1. PRIMERA PARTE.

1.1. Introducción.

En el mes de septiembre de 1992, fuimos invitados por el Dr. Marco Aníbal Rodríguez (Director del Hospital Metropolitano de la Subsecretaría Estatal de Salud), para participar como colaboradores en la Comisión del Centro de Información y Atención del VIH-SIDA en el Estado (orígenes del Consejo Estatal de Prevención y Control del SIDA en Nuevo León).

A partir de esta fecha, durante un año estuvimos participando en actividades preventivas del VIH y atención al SIDA; en este tiempo se recibió capacitación por parte del personal del CONASIDA, en México D.F., donde se nos dio a conocer las maneras de transmisión del VIH, así como los programas preventivos para combatir el problema del SIDA a nivel nacional.

De esta experiencia, mediante la observación, cuestionamientos y pláticas formales e informales con los expertos del CONASIDA, pudimos darnos cuenta que la mayoría de las personas que se atienden en estos centros de atención y control del SIDA, pertenecen a los grupos que están considerados como los que tienen prácticas de alto riesgo al VIH-SIDA: homosexuales y bisexuales masculinos, drogadictos y personas prostitutas[1].

En México los grupos de población antes mencionados, son los que están identificados como los que tienen más prácticas de alto riesgo al virus del SIDA, desde que apareció está enfermedad en nuestro país, así lo señala Rico (1989:255). Por tal motivo se ha insistido en dirigir campañas claras y directas a estas poblaciones, dejando de un modo implícito la mención del riesgo de transmisión al VIH, en el cual se encuentra la población heterosexual.

Esta es la explicación que nos damos acerca del por qué es más fuerte la demanda de servicios a estos centros de atención al VIH-SIDA, por parte de los grupos considerados hasta ahora como de más riesgo a la infección. Aunque tenemos presente

---

[1]También existe un Centro que ofrece atención preventiva a estudiantes universitarios, aún cuando éstos no están considerados en los grupos con prácticas de alto riesgo al VIH-SIDA.

que también existen otras razones de fuerza superior; como son los prejuicios, los valores, los mitos, los estigmas y otras actitudes en relación al SIDA, que están dentro del marco cultural de la población heterosexual, las cuales son fomentadas en la sociedad. Soberón (1989:13), dice: "estas actitudes de la población heterosexual, solo vienen a dificultar la prevención y tratamiento del problema".

La realidad nos dice que a más de 12 años de tener el problema del SIDA entre nosotros, esta población aún no siente la cercanía de la infección. Ante esta actitud surge la duda: ¿En realidad no tienen prácticas de riesgo o no están conscientes de ello? ¿Acaso no han sido o son parejas sexuales de la población considerada de alto riesgo por sus prácticas sexuales?.

De lo anterior surge la inquietud por realizar una investigación en la que el objeto de estudio sea la conducta sexual de esta población, identificada socialmente como heterosexual , a quien no se le menciona de un modo directo y claro como grupo de riesgo a la infección del VIH-SIDA. Y para esto pensamos elaborar un modelo rector que incluyera variables relacionadas con su conducta sexual; así como también acerca de los conocimientos, opiniones y actitudes que tienen sobre el riesgo de transmisión sexual al VIH.

Es necesario mencionar que en cualquier investigación social, por muy modesta que sea, se presentan obstáculos en la confiabilidad de los resultados, por el riesgo que existe de caer en la subjetividad, sobre todo cuando se tocan los aspectos culturales de las poblaciones a estudiar. En este caso, la primera preocupación que se nos presentó fue la duda acerca de la disposición de las personas para responder a cuestionamientos acerca de su vida sexual.

Ante este temor, pero con la insistencia por llevar a cabo este estudio, influenciados por las recomendaciones que nos hacen algunos autores de Metodología de Investigación Social acerca de que los temas a investigar deben ser siempre de interés para el que investiga y que estos deben involucrar un problema social, nos dispusimos solicitar una opinión sobre la viabilidad del tema elegido con expertos investigadores que en sus estudios hubiesen tocado los aspectos socio-culturales de las personas.

Para esto acudimos con el Dr. Luis Leñero[2], quien acababa de terminar su investigación: Varones, Neomachismo y Planificación Familiar (1992). Él nos motivó a continuar adelante con nuestro proyecto, ofreciéndonos su confianza al argumentar que la gente sí responde a preguntas sobre su vida sexual; y nos dio como sugerencia que se tuviera mucho cuidado en la elaboración de las preguntas, así como la manera en que se abordaría a la población.

---

[2] Investigador Social de la Familia en México. Director del Instituto Mexicano de Estudios Sociales, A.C.

El Dr. Manuel Ribeiro[3], autor de diversos estudios sobre la familia (Familia y Fecundidad, Divorcio en Monterrey, entre otros), y quien fue nuestro asesor de tesis, también nos ofreció su apoyo para continuar con el estudio elegido, haciéndonos una vez más la recomendación del cuidado que debíamos tener al interrogar a la población, sobre un asunto tan delicado como es su sexualidad.

Nuestro interés por realizar este estudio se debe a que una de nuestras funciones como profesionistas de Trabajo Social en el Centro de Información y Atención al VIH-SIDA en Nuevo León, es colaborar en la Planeación y Ejecución de programas dirigidos a la prevención y atención del SIDA en el estado, y para cumplir eficazmente con estas tareas, la autora del presente considera importante conocer la situación de la población en relación a su actitud y conducta sexual; para que en base a estos conocimientos se puedan elaborar programas educativos encaminados a la prevención del SIDA en nuestra región. Por lo que decidimos empezar por conocer la realidad de un grupo pequeño sobre su situación de riesgo al VIH-SIDA, para dirigir nuestra acción con las personas que reúnan las características socio-culturales de la población estudiada. (esto se toma como un inicio, para después continuar con muestras más amplias y de aspectos sociales diferentes).

1.2. Justificación.

"El SIDA es un problema que está considerado no sólo como una cuestión médica y de salud pública, sino también como un asunto social, que concierne al individuo, familia, grupos específicos y al estado; como los responsables para conducir su atención" (Soberón, 1989:3). De acuerdo con esta declaración, como profesionista de Trabajo Social considero que es parte de nuestra labor asumir la responsabilidad necesaria de dirigir nuestras actividades hacia el logro de la disminución del riesgo a la transmisión sexual del VIH-SIDA, en la cuál se encuentra la población general.

Es de nuestro conocimiento que hasta la fecha no se ha logrado encontrar una cura a la enfermedad del SIDA, la cuál esta considerada hasta ahora como mortal; y que tampoco existe una vacuna que pueda evitar la infección del virus, ya que "se nos ha repetido un sin fin de veces que la única medida preventiva que se tiene es la educación de la población para que evite conductas riesgosas en el aspecto de su sexualidad" (Castro, 1989:417).

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), a través del Dr. Antohony Fauci[4] (1991), insiste en declarar que la prevención es la única tarea estratégica para combatir el SIDA, ya que los científicos que están buscando una vacuna o tratamiento nos dicen que se puede llegar al año 2000 sin que se tengan noticias positivas. Ante estas pocas esperanzas que nos dan en las áreas clinico-médicas,

---

[3] Investigador Social de Familia. Facultad de Trabajo Social, Universidad Autónoma de Nuevo León.

[4] Director de Institutos Nacionales de la Salud (de enfermedades infecciosas). O.M.S.

pensamos que estamos en un momento de mucha responsabilidad profesional para las áreas humanistas; como son : la Sociología, la Antropología, la Psicología, la Filosofía, el Trabajo Social, etc., pues creemos que los profesionistas de estas disciplinas tienen mucha tarea por hacer en la fase de prevención para disminuir la rápida aceleración de la expansión del SIDA en nuestro país y en el mundo.

Específicamente hablando de la profesión de el Trabajo Social, estamos convencidos de que esta cubre el perfil idóneo para trabajar en la prevención de este problema, ya que en su formación profesional se proporcionan las herramientas técnicas para funcionar como Educadores Sociales.

Angélica Gallardo (1976:78), en su libro de Metodología Básica de Trabajo Social, dice que la misión del Trabajador Social es la de "Transformador Social", y para cumplir con esta función nos ofrece tres estrategias a seguir:

- La primera es conocer la problemática de la situación social, es decir, investigar.
- La segunda es planear la acción, en base a lo conocido.
- La tercera es producir transformaciones en lo subjetivo, es decir, en las estructuras mentales de la gente.

Ante estas palabras, se cree necesario recordar que todas nuestras tareas deben estar dirigidas a la acción, a un "hacer social" y no a un "hacer por hacer"; y estas deben estar fundamentadas en una efectiva planeación, la cuál solo es posible si partimos de un conocimiento real de la situación.

Para la prevención del SIDA se nos dice que debemos modificar actitudes y conductas que ponen en riesgo a la población de adquirir la infección del VIH-SIDA, y para lograr esto, consideramos que la tarea del Trabajador Social esta en primero conocer cuales son esas conductas y actitudes de riesgo existentes en la población, que debemos cambiar.

Para ubicarnos un poco más en la tarea del profesionista de Trabajo Social en la prevención del SIDA en nuestro país, mencionamos a Guillermo Molina Chocano[5], quién dice: "El contexto social obliga no sólo al Trabajador Social, sino a todo profesionista a intervenir en la realidad de una forma completa, es decir, analizando tanto a la sociedad civil, como al estado, enfatizando los cambios de las políticas sociales que implican nuevas modalidades, estructuras y estilos.

El trabajador Social actualmente enfrenta el reto de desarrollar la capacidad de comprender los nuevos acontecimientos y al mismo tiempo enfrenta también el desafío de encontrar soluciones parciales, sectoriales o de mayor grado de integridad ante

---

[5] Entrevistado por Martínez (1994:5).

diversas coyunturas y los problemas estructurales que persisten. La problemática social abre para el Trabajador Social contemporáneo nuevos espacios de intervención profesional, que requieren, además de las metodologías convencionales, el manejo de nuevas destrezas y habilidades para la investigación social, el análisis, la planeación y la ejecución. De esta forma podemos decir, que el Trabajo Social ha evolucionado".

Con base a lo anterior, consideramos que el VIH-SIDA como nueva problemática social, viene a presentar un campo de trabajo bastante amplio para el trabajador Social y nos exige una intervención efectiva para su solución.

En nuestro estudio con usuarios del Hospital Metropolitano, donde partimos con una muestra muy reducida (pero que cubre las características socio-demográficas y culturales de la mayor parte de la población a la cual van dirigidos los programas educativos de salud que imparte la Subsecretaría Estatal de Salud), pretendemos obtener una información sistematizada acerca del comportamiento sexual de la población heterosexual; basando nuestro interés por este grupo, en que cada vez está aumentando más el número de personas con esta identidad sexual, que han sido infectadas por el virus del SIDA.

Johnson (1990:20), dice que en Latinoamérica, que está tan cerca de los Estados Unidos, donde el patrón de transmisión es en homosexuales y drogadictos, existe cierta preocupación de que el SIDA se extienda de una manera muy rápida a la población heterosexual.

Por esta razón creemos que es importante conocer acerca de la conducta sexual de esta población, así como hacer un análisis de esta en relación con los factores psico-socio-culturales, subyacentes a tal comportamiento.

Aunque no dudamos que existan datos sistematizados relacionados con la población general, consideramos que estos no son suficientes para apoyarnos en la elaboración de programas educativos, que conlleven a un cambio de actitudes y conductas en la población que por ahora nos interesa, desde su situación de creerse más alejados de la transmisión del VIH-SIDA.

1.3. SIDA y Sexualidad.

Existe una variedad de aspectos a través de los cuales se pueden hacer reflexiones acerca del SIDA, ya sea desde el punto de vista económico, político, biológico, sociológico, religioso, ecologista, antropológico, etc., pero en este caso sólo nos interesa abordar el tema en relación con la sexualidad, específicamente con el comportamiento sexual de las personas abordadas.

La O.M.S. define el SIDA como una enfermedad infecciosa y mortal, que es causada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el cuál sólo ataca, el nombre lo dice, a los seres humanos.

El significado de la palabra SIDA:

- *Síndrome*: Es el conjunto de síntomas de una enfermedad que tiene múltiples causas.

- *Inmunodeficiencia*: es el debilitamiento del sistema inmune o de defensa.

- *Adquirida*: que se adquiere por algún mecanismo de transmisión[6].

El virus del SIDA (VIH), se puede transmitir de tres maneras:

a) Por un contacto directo con sangre infectada (puede ser a través de transfusiones sanguíneas, piquetes con agujas contaminadas, etc.).

b) Por contacto sexual con una persona infectada.

c) Por vía perinatal (una mujer embarazada infectada por el VIH, puede transmitir la infección a su hijo durante el embarazo, el parto y posiblemente a través de la lactancia).

Las maneras como el VIH no se puede transmitir:

- Mediante el contacto casual (abrazos, besos, saludos de mano, convivir con enfermos, etc.).

- Por medio de picaduras de zancudos y otros insectos.

- Por compartir baños, teléfonos, albercas, vasos, platos, cubiertos.

- Por ponerse en contacto con lágrimas, sudor o saliva de una persona infectada con el VIH.

- Por medio de tos o estornudos de otra persona (AIDSCOM, 1991:6).

Ya conociendo las tres únicas vías de transmisión del VIH, tomamos para nuestro estudio sólo el riesgo a la infección por contacto sexual, ya que este se considera de más importancia, por el mayor número de casos de personas infectadas por este medio. Así lo hace saber Soberón (1989:14).

---

[6] Tomado por CONASIDA en folleto de Información Básica sobre SIDA.

Consideramos de relevante importancia mencionar la diferencia que existe entre una persona enferma de SIDA y la que es seropositiva, como punto estratégico para entender el riesgo en que están las personas sanas de recibir la infección del VIH.;

- Una persona con SIDA es aquella que ha comenzado a desarrollar síntomas como inflamación de ganglios, fatiga, fiebre, diarrea crónica, escalofríos nocturnos, pérdida de peso, neumonía, etc. Cuando se presenta esta situación, se ha llegado a la etapa final de la infección.

- La persona seropositiva asintomática es aquella que tiene la infección pero permanece latente, es decir, todavía no manifiesta ningún síntoma de la enfermedad, y puede permanecer sin mostrar ninguna señal física de 5 a 10 años después de haber recibido el virus en su organismo (AIDSCOM, 1991:6).

Cuando las personas están en la etapa de seropositividad es cuando más riesgo representan para la población sana, ya que su apariencia es de buena salud que ni ellas mismas sospechan que son portadores del VIH-SIDA, y obviamente, las personas que se relacionan sexualmente con estas tampoco se imaginan que están teniendo un encuentro directo con este virus mortal.

La O.M.S., dice que por cada caso de SIDA detectado existen entre 50 y 100 casos de personas infectadas asintomáticas, es decir, seropositivas[7]. Y la realidad en nuestro país, y en toda Latinoamérica, no corre a la par con las estadísticas oficiales ya que según autoridades sanitarias (más adelante se mencionan), en nuestro país aún no están registrados todos los casos.

Aunque en este estudio no se toca la transmisión del VIH por contacto directo con sangre, es necesario mencionar que aunque por este medio se han dado casos (y se siguen dando), en nuestro país no representa un riesgo mayor debido a que no existe un alto índice de drogadicción por vía intravenosa, como es el caso de los Estados Unidos, aunado a esto que en todas las unidades medicas se ha implantado una regla sanitaria que prohibe el uso de material hospitalario sin esterilizar.

En cuanto al riesgo de transmisión del VIH a través de las transfusiones sanguíneas, México confrontó el problema desde 1986, colocándose a la vanguardia en América Latina al haber impuesto la obligatoriedad del examen del virus a toda sangre que se va a transfundir, así como prohibir la compra-venta de sangre (UNICEF, 1991:3)[8].

Ante esta situación podemos decir que teóricamente la vía de transmisión sanguínea ha desaparecido en nuestro país al haberse impuesto un control estricto en las transfusiones de sangre; aunque sabemos que no es imposible contagiarse por este medio ya que tenemos presente que existe un mínimo riesgo en el período de

---

[7] Tomado por CONASIDA, programa educativo audiovisual, " Información básica sobre SIDA" 1987.

[8] Centro Nacional de Transfusión Sanguínea. Información tomada por UNICEF (1991:3).

incubación del virus (seroconversión), concepto mencionado por Stanislawski (1989:81), con el cuál entendemos que una sangre infectada puede estar en el período de incubación, y durante este tiempo el nuevo portador del virus todavía no se muestra como seropositivo. La explicación es que en la prueba de laboratorio todavía no es visible el virus, ya que este puede tardar de 3 a 18 meses para que pueda ser detectado en la sangre.

Esta situación nos dice que existe una posibilidad mínima de infección a través de las transfusiones de sangre, pero esta no se compara con el riesgo mayor que se da por contacto sexual, y la realidad en nuestro país nos indica que por este medio la población general no demuestra sentir temor.

Creemos que una investigación social que hable del SIDA sin relacionarlo con el comportamiento sexual de las personas, no estaría abordando correctamente el problema, ya que nos desviaría de la realidad; y la verdad es que entre los adultos la principal forma de infección del virus que causa esta enfermedad se da por vía sexual, situación que se presenta peligrosa para los seres humanos, ya que la necesidad de la intimidad física es fundamental.

Viviendo en un país en el que cada quién es libre de sus propios actos, la responsabilidad en el contagio del VIH por vía sexual recae en cada uno de los individuos, pero corresponde a las autoridades sanitarias ofrecer una información real de la situación para que la población pueda tomar una decisión a partir de esta.

Por esto consideramos necesario realizar estudios de los comportamientos de la gente no solo en el aspecto sexual sino también en el cultural; para conocer el grado en que los mitos, los prejuicios y todas las demás actitudes humanas ayudan a disminuir o extender el problema del SIDA en nuestro país.

En relación con la sexualidad López Ibor (1984:5), dice que esta constituye una dimensión esencial de la conducta humana y que a pesar de ser un aspecto tan importante en la vida de todo ser humano, tratamos a toda costa de ocultarlo como si fuera algo no existente o que carece de importancia. Sobre esto podemos decir que precisamente por ser un factor tan importante en la vida de toda persona por la intimidad que implica, es por lo que se nos dificulta hablar de ella; y el SIDA nos llega hoy faltando unos pocos años para entrar al siglo XXI exactamente por el aspecto más complicado de tratar.

La sexualidad ha sido considerada durante muchos siglos como tema tabú, y el SIDA nos viene a recordar en la era del avance tecnológico que en relación al crecimiento como seres humanos la situación no ha progresado mucho, o al menos así lo parece en nuestro país.

Noguer Moré (1971:9), dice "el problema sexual, es tan antiguo como el hombre". Si hacemos una revisión de los datos históricos de la humanidad encontramos que

desde los tiempos más antiguos existen situaciones problemáticas relacionadas con la sexualidad, mismas que han sido siempre las más complicadas y las menos discutidas por los gobiernos y autoridades religiosas.

Desde que el hombre existe, a lo largo de toda su historia, han surgido problemas relacionados con su sexualidad en diferentes aspectos: en la economía, en la política, en la demografía, en la cultura, en la familia, y en otras facetas donde se involucra el ser humano, sin olvidar el aspecto de salud que es donde ahora se nos presenta el problema sexual en alianza con el SIDA.

Aprovechamos este apartado para dar algunas definiciones relacionadas con sexualidad, que se estarán utilizando durante el desarrollo de este tema. Las presentes fueron tomadas de AIDSCOM (1991:8).

- Sexualidad es referente a los diversos componentes culturales e individuales que ejercen su influencia sobre la manera en que una persona expresa su rol y orientación sexual. Incluye factores como la imagen que la persona tenga de su cuerpo, su amor propio y el concepto de sí mismo.

- Orientación sexual es en relación al sexo hacia el cuál se siente atraída sexual o afectivamente una persona, esta puede ser:

  a) Heterosexual, cuando las personas se sienten atraídas por personas del sexo opuesto.

  b) Homosexual, en el caso de personas que sienten atracción por personas de su mismo sexo.

  c) Bisexual, cuando existe la atracción por ambos sexos.

- Los roles sexuales vienen a ser parte del conjunto preescrito de comportamientos atribuidos al sexo masculino y al sexo femenino, que se consideran apropiados y aceptables según una serie de valores y creencias socio-culturales.

Debido a que el concepto de sexualidad tiene amplias dimensiones, en nuestro estudio sólo nos limitamos a manejar el aspecto de la conducta sexual como tema central, relacionado con el riesgo de transmisión al VIH-SIDA.

López Ibor (1984:345), define la conducta sexual como el producto del impulso instintivo que lleva al individuo a desear un objeto sexual adecuado, que lo lleve a satisfacer sus necesidades a través de una relación sexual. Dice que está condicionada en su expresión y realización por la estructura social e histórica en la que el hombre se encuentra inmerso; por lo tanto la conducta sexual es siempre el resultado entre la formación individual, educación y posibilidades sociales de realizar un determinado comportamiento.

Los grupos conservadores en nuestra sociedad tales como el grupo Pro-vida, consideran al SIDA como una prueba de que sólo sus valores son los correctos.

Ellos reprueban conductas tales como el sexo fuera de matrimonio, y dicen que esta enfermedad es un castigo de Dios por estar aceptando la homosexualidad, la prostitución y la promiscuidad. Así lo declaran cuantas veces tienen oportunidad, a través de los diferentes medios de comunicación.

1.4. Antecedentes.

1.4.1. Orígenes del SIDA.

Creemos conveniente hablar en forma muy breve acerca de los orígenes del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), para luego ubicarnos en la situación actual a nivel mundial, nacional y estatal, y así poder ofrecer una justificación acerca del porqué hemos elegido este tema de estudio.

Ahora ya sabemos que el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida es una enfermedad mortal que es causada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), factor causal que se encuentra en los líquidos del cuerpo humano de una persona infectada; como son la sangre, el semen, la secreción vaginal, la saliva (en poca concentración) y la leche materna, y que estos líquidos se pueden intercambiar entre dos personas sólo a través de un contacto físico muy íntimo.

Rico (1989:243), nos ofrece algunos datos históricos obtenidos de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.). En 1978 se presentaron en diferentes lugares de los Estados Unidos de América, cinco casos de jóvenes identificados como homosexuales, quienes llamaron la atención de autoridades médicas porque presentaban síntomas físicos no comunes en las personas jóvenes, por mencionar alguno está un tipo de cáncer de piel conocido en el área médica como Sarcoma de Kaposi, una enfermedad propia de pacientes en edad avanzada. Esta situación comenzó a alarmar a la población científica, ya que se empezó a sospechar que estábamos frente a una nueva enfermedad.

Fue así como se iniciaron las investigaciones ante este problema de salud, el cual vino a desencadenar toda una serie de consecuencias en las demás áreas en que se desenvuelven los seres humanos: como son la economía, la política, la religión, la familia, el área laboral, las instituciones educativas, etc.

En un principio se pensó que esta enfermedad sólo afectaba a las personas masculinas con identidad homosexual, por el hecho de haberse encontrado los primeros casos de SIDA en un grupo de hombres con estas características.

Pocos años después, en 1982, se dio el nombre a esta enfermedad recién descubierta como Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Y fue en 1983 cuando el Dr. Luc Montagnier del Instituto Pasteur de Francia logró aislar el agente causal. En 1984 el Dr. Robert Gallo y su grupo de investigadores del Instituto Nacional de Cáncer en los Estados Unidos de América, aislaron un virus con las mismas características del que ya se había aislado, encontrándose más tarde que se trataba del mismo agente causal.

Después de una serie de conflictos que se desencadenaron en relación al "verdadero" descubridor del agente infeccioso causante del SIDA, en 1986 un grupo de expertos internacionales decidieron darle el nombre de Virus de Inmunodeficiencia Humana conocido por las siglas HIV (Siglas del nombre en Inglés).

Finalmente la O.M.S. determinó darle el mérito al Dr. Montagnier como el descubridor de este nuevo virus, por haber sido este el primero que lo aisló.

> A partir de 1989, con el fin de universalizar la terminología sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana y el SIDA, la Organización Mundial de la Salud ha recomendado que se fomente en todos los países de habla hispana el uso de la sigla HIV, que representa el nombre del virus en inglés, en lugar de VIH (CONASIDA, 1990a:4).

Sepúlveda Amor (1989:19), dice que se han encontrado evidencias de la existencia del virus del SIDA desde fines de los años cincuentas, ya que un suero guardado en una población de Zaire en 1959, fue sometido a la prueba de anticuerpos al HIV, resultando positiva al virus.

EL origen del SIDA es una duda que hasta hoy a pesar de tantos estudios científicos que se han realizado, no se ha podido determinar con exactitud. Los países avanzados culpan a los de el tercer mundo de haber sido los puntos infecciosos que extendieron la infección al resto del mundo. Los países del África son los más culpabilizados por los Estados Unidos (Sepúlveda Amor, 1989:20).

1.4.2. Situación del SIDA a nivel Mundial, Nacional y Estatal

Para poder brindar un panorama acerca de la situación en que nos encontramos en relación a casos VIH-SIDA nos apoyamos en los datos estadísticos existentes.

La Organización Mundial de la Salud define tres patrones de transmisión del Virus del SIDA en el mundo:

- En los Estados Unidos y el Oeste de Europa, la transmisión se da principalmente en la población masculina homosexual y en drogadictos intravenosos, y se está iniciando un incremento en la población heterosexual.

- En África, la infección se presenta mayoritariamente en población heterosexual.
- En América Latina, al igual que en los Estados Unidos, se da en la población masculina homosexual, iniciándose ya la extensión en la población heterosexual.

En china y Rusia, hay un índice muy bajo de transmisión (Johnson, 1990:20), aunque en 1994, en la región del sureste de Asia, los casos se incrementaron.

> Desde el inició de la epidemia del SIDA, se han infectado entre 9 a 11 millones de adultos y 1 millón de niños en el mundo; de estos casos, ya existen un millón quinientos mil casos de SIDA en la población adulta y 500 mil casos en los niños. Para el año 2000, se estima que las cifras ascenderán a entre 30 y 40 millones de infectados entre hombres, mujeres y niños. Los casos SIDA serán entre 12 y 18 millones, y 2 millones de estas personas, serán niños (Hurtado, 1993a:4)[9]

Con estas cifras alarmantes que han sido manejadas oficialmente a nivel mundial, nos damos una idea de la gravedad del problema, el cuál se presenta más preocupante al saber que está afectando a las personas que se encuentran en edad productiva (en la economía y fertilidad), y esta situación traerá trastornos económicos importantes a los países, porque dejará consecuencias muy graves. "El SIDA puede convertirse en la más costosa y catastrófica plaga en la historia" (Platas, 1992b:8).

En el Continente Americano, hasta fines de 1992 el país con más casos de SIDA reportados es Los Estados Unidos, en segundo lugar está Brasil y México ocupa el tercero, y ubicado actualmente en 10° lugar en el mundo (Hurtado, 1993d:3)[10].

Cuadro 1

Países americanos con mayor frecuencia de casos de VIH-SIDA*

Posición	País	N° de casos	Tasa por millón de Habs.
1	E.E.U.U.	289,320	1,174
2	BRASIL	36,481	253
3	MÉXICO	15,404	177
4	CANADÁ	7,770	299
5	HAITÍ	3,086	558
6	COLOMBIA	2,957	98
7	HONDURAS	2,510	523
8	ARGENTINA	2,456	77
9	VENEZUELA	2,342	125
10	REP. DOMINICANA	1,839	268
TOTAL		371,086	529

* Hasta el 30 de junio de 1993.
Fuente: CONASIDA

[9] Fuente: Periódico El Norte, 1° de Diciembre de 1992. Conasida.

[10] Fuente* Primer Congreso Latinoamericano sobre SIDA, celebrado en Argentina marzo, 1993.

A continuación se manejarán cifras que nos indican la situación en nuestro país, pero antes cabe aclarar que según declaraciones de autoridades de CONASIDA, las cifras manejadas no son las definitivas debido a que todavía hoy, a 12 años de estar el SIDA en nuestro país, existen casos que no han sido registrados como debe ser. "Hay un subregistro de casos muy alto", así lo declara Valdespino (1989:271)[11], Jefe del Departamento de Epidemiología de la Secretaría Nacional de Salud, Institución donde se deben reportar todos los casos, a nivel nacional. Relacionado con esta declaración, Fernando Zacarías (1994:26), quien es director del COESIDA de Jalisco, dice que existen en el mundo 3 millones de personas con SIDA, y es preocupante el número de hombres, mujeres y niños infectados por el VIH y que no están registrados, de los cuáles 2 millones 500 mil personas se encuentran en América Latina[12].

El promedio de casos notificados anualmente en nuestro país a partir de 1991 es de 3000. La edad promedio de las personas infectadas es de 25 a 44 años (Hurtado, 1993d:3)[13].

Cuadro 2
Casos acumulados de VIH-SIDA en México por grupos de edad y sexo*

GRUPO EDAD	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Menor de 1	71	0.5	49	2.2	120	0.8
de 1 a 4	104	0.8	68	3.0	172	1.1
de 5 a 9	67	0.5	25	1.1	92	0.6
de 10 a 14	64	0.5	16	0.7	80	0.5
de 15 a 19	197	1.5	63	2.8	260	1.7
de 20 a 24	1408	10.7	271	12.0	1679	10.9
de 25 a 29	2757	21.0	359	15.9	3116	20.2
de 30 a 34	2720	20.7	390	17.3	3110	20.2
de 35 a 39	1989	15.1	326	14.5	2315	15.0
de 40 a 44	1317	10.0	240	10.7	1557	10.1
de 45 a 49	887	6.7	169	7.5	1056	6.9
de 50 a 54	565	4.3	99	4.4	664	4.3
de 55 a 59	345	2.6	60	2.7	405	2.6
de 60 a 64	191	1.5	35	1.6	226	1.5
65 y más	168	1.3	41	1.8	209	1.4
desconocido	301	2.3	42	1.9	343	2.2
TOTAL	13151	100.0	2253	100.0	15404	100.0

*Hasta el 31 de agosto de 1993.
Fuente: CONASIDA.

[11] Conasida. Octubre 1992.

[12] Así lo declaró en el 6º Congreso Latinoamericano y 8º Congreso Mundial de Medicina Social, celebrado en Guadalajara, Jalisco.

[13] Notificado por Carlos del Río, Director de Conasida. (Periódico *El Porvenir*, 15 de Abril 1993).

Un aspecto importante que hay que destacar es que si bien al principio de esta epidemia en México, estaban siendo afectados mayoritariamente los varones, ya que en 1985 por cada 25 hombres había una mujer infectada, y actualmente por cada 6 hombres infectados hay una mujer infectada[14].

Según el CONASIDA, la razón hombre / mujer ha evolucionado de la siguiente manera en nuestro país:

Cuadro 3
Casos nuevos de VIH-SIDA por año de notificación y sexo. México 1983-1993.

AÑO	CASOS	TASA	RAZÓN H / M	% MUJERES
1983	6	0.07	6 / 0	0
1984	6	0.07	6 / 0	0
1985	29	0.3	14 / 1	6.9
1986	246	2.9	30 / 1	3.2
1987	518	6.6	12 / 1	7.9
1988	905	10.6	6 / 1	13.5
1989	1607	18.3	6 / 1	15.2
1990	2588	31.8	5 / 1	16.2
1991	3167	37.9	5 / 1	15.4
1992	3220	37.5	6 / 1	15.2
1993*	3112	35.7	6 / 1	14.1
1983-1993*	15,404	177.0	6 / 1	14.6

* Hasta el 31 de agosto de 1993.
Fuente: CONASIDA.

Los niños infectados por el VIH hasta marzo de 1993 son 410, así lo dice Patricia Uribe de CONASIDA (Hurtado, 1993d:3)[15].

En 1991, un 40.9% de mujeres adquirieron el VIH-SIDA y en 1993 este se incrementó a un 60%. En el estado de Jalisco, que ocupa el segundo lugar de casos SIDA en el país, la proporción de casos es que por cada 5 hombres, hay dos mujeres infectadas. Guadalajara es la ciudad con más casos a nivel nacional, donde existen 487 casos por cada millón de habitantes. (Hurtado, 1993d:3)[16]. Estas cifras hablan por sí solas acerca de la situación que vivimos en México.

En el estado de Nuevo León se detecta el primer caso de SIDA en 1985; en 1989 ya existían 143 casos, y para el año 1992 las cifras aumentaron a 361.

---

[14] Conasida.

[15] Fuente: Periódico *El Norte*, 15 de Abril 1993. Conasida.

[16] Fuente : Periódico *El Nacional*, 15 de Marzo 1993. Conasida.

En la distribución de casos por categoría de educación, los profesionistas ocupan el primer lugar con 124 casos; el promedio de edad de las personas infectadas es de 25 a 44 años, existiendo 481 casos.

Cuadro 4
Casos de VIH-SIDA según ocupación. Nuevo León, hasta enero 1994.

Ocupación	N	%
Profesionistas	124	19.4
Obreros	156	24.3
Empleados	162	24.9
Técnicos especializados	44	6.9
Desempleados	60	9.5
Comerciantes	37	5.8
Amas de casa	29	4.8
Estudiantes	14	2.1
Preescolares	4	0.6
Trabajadores del arte	4	0.6
Prostitutas	2	0.3
Lactantes	4	0.6
Se desconoce	1	0.2
Total	641	100.0

Fuente: sistema Estatal de notificación. Centro Estatal de Información, Prevención y Control de VIH-SIDA. Subsecretaría Estatal de Salud Nuevo León.

Cuadro 5
Casos acumulados de VIH-SIDA por grupos de edad y sexo. Nuevo León, 1994.

Edad	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
0 - 14	8	1.4	4	6.8	12	1.8
15 - 24	69	11.8	2	3.4	71	11.1
25 - 44	442	76.0	39	66.1	481	75.1
45 - 64	62	10.6	14	23.7	76	11.8
65 y más	1	0.2	0	0.0	1	0.2
Total	582	100.0	59	100.0	641	100.0

Fuente: Centro Estatal de Información, Prevención y Control de VIH-SIDA. Subsecretaría Estatal de Salud N. L.

En el patrón de transmisión sexual el mayor número de casos se debe a la práctica homosexual de personas masculinas, siendo 286 casos.

Cuadro 6
Casos de VIH-SIDA según categoría de riesgo. Nuevo León, hasta enero 1994.

Categoría	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Homosexuales	286	49.0	0	0.0	286	44.6
Bisexuales	151	25.9	0	0.0	151	23.6
Heterosexuales	134	22.9	54	94.7	188	29.3
Transfusiones	3	0.5	3	5.3	6	0.9
Hemofílicos	3	0.5	0	0.0	3	0.5
Homosexual/droga	3	0.5	0	0.0	3	0.5
Transplacentario	4	0.7	0	0.0	4	0.6
Total	584	91.1	57	8.9	641	100.0

Fuente: Centro Estatal de Información, Prevención y Control de VIH-SIDA. Subsecretaría Estatal de Salud N. L.

En septiembre de 1993 ya teníamos 584 casos de SIDA y seropositivos, y en un tiempo de cuatro meses estas cifras ascendieron a 641. La mayoría de estos casos se presentan en población célibe, aunque es importante el número de personas casadas y en unión libre que han contraído esta enfermedad.

Cuadro 7
Casos de VIH-SIDA según estado civil. Nuevo León, hasta enero 1994

Estado civil	N	%
Soltero	431	67.5
Casado	152	23.7
Divorciado	24	3.8
Viudo	13	2.0
Unión libre	17	2.6
Separado	2	0.3
Se ignora	2	0.3
Total	641	100.0

Fuente: Centro Estatal de Información, Prevención y Control de VIH-SIDA. Subsecretaría Estatal de Salud N. L.

En el caso de las mujeres infectadas, en Nuevo León tenemos un número de 26 amas de casa y 2 dedicadas a la prostitución, entre otras (véase cifras estadísticas <1992> proporcionadas por el Dr. Victorino Sepúlveda, Director del Centro de Información y Atención del VIH-SIDA en Nuevo León).

En 1992 nuestro estado ocupaba el 5º lugar en casos VIH-SIDA, después del Distrito Federal, Jalisco, México y Puebla (Hurtado, 1993e:12).

Para concluir con esta parte nos permitimos recordar algunas palabras del Dr. José Cavazos López, Subsecretario de Salud en el estado de Nuevo León, dichas ante los medios de comunicación: "Dentro de pocos años, cada familia Neoleonesa, tendrá a un allegado enfermo de SIDA" (Hurtado, 1993a:7).

1.4.3. Investigaciones sobre sexualidad y SIDA en México.

El problema del SIDA vino a remover, a nivel mundial, la inquietud de las personas que se dedican a la investigación, ya que actualmente existe una variedad de estudios relacionadas a este, los cuales se han hecho desde diversos enfoques; de entre los cuales destacan hasta ahora los que han sido realizados en las áreas clínico-médicas, ya que estos han reportado los datos más novedosos e importantes.

En las áreas socio-culturales sólo se han limitado a hacer estudios descriptivos de la situación, que aunque esto no desmerece su importancia, si creemos que la investigación social ha sido un poco lenta en el campo de trabajo tan amplio que el SIDA nos viene a ofrecer.

Bromfman (1991:13)[17], dice que hasta el momento se ha realizado poca investigación social sobre SIDA en México. En relación a esto habría que conocer las razones existentes acerca del por qué no se investiga más en esta área, y hemos optado por dejar el problema a los médicos, químicos y demás; ¿acaso se piensa en el SIDA como problema de salud, y que no es de mayor grado competente a la Sociología, Antropología, o bien, al Trabajo Social ?.

Aquí mencionamos algunos estudios encontrados hasta 1992, realizados en nuestro país por investigadores mexicanos, quienes ofrecen sus esfuerzos y conocimientos científicos para enfrentar ese gran desafío que representa el SIDA.

En el mes de mayo de 1988, a través de la Dirección General de Epidemiología a nivel Nacional en coordinación con el Consejo Nacional de Prevención del SIDA (CONASIDA), se aplicaron unas encuestas sobre SIDA y Sexualidad a diferentes grupos de población, en seis ciudades del país: Distrito Federal, Guadalajara, Monterrey, Tijuana, Acapulco y Mérida (Valdespino, 1990:9),

Las encuestas se hicieron en relación al conocimiento, actitud y práctica (CAP), que tiene la población acerca del VIH-SIDA. Estas fueron aplicadas (y siguen aplicándose) a la población que es considerada de alto riesgo a la infección VIH por el tipo de prácticas que tiene. En su mayoría, los entrevistados son varones con prácticas homosexuales, adictos a drogas intravenosas así como personas dedicadas a la prostitución. Siendo también encuestados algunos grupos de población general, donde se incluyen preferentemente a estudiantes universitarios, mujeres, parejas sexuales de personas ya infectadas y de las que tienen prácticas de alto riesgo.

Otras encuestas se aplicaron a personas ya infectadas por el VIH (según información obtenida por personal de CONASIDA), y muchas de estas encuestas son aplicadas a las personas que acuden por algún motivo a los centros de atención al SIDA, o bien, que son detectadas como personas de riesgo. Esto nos indica que

---

[17] Extracto de Conferencia presentada en la Facultad de Ciencias Políticas de la UNAM.

sólo se ha captado a la población que ya está cerca del problema, por estar infectada o porque ya están conscientes del riesgo en que se encuentran (aunque posiblemente la población universitaria no esté en esta situación).

Estas encuestas han sido aplicadas con finalidades de investigación médico-epidemiológica, y sólo son aplicadas a las personas que en forma voluntaria aceptan participar en este estudio (sería interesante conocer la posibilidad que pueda existir de darse un sesgo por la situación de autoselección de las personas estudiadas). En relación a estas encuestas que se han realizado, Sepúlveda Amor (1989:23), comenta que han sido de gran utilidad a quienes colaboran en CONASIDA para darse cuenta de lo poco que se conoce acerca de los patrones del comportamiento sexual de las personas.

Rico (1989:256), dice que en estos estudios clínico-médicos sobre la vida sexual de las personas enfermas de SIDA o seropositivos se han encontrado casos de transmisión sexual de hombre a hombre, hombre a mujer, de mujer a hombre y de mujer a mujer, y que existen prácticas sexuales de mayor riesgo que otras. Y algo muy importante es que se han detectado casos en esta población encuestada que se dedica a la prostitución (ya que también les hacen la prueba de anticuerpos al VIH), y admite que no se han hecho estudios sobre las prácticas sexuales de estas personas, así como tampoco se ha estudiado sus características socio-demográficas.

Al aplicar las encuestas CAP a las poblaciones en riesgo, Valdespino (1989:281), dice que les hacen la prueba VIH (Elisa), así como también les cuestionan sobre su vida sexual, aspectos culturales y médicos; aunque reconoce que no se han realizado estudios sobre las prácticas sexuales de la población masculina (no identificada socialmente como homosexual), por lo que para estimar el porcentaje de homosexualidad en los varones han tenido que acudir a los resultados arrojados por los estudios Kinsey.

Ante esta situación consideramos que en nuestra realidad mexicana se requieren estudios que estén más ligados a la solución de problemas concretos que estén adecuados a nuestra cultura, ya que es probable que en nuestro país no sean de mucha utilidad los informes de Masters y Johnson, Kinsey y otros.

En las encuestas aplicadas a los estudiantes universitarios, población general y personal de salud (poblaciones que no son consideradas de riesgo a la infección del VIH), se les cuestionó en relación a los conocimientos y actitudes generales ante el SIDA, los medios de comunicación que les ha brindado información, y sobre algunos aspectos de su comportamiento sexual sin profundizar mucho en estos como lo hacen con los grupos identificados por sus prácticas de alto riesgo al VIH[18].

---

[18] Posiblemente en el grupo de prostitutas sean más las mujeres encuestadas, pues se tiene la idea de que son las personas de sexo femenino las que ejercen más la prostitución.

Otra población abordada en estas encuestas es la conformada por personas que se dedican a la prostitución masculina conocidos como "trasvestis" y transexuales, a quienes también se les interroga acerca de sus prácticas y técnicas sexuales empleadas. Así lo hace saber Izazola (1989:297).

Algunos de estos estudios que abordan los aspectos sociales, culturales y sexuales de las poblaciones, fueron proporcionados por el CRIDIS (Centro Regional de Intercambio, Documentación e Información Sobre SIDA), ubicado en el Distrito Federal, y otros fueron encontrados en una recopilación de trabajos de Investigación en SIDA realizados en nuestro país (esta recopilación de investigaciones estuvo coordinada por el Dr. Jaime Sepúlveda Amor, quien en 1989 era Director del CONASIDA).

Nuestro propósito al hacer mención de estas investigaciones ha sido sólo dar a conocer las características socio-culturales de las poblaciones estudiadas, así como hacer notar que no encontramos estudios en los que se abordara a la población general sobre su vida sexual (sólo a los estudiantes universitarios se les cuestiona sobre algunos aspectos sexuales, así como su actitud y práctica ante el uso del condón). El aspecto de práctica y técnica sexual sólo es tocada de manera amplia en los grupos considerados como de alto riesgo a la infección del Virus de inmunodeficiencia humana, situación evidente de que todavía existe un gran vacío en el conocimiento del comportamiento sexual de la población heterosexual.

Existen otras investigaciones también importantes, como es la de Dorantes (1988), en la cual describe los cambios que se han dado en las conductas sociales de riesgo a la transmisión del SIDA, en un grupo de homosexuales masculinos de la ciudad de México. En Nuevo León encontramos un estudio de tipo transversal realizado por Ramírez Aranda (1991-1992), donde aborda el impacto socio- psicológico que existe en las familias de 18 pacientes enfermos de SIDA.

1.4.4. Situación de la población heterosexual ante el SIDA.

La Organización Mundial de la Salud dice que en el mundo, el 71.32% de las personas infectadas por el VIH-SIDA son heterosexuales (9.2 millones de casos). A diferencia de las personas homosexuales, donde hubo un 14.73% (1.9 millones de casos) (CONASIDA:1992).

Cuadro 8
Categoría sexual de la transmisión del VIH-SIDA en el mundo hasta 1992

CATEGORÍA	MILLONES DE CASOS	PORCENTAJE
Heterosexual	9.2	71.32
Homosexual	1.9	14.73
Otros	1.8	13.95
TOTAL	12.9	100.0

Fuente: CONASIDA.

México es uno de los países de occidente donde se están observando cada vez más casos de SIDA en la población heterosexual, así lo indican las cifras estadísticas arrojadas por CONASIDA y los COESIDAS estatales (véase cuadros estadísticos de casos de SIDA). Hasta agosto de 1993, existía en México un 81.4% de personas infectadas por transmisión sexual (9,795 casos), de las cuales un 39.8% ha sido a través de prácticas homosexuales masculinas (4112 casos), un 27.5% por prácticas bisexuales (2, 841 casos), y un 20.6% por prácticas heterosexuales (2842 casos). (CONASIDA:1993).

Cuadro 9
Casos de VIH-SIDA en adultos de México por categoría de transmisión*

Categoría	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Homosexuales	4112	39.8	0	0.0	4112	34.2
Bisexuales	2841	27.5	0	0.0	2841	23.6
Heterosexuales	2123	20.6	719	42.0	2842	23.6
Subtotal	9076	87.9	719	42.0	9795	81.4
Transfusión	616	6.0	940	55.0	1556	12.9
Ex-donadores	262	2.5	40	2.3	302	2.5
Hemofílicos	137	1.3	0	0.0	137	1.1
Drogadictos	90	0.9	10	0.6	100	0.8
Ocupación	1	0.0	1	0.1	2	0.0
Subtotal	1106	10.7	991	58.0	2097	17.4
Homosex. y droga	138	1.3	0	0.0	138	1.1
Total	10320	100.0	1710	100.0	12030	100.0
No documentados	2525	19.7	385	18.4	2910	19.5
TOTAL	12845	100.0	2095	100.0	14940	100.0

* Hasta agosto de 1993.
Fuente: CONASIDA.

Si nos vamos más allá de lo que estos números nos dicen, al ubicarnos en el comportamiento sexual de estas personas vamos a encontrar que en su vida sexual se encuentra involucrada más población que está identificada socialmente como

heterosexual, es decir, que detrás de la población bisexual se encuentran sus parejas sexuales, quienes muy probablemente sean personas que tienen prácticas heterosexuales; y entre las parejas anónimas de la población homosexual se encuentran las personas que aparentan socialmente tener identidad heterosexual.

Los datos estadísticos mundiales que ofrece la O.M.S. y el CONASIDA en México, nos señalan que el número de casos de infección están aumentando más rápidamente entre la población heterosexual, que entre las personas masculinas homosexuales (resulta importante conocer a que se debe esta disminución de la infección en un grupo a la vez que se da un aumento de esta, en el otro grupo de población).

Los resultados obtenidos por las encuestas CAP aplicadas a la población homosexual nos dicen que se observa un cambio de actitud en estas personas, ya que se muestran más conscientes de la situación de riesgo en el que se encuentran y han demostrado un cambio en su comportamiento sexual (al menos ya no manifiestan tanta resistencia al uso del condón).

En relación a lo anterior, creemos que a esta población que se le ha dañado moralmente con prejuicios y discriminaciones por parte de diferentes grupos sociales, finalmente han sido favorecidos porque han tomado medidas preventivas al VIH; además de que las campañas educativas que en un principio se dirigían sólo a ellos, los vino a ubicar en una situación de alerta ante la situación del SIDA.

Aunque en un principio se consideró al SIDA como una plaga que sólo afectaba a los hombres homosexuales, hoy bien sabemos que esta enfermedad no se nutre sólo con la sangre de las personas con esta preferencia sexual, sin embargo, la población heterosexual permanece dormida al demostrar una actitud ingenua al no sentirse involucrado todavía en el problema de la infección VIH.

1.4.5. Situación de la mujer ante el SIDA.

En estos años de los 90's, cuando la mujer ya se sentía con más libertad en el campo de su sexualidad, viene a presentarse ante ella un nuevo problema a enfrentar: el SIDA. Aquí hacemos mención de algunos datos estadísticos que nos hablan de la situación de la mujer ante el problema del SIDA en nuestro país.

La O.M.S., dice que hasta 1992 había en el mundo un 36.5% de mujeres infectadas (4 millones 700 mil casos), y un 8.5% de niños (1.1 millones de casos). (CONASIDA:1992).

Cuadro 10
Total de personas infectadas de VIH-SIDA por sexo en el mundo hasta 1992.

PERSONAS INFECTADAS	MILLONES DE CASOS	PORCENTAJE
Hombres Adultos	7.1	55.0
Mujeres Adultas	4.7	36.5
Niños	1.1	8.5
TOTAL	12.9	100.0

Fuente: CONASIDA.

Mientras que en México tuvimos el primer caso SIDA en 1983, durante los siguientes dos años no se registró un sólo caso en la población femenina; pero desde 1988 hasta 1993 tenemos que la proporción de casos de SIDA entre hombres y mujeres es de cada 6 hombres hay una mujer infectada, como ya lo mencionábamos. (CONASIDA:1993). En Nuevo León, actualmente dicha proporción es de 10 a 1.

Cuadro 11
Casos nuevos de SIDA en Nuevo León y razón Hombre/Mujer 1985-1993.

Año	Casos nuevos	Tasa*	Razón H/M	Acumulados
1985	1	0.3	1 / 0	1
1986	5	1.7	6 / 0	6
1987	39	13.3	23 / 1	45
1988	48	16.1	12 / 1	93
1989	56	18.3	20 / 1	149
1990	71	22.8	12 / 1	220
1991	86	27.0	14 / 1	306
1992	89	27.4	17 / 1	395
1993	242	71.5	10 / 1	637

*Tasa = Incidencia por cada millón de habitantes.
Fuente: sistema Estatal de notificación. Centro Estatal de Información, Prevención y Control de VIH-SIDA. Subsecretaría Estatal de Salud Nuevo León.

Hasta agosto de 1993, el 32% de las mujeres infectadas por transmisión sexual son de identidad heterosexual (722 casos), existiendo un total de 2253 casos de mujeres infectadas por diferentes medios de transmisión (CONASIDA:1993).

Cuadro 12
Casos acumulados VIH-SIDA por categoría de transmisión. Mujeres en México*

Categoría	Número	%
Heterosexual	722	32.0
Transfusión	979	43.5
Donadoras remuneradas	40	1.8
Exposición por ocupación	1	0.0
Perinatal	97	4.3
Drogadictas	10	0.4
No docuumentados	404	17.9
Total	2253	100.0

* Hasta agosto de 1993.
Fuente: CONASIDA.

Muy ligados a los casos de estas mujeres se encuentran los casos de niños infectados por vía perinatal, ya que según información de CONASIDA, la población afectada está en edad fértil, quienes al no saber o no tomar conciencia del problema se embarazan, poniendo así a sus hijos en una situación de riesgo a la infección durante la fase de su embarazo, el parto, o bien, en el período de la lactancia.

En nuestro país, y creemos que en el mundo entero, la situación del SIDA en las mujeres trae consecuencias desastrosas en la vida familiar, ya que la vida de cualquier mujer es decisiva para la salud y la vida de sus hijos en toda etapa de su desarrollo, y esto viene a significar una tragedia cuando ella es el único sostén económico en el hogar.

Sabemos que el riesgo a la infección VIH es más común en las personas que tienen una conducta de alto riesgo en su vida sexual, pero en nuestra cultura mexicana, donde existe el valor de la sumisión de la mujer y la infidelidad "innata" del hombre, es probable que las mujeres hayan resultado infectadas a través de prácticas sexuales con una pareja regular o estable; y aunque no negamos que en algunas mujeres la posibilidad de riesgo al VIH empieza, como en el caso de los hombres, al faltarles el control en su vida sexual, si creemos que en nuestro país es muy probable que la mujer este amenazada por el SIDA a causa de las relaciones extra-matrimoniales de su pareja.

Esta situación es otro tema interesante para investigar, ya que según los datos estadísticos del CONASIDA, se ha dado un mayor número de casos de infección en mujeres casadas, dedicadas al trabajo del hogar, en relación a mujeres que se dedican a la prostitución. Es probable que la mujer mexicana esté todavía en la posición de no verse en riesgo por ser fiel a sus parejas, sin ponerse a pensar en su exposición al VIH por medio de los compañeros que mantienen relaciones sexuales extramatrimoniales.

En relación a esto, nos permitimos transcribir un fragmento del testimonio de una mujer, pareja sexual de un hombre infectado: "Una vez me atreví a preguntarle a mi pareja de qué manera había adquirido el virus. Yo esperaba que contestara que con alguna mujer, pero no fue así. Entonces comprendí que estaba compartiendo mi vida con un bisexual" (Leticia, 1993b:7)[19].

En un estudio descriptivo que se hizo con 50 mujeres con SIDA y seropositivas, encontramos entre otros datos importantes en relación a la distribución por ocupación, que el 34% son amas de casa, el 18% son secretarias, el 12% profesionistas, 10% prostitutas, el 8% empleadas y el 21% se dedican a otras actividades como empleadas domésticas, sobrecargos, maestras, estudiantes y diseñadoras.

Por estado civil, el 50% son casadas, el 22% solteras, el 16% unión libre y el 12% viudas. El 40% de ellas tienen pareja sexual viviendo con VIH-SIDA. El 69% tiene hijos. Por categoría de transmisión, tenemos que el 36% recibió la infección por transfusión sanguínea, el 24% por relaciones sexuales con pareja heterosexual, el 26% por relaciones con pareja bisexual, el 12% por relaciones sexuales con parejas múltiples, el 4% por relaciones sexuales con donadores de sangre profesionales, 2% por relaciones sexuales con hemofílicos y 2% por vía perinatal.

Por categoría de orientación sexual, el 96% es heterosexual y sólo el 4% es homosexual. En el caso de las mujeres viudas, sus parejas ya fallecieron de SIDA, y fueron estos quienes las infectaron. Algunas mujeres infectadas han transmitido la infección a sus hijos por vía perinatal, esto significa que al incrementarse la infección en mujeres, la transmisión del VIH por esta vía también va en aumento. Este estudio fue presentado por Aracely Márquez y Gloria Licea (1992b:3)[20], y nos dicen mucho acerca de la situación de la mujer ante el problema del SIDA en nuestro país.

1. 5. Planteamiento del problema.

El estudio que se pretende realizar tiene como finalidad conocer la forma en que están viviendo su sexualidad un grupo de población heterosexual, en estos tiempos del SIDA. Específicamente nos interesa obtener información acerca de la influencia que tienen algunos factores socio-psico-culturales (edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, religión, conocimientos en sexualidad y transmisión sexual del VIH-SIDA, uso de alcohol, uso de pornografía, prostitución, promiscuidad, enfermedades de transmisión sexual, práctica y técnica sexual), en su comportamiento sexual; y en base a estos conocimientos hacer un análisis descriptivo-comparativo entre hombres y mujeres, en relación a su situación de riesgo al VIH por transmisión sexual.

---

[19] Leticia, seudónimo de una activista del grupo "Abrazo".

[20] Ponencia presentada en Amsterdam, Holanda, julio de 1992. Congreso Internacional sobre SIDA.

Nuestro interés por estudiar el comportamiento sexual de la población heterosexual, y la influencia sobre este de algunos factores sociales, es por la preocupación que se tiene de que el patrón predominante de transmisión sexual del VIH-SIDA pase a ser el de las personas heterosexuales, donde se encuentran involucrados hombres, mujeres y niños.

En el desempeño de nuestras funciones, las cuales están encaminadas a lograr la prevención del VIH-SIDA en Nuevo León, como profesionistas de Trabajo Social hemos tomado conciencia de la falta de conocimientos reales que tenemos acerca de la conducta sexual de la población con la que se está trabajando. Es decir, que nos hemos dado cuenta que no tenemos una base teórica-práctica para fundamentar los programas educativos elaborados para estos grupos concretos.

Esta falta de información, que se debe obtener de un modo directo y sistemático para poder determinar la situación de riesgo al VIH en estas personas, nos lleva a cuestionarnos el que estos programas educativos con los que se trabaja, sean efectivos para el logro de resultados esperados en la prevención del VIH-SIDA.

Para esta investigación se eligieron personas que demandan un servicio de salud al Hospital Metropolitano "Dr. Bernardo Sepúlveda" de la Subsecretaría Estatal de Salud en Nuevo León, donde se da servicio a las personas que carecen de una afiliación a instituciones de Seguridad Social y/o hay deficiencia de recursos económicos para atender sus necesidades primarias.

La mayoría de la población que se atiende en esta unidad hospitalaria es de clase media, media baja y baja (estrato económico determinado por el departamento de Trabajo Social de acuerdo al tabulador económico existente en dicha institución).

Para la selección de los casos a estudiar pensamos en un número de 270 personas (135 mujeres y 135 hombres), en edad adulta (entre 18 y 50 años), que vivieran en los municipios de Monterrey, Guadalupe y San Nicolás de los Garza, N. L..

El tema de la sexualidad es difícil de tratar por la subjetividad que el autor y personas a estudiar pudieran presentar, sin embargo, hicimos un esfuerzo por mantener la objetividad así como adaptamos a los recursos económicos, materiales y humanos, los cuales fueron prácticamente inexistentes. Por tal motivo nuestros alcances sólo llegaron a lograr un estudio descriptivo-comparativo acerca de la situación de riesgo al VIH que presentan los hombres y las mujeres a través de su conducta sexual.

1.6. Objetivos.

De nuestro objetivo central expresado en el planteamiento del problema, derivan los objetivos específicos que a continuación mencionamos:

- Conocer el perfil socio-demográfico de la población estudiada.
- Conocer el grado de información que estas personas tienen acerca de algunos conceptos básicos de sexualidad, como son anatomía del cuerpo humano, los métodos anticonceptivos, las enfermedades de transmisión sexual, etc.
- Conocer la información que se tiene acerca de la forma de transmisión sexual del Virus de inmunodeficiencia humana, así como la percepción que tienen de sí mismos ante el riesgo de adquirir el VIH.
- Conocer la Influencia de el uso de alcohol en su comportamiento sexual.
- Conocer la influencia de el uso de pornografía en su comportamiento sexual.
- Conocer el grado de promiscuidad sexual en la población femenina y masculina.
- Conocer el comportamiento sexual en relación a la práctica y uso de prostitución, en ambos sexos.
- Conocer las prácticas y técnicas sexuales más comunes y aceptadas en esta población.
- Conocer la actitud y práctica de ambos sexos, acerca de las medidas preventivas (abstinencia sexual, fidelidad mutua y sexo seguro), que se ofrecen como opciones para evitar el riesgo de infección al VIH por transmisión sexual.
- Conocer el índice de enfermedades de transmisión sexual en esta población.
- Conocer la respuesta de la población, en relación a su disponibilidad física y psíquica para hablar de su comportamiento sexual con una persona para ellos desconocida, identificada sólo como profesionista de Trabajo Social.

Otro de nuestros propósitos es el poder ofrecer algunos elementos de juicio para fundamentar estrategias, políticas y programas de acción, con tendencia a prevenir la transmisión del VIH en poblaciones con características socio-culturales similares a la población que aquí se estudia.

1. 7. El modelo propuesto.

Al empezar a trabajar en la elaboración de nuestro modelo rector estuvimos influenciados por la situación de la población heterosexual ante el VIH-SIDA, donde observamos que los casos de infección en este grupo van cada vez más en aumento, y que sin embargo ha sido descuidada en los estudios sociales.

Una vez que se tuvo definido el comportamiento sexual de la población heterosexual como nuestro objeto de estudio, como objetivo nos fijamos realizar un análisis acerca de la conducta humana presentada por ambos sexos, para poder determinar el riesgo existente ante la infección del VIH-SIDA.

Para obtener los conocimientos buscados nos propusimos encontrar las variables y los indicadores que nos pudieran acercar a nuestros objetivos. El conocimiento que se tenía acerca de las prácticas sexuales que consideradas de riesgo a la infección del VIH (las cuales se describen en el marco teórico), fue nuestro punto estratégico para partir. La práctica y técnica sexual quedaron definidas como variables depen-

dientes, ya que del modo en que se realizan, depende que una persona pueda estar en riesgo de adquirir el Virus de inmunodeficiencia humana a través de las relaciones sexuales.

El siguiente paso consistió en encontrar las variables o factores que podían influir y/o predisponer a las personas para realizar una determinada práctica sexual. Es necesario mencionar que las variables incluidas en el modelo rector surgieron de las situaciones concretas que fueron expresadas por las personas usuarias del Centro de Información y Atención del VIH-SIDA en Nuevo León, ubicado en el Hospital Metropolitano y perteneciente a la Subsecretaria de Salud.

Cabe aclarar que en la muestra de población elegida (que fue de población abierta, ambos sexos y heterosexual), no están incluidas las personas que acuden a solicitar un servicio al departamento antes mencionado, por ser gente que ya está viviendo el problema, es decir, ya están infectados o ya están enfermos de SIDA, y otros ya están conscientes de su situación de riesgo. Es importante aclarar que esta población es en su mayoría personas masculinas con prácticas homosexuales, bisexuales y/o parejas femeninas de estos últimos, así como mujeres prostitutas.

Al acudir a este centro a solicitar cualquier servicio ya sea de información, orientación o atención médica y socio-psicológica, toda persona tiene una entrevista con el personal de salud que le corresponda (psicólogo, médico o trabajador social). Las personas solicitantes de servicio a este departamento son atendidas de una manera personal, o bien, en forma anónima a través de vía telefónica.

Por parte del área de Trabajo Social se hizo un sondeo acerca de los comportamientos sexuales más comunes al riesgo del virus del SIDA, e intentamos tomar en cuenta los factores socio-culturales que predisponen a esta población (ya identificada a sí misma como de riesgo al VIH) a un determinado comportamiento sexual, para conocer la influencia de estos mismos factores en aquellas personas identificadas como heterosexuales, a quienes no se les menciona de un modo directo y claro y que también es probable que estén en una situación riesgosa.

En la selección de variables debemos mencionar la influencia de la población abierta (grupos de niños, adolescentes, personal de salud y adultos de ambos sexos con los cuales se trabajo en los programas educativos existentes, con fines preventivos a la transmisión del VIH-SIDA), quienes durante las pláticas educativas ofrecían toda una serie de manifestaciones acerca de dudas, inquietudes, comportamientos de su sexualidad, así como otras actitudes relacionadas al VIH-SIDA.

Entre otros temas no menos importantes relacionados a los comportamientos sexuales de riesgo al VIH, se nos hablaba de problemas familiares como son los desacuerdos conyugales, ausencia de amor y deseo hacia su pareja estable, viudez, divorcios, falta de una pareja estable, situaciones circunstanciales como viajes, soledad, "hostigamiento sexual", bailes, uso de drogas o bien "compromisos" de

trabajo, necesidad económica, problemas psicológicos como depresiones, alta libido sexual, baja autoestima, etc. Todas estas variables nos parecieron bastante interesantes pero decidimos excluirlas de nuestro modelo rector, ya que en este proyecto de investigación existían varias limitaciones económicas, materiales, de tiempo, así como humanas.

El criterio utilizado en la elección de las variables manejadas en nuestro modelo rector fue en base a las que fueron más comúnmente expresadas por la población. (Las variables elegidas con sus respectivos indicadores, son expresadas al final de este capítulo, en la descripción del modelo rector).

Con estos comentarios queremos decir que nuestro modelo rector surge de las experiencias obtenidas en la práctica profesional del Trabajo Social, el cual fue diseñado con la intención de realizar un estudio descriptivo de los comportamientos sexuales de la población estudiada, sin hacer generalizaciones al resto de la población, así como también hacer un análisis comparativo acerca de la situación de riesgo a la infección del VIH-SIDA entre la población femenina y masculina.

Las variables fueron categorizadas en 5 áreas: socio-demográficas, independiente, intervinientes, precipitantes y dependientes (véase modelo rector al final de este capítulo).

Los indicadores de estas variables fueron expresados con preguntas acerca de conocimientos, opiniones, actitudes y comportamiento sexual.

Las variables de opinión y actitud, aunque son consideradas de gran importancia en todo estudio social, en este caso sólo son utilizadas como apoyo en el análisis e interpretación de los datos obtenidos en las variables de comportamiento, práctica y técnica sexual, por ser estas las que están consideradas como centrales en este estudio ya que son las más estratégicas para determinar la situación de riesgo al VIH-SIDA (ya que implican un referente empírico). Por este motivo centramos más nuestra atención en estos indicadores de comportamiento sexual, y no se dedicó mucho tiempo en la elaboración de escalas en las variables de actitud y opinión.

Las variables socio-demográficas sólo son utilizadas en el presente análisis, para elaborar un perfil socio-demográfico de la población estudiada.

1. 8. Hipótesis.

La hipótesis general de este estudio es que la mayoría de la población abordada ha tenido por lo menos una vez, un comportamiento de riesgo de una manera directa o indirecta a la transmisión sexual de el Virus de inmunodeficiencia humana.

De esta hipótesis se desprenden otras más específicas asociándolas con cada una de las variables rectoras:

- La población masculina se involucra generalmente de un modo más directo en un comportamiento sexual con prácticas de más riesgo a la infección del VIH-SIDA.

- La población femenina tiene en un gran porcentaje, prácticas de riesgo al VIH de una manera indirecta, a través de sus parejas sexuales masculinas.

- En la mayoría de esta población existe carencia de información en relación a la sexualidad, transmisión sexual del VIH-SIDA y del sexo seguro.

- La mayoría de las personas que tienen vida sexual activa no se perciben a sí mismas en riesgo de adquirir el Virus de inmunodeficiencia humana.

- La mayoría de la población masculina que toma alcohol, por lo menos una vez ha sido influenciado por el uso de este, para tener un comportamiento sexual con prácticas de alto riesgo a la infección del VIH-SIDA, por ser un estimulador sexual.

- La mayoría de la población masculina que usa pornografía ha estado influenciada por esta, por lo menos una vez, a tener un comportamiento sexual con prácticas de alto riesgo a infección del VIH-SIDA, por ser un estimulador sexual.

- Tener conocimientos acerca de la infección, enfermedad, prevención y transmisión sexual del Virus de inmunodeficiencia humana no implica que la población estudiada tome medidas preventivas a la infección del virus en su comportamiento sexual, por estar involucrados valores culturales muy arraigados y por sentirse invulnerable al problema.

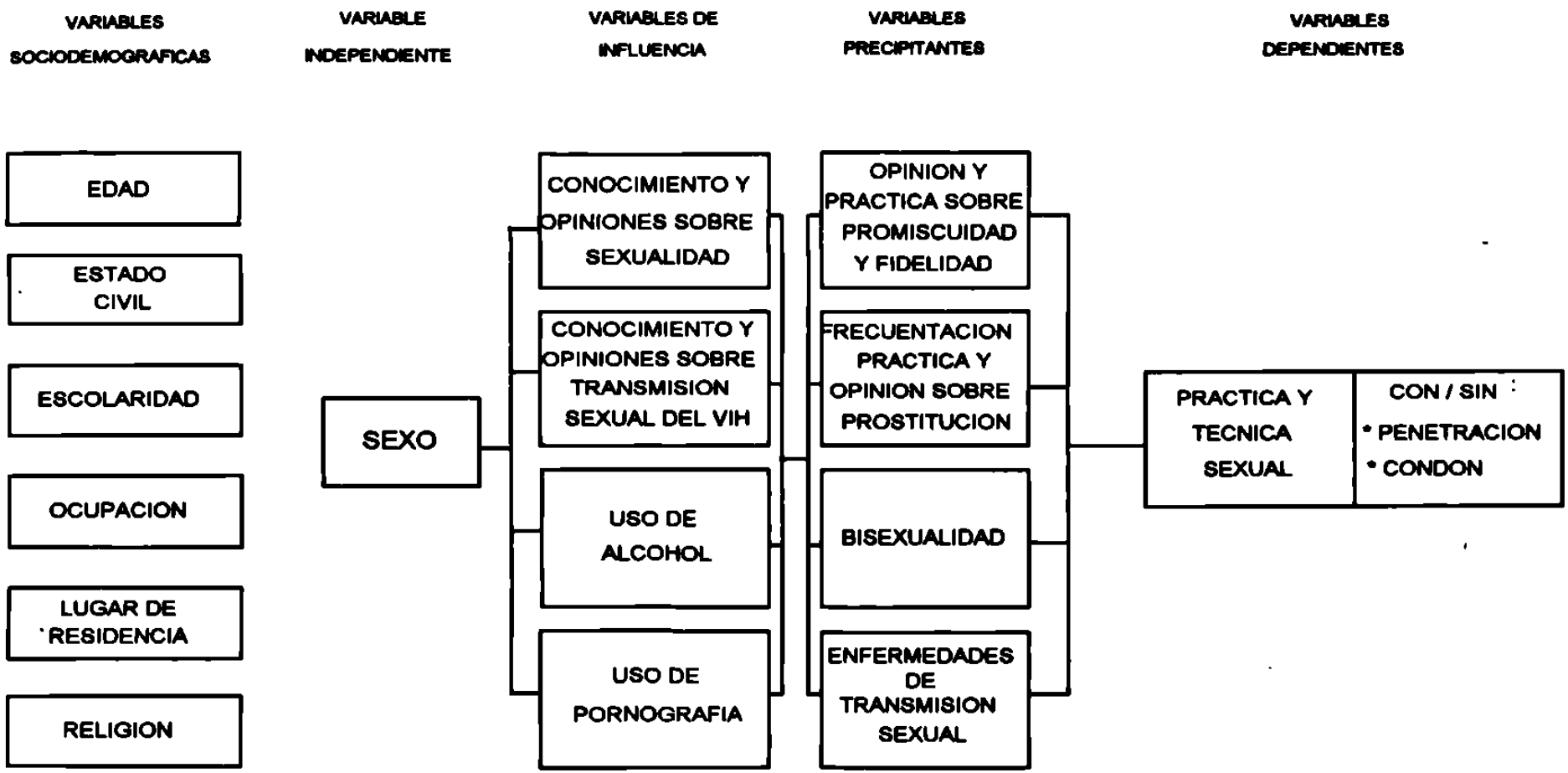
- La mayoría de los hombres y mujeres se resisten a la práctica de sexo seguro (uso de condón y relación sexual sin penetración), para protegerse del VIH-SIDA, por estar involucrados valores culturales en su comportamiento sexual.

1.9. El modelo rector.

A continuación presentamos de manera esquemática el modelo rector que sirvió de guía a nuestro estudio. Hemos dividido las variables en cinco grandes grupos: las variables socio-demográficas, el sexo como variable independiente, las variables intermedias o de influencia en el comportamiento sexual, las variables precipitantes y las variables dependientes.

Gráfica 1

Modelo Hipotético de relaciones entre las variables que intervienen en el comportamiento sexual de riesgo al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).



1.9.1. Las variables del modelo.

A) Variables socio-demográficas.

- Edad.
- Estado Civil.
- Escolaridad.
- Ocupación.
- Lugar de residencia.
- Religión.

B) Variable independiente.

- Sexo

C) Variables intervinientes.

- Conocimientos y actitudes sobre sexualidad.
- Conocimientos y actitudes sobre la transmisión sexual del VIH.
- Uso de alcohol.
- Uso de pornografía.

D) Variables Precipitantes.

- Relaciones sexuales con parejas múltiples vs monogamia.
  - Promiscuidad.
  - Prostitución.
- Enfermedades venéreas.

E) Variables dependientes

- Práctica y técnica sexual, con/sin:
  - Uso de condón.
  - Penetración.

1.9.2. INDICADORES DE LAS VARIABLES.

A) Variables socio-demográficas.

- Edad en años cumplidos.
- Estado Civil actual.
- Escolaridad máxima alcanzada.
- Ocupación actual.

- Lugar de residencia.
- Afiliación religiosa.

B) Variable independiente

- Sexo

C) Variables Intervinientes.

C.1) Conocimientos y actitudes sobre sexualidad.

- Información general recibida sobre sexualidad humana.
- Información recibida sobre aparato sexual femenino y masculino.
- Información recibida sobre anticonceptivos.
- Información recibida sobre enfermedades de transmisión sexual.
- Información sobre sexualidad (¿a qué conduce?).
- Lugar donde se debe recibir información sobre sexualidad.
- Acuerdo-desacuerdo en recibir información sobre sexualidad en la escuela.
- Acuerdo-desacuerdo en que los padres hablan de sexualidad con los hijos.
- Acuerdo o desacuerdo en que los padres hablen de anticonceptivos y enfermedades venéreas con los hijos.
- Influencia en su comportamiento sexual de la información sobre sexualidad recibida a través de los amigos.
- ¿Qué le dice su experiencia acerca de los comportamientos sexuales?

C.2) Conocimiento y actitudes sobre transmisión sexual del VIH-SIDA.

- Conocimiento de transmisión sexual del VIH-SIDA.
- Personas de riesgo a transmisión de VIH-SIDA.
- Persona infectada por VIH es fácil reconocer.
- Conocimiento acerca de cómo evitar la infección del VIH.
- Percepción de sí mismo al riesgo de VIH.
- Nº de veces que ha recibido información sobre SIDA en los últimos 6 meses.
- ¿Busca información sobre SIDA?
- Lugar donde ha recibido información de SIDA.
- ¿Transmisión del VIH-SIDA por secreción vaginal y semen?
- Conocimiento de concepto de sexo seguro.

C.3) Uso de alcohol.

- Uso de bebidas alcohólicas.
- Nº de copas que toma en una semana.
- Alcohol como estimulador de relación sexual con persona ocasional.
- Frecuencia de influencia de alcohol a sexo ocasional, en últimos seis meses.
- ¿Acostumbra sexo ocasional con o sin alcohol?
- ¿Persona con alcohol actúa diferente?
- ¿Alcohol motiva a relación homosexual?
- ¿Alcohol motiva a sexo ocasional?
- Sin alcohol, ¿Tendría sexo con persona ocasional?

C.4) Uso de pornografía.

- Usa pornografía.
- Tipo de material pornografía que usa.
- Pornografía exterioriza deseo sexual reprimido.
- Pornografía motiva a sexo con persona ocasional.
- Pornografía motiva a experiencias sexuales "novedosas".
- Con pornografía ¿evita sexo ocasional?
- ¿Con quién acostumbra ver pornografía?

D) Variables precipitantes.

D.1) Promiscuidad (Parejas múltiples vs monogamia).

- Tiene pareja estable actualmente.
- Sexo sólo con su pareja.
- Su pareja tiene sexo sólo con usted.
- Preferencia de abstención sexual a tener sexo con persona ocasional.
- Difícil sexo sólo con su pareja.
- Necesidad de sexo con pareja ocasional para no aburrirse.
- No hay peligro de infección teniendo sexo ocasional con persona limpia.
- Si no hay satisfacción sexual con pareja estable, ¿es necesario buscar sexo con persona ocasional?
- En diversión ¿Busca compañía sexual?
- Nº de personas ocasionales últimos 6 meses (con/sin penetración).
- Lugar donde encuentra compañía sexual.

D.2) Prostitución (uso y práctica)

- Nº de parejas sexuales prostitutas.
- Acuerdo o desacuerdo en que los hombres acudan con personas prostitutas.
- Nº de veces que recibe dinero por sexo.
- Nº de veces que paga dinero por sexo.
- Su pareja ha tenido sexo con personas prostitutas.
- Con alcohol ¿busca persona prostituta?
- Sin pareja sexual estable, ¿Hay necesidad de buscar servicio sexual?
- ¿Prostituta es segura de no infección?
- Prostituta puede tener infección no aparente.
- Temor de infección con persona prostituta.
- Preferencia de abstención sexual a relación con prostituta.

D.3) Enfermedades de transmisión sexual.

- Padecimiento ardor al orinar.
- Padecimiento flujo blanco y amarillo.
- Padecimiento Condilomas.
- Ladillas.
- Padecimiento úlceras genitales.
- Padecimiento sífilis.
- Padecimiento herpes genital.
- Padecimiento Hepatitis B.
- Enfermedades venéreas en sus parejas sexuales.

E) Variables dependientes.

E.1) Práctica sexual.

- Edad a la que tuvo su primera relación sexual.
- Nº de parejas sexuales en su vida.
- Qué nº de pareja es usted en su compañero sexual.
- Conocimiento de su pareja en aspecto sexual.
- Últimos 6 meses, nº de parejas estables.
- Últimos 6 meses, nº de parejas ocasionales (sólo con penetración).
- Nº de coitos vaginales en un encuentro sexual.
- Nº de coitos anales en un encuentro sexual.
- Con que personas acostumbra tener relaciones sexuales.
- Práctica sexual preferida cuando hay deseo sexual.
- Práctica preferida cuando hay deseo sexual.
- Necesidad de buscar desahogo sexual.

- Infidelidad a pareja sexual estable.
- Su pareja ha tenido otras parejas sexuales.
- Facilidad de tener sólo una pareja sexual.
- Práctica sexual existente en sus relaciones.
- Creencia en fidelidad de su pareja estable.
- Relación sexual con pareja estable ¿es satisfactoria y segura?
- El sexo ¿es una necesidad de satisfacer?
- ¿Ha tenido parejas sexuales de su mismo sexo?
- ¿Cree que se disfruta sexo ocasional sin protección?
- ¿Cree que se disfruta conversación y caricias sin penetración?
- Práctica sexual segura a no infección.
- Práctica sexual que puede realizar .

E.2) Técnica sexual (Uso de condón)

- Conocimiento del condón.
- Uso de condón.
- Propuesta de uso de condón a su(s) pareja(s).
- Su pareja ¿ ha usado condón con otras parejas sexuales ?
- Uso de condón en sexo oral.
- Aceptación de uso de condón.
- Nº de parejas sexuales sin uso de condón en últimos 6 meses.
- ¿Debe usarse condón en sexo anal?
- Uso de condón en relación sexual ocasional.
- Utilidad de condón.
- Acuerdo-desacuerdo de uso de condón para evitar infección.
- Uso de condón en relaciones sexuales con personas prostitutas.
- Nº de parejas con sexo vaginal sin condón últimos 6 meses.
- Nº de parejas con sexo anal sin condón últimos 6 meses.

2. SEGUNDA PARTE. METODOLOGÍA.

2.1. Aspectos metodológicos generales.

2.1.1. Diseño del instrumento

Una vez que tuvimos bien definidos los objetivos de nuestro estudio, las variables operacionalizadas y las hipótesis que se pretendían comprobar, empezamos a trabajar con el diseño del instrumento y con la selección de las técnicas para recolectar la información que nos interesaba obtener.

Al principio pensamos en utilizar un cuestionario, el cual sería contestado directamente por la población, pero durante el estudio exploratorio y la prueba piloto detectamos que aún por más que intentamos manejar conceptos claros y sencillos, algunas personas manifestaban cierta ignorancia sobre tales términos sexuales (incluso personas con un nivel de escolaridad medio superior).

Tomando en cuenta esta situación decidimos manejar la cédula-entrevista, la cual debería ser dirigida por una persona que estuviera bien familiarizada con este instrumento y que conociera a fondo los objetivos del estudio, así se tendría la oportunidad de aclarar conceptos de un modo directo para no caer en malas interpretaciones, confusiones y otros errores en los que hubiésemos incurrido de haber utilizado el cuestionario.

También nos apoyamos en la técnica de observación estructurada, para sistematizar los hechos más relevantes durante la entrevista. Nuestro interés era captar de un modo directo las actitudes expresadas por las personas estudiadas; a través de su lenguaje corporal, como los gestos, las posturas del cuerpo, el lenguaje verbal, la manera de expresarse, las exclamaciones, el tono emocional de la voz, etc.

La intención era observar la respuesta implícita ante un tema tan difícil de tratar, por toda la subjetividad y privacidad que encierra el ser humano ante cuestiones tan íntimas como es el hablar de su sexualidad, tema que todavía hasta hoy es considerado (como lo indican estudios de sexualidad que se han realizado), como tabú en nuestra cultura mexicana y otras culturas del mundo.

Para facilitar el trabajo de la captura y procesamiento de los datos, se hizo una precodificación de las respuestas, no se elaboraron preguntas abiertas, y de las 113 variables incluidas en la cédula de entrevista sólo se manejaron seis paramétricas, el resto fueron cualitativas.

Al trabajar en la elaboración del instrumento nos apoyamos en las teorías existentes sobre el SIDA y Sexualidad, así como también en los hechos observados en el estudio exploratorio que se realizó, y en los conocimientos adquiridos en nuestra práctica profesional durante un año en el Centro de Información y Atención al VIH-SIDA, de la Subsecretaría de Salud en Nuevo León.

También nos fueron de gran utilidad las encuestas CAP (Conocimiento, Actitud y Práctica), que aplica el personal de CONASIDA a la población identificada con prácticas de alto riesgo al VIH.

Una vez elaborada la cédula de entrevista original, realizamos una prueba piloto con 30 personas (15 hombres y 15 mujeres), usuarios (pacientes y/o familiares de estos) de los servicios que ofrece el Hospital Metropolitano de la Subsecretaría de Salud de Nuevo León.

En esta muestra excluimos a la población menor de 18 años y mayor de 50 años, así como los pacientes del servicio de Psiquiatría y las personas que acuden al Centro de Atención al VIH-SIDA.

La cédula-entrevista original estaba compuesta por 160 preguntas, las cuales se redujeron finalmente a 113 en la versión definitiva. Esto se hizo al revisar los objetivos del estudio y con el propósito de disminuir el tiempo que duraba la entrevista, evitando así el cansancio y el aburrimiento de los entrevistados.

En un inicio pensamos en utilizar un tiempo no máximo de 45 minutos en cada entrevista, y dejar 15 minutos libres para que las personas entrevistadas los utilizarán en preguntas y/o comentarios (está intención surgió en la prueba piloto, ya que observamos una inquietud de participación e interés en el tema por parte de la población entrevistada).

Hubo algunas preguntas que se repitieron cambiando sólo la forma y sin alterar el contenido, esto se hizo como una manera de confirmar la veracidad de las respuestas de los entrevistados.

Cuidamos el aspecto de no elaborar preguntas que indujeran a los entrevistados a dar una determinada respuesta, y tratamos de hacer las preguntas de un modo directo, vigilando siempre no incomodarles y no caer en confusiones por parte del entrevistador y del entrevistado.

Intentamos que el entrevistador tuviese un desempeño lo más natural posible, evitando caer en expresiones corporales y verbales de sus valores personales que pudieran influir en las respuestas de los entrevistados.

Al final de este trabajo se anexa el instrumento utilizado (cédula-entrevista) para la recolección de datos.

2.1.2. Selección y Adiestramiento de los Entrevistadores.

Desde que escogimos este tema de estudio sabíamos que tendríamos que enfrentar dificultades en el levantamiento de los datos acerca del comportamiento sexual de las personas, dadas las características de nuestro marco socio-cultural, el cual encierra toda una serie de mitos, inhibiciones, valores, prejuicios, y otros actos de subjetividad en el campo de la sexualidad.

Para la realización de esta tarea, la más difícil y a la vez la más interesante para nosotros, pensamos en las personas que iban a llevar a cabo este paso, considerado por quienes participamos en este trabajo como el más complicado en el proceso metodológico de esta investigación social.

Las personas encargadas de aplicar la cédula de entrevista deberían cubrir el siguiente perfil:

1) Ser imparciales, tratando de ser lo más objetivos posible y olvidándose al menos durante la realización de las entrevistas, de todos sus prejuicios, intereses y valores personales.

2) Tener conocimiento de los objetivos del estudio, así como un marcado interés en el logro de estos.

3) Que contase con experiencia en su práctica profesional en el manejo de temas de sexualidad con grupos e individuos, así como también dominar la técnica de la entrevista individual.

Hubo seis profesionistas de Trabajo Social con experiencia en la entrevista individual bastante interesadas en colaborar en esta etapa del estudio. Tuvimos dos reuniones con ellas, en las que hablamos de los objetivos a alcanzar y también les mostramos el instrumento de recolección de datos.

Una vez que conocieron el instrumento de trabajo ellas mismas decidieron no participar, pues actuando con honestidad profesional se declararon incompetentes en el intento de lograr la objetividad requerida. El mayor obstáculo que se les presentó, fue el factor cultural de la condición de la mujer en el aspecto sexual, ya que aceptaron no poder controlar su inhibición al cuestionar a las personas, sobre todo a los hombres, acerca de su vida sexual.

Ante esta situación aceptaron participar en la selección de las personas a estudiar, así como en la vigilancia de que las entrevistas se llevaran a cabo sin interrupciones por parte de los usuarios del hospital, o de alguna otra persona que pudiera alterar la atención del entrevistador y del entrevistado, y también estarían pendientes del tiempo que tomaba cada entrevista.

De acuerdo a los resultados logrados en el intercambio de opiniones con las seis Trabajadoras Sociales, tomé la decisión, como autora del estudio, de que yo sería la persona encargada de aplicar la cédula entrevista a toda la población elegida, ya que contaba con más conocimiento del tema a tratar, al tiempo que era la más interesada en lograr los objetivos propuestos. Además estaba consciente de la necesidad de tomar una actitud objetiva en mi comportamiento profesional para alcanzar resultados eficaces.

Esta determinación estuvo apoyada en el razonamiento de que ante la imposibilidad de poder lograr la objetividad en un 100%, era conveniente que en los resultados obtenidos quedara plasmada la subjetividad (que no se pudiera evitar), de un sólo entrevistador y no de seis.

Como profesionista de Trabajo Social, para llevar cabo la labor de esta parte metodológica, me sometí a una evaluación de mi desempeño en el manejo de temas de sexualidad con población abierta.

Durante el desarrollo de mis funciones, un mes antes de iniciar la recolección de datos, fui observada y criticada por cinco de mis compañeras Trabajadoras Sociales, así como por un psicólogo colaborador del programa de atención al VIH-SIDA.

Para evaluar mi subjetividad como entrevistador, apliqué una prueba piloto del instrumento a 8 personas empleadas del hospital, ajenas al departamento en el cual realizo mis funciones.

En mi desempeño como entrevistador, me fue de gran utilidad la experiencia adquirida durante un año como colaborador en los programas de atención y prevención de enfermedades de transmisión sexual (particularmente del SIDA). En el estudio exploratorio y en la prueba piloto también surgieron elementos que me ayudaron en los intentos por lograr objetividad, haciéndome autocríticas y tratando de ser honesta conmigo misma para lograr un mejor desempeño en la recolección de datos.

En sí, todo lo que hemos mencionado ha sido para demostrar los intentos que se hicieron por alcanzar la mayor objetividad en este tema tan difícil de tratar por la naturaleza de sus preguntas.

Para la aplicación del cuestionario se establecieron las siguientes condiciones:

1) Se aplicaría la cédula entrevista solamente a las personas que están dentro de la muestra elegida; que es la población usuaria del Hospital Metropolitano de la Subsecretaría Estatal de Salud:

- Pacientes y/o familiares de estos; de 18 hasta los 50 años, de ambos sexos, residentes de los municipios de Monterrey, Guadalupe y San Nicolás de los Garza, Nuevo León.

2) Los candidatos a la entrevista serían detectados en las áreas de la consulta externa y hospitalización, quedando excluidos:

- Los pacientes del área de Pediatría (por ser menores de 18 años).

- Los pacientes de psiquiatría (por no estar en condiciones psíquicas y emocionales de atender la entrevista).

- Los pacientes del Centro de Atención al VIH-SIDA (por ser una parte de la población que de alguna manera ya está identificada con el problema del SIDA), ya que en su mayoría acuden a solicitar un servicio de atención a la enfermedad, un examen de VIH, atención a la infección VIH (seropositivos), o bien, personas que solicitan una orientación educativa por percibirse o estar conscientes de su riesgo a la infección por sus prácticas sexuales. Además de que la mayoría de esta población se identifica como homosexual y bisexual, y la población de nuestro interés, por la finalidad del estudio es la heterosexual.

- Los pacientes y/o familiares de estos, del área de urgencias (por no estar en condiciones de responder a la entrevista por la situación de estrés emocional que se tiene ante un familiar con problema de salud grave).

- En el área de hospitalización pediátrica, podrían ser entrevistados los padres de los menores de edad que están internados.

3) La entrevista se realizaría en una oficina del Departamento de Trabajo Social, con absoluta privacidad para no alterar la atención del entrevistado y del entrevistador.

4) Durante la entrevista no se permitiría la presencia de terceras personas.

5) Antes de dar inicio a la entrevista, el entrevistador ofrecería una breve explicación de los objetivos del estudio; limitandose a decir, de modo general, la temática de las

preguntas que se les haría, así como dar una breve introducción al tema y solicitar la autorización del entrevistado para cuestionarlo.

6) Una vez que la persona elegida diese su permiso para desarrollar la entrevista, se le notificaría que la información proporcionada sería de absoluta confidencialidad.

7) No se pediría nombre, domicilio, ni algún otro dato de identificación personal, para garantizar el anonimato del entrevistado.

8) El entrevistador debería evitar toda actitud verbal o corporal que pudiese influir en las respuestas de los entrevistados.

9) Se debería evitar al máximo la interrupción del seguimiento de la entrevista, aclarando al entrevistado que si tuviese alguna pregunta o comentario, este sería escuchado al finalizar la entrevista

10) Al concluir la entrevista, el entrevistador daría las gracias al entrevistado y le explicaría de modo general, y en forma breve, la finalidad de las preguntas que se le hicieron.

11) Ya para finalizar, se invitaría al entrevistado a hacer las preguntas y/o los comentarios que desease, y se le pediría su opinión sobre el cuestionamiento del que fue objeto, así como la forma en que fue abordado sobre su comportamiento sexual.

12) El tiempo establecido para el desarrollo de cada entrevista sería de una hora y quince minutos.

2.1.3. Levantamiento de datos.

La población a estudiar fue captada en las siguientes áreas del Hospital Metropolitano de la Subsecretaria Estatal de Salud:

- Áreas de Consulta externa (2º y 3er piso).
- Área de hospitalización (Cirugía y Traumatología en 7º piso).
- Área de Ginecología y Obstetricia (en 6º piso).
- Área de pediatría (en 5º piso), sólo con padres de los menores hospitalizados.
- Medicina Interna (en 4º piso).
- Área de Información (ubicada en la planta baja del Hospital.).

En la selección de la población participaron dos Trabajadoras Sociales y dos Oficiales Administrativos, empleados del mencionado hospital.

El levantamiento de los datos se hizo durante los meses de Diciembre de 1993, Enero y Febrero de 1994.

Las entrevistas se realizaron de Lunes a Viernes, entre las 10:00 y las 18:00 hrs.

En dos ocasiones, durante el mes de Febrero, trabajamos los sábados y los domingos, de las 8:00 a las 24:00 hrs.

Se hizo una elección alternada sobre las áreas de servicio en las que se seleccionaban las personas que iban a ser entrevistadas (por ejemplo, los Lunes de las 10 a 14 hrs. se captó a la población que acudía a la consulta externa, y de las 15 a las 17 horas se tomaba la población que estuviese en el área de hospitalización).

Este modo de selección se hizo tomando en cuenta los horarios en los que la población estuviese disponible para brindarnos su tiempo.

En el área de la consulta externa, esperábamos a que la gente hubiese recibido el servicio que solicitaba; esto era para no interferir en la fluidez de las consultas y también para que las personas ya estuviesen tranquilas, sin la inquietud de ser llamadas a consultar.

En el área de hospitalización, las personas se captaban fuera del horario de la visita familiar y médica. Esto fue para no entorpecer las funciones del personal hospitalario, y a la vez para que la entrevista no fuera sujeta a interrupciones por estos.

Fue así como tratamos de adaptarnos a los servicios, horarios y necesidades de la unidad hospitalaria, para no obstaculizar en las demandas sanitarias de la población, así como para el logro de los resultados propuestos en nuestro estudio.

En la selección de las personas de la consulta externa, seguimos el orden por filas, iniciando por la primera; les preguntábamos a cada una su edad y domicilio, hasta llegar con la persona que estuviese dentro de la muestra, es decir, elegíamos a las personas cuya edad estuviese entre los 18 y los 50 años, y que viviera en el municipio de Monterrey, Guadalupe o San Nicolás de los Garza, N. L.

Del mismo modo seleccionamos a las personas en él área de hospitalización, iniciando por la primer sala; elegíamos el entrevistado y le invitábamos a pasar a la oficina de Trabajo Social, donde se llevaría a cabo la entrevista.

Una vez que la persona entraba a la oficina, con absoluta privacidad, el entrevistador se presentaba dando su nombre e identificándose como personal del Departa-

mento de Trabajo Social, explicando enseguida el motivo por el cuál se le había invitado a pasar.

Las palabras textuales que empleamos al iniciar la entrevista, fueron:

> "Buenos días (tardes o noches, según fuera la hora), mi nombre es Olga Olivia Carranza Navarro, pertenezco al departamento de Trabajo Social de esta unidad hospitalaria.
>
> El motivo por él cuál ha sido usted invitado a pasar a esta oficina es porque actualmente estamos realizando un estudio sobre sexualidad, ya que una de nuestras funciones es trabajar con programas de educación sexual, dirigidos a los usuarios de esta unidad hospitalaria.
>
> Para el estudio en el que hoy estamos trabajando, necesitamos la colaboración de personas que tengan su lugar de residencia en los municipios de Monterrey, Guadalupe y San Nicolás de los Garza, N. L., que tengan edad de entre 18 y 50 años.
>
> La participación que necesitamos de usted consiste en dar respuesta a una serie de preguntas sobre su vida personal, para ser más específicos, sobre su comportamiento sexual.
>
> La información que nos proporcione será confidencial, es decir, sólo usted y yo la conoceremos, así como también respetaremos su anonimato, y para esto no le pedimos su identificación personal.
>
> ¿Está usted de acuerdo en colaborar con nosotros en la realización de este estudio, dando respuesta a las preguntas de esta entrevista?".

Una vez que teníamos una respuesta afirmativa por parte del entrevistado, le dábamos las indicaciones de limitarse sólo a dar respuesta a lo que se le preguntaba, y le señalábamos que sí tenía alguna duda en las preguntas con toda confianza podría interrumpirnos para hacer las aclaraciones pertinentes; al final serían escuchadas otras preguntas y/o comentarios que deseara hacer acerca del tema. Finalmente iniciábamos la entrevista.

En esta etapa de recolección de los datos intentamos no dejar una pregunta sin respuesta por parte del entrevistado (propósito logrado).

Se realizaron un promedio de 4 a 6 entrevistas por día durante los tres meses que duró la etapa de levantamiento de los datos. Las entrevistas se realizaron de lunes a viernes, utilizando un tiempo promedio de entre 8 y 10 horas diarias.

Mientras se realizaba la entrevista, dos Trabajadoras Sociales vigilaban que no se nos interrumpiera para no alterar la atención del entrevistado y del entrevistador.

2.1.4. Codificación, captura y procesamiento de datos.

Para facilitar el trabajo de codificación de los datos, la cédula entrevista fue elaborada con previa codificación, evitando al máximo las preguntas abiertas. Esta situación nos brindó la oportunidad de que no se presentara alguna complicación en esta fase del proceso metodológico.

Las variables numéricas fueron la edad del entrevistado (en el momento de la entrevista), la edad a la que tuvo su primera relación sexual, el número de parejas sexuales estables y no estables que había tenido durante los últimos seis meses, el número de veces que ha recibido dinero por relaciones sexuales en su vida y el número de veces que ha pagado dinero por relaciones sexuales en su vida.

Hubo otras variables numéricas a las que se les dio una previa codificación, ya que tratamos que el trabajo fuera lo más práctico y económico posible. Esta medida fue tomada atendiendo las limitaciones que se tenían para la realización del estudio.

La captura se hizo en el paquete LOTUS. Se realizó en dos ocasiones (con verificación), para detectar los posibles errores de captura y depurar el archivo de datos. Después el archivo fue transferido al paquete estadístico para las ciencias sociales SPSSPC-Plus, para efectuar el procesamiento de la información.

En la captura y procesamiento de los datos recibimos apoyo solamente de una persona estudiante de Maestría en Ingeniería de Sistemas Computacionales.

2.2. Selección de la muestra.

El tema del estudio, así como el instrumento de la recolección de los datos se presta para aplicarlo a la población general abierta (a excepción de la población infantil y adolescente), y lo ideal era diseñar una muestra probabilística, pero nos resultaba prácticamente imposible por la falta de recursos financieros, materiales y humanos, así como el tiempo que también fue muy reducido. Tomando muy en cuenta estas limitaciones, nos vimos en la necesidad de reducir nuestros alcances al diseño de una muestra pequeña no probabilística, intencional por cuotas.

La elección de la muestra se hizo atendiendo los siguientes criterios:

1) Se aplicaría la cédula-entrevista a 135 hombres y a 135 mujeres, en edad adulta (entre 18 y 50 años). La edad se determinó así por la naturaleza de las preguntas, las cuales giraban en torno a la vida sexual de los entrevistados. Decidimos respetar

la mayoría de edad, 18 años, establecida así en el Código Civil de nuestro país. Aunque sabemos que existen jóvenes menores de 18 años que están sexualmente activos (situaciones que se captan diariamente en el departamento de Trabajo Social a través de los estudios socio-familiares, donde se observan casos de adolescentes embarazadas y/o jóvenes con algunas enfermedades de transmisión sexual), pero consideramos que en esta ocasión no era conveniente abordar a esta población adolescente, ya que encierra una problemática específica que amerita un estudio especial.

2) Buscando reducir más la muestra, pensamos en la población que viviera en ciertos sectores de nuestro estado, seleccionando sólo a aquellas personas que tuviesen su lugar de residencia en los municipios de Monterrey, Guadalupe y San Nicolás de los Garza, Nuevo León. Esta elección se hizo bajo el criterio de que éstos son los municipios que ocupan los tres primeros lugares en casos VIH-SIDA en nuestro estado, según los datos estadísticos proporcionados por el Consejo Estatal de SIDA, en Nuevo León (véase cuadro 13).

3) Una vez más, atendiendo las limitaciones ya mencionadas, y ante la dificultad de trabajar con una muestra aleatoria, nos decidimos por tomar una población cautiva, con la finalidad de ahorrar recursos humanos, tiempo y dinero.

Por cuestiones de índole práctica, elegimos a usuarios del Hospital Metropolitano, por ser este el lugar donde se encuentra ubicado el Centro de Información y Atención del VIH-SIDA del estado de Nuevo León (Consejo Estatal de SIDA), en donde se trabaja en la prevención de la transmisión del Virus de Inmunodeficiencia Humana.

Cuadro 13
Casos de VIH-SIDA por municipio de residencia. Nuevo León, hasta 1994.

Municipio	N	%
Monterrey	372	58.0
Guadalupe	100	15.6
San Nicolás	84	13.1
Garza García	23	3.6
Escobedo	18	2.8
Santa Catarina	13	2.0
Apodaca	12	1.9
Cadereyta	3	0.5
Villa de Santiago	2	0.3
Otros	14	2.2
Total	641	100.0

Fuente: sistema Estatal de notificación. Centro Estatal de Información, Prevención y Control de VIH-SIDA. Subsecretaría Estatal de Salud Nuevo León.

En esta unidad hospitalaria se da servicio de atención a la salud, en segundo nivel, a la población de la región noreste del país (de los estados de Nuevo León, Zacatecas, Coahuila, San Luis Potosí y Tamaulipas, preferentemente), que carecen de seguridad social, así como de los recursos económicos necesarios para atenderse un problema de salud.

En su mayoría, la población que acude a esta unidad pertenece a un estrato socioeconómico bajo, medio-bajo y medio (clasificación hecha de acuerdo a los estudios socioeconómicos que se realizan en el departamento de Trabajo Social, y que se determina en base a un tabulador de estratos económicos).

4) Las personas candidatas a la entrevista serían captadas en la consulta externa y Hospitalización (ya explicamos en el apartado anterior la manera en que se seleccionarían), quedando excluidos sólo los pacientes del área de urgencias, los de epidemiología (por tratarse de pacientes ya identificados como de riesgo, o ya infectados por alguna enfermedad de transmisión sexual), así como los pacientes pediátricos, psiquiátricos y adolescentes.

5) Fijamos un tiempo de tres meses (como ya lo señalamos), para el levantamiento de datos. Durante este tiempo el entrevistador aplicó 270 entrevistas, dedicando de 8 a 10 horas diarias, incluyendo a veces los sábados y los domingos. Durante este tiempo la condición física y psíquica del entrevistador sólo le permitía realizar de 4 a 6 entrevistas diarias, ya que en ocasiones éstas se alargaban un poco más del tiempo establecido que era de 1 hora y 15 minutos (ya se explicarán más adelante los motivos), resultando esta etapa una de las más agotadoras para el responsable de esta tarea.

En forma muy breve, esta es la descripción de la forma en que se seleccionó la muestra, la cual evidentemente es muy reducida pero fue la que más se acercaba a nuestras posibilidades. Estamos conscientes que los resultados sólo serán válidos para la muestra de población elegida, evitando caer en generalizaciones para el resto de la población.

La muestra fue avalada por el Lic. José Castañeda, asesor de técnicas estadísticas en los Programas de Áreas Marginadas de la Subsecretaría Estatal de Salud, y antes de dar inicio a la recolección de los datos, en el mes de agosto de 1993, tuvimos la oportunidad de pedir asesoría al Dr. Rául Rojas Soriano[1], sobre la validez de la muestra. En su opinión, de acuerdo a los muy reducidos recursos disponibles para este estudio, la muestra diseñada (no probabilística, intencional por cuotas), era una buena opción. Agregando que era una muestra combinada, por hacer una selección de muestra con algunos matices aleatorios.

---

[1] Investigador de Ciencias Sociales, en México.

2.3. Comentarios en etapa de recolección de datos.

Consideramos de mucha importancia hacer algunos comentarios acerca de la respuesta que tuvimos por parte de la población estudiada en el momento de la aplicación de la cédula-entrevista. De todas las personas elegidas para la entrevista, sólo tres de ellas se negaron a ser entrevistadas, éstas fueron substituidas para completar los 270 casos.

Las razones de estas tres personas que no desearon ser interrogadas fueron las siguientes: La primera, una joven de 18 años de la religión Testigos de Jehová dijo no poder contestar "por no saber nada de sexo, ya que no ha tenido relaciones sexuales". La segunda, fue una señora de 36 años, a quien se le observó preocupada disculpándose por no poder atendernos en la entrevista, a lo que argumentó que andaba muy limitada de tiempo y se dirigía a su trabajo. La tercera, un señor de 50 años, dijo ser muy reservado para hablar de "sus cosas personales" y agregó que las entrevistas acerca de cualquier tema "lo ponían muy nervioso", incluso señaló que ha perdido muy buenas oportunidades de trabajo por no aceptar someterse a un interrogatorio. Esta persona, sin darse cuenta contestó más de la mitad de la cédula de entrevista, hecho que se le hizo ver, y ante tal situación hizo un gesto de sorpresa de sí mismo. De todas maneras esta entrevista fue invalidada por haber quedado inconclusa, así como por no haber sido autorizada por el entrevistado.

En las 270 entrevistas aplicadas no quedó una sola pregunta sin responder; solamente se presentaron 7 casos en los que algunos indicadores sobre la práctica sexual no podían ser aplicados tal como estaba hecha la pregunta, por no tener vida sexual activa. Sin embargo, se pudo hacer una adaptación en las opciones de respuesta agregando "no relaciones sexuales". El entrevistador decidió tomarlas en cuenta en el análisis de los datos por considerarlas de mucha importancia.

Se estableció un tiempo de 1 hora para el desarrollo de cada una de las entrevistas, y se dejó un margen de 15 minutos para que los entrevistados lo utilizaran en preguntas y/o comentarios que desearan hacer. Este tiempo establecido no fue cumplido en la mayoría de los casos ya que muchos de los encuestados manifestaron interés en el tema de sexualidad e hicieron preguntas y comentarios personales. Algunos traían mucha "carga emocional" acerca de una vida sexual insatisfecha, por problemas conyugales, vivencias de hechos traumáticos como violaciones, actos sexuales forzados por sus cónyuges, frustraciones personales, decepciones con sus parejas por no cubrir sus expectativas personales, etc.

Se dieron diversas maneras de exteriorizar las necesidades de hablar, pero las frases expresadas fueron: "aprovechando que estamos hablando de esto...", "no siempre se tiene con quien hablar de este tema del sexo de un modo serio...", etc.

Cabe aclarar que todas estas inquietudes de preguntar, comentar y "ventilar" sus emociones se hicieron al finalizar la entrevista, ya que aunque algunas personas de

momento olvidaban la regla establecida al iniciar el interrogatorio, el entrevistador con todo respeto y cuidando de no incomodarlos, les recordaba que al terminar serían escuchados sus comentarios y sus dudas. Se les aclaraba que esta actitud tenía como finalidad no influir en sus respuestas. Y ante esta aclaración los entrevistados se mostraban dispuestos a continuar con la entrevista, no haciendo más interrupciones.

Se presentaron casos en los cuales la reunión con el entrevistado se prolongó hasta dos horas después de la aplicación de la cédula-entrevista. Estas situaciones se dieron cuando la persona manifestaba traer demasiada "carga emocional", la cual fue "removida" durante la entrevista, por lo que el entrevistador consideró necesario como una responsabilidad profesional, hacer una "catarsis" para que la persona expresara los sentimientos que en ese momento tenía necesidad de manifestar.

Cabe hacer la observación de que la mayoría de las personas con quienes se tuvo que intervenir fuera del tiempo establecido para el desarrollo de la cédula-entrevista, fueron del sexo femenino. En general expresaban una serie de situaciones problemáticas con consecuencias en el ambiente familiar. Entre los problemas más comunes están: maltrato físico y emocional por parte de sus parejas conyugales, violaciones, relaciones sexuales donde sus parejas las obligan a realizar actos que ellas no aceptan por cuestiones culturales, inconformidad por las relaciones extramatrimoniales de sus parejas, etc.

Se estableció un ambiente de privacidad y confianza, lo cual fue observado en las actitudes de los entrevistados quienes manifestaban de una manera rápida y sin inhibiciones (con gestos y/o palabras), sus dudas ante las preguntas que no les quedaban claras, o bien, al expresar sus deseos por hacer comentarios sobre sus experiencias personales.

Al finalizar la entrevista se les agradecía su participación y la sinceridad que hubiesen depositado en cada una de sus respuestas. Agregando enseguida la explicación de la finalidad del cuestionamiento que se les había hecho, el cual era para conocer la forma en que estaban viviendo su sexualidad en estos tiempos del SIDA.

Ya como última intervención del entrevistador, se les invitaba a hacer comentarios acerca de la forma y contenido de las preguntas, interrogándolos de la siguiente manera:

¿Se sintió Usted invadido o agredido por la forma en que se le interrogó?.

Por la general las respuestas fueron muy positivas para el entrevistador, ya que las personas no manifestaron inconformidad por la manera en que fueron abordados.
Las respuestas más comunes que se dieron, entre otras, fueron:

"El tema es muy interesante", "aprendí mucho", "me gustó mucho la manera en que preguntó", "no me dio vergüenza contestar", "le voy a traer a mi esposa(o), para que también a ella(él) le pregunte", "se nos debe hablar más de esto", etc. Fue común que al dar las gracias por su participación, el entrevistado respondiera: "gracias a usted, porque aprendí bastante", "gracias a usted por escucharme", "gracias por hablarme de esto", etc. (estas actitudes nos hablan de la necesidad que tienen, tanto hombres como mujeres entrevistadas, de hablar sobre su sexualidad).

Hubo otros comentarios que hacían alusión al ambiente en el que se realizó la entrevista, ya que algunas personas mencionaron que el hecho de haber sido interrogados por una persona de Trabajo Social, y dentro de una institución de salud les facilitaba el poder hablar de sus comportamientos sexuales, ya que confiaban en que se pretendía trabajar para el bien de ellos, así como el hecho de haber estado "a puerta cerrada" con el entrevistador, además de que la actitud de este les ayudó a no sentir inhibición al contestar.

2.3.1. Aclaración de conceptos.

Estos son los conceptos sexuales y la terminología (sencilla y clara) empleada en la explicación cuando no se entendía alguna pregunta. Esta situación de ignorancia sobre algunos términos, fue captada en la prueba piloto y estudio exploratorio, y repetir explicaciones en 270 ocasiones significó "mucho desgaste físico y mental" para el entrevistador, aunque está bien recompensado con la respuesta positiva de las personas al permitir que se indagara sobre sus cuestiones más íntimas, como es su conducta sexual.

- *Aparato sexual femenino*: genitales de la mujer, vagina, matriz, partes sexuales en la mujer, etc.
- *Aparato sexual masculino*: genitales del hombre, pene, testículos, partes sexuales del hombre, etc.
- *Métodos anticonceptivos*: maneras de evitar los embarazos como: pastillas, condón, salpingo, inyección.
- *Enfermedades de transmisión sexual*: las enfermedades que se adquieren por tener contacto sexual con personas enfermas.
- *Promiscuidad sexual*: tener relaciones sexuales con varias personas (con una, con otra, con otra, otra...).
- *Sexualidad responsable*: conocer a la persona con quien se relaciona sexualmente, evitar tener hijos no planeados ni deseados, etc.
- *Abstemio sexual*: evitar tener relaciones sexuales con otras personas, por algún motivo personal.
- *Encuentro sexual casual*: relación sexual con una persona, que acaba de conocer, o que no conoce, que tal vez no volverá a encontrar.
- *Contacto sexual*: la relación sexual que se tiene con otra persona, donde hay encuentro de genitales entre ambas personas, como pene, vagina, ano.

- *SIDA*: enfermedad mortal de las personas.
- *Virus de Inmunodeficiencia humana*: virus que causa el SIDA.
- *Persona heterosexual*: hombre o mujer, que se relaciona sexualmente sólo con personas de sexo opuesto.
- *Persona homosexual*: hombre o mujer que se relaciona sexualmente sólo con personas de su mismo sexo.
- *Persona bisexual*: hombre o mujer, que se relaciona sexualmente con personas de ambos sexos.
- *Sexo inseguro*: tener relaciones sexuales, sin evitar el contacto directo con los líquidos corporales (semen, secreción vaginal, líquido pre-eyaculatorio), de la otra persona, a quien no conoce bien.
- *Sexo seguro*: tener relaciones sexuales sin que exista contacto directo de líquidos corporales (semen, secreción vaginal).
- *Secreción vaginal*: líquido que suelta la mujer, por su vagina, en una relación sexual.
- Vagina: parte sexual de la mujer, por donde el hombre introduce su pene, en una relación sexual; por donde orina la mujer (no exactamente, pero se entendió).
- *Semen*: líquido blanco que suelta el hombre por su pene, en una relación sexual.
- *Líquido pre-eyaculatorio*: líquido que suelta el hombre, en una relación sexual antes de eyacular.
- *Pene*: parte sexual del hombre, que introduce en boca, ano o vagina de su pareja, en una relación sexual.
- *Relación sexual pasajera*: relación sexual con una persona ocasional, poco o nada conocida. Sexo por un rato.
- *Pornografía*: revista, cine, película, o algún otro material, que menciona o muestra cuerpos desnudos, enseñando los genitales de las personas, con intención de provocar estímulo sexual.
- *Deseo sexual reprimido*: deseo de hacer actos sexuales, que los demás (padres, iglesia, amigos) dicen que es "malo".
- *Exceso sexual*: realizar actos sexuales, no comunes en su vida sexual.
- *Pareja estable*: pareja sexual que se conoce, que conviva con ella, o bien, que no se convive con esta persona, pero se tienen relaciones sexuales con ella, de una manera regular (puede ser esposa(o), amante, amiga(o), novia(o), vivir en unión libre.
- *Pareja no estable*: es la persona con quien se tienen relaciones sexuales ocasionales, una a dos veces, que se le conoce poco o nada, y que tal vez no se le vuelva a tratar.
- *Pareja relacionada* con la prostitución: es la persona con quien se involucra sexualmente, pagándole por ello, o bien que no le paga, pero sabe que esta persona vende sus servicios sexuales a los demás.
- *Servicio sexual*: pagar a una persona para que tenga relaciones sexuales.
- *Infección no vista aparentemente*: es aquella enfermedad, que no se ve a simple vista.
- *Relación sexual*: es la relación con otras personas, con expresiones sexuales, (no necesariamente implica que exista penetración).

- *Penetración vaginal*: introducción del pene del hombre, en la vagina de la mujer.
- *Penetración anal*: introducción del pene del hombre por el recto, por el ano (por donde las personas defecan o hacen popó) de su pareja sexual (hombre o mujer).
- *Flujo blanco o amarillo*: desecho o líquido que sale por el pene o la vagina, con mal olor (no semen, no secreción vaginal normal en la ovulación o excitación sexual, ni orina), que su médico o Ud. consideran que no es normal, ya que comúnmente no lo padece.
- *Condilomas*: verruguitas o granos, en forma de florecitas, que salen en el área de los genitales o parte sexual (pene, vagina, ano).
- *Ladillas*: piojos o animalitos que se ubican en el cuerpo, especialmente en el vello púbico de la parte genital o sexual de las personas.
- *Úlceras genitales*: Llagas o "peladas de la piel", que se encuentran en las partes genitales o sexuales de las personas. Las mujeres las presentan dentro de su vagina, y a veces se dan cuenta con estudios médicos.
- *Sífilis*: enfermedad o infección de la sangre. Sólo un estudio de laboratorio lo puede definir con exactitud. En los primeros diez días de la infección, para el hombre es más fácil sospechar de ésta, ya que aparece un grano o infección en sus genitales, principalmente en la punta de su pene.
- *Herpes genital*: ámpulas (bolitas de agua) que salen en el área genital, parecido a los "fuegos" que salen en los labios de la boca cuando la persona tiene fiebre (en estos casos no se trata de una enfermedad venérea).
- *Hepatitis B*: enfermedad de la sangre, que sólo se puede confirmar a través de los estudios de laboratorio y también se adquiere por contacto sexual con una persona enferma.
- *Coito vaginal*: introducción del pene en vagina, y el hombre tiene una eyaculación.
- *Coito anal*: introducción del pene en ano o recto de su pareja sexual, teniendo una eyaculación.
- *Eyaculación*: cuando el hombre suelta su semen, en una relación sexual, "venirse".
- *Orgasmo*: "venirse", alcanzar el placer o disfrute máximo, desahogo sexual en una relación sexual, la mujer suelta secreción vaginal.
- *Deseo sexual*: deseos o ganas de tener una relación sexual con otra persona.
- *Masturbación sólo*: tener una relación sexual consigo mismo, acariciando su cuerpo, sus genitales, para darse placer, hasta alcanzar el orgasmo o desahogo sexual.
- *Masturbación mutua*: intercambiar caricias con su pareja sexual, para darse placer mutuamente, hasta llegar al orgasmo, sin tener penetración anal y/o vaginal.
- *Abstinencia sexual*: no tener relaciones sexuales con otras personas por algún motivo personal (puede ser porque no siente deseo sexual, o bien aunque sienta deseos de relacionarse sexualmente con otras personas, prefiere quedarse con las ganas, por cuestiones personales).
- *Fidelidad sexual*: serle fiel sexualmente a su pareja sexual.

- *Fidelidad sexual mutua*: tener relaciones sexuales sólo con su pareja, y su pareja sólo con usted.
- *Infiel*: tener relaciones sexuales con otras personas, aparte de tenerlas con su pareja sexual estable.
- *Sexo oral*: contacto de boca con genitales (besar, chupar, lamer el pene o vagina de su pareja sexual.
- *Condón*: protección o barrera de plástico para él pene o vagina (el de la mujer no es conocido todavía en México, por no entrar aún en el mercado mexicano). Sirve para evitar el contacto directo de los líquidos corporales (semen, secreción vaginal, líquido pre-eyaculatorio) entre las dos personas que tienen una relación sexual.

La mayoría de las personas manifestaron notoria ignorancia en algunos conceptos, sobre todo en los referentes a las enfermedades de transmisión sexual. Estos términos tuvieron que ser explicados a toda la población, aunque las personas querían que se les diera todo un curso (desde como se adquieren hasta como se curan), pero la intervención del entrevistador fue sólo dar una explicación breve y sencilla para que pudieran identificarlas y así poder recordar si las han padecido o no.

El concepto de orgasmo no estaba contemplado en la cédula-entrevista, pero desde un inicio se integró al interrogatorio al cuestionar sobre el número de coitos vaginales. Aquí fue notoria la cantidad de 14 mujeres que respondieron no conocer sus orgasmos y sólo 22 hombres aseguraron conocer los orgasmos de sus parejas femeninas (esta cuestión no se incluyó en el análisis de datos por considerar que no tiene una relación directa con el tema abordado).

2.4. Limitaciones de la investigación.

Toda investigación social presenta obstáculos en los procesos metodológicos por tratar temas relacionados con el comportamiento humano; el presente estudio también presentó problemas en la estrategia metodológica, dado que el tema de referencia al comportamiento sexual de las personas es un tópico muy complejo que aborda el aspecto más íntimo del ser humano: su sexualidad.

Una de las primeras limitaciones que se nos presentaron en este estudio se refiere a la "objetividad" del investigador, quien no puede prescindir en su totalidad de la subjetividad que lleva todo ser humano, ya que es imposible dejar de reflejar sus intereses y valores personales. Otra limitación fue la posible subjetividad por parte de las personas entrevistadas; otros obstáculos no menos importantes fueron los recursos disponibles para el desarrollo de este estudio: los económicos, los materiales, los humanos y el factor tiempo, los cuales estuvieron muy reducidos. Esta situación influyo en la manera en que se manejaron cada uno de los procesos metodológicos, y estamos conscientes de que existen otras estrategias metodológicas

que nos podrían ofrecer más validación en el análisis y conclusiones de nuestros resultados. Lo que aquí ofrecemos es lo que estuvo al alcance de nuestras posibilidades en base al tiempo establecido, adaptándonos a los recursos existentes para llevar a cabo esta investigación.

2.5. Las Variables y sus indicadores.

Las variables edad, sexo y lugar de residencia fueron utilizadas para control de la muestra; y las de estado civil, escolaridad, ocupación y religión para tener un perfil de las características socio-demográficas de la población estudiada. El sexo fue nuestra variable independiente, la cual nos fue de utilidad para hacer un análisis comparativo acerca del riesgo a la infección del VIH-SIDA por transmisión sexual entre la población masculina y femenina, en relación con su comportamiento sexual.

Las variables empleadas fueron en relación a la opinión, actitud y práctica en la conducta sexual de la población. De estas sólo elegimos para nuestro análisis las que implican un referente empírico (comportamiento, práctica y técnica sexual, el criterio de su medición aparece en cada cuadro de las variables analizadas), no tratando de disminuir con esta medida la importancia que tienen las variables de opinión y de actitud, ya que estas nos ofrecen referencias sobre las características culturales de las personas entrevistadas.

Utilizamos preguntas relacionadas con la opinión, en las que se dan sólo tres opciones de respuesta (totalmente de acuerdo, de acuerdo y totalmente en desacuerdo); se hizo de esta manera atendiendo las respuestas que se dieron en la prueba piloto, donde se observó la tendencia de la población a dar respuestas tajantes (total acuerdo o total desacuerdo). La situación aquí observada fue que al ofrecerles más opciones de respuesta se nos perdía su atención. Las variables aquí manejadas, así como en las cuestiones sobre actitudes y opiniones son simples, con un sólo indicador, por lo que pensamos que no hay mucho que explicar en relación a su medición, por lo que sólo se explicará (en cada uno de los cuadros), la forma en que se midieron las variables utilizadas para el análisis de los datos, que como ya mencionamos son las que están relacionadas con el comportamiento, la práctica y la técnica sexual.

Cuadro 14
Distribución por sexo

Sexo	PORCENTAJE	Nº DE CASOS
Masculino	50	135
Femenino	50	135
Total	100	270

Cuadro 15
Distribución por edad

Edad	PORCENTAJE	Nº DE CASOS
18 a 25 años	36.3	98
26 a 35 años	43.3	117
36 a 50 años	20.4	55
Total	100	270

Cuadro 16
Distribución por lugar de residencia

MUNICIPIO	PORCENTAJE	Nº DE CASOS
Monterrey	36.7	99
Guadalupe	28.9	78
San Nicolás	34.4	93
Total	100	270

En cuanto a la variable de educación sexual (información sobre sexualidad), por ser compleja su medición, decidimos sólo manejar algunos indicadores que nos señalarán de una manera general la información que tiene la población acerca de sexualidad humana y también consideramos necesario conocer las instituciones que han aportado tal información.

Otra cuestión que nos pareció importante fue pedir opinión acerca de la institución que consideraban como la más adecuada para que las personas recibieran información sobre el aspecto sexual.

Cuadro 17
Educación Sexual (información sexual recibida)

Inf/sex humana	Escuela	Amigos	Familia	Hosp.	T.V.	Libros	No/inf.	Total N
Inf. sex.	17.4%	27.4%	7.0%	6.7%	4.0%	3.7%	37.4%	270
genitales	32.6%	7.4%	1.5%	8.9%	0.4%	1.9%	47.4%	270
anticonceptivo	4.1%	10.7%	3.0%	33.3%	1.1%	1.5%	46.3%	270
enf. venéreas	5.6%	29.3%	2.6%	16.3%	4.4%	2.6%	39.3%	270
Lugar adec inf. sex.	19.6%	4.4%	43.3%	24.8%	4%	7.0%	6.7%	270

Cuadro 18
¿A qué conduce recibir información sobre sexualidad humana?

	Frecuencias	Total
Tener relaciones sex. con varias personas	21	7.8%
Tener hijos no planeados	8	3.0%
Tener enfermedades venéreas	3	1.1%
Vivir una sexualidad responsable	224	83.0%
No sabe	14	5.2%
Total	270	100%

El propósito de los siguientes indicadores era conocer el acuerdo o desacuerdo que tienen los entrevistados como padres de familia, a que sus hijos reciban información sobre sexualidad humana.

Cuadro 19
Acuerdo o desacuerdo en que los hijos reciban información sexual

	Tot. acuerdo	acuerdo	Tot. desacuerdo	Total N
Recibir inf. sex en escuela	57.0%	27.0%	15.9%	270
Los padres hablen de sex. c/los hijos	77.4%	14.1%	8.5%	270
Padres hablen de anticon-cept y enf. venéreas c/hijos	73.0%	15.9%	11.1%	270

Es evidente que la mayoría de la población (77.4%), está de acuerdo en que los padres deben hablar con los hijos sobre aspectos de sexualidad. Un 73.0% acepta que se debe hablar de métodos anticonceptivos y enfermedades venéreas a los hijos, y poco más de la mitad de la población esta de acuerdo en que se manejen temas de sexualidad en la escuela.

Cuadro 20
Influencia de información sexual por amigos

	Frecuencia	Total
Relaciones sex. con varias personas	91	33.7%
No a las relaciones sexuales	8	3.0%
Sexo con responsabilidad	141	52.2%
No sabe	30	11.1%
Total N	270	100%

El 52.2% de las personas, dicen que la información recibida por sus amigos influyó para que tuvieran una vida sexual con responsabilidad (evitar embarazos no deseados, así como no tener relaciones sexuales con personas ocasionales). Es probable que la mayoría de esta población sean mujeres, por ser esta población la que está más condicionada socialmente para evitar las relaciones sexuales ocasionales.

Un 33.7% de los entrevistados respondieron que la información recibida por sus amigos influyó para que tuvieran un comportamiento sexual caracterizado por tener relaciones sexuales con personas casuales (es probable que en esta población, en su mayoría, estén incluidos los varones por las condiciones sociales que establecen mayor libertad sexual a esta población).

3. TERCERA PARTE. ANÁLISIS DE LOS DATOS.

La naturaleza del presente análisis es de tipo descriptivo-comparativo del comportamiento sexual de riesgo a la infección del VIH-SIDA, entre la población femenina y masculina estudiada. Por tal motivo, las variables que se analizarán en esta parte serán en relación a la variable socio-demográfica: sexo.

Para introducirnos en el análisis de datos consideramos importante mencionar el perfil socio-demográfico de la población estudiada.

3.1. Características socio-demográficas generales.

3.1.1. Sexo, edad, edo. civil, escolaridad, ocupación, residencia y religión.

Como ya lo hemos mencionado, la muestra de nuestra población es de 270 personas (135 mujeres y 135 hombres) en edades de 18 a 50 años, que tienen su residencia en los municipios de Monterrey, Guadalupe y San Nicolás de los Garza en el estado de Nuevo León.

Cuadro 21
Sexo de la población entrevistada

Sexo	%	N
Femenino	50	135
Masculino	50	135
Total	100	270

Cuadro 22
Sexo y edad de la población entrevistada

Sexo	18 a 25 años	26 a 35 años	36 a 50 años	Total N
Femenino	42.2%	43.7%	14.1%	135
Masculino	30.4%	43%	26.7%	135
Total	36.3%	43.3%	20.4%	270

El mayor contingente de población corresponde a la de edad adulta-media (un 43.3%), seguida por la de edad joven (36.3%), mientras la población en edad madura representa el 20.4% del total.

Cuadro 23
Estado civil según sexo

Sexo	Soltero	Casado	Separado	Total N
Femenino	19.3%	71.1%	9.6%	135
Masculino	15.6%	74.8%	9.6%	135
Total	17.4%	73.0%	9.6%	270

En la distribución de la población por categoría de sexo y estado civil, encontramos que la mayoría de las personas entrevistadas son casadas (73%), incluimos en este rubro a la población que vive en unión libre, le siguen las personas que nunca han estado unidos, es decir, los solteros, un 17.4% y por último en menor porcentaje, tenemos a la población que está divorciada, separada o viuda (9.6%).

Cuadro 24
Escolaridad de hombres y mujeres

Sexo	Ningún estudio a primaria incomp.	Primaria a sec. incompleta	Secundaria a Profesional	Total N
Femenino	27.4%	42.2%	30.4%	135
Masculino	15.6%	48.9%	35.6%	135
Total	21.5%	45.6%	33.0%	270

Distribuidos por escolaridad encontramos que predomina el grupo de población con escolaridad media, un 45.6%. No encontramos mucha diferencia entre las escolaridad de hombres y mujeres. En el grupo de mujeres, se encuentra el más alto porcentaje de estudios a nivel primaria incompletos.

Cuadro 25
Ocupación de hombres y mujeres

Sexo	Trabajo fijo	Trabajo eventual	Hogar	Total N
Femenino	1.5%	20.7%	77.8%	135
Masculino	17.0%	80.7%	2.2%	135
Total	9.3%	50.7%	40.0%	270

La distribución por categoría de ocupación se hizo dividiendo a la población por empleo fijo, eventual y hogar; esta distribución se hizo bajo el criterio que se tiene en el departamento de Trabajo Social para dar una clasificación del estrato socioeconómico (en base a tabulador de ingresos), donde se insiste en conocer la ocupación de las personas, oficio y salario. Enseguida mencionamos los oficios más comunes de esta población entrevistada: empleados de diferentes empresas como gasolineras, hospitales, restaurantes, cantinas, gobierno, mercados, tiendas, centros de video, veterinaria, ferreterías, mensajerías, radio, trabajadoras domésticas, guardias de seguridad, almacenes, mueblerías, farmacias, vendedores ambulantes (de: tacos, nopales, periódicos, libros, seguros de vida, paletas, sexo, etc.). También encontramos obreros y ayudantes como: albañiles, ayudantes electricistas, torneros, macheteros, carpinteros, pintores, plomeros, costureras, electricistas, soldadores, técnicos electricistas automotrices, mecánicos, ingenieros electricistas y de sistemas. etc.

Sólo un 9.3% del total cuentan con un empleo fijo (1.5% de mujeres y un 17.0% de hombres). Las mujeres en su mayoría se dedican a labores del hogar (77.8%), un 2.2% de hombres que están dentro de este rubro se dedican a estudiar, sin tener todavía una ocupación que les retribuya un ingreso. Un 50.7% del total tienen un empleo eventual (20.7% de mujeres y un 80.7% de hombres).

Cuadro 26
Lugar de residencia de hombres y mujeres

Sexo	Monterrey	Guadalupe	San Nicolás	Total N
Femenino	38.5%	23.7%	37.8%	135
Masculino	34.8%	34.1%	31.1%	135
Total	36.7%	28.9%	34.4%	270

Distribuida la población por municipio de residencia, tenemos más mujeres que radican en el municipio de Monterrey (un 38.5%), aunque no es mucha la diferencia en los porcentajes divididos por sexo y lugar de domicilio. El menor grupo fue de mujeres que viven en Guadalupe, un 23.7%.

Cuadro 27
Religión

Sexo	Católica	No católica	Total N
Femenino	85.2%	14.8%	135
Masculino	77.8%	22.2%	135
Total	81.5%	18.5%	270

En la distribución por religión encontramos un 81.5% que pertenece a la religión católica (corresponde un 85.2% de mujeres y un 77.8% de hombres que profesan esta religión).

3.1.2. Educación sexual (información sobre sexualidad).

Ante la situación de no existir hasta ahora una vacuna o cura para tratar el problema del SIDA, la medida más estratégica para detener la expansión de esta enfermedad es a través de la prevención ; y esta sólo se puede lograr por medio de la educación. Es evidente que esta tarea se nos presenta muy difícil por todas las implicaciones culturales que trae consigo.
Recordando las cifras estadísticas (véase cuadros, primera parte sobre la situación del VIH-SIDA en el Mundo, México y Nuevo León), que nos indican que el mayor número de casos de infección VIH se han dado por contacto sexual, consideramos que la actitud de la gente para evitar el contagio de este virus tiene relación con los conocimientos sobre sexualidad. En nuestro modelo rector incluimos la variable de educación sexual como uno de los factores que influyen en la exposición de riesgo a esta infección, pero debido a la complejidad que nos resulta la medición de la influencia de esta variable tomamos la opción de incluir sólo algunos indicadores acerca de la información que tienen las personas sobre sexualidad humana.

Estamos conscientes de que nuestros alcances en relación a este factor cultural (educación sexual), es bastante limitado, sin embargo, no quisimos descartarla de nuestro estudio por considerarla de mucha importancia en relación a las variables que en esta parte analizamos, y que nos hablan acerca del comportamiento sexual de las personas.

Nos vimos en la necesidad de reducir nuestras pretensiones hasta sólo poder lograr una información general del conocimiento que la población tiene sobre algunos conceptos de sexualidad humana. Aunque sabemos que los indicadores que aquí se manejan no lo es todo, ni siquiera la mínima parte de lo que es educación sexual, pensamos que sí nos ofrece un acercamiento, ya que la información sobre sexualidad viene a formar parte en el proceso educativo, y nos da una idea acerca de la instrucción sexual de la población abordada.

Consideramos que la información que las personas puedan tener sobre sexualidad se presenta como una condición necesaria, aunque no suficiente, para que éstas puedan ser capaces de vivir su sexualidad de una manera conveniente para evitar el riesgo a la adquisición de una enfermedad de transmisión sexual, como es el SIDA; ya que una persona que tiene conocimientos en el aspecto sexual puede tener información sobre lo que son las relaciones sexuales, los métodos anticonceptivos, los embarazos, las enfermedades venéreas, etc. pero su educación sexual depende de la aplicación que les dé a estos conocimientos en su comportamiento como ser humano.

Noguer Moré (1971:826), admite que la educación sexual es una faceta de gran importancia en el proceso de formación global del ser humano, y dice que no la debemos confundir con instrucción sexual.

> La educación sexual implica un proceso formativo de valores, actitudes, conocimientos y comportamientos, orientados a integrar la vida sexual y reproductiva dentro de un plan de vida individual, familiar y social (Rodríguez, 1990c:3).

López Ibor (1989:246), pone en evidencia que la sexualidad constituye una dimensión esencial de la conducta humana. Dice que uno de los factores de equilibrio y desequilibrio en el ser humano es la sexualidad; y que para que se pueda dar una personalidad equilibrada se debe insistir en una educación sexual mentalmente higiénica, ya que de lo contrario se pueden causar trastornos anímicos como neurosis obsesivas.

La O.M.S. (1991:1)[1], describe la Salud Sexual como : "La integración de los aspectos físicos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual de forma enriquecedora, que fortalece la personalidad, la comunicación y el amor". Esta definición encierra un ideal al que todo ser humano tiene derecho, sobre todo en esta época de SIDA, tiempo en el cual se considera como una necesidad que todo individuo desarrolle habilidades que lo lleven a disfrutar y controlar su conducta sexual y reproductiva, sin que por ello tenga que limitar el disfrute y control de su vida sexual.

Si bien es conocido que la formación o educación de las personas comienza en la familia, ya que se dice que corresponde a los padres ser los primeros instructores en el aspecto sexual de sus hijos, aquí nos preguntamos si realmente la familia cumple con esta tarea formativa.

Se dice también que la escuela tiene una tarea que cumplir en la formación sexual de los individuos. Noguer Moré (1971:826), dice que "la instrucción la pueden dar los padres y los maestros".

Los indicadores que aquí empleamos van dirigidos a conocer la instrucción que esta población tiene de un modo general sobre sexualidad, así como la institución o medios que cumplen con esta tarea.

La experiencia en nuestro campo profesional (Trabajo Social), nos dice que aunque sabemos que los padres tienen un papel muy importante en la educación sexual de los hijos, sucede que estos tienen que buscar respuesta a sus dudas sexuales en medios alejados a la familia: en los libros, revistas, películas, amigos, etc., y la mayoría de las veces las respuestas que encuentran están muy lejos de la realidad, ya que recurren a los amigos para que les proporcionen información, y estos están en la misma situación del joven que busca una respuesta, y ante tal ignorancia no se puede llegar a un conocimiento real.

---

[1] Citado por acción en SIDA.

En la variable de información sexual se intenta también conocer acerca de la opinión que tienen las personas entrevistadas (acuerdos y/o desacuerdos), en que toda persona (incluyendo a los hijos), reciban información sobre sexualidad ya sea en la escuela y/o en la familia.

Cuadro 28
Institución o medio en el cuál han recibido información sobre sexualidad, según sexo.

Sexo	Escuela	Amigos	Familia	Otros	No inform	Total N
Femenino	18.5%	15.6%	10.4%	11.8%	43.7%	135
Masculino	16.3%	39.3%	3.7%	9.6%	31.1%	135
Total	17.4%	27.4%	7.1%	10.7%	37.4%	270

En relación a la información sobre sexualidad humana que la población ha recibido de una manera general, tenemos que un 37.4% de toda la población dice no haber recibido tal información. Es notorio que el mayor grupo de mujeres, un 43.7%, dice no haber sido informada por ningún medio, un 18.5% admiten haber recibido información en la escuela mientras que un grupo mayor de hombres aceptan en un 39.3%, que fueron los amigos quienes les "informaron".

Ya mencionábamos la situación que se presenta cuando las personas no son instruidas en sus hogares, quienes se dan a la tarea de buscar información por otros medios (amigos, revistas. etc.), que muchas veces van a encontrar respuestas poco objetivas, que más bien sólo vienen a distorsionar la realidad. Esto lo dicen estudios realizados sobre sexualidad en jóvenes, así como también lo observamos en nuestra labor como Trabajadoras Sociales en la ejecución de programas sobre educación sexual, donde nos damos cuenta que muchas veces la información que se recibe por parte de los amigos está equivocada, y que además es nociva por estar llena de culpa y vergüenza.

La institución familiar es la que menos ha participado en esta tarea, ya que las mujeres un 10.4%, ha recibido información sexual en sus hogares, y los hombres que se han informado en la familia, sólo es un 3.7%.

Se dice que la educación sexual debe comenzar en la familia y posteriormente en la escuela, donde los maestros deben complementar esta tarea sin embargo, en este cuadro observamos que en esta población ambas instituciones sociales han cumplido poco con esta función educadora (al menos no ofrecen instrucción sexual).

"La O.M.S. (1988:9), afirma que es la ignorancia y no el conocimiento de los temas sexuales la causa del infortunio sexual[2]" ya que la ignorancia sexual trae ansiedad

[2] Citado por McCary (1988:9)

sexual, y a los adultos tal vez se les dificulta instruir a los jóvenes debido a que ellos mismos no fueron instruidos a la vez por sus padres. Estos se encuentran tan llenos de sentimientos de culpa sexual y no aceptan que existan prejuicios en sus actitudes hacía el sexo.

Siecus (1988:3)[3], dice que algunos aspectos de educación sexual son enseñados en forma inconsciente. Ellis (1988:5)[4], obtuvo por conclusión en su estudio: El sexo, el amor, el matrimonio, y las relaciones familiares en los Estados Unidos (1961-1962), que cuando existe una inadecuada educación sexual, provoca en las personas represión neurótica e inhibición de la expresión sexual normal, afecta la vida y el comportamiento del ser humano.

Acerca de las preguntas que se les hace en relación al lugar que consideran más adecuado para que las personas reciban información sexual, es notorio que consideran a la familia como la responsable mayor de ésta tarea, ya que un 43.3% se inclinan por esta institución, y un 24.8% por instituciones hospitalarias donde consideran que existe personal capacitado; mientras que por la institución escolar sólo un 19.6% la consideraron adecuada para que brinde información sexual.

En relación a la instrucción escolar existen argumentos acerca de que son pocas las instituciones que capacitan a los maestros para cumplir con la función educadora en el aspecto sexual, ya que algunas veces los instructores presentan actitudes, valores y comportamientos llenos de prejuicios religiosos y culpas, lo cuál en lugar de beneficiar a los alumnos, los puede perjudicar.

Sobre la pregunta ¿hacía donde considera que conduce a las personas el que reciban información en sexualidad?, la mayoría, un 83%, opinó que las conduce a vivir una sexualidad responsable. Sólo un 3.0% contestó que las lleva a tener embarazos fuera de matrimonio, y un 1.1% respondió que conduce a que las personas se arriesguen a tener enfermedades venéreas. En la pregunta que se les hace acerca de la manera en que influyó la información ofrecida por los amigos, un 33.7% respondió que los llevo a vivir una sexualidad promiscua.

Cuadro 29
Información recibida sobre enfermedades de transmisión sexual

Sexo	Escuela	Amigos	Familia	Otros	No inform	N
Femenino	5.2%	15.6%	3.0%	28.8%	47.4%	135
Masculino	5.9%	43.0%	2.2%	17.8%	31.1%	135
Total	5.5%	29.3%	2.6%	23.3%	39.2%	270

[3] Citado por McCary (1988:3)

[4] Citado por McCary (1988:5)

En este cuadro observamos que un 47.4% de mujeres, dicen no tener información sobre las enfermedades de transmisión sexual, y los hombres un 31.1%. Entre las mujeres que si están informadas tenemos un 28.8% que se han instruido en unidades hospitalarias, libros, o medios de comunicación. Sólo un 5.2% dice haber sido informada en la escuela y un 3.0% en la familia. Mientras que los hombres en un 43.0% recibieron información por los amigos, un 5.9% en la escuela y un 2.2% en la familia.

Roes y Zimmerman (1988:9)[5], dicen que el valor de los programas de educación sexual para la reducción de la frecuencia de las enfermedades venéreas ha sido reconocido durante años, sin embargo, en este cuadro observamos que un 39.2% de la población total no ha tenido alguna vez esta información, y el 29.3% ha sido informado por los amigos, quienes es muy probable que tengan información equivocada, ocasionándose en cadena una desinformación total del problema real.

3.1.3. Conocimientos sobre transmisión sexual del VIH-SIDA

En relación a los conocimientos que tiene la población acerca de las maneras en que el virus del SIDA se puede adquirir, solamente manejamos indicadores referentes a la transmisión sexual, por ser este el tema que por ahora nos interesa.

Nuestra intención en el manejo de esta variable se limita a obtener información acerca de los conocimientos de los síntomas, específicamente nos interesa saber si están informados acerca de que la infección no presenta señales en los primeros años, así como las maneras de contagio por contacto sexual y las medidas que existen para evitar la infección. En relación a esto, pensamos que el conocimiento que tiene la población acerca de la infección y enfermedad del SIDA depende en buena medida de los patrones culturales en nuestro país.

Otros puntos que consideramos de importancia, son conocer el interés que tiene la población en buscar información, así como los medios o instituciones que cumplen con esta función; y la percepción que tienen de sí mismos como candidatos a la infección no podíamos dejarla desapercibida en el presente estudio.

Una pregunta que nos hacemos, al utilizar esta variable, es conocer si la información acerca de la transmisión del virus del SIDA significa que la población tenga un comportamiento sexual conveniente para evitar esta infección.

Las estadísticas sobre los casos de VIH-SIDA en la población heterosexual nos señalan que parece ser que esto no es así, ya que a pesar de la insistencia que dice tener el personal de CONASIDA en informar y educar a la población para prevenir esta enfermedad, los hechos nos indican que se está haciendo caso omiso, y la ex-

---

[5] Citados por McCary (1988:9)

pansión del SIDA va en aumento, ¿o será que la información manejada no está incluyendo la situación real del problema en nuestro país?. En relación a esto, consideramos que una estrategia eficaz para la prevención del SIDA sería manejar a la población general, los conocimientos basados en hechos objetivos como son los datos epidemiológicos.

Mann (1991:4)[6], dice que existen todavía muchas comunidades donde la información sigue siendo inadecuada, incorrecta, o francamente errónea, ya que los servicios sociales y de salud necesarios no existen y son muchos los lugares donde sus poblaciones presentan actitudes discriminatorias y primitivas; por lo tanto, dentro de este marco cultural, la prevención del SIDA simplemente no ha tenido una oportunidad. Considera que la discriminación reduce la participación en las actividades de prevención del VIH, ya que disminuye su eficacia; el dice que las actitudes como la discriminación, los mitos, los prejuicios y otros aspectos culturales, son también "un factor de riesgo" a la infección del VIH-SIDA.

Elena Poniatowska (1993c:16)[7] , dice en relación a las cuestiones culturales que están ligadas al problema del SIDA : "Se trata ahora de que desmitifiquemos y hagamos a un lado la hipocresía y los falsos pudores de otros siglos". La palabra "condón" tiene que pasar a formar parte de nuestra vida diaria, así como "moral", "salud" (menciona esto como una respuesta a los grupos conservadores que se oponen a las labores preventivas al SIDA, como el grupo "Pro-Vida" que llegó a entablar una denuncia por corrupción contra el Coordinador General de Conasida, porque en las campañas gubernamentales incluía el reparto de condones a grupos de jóvenes).

Minello Martini (1990b:11)[8], dice que se habló mucho, y todavía se sigue hablando, que la enfermedad SIDA se presenta exclusivamente en ciertos grupos; las personas enfermaban por ser prostitutas u homosexuales, quienes son atacadas por ser indignas, ya que hacen "cosas" relacionadas con el sexo que no son practicadas por los varones y mujeres "normales y decentes". La televisión privada vetó durante un tiempo algunos spots relacionados con el SIDA y prohibió la difusión de canciones alusivas al tema.

En el estado de Nuevo León este rechazo a las campañas educativas estuvo secundado por el Gobernador del Estado Lic. Jorge Treviño, quien ordenó retirar la publicidad de la Secretaría de Salud que difundía el uso del condón, ya que la consideraba como una campaña "procaz y vulgar"[9].

---

[6] Ponencia presentada en Conferencia Internacional de SIDA, San Francisco, California, 23 de junio de 1990. Gaceta Conasida.

[7] Fuente : Periódico El Nacional, 3 de febrero de 1993. Tomado por Hurtado.

[8] Investigador del Centro de Estudios Sociológicos, del Colegio de México. Gaceta Conasida.

[9] Citado por Minello Martini en Gaceta Conasida. Fuente: Periódico La Jornada, 6 de abril de 1990. .

Hurtado (1993e:2), dice que en Nuevo León; entidad eminentemente fabril, urbana y con relativamente altos índices educativos y socio-culturales, no existe una amplia discusión del SIDA. Desde la cámara de diputados, pasando por el discurso de los distintos partidos políticos, medios de comunicación, iglesias y otros líderes de opinión, la atmósfera hace un sólo eco, sólo a monólogos que coinciden en que el SIDA es un asunto que se tiene que ocultar.

En sí, hay muchas manifestaciones acerca de la situación en cuanto a la información existente sobre esta enfermedad, que viene a traer resultados en los conocimientos que la población tiene sobre la transmisión del VIH-SIDA por vía sexual·

Cuadro 30
Personas percibidas por la población con riesgo de infección al VIH-SIDA.

Sexo	Homosex. varón	Promiscuo sexual	Total N
Femenino	45.9%	54.1	135
Masculino	52.5%	47.4%	135
Total	49.2%	50.7%	270

Para conocer a qué personas perciben de más riesgo a la infección VIH, se dieron las siguientes opciones: homosexual masculino, heterosexual, promiscua sexual y no sabe. Se encontró una mínima diferencia entre la población total que atribuía la infección a las personas con una tendencia sexual específica, ya que un 49.2% percibe a la población homosexual masculina con riesgo de infección. Un 50.7% de la población total contestó que toda persona promiscua tiene el riesgo de infectarse.

No encontramos una marcada diferencia entre los hombres y las mujeres en cuanto a la percepción que tienen de los homosexuales como el grupo de mayor riesgo, ya que ellas lo perciben en un 45.9%, mientras que ellos en un 52.5%. De todos modos se observa que es un poco más alto el porcentaje en los hombres que ven a los homosexuales con más riesgo. Las mujeres son las que consideran, en un porcentaje un poco más alto que los hombres, que toda persona promiscua sexual, independientemente de su tendencia sexual, está en riesgo de la infección. Aquí se observa la tendencia que existe en casi un 50% de la población, a manifestar actitudes prejuiciosas contra algunos grupos, en este caso hacía las personas que tienen tendencia homosexual masculina.

Cabe recordar a Mann, ya mencionado, quien nos dice que la discriminación y prejuicios, también son "factores de riesgo" a la infección. Aquí observamos que la población heterosexual se siente ajena al VIH, y no está por demás recordar la equivocación en que se encuentran, ya que la realidad nos dice que el SIDA está afectando a hombres, mujeres y niños, sin importar su preferencia sexual. Lo mismo pueden infectarse homosexuales, heterosexuales, adolescentes que inician su vida sexual, hasta amas de casa fieles a la única pareja sexual en su vida.

Cuadro 31
Conoce cómo evitar infección VIH-SIDA

Sexo	Si conoce c/evitarla	No conoce c/evitarla	Total N
Femenino	81.5%	18.5%	135
Masculino	70.4%	29.6%	135
Total	75.9%	24.1%	270

En relación con el conocimiento que se tiene acerca de la forma para evitar el VIH, se dieron las siguientes opciones de respuesta: no bañarse en albercas, bañarse después de tener sexo con personas ocasionales, no tener sexo sin protección con desconocidos y no sabe. Los resultados se dividieron entre la población que sí conoce como evitarlo (la respuesta es no tener sexo ocasional sin protección con desconocidos), y los que no tienen la mínima idea de como evitarlo son las respuestas restantes. Los resultados se dieron de la siguiente manera: Un 75.9% del total, manifestó sí tener idea de como poder evitar la infección, y sólo un 24.1% respondió no conocer la manera de evitarla. En este aspecto, son las mujeres quienes manifestaron tener un poco más de conocimiento que los hombres (un 81.5% las mujeres y un 70.9% los hombres). Aquí cabe la pregunta que nos hacíamos acerca de si el conocer la forma de evitar la infección VIH, significa no tener una conducta de riesgo.

En las encuestas CAP aplicadas por Conasida a grupos con prácticas de riesgo (homosexuales masculinos, prostitutas, etc.), se encontró un marcado contraste entre el alto nivel de conocimientos sobre la enfermedad, sus formas de transmisión y prevención, y el hecho de que existe una falta de aplicación de estos conocimientos en su práctica sexual (Sepúlveda Amor y Rico, 1989:24).

Cuadro 32
Percepción de sí mismos como sujetos en riesgo a la infección VIH-SIDA

Sexo	Sí	No	Total N
Femenino	20.7%	79.3%	135
Masculino	15.6%	84.5%	135
Total	18.1%	81.9%	270

En este cuadro se puede observar la percepción que tienen de sí mismos, como personas en riesgo de infección del VIH. Encontramos que un 81.9%, del total, no se creen candidatos a la infección (las mujeres un 79.3%, en menor proporción que los hombres, quienes un 84.5% se ven muy alejados del VIH).

Sólo un 18.1% aceptó que sí podrían infectarse, o al menos estar en riesgo de adquirir el VIH. Al analizar las respuestas por categoría sexual, tenemos que el porcentaje de mujeres que consideran estar en riesgo de infección es un poco más alto que el de los hombres (ellas un 20.7% y ellos un 15.6%). Estos resultados son muy significativos, ya que nos dicen que la mayoría de la población total no se perciben a sí mismos como personas de riesgo a la infección VIH-SIDA.

Es muy probables que a esta población mayoritaria no les ha llegado los mensajes de El "Magic" Johnson, conocido basquetbolista norteamericano, quien se identifica como heterosexual, sano, sin vicios de alcohol ni de droga, pero que sí recuerda haberse involucrado con 60 mujeres; él dice en su campaña Nacional (1991) contra el SIDA en Los Estados Unidos: "Uno no puede optar por correr el riesgo de tener un contacto sexual no protegido con una persona ocasional, pues esto puede resultar un error fatal", continua diciendo: "cualesquiera que sean sus preferencias sexuales, no puede darse el lujo de creerse invulnerable"[10]. Ante esta actitud de sentirse muy alejados del SIDA, cabe recordar las palabras de un seropositivo[11] : "Antes no valoraba mi salud, creía que el SIDA era para homosexuales no para mi".

Cuadro 33
Conocimiento infección del VIH por contacto sexual

Sexo	Sí conoce	No conoce	Total N
Femenino	83.7%	16.4%	135
Masculino	77.0%	22.9%	135
Total	80.4%	19.6%	270

En este indicador de conocimientos sobre transmisión del VIH-SIDA, se pretende conocer si la población tiene un conocimiento a modo general, de la infección por transmisión sexual, la pregunta se hizo así: ¿Conoce cómo se transmite el virus de inmunodeficiencia humana?, a lo que se dieron las siguientes opciones: es una enfermedad cancerosa, por convivir con personas enfermas, por contacto sexual y no sabe. Encontramos que un 80.4% de la población total conoce de un modo general, la transmisión del VIH por contacto sexual (83.7% de las mujeres y el 77% de los hombres).

La explicación que nos damos acerca de las respuestas afirmativas, las cuales son en la mayoría de los entrevistados, puede ser porque las campañas preventivas sí divulgan esta forma de infección por vía sexual, pero no se especifica cuál es la manera en que se da tal situación. Sólo un 19.6% de la población total manifestaron

[10] Citado por Armstrong, Fuente: Campaña Nacional contra el SIDA, en los Estados Unidos (11/25/1991).

[11] Entrevistado por Macías en : Periódico El Norte, noviembre de 1992.

desconocer que esta infección se pueda adquirir por un contacto sexual (las mujeres en un 16.4% y los hombres en un 22.9%). Este indicador sólo nos dice que la población tiene un conocimiento general. Más adelante veremos si conocen las maneras más específicas de transmisión sexual.

Cuadro 34
Transmisión del VIH-SIDA por secreción vaginal y semen de persona infectada.

Sexo	Cierto	Falso	No sabe	Total N
Femenino	48.1%	14.8%	37.0%	135
Masculino	40.7%	19.3%	40.0%	135
Total	44.4%	17.0%	38.5%	270

Con la intención de profundizar un poco más en los conocimientos que tiene la población en relación con la transmisión del VIH por contacto sexual, se les preguntó: ¿El VIH se puede transmitir por la secreción vaginal o semen de una persona infectada?. Llama la atención la población que desconoce esto, ya que 37% de mujeres y 40% de hombres se encuentran en esta situación.

Sumando las respuestas "falso" y "no sabe", encontramos que un 55.5% de la población total desconoce que el virus del SIDA se puede transmitir a través de estos líquidos corporales, donde el virus se encuentra en muy alta concentración.

Cuadro 35
Conocimiento del concepto "sexo seguro"

Sexo	Cierto	Falso	No sabe	Total N
Femenino	31.9%	28.1%	40%	135
Masculino	31.1%	28.9%	40%	135
Total	31.5%	28.5%	40%	270

Creímos conveniente incluir la variable conocimiento del concepto "sexo seguro", el cuál es nuevo ya que su origen surge con la aparición del SIDA. La pregunta se hizo de la siguiente manera: ¿el sexo seguro para no infectarse consiste en no dejar entrar líquido corporal de una pareja ocasional en su organismo? (esta pregunta está muy ligada a la pregunta anterior). Un 31.5% de la población total respondió afirmativamente, tratando de demostrar que sí conocen el concepto. Un 28.5% de la muestra respondió en forma negativa, demostrando con ello no conocer el concepto.

Creemos que un 40% fue la población más sincera al responder que desconocía dicho concepto. Es evidente que no existe mucha diferencia en las respuestas de la población femenina y masculina, en las tres opciones de respuesta, sin embargo, nos quedó la duda acerca de las respuestas afirmativas, ya que para ser honestos, observamos un titubeo en las personas que respondieron sí conocer el concepto.
(aquí se observó una actitud común en la población: imaginar la situación de no intercambio de líquidos corporales, y hasta no traer a su mente ciertas imágenes, daban una respuesta) . Sumando las respuestas "falso" y "no sabe", obtenemos que un 68.5% de la población total desconoce o no asimiló dicho concepto.

3.1.4. Uso de alcohol.

Consideramos importante manejar la variable uso de alcohol, ya que en el estudio exploratorio fue muy común que la gente hablara de su comportamiento de riesgo incluyendo la frase "andaba con unas copas". Manejamos aquí varios indicadores: el uso del alcohol, la frecuencia de su uso, la opinión acerca de considerar al alcohol como estimulador sexual, la frecuencia de relaciones sexuales con personas ocasionales bajo influencia de copas, la costumbre de tener relaciones sexuales con personas ocasionales sin uso del alcohol, las opiniones acerca de si el alcohol motiva a las personas a actuar diferente, si motiva a relaciones homosexuales y si tendría relaciones sexuales ocasionales aún sin uso de alcohol.

Para el análisis sólo usamos las siguientes variables: frecuencia de la influencia del uso de alcohol en relaciones sexuales con persona ocasional, la actitud acerca de las relaciones sexuales sin uso de alcohol y si acostumbra tener sexo con persona ocasional sin uso de alcohol.

Los efectos del alcohol sobre la sexualidad humana han interesado a las personas que han hecho estudios sobre el comportamiento sexual. En un estudio experimental de Fancasy y Rosen en 1976, se comprobó que tres dosis bastaban para suprimir las erecciones; Wilson y Lawson en 1976, encontraron efectos negativos en los signos fisiológicos ya que de 2 a 3 copas de alcohol causan inhibición en el sistema nervioso; sin embargo, la mayoría de la gente estima que el alcohol aumenta su capacidad sexual. Esto se debe en parte a que el alcohol produce un efecto "deshinibidor", es decir, que reduce las inhibiciones sexuales que pueda tener normalmente una persona, lo que facilita el surgimiento del deseo sexual[12].

---

[12] Citados por Miller, 1989 : 47.

En relación al uso del alcohol y las relaciones sexuales con personas ocasionales (como comportamiento de riesgo al VIH), Miller (1989: 47), dice: "se debería evitar la ingestión excesiva de alcohol o drogas antes y durante las relaciones sexuales, ya que el alcohol puede hacer que el sexo sea más relajante y agradable pero afectan el juicio, incluyendo la capacidad para decir "no" !cortés y firmemente!"

Masters y Johnson (1987:609), dicen: "la opinión de que el alcohol intensifica el tono de la relación amorosa deriva también de la publicidad y de los mitos culturales".

Los científicos han encontrado que el uso de alcohol en las mujeres, en cantidad moderada las hace menos propensas a presentar problemas de inhibición sexual, ya que las lleva a estimular el placer y el éxtasis, pero ya en cantidades excesivas pasando de tres copas, les inhibe su respuesta sexual,

"La gente que usa alcohol tiene sistemas inmunológicos que no funcionan tan bien como deberían. El alcohol también puede causar que el cuerpo produzca menos células blancas para combatir las infecciones". Cuando se usa alcohol se reducen las habilidades para que la gente tome decisiones razonadas, ya que cuando se toman algunos tragos las personas pueden animarse a tener relaciones sexuales con personas que en estado sobrio tal vez evitarían. Estas decisiones actualmente pueden resultar peligrosas para su salud, ya que está exponiendo a su cuerpo a contagiarlo de infecciones de otras personas con quienes se involucra. (Salud Pública de Seattle: 1991).

Se consideró importante incluir en esta parte del estudio donde se analiza el comportamiento sexual de riesgo a la infección del VIH-SIDA, la variable uso del alcohol, por ser una de las substancias más reconocidas como supuesto estimulador sexual, ya que a pesar de sus efectos funcionales adversos, no obstante, el alcohol tiende a aliviar en forma temporal los sentimientos de culpabilidad sexual y de temor, volviendo menos inhibidas a algunas personas de lo que normalmente son" (McCary, 1988:136).

Cuadro 36
Frecuencia en que influyó el alcohol para relación sexual ocasional

Sexo	Ning. vez ha influido	Alg. vez ha influido	Total N
Femenino	82.2%	17.8%	135
Masculino	42.2%	57.7%	135
Total	62.2%	37.7%	270

Medición:

Ninguna vez ha influido = no existe influencia del alcohol a tener comportamiento de riesgo al VIH-SIDA.
Alguna vez ha influido = Si existe influencia del alcohol a tener comportamiento de riesgo al VIH-SIDA, por lo menos una vez.

En este cuadro observamos que en un 62.2% de la población total, el alcohol no ha influido para tener relaciones sexuales con personas ocasionales. Siendo influyente está substancia sólo en un 37.7% de toda la población para tener un comportamiento sexual de riesgo a la infección VIH. La influencia del alcohol a tener sexo ocasional en la población femenina, encontramos que un 82.2% no ha tenido este comportamiento; mientras que sólo un 42.2% de la población masculina ha estado en la misma situación. Los hombres, en un 57.7% son los que más han sido influenciados por esta substancia para tener una relación sexual con personas ocasionales. Aunque también encontramos que las mujeres, un 17.8% , han sido influenciadas en la misma forma.

Para ser más específicos, en las mujeres encontramos que han tenido relaciones sexuales con personas ocasionales de 1 a 2 veces un 12.6%, un 3.7% casi siempre que toman bebidas embriagantes y un 1.5% siempre que toman alcohol. En los hombres un 38.5% de 1 a 2 veces que han tomado alcohol han tenido sexo ocasional, un 18.5% casi siempre y un 0.7% siempre (consideramos que sería interesante conocer la frecuencia de tomar alcohol, para relacionarlo con las respuestas "siempre" y "casi siempre", y así poder tener una idea del número de veces que se tienen relaciones ocasionales, pero en este caso no es nuestra intención profundizar en tal aspecto, ya que por el momento es suficiente obtener información de las personas que han estado influenciadas por el alcohol por lo menos una vez, a tener sexo con personas ocasionales; ya que sólo una vez basta para caer en un comportamiento de riesgo al VIH-SIDA.

Cuadro 37
Acostumbra relaciones sexuales ocasionales, con o sin alcohol

Sexo	Cierto	Falso	Total N
Femenino	47.4%	52.6%	135
Masculino	90.4%	9.6%	135
Total	68.9%	31.1%	270

Medición:
- Cierto = Conducta de riesgo al VIH, con o sin alcohol.
- Falso = Conducta de no riesgo, con o sin alcohol.

Para darnos una idea acerca del porcentaje de personas que tienen sexo ocasional bajo la influencia del alcohol o sin esta, hicimos la siguiente pregunta: ¿Acostumbra relaciones sexuales ocasionales con o sin alcohol?. Los datos encontrados nos parecieron interesantes, ya que nos habla de la tendencia de la población en cuanto a su vida sexual bajo el efecto del alcohol o sin este (estos datos nos dicen que el alcohol no es el único responsable de que la población tenga una conducta de riesgo al VIH). Un 68.9% de la población total acepta haber tenido relaciones sexuales con persona ocasionales, influenciados o no por el alcohol. Y sólo un 31.1% de la población total acepta que bajo ninguna circunstancia (de las dos mencionadas), se ha visto involucrada en una situación riesgosa a la infección del virus del SIDA.

Ya desglosadas las respuestas por categoría sexual, encontramos que son los hombres los que más conducta de riesgo tienen al VIH, influenciados o no por el alcohol, ya que en está población encontramos un 90.4% de hombres que si han tenido encuentros sexuales ocasionales, independientemente de andar o no bajo el efecto de copas; y también es notorio el porcentaje de mujeres que se han visto involucradas en parecida situación, pues se encontró que un 47.4% ha tenido sexo con persona ocasional de la misma forma. Entre la población que hasta ahora no ha estado en comportamiento de riesgo tenemos un porcentaje mayor (52.6%) en las mujeres, mientras que en los hombres encontramos sólo un 9.6%.

Cuadro 38
Sin alcohol ¿tendría relaciones sexuales ocasionales?

Sexo	Si	No	Total N
Femenino	59.3%	40.8%	135
Masculino	92.6%	7.4%	135
Total	75.9%	24.1%	270

Medición:

- Si = Tendencia de las personas, a tener comportamiento de riesgo al VIH-SIDA, aún sin estar bajo la influencia del alcohol.
- No =Tendencia de las personas a no verse involucradas en un comportamiento riesgoso al VIH-SIDA, sin estar bajo la influencia del alcohol.

En este cuadro se observa la tendencia de un 75.9% de las personas entrevistadas, a estar dispuestas a tener una relación sexual con persona ocasional sin la influencia del alcohol. Los hombres, un 92.6%, son los que más disponibles se encuentran a un sexo ocasional ya que no necesitan de copas para sentirse motivados. Las mujeres en un porcentaje menor que los hombres, un 59.3%, manifiestan estar también dispuestas al sexo ocasional sin necesidad de estar estimuladas por el alcohol. Esta situación no deja de ser importante por las cuestiones culturales acerca de la situación femenina en nuestro país (respuesta tal vez influenciada por la libertad que ha alcanzado la mujer en el aspecto sexual, ya que manifiesta no sentirse reprimida para vivir su sexualidad cuando le plazca y con quién sea, es decir, no necesita vivir en matrimonio para realizar su vida sexual).

Esta situación que nos da la libertad sexual, nos lleva a preguntarnos si aumentará el número de casos VIH-SIDA en las mujeres. Desde el punto de vista psicológico se diría que es saludable ya que la mujer no necesita ser estimulada sexualmente por el alcohol, pero desde el punto de vista de la salud física, esta tendencia de la población nos habla de la posibilidad en que se encuentran para ponerse en riesgo de adquirir enfermedades infecciosas, y en este caso, acercarse a infección mortal del VIH. En la población que no se considera motivada a vivir una experiencia sexual sin estar bajo la influencia de bebidas embriagantes, el porcentaje más bajo se presentó entre los hombres (7.4%), mientras que un 40.8% de mujeres no se animarían a tener sexo ocasional en estado sobrio.

3.1.5. Uso de pornografía

El Webster's Collegiate Dictionary (1980), define a la pornografía como: "toda forma de comunicación, cuyo objeto es producir excitación sexual"[13].

Se considera que no es tarea fácil determinar la forma en que el recurso de material erótico repercute en la conducta del individuo.

En 1967, el presidente Norteamericano Lyndon Johnson formó una comisión para realizar un estudio sobre los efectos de la obscenidad y de la pornografía en diversos países. El informe que fue presentado por la comisionen en 1970, decía:

> El hecho de que no se pueda hablar abierta y directamente sobre sexualidad, tiene varias consecuencias. Se da al sexo más importancia de la que tiene, le confiere un aura de misterio y de irrealidad, que lo hace más atractivo e intrigante. Desvía la expresión sexual de los cauces más legítimos a otros que lo son menos. La comisión estima que el interés por la sexualidad es normal saludable y positivo[14].

Desde 1970, en Dinamarca se abolieron las leyes que restringían la publicación y distribución de material pornográfico, introduciendo este material en los programas educativos sobre sexualidad. A raíz de estas conclusiones, otros especialistas al igual que la Comisión de Dinamarca, también llegaron a la conclusión de que las lecturas de material pornográfico no convierten al individuo en un maníaco sexual (Money 1980); ni incitan a las personas a cometer una violación, ni a tener un comportamiento compulsivo en su vida sexual (así concluyen W. Wilson en 1978; Money en 1980; Athanasiov en 1980)[15].

Masters y Johnson (1987:652), dicen que cuando se confronta a la gente con materiales de tipo erótico, algunos individuos ven estimulado el impulso masturbatorio y coital; en muy pocos casos el impulso puede disminuir, pero en la mayoría no se encuentran manifestaciones de alteración en sus modelos de conducta.

Al igual que las fantasías, el material pornográfico dispara la imaginación y hace que las personas puedan encontrar, sin perder el dominio de la situación, las zonas inquietantes de su cuerpo (Masters y Johnson, 1987:412).

Con esto queremos decir, que el material pornográfico ofrece a las personas la oportunidad de practicar con la imaginación actos que deseen realizar.

---

[13] Citado por Masters y Johnson (1987:413).

[14] Citado por Masters y Johnson (1987:652).

[15] Ibid. p. 416.