muerte

La muerte pone a los individuos frente al más radical hecho de la vida y pone en tela de juicio cualquier empeño moral. ¿para qué todo esfuerzo si se ha de morir? y cuando se está frente a la muerte ¿dónde quedan los valores morales ante la

inminencia de la muerte, ante la presencia de la enfermedad y el dolor, carentes de esperanza? ¿qué papel puede jugar la ética ante la presencia de la muerte?

En estos tiempos en la cultura occidental, la muerte es vivida quizá con más angustia y rechazo que nunca; incluso se ha tornado un "tabú" porque no hay un saber de ella que permita "verla" de frente y, de alguna manera, sufrirla menos o sufrirla con dignidad y con libertad.

La situación terminal es quizá la más extrema, dolorosa y radical de la existencia humana.

Ahí aflora como nunca quizá la alternativa crucial entre la desesperación absoluta, la muerte interior, el sin-sentido, el abandono final de todo empeño; o por el contrario, puede sobrevenir el rescate de sí mismo, de la propia libertad y dignidad, el giro decisivo hacia la vida, la afirmación final de ella y sus bienes, una radical liberación y una decisiva prueba de la libertad (González, 1995).

El "hacer frente al destino" como presencia de la humana voluntad de vivir y ser. Y tal vez nada hace más patente la unidad psicosomática de la enfermedad, el dolor y la agonía. Parece que con ellos no queda nada, del hombre. Este se vuelve pulmones, corazón, columna vertebral, cuerpo entero. Y se vuelve la mera finitud y el terror del vacío oscuro de la muerte; el corte del futuro y de toda esperanza. En este sentido, cabe decir que dichosos los que mueren sin "saber", sin atravesar estas experiencias absolutamente límites. Sin experiencia y sin conciencia del "termino": de terminar ellos mismos con la desintegración de su cuerpo. Sin vivir físicamente su finitud.

La tarea humana fundamental se cifra en rescatar la libertad para hacer posible la opción, y con ella la dignidad humana.

Recobrar al hombre, a la persona; lo cual es tarea que corresponde, a la vez que al propio moribundo, a su médico y a sus seres más cercanos. El deber del médico es luchar contra la esclavitud del hombre a su dolor, a su cuerpo, y no solo buscar

asegurarle la sobrevivencia. Darle al alma la oportunidad de salvaguardar su margen de "autonomía" (González, 1995).

De ahí pues el orden concreto y en la situación límite del ser humano en su momento terminal, la importancia que tiene la comunicación, la vinculación del moribundo con los suyos, si es el caso, con los médicos.

La experiencia ética de la muerte obliga al moribundo, pero obliga también a quienes están a su lado. Si éstos no asumen el sentido humano de la muerte, si no tienen nada que dar a quien va a morir, aumentan el sufrimiento de su trance agónico.

Si por el contrario, tienen una palabra de amor, de autenticidad, de genuina comunicación, de tomar al otro en su propia humanidad, pueden auxiliarlo en eso que los antiguos llamaban "el buen morir".

La vida adquiere su sentido por el bien o el mal con que es vivida; y lo mismo para la muerte, pues esta no es sino el último acto de la vida (González, 1995).

Relación entre la muerte y la negación

Una interrogante que surge es la de practicar terapias para personas condenadas a muerte, cuando ésta es tan difícil de conceptualizar; "¿cómo se le explica a una persona que va a morir?, y se habla de resignación cuando ni siquiera se sabe qué es la muerte. Todos van a morir pero es una cuestión a la que rara vez se refiere uno y menos en un país como México que le tiene tanto miedo a la muerte que hace tanta fiesta en su honor como para exorcizarla, entonces ¿cómo se hace alguien la idea de tener una fecha próxima de muerte?" (Cárdenas, 1990).

El porque niegan las personas está relacionado con el temor a la muerte, a pesar de que es algo con lo que se vive; se sabe que un día se morirá; y se trata de rechazar la posibilidad no hablando de ello.

Según Weisman en 1972 (cit. López, 1991) muchas discusiones de la muerte están basadas en lo siguiente:

La paradoja primaria consiste en pensar que la muerte es universal, pero no puede pensarse en la propia muerte. Esta paradoja muestra cómo muerte y negación están unidas desde el principio; es una paradoja real y no resuelta de una conciencia incapaz de concebir su negación.

El hombre desea posponer la muerte indefinidamente y su castigo será enfrentarla sin estar preparado, presentando angustia y rebeldía.

El miedo se presenta cuando se le obliga a la persona a encararse a la muerte, y existe la sensación de que el mundo está a punto de desintegrarse. Lo que se puede mencionar con respecto al paciente seropositivo es que cuando se le entrega el resultado, se le encara a la muerte; aún cuando venga por su propia voluntad su deseo es siempre que el resultado sea negativo (López, 1991).

Cada ser humano guarda para sí un terror primitivo a su propia muerte. El miedo a morir es un reflejo de la esperanza del hombre y, en momentos, este miedo se representa con pensamientos acerca de desastres irreales.

El hablar de la muerte es un proceso doloroso y las creencias religiosas y filosóficas hacen que la enfermedad terminal se oculte, se niegue, se disimule sin embargo, actuar así lleva a distanciar familiares, paciente y médicos, y esto conlleva a una parálisis de la acción y, por lo tanto, el manejo adecuado no se puede llevar a cabo.

Muchas veces el paciente seropositivo a VIH lo oculta a la familia y cuando llega a desarrollar SIDA, no es capaz de hablarlo por miedo a hacer sufrir o por sentimientos de culpa, sin embargo, la familia en muchos casos, ya lo sabe, y no se dan la oportunidad de decir cuanto les duele.

Weisman menciona que la muerte requiere de una serie de reajustes sociales llamado "tránsito de la posición".

Ciertos clínicos, nos dice Weisman (cit. López, 1991), afirman que cuando no se presenta miedo a morir, es porque están negando; esto es en parte mentira ya que habría que recordar que el miedo a la muerte es más típico en las etapas tempranas que tardías en enfermedades incurables, pues la gente adquiere una mayor aceptación de las limitaciones; la ausencia de temor no siempre significa negación.

La muerte con finalidad significa más que morir, pues se resuelven deseos, inquietudes, metas que abarcan un desarrollo personal. En algún momento, los factores emocionales no especificados son determinantes significativos de la inclinación a morir.

El paciente que sufre de una dolencia mortal se ve obligado a luchar a la vez contra una enfermedad amenazadora y contra el deterioro de su imagen personal; el efecto curativo del tratamiento y el tiempo no son suyos. Esto es aterrador en el paciente con VIH, ya que la forma de morir implica en algunos casos muchos síntomas y dolencias; el desgaste físico es significativo y, en cuanto al efecto curativo, ellos saben que no hay medicamento que los cure y el tiempo es un factor que no pueden controlar; el paciente, en algunos casos, pasa de una etapa inicial a una terminal sin tener un deterioro progresivo (López, 1991).

Cuando se da un resultado positivo a VIH, el paciente no puede creerlo y cuando lo hace se refiere a algo malo que le viene de afuera; esto lo podemos explicar al entender que para nuestro inconsciente no existe la muerte, la terminación de nuestras vidas.

La intensidad de la negación a la propia muerte está relacionado con la disposición del paciente para recibir una noticia así, y la forma en que se le dé esta noticia. La necesidad de negar la seropositividad es mayor al principio de saber el resultado.

El que el paciente sepa de su enfermedad terminal (SIDA), hace que todo cambie, que haya una desorganización, una ruptura en afectas, costumbres y hábitos. En algunos momentos se piensa todo lo que se va a dejar al morir: la pareja, la familia, los amigos, el trabajo y esto acentúa más el dolor.

Se piensa que los pacientes menospreciadores muestran una negación menor, y quienes desplazan la realidad con engaños son fuertes negadores. La finalidad de la negación no es simplemente evitar un peligro, sino impedir la pérdida de una relación importante.

Hay pacientes que niegan más con unas personas que con otras. Los pacientes que niegan mucho, lo hacen tal vez para resolver un alto nivel de su autoestima. Por esa razón necesitan preservar y estabilizar su relación con alguien indispensable para reforzar su autoestima.

La negación ayuda a mantener una relación simplificada, pero constante, con otras personas significativas, sobre todo en el momento de crisis. Entre el reconocimiento abierto de la muerte y su repudio extremo hay una zona de certidumbre incierta, llamada "conocimiento intermedio".

El conocimiento intermedio presagia una recaída; cuando un paciente con una dolencia moral se vuelve repentinamente incapaz de sacar deducciones plausibles sobre sí mismo, resbala nuevamente hacia una mayor negación, ello es señal de que la fase incurable está a punto de empezar (López, 1991).

La Ps. Doris Suchecki Levin (1989) dice que nos vamos preparando sin saberlo a nuestra propia muerte, con las mutaciones a través de los años y las pequeñas muertes: dejar de ser bebé, niño, adolescente, adulto, alumno, hijo. La forma de encarar la muerte es diferente a lo largo de toda la vida.

En la adolescencia, cuando el deseo de vivir es más intenso aparecen grandes temores hacia la muerte. De los veinte a los cincuenta, la muerte es más temida, negada y borrada del campo de la conciencia (CONACYT).

La Sociedad Internacional Pro-Valores Humanos E. Fromm S. Zabirán A.C. dice que en la vejez surge una contraposición entre la negación de la muerte y la aceptación de un límite a la vida (CONACYT).

La capacidad de estar solo parece depender de la experiencia infantil de haber estado confiadamente con la madre, ahora introyectada como objeto buena y amable; la muerte pone a prueba la capacidad de estar eternamente solas, así como la tolerancia al sentimiento interno de soledad.

La Dra. Ursula Thunberg (1976) menciona como al saber de la muerte de alguien, esta se va organizando, racionalizando, sistematizando, para que no sea tan doloroso, pues aceptarlo es difícil.

Sobrevida femenina y terapia

La información acerca de la sobrevida de las mujeres con VIH/SIDA no es completamente confiable pues ha sido extraída de estudios realizados en población total con la enfermedad y la mayoría de los sujetos incluidos son del sexo masculino; es además un hecho el que como las mujeres no se realizan la prueba de detección de anticuerpos al VIH en forma rutinaria, descubren la infección cuando ya tienen complicaciones de la enfermedad, generalmente en etapas avanzadas. Por ello podría subestimarse la sobrevida de las pacientes. Mientras se elaboran proyectos de investigación para observar la evolución de la enfermedad en las mujeres desde etapas tempranas, así como para definir el tratamiento ideal en ellas, la recomendación actual es emplear dos antirretrovirales en sus distintas combinaciones si se encuentran con menos de 500 linfocitos CD4.

Existe todavía un gran desconocimiento de la transmisión heterosexual del VIH/SIDA sobre todo en las mujeres jóvenes. Se sabe sin embargo, que solo 5% de los hombres con VIH/SIDA adquirieron la enfermedad por vía heterosexual

comparadas con el 63 por ciento de las mujeres en México y países de Latinoamérica. Es necesaria la implementación de medidas de salud pública para evitar la mayor propagación de la epidemia, así como el reconocimiento de factores que incrementen la probabilidad de la transmisión heterosexual del VIH/SIDA en ambas direcciones, tales como el uso de anticonceptivos orales y el embarazo. Hasta el momento la medida más efectiva para la protección de parejas, continúa siendo el condón (Treviño, 1995).

En suma se tiene que los aspectos sexuales relacionados al género femenino vienen a generar polémica una vez más.

- El poder de decisión de las mujeres de si tendrán o no relaciones sexuales y en que condiciones serán éstas.

- La decisión autónoma de la concepción.

- La exigencia de la fidelidad de la pareja y la necesidad cada vez mayor de mantenerse informadas son luchas que si bien en los años 60's empezaron a promoverse, ahora, con la posibilidad de la muerte en condiciones lamentables, tendrán que seguirse, fortalecerse y finalmente asegurarse de actuar en los cambios.

Ahora no solo se trata de la libertad sexual, económica, etc. sino de mantenerse saludables y vivas.

Para llegar a la verdadera igualdad, se debe contar con la participación y el trabajo desinteresados tanto de mujeres y hombres como del Estado y sus distintas Instituciones.

De este modo se llegará a un cambio real de actitudes que demuestren que ciudadanía como Estado se han comprometido en la lucha contra el VIH/SIDA.

Por ejemplo, la conducta anticonceptiva se relaciona desde el uso del condón para evitar embarazos como para evitar la infección por VIH. Y el derecho al aborto cuando la situación psicológica o física de la mujer así lo requiera.

Obviamente en este rubro una de las Instituciones más arraigadas como lo es la Iglesia no acepta cualesquiera de estas opciones y es donde la educación debe fortalecer la decisión de la mujer.

No se puede olvidar en ningún momento que no hay cura para esta enfermedad y las condiciones de muerte terribles y más aún cuando las mujeres saben que morirán y dejarán desamparados a sus hijos quienes tal vez estén infectados también.

CAPITULO 4

METODO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Con base en las estadísticas proporcionadas por TeSIDA, el motivo del presente estudio tuvo como finalidad conocer:

¿Cuál es el impacto social-familiar, cognitivo-afectivo, somático y conductual del VIH/SIDA en la salud de la mujer?

OBJETIVOS

Los objetivos de este estudio fueron los siguientes:

- 1.- Conocer si se ha incrementado el interés de las mujeres por estar mejor informadas.*
- 2.- Identificar la necesidad de las mujeres por conocer las normas de conducta existentes para no contraer la infección.*
- 3.- Conocer la magnitud de la preocupación de las mujeres por informar sobre esta pandemia tanto a su familia como a su comunidad.*

VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE:

- El VIH/SIDA*

VARIABLE DEPENDIENTE:

- La salud de la mujer dividida en cuatro áreas:*
 - a) conductual*
 - b) somática*
 - c) social-familiar*
 - d) cognitivo-afectivo.*

Para evaluar el incremento de las mujeres por estar mejor informadas (objetivo 1) se utilizó el uso de información y la percepción de riesgo que estas tienen.

Se identificó la necesidad de las mujeres por conocer las normas de conducta existentes para no contraer la infección (objetivo 2); a través de conducta de riesgo y actitud en torno al VIH/SIDA.

Se investigó sobre la magnitud de la preocupación de las mujeres por informar sobre esta pandemia tanto a su familia como a su comunidad (objetivo 3) con redes sociales, uso de información y actitud en torno al VIH/SIDA.

DEFINICION CONCEPTUAL

Conducta de riesgo: designa aquellos aspectos observables en una persona que traducen estados motivacionales, es decir, actitudes emocionales y estados de ánimo, actitudes cognitivas (atención, concentración) niveles de activación (vigilia, fatiga) y disposiciones más o menos ligadas a la personalidad (Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales, 1974).

Actitud en torno al VIH/SIDA: son las conductas y comportamientos que tienen las mujeres hacia las personas infectadas con VIH/SIDA. El apoyo de las mujeres u enfermos de SIDA sus actitudes; el rechazo o el apoyo de posibles amigos y familiares con VIH/SIDA (Alfaro, 1991).

Uso de la información: es la acción o el efecto de informar o informarse; educación, instrucción. Conocimiento de los hechos obtenidos por medio de la investigación, observación, estudio e instrucción (Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales, 1974).

Percepción de riesgo: percepción de temor que tienen las mujeres como personas en riesgo de contagiarse con el virus del VIH/SIDA; actitudes de temor al contagio del

VIII/SIDA por relaciones sexuales (Alfaro, 1991).

Redes sociales: es un conjunto de relaciones entre personas de modo tal que una de ellas puede influir sobre las otras, con las que está en contacto directo (Diccionario de Psicología y Psicoanálisis, 1976).

DEFINICION OPERACIONAL

Conducta de riesgo: es aquella por la cual pueden entrar en el cuerpo de una persona fluidos vaginales, semen o sangre infectada (por ejemplo coito sin protección con una persona infectada, transmisión de sangre infectada, transmisión perinatal) (CONASIDA, 1990).

Actitud en torno al VIII/SIDA: es una manera aprendida y relativamente permanente de responder a esta enfermedad o a alguien que la padezca. Esta manera de responder posee componentes cognitivos, emocionales y conductuales (CONASIDA, 1991).

Uso de la información: se refiere a la manera en que las personas se conducen y piensan una vez que tienen los conocimientos acerca de, en este caso, el VIII/SIDA (CONASIDA, 1990).

Percepción de riesgo: es la autopercepción que tienen las personas de poderse contagiar del virus por alguna conducta de riesgo (CONASIDA, 1991).

Redes sociales: o redes de apoyo es el acceso a familiares o miembros del grupo social a quienes recurre, para buscar ayuda, una persona en momentos de crisis (CONASIDA, 1990).

MUESTREO

Se utilizó un muestreo accidental del total de mujeres que se pudieron encuestar

telefónicamente por espacio de tres meses; los criterios de inclusión fueron: mujeres con pareja estable con mínimo un años de antigüedad en la relación, de 20 a 45 años.

ESCENARIO

El servicio de TelSIDA se ofrece en la calle de Londres #226 4to. piso, en el que se cuenta con 6 cubículos con escritorio, sillón, pizarrón de corcho con novedades acerca del SIDA, computadoras y un teléfono multilíneas con el número 2 07 4077 para dar servicio a residentes de la República Mexicana.

Solamente el último de los tres meses de aplicación del cuestionario se realizó en la dirección antes mencionada; los primeros dos meses la aplicación fueron en Córdoba 228 colonia Roma lugar en el que estuvo dándose temporalmente el servicio de telSIDA.

TIPO DE INVESTIGACION

Se trata de un estudio descriptivo, debido a que se carece de la información de conductas de riesgo, actitud en torno al VIH/SIDA, uso de información, percepción de riesgo, redes sociales etc., es necesario como primer paso conocer las dimensiones del problema y su importancia en el tipo de población al que nos hemos referido.

DISEÑO

El estudio fue de una sola muestra ya que se desea conocer el comportamiento, las actitudes y las emociones de la muestra antes mencionada.

INSTRUMENTO

Se aplicó por espacio de tres meses una encuesta de 10 preguntas que fue de respuesta opcional (si-no), esta encuesta cubrió las siguientes áreas: conductual, cognitivo-afectiva, somática y social-familiar.

Area conductual: área que pone énfasis en los comportamientos observables y en el papel del ambiente como agente causal del comportamiento.

Area somática: área que se centra en los desajustes físicos que se dan con relación al contagio del VIH/SIDA.

Area social-familiar: en esta área el énfasis se centra en las diversas maneras en que influimos unos en otros, es decir, como los demás influyen en nosotros y como nos comportamos frente a ellos ya sean familiares o miembros de nuestra sociedad.

Area cognitivo-afectiva: área que se refiere a los procesos de pensamiento y de adquisición de conocimientos por una parte y a los procesos emocionales por otra.

Los ítems del área conductual son: 1,5,6,7; los del área cognitivo-afectivo son: 2,3,8; los del área somática son: 9,7; los del área social-familiar son: 4,10 (Ver anexo).

PROCEDIMIENTO

La aplicación del piloteo se llevó a cabo durante 10 días, cubriendo las áreas descritas anteriormente.

Ya en la investigación algunas de las preguntas del cuestionario se respondían a lo largo de la llamada sin necesidad de que ellas lo supieran habiendo otras preguntas donde sí se les pedía su participación, haciéndole la aclaración de que las preguntas al final de la llamada eran con el fin de llevar a cabo una investigación temporal y que su participación era de forma voluntaria; en general las mujeres a las que se les pidió participar no tuvieron resistencia alguna, las que no lo aceptaron que fueron solamente dos argumentando falta de tiempo para responder.

La aplicación del instrumento se llevó a cabo por tres voluntarias del servicio y la responsable de esta investigación. Las voluntarias fueron mujeres de edades dentro

del rango de 25 a 40 años, a quienes se les dió instrucciones a seguir.

El objetivo de que fueran mujeres jóvenes quienes aplicaran el cuestionario fue en relación a que se facilitara entablar rapport que fue de gran ayuda tanto para encuestadoras como encuestadas al aplicar y contestar las preguntas.

Las instrucciones que se les dió a las voluntarias de TeSIDA intentaron garantizar la uniformidad en la aplicación del cuestionario, se les informó que el objetivo del estudio era una investigación sobre VIH/SIDA y Género sin detallar más para evitar el sesgo en la recolección de la información.

La aplicación se llevó a cabo, durante un período de tres meses, se hizo por 4 personas porque de esta manera se tendría la población requerida en el tiempo estipulado.

CAPITULO 5

RESULTADOS

INTRODUCCION

Para el análisis de los datos de la presente investigación se utilizó el paquete estadístico SPSS para Windows (95) el cual incluye tres subanálisis.

a) Un análisis de frecuencias que permitió hacer un análisis descriptivo con el objeto de conocer la distribución de los datos -tablas de frecuencias, mediu, modo y desviación estándar- en cuanto a:

- 1- Datos sociodemográficos*
- 2- Cuestionario de factores psicosociales del SIDA*

b) El segundo análisis fue la correlación de Pearson para obtener la parte inferencial con la finalidad de saber:

- 1- Si existe correlación en las áreas y las variables de clasificación*

c) También se aplicó un análisis de varianza (ANOVA) que tuvo por objetivos:

- 1- Saber si hay diferencia entre las medias de la escala de SIDA por variables de clasificación*
- 2- Así como un muestreo para ver si existe interacción entre variables*

a) Análisis descriptivo

Datos sociodemográficos

Se aplicó un total de 150 cuestionarios a mujeres de las cuales se observa la distribución por Estado Civil en la Tabla 1.

Como se muestra hay cuatro categorías de las cuales Unión Libre y Otros tienen puntajes similares, siendo la población de mujeres casadas el puntaje más alto.

TABLA 1

ESTADO CIVIL

EDO. CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERA	53	35.3
CASADA	79	52.7
UNION LIBRE	9	6
OTROS	9	6
	150	100

En la tabla 2 se observan los datos correspondientes a Escolaridad, estos indican que la mayoría de las mujeres encuestadas tienen una escolaridad de Licenciatura y se observa también una igualdad entre las mujeres con educación Técnica y Bachillerato.

TABLA 2

ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMARIA	10	6.7
SECUNDARIA	20	13.3
BACHILLERATO	37	24.7
TECNICO	37	24.7
LICENCIATURA	46	30.7
	150	100

En la Tabla 3 se muestra en cinco categorías la Ocupación a la que pertenecen las participantes, como se ve la mayoría de las mujeres son Amas de Casa y se observa una igualdad entre Trabajadoras con instrucción Técnica y Trabajadoras con instrucción Profesional.

TABLA 3

OCUPACION

OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AMA DE CASA	48	32
ESTUDIANTE	24	16
TECNICO	29	19.3
PROFESIONAL	29	19.3
OTROS	20	13.3
	150	100

Con respecto a la Edad se muestra en la tabla 4 una media de 29.15 esto significa que las mujeres en promedio que contestaron la encuesta pertenecen al grupo 1 es decir, al grupo de las mujeres más jóvenes.

TABLA 4

EDAD

GPOS. DE EDAD	EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 20 - 28 años	20	14	9.3
	21	7	4.7
	22	12	8.0
	23	7	4.7
	24	8	5.3
	25	11	7.3
	26	7	4.7
	27	8	5.3
	28	7	4.7
			81 = TOTAL
2 29 - 45 años	29	2	1.3
	30	5	3.3
	31	6	4.0
	32	9	6.0
	33	7	4.7
	34	3	2.0
	35	3	2.0
	36	4	2.7
	37	5	3.3
	38	6	4.0
	39	5	3.3
	40	5	3.3
	41	1	0.7
	42	3	2.0
	43	1	0.7
	44	2	1.3
45	2	1.3	
		69 = TOTAL	46 = TOTAL

MEDIA = 29.15

Area conductual como se puede observar en los porcentajes de los ítems 1, 5 y 7 de esta área las mujeres de la muestra estudiada, tienen una conducta positiva ante el problema del SIDA, es posible que esta conducta profiláctica de como consecuencia bajo porcentaje en el ítem número 6.

Area social-familiar con respecto a este entorno en las mujeres de la muestra se puede ver en los ítems 4, 10 y 11 que en general hay una positiva apertura hacia el tema del SIDA y a la convivencia con los enfermos.

Area cognitivo-afectivo en el ítem 2 de esta área se observa que en general las mujeres de la muestra se perciben con no muy buena información acerca del SIDA, como consecuencia en el ítem 8 se muestra un desconocimiento de los riesgos de infección, sin embargo muestran una muy positiva actitud hacia las personas con esta enfermedad.

Area somática en esta, por los ítems 7 y 9 podemos observar que las mujeres de la muestra en general tienen cuidados médicos lo que resulta en un bajo temor acerca de la infección y sus síntomas.

TABLA 5

Frecuencia de respuestas para cada ítem según el área

ITEMS	SI	NO
CONDUCTUAL		
1 ¿Ha tenido alguna relación sexual con otra persona desde que tiene pareja estable?	28%	72%
5 ¿Ha usado las formas de prevención de esta enfermedad?	72%	28%
6 ¿Se ha practicado la prueba del SIDA?	22%	78%
7 ¿Acude al médico regularmente para checar su salud?	68%	31%
SOCIAL-FAMILIAR		
4 ¿Hable con su familia de esta enfermedad?	67%	32%

<i>10 ¿Creé que en caso de estar infectada recibiría apoyo de su familia?</i>	76%	24%
<i>11 ¿Creé que en caso de estar infectada recibiría apoyo de su pareja?</i>	65%	34%
COGNITIVO-AFECTIVO		
<i>2 ¿Creé estar bien informada acerca de esta enfermedad?</i>	40%	60%
<i>3 ¿Creé que las personas que padecen esta infección merecen ser castigadas?</i>	4%	96%
<i>8 ¿Considera que ha tenido algún riesgo de infección?</i>	50%	50%
SOMATICO		
<i>7 ¿Acude al médico regularmente para checar su salud?</i>	68%	31%
<i>9 ¿Ha tenido síntomas físicos que le hagan pensar que pudiera estar infectada?</i>	12%	87%

En el área conductual la media 5.90 nos indica una baja propensión a conductas de riesgo en las mujeres de la muestra.

En lo referente al área cognitivo-afectivo la media es de 3.94 lo que indica una percepción baja de riesgo en las mujeres de la muestra estudiada, tanto como una percepción baja de riesgo de los miembros de su grupo social.

En el área social-familiar se observa una media de 5.08 que significa un buen apoyo y comunicación de las mujeres de la muestra para con los miembros tanto de su familia como de su entorno social en general.

Con respecto al área somática se obtuvo una media de 2.81 indicando una percepción baja del riesgo personal de contraer la infección.

TABLA 6

Distribución promedio de las respuestas para las diferentes áreas

AREAS	RANGO	MEDIA	DESV. ESTANDAR
CONDUCTUAL	4 - 8	5.90	.84
COGNITIVO-AFECTIVO	3 - 6	3.94	.67
SOCIAL-FAMILIAR	3 - 6	5.08	1.05
SOMATICO	2 - 4	2.81	.60

b) Análisis inferencial

1.- Correlación de Pearson

La Tabla 7 muestra los hallazgos de correlación positiva. Se encontró una fuerte correlación entre las áreas conductual y cognitivo-afectiva. Una correlación más baja, aunque significativa, se observa entre las áreas conductual y social-familiar. Entre las áreas conductual y somática, por su lado, existe una alta correlación. Se encuentra también una muy significativa correlación entre las áreas cognitivo-afectivo y somática.

Se encontró, por otro lado, una correlación significativa entre las áreas conductual y escolaridad y entre las áreas somática y escolaridad.

Las restantes correlaciones no fueron significativas.

TABLA 7

Correlación entre áreas y variables sociodemográficas

	CONDUCT	COGAFEC	SOFAM	SOMATIC	EDAD
COGAFEC	.3061 ***				
SOFAM	.1745 **	.1199			
SOMATIC	.5021 **	.2175 ***	.0360		
EDAD	.1210	.0261	.0987	.0196	
ESCOLARIDAD	.1878 **	.0747	.1248	.1397 *	.0229

* MARGINAL

** $P \leq .05$

*** $P \leq .01$

2.- ANOVA

La Tabla 8 muestra que siendo los puntajes mayores que .05 no hay ninguna diferencia en las áreas y el Estado Civil cualquiera que este sea.

Tabla 8

Diferencias entre Estado Civil

	<i>Soltera</i>	<i>Casada</i>	<i>U. Libre</i>	<i>Otro</i>	<i>F</i>	<i>P</i>
<i>Conducta</i>	6.0	5.8	6.0	6.1	.765	.51
<i>Cognafec</i>	4.0	3.8	3.8	4.0	.272	.84
<i>Socialfan</i>	5.1	5.0	4.8	5.2	.316	.81
<i>Somatico</i>	2.7	2.7	2.8	3.0	.365	.77

En la Tabla 9 se observa que siendo los puntajes mayores que .05 en las relaciones de Escolaridad con las áreas Conductual, Cognitivo-afectivo y Social-familiar no se encuentra diferencia alguna.

En cuanto al área Somática se encontró diferencia significativa con un puntaje de .01 o sea menor que .05, así se observa que las mujeres con mayor Escolaridad (Bachillerato, Técnico y Licenciatura) tienen una mayor percepción de riesgo personal.

Tabla 9

Diferencias entre escolaridad

	Primaria	Secundaria	Bachillerato	Técnico	Licenciatura	F	P
Conduct	5.7	5.5	5.9	5.8	6.1	1.731	.14
Cogafec	3.9	3.8	3.9	4.0	3.9	.334	.85
Sofam	4.6	4.8	5.1	5.3	5.0	1.404	.23
Somatic	2.6	2.4	2.9	2.8	2.8	3.068	.01*

* $p \leq .05$

En la Tabla 10 se muestran los resultados de la aplicación de una prueba T para saber si existen diferencias entre las medias por edad; encontrándose que no hubo diferencia alguna.

Tabla 10

Diferencias entre edad

	\bar{X}	\bar{X}		
Factor	20 - 28	29 - 45	T	P
Conduct	5.86	5.95	- .66	.50
Cogafec	3.92	3.95	- .27	.78
Sofam	5.04	5.13	- .47	.64
Somatic	2.80	2.82	- .24	.81

En la Tabla 11 se observan los resultados de la aplicación de un análisis de varianza para saber si existen diferencias entre las medias de la Ocupación de las mujeres de la muestra estudiada, después se aplicó una prueba post hoc de Sheffe encontrándose sólo diferencias en los grupos Ama de Casa y Profesional para el factor Conducta.

Tabla 11

Diferencias entre ocupación

Factor	Ama de Casa	Estudiante	Técnico	Profesional	Otros	Sheffe	F	P
Conducta	5.62	5.66	6.06	6.24	6.15	1, 4	3.90	.004*
Capacidad	3.81	3.91	4.10	4.00	3.95		.90	.46
Suficiente	5.04	5.16	5.24	5.00	5.00		.28	.88
Sintomático	2.68	2.70	3.03	2.79	2.95		1.97	.10

* $p \leq .05$

CAPITULO 6

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Los propósitos de la presente investigación fueron: saber si se ha incrementado el interés de las mujeres por estar mejor informadas, identificar las necesidades de las mujeres por conocer las normas de conducta existentes para no contraer la infección y por último conocer la magnitud de la preocupación de las mujeres por informar sobre esta pandemia tanto a su familia como a su comunidad.

Con los resultados obtenidos a partir de la aplicación de 150 cuestionarios (Anexo) se obtuvo un perfil de las mujeres que contestaron, mismas que reunieron los siguientes requisitos: tener de 20 a 45 años y tener pareja estable con un mínimo de un año de antigüedad.

Este perfil se describirá primero por características sociodemográficas y enseguida por áreas.

En cuanto a datos sociodemográficos se tiene que la mayoría 52.7% de las mujeres que contestaron las llamadas son casadas siguiéndole con un porcentaje de 35.3% las mujeres solteras, en general como se puede ver cada vez se tiene con mayor frecuencia una vida sexual activa en mujeres que no están casadas lo que prevé que tengan a lo largo de este periodo sexualmente activo prematrimonial un mayor número de parejas sexuales por lo tanto se supone mayor riesgo de infección por VIH/SIDA, pues se sabe que en el último sexenio la tasa de infecciones en mujeres con pareja estable se ha estado incrementando alarmantemente (CONASIDA, 1995); afortunadamente según los datos obtenidos en la presente investigación las mujeres de este grupo en general están tomando una actitud más positiva en cuanto a conductas preventivas se refiere.

Se tiene por otro lado en este estudio, que las mujeres que han tenido mayor interés por informarse sobre esta pandemia son en primer lugar las que cuentan con educación profesional y en seguida las que tienen instrucción media superior, esto hace pensar que

estas mujeres por su educación tienen mayores posibilidades de una interacción cultural variada que las hace más susceptibles de considerar la información que sobre VIH/SIDA les llegue y finalmente de tener más alta percepción de riesgo (Liguori 1996 y Peláez et al 1995).

Con respecto a la ocupación se tiene con mayor porcentaje de llamarlas, a las amas de casa; esto revela el conocimiento de esta población por la problemática sufrida, es decir, la frecuencia cada vez mayor de los casos de infección en estas mujeres, (CONASIDA, 1995) indicando una mayor preocupación por su bienestar, esto aún cuando en general no se perciben como personas con riesgo puesto que una gran parte de ellas, según el cuestionario, practican la fidelidad.

En relación con la edad las personas que más llamaron están entre los 20 y 25 años de edad, hecho que como lo revelan los datos de CONASIDA (1989) se debe a que en esta edad, es cuando se tiene mayor actividad sexual, y por lo tanto existe mayor riesgo de infección.

Es importante señalar que tanto amas de casa con profesión, como profesionistas que laboran fuera de casa fueron los grupos que reportaron mayores acciones concretas, es decir, medidas de prevención, acudir al médico así como el informarse y replicar la información a sus seres cercanos. Lo que refuerza la idea antes expuesta de que a más educación e información sobre VIH/SIDA habrá más percepción de riesgo y posiblemente menor incidencia en la frecuencias de las infecciones por VIH (Peláez et al, 1995).

En un reporte anterior los datos del CONASIDA (1989) revelan que la forma más común de contagio del VIH/SIDA, en adultos es por vía sexual, esta información sirvió a reducir en los resultados obtenidos en esta investigación, donde la gran mayoría de la población femenina reportó haber tenido riesgo en relaciones sexuales sin condón con sus parejas y a su vez reportan tener conocimientos sobre las principales vías de transmisión del VIH/SIDA, lo cual lleva a redundar sobre la idea múltiplemente mencionada acerca de que las mujeres no asumen la responsabilidad de tomar sus propias decisiones acerca de su sexualidad (Pick, 1995).

Debido a que el tema del VIH/SIDA implicó tratar la sexualidad, a muchas mujeres se les dificultó hablar sobre sus prácticas de riesgo con personas desconocidas, no obstante a esta limitante hubo buena disposición para responder al cuestionario, se consideró que esto se debió a la explicación aclaratoria y a que el servicio es anónimo, confidencial y voluntario (Carrillo, 1990).

En cuanto a las áreas evaluadas en el instrumento se tiene que en la esfera conductual las mujeres de la muestra observan una conducta positiva ante el problema del VIH/SIDA, es decir, una baja propensión a conductas de riesgo, sus reacciones ante esta enfermedad son, cuando las hay, positivas lo que nos conduce a saber que a mayores conocimientos de la enfermedad habrá mayor conducta profiláctica (Panebianco, 1995).

Con respecto al área social-familiar se observa, una vez más, que las mujeres en general tienen buena disposición en lo que a ayuda y cuidados de enfermos se refiere tanto como en ayuda y comunicación hacia su entorno social en general (Gómez, 1995).

En lo referente al área cognitivo-afectivo se tiene que las mujeres de la muestra estudiada se perciben con poca información acerca del VIH/SIDA, obviamente el CONASIDA, durante casi diez años ha difundido en los diferentes medios de comunicación mensajes y programas respectivos a información y prevención del VIH/SIDA, sin embargo, y después de todos estos esfuerzos de información y con base en lo reportado por las mujeres que participaron en esta investigación se llegó a la conclusión de que se debe enfatizar sobre la necesidad de implementar campañas informativas con objetivos poblacionales específicas, hacia las mujeres, ya que esta carencia de información podría conducirles a no percibir el alto riesgo de contraer la infección (García, 1996).

En el área somática se encontró que la población estudiada tiene en general cuidados médicos lo que resulta en un bajo temor acerca de contraer la infección, siendo las mujeres con mayor escolaridad las que tienen, a su vez, mayor percepción de riesgo personal, al respecto existe poca información, no obstante se podría pensar que si las mujeres asisten a servicios médicos tenderían a percibirse con menor riesgo ya sea por la información para cuidado personal o familiar, es decir, el acudir regularmente a este servicio sanitario,

conduciría a pensar que son mujeres preocupadas por la salud propia y de su familia y que actúan en consecuencia y por lo tanto están en menor riesgo.

En todos los tiempos ha habido fenómenos naturales que por su incidencia social parecen comprometer la conciencia que destina al drama humano de la casualidad natural. El VIH/SIDA es el caso más notable del siglo XX.

Se trata de una enfermedad cuyo origen no conocemos suficientemente, pero de la que podemos asegurar que nada tiene que ver con nuestros vicios ni con nuestras virtudes. Incluso, en el supuesto de que el virus se hubiera propagado por una torpe manipulación científica, que es una de las hipótesis, ello no significa que sea castigo divino por nuestros pecados. El virus, por lo tanto, no se combate fomentando el pánico y la culpa, sino aumentando los conocimientos sobre su proceso causal.

Por todo lo anterior podemos decir que las actuaciones proyectadas para la prevención y posible cura del VIH/SIDA no pueden ser solo de unos grupos que sean los que tomen decisiones al respecto sino de todo al que le concierna esta enfermedad, que en realidad somos todos, y la educación aunada a la prevención que hasta ahora es el único medio de control, debe ser una decisión de primer orden.

Quienes aseguran que el virus proviene de la inmoralidad pertenecen al mismo grupo de quienes creían que la lepra era un mal que padecía quien soportaba el peso de las faltas de sus padres o de quienes creían, y aún creen, que los terremotos penalizan la maldad o la lujuria de los habitantes de una ciudad (Pérez, 1985).

El VIH/SIDA no es consecuencia de un real o supuesto desorden moral, entre muchas otras cosas, porque este desorden no significa sino la sustitución de ciertos ritos y prácticas convencionales por otras más flexibles que también cambiarán en algún momento, tarde o temprano, con el devenir y el desarrollo de las sociedades (Monsivais, 1995).

Las conductas sexuales consideradas correctas han cambiado en cada época, en cada lugar. Todos hemos transgredido tabúes, los tabúes aceptados así por la colectividad o los

considerados por una persona o por un grupo, pero quien transgrede un tabú no tiene por que ser destruido por la ira divina.

El principal reto que plantea el VIH/SIDA tiene que ver con la higiene, no con la moral. Por higiene entonces debe recomendarse el uso del condón en las relaciones sexuales, debe educarse sexualmente a los jóvenes y aún a los adultos sin remilgos.

A este respecto se sabe que por generaciones las mujeres han tenido un importantísimo lugar ya que históricamente han sido, son y seguramente serán indefinidamente las educadoras de las nuevas generaciones; e aquí la importancia trascendental de la educación de las mujeres al respecto del VIH/SIDA.

Sugerencias

Con base en la investigación realizada y en los resultados obtenidos se tienen las siguientes sugerencias:

1- La creación de un programa sobre Sexualidad y VIH/SIDA que instruya de manera global a las mujeres sobre prevención y autocuidados en caso de infección, que este programa se proporcione de manera personal a quien así lo quisieran y/o se hiciera una adaptación del programa para proporcionarlo por teléfono a las mujeres que así lo prefirieran.

2- Bombardear de manera permanente e incisiva con información sobre VIH/SIDA a través de los distintos medios de comunicación -televisión, radio, periódico, etc.- haciendo énfasis en el cambio de conductas tratando de afectar a) motivación hacia la salud, b) percepción de riesgo c) eficacia de tratamientos y d) barreras a la acción (Stone, Cohen, Adler; 1979).

Es importante tener presente que, para que el VIH/SIDA se vea como un riesgo real en toda la población y específicamente en las mujeres, las campañas de información y educación deben integrar aspectos de la vida cotidiana ya que las mujeres y la población en general se tiene que identificar con la representación de situaciones y personajes reales para que haya un verdadero aprendizaje.

3- Captar en diferentes lugares -escuelas, colonias, el servicio de telSIDA, y otros servicios voluntarios- a mujeres interesadas en VIH/SIDA y capacitarlas para que a su vez ellas proporcionen información.

BIBLIOGRAFIA

- ALFARO MARTINEZ LILIA (1991) "SEXUALIDAD Y SIDA EN EL ADOLESCENTE" MEXICO, TESIS UNAM.
- ALVAREZ GAYOU J.L. (1987) ELEMENTOS DE SEXOLOGIA MEXICO, ED. INTERAMERICANA.
- ARMENGAUD M. Y RICARD E. (1995) EL NACIONAL, LETRAS; NUM. 11.
- BAYES R. (1994) "SIDA Y PSICOLOGIA: REALIDAD Y PERSPECTIVAS" REVISTA DE PSICOLOGIA GENERAL Y APLICADA, 47, 2.
- BUENDIA M.; GUEMES T. (1993) "PERFIL PSICOLOGICO DEL PACIENTE SINTOMATICO Y ASINTOMATICO DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA VIII" MEXICO TESIS.
- BRONFMAN M. (1989) "LA MIGRACION INTERNACIONAL Y EL SIDA: EL CASO DE MEXICO Y LOS ESTADO UNIDOS" EN SEPULVEDA SIDA, Y SOCIEDAD EN MEXICO.
- BRIBIESCA L. (3, 4 MARZO, ABRIL 1989) "EL SIDA DOGMAS E INCERTIDUMBRES" MEXICO GACETA MEDICA DE MEXICO VOL. 125.
- BETTELHEIM B.; Y JANOWITZ M. (1975) CAMBIO SOCIAL Y PREJUICIOS COLECCION BIBLIOTECA DE PSICOANALISIS. MADRID, ED. FONDO DE CULTURA ECONOMICA.
- BRONFMAN M.; AMUCIASTEGUIA.; MARTINA R.; MINELLO N.; RIVAS M. (1996) EL NACIONAL, LETRAS; NUM. 15.
- BAYER R. (1996) EL NACIONAL, LETRAS; NUM. 17.

- BERNEDE M. (1995) EL NACIONAL, LETRAS; NUM. 11.
- BARREDA L. (1995) EL NACIONAL, LETRAS; NUM. 14.
- CONASIDA; (1987, 1988, 1989, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996). MEXICO, GACETA CONASIDA.
- CARRILLO E. (1990) "TELSIDA: MAS QUE UN SERVICIO INFORMATIVO. MEXICO, GACETA CONASIDA 2.
- CONASIDA (1995) VOL. 1 NUM. SIDA/ETS "SITUACION EPIDEMIOLOGICA DEL SIDA EN MEXICO" MEXICO.
- CARDENAS A. (1990) "LA SEXUALIDAD DESDE EL SIDA" MEXICO, TESIS UNAM.
- COVLAN S. (1995) EL NACIONAL, LETRAS; NUM. 12.
- DIAZ R.; LOPEZ A.; VILLAGRAN G. (1995) "PERCEPCION DE RIESGO, ATRIBUCION DEL CONTAGIO Y ASPECTOS EMOCIONALES EN RELACION CON EL SIDA" PSICOLOGIA SOCIAL Y CONDUCTA SEXUAL VOL. 13 MEXICO UNAM.
- DIAZ R.; RIVERA S. (1995) "PREVENCION DE CONTAGIO DE VIH: APLICACION DE LA TEORIA DE ACCION RAZONADA A LA PREDICCION DE USO DEL CONDON" AVANCES EN PSICOLOGIA CLINICA LATINOAMERICANA VOL. 13 MEXICO UNAM.
- ENCICLOPEDIA SALVAT DICCIONARIO (1983) MEXICO, ED. SALVAT MEXICANA DE EDICIONES S.A. DE C.V.
- GARCIA B. (1986) "EL HOSTIGAMIENTO SEXUAL EN LAS MUJERES TRABAJADORAS" LA PSICOLOGIA SOCIAL EN MEXICO VOL. 1 MEXICO AMEPSO.

- GODINEZ A. (1994) "EL PROCESO DE DUELO Y SU RELACION CON EL VIH/SIDA (REVISION DOCUMENTAL, PROPUESTA Y ELABORACION DE UN INSTRUMENTO) MEXICO TESIS.
- GUERRERO G. (1993) "ACTITUD DE LOS ADOLESCENTES HACIA LA HISTORIETA COMO MEDIO INFORMATIVO EN LA PREVENCION DEL SIDA" MEXICO TESIS UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MEXICO.
- GREGORY H.; GLUNT E. (1988) AN EPIDEMIC OF STIGMA PUBLIC REACTIONS TO AIDS. GRADUATE SCHOOL OF THE CITY UNIVERSITY OF NEW YORK.
- GARCIA N. (1996) EL NACIONAL, LETRA S; NUM. 17.
- GOMEZ E. (1995) EL NACIONAL, LETRA S; NUM. 5.
- GONZALEZ J. (1995) EL NACIONAL, LETRA S; NUM. 13.
- KATCHANDORIAN H. (1983) LA SEXUALIDAD HUMANA MEXICO, ED. FONDO DE CULTURA ECONOMICA.
- LUNA E. (1990) "SIDA" EN LOS UNIVERSITARIOS MEXICO, TERCER EPOCA NO. 9 UNAM.
- LIGUORI A. LAMAS M. (1996) EL NACIONAL, LETRA S; NUM. 17.
- LOPEZ G. (1995) EL NACIONAL, LETRA S; NUM. 12.
- LOPEZ A. (1991) "MECANISMOS DE NEGACION Y SU RELACION CON LA INFECCION POR VIH" MEXICO, TESIS UNAM.
- LOPEZ V. "EL SIDA EN MEXICO, UN PROBLEMA DE SALUD NACIONAL" NEMATHUANI REVISTA DE PSICOLOGIA Y CIENCIAS SOCIALES ENEP ZARAGOZA, MEXICO UNAM NUM. 6

- MIRELES V. (1990) LA PLAGA DEL SIGLO: INFECCION POR VIH UN ENFOQUE DIFERENTE MEXICO.
- MILLER D.; WEBWER J.; GREEN J. (1989) ATENCION DE PACIENTES DE SIDA MEXICO, ED. MANUAL MODERNO.
- MASTERS W.; Y JONHSONS V. (1978) RESPUESTA SEXUAL HUMANA BUENOS AIRES, ARGENTINA ED. INTER-MEDICA.
- MONSIVAIS C. (1995) EL NACIONAL, LETRA S; NUM. 12.
- ORELLAN G.; GONZALEZ M. (1991) "REPRESENTACION SOCIAL DEL SIDA EN ADOLESCENTES" MEXICO TESIS, UNAM.
- PANEBIANCO S. (1995) EL NACIONAL, LETRA S; NUM. 5.
- PEREZ TAMAYO RUY (1985) ENFERMEDADES VIEJAS Y ENFEMEDADES NUEVAS MEXICO ED. SIGLO XXI.
- PELAEZ D.; TOLENTO I. (1995) "¿QUIEN LLAMA A LA LINEA DE INFORMACION SOBRE SIDA? PERFIL DE LAS PERSONAS QUE LLAMAN A TELSIDA" MEXICO TESIS, UNAM.
- PALMA E.; Y SERRET E. (1988) "DOS TENDENCIAS MORALES EN TORNO AL SIDA: TRADICION Y MODERNIDAD" EL SIDA EN MEXICO LOS EFECTOS SOCIALES MEXICO ED. DE CULTURA POPULAR UAM AZCAPOZALCO.
- PIÑA J. (1988) "EL PAPEL DE LA PSICOLOGIA EN LA PREVENCION DEL SIDA" UNIVERSIDAD DE SONORA PSICOLOGIA SOCIAL EN MEXICO VOL II
- PALACIOS M. (1995) EL NACIONAL, LETRA S; NUM. 5.
- PICK S. (1995) EL NACIONAL, LETRA S; NUM. 10.

- RICHARDSON D.; (1991) LA MUJER Y EL SIDA. MEXICO ED. MANUAL MODERNO.
- ROZENBAUM W.; SEUX D.; KOUCHNER (1985) SIDA REALIDADES Y FANTASIAS MEXICO ED. KATUN.
- RHODES T. (1994) ARTICULO, "REINSERCIÓN SOCIAL DEL VIH, EDUCACIÓN DE LOS COMPAÑEROS Y CAMBIOS DE LA COMUNIDAD: DESARROLLO Y DILEMAS" SESIDA 5, 9.
- SEPULVEDA A; BRONFMAN M; RUIZ G; STANISLAWSKY E, VADESPINO J, (1989) SIDA, CIENCIA Y SOCIEDAD EN MEXICO MEXICO ED. FONDO DE CULTURA ECONOMICA.
- SUCHECKI D. (1989) "PORQUE NO HABLAR DE LA MUERTE" PSICOTERAPIA Y FAMILIA VOL. 2 NO. 2.
- SHERKOVIN I. (1985) "FORMAS MASIVAS DE CONDUCTA AL MARGEN DE LA COLECTIVIDAD" MEXICO PREDVECHINI Y COLS. PSICOLOGIA SOCIAL. ED. LETRAS MEXICO.
- SUSSMUTH R. (1995) EL NACIONAL, LETRAS; NUM. 11.
- STONE G.C; COHEN F; ADLER N; (1979) HEALTH PSYCHOLOGY (EDS.) CAP. 3
- THUNBERG U. (1976) DEATH AND THE DYING ADULT CLINICAL PERSPECTIVES. CAP. 50
- TREJO DELARBRE (1989) MEXICO LA JORNADA, ENCAPUCHADOS, DIC. 19.
- TREVIÑO S. (1996) EL NACIONAL, LETRAS; NUM. 17.
- URIBE P. (1995) EL NACIONAL, LETRAS; NUM. 5.

- VELAZQUEZ G., GOMEZ R.; ARANGO V. (1993) FUNDAMENTOS DE MEDICINA:SIDA
ENFOQUE INTEGRAL COLOMBIA ED. CIB CORPORACION PARA
INVESTIGACIONES BIOLOGICAS.
- WALLACE M. (1996) EL NACIONAL, LETRA S; NUM. 17, 1996

ANEXO

EDAD:

OCUPACION:

EDO. CIVIL:

ESCOLARIDAD:

1.- *Ha tenido Ud. alguna otra pareja sexual desde que tiene pareja estable?*

Si ()

No ()

2.- *Creé Ud. estar bien informada acerca de esta enfermedad?*

Si ()

No ()

3.- *Creé Ud. que las personas que padecen esta infección merecen ser castigadas?*

Si ()

No ()

4.- *Habla Ud. con su familia acerca de esta enfermedad?*

Si ()

No ()

5.- *Ha utilizado Ud. los métodos para la prevención de esta infección?*

Si ()

No ()

Cuál

6.- *Se ha practicado Ud. la prueba de detección del VIH?*

Si ()

No ()

7.- *Acude Ud. al médico regularmente para chequear su salud?*

Si ()

No ()

8.- *Considera Ud. que ha tenido algún riesgo de infección del virus?*

Si ()

No ()

9.- *Ha tenido Ud. síntomas físicos que le hagan pensar que pudiera estar infectada?*

Si ()

No ()

10.- *Creé Ud. que en caso de estar infectada, recibiría apoyo de su familia, su pareja?*

Si ()

No ()