

94
25



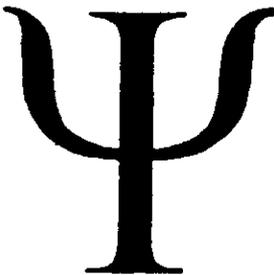
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

"PREVENCION DEL VIH EN MUJERES
UNIVERSITARIAS DESDE LA PERSPECTIVA
DE GENERO"

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :
PAOLA HERNANDEZ SALAZAR
VALERIA JAIA ROZENEL DOMENELLA

DIRECTORA: MTRA. OLGA BUSTOS ROMERO
REVISORA: LIC. LILIA JOYA LAUREANO



MEXICO, D.F.,

JUNIO DE 1999

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

277179



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



A mis padres por el gran cariño, apoyo
y comprensión que me han brindado a lo largo
de la vida y por trasmitirme el amor e interés
por el estudio.

A Sergio por enseñarme a valorar tener un
hermano.

Valeria

A mis padres, con amor y admiración,
por su cariño y apoyo incondicional.

A mi hermano con todo el cariño,
por estar siempre a mi lado.

Paola

Deseamos agradecer especialmente a Olga Bustos por habernos asesorado, por su accesibilidad, apoyo y por haber confiado en nuestro trabajo desde un inicio.

De igual forma queremos reconocer la gran ayuda de Paty Bedolla, Lilia Joya, Paty de Buen y Miriam Camacho, por habernos dado valiosos consejos para mejorar este trabajo.

Agradecemos también a Javier Alatorre por todo el tiempo que dedicó a la revisión de nuestro trabajo, por su constante invitación a reflexionar sobre el tema y por habernos ayudado a esclarecer la estructura de esta investigación.

**“You can trust someone with your heart
and still not trust them with your life”**

ÍNDICE DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
I. ASPECTOS GENERALES DEL VIH/SIDA	
1. ¿Qué es el VIH/SIDA	4
2. Vías de transmisión del VIH/SIDA	5
2.1 Vía sanguínea	5
2.2 Vía sexual	5
2.3 Vía perinatal	6
3. Implicaciones sociales del VIH/SIDA	7
4. Aspectos epidemiológicos	8
4.1 Mujer y SIDA	10
4.2 Vulnerabilidad de la mujer	12
II. PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA	15
1. Prácticas de prevención del VIH/SIDA	22
1.1 Abstinencia	22
1.2 Fidelidad en la pareja	23
1.3 Reducir la cantidad de personas con las que se mantienen relaciones sexuales	23
1.4 Preguntarle a la pareja la historia de sus relaciones sexuales	24
1.5 Sexo seguro (otras alternativas al coito)	25
1.6 Sexo protegido (uso del condón)	26
1.7 Realización de la prueba de detección de anticuerpos contra el VIH	30
2. Campañas de prevención del VIH/SIDA	32
III. LA PERSPECTIVA DE GÉNERO	35
1. Tres instancias básicas del género	42

IV. GÉNERO Y PREVENCIÓN DEL VIH	45
1. Género, sexualidad y VIH	49
2. Sugerencias para la intervención desde una perspectiva de género	59
V. MÉTODO	
1. Justificación	64
2. Preguntas de investigación	65
3. Objetivos de investigación	65
4. Sujetos	65
5. Muestra y tipo de muestreo	66
6. Tipo de estudio	66
7. Instrumentos y materiales	67
8. Procedimiento	68
VI. RESULTADOS	
1. Categorías	70
2. Descripción de resultados	102
2.1 Grupo 1	103
2.2 Grupo 2	111
3. Tabla de resultados	121
VII. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS (COMPARACIÓN ENTRE LOS GRUPOS 1 Y 2)	123
VIII. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	136
IX. SUGERENCIAS Y LIMITACIONES	163

ANEXOS

Anexo 1 (Cuestionario de datos sociodemográficos) 166
Anexo 2 (Tabla de resultados de datos sociodemográficos) 167
Anexo 3 (Guía de preguntas de la entrevista) 173

BIBLIOGRAFÍA 174

INTRODUCCIÓN

La prevención del VIH/SIDA es un tema que puede y debe ser abordado por diferentes disciplinas para poder tener una comprensión total y profunda del mismo, lo que a su vez permitirá poder llevar a cabo intervenciones realmente efectivas.

En particular la psicología, dependiendo de su área de especialización, se enfocará de manera distinta a las diversas facetas de la pandemia. En el presente estudio la prevención del VIH/SIDA será abordada desde la perspectiva de la psicología social cultural, es decir, desde una psicología que, incapaz de separar individuos y sociedad, contempla al ser humano en sus dimensiones sociales, culturales e históricas, ya que “el ser humano es, en última instancia, un ser en búsqueda de significaciones y envuelto en tradiciones históricas particulares” (Serrano, 1995, p.42; en Ovejero, 1997).

Esta concepción del ser humano como sujeto cultural, es la que también subyace a la perspectiva de género, retomada a lo largo de todo el trabajo, la cual permite tener una idea más amplia de las relaciones que se establecen entre mujeres y hombres, haciendo énfasis en la eliminación de la subordinación de las primeras a los segundos, de la forma en que experimentan su sexualidad, sus creencias y actitudes hacia el SIDA y las diferentes formas de prevenirlo.

El ser humano no vive en un universo puramente físico sino en uno simbólico, el lenguaje, el mito y la religión constituyen parte de este universo y forman los diversos hilos que tejen la red simbólica (Ovejero, 1997). En esta investigación nos interesa describir y entender qué elementos constituyen el universo simbólico, en el cual está inmersa la prevención del VIH/SIDA, de las mujeres con las que trabajaremos.

Partimos del supuesto de que el ser humano es un participante activo de su medio social, con capacidad para interpretar, elaborar y comprender la realidad que lo circunda, la acción es una conducta elaborada por el individuo y no una reacción programada por el organismo, ya que la respuesta está mediatizada no sólo por el estímulo en sí, sino por el significado que adquiere para el individuo. Dicha elaboración e interpretación y el significado a ellas subsiguiente son procesos de procedencia exclusivamente social, procesos que ahondan sus raíces en la interacción, en la comunicación simbólica (Blanco, 1995).

De lo anterior se desprende que todo significado es social o no es significado; lo objetivo y lo significativo no pertenece ni se origina en ninguno de los participantes de la interacción sino que es propiedad del campo interactivo completo (Fernández, 1994). A partir de esto, consideramos que el significado que las mujeres universitarias le atribuyen a la prevención del VIH / SIDA estará determinada por la interacción con la pareja, la familia y en general con la sociedad.

Desde esta perspectiva, la percepción, proceso que consideramos en la elaboración de nuestra pregunta de investigación, se refiere al reconocimiento de un objeto como perteneciente a una categoría construida socialmente, es decir, que las percepciones son públicas y sólo pueden ser correctas porque son de origen social, porque están sancionadas por la colectividad (Fernández, 1994).

Para la Psicología Social en la que se basa este trabajo, la realidad debe ser considerada como una construcción de símbolos, significados o sentido. Por este motivo nuestra tesis utilizará una metodología de tipo cualitativo, ya que nos interesa analizar el sentido que los individuos atribuyen a sus actos y a su entorno (Castro, 1996).

Al ser el supuesto ontológico fundamental de los estudios cualitativos el hecho de que la realidad se construye socialmente, lo que se privilegia es el estudio interpretativo de la subjetividad de los individuos y de los productos que surgen de su interacción. A su vez, el aspecto sociológico central de esta perspectiva se refiere al significado que la realidad tiene para los individuos (Castro, 1996).

En lo que se refiere al contenido del presente trabajo tenemos que, en el primer capítulo se habla brevemente de las características del VIH/SIDA y de sus repercusiones sociales, se da un panorama general de la situación epidemiológica, tanto a nivel mundial como en nuestro país, haciendo énfasis en el caso de las mujeres y en aquellos factores que las hacen más vulnerables al contagio.

En el segundo se habla acerca de la prevención del VIH, de los diferentes motivos por los que no se lleva a la práctica dentro de la población juvenil y se mencionan y analizan las prácticas preventivas que esta población reporta son útiles para evitar el contagio. Al final del capítulo se hace alusión a algunas de las campañas de prevención del VIH que se han llevado a cabo en nuestro país.

En el tercer capítulo se define la categoría de género y se habla de las diferentes orientaciones que la han abordado.

En el cuarto se enfatiza la importancia de la perspectiva de género para entender la forma en que se percibe la prevención del VIH y la manera en que se experimenta la sexualidad. También se mencionan las diferencias que existen entre una relación de pareja ocasional y una estable en cuanto a prevención del VIH, el proceso de negociación y una serie de aproximaciones cuya finalidad es modificar conductas de riesgo.

En el quinto se presenta la justificación y objetivos de este estudio y, se especifica todo lo relacionado con la metodología empleada.

En el sexto capítulo se presentan los resultados obtenidos; en primer lugar se muestran las categorizaciones realizadas a partir del discurso de las mujeres entrevistadas y, en segundo, la descripción de estas categorías en términos de porcentajes.

El séptimo se trata de un análisis descriptivo e interpretativo en el que se hace una comparación entre el grupo de mujeres con pareja(s) ocasional(es) y el de las mujeres con pareja(s) estable(s) y entre preguntas generales y particulares.

En el octavo capítulo se hace una comparación entre lo expuesto en el marco teórico (capítulos uno al cuatro) y lo hallado en nuestra investigación, presentando posibles explicaciones a ello. También se presentan las conclusiones y se señalan una serie de sugerencias para campañas o programas preventivos.

Por último, en el noveno capítulo, se reportan las limitaciones de la presente investigación, y con base en ellas se plantean una serie de sugerencias para futuros estudios.

CAPÍTULO I

ASPECTOS BÁSICOS RELACIONADOS CON EL VIH / SIDA

1. ¿QUÉ ES EL VIH?

VIH significa *Virus de Inmunodeficiencia Humana* fue descubierto en 1983. Se sabe que para que se presente el SIDA es necesario que la persona esté infectada por VIH. Sin embargo, no todos los infectados con el virus desarrollan SIDA, lo cual ha creado mucha confusión. El VIH puede causar muchos trastornos, de los cuales el peor es el SIDA (Díaz, 1997).

Las proteínas del virus actúan como antígenos. Al introducirse en el organismo humano provocan la formación de anticuerpos muy específicos, los cuales no son lo suficientemente eficaces para destruir al virus, que persiste en la sangre. El descubrimiento de dichos anticuerpos en la sangre de un sujeto infectado es el objetivo de los métodos de diagnóstico, entre los cuales el más empleado es el ELISA. Asimismo, los intentos de fabricar una vacuna se realizan a partir de las proteínas virales, en particular de la envoltura. Por desgracia, durante la evolución de la enfermedad éstas tienen una tendencia a sufrir ligeras modificaciones en el mismo individuo, y variaciones algo más profundas de un individuo a otro y de una madre hacia su hijo, lo que dificulta la fabricación de una vacuna eficaz (Henrison, 1991).

El principal blanco del VIH son las células encargadas de defender al organismo contra las agresiones microbianas: *linfocitos y macrófagos*. Sin embargo, el VIH no sólo ataca al sistema inmunológico, Richardson (1990) afirma que las investigaciones han demostrado que también puede dañar al cerebro y al sistema nervioso central (en Díaz, 1997).

Una vez instalado en la célula, el virus tiene dos posibilidades: permanecer inactivo, es decir, que los sujetos infectados pueden contagiar la enfermedad, aun cuando aparentemente gozan de buena salud (se calcula que por cada enfermo puede haber de 50 a 100 personas infectadas), o activarse a causa de una agresión del organismo, normalmente microbiana, que pone en funcionamiento el sistema defensivo inmunitario. El virus al activarse genera un desorden en la información genética invirtiéndose la información del DNA. Entonces el virus se multiplica, infecta a otras células y las mata hasta destruir por

completo el sistema inmunitario, permitiendo así la aparición de todo tipo de enfermedades (Henrison, 1991).

2. VÍAS DE TRANSMISIÓN DEL VIH

El VIH puede encontrarse en todos los *líquidos biológicos del cuerpo*: la sangre, el espermatozoides, la saliva, el sudor, las lágrimas, la orina y las secreciones vaginales y cervicales procedentes del cuello del útero. Sin embargo, en la práctica el contagio sólo puede producirse a través de la *sangre, el espermatozoides y las secreciones genitales* (Henrison, 1991).

- *Vía sanguínea:*

Una persona puede resultar contaminada de tres modos: a causa de una transfusión de sangre pura o de la perfusión de concentrados globulares; por inyectarse droga por vía intravenosa; y como consecuencia de pinchazos o heridas accidentales. La vía más peligrosa es la intravenosa (Henrison, 1991).

Es importante aclarar que este tipo de contagio ha afectado principalmente a las personas que padecen hemofilia (Díaz, 1997).

- *Vía sexual:*

El riesgo de infección depende de la naturaleza de las relaciones sexuales. La inoculación se produce con mayor facilidad de hombre a mujer, donde la contaminación supone la penetración directa del virus a través de lesiones microscópicas o que éste entre en contacto con los linfocitos de la mujer, previamente movilizados para luchar contra una infección local (Henrison, 1991).

Con respecto a la transmisión mujer - hombre aproximadamente de un 20 a un 30% de los casos, las *secreciones de la vagina*, y sobretodo, del cuello del útero de una mujer seropositiva contiene VIH. La vía de acceso del virus puede consistir en microtraumatismos ocasionados por las propias relaciones sexuales, en una inflamación de la mucosa uretral o en lesiones infecciosas del pene. Existen afirmaciones de que el riesgo de contagio aumenta durante el periodo menstrual, lo cual aún no está confirmado (Henrison, 1991).

La mucosa rectal, al ser más fina y frágil, se puede atravesar con mayor facilidad, por lo que *el coito anal es la variante de las relaciones sexuales que parece tener mayor riesgo* como medio para contagiarse de SIDA (Díaz, 1997).

En cuanto al *sexo oral* existe riesgo de contagio cuando las secreciones vaginales o el semen entran en contacto con pequeñas heridas en la boca, permitiendo que el VIH al contacto con esas heridas, pase rápidamente en el torrente sanguíneo. Sin embargo, en la población que practica exclusivamente el sexo oral, como son las lesbianas, no ha habido reporte de casos de transmisión de SIDA (Henrison, 1991).

CONASIDA (1994, en Mejía, 1995) plantea que en orden decreciente, las conductas de mayor riesgo son: penetración anal, penetración vaginal, eyaculación en boca, contacto boca - ano o boca- vagina y compartir juguetes sexuales. Todas estas se convierten en prácticas de riesgo cuando no se utiliza adecuadamente el condón.

También existe otra serie de factores que han sido asociados con un incremento del riesgo: padecer enfermedades de transmisión sexual, presentar dolor durante las relaciones sexuales y lesiones, uso de métodos anticonceptivos (el uso de anticonceptivos orales y IUD aumenta el riesgo, mientras que el uso del condón lo disminuye).

• *Vía Perinatal:*

Si la madre está infectada por VIH y no toma ningún medicamento (como AZT) existe entre un 25% y 30% de probabilidad de que el hijo nazca también infectado; siendo las fuentes de contagio:

- Durante el embarazo, a través de la placenta
- Durante el nacimiento ya sea por parto o cesárea
- Durante la lactancia, ya que el virus se encuentra en la leche materna (Secretaría de Salud, 1996).

Es importante aclarar que el haber estado expuesto al VIH no significa necesariamente haber contraído la infección, tal como lo muestra la siguiente tabla (Berer, 1993):

Exposición	Probabilidades de infección cada exposición
Transfusión de sangre	> 90 %
Vinculadas al embarazo	20 % - 40 %
Relaciones sexuales	0.1 % - 1 %
Uso de drogas inyectadas	.5% - 1 %

3. IMPLICACIONES SOCIALES DEL VIH /SIDA

La epidemia del SIDA es un fenómeno que irrumpió en la vida sexual de la humanidad durante la última década, un problema que ha rebasado la capacidad de respuesta de las instituciones y que ha descubierto la existencia de *formas de erotismo no reconocidas*, así como nuevos estilos de comportamiento sexual (Bronfman, et al, 1995).

El SIDA aparece dentro de un contexto de *miedos, ignorancia y estigmas*. Como todas las enfermedades de transmisión sexual ha sido objeto de discursos e interpretaciones apoyados en mitos y creencias, que colaboran para mantener ciertas relaciones de poder.

El SIDA se encuentra asociado a dos procesos trascendentales del ser humano: la *sexualidad* y la *muerte*. De por sí ya cargadas con significaciones, *estas dos dimensiones hacen de la infección un campo sumamente fértil para la interpretación cultural*. De esta forma sexo, SIDA y muerte forman una amalgama central y problemática en la vida del ser humano, conformando una amenaza real que ya no se puede negar (Bronfman, et al, 1995).

Sin embargo, a pesar de esto, entre los mecanismos que se han dispersado de manera significativa para influir sobre la escalada de los índices están: la *ignorancia* y la *negación*. La angustia que provoca la asociación *SIDA - muerte - rechazo social* es una carga demasiado pesada para los individuos y la sociedad en su conjunto. La *sinomatología de la enfermedad* y las *consecuencias socioafectivas* que padecen enfermos e infectados provocan temor y sufrimiento, más no diligencia y solidaridad. La mayoría de las mujeres adoptan una conducta evasiva al no leer sobre el SIDA, no concurrir a los

centros de información o incluso no escuchar ni ver programas televisivos sobre el tema: *parece que se ha impuesto la consigna de no ver, no saber, no conocer* (Sufia, 1994).

A partir del uso de una metáfora militar en la que un cuerpo sano se ve "invadido" por una amenaza externa - virus, la sociedad ha construido una "paranoia" que divide a la sociedad en, por una parte "*grupos de riesgo*" y por otra, el resto de la población, los "*normales*" (Bronfman, et al, 1995).

En el caso del SIDA estos grupos de riesgo se han definido como formados por aquellos individuos cuya conducta sexual no sigue los parámetros de la moralidad establecidos por los discursos dominantes y que se relacionan con la homosexualidad, promiscuidad, y prostitución, todos ajenos a la reproducción y, por ello, estigmatizados (Bronfman, et al, 1995).

Debido a que se conoce la vía sexual para la transmisión de la infección, se presupone que el cuidado es responsabilidad de la persona, y por tanto, se espera que los seropositivos puedan generalmente conocer la manera en que se han contagiado. *De ahí que se hable del contagio como una consecuencia lógica de conductas riesgosas y, por tanto, de un castigo buscado y merecido.*

Estas construcciones de significación permiten la división entre "nosotros" y "ellos" ante lo cual el reconocimiento del propio riesgo resulta sumamente difícil: el peligro se proyecta en otros. Mientras no se despoje de significaciones morales al SIDA, se seguirá manteniendo el mecanismo de negación del riesgo (Bronfman, et al, 1995).

4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS:

En el mundo hay 2 500 000 000 de personas sexualmente activas, se practican 100 millones de relaciones sexuales diariamente. *Sólo una pequeña proporción tiene relaciones sexuales protegidas.* Cada día 350 000 personas se infectan con alguna ETS, incluido el VIH. El índice de infección por VIH está aumentando exponencialmente, la tasa total de infección parece estarse duplicando cada 12 ó 18 meses de acuerdo con las estimaciones conservadoras de la Organización de la Salud Mundial (Reid, 1996).

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) ha hecho público un informe (abril, 1998) donde se pone de manifiesto que en la actualidad se producen cinco nuevas infecciones en jóvenes de 10 a 24 años de edad cada minuto. *De los*

33.4 millones de personas que viven con el VIH en el mundo (SSA, 1999), por lo menos la tercera parte son jóvenes; cada día se infectan por el virus siete mil y, el 43% son mujeres (SSA, 1999).

Desde el inicio de la epidemia, a principios de la década de los ochenta, hasta finales de 1998, se han registrado *8.4 millones de casos de SIDA en el mundo*, de los cuales también *el 40% corresponden a mujeres*. Examinando datos sociodemográficos de mujeres con SIDA la mayoría están en edad reproductiva, el 79% tienen edades entre 13 y 39 años (SSA, 1998).

El tema de mujer y SIDA empezó a generar una mayor preocupación entre los investigadores, médicos y autoridades de salud a principios de los noventa, debido a la propagación acelerada de la epidemia en este grupo (SSA, 1998).

Con respecto a México para 1988 se tenían poco más de 3 000 casos reportados, pero *para el año 2000 se estima que habrá 70,000*, lo que indica que un elevado número de personas ni siquiera sabe que es portadora del virus (Ávila, 1998).

En nuestro país el primer caso de SIDA en una mujer se reportó 24 meses después de que la enfermedad atacara a la población masculina, en 1986, había 30 casos de hombres por un caso de mujer. Esta razón ha disminuido y ha dado por resultado que desde 1988 exista *por cada seis casos de SIDA en hombres uno en mujeres* (SSA, 1998).

Desde el inicio de la epidemia al 1 de enero de 1998 *se han reportado 4, 361 casos acumulados de SIDA en mujeres*, correspondiendo a *14% del total de casos registrados*. Las entidades en donde se han presentado el mayor número de casos en mujeres son: DF., Estado de México y Puebla, y el grupo de edad más afectado se encuentra entre 20 y los 44 años de edad (SSA, 1998).

Uno de los indicadores que permiten entender las consecuencias del SIDA entre las mujeres mexicanas es que esta enfermedad ocupó en 1997, *el 11^{avo} lugar como causa de muerte en mujeres entre 25 y 34 años*, mientras que en 1988 ni siquiera se ubicaba entre las primeras 20 causas de muerte (SSA, 1998).

Situación del VIH/SIDA a nivel mundial y en México:

- 2 500 000 000 de personas sexualmente activas en el mundo.
- 33.4 millones de personas que viven con el VIH en el mundo,
 - la tercera parte son jóvenes
 - 43% son mujeres.
- 8.4 millones de casos de SIDA en el mundo,
 - 40% son mujeres.
- Poco más de 31,000 casos acumulados de SIDA en México,
 - 14% son mujeres.

4.1 Mujer y SIDA:

Fue en diciembre de 1990, al cabo de diez años del registro de los primeros casos de SIDA, que se acordó que el Día Mundial de Lucha contra el SIDA se dedicará a las mujeres. Por fin el mundo despertaba a una dramática realidad: el *alarmante crecimiento de casos de mujeres y niños infectados* (Langer y Tolbert, 1995). Además, en la actualidad, se muestra una clara tendencia internacional hacia la *heterosexualización del SIDA*, (Sherr, 1996).

Si se revisa la cantidad de artículos escritos sobre SIDA y mujer en la última década, se encuentra que de ser el 4.1% de la publicación total de artículos sobre VIH/SIDA de 1991 a 1995 pasaron a ser el 7.5%, lo cual indica que aunque sigue siendo un porcentaje bajo, los escritos sobre mujer y VIH, por lo menos están en aumento (Sherr, 1996).

La representación de la mujer en relación con el SIDA generalmente es consistente con el contexto cultural y social, el foco de las investigaciones y campañas ha sido principalmente en dos grupos de mujeres: *trabajadoras sexuales y madres* (Carovano, 1996). En ambos casos, la investigación se dirige principalmente a las formas de transmisión, más que al impacto de la enfermedad sobre la mujer (Travers y Bennett, 1996).

Además, el impacto de esta lógica de que la mayoría de los programas para la prevención del SIDA sea diseñado para prostitutas y mujeres embarazadas, hace que las mujeres que no entran en ninguna de estas dos categorías (la mayoría) sean ignoradas por

los diseñadores de programas y los organismos encargados de la prevención del SIDA. ¿Cómo sorprende entonces que el número de casos de SIDA en mujeres siga aumentando en índices tan alarmantes? (Carovano, 1996).

En un inicio en México *las transfusiones sanguíneas eran el factor de riesgo del que dependía la mayor proporción de casos de mujeres, sin embargo, los índices fueron disminuyendo* a raíz de las medidas que tomó el gobierno mexicano en mayo de 1986, fecha en que se prohibió la comercialización de la sangre y se instituyó la detección obligatoria de VIH en toda transfusión sanguínea efectuada en el territorio nacional. De acuerdo con información manejada por CONASIDA, en un inicio 58% de las mujeres infectadas adquirieron esta enfermedad por vía de la transfusión sanguínea y el resto por la vía sexual. De este modo, a diferencia de la disminución de casos de mujeres infectadas por esta vía, *el contagio heterosexual ha ido en constante aumento con respecto a los demás factores, siendo, actualmente en nuestro país, la principal vía de transmisión la sexual* (Liguori, 1989).

El hecho de que en México la droga por vía intravenosa no sea un problema serio, que la transfusión sanguínea afecte de manera similar a la población tanto masculina como femenina y que el SIDA haya comenzado casi exclusivamente con población masculina homosexual, lleva a la conclusión de que el *bisexualismo* masculino ha sido un factor de mucho peso en la entrada de la enfermedad en la población femenina (Liguori, 1989).

González y Liguori (1988) encontraron que existe una incidencia mayor de prácticas bisexuales entre la población de estratos bajos, que en la de los altos. En cuanto a las mujeres, esto significa que las de estratos bajos son las que tienen relativamente mayor riesgo de contraer el SIDA por transmisión sexual, siendo, al mismo tiempo la población con menor acceso a los tratamientos y al manejo médico necesario para una sobrevida más larga y de mejor calidad. Relacionado con esto Ávila (1998) afirma que *“antes el SIDA era una enfermedad de élite, mientras que ahora es una enfermedad de los pobres y de las personas que no tienen acceso a la información”*.

4.2 Vulnerabilidad de la mujer:

Las oportunidades de las mujeres mexicanas de acceder a la educación, alimentación y los servicios de salud, así como su entrada al mercado laboral y al ingreso familiar, su carga y condiciones de trabajo, y el poder de decisión sobre su cuerpo, en su familia y la sociedad, definen, conjuntamente con factores biológicos, su perfil de salud y la de sus hijos. De este modo, *la profunda desigualdad que existe entre las mujeres mexicanas se sitúa en el origen de los principales problemas de salud reproductiva que enfrentan los grupos más pobres* (Szasz, 1995).

Con respecto al caso especial del VIH, la OMS considera que *en la relación heterosexual la mujer es de dos a cuatro veces más vulnerable a la infección de VIH que los varones*. Además, la probabilidad de que resulten infectadas por el VIH como resultado de una única relación sexual es casi tres veces superior a la del varón heterosexual (Paterson, 1996). A esto se suma que en todo el mundo las mujeres están contrayendo el virus a edad mucho más temprana que los hombres (Berer, 1993).

Esta amenaza especial que representa el SIDA para las mujeres está relacionada con factores tanto biológicos como socioculturales:

a) Factores biológicos:

- Hay mayor cantidad de virus en el semen que en los fluidos vaginales.
- El epitelio vaginal y rectal es más vulnerable a las infecciones que el que recubre al pene.
- El semen se mantiene vivo en el tracto vaginal por más tiempo que los fluidos vaginales en el pene.
- La mujer suele necesitar transfusiones de sangre más frecuentemente que el varón, sobre todo en periodos de embarazo y/o parto.

b) Factores socioculturales:

- La inferior condición cultural de la mujer y las actitudes relacionadas con la sexualidad que imperan en muchos lugares del mundo donde se registra la mayor cantidad de casos de SIDA.

- Las normas, prescripciones y representaciones culturales que tienden a establecer estereotipos y patrones de moral sexual diferentes para hombres y mujeres.
- Las tasas generalmente más bajas de alfabetización de la mujer, la limitación de movilidad y de acceso a la información.
- Los papeles tradicionales que llevan a la relativa falta de alternativas económicas e independencia junto a la falta de poder social de la mujer.
- La no conscientización de estar en riesgo de infecciones por no considerar la infidelidad del esposo.
- La condición de no poder negociar medidas de protección con la(s) pareja(s), porque se expone a conflictos o situaciones violentas.

En estas condiciones, los adelantos realizados en materia de prevención y atención de las mujeres que padecen el SIDA han sido desalentadores, tanto en los países más pobres como en los más ricos. Como puede apreciarse, la vulnerabilidad femenina a la infección por VIH se agrava porque *las mujeres están en peores condiciones de controlar las circunstancias personales y socioeconómicas que las colocan en situación de riesgo y crean una situación de impotencia, tanto en las relaciones personales como en la sociedad.*

Como Mays y Cochran (1993) sugieren, las mujeres, en su mayoría, siempre han vivido con algún tipo de riesgo, en particular aquellas en las que la realidad de su vida es la pobreza, el pertenecer a una minoría étnica, o el encontrarse al margen de la ley por el uso de drogas o la prostitución, *el SIDA es simplemente un riesgo más del cual preocuparse.*

Por su parte, Lutz (1993) plantea que el SIDA puede no resultar de gran interés para la mujer que realmente sienta que carece de poder para cambiar las realidades externas de su vida (dónde vive, cuánto gana, etc.). Además la autora sugiere que aun en el caso en que el SIDA se considere un peligro relevante, es muy posible que la mujer no tenga los medios para reducir este riesgo.

Entonces, puede decirse que *“el problema sexual de las mujeres no es un problema individual, sino social, no es un problema biológico, sino ideológico, no es un problema de salud o enfermedad, sino que es un problema político”* (Lutz, 1993, p. 210).

En este capítulo, además de describirse brevemente las características principales del VIH/SIDA y sus repercusiones sociales (estigamatización, rechazo y creación de "grupos de riesgo", entre otras), se ha hecho especial referencia al crecimiento tan acelerado de la epidemia tanto a nivel mundial como en nuestro país, haciendo énfasis en el aumento de casos en la población femenina y joven, y sobre todo en el hecho de que la mayoría de los contagios entre estos grupos se dan por la vía sexual, cuando se llevan a la práctica una serie de conductas de riesgo que varían en su peligrosidad.

Se ha visto como, debido a la existencia de una serie de factores biológicos pero sobre todo socioculturales, entre los que destaca la desigualdad de poder entre sexos, las mujeres, y en particular las jóvenes, se han convertido en un grupo sumamente vulnerable.

Justamente por esto es que la prevención del VIH/SIDA, tema al que se aboca el siguiente capítulo, cobra un papel de suma importancia.

CAPÍTULO II

PREVENCIÓN DEL VIH/ SIDA

Las características del *SIDA* hacen que las tareas de prevención sean prioritarias y urgentes: es una enfermedad letal, los gastos hospitalarios que genera son altísimos y aun no se ve que en el futuro cercano se vaya a encontrar una cura o una vacuna (Liguori, 1989; SSA, 1999).

A nivel macrosocial y de manera más específica, Gorzarelli (1993; en Mejía, 1995) divide la *prevención* en primaria y secundaria. Para este autor, *la primaria debe estar dirigida a anticipar las posibilidades de infección del VIH* y, entre otras cosas, a: determinar conocimientos, actitudes y prácticas de la población con relación al SIDA; dar publicidad a la prevención y percepción de enfermedad; diseñar modelos y ejecutar acciones de comunicación social para grupos específicos y población general; formar centros de información y atención telefónica.

La prevención secundaria también es muy importante, pues a pesar de que ya se observa la patogenia de la enfermedad, *es indispensable para que el seropositivo o enfermo de SIDA viva lo mejor posible*. Gorzarelli (1993; en Mejía, 1995), propone entre otras cosas un diagnóstico oportuno, tratamiento médico, asistencia psicológica al paciente y sus familiares y fomentar campañas que desmitifiquen la infección.

En especial *la prevención del VIH en los jóvenes es fundamental, dado que se ha visto que desde muy temprana edad un número considerable comienza a tener relaciones sexuales*.

En las muestras de estudiantes universitarios empleadas en diferentes estudios realizados en nuestro país, alrededor de la mitad de los participantes reportan haber tenido relaciones sexuales; además, a pesar de que los hombres tienen su debut sexual antes que las mujeres, éstas también lo viven a una edad muy temprana, generalmente entre los 16 y los 18 años (Dirección General de Epidemiología, 1988; Ramírez, 1993; Robles y Moreno, 1998).

De manera particular, en el Distrito Federal, según los datos reportados por la Dirección General de Epidemiología (1988), el promedio de edad de los estudiantes en la primera relación sexual es de 16 años para los hombres y 18 para las mujeres; el promedio

de parejas sexuales en los últimos seis meses es de tres y dos respectivamente. Con relación al comportamiento sexual, el 78% de las estudiantes universitarias no habían tenido relaciones sexuales en los últimos seis meses; el 19% había tenido una sola pareja sexual; y el 2% dos o más (Valdespino, 1990).

La Dirección General de Epidemiología (1988) diseñó un indicador para medir la probabilidad de adquirir la infección por VIH en mujeres, tomando como unidad la probabilidad de infección en mujeres de la población en general. Los resultados obtenidos indican que por cada mujer de la población general con posibilidades de infectarse hay 1.5 estudiantes universitarias en esas condiciones. El indicador utilizado resume diversas variables incluyendo el número de parejas sexuales, uso de condón y prevalencia de infección por VIH en sus parejas sexuales.

También existe una gran cantidad de estudios que muestran el hecho de que *los jóvenes llevan a la práctica medidas preventivas de manera muy irregular*. La gran mayoría de estos estudios se centran, sobre todo, en lo concerniente al uso del condón; sin embargo, hay otros que nos brindan un panorama más amplio, pues incluyen otras prácticas que los jóvenes consideran útiles.

Un ejemplo de estudios como éste es el realizado por Mejía (1995) en nuestro país, donde se encontró que la mayoría de los jóvenes saben que se puede evitar el SIDA dejando de practicar algunas conductas y realizando otras; la conducta más mencionada a realizar para evitar la infección fue el uso del condón, seguida por la fidelidad. Al cuestionárseles sobre si pensaban cambiar sus conductas la mayoría respondió que no, dando como razón el hecho de ser fieles, ocupando el tercer lugar y por una minoría el utilizar el condón. De quienes pensaban cambiar sus conductas, la mayor parte dijo que sería monógamo, y sólo una proporción muy pequeña dijo que utilizaría el condón.

También en Estados Unidos, Lester (1995) realizó un estudio de este tipo con 531 estudiantes universitarios. Lo interesante de esta investigación fue que se contemplaron varias prácticas preventivas y se encontró que ninguna de ellas era utilizada ni siquiera por la mitad de los estudiantes de la muestra. Esto se puede observar claramente en los siguientes datos: la conducta sexual segura que menos reportaron haber llevado a cabo fue la abstinencia (12.3%). Sólo 24.45% de los estudiantes manifestaron que casi siempre utilizaban condones como práctica preventiva, mientras que el 55.5% señaló que raramente

o nunca los habían usado. De los estudiantes que dijeron considerar como una conducta de prevención tener discusiones acerca de la vida sexual de sus parejas antes de involucrarse en prácticas sexuales, 43.3% plantearon que siempre o frecuentemente mantenía dicha discusión, mientras que el 47.1% opinaron que rara vez o nunca lo había hecho. 43% de los estudiantes dijeron que había reducido el número de parejas sexuales como una práctica de sexo seguro; mientras que el 13% aseveró que rara vez o nunca lo había hecho (Lester, 1995).

También es importante rescatar que sólo hubo diferencia entre los sexos para dos conductas preventivas. La primera fue la referente a ser más selectivos; las mujeres reportaron ser más selectivas que los hombres (54.5% vs 32.5%). De manera similar, las mujeres reportaron reducir con mayor frecuencia el número de parejas sexuales que los hombres (50.0% vs 32.8%). Es sorprendente ver cómo a pesar de que muchos estudiantes reportaron tener múltiples parejas, esto no aumentaba las prácticas sexuales seguras, como el uso del condón (Lester, 1995).

Este bajo uso de las prácticas preventivas ha sido explicado de diversas maneras. En lo que se refiere al *nivel de información*, se han obtenido diferentes resultados. En algunos estudios se ha encontrado que las mujeres jóvenes, en particular las universitarias, tienen un nivel de conocimientos acerca del SIDA suficiente como para prevenir (la mayoría al menos sabe las vías de contagio del virus), e incluso mayor que el de otros grupos como trabajadoras de la salud, pero no la aplican (Dirección General de Epidemiología, 1988; Ramírez, 1993).

Sin embargo, en otros estudios pareciera que esto no es así. Un ejemplo concreto lo representa el estudio de tipo cualitativo realizado por Rodríguez, Amuchástegui, Rivas y Bronfman (1994), en el cual las mujeres mostraron mayor grado de errores informativos que los hombres. El contagio casual por saliva, lágrimas y uso de sanitarios públicos, se mencionó frecuentemente, asimismo, la prevención consecuente con esta creencia se vinculaba con la higiene genital, en una confusión total con las enfermedades de transmisión sexual.

Los autores de esta investigación señalan que el conflicto de las mujeres entre informarse o no hacerlo se sintetiza de la siguiente manera: "si consulta, se prostituye; si

no, se embaraza". De esta forma, pareciera que la abstinencia es de nuevo la única salida, además su contraparte masculina refuerza esta prohibición.

Ante la cuestión de que en varios estudios se ha visto que a pesar de tener información las mujeres llevan a cabo conductas de riesgo, Worth (1989) realizó un estudio cuya pregunta de investigación era la siguiente: *¿Por qué las mujeres fallan al aplicar su conocimiento para protegerse a ellas mismas?*. Encontró que los motivos para no protegerse estuvieron relacionados con: 1) connotaciones sociales negativas acerca del condón, 2) una falta de opciones viables para protegerse de consecuencias no queridas de la actividad sexual, 3) un desbalance de poder en sus relaciones con los hombres, 4) una falta de control sobre la toma de decisiones de tipo sexual, y 5) dependencia económica.

Tenemos pues, que un obstáculo crucial a la hora de cambiar conductas sexuales riesgosas es el estatus desigual de la mujer en las relaciones. En algunas investigaciones se ha visto cómo las mujeres que han sido socializadas de tal forma que esperan que los hombres tomen las decisiones de tipo sexual, generalmente se sienten sin el poder para persuadir a sus parejas de que prevengan. Esto, en muchos casos, da como resultado prácticas sexuales impredecibles y contradictorias (Worth, 1989; Bowser, 1992; Hammer, et al, 1996).

También se ha encontrado que a pesar de que la posibilidad de negociación dentro de las relaciones sexuales existe, muchos constructos sociales prevalecen: la presión del hombre de tener relaciones, la falta de habilidad para hablar de sexualidad y de satisfacer las necesidades del sexo seguro, el avergonzarse ante el uso de prácticas preventivas y el definir a las mujeres en términos de las necesidades sexuales del hombre. Por esto para Bowser el sexo seguro para las mujeres implica cambiar las ideas, identidades, expectativas y las prácticas del hombre, volviéndose, de este modo, las prácticas de sexo seguro contradictorias e inestables (Bowser, 1992).

La baja *percepción de riesgo* es otro de los factores que al parecer aumenta las conductas de riesgo. Lo que se ha encontrado en varias investigaciones, tanto nacionales como internacionales, es que los jóvenes ven al SIDA como algo lejano, y perciben en riesgo de contagiarse de VIH a otras personas, pero no a sí mismos. En gran medida debido a esto, se piensa que los "grupos de riesgo" son los únicos que tienen una gran probabilidad de infectarse y las prácticas riesgosas no cuentan (Ramírez, 1993; Rodríguez,

Amuchástegui, Rivas y Bronfman, 1994; Harrison, s/f). Un ejemplo claro de esto lo constituye parte del discurso manejado por los jóvenes que participaron en el estudio de Rodríguez, et al. (1994), quienes sostenían que “el vínculo homosexual produce el virus y que es el cuerpo del homosexual, como tal, la fuente de generación del mismo”.

Sin embargo, es importante destacar que mientras que los hombres aludían al contagio entre homosexuales, bisexuales y prostitutas, las mujeres no identificaban la homosexualidad y la norma era la prostitución (Rodríguez, et al., 1994).

Otras investigaciones han encontrado que el hecho de que se le atribuya mayor riesgo a ciertos grupos tiene que ver con factores personales como el locus de control, la asertividad, quererle a si mismo, tener motivaciones individuales para reducir el riesgo, asumir de manera responsable las consecuencias de las acciones, los valores, la autoaceptación de la sexualidad y el asumirse uno mismo como persona sexualmente activa o potencialmente capaz de serlo (Flores y Díaz Loving, 1994 en Mejía, 1995; Villagrán y Díaz Loving, 1994 en Mejía, 1995; Pick, 1997).

No se han encontrado diferencias significativas en la estimación de riesgo con base a diferencias étnicas o de edades, pero sí se ha obtenido que mujeres con una mayor educación son más propensas a sentirse vulnerables al contagio del virus (Harrison, s/f).

También se ha visto que la baja percepción de riesgo no se refiere únicamente a uno mismo, de igual forma suele suceder con la pareja y aquellas personas a las que se quiere o resultan agradables, ya que éstas pueden ser percibidas con pocas o nulas posibilidades de haber contraído o contraer el VIH. Además, dado que la intimidad suele ser crucial en una relación, sobre todo de pareja, la percepción de riesgo de que el compañero esté infectado de VIH es silenciada o eliminada a través del uso de distorsiones cognitivas, de manera tal que la continuidad de la relación no se vea amenazada. De esta forma, las teorías personales, más que la información directa del estatus serológico de la pareja, son tomadas en cuenta para tomar decisiones en la vida real respecto a utilizar o no prácticas de sexo seguro (Misovich, 1996; Offir y cols., 1996).

Se ha visto que otro aspecto importante cuando hablamos de prácticas de prevención del VIH es el que se refiere al *tipo de relación*. En estudios nacionales se ha encontrado que los adultos jóvenes suelen tener una pareja sexual regular, en el caso del estudio de Robles y Moreno (1998) hasta un 85% de 1,559 participantes dijeron tener

relaciones sexuales con una pareja estable; también suelen decir que son heterosexuales y que utilizan de manera irregular el condón, siendo mayor su uso al tratarse de parejas casuales (Dirección General de Epidemiología, 1988; Díaz Loving, et al., 1994 en Mejía, 1995; Rivera, et al., 1994 en Mejía, 1995; Vasconcelos y cols., 1994 en Mejía, 1995; Robles y Moreno, 1998).

También se ha visto que a pesar de que los estudiantes heterosexuales suelen practicar la monogamia serial con diferentes parejas a lo largo de su vida académica, las relaciones íntimas suelen ser consideradas como permanentemente seguras mientras se están viviendo. Esto se debe en gran medida a que los patrones de las relaciones estables proveen intimidad, sentimientos de compromiso y constituyen importantes referentes para la pareja. La importancia de la relación en el llenado de estas funciones probablemente inhiba a las personas a relacionar los riesgos de infección de VIH con su relación (Misovich, 1996).

Justamente por esto uno de los desafíos más difíciles para la prevención del VIH es cómo presentar el tema a una mujer que se encuentra en una relación *estable*. ¿Cómo puede introducirse la idea del sexo seguro en una relación que es en sí misma sinónimo de seguridad; ¿cómo es posible expresar falta de confianza dentro de una relación estable sin destruir la misma confianza en la que se supone que está basada la relación?. Por esto podría pensarse que el grupo de mayor riesgo es el de las “mujeres enamoradas” (Paterson, 1996).

Por otro lado, las personas que no están dentro de una relación estable perciben los costos-beneficios de tener prácticas de prevención de VIH de manera diferente. Para los individuos con relaciones ocasionales, el costo de iniciar conductas preventivas de infección por VIH es mucho menor que aquellos que están involucrados en relaciones íntimas. Los primeros, tienen una inversión baja en la relación y reciben pocos beneficios psicológicos de ella, además el costo de dañarla o perderla por tener conductas de prevención de VIH es relativamente bajo (Offir y cols., 1993).

Como ya se mencionó, también la *confianza* es parte integral dentro de una relación, y se ha visto que mostrar preocupación sobre el VIH podría ser considerado como evidencia de una falta en la aceptación completa de la pareja. De este modo, es probable que el sexo seguro se practique de manera menos frecuente en relaciones estables que en

casuales debido en parte a que en las primeras ambos miembros están muy preocupados en mostrar confianza, aceptación y no ofender a la pareja, y al mismo tiempo están igualmente al pendiente de que la pareja confíe en ellos (Hammer, Fisher y Fitzgerald, 1996; Rodríguez, et al., 1994).

Hammer, et al. (1996) también argumentan que las personas que ven el uso del condón, la prueba de VIH y otras formas de prevención del VIH como una violación de la confianza e intimidad y, por consiguiente, no practican el sexo seguro, son las que suelen dar una serie de racionalizaciones para su conducta, como por ejemplo la pérdida de espontaneidad al usar los condones.

La calidad *de la comunicación* dentro de la pareja es otro aspecto central cuando se trata de adoptar prácticas preventivas del VIH. En general se ha visto que la comunicación sobre el SIDA es principalmente superficial, ambigua e indirecta (Cline y cols., 1992; Williams, et al., 1992; en Hammer, et al., 1996). Un ejemplo claro de esto lo constituye el estudio realizado por Cline y cols. (1992) con jóvenes, quienes encontraron que el 63.6% de los participantes habían hablado sobre el SIDA con la pareja, pero solo el 20.7% habían hablado sobre el sexo seguro, y sólo el 6.3 % sobre la prevención del VIH.

También se ha observado que la comunicación acerca del SIDA aumenta conforme la relación madura, lo cual conduce a que el uso del condón sea más frecuente en las parejas que han esperado más tiempo para iniciar su vida sexual. El problema es que las personas involucradas probablemente piensen que cuando ya están listos para hablar del tema es muy tarde, dado que si uno de ellos estaba infectado posiblemente el otro también ya lo esté, o que ya se conoce tan bien a la pareja que ya resulta innecesario practicar el sexo seguro (Ingham, 1991; Williams, et al., 1992).

Otro factor importante es el hecho de que hombres y mujeres se comunican de manera diferente acerca de lo relacionado con el SIDA; se ha visto que las mujeres, una vez que se atreven a hacerlo, suelen hablar de manera más directa acerca del riesgo de infección, (Hammer, et al., 1996), por lo que en más de la mitad de los casos las mujeres suelen ser las que inician la discusión acerca del método anticonceptivo a elegir (Hammer, Fisher y Fitzgerald 1996).

Por último, se ha visto que la probabilidad de que las conductas preventivas se conviertan en patrones habituales de comportamiento sexual es mayor cuando existe un

reforzamiento mutuo por parte de ambos miembros de la pareja para seguir teniendo actos públicos (prácticas de sexo seguro) y privados (prueba de VIH o la compra de condones) de prevención a la infección por el VIH. (Strube, Davis, 1995). Siendo más difíciles que se den los cambios conductuales respecto a las prácticas sexuales en mujeres que en hombres (Richardson, 1990).

1. - PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN:

La mayor parte de los intentos de realizar aproximaciones que permitan que las personas cambien su conducta se han focalizado únicamente en el *uso del condón* y la *reducción del número de parejas sexuales*. Ambas alternativas presentan puntos débiles frente a una perspectiva femenina. El condón de la mujer apenas empieza a estar disponible. Para muchas mujeres, su relación sexual monogámica es su único riesgo, y la propuesta de disminuir el número de parejas resulta ser una noción sin sentido. No resulta sorprendente que el dar más información acerca de la enfermedad sin prever antes caminos de acción que resulten razonables puede desarrollar frustración y negación en las mujeres (Langer y Tolbert, 1995). Además el promover únicamente la campaña del uso del condón está influido por la visión falocéntrica dentro de la salud que maneja que el orgasmo masculino es la conclusión natural del acto sexual (Holland, 1990).

Asimismo, muchas veces estos estudios están poco vinculados con la realidad de las relaciones sexuales de la pareja. Cualquier intento que se lleve a cabo para sustituir prácticas que conllevan riesgo por otras seguras, depende del significado que posean tales prácticas para las personas que las van a realizar y del grado en que las mismas les provean satisfacción emocional y cuenten con el apoyo social (Berer, 1993).

1.1 Abstinencia: El riesgo de infección se reduce en gran medida si los jóvenes retrasan su primera relación sexual, sin embargo, la adolescencia es un periodo de experimentación tanto con la sexualidad como con las relaciones interpersonales (Berer, 1993).

Para que la abstinencia funcione no debe tratarse de una actitud de medio tiempo, tiene que convertirse en una forma de vida. No es lo mismo elegir la abstinencia (como

acto mental) y ser abstinente por completo (como comportamiento) (Master y Johnson, 1989).

Por lo menos *en México la abstinencia, como medida de protección contra la expansión de la epidemia, está fuera de la realidad estadística*. Como se había mencionado se sabe que las adolescentes de la Ciudad de México inician su vida sexual entre los 16 años y 18 años y los varones aun años antes (Pick, 1997).

1.2 Fidelidad en la pareja: Esta estrategia es válida siempre y cuando ninguno de los dos miembros de la pareja tenga el VIH, no corra riesgo de contraerlo y sean fieles todo el tiempo. *Muchas mujeres afectadas por el VIH sólo han tenido una pareja sexual durante toda la vida*, y muchas otras sólo dos o tres (uno a la vez) por un período de muchos años. (Berer, 1993).

El problema entonces, es que nunca se podrá garantizar por completo la fidelidad de la pareja. Un ejemplo claro de esta situación lo constituye un estudio realizado por Master y Johnson (1989), en el que hallaron que de un número total de 785 hombres casados con edades entre los 20 y 40 años, el 44.3% había tenido al menos una experiencia sexual extramarital durante los cinco años anteriores. Entre las 541 mujeres casadas a las que entrevistaron, el 32.3% había tenido relaciones sexuales extramaritales durante el mismo período de cinco años. Estas cifras son semejantes a los datos obtenidos mediante otras investigaciones. Tan sólo *en México se ha visto que aproximadamente el 30% de los adolescentes tiene más de una pareja sexual*.

Una alternativa, partiendo del supuesto de que no se puede asegurar que ambos miembros de la pareja serán cien por ciento fieles es acordar que, *de haber encuentros sexuales fuera de la pareja, siempre serán protegidos*. Bajo este supuesto también tendría que acordarse qué es lo que se haría en el caso de que algún miembro de la pareja violara el acuerdo establecido y tuviera conductas de riesgo.

1.3 Reducir la cantidad de personas con las que se mantienen relaciones sexuales; o evitar tener varios compañeros al mismo tiempo: Hay mujeres y hombres que buscan diversos contactos sexuales por el placer de hacerlo; a estas personas el reducir las parejas sexuales puede resultarles útil. Sin embargo, para la mayoría, las relaciones

sexuales no son un objetivo en sí, sino que tienen lugar dentro del contexto de relaciones interpersonales que pueden no resultar prolíficas o fáciles de hallar, por lo que no será una solución que funcione, sugerir que se eviten las relaciones interpersonales de este tipo para disminuir así el número de personas con las que se mantienen relaciones (Berer, 1993).

Además, *la mujer normalmente mantiene relaciones interpersonales con varios hombres antes de encontrar un compañero a largo plazo o con fines matrimoniales*. En cuanto a la sugerencia de intentar disminuir el número de personas con las que se tienen relaciones, ¿constituye en sí misma una razón suficientemente válida para que una mujer acepte o permanezca dentro de una relación interpersonal sin riesgo pero poco satisfactoria? (Berer, 1993).

En algunos estudios se ha encontrado que las mujeres sí suelen considerar el *restringir su actividad sexual a una sola pareja, alternar las parejas o tener menos encuentros sexuales*, como posibles técnicas para reducir el riesgo; es decir que *consideran en mayor riesgo a aquellas personas que tienen más de un pareja sexual* (Worth, 1990; Villagrán, 1993; Diaz Loving, et al., 1992).

Esto puede deberse a lo señalado por Rodríguez, et al (1994), en el sentido de que se piensa que el contagio sexual se puede explicar en función de la cantidad de relaciones y de la promiscuidad, es decir por acumulación de fluidos y por excesos sexuales y no por la penetración del VIH en el organismo, de este modo existe la creencia implícita del contagio por "inmoralidad" a la cual se le combate con sus contrarios: monogamia y abstinencia. Relacionada con esta idea se resalta la creencia de que las relaciones esporádicas o únicas no implican riesgo alguno.

1.4 Preguntarle al compañero la historia de sus relaciones sexuales: *Esta estrategia presume, erróneamente, que quienes han tenido una conducta de riesgo o han vivido experiencias que los han expuesto a un gran riesgo de contagio están infectados por el VIH y los demás no*. Asume también, que nadie debería mantener una relación interpersonal con alguien que está en riesgo de ser portador del VIH. Estas presunciones no son válidas y crean estigma. En la mayoría de los casos, aquellos que piden información a su posible pareja, o a quienes se les está haciendo preguntas de este tipo, no saben si son portadores del VIH (Berer, 1993).

Como ya se ha mencionado, muchas personas se sienten incómodas hablando de temas relacionados con el sexo. Se ha visto que muchos jóvenes universitarios consideran la discusión sobre anteriores parejas o posibles infidelidades como temas conflictivos que es mejor evitar, lo cual contribuye a una falta de información sobre el riesgo de contraer el VIH. De esta forma, *la mayoría se adentra en relaciones de índole sexual sin investigar previamente con profundidad el estilo de vida y los antecedentes de su posible pareja, por lo tanto, esta estrategia no los protege*. Además, ¿en qué etapa de una relación se le deben preguntar al compañero sus antecedentes de tipo sexual?. Cuanto más cerca estén dos personas de establecer una relación sexual o de hacer el amor, menor será su disposición a hacer preguntas o a abandonar dicha relación (Williams, et al., 1992; Berer, 1993).

Una de las preguntas pragmáticas que surge con respecto a esta práctica preventiva, es *cómo adquirir certeza sobre si la pareja está diciendo la verdad de su pasado sexual*. No es difícil imaginar circunstancias en las que la revelación de la propia historia sexual a una pareja pudiera producir el fin de la relación o cuando menos socavar gravemente la confianza en la misma (Master y Johnson, 1989).

Hay estudios, como el de Master y Johnson (1989) y el de Berer (1993), que muestran claramente como un considerable número tanto de hombres como de mujeres mienten a un posible cónyuge acerca de sus vidas sexuales pasadas. Pocos afirman no haber tenido ninguna experiencia sexual, pero muchos reducen el número de compañeros sexuales o falsifican el alcance de sus experiencias. Además, algunos de quienes dicen a un posible cónyuge que han tenido experiencias sexuales anteriores mienten acerca de la constancia con que utilizaron el condón en esos encuentros.

También se ha encontrado que los hombres suelen mentir más que las mujeres, y sobre todo, ocultan información acerca de experiencias homosexuales o con prostitutas (Master y Johnson, 1989; Berer, 1993).

Es importante tener en cuenta que *a pesar de que fuera posible averiguar los verdaderos antecedentes sexuales de una persona, no se pueden averiguar los de sus parejas previas y los de las parejas de sus parejas*. Esto hace que tales indagaciones no tengan valor real.

Como puede observarse, *esta técnica de prevención es en sí misma arriesgada*. Evidentemente, en toda intervención de carácter preventivo es importante distinguir entre el

objetivo de aumentar la comunicación en la pareja para facilitar la práctica de un sexo más seguro y la posibilidad de que la información así obtenida pueda ser utilizada para evitar dicha práctica de una forma consistente (Berer, 1993).

1.5 Sexo seguro (otras alternativas al coito): Buscar alternativas al coito no implica el abandono de las relaciones sexuales, sino el *reemplazo del coito por otro tipo de actividades placenteras*; bien sea en toda ocasión para no correr ningún riesgo, o algunas veces para reducirlo. Aun cuando el riesgo no se elimine por completo, una reducción del mismo constituye en sí un avance. *El problema de esta práctica es que el coito continúa siendo legitimado, implícitamente, como la definición de la relación sexual*, y la mayoría de los hombres y mujeres heterosexuales no han cuestionado esta norma (Berer, 1993).

El SIDA, entonces, plantea un reto a esta visión de la sexualidad centrada en el coito. Resulta difícil hablar de las necesidades y deseos sexuales y probar actividades que no sean socialmente aceptables. No se puede esperar que se den estos pasos cuando existe el temor de ser ridiculizado, parecer inexperto o inepto e incluso, ser tachado de inmoral.

Algunas de las alternativas, como el sexo oral, las caricias, la masturbación mutua, el masaje, besarse, rozarse, abrazarse, bailar y otras, no son consideradas como una relación sexual de verdad. Mucha gente las considera prácticas inmaduras, o son devaluadas al ser consideradas como preámbulo amoroso o un sustituto de las relaciones sexuales de verdad (Berer, 1993).

1.6 Sexo protegido (uso del condón): *Esta es la única técnica eficaz para efectuar el coito con menor riesgo*, si uno de los integrantes de la pareja ha tenido, está teniendo o va a tener relaciones con otras personas. Es una de las estrategias recomendadas para la prevención del VIH/SIDA por la Organización Mundial de la Salud (1997). Recientemente se publicó un estudio titulado "Effectiveness of condoms in preventing HIV transmission" (Pinkeeton y Ambrason, s/f.) donde analizan 89 estudios científicos sobre la efectividad del condón y concluyen que el uso correcto y constante del mismo protege de un 90 a 95 por ciento de transmisión de la infección por el VIH, siendo las principales fallas derivadas del uso incorrecto o inconstante por parte del usuario. Esta conclusión ha sido también

documentada y confirmada por más de 437 estudios científicos publicados al respecto (Secretaría de Salud, 1997).

El uso del condón en nuestro país es bajo. De acuerdo a los datos de la Secretaría de Salud (1997):

- ✓ En 1995 se usaron 55 millones de condones, lo que equivale a 1.16 condones por persona adulta (de 15 a 49 años) cada año.
- ✓ Actualmente en México sólo se utilizan entre 2.5 y 3.6 % de los condones que se requerirían para prevenir la transmisión de las ETSs y del VIH.
- ✓ De todos los casos que adquirieron el VIH por transmisión sexual, ninguno utilizó el condón como medida preventiva.

Esto coincide con lo obtenido en varios estudios realizados en nuestro país en los que se ha encontrado que sólo *una mínima parte de los estudiantes universitarios participantes utilizan el condón siempre en sus relaciones sexuales*, la mayoría lo utiliza algunas veces o nunca (Dirección General de Epidemiología, 1988; Ramírez, 1993), como lo muestra el estudio hecho por Díaz Loving (1997) donde se encontró que el 90% de los estudiantes a pesar de afirmar que sabían como usar el condón, sólo del 29% al 25% lo usaban en cada una de sus relaciones.

También en Estados Unidos se han encontrado resultados similares, e incluso se ha visto que aún cuando la mujer sabe que su pareja es bisexual o seropositiva, un porcentaje considerable no practica el sexo protegido. Otro hallazgo importante se refiere al hecho de que a los jóvenes les cuesta trabajo utilizar el condón después de no haberlo empleado por un tiempo. Una de las razones que argumentan es la creencia de que si no se ha usado, ya es demasiado tarde para prevenir la transmisión de VIH. Esta creencia resulta muy problemática dado que implica que con una vez que se haya tenido una conducta de riesgo en la relación, será difícil introducir prácticas de sexo seguro (Hammer, et al., 1996; Harrison, s/f).

Es importante hacer notar que enfatizar sólo el hecho de que existe cierta resistencia al uso del condón es en sí contraproducente y puede ayudar a mantener una imagen negativa del condón totalmente inmerecida. *Para muchas personas que los usan, los condones son sinónimos de confianza y placer sexual*, además se suelen mencionar razones que van más allá de los aspectos anticonceptivos profilácticos. Por ejemplo, a muchas

mujeres no les gusta el goteo de semen que sale de la vagina horas después de haber tenido relaciones. Los hombres pueden mantener la erección durante más tiempo y los condones se pueden utilizar como juguetes sexuales que hacen posible no hacer preguntas acerca de las otras relaciones de la pareja. De esta forma, puede ignorarse el pasado y no es necesario estropear el fervor de la seducción con preguntas inconvenientes (Berer, 1993; Paterson, 1996; Hammer, et al., 1996).

Sin embargo, la realidad es que varios estudios (Berer, 1993; Villagrán, 1993; Paterson, 1996; Hammer, et al., 1996) reportan diversos *aspectos negativos* que se han asociado al uso del condón: *la espontaneidad de la pasión puede verse frustrada por el reconocimiento del riesgo y la responsabilidad*; si alcanzar el orgasmo significa perder control, estar lleno de la sensación, *los condones simbolizan control y un freno a la pasión* al interrumpir el “aquí y el ahora” del acto sexual: *son visibles e implican falta de confianza*; hacen la *relación sexual más impersonal*; tanto literal como simbólicamente *constituyen una barrera* entre los amantes y lo que esperan sea un momento de gran intimidad; no son totalmente confiables, *pueden romperse*; *no son fáciles de usar*; *disminuyen la sensibilidad* durante el acto sexual, tienen un *precio alto*; entre otros.

Es importante considerar el hecho de que el uso del condón está también constreñido por un gran número de implicaciones potencialmente negativas concernientes al *locus de poder y control en las relaciones*, en particular, cuando es la mujer la que desafía al hombre en la relación. Sin embargo, también se ha encontrado que aún cuando la mujer tiene un mayor poder potencial para actuar en su propio derecho y discutir su uso, es menos hábil que el hombre para actuar de acuerdo con sus normas y su percepción de riesgo sexo (Roslyn y Terry, 1993; Catania, 1994).

El condón es un medio de prevención para el uso del hombre, y lo que Aldana (1994) opina es que, mientras las *mujeres* no tengan sus propios medios de prevención, el único medio a su alcance es el convencer a sus parejas sexuales de que utilicen el condón, lo cual las deja en permanente riesgo, pues *su seguridad depende de la voluntad del otro*. Desde la perspectiva de género esta situación refuerza la tradicional forma de dependencia y pasividad. La mujer monógama, por ejemplo, siente perder su imagen de abnegada, buena madre y asexuada, al exigirle el uso del condón a su esposo (Martina y Bronfman, 1991, 1992).

En cuanto a las diferencias en la percepción del condón entre hombres y mujeres se ha encontrado que aunque ambos en general no les gusta usarlo los hombres mencionaban más desventajas que las mujeres, y las mujeres expresan más preocupaciones acerca de que la pareja no le guste usarlo que los hombres (Hammer, 1996).

También se ha visto que las mujeres suelen tener pensamientos menos negativos con respecto a que el hombre tenga condones a la mano, y están más inclinadas a interpretar esta conducta de precaución como una actitud sensible y responsable ante el sexo. Pareciera que *para la mujer tomar la decisión de anticiparse, es como aceptar la pertenencia al grupo de mujeres de dudosa reputación* y en consecuencia perder gran parte de su valor frente al compañero. En concordancia con esto, la responsabilidad de traer el condón parece recaer principalmente en el varón, opinión que comparten los hombres. Además, el preservativo se coloca en el cuerpo del hombre y, por tanto, es lícitud sólo de éste (Roslyn y Terry, 1993; Rodríguez, et al., 1994).

Por otro lado, Rodríguez, et al (1994) plantean que usar el condón implica *planear la relación y por lo tanto resulta un hecho que, especialmente en las mujeres, es altamente condenable*. Este aspecto es importante porque se ha encontrado que si se adquieren conductas preventivas antes del inicio de las relaciones sexuales, las probabilidades de que éstas se lleven a cabo y formen parte del repertorio conductual de las personas aumenta de manera significativa, siendo esto más significativo que el intento de reaprender o modificar pautas de conducta ya establecidas, de este modo, *si no se planea desde antes llevar condón a una primera relación, lo más común es que no se utilice en el futuro* (Díaz Loving 1997, Pick, 1997)

Rodríguez, et al (1994) también sugieren que el hecho de pensar por anticipado en la relación, significa evitar propositivamente la procreación y posiblemente añadirle erotismo, jugueteo y disfrute. Todos estos aspectos supuestamente pervierten a la mujer y la contraponen a las prescripciones del orden divino, que dictan el control de los placeres y la castidad. Como resultado son las mujeres las que enjuician de manera más contundente como inmoral el uso de anticonceptivos, entre ellos el condón.

Sería de mucha ayuda que esta situación cambiara, dado que se ha encontrado que *uno de los mejores predictores del uso del condón es que la mujer lo pida*; de igual forma,

algunos jóvenes afirman que si la mujer tuviera y llevara condones más seguido, practicarían el sexo protegido con mayor frecuencia (Hammer, 1996; Díaz Loving, 1997).

Como se había mencionado anteriormente, el *tipo de pareja* influye en qué tanto se utilizan prácticas de prevención. El condón es en particular un medio de suma importancia cuando nos referimos a este aspecto. En general, lo que se ha encontrado es que cuando se trata de una relación estable es más difícil que se utilice, mientras que su *uso es considerado como más adecuado en las relaciones casuales* o con la pareja ocasional, siendo importante mencionar que en una investigación llevada a cabo por Alfaro Martínez, et al. (1992), se observó una diferencia marginal en el sentido de que las mujeres fueron quienes consideraron el uso del condón como más adecuado en las relaciones casuales o con la pareja ocasional o el rechazar una relación si no se cuenta con preservativo, en relación con los hombres.

De esta forma, el uso del condón tiende a estar asociado con relaciones sexuales de una noche. (Alfaro, 1992; Berer, 1993; Hammer, et al., 1996). "Cuando los jóvenes consideran toda relación como sólida hasta que se demuestra lo contrario, el uso del condón resulta algo bastante impredecible" (Berer, 1993, p. 206).

Villagrán y Díaz Loving (1992 en Villagrán, 1993) entrevistaron estudiantes universitarios acerca de la frecuencia de uso del condón, y actitudes y creencias hacia el mismo; encontraron que factores de interacción de pareja, hedónicos, económicos, morales, de género y de experiencia sexual fueron mejores predictores de la frecuencia del uso del condón con parejas regulares, mientras que factores de respuesta sexual y hedónicos fueron mejores predictores del uso del condón con parejas ocasionales.

Las jóvenes que describen su relación como sólida tienden a no pensar en el riesgo de contraer el VIH y concentran su atención en evitar el embarazo. Con esto está muy relacionado el hecho de que en las parejas de mayor tiempo se utilice en un inicio el condón y después se cambie por pastillas, salvo que alguno de los miembros tenga alguna objeción en particular (Berer, 1993; Hammer, et al., 1996).

1.7 Realización de la prueba de detección de anticuerpos contra el VIH: Durante el proceso de enfermedad del SIDA, existen varios momentos en que la crisis es mayor, entre ellos cabe destacar el de la toma de decisión de realizarse la prueba, el cual en muchos

casos va acompañado del descubrimiento por parte de la familia y de su compañero sexual de la situación de riesgo en la que se está inmerso (Estebané y Nájera, 1991).

Todas las pruebas de VIH que están actualmente disponibles al público, son pruebas que *indican la presencia en la sangre de anticuerpos contra el VIH*. La prueba ELISA es hasta el momento la mejor que existe. Para confirmar los resultados de pruebas *ELISA* se puede utilizar una prueba *Western Blot*, otra *ELISA* o ambas. Lo que es de suma importancia es que transcurran de tres a seis meses entre la realización de la prueba y la última práctica de riesgo, puesto que ese es el tiempo aproximado en el que nuestro organismo empieza a producir los anticuerpos contra el VIH.

Se ha visto que *existen múltiples razones por las que los jóvenes se someten a la prueba de VIH*. Entre las principales se encuentran: planes de contraer matrimonio, planes de estudio, la muerte de su pareja, desconfianza con respecto a la fidelidad del compañero, la petición por parte del compañero de que se someta a una prueba, para decidir si van a tener hijos, por un embarazo existente, por querer iniciar una relación de carácter sexual o dejar de usar condones durante el coito, por el temor de infectar a otra persona, para reafirmar el grado de unión con un compañero, para dejar atrás el pasado y dejar de preocuparse del SIDA y para establecer condiciones a la hora de continuar con una relación en la que el compañero se niega a practicar el sexo protegido, entre otras (Berer, 1993, Hammer et al 1996).

A pesar de existir todas estas razones y más para realizarse la prueba de VIH, se ha visto que muchos jóvenes, tanto mexicanos como estadounidenses, no se han sometido a ella (Alfaro, et al., 1992 en Mejía, 1995; Hammer, et al., 1996).

El hecho de *no someterse a la prueba de VIH también ha sido explicado por los jóvenes de diversas maneras*: provoca miedo, pues en muchos casos saben que han incurrido en conductas de riesgo; amenaza la privacidad; la espera de los resultados es muy estresante; produce percepciones de desigualdad en la relación, sobre todo si uno de los miembros ha tenido más parejas sexuales que el otro; puede ser vista como una manera de formalizar la relación; si uno de los miembros de la pareja resultara seropositivo la relación terminaría, entre otras (Hammer, et al., 1996).

Por último, es de suma importancia hacer notar que, en términos reales, *aún cuando los miembros de la pareja decidan hacerse la prueba y obtengan un resultado negativo, el*

riesgo no desaparece, y el motivo principal es que no se puede saber con certeza si uno de ellos o ambos tienen relaciones sexuales con otras personas una vez que se han realizado la prueba y, por consiguiente, si se están exponiendo constantemente al riesgo de infectarse.

2.- CAMPAÑAS DE PREVENCIÓN DEL VIH:

En un principio el análisis de la epidemia del VIH fue a escala *macroscópica* con relación a los cambios sociales más que en el ámbito individual o de pareja. Consecuentemente los indicadores de éxito estaban basados en datos demográficos. La *microrealidad* en donde son tomadas las decisiones de fertilidad, la dinámica de toma de decisiones en la pareja, los aspectos de la coreografía sexual, entre otros, eran aspectos que no se consideraban relevantes (Reid, 1996).

Las campañas de prevención hechas por CONASIDA han sido insuficientes, quizá se deba en parte a la falta de recursos, pero sin duda también se debe a la presión aparentemente eficaz que han ejercido los grupos conservadores como la iglesia católica, sobre el gobierno (Liguori, 1989).

El primer grupo de mujeres que se abordó en las campañas realizadas en nuestro país fue a las *prostitutas*. Se empezó a analizar la problemática de las mujeres no dedicadas a la prostitución cuando empezaron a acudir a los centros de información. Al inicio se ofrecieron los mismos servicios que a los hombres pero luego se diseñaron grupos específicos (Uribe, 1995).

La mayor parte de las ONGs, CONASIDA y otras instituciones gubernamentales han tratado de enseñar a la mujer cómo usar adecuadamente el condón masculino, cómo negociar su uso con el cliente o la pareja, pero se ha visto que estas son opciones poco viables para ellas (Uribe, 1995).

Patricia Uribe, directora de CONASIDA (1995), afirma que no se puede insistir en dirigir las intervenciones preventivas exclusivamente a la mujer. Se debe tomar en cuenta que *trabajar con el hombre es también trabajar para la mujer*.

A pesar del difícil perfil de 1995 a 1996, se incrementaron los recursos de prevención de manera significativa, lo cuál ha permitido realizar la *campana 1996- 2000* que integra diversas estrategias de comunicación. Para su elaboración y diseño se ha tomado en cuenta la dinámica de la epidemia del país, la opinión de expertos de

organizaciones no gubernamentales y de los jóvenes, así como los resultados de varias investigaciones y de una evaluación continua (Letra S, 1997).

Tomando en cuenta los resultados obtenidos a través de las campañas realizadas ahora se sabe que:

- La *unidad social básica* a la que se deben abocar las campañas no sólo debe de ser el individuo sino también *la pareja, la comunidad, e incluso la nación* (Reid, 1996).
- Un requerimiento crucial es que se puedan *abrir espacios* en donde la gente pueda exponer sus dudas sobre la sexualidad, sus miedos, valores, prácticas de prevención (Reid, 1996).
- Los programas preventivos pueden comprender dos *estrategias fundamentales*: la *informativa*, que apunta directamente a los niveles de racionalidad del sujeto, y la *educativa*, que intenta elaborar niveles más profundos, relacionados con lo afectivo y lo conductual. El cuestionamiento de mitos y creencias apuntalados en procesos no conscientes, puede llevar a la modificación de la conducta sexual (Amuchástegui, et al., 1990).
- Es necesario evitar el concepto de "*grupos de riesgo*", son las prácticas individuales de alto riesgo las que hacen vulnerable a la persona a la transmisión de VIH y no el ser miembro de un particular grupo social o étnico (Estebanéz y Nájera, 1991).
- En los programas de educación sanitaria se debe incluir información sobre los *comportamientos que no conllevan riesgo* de transmisión de VIH (Estebanéz y Nájera, 1991).
- Es necesario escoger los *elementos más cercanos emocionalmente y de vital significación individual* para lograr posibles cambios de conducta frente al riesgo de contagio y peligro de muerte (Bronfman, et al., 1995).
- Es necesario que la información de las campañas sea más *abarcativa*, pues las campañas suelen pasar por alto conductas de riesgo incluidas dentro del repertorio femenino (Bronfman, et al., 1995).
- Se debe de tratar de ofrecer a cada grupo *acciones concretas que puedan realizar*. Se debe promover un cambio de conductas por responsabilidad y no por miedo, despertar conciencia en contra de la pasividad (Barquet, 1994).

En este capítulo se pudo apreciar como la prevención del VIH/SIDA que los jóvenes llevan a cabo no es suficiente, y en muchos casos podría decirse que es escasa o nula.

En realidad son pocas las campañas de prevención que se han dirigido exclusivamente a las mujeres y en especial a las jóvenes o universitarias. Con el tiempo se ha visto que existe una gran cantidad de elementos que sería conveniente fueran tomados en cuenta para que de verdad cumplieran con su propósito. Algunos de ellos son: evitar el concepto de “grupos de riesgo”, escoger los elementos más cercanos emocionalmente y de vital significación individual e incluir información sobre los comportamientos que no conllevan riesgo de transmisión de VIH, entre otros.

Por otra parte, es importante destacar que a pesar de que en la mayoría de las ocasiones se hace énfasis en el uso del condón, existen varias prácticas de prevención contra el contagio del VIH por vía sexual (unas más seguras que otras), las cuales son percibidas de diversas formas por los jóvenes, dependiendo del contexto sociocultural en el que se desenvuelven. La manera en cómo las interpretan, la cual está matizada por elementos como la intimidad, la confianza, la comunicación dentro de la pareja y, entre otros, por la desigualdad de poder en las relaciones, determina si las llevarán o no a la práctica.

Es justo de esta desigualdad de poder, donde la mujer tiene un estatus inferior, que se desprende la relación entre el VIH y la perspectiva de género, referente explicativo en el que se centra el siguiente capítulo.

CAPÍTULO III

LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

Existe una gran cantidad de definiciones acerca del significado de género; sin embargo, en el presente trabajo partiremos del supuesto de que: el género es una categoría construida cultural, interpersonal, individual y simbólicamente, no un hecho biológico ni natural, que atribuye características, actividades, sentimientos, actitudes, capacidades, permisos y prohibiciones diferentes a hombres y mujeres. La dificultad de esta situación radica no en el hecho de que existan diferencias, sino en que éstas se traduzcan en una inequidad entre ambos sexos.

Como sugiere Lamas (1986), género es una categoría impuesta sobre cuerpos sexuados; el concepto de sexo, en cuanto a categoría clasificatoria de los seres humanos basado en la biología, es sustituido por el de género, que considera a los valores, creados y reproducidos dentro y a través de la cultura, como los que generan y sustentan los atributos con que se conforman, identifican y distinguen lo "masculino" de lo "femenino" en una sociedad determinada.

En los últimos 25 años muchas y muy diversas tendencias dentro de las investigaciones académicas han convergido, para producir una comprensión más compleja del género como fenómeno cultural. Hoy día vemos que los límites sociales establecidos por modelos basados en el género varían tanto histórica como culturalmente, y que también funcionan como componentes fundamentales de todo sistema social (Conway, Burque y Scott, 1987).

Este predominio de lo cultural sobre lo biológico cuando nos referimos a la categoría de género es sustentado por diversos autores; uno de ellos es Stoller (1968) quien a partir del estudio de los trastornos de identidad sexual, concluyó que la asignación y adquisición de una identidad es más importante que la carga genética, hormonal y biológica (Lamas, 1986). También Rubin (1975) lo hace cuando menciona explícitamente la existencia del sistema sexo/género, al cual define como "el conjunto de disposiciones por las que una sociedad transforma la sexualidad biológica en producto de la actividad humana" (en Elu, 1983, p 6).

Por su parte, *Beauvoir* (1949 -1975) postula que *no se nace mujer sino que se llega a serlo*. El análisis que hace del cuerpo también se apoya en la situación cultural en la que los hombres tradicionalmente han sido asociados al rasgo característico de la existencia humana no corpórea o trascendente y las mujeres al rasgo característico de la existencia humana corpórea e inminente. Según *Beauvoir* las mujeres son el “Otro” en la medida en que son definidas por una perspectiva masculina, lo cual nos habla de la tendencia a definir a los varones en términos de su estatus o de su papel y a las mujeres en términos androcéntricos, por su relación con los hombres (Ortner y Whitehead, 1991).

La importancia de la cultura a la hora de conceptualizar al género queda también expresada en la posición de *Bourdieu* (1988), quien señala que *la cultura marca a los seres humanos con el género y a su vez el género marca la percepción de todo lo demás*: lo social, lo político, lo religioso, lo cotidiano (en Lamas, 1995, P 343).

Bourdieu, al igual que *Godelier*, ubica en lo simbólico el origen del estatus inferior que casi universalmente es asignado a las mujeres; plantea que mientras que “los hombres son los sujetos de las estrategias matrimoniales, a través de las cuales trabajan para mantener o aumentar su capital simbólico, las mujeres son siempre tratadas como objetos de dichos intercambios, en los que circulan como símbolos adecuados para establecer alianzas. La dominación de género muestra que esto se lleva a cabo a través de un acto de cognición y de falso reconocimiento que está más allá de, o por debajo de, los controles de la conciencia, la voluntad (Lamas, 1995).

Esto último se relaciona con otra orientación de la perspectiva de género, aquella que se enfoca al aspecto interpersonal y nos ayuda a comprender las complejas conexiones entre varias formas de interacción humana. Retomando esto, *Scott* (1990) propone una definición de género cuyo punto central es la “conexión integral” entre dos ideas: *el género es un elemento constitutivo de las relaciones basadas en las diferencias que distinguen los sexos* y el género es una *forma primaria de relaciones significantes de poder*.

Scott distingue los elementos de género y señala cuatro principales:

1. - Los símbolos y los mitos culturalmente disponibles que evocan representaciones múltiples.
2. - Los conceptos normativos que manifiestan las interpretaciones de los significados de los símbolos. Estos conceptos se expresan en doctrinas religiosas,

educativas, científicas, legales y políticas que afirman categóricamente y unívocamente el significado de varón y mujer.

3. - Las instituciones y organizaciones sociales de las relaciones de género: el sistema de parentesco, la familia, el mercado de trabajo segregado por los sexos, las instituciones educativas, la política.

4.- La identidad, Scott señala que aunque aquí destacan los análisis individuales también hay posibilidad de tratamientos colectivos que estudien la construcción de la identidad genérica en grupos.

Establecidos como conjunto objetivo de referencia, los conceptos de género estructuran la percepción y la organización concreta y simbólica de toda la vida social. Ya que estas referencias establecen un control diferencial sobre los recursos materiales y simbólicos, el género se implica en la concepción y construcción de poder; es el campo primario dentro del cual o por medio del cual éste se articula; “el género debe redefinirse y reestructurarse en conjunción con una visión de igualdad política y social que comprende no sólo el sexo, sino también la clase y la raza” (Scott, 1990, p302).

La relación del género con otras categorías como lo son la clase social y la raza también ha sido estudiada por otros autores como *Ortner y Whitehead* (1991), quienes afirman que un *sistema de género es*, primero que nada, *un sistema de prestigio*, y que la articulación entre estos dos sistemas pone en evidencia una importante contradicción: a pesar de que la estructura de la sociedad sea patriarcal y las mujeres como género estén subordinadas, los hombres y las mujeres de un mismo rango están mucho más cerca entre sí que de los hombres y las mujeres con otro estatus.

Witting (1978) también vincula al género con la política, plantea que la discriminación misma del “sexo” tiene lugar dentro de un entramado político y lingüístico que presupone, y por tanto requiere, que el sexo siga siendo diádico. *Para Witting el que nos experimentemos a nosotros mismos o a otros como “hombres” y “mujeres” son categorías políticas y no hechos naturales* (en Butler, 1990, p 314 - 315).

Con respecto a este ámbito se han realizado diferentes investigaciones que han demostrado que las mujeres son agentes igual de importantes que los varones en la acción social y política; sin embargo, esta demostración no ha desentrañado los factores que determinan el estatus femenino, tan variable de cultura a cultura, pero siempre con una

constante de subordinación política de las mujeres como grupo a los hombres (Lamas, 1986).

Esto último se vincula con otro punto importante dentro de la orientación interpersonal de la perspectiva de género: los *sistemas de género*, sin importar su periodo histórico, *son sistemas binarios* que por lo general han *opuesto el hombre a la mujer*, no en un plan de equidad, sino *en un orden jerárquico, donde la mujer ocupa el lugar inferior* generalmente con base en la expresión máxima de la diferencia biológica: la maternidad. Mientras que las asociaciones simbólicas relativas al género han variado mucho, han tendido a contraponer el individualismo a las relaciones mutuas, lo instrumental o artificial a lo naturalmente procreativo, la razón a la intuición, la ciencia a la naturaleza, la creación de nuevos bienes a la prestación de servicios, la explotación a la conservación, lo clásico a lo romántico, las características universales humanas a la especificidad biológica, lo político a lo doméstico, y lo público a lo privado (Conway, Burque y Scott, 1987)

Lo interesante de estas oposiciones binarias es que no permiten ver procesos sociales y culturales mucho más complejos, en los que las diferencias entre mujeres y hombres no son ni aparentes ni están claramente definidas. En ello reside, claro, su poder y significado (Conway, Burque y Scott, 1987), dado que pareciera que con las categorías “masculino” y “femenino” cada persona se limita a alcanzar poco más, o incluso menos, de la mitad de su potencialidad humana (Galván 1988).

Tenemos entonces, que la *categoría de género* permite *determinar* con mayor claridad y precisión *cómo la diferencia cobra la dimensión de inequidad*. Algunos autores consideran que dicha transformación se da en el terreno del parentesco; otros, que la desigualdad se funda en la asimétrica distribución de las tareas, pocos más ubican el origen de la subordinación en el territorio de lo simbólico, especialmente en las estructuras de prestigio. El género y la sexualidad, son materia de interpretación y análisis simbólico, materia que se relaciona con otros símbolos y con las formas concretas de la vida social, económica y política (Lamas, 1986).

De este modo, el término género forma parte de una tentativa de las feministas contemporáneas para reivindicar un territorio definidor específico, de insistir en la insuficiencia de los cuerpos teóricos existentes para explicar la persistente desigualdad entre mujeres y hombres (Scott, 1990).

El *quid* del asunto no está en plantear un modelo andrógino, sino en que las diferencias no se traduzcan en inequidad. Si bien toda nuestra experiencia de vida está marcada por el género, también tenemos, como seres humanos, una comunalidad de aspiraciones y compromisos que con frecuencia nos une más que sólo las cuestiones de género. En este sentido habrá que tener presente la acepción castellana de género, en el hecho de que las mujeres y hombres pertenecemos al género humano; teniendo siempre presente que *entre mujeres y hombres hay más semejanzas como especie que diferencias sexuales* (Lamas, 1995) y que, como plantea Beauvoir (1975), “el hecho de que somos seres humanos es mucho más importante que todas las peculiaridades que distinguen a los seres humano unos de otros”.

En lo que se refiere tanto a la orientación social como la individual de la perspectiva de género, éstas pueden entenderse mejor si se revisa el proceso a través del cual se adquieren las características socialmente atribuidas a mujeres y hombres. Este proceso parte del supuesto de que las sociedades generan en su propio seno las vías y los vehículos para efectuar la actividad socializadora sobre el individuo, ya que la socialización se refiere a todas y cada una de las instancias a través de las cuales un sujeto humano integra e incorpora las consignas y determinaciones de la estructura social en la que interactúa, incluido el género (Bustos, 1994).

Sin embargo, es de suma importancia rescatar el hecho de que *la socialización también incluye aquellos procesos que hacen a la persona única, dando la posibilidad de que trascienda los roles que generalmente le son atribuidos por la sociedad* (Bustos, 1994). Esto quiere decir que los individuos no aceptan o reflejan simplemente las designaciones normativas; más bien, las ideas que tienen acerca de su propia identidad de género y su sexualidad se manifiestan en sus negativas, reinterpretaciones y aceptaciones parciales de los temas dominantes (Conway, Burke, Scott, 1987).

Con respecto a esto Kaufman (1989) también señala que la aceptación de la masculinidad y femineidad no es tan sólo una socialización en cierto rol de género, como si preexistiera un ser humano que aprende un rol que luego desempeñará por el resto de su vida. Más bien, durante su desarrollo psicológico adopta e interioriza un conjunto de relaciones sociales basadas en el género; la persona formada mediante este proceso de maduración se convierte en la personificación de estas relaciones. “El niño *no está*

aprendiendo un rol de género sino que se está convirtiendo en parte de ese género". (Kaufman, 1989, p. 38).

La socialización es un fenómeno emergente de la estructura social y cumple con los objetivos que ésta le asigna. En este sentido, se puede identificar a la socialización como el proceso de ideologización de una sociedad. La ideología se manifiesta a través de un sistema de representaciones, imágenes y actitudes concretas, que tienden a procurar la cohesión social. Sin embargo, esta representación es relativa, porque es exclusiva de ciertos grupos (Bustos, 1994).

Además, la socialización no es un proceso lineal, *es un proceso interactivo* en el que participa cada individuo al mismo tiempo, actuando cada uno como agente y objeto del proceso, a lo largo del desarrollo vital y en los distintos contextos en los que ocurre la socialización (Gracia, Musitu y Escarti, 1988; en Bustos, 1994).

Algunas de las instancias importantes que participan en este proceso son: la familia, la educación formal e informal, la religión y los medios masivos de comunicación, entre otros. Estas agencias socializantes en muchos casos sostienen y perpetúan los roles de género asignados a hombres y mujeres de diferentes maneras (Bustos, 1994).

De la familia es necesario rescatar que en muchos casos prevalece una asimetría en donde el padre y la madre suelen cumplir papeles distintos. La una expresiva, el otro instrumental. Esta asimetría puede significar que para la niña, desde un punto de vista sociológico, sea más fácil la socialización del género que para el niño, ya que el modelo a imitar es precisamente el que tiene más próximo. Mientras que en el caso del niño el modelo suele ser más lejano, ya que el padre frecuentemente acostumbra pasar muchas horas fuera de la casa y buena parte de los papeles propios de su género los desarrolla lejos de la presencia del niño. Esto es particularmente cierto en sociedades como la nuestra, en que la separación entre lo público y lo doméstico es más estricta y donde lo doméstico suele ser dominio de las mujeres y lo público de los hombres (Galván, 1988).

En lo que concierne al caso particular de las características atribuidas al género femenino, éstas no pueden pensarse como rasgos pertenecientes a toda mujer dado que en muchos casos parten más de estereotipos que de hechos reales.

Generalmente son calificados como atributos femeninos la sensibilidad, la emotividad, la intuición y la visceralidad. En la clasificación de estereotipos se etiquetaba a

las mujeres como aniñadas, más intuitivas que racionales, más espontáneas que reflexivas, más compasivas y preocupadas por el otro (Bartky, 1979). Los hombres, en cambio, se caracterizaban por ser más agresivos, poco emotivos y más racionales.

El papel universal reproductor de la figura femenina comúnmente exige que la esposa sea el apoyo y guía de la familia, quien vigila que se cumplan las leyes dictadas por el esposo. *La mujer* frecuentemente *es compañera sexual y social del hombre, madre* que atiende y cuida a los hijos que la naturaleza y las normas le permitan. Se suele partir del supuesto de que debe ser la educadora, *la socializadora*, la formadora de la personalidad de esos hijos y la principal responsable de transmitirles esa cultura y la estructura social que asimiló en su estructura familiar. A su cargo, de manera frecuente, está el cuidado y arreglo de la casa para que la familia se desarrolle en las mejores condiciones ambientales, y por lo tanto la preservación de la especie, del sistema social familiar y de la propiedad. Esta impresionante multiplicidad de roles pueden volverla muy limitada en su desarrollo personal (Sánchez, 1989; en Díaz, 1997).

Esta caracterización femenina concuerda con lo encontrado en un estudio realizado por Rodríguez, Amuchástegui, Rivas y Bronfman (1994) donde se obtuvo que como parte de las premisas del género femenino, *la mujer relega a segundo término sus necesidades*, pues el cuidado y la atención de sí misma se encuentra excluido de su discurso y es interpretado como egoísmo y falta de sumisión como mujeres, consistente en la entrega y el cuidado de otros. No se aprecia en las mujeres una diferenciación de la familia, sino una fusión de su identidad en las redes de grupo. Así como son propiedad de otros, el cuerpo y la sexualidad femenina son también los instrumentos de su poder, pues son los elementos que ellas tienen para dar a los otros y para relacionarse con ellos.

Amuchástegui (1998) sugiere que en países católicos la identidad femenina suele hacerse equivalente a las características de María: virgen, madre y reina, aunque sea del deteriorado hogar y como compensación a la abnegación y entrega de las mujeres en las labores domésticas y de crianza. Para esta autora "*el summum de la erótica cristiana es la mujer frígida y rígida, la mujer receptáculo que no se aventura siquiera a indagar sobre su propio cuerpo*".

Con respecto al cuerpo de la mujer, García (1983) propone que éste ha sido codificado bajo el signo de la inferioridad, de ahí que la mujer acepte ésta y la haga suya

como hecho biológico y natural. Esta autora plantea que la lucha de la mujer contra el sometimiento debe de ir más allá de la denuncia de su situación como víctima. Debe de atacar y modificar las actitudes por las cuales acepta su condición de víctima, al igual que las actitudes que la hacen “victimaria” por el simple hecho de ser mediadora del proceso de construcción de cuerpos sometidos.

1. - TRES INSTANCIAS BÁSICAS DEL GÉNERO:

Desde la perspectiva psicológica iniciada por Stoller (1968), el género es una categoría en la que se articulan tres instancias básicas:

- *Asignación, rotulación o atribución de género*: se realiza en el momento en que nace el bebé a partir de la apariencia externa de sus genitales. Esta rotulación que médicos y familiares realizan del recién nacido se convierte en el primer criterio de identificación de un sujeto y determina el núcleo de su identidad de género. A partir de este momento, la familia entera del niño se ubicará con respecto a este dato, y será emisora de un discurso cultural que reflejará los estereotipos de la masculinidad/feminidad que cada uno de ellos sustenta para la crianza adecuada de ese cuerpo identificado.

- *Identidad de género*: se establece más o menos a la misma edad en que el infante adquiere el lenguaje y es anterior a su conocimiento de la diferencia anatómica entre los sexos. Desde dicha identidad el niño estructura su experiencia vital. El género al que pertenece lo hace identificarse en todas sus manifestaciones: sentimientos, actitudes, comportamientos y juegos de “niño o de niña”.

Así, la identidad de género es el esquema ideológico-afectivo más primitivo, consciente e inconsciente de la pertenencia a un sexo y no al otro.

Stoller (1968; en Bleichmar, 1994) sostiene que por el sentimiento “soy nena” o “soy varón” se debe entender el núcleo de conciencia, la auto percepción de su identidad genérica, núcleo esencialmente inalterable que debe distinguirse de la creencia que se relaciona, pero es diferente, de saber “soy viril” o “soy femenina”. Esta última creencia corresponde a un desarrollo más sutil y más complicado, que no se consolida hasta que la niña(o) comprende acabadamente de qué manera sus padres desean verla(o) expresar su

feminidad/masculinidad, es decir, cómo debe comportarse para corresponder con la idea que ellos tienen de lo que es una niña o un niño.

Después de establecida la identidad de género, cuando un niño se sabe y se asume como perteneciente al grupo de lo masculino y una niña al de lo femenino, ésta se convierte en un tamiz por el que pasan todas sus experiencias. Ya asumida la identidad de género, es casi imposible cambiarla.

-El rol de género: Una vez que el núcleo de la identidad de género se halla establecido, la niña(o) misma (o), ya inscrita(o) en una de las dos categorías, la femenina o la masculina, organiza su experiencia en la búsqueda de iguales como modelos de rol con quien identificarse.

Rol es un concepto proveniente de la sociología, se refiere al conjunto de prescripciones para una conducta dada, las expectativas acerca de cuáles son los comportamientos apropiados para una persona que sostiene una posición particular dentro de un contexto dado. Así, el rol de género es el conjunto de expectativas acerca de los comportamientos sociales apropiados para las personas que poseen un sexo determinado (Bleichmar, 1994).

Aunque hay variantes de acuerdo con la cultura, la clase social, el grupo étnico y hasta el nivel generacional de las personas, se puede sostener una división básica que corresponde a la división sexual de trabajo más primitiva: las mujeres paren a los hijos, y por lo tanto los cuida, *ergo*, lo femenino es lo maternal, lo doméstico contrapuesto con los masculino como lo público.

La tipificación del ideal masculino o femenino es anónima, abstracta, pero férreamente adjudicada y normativizada hasta el estereotipo, aunque en el desarrollo individual, el futuro hombre o mujer haga una asunción y elección personal dentro del conjunto de valores para su género. Es decir, que al sujeto se le asigna un rol de género, que el podrá asumir o rechazar (Bleichmar, 1994).

Tanto rol como estereotipo son categorías que encierran un alto grado de valoración, de juicios en sí mismos. Se trata de aprobaciones o proscipciones, definiéndose estereotipo como el conjunto de presupuestos fijados de antemano acerca de las características positivas o negativas de los comportamientos supuestamente manifestados por los

miembros de una clase dada. El estereotipo del rol femenino en nuestra sociedad señala como pertinentes al género, es decir, como características positivas, una serie de conductas que, al mismo tiempo, poseen una baja estimación social (pasividad, temor, dependencia, etc.). Estos estereotipos están tan hondamente arraigados, que son considerados como la expresión de los fundamentos biológicos del género (Bleichmar, 1994).

El movimiento feminista se ha encargado de reivindicar el carácter sexista de las atribuciones de roles y estereotipos del género que ha efectuado la estructura social a lo largo de la historia, sin embargo, las conquistas conseguidas no se sitúan tanto en variaciones sobre el estereotipo – se sigue esperando que una niña sea dulce y buena, se case y forme una familia –, sino sobre las sanciones, ya que las desviaciones de este modelo confrontan una mayor indulgencia social (Bleichmar, 1994).

A manera de síntesis puede decirse que el género es una categoría construida cultural, interpersonal, individual y simbólicamente que atribuye actividades, sentimientos, actitudes, capacidades, permisos y prohibiciones diferentes a hombres y mujeres. De esta forma, las características atribuidas a la figura femenina, y esto no quiere decir que toda mujer las posea, no son el resultado de un factor biológico.

El problema principal radica en que las diferencias entre ambos géneros, se traducen en una inequidad que afecta a todas las esferas del ser humano incluyendo la sexualidad y la anticoncepción.

Por esto mismo es que la perspectiva de género puede ayudarnos a comprender porque es que la mayoría de las mujeres adopta o no conductas preventivas: el significado que les otorgan está mediado por los preceptos culturales que les indican cómo deben comportarse durante sus encuentros sexuales.

Es justamente este enlace entre la prevención del VIH y el género el tema central del siguiente capítulo.

CAPÍTULO IV

GÉNERO Y PREVENCIÓN DEL VIH

En las distintas enfermedades y condiciones de salud existen diferencias de género en el riesgo y en el control efectivo de las estrategias utilizadas. En el caso particular del SIDA una de las tareas de los psicólogos sociales y de la salud consiste en encontrar intervenciones preventivas que sean efectivas para reducir el riesgo de transmisión del VIH, para lo cual resulta crítico el conocimiento acerca de la conducta humana y en particular de las relaciones de género (Amaro, 1995).

Durante los primeros años de la epidemia, la mayoría de las intervenciones para promover la salud sólo intentaron informar sobre el VIH, sus modos de transmisión y lo que podía hacerse para protegerse contra la infección (Aggleton, 1998). Sin embargo, ahora se conoce que *a pesar de que la gente cuenta con información acerca de los modos de transmisión del VIH, las conductas preventivas generalmente no son adoptadas* por la población general. Los psicólogos saben que el conocimiento no describe por completo los factores contextuales que afectan la habilidad de las personas para comprometerse con el sexo seguro; por lo que resulta recomendable examinar los modelos existentes, retomar los componentes valiosos y mejorarlos con otros que predigan mejor las conductas sexuales de riesgo (Amaro, 1995).

A pesar de que un creciente número de investigadores está reconociendo las diferencias de género que influyen las conductas riesgosas y las barreras que impiden el cambio conductual, los estudios están basados en modelos teóricos que no proveen una explicación para las esperadas y observadas diferencias de género, lo que sugiere la necesidad de revisar más de cerca los valores, creencias y prácticas relacionadas con los roles de mujeres y hombres y su sexualidad, así como las implicaciones de las conductas de riesgo y las estrategias de cambio (Amaro, 1995).

Entre los estudios que si se han hecho tomando en cuenta la categoría de género encontramos el realizado por Pleck, Sonenstein y Ku (1993) acerca de la relación entre la ideología masculina y la conducta sexual entre hombres blancos, negros y latinos, donde se demostró cómo el *género era de gran importancia al tratar de entender la sexualidad y las conductas riesgosas relacionadas con el VIH*, además concluyeron que la ideología

tradicional masculina estaba asociada con características que limitaban la calidad de las relaciones heterosexuales, guiaban las actitudes que los adolescentes tenían hacia sus compañeras, hacía que tuvieran conductas más agresivas sexualmente, no promovían la comunicación sexual ni la negociación e incrementaban el riesgo de que sus parejas se embarazaran y contrajeran enfermedades sexualmente transmisibles.

Otros investigadores también han demostrado que el género y las diferencias culturales influyen sobre la conducta sexual. Por ejemplo, el trabajo realizado por Marin y cols. (1993) indica que: a) existen importantes diferencias de género en la conducta sexual; b) la aculturación está asociada con diferentes cambios en la conducta sexual de latinas y latinos; c) existen diferencias también importantes en la conducta sexual entre latinos y no latinos casados; y d) existen diferencias entre los grupos latinos en cuanto a su conducta sexual.

Otro estudio de este tipo fue realizado con mujeres latinas estadounidenses. Se pidió a 2,527 participantes que discutieran acerca de las barreras existentes en la reducción del riesgo de contraer el VIH (Amaro y Gornemann, 1992). En casi el 75% de 69 grupos focales de mujeres, la cuestión del *género y poder* emergieron como barreras en la *reducción del riesgo*. Las mujeres hablaron acerca de esto de varias formas, por ejemplo, se refirieron a la poca voluntad de los hombres para usar condones, expresaron sentimientos que mostraban su falta de poder, baja autoestima, aislamiento, falta de voz y de habilidad para influir en las decisiones o conductas de reducción del riesgo con sus parejas. En contraste, en los grupos en que había tanto hombres como mujeres, estos temas no se presentaron con tanta frecuencia, lo cual nos hace pensar que a las mujeres se les dificulta hablar abiertamente acerca de la diferencia de poder cuando los hombres se encuentran presentes.

Por su parte, Amaro (1995), con base en las teorías psicosociales propone desde la perspectiva de género, una explicación alternativa a las conductas de riesgo, considerando los factores socioculturales y la naturaleza genérica de las relaciones sexuales y la reducción del riesgo.

Su trabajo incluye la *dinámica del género* (por ejemplo, el poder en las relaciones o actitudes y valores hacia los roles de género), la cual no había sido considerada por *ninguno de los modelos* empleados para estudiar las *conductas sexuales riesgosas*, como un factor

importante que afecta directamente la conducta sexual.

Esta autora señala que a pesar de que las conductas sexuales riesgosas son claramente diferentes en hombres y en mujeres, en la mayoría de los estudios son vistas como si se tratara de lo mismo, con lo que queda fuera mucha información que resultaría de gran utilidad.

Amaro (1995) sugiere que mientras los psicólogos repiensen los modelos teóricos para entender las conductas riesgosas entre las mujeres, sería útil que se incorporaran conceptos de los estudios de género y la psicología femenina en una nueva formulación acerca de los factores que afectan el riesgo en las mujeres.

Menciona que hay por lo menos cuatro *supuestos básicos* que deben ser considerados por cualquier modelo teórico que trate de *entender las conductas de riesgo de las mujeres*:

1. *Estatus social de la mujer*: para este autor es cierto que mujeres y hombres son diferentes pero el problema es pensar que las primeras son las subordinadas de los segundos. Como Miller (1986) sugiere, una de las consecuencias de esta desigualdad es que las subordinadas son descritas con características psicológicas que complacen al grupo dominante: sumisión, pasividad, docilidad, dependencia, falta de iniciativa, inhabilidad para actuar, decidir y pensar.

La necesidad de desarrollar un modelo de las conductas de riesgo que considere el estatus social de la mujer ha llevado a los psicólogos a estudiar las variables que reflejan el poder de la mujer en una relación específica y su adherencia a los patrones tradicionales, resultando beneficioso contemplar: a) las actitudes, valores y creencias de las mujeres con respecto al papel femenino; b) el nivel de comodidad de las mujeres con conductas que contradicen las normas tradicionales de género; y c) el poder de la mujer en la relación en contraste con el de su pareja (Amaro, 1995).

2. *Importancia para la mujer de su conexión con otros*: Miller (1986) propone una teoría del desarrollo de la mujer basada en la conexión; sugiere que el yo relacional es el corazón de la estructura del yo en las mujeres, además de ser la base para su crecimiento y desarrollo. Para este autor lo que las hace sentir que son alguien está basado en la motivación de hacer e incrementar las relaciones con los demás. De esta forma, la mujer olvida sus propias necesidades por solucionar las de otros; lo que está estrechamente

vinculado con su estatus social (subordinado), pues primero tiene que servir a otros (al hombre y luego a los niños) y luego pensar en ella misma. Miller (1986) también sostiene que para muchas mujeres la amenaza de romper las conexiones es percibida no sólo como la pérdida de una relación, sino como algo cercano a la pérdida total de su yo.

Entonces para esta autora, cambios en sus relaciones incluyendo los vinculados con la reducción del riesgo de contraer el VIH, necesitan que la mujer tome riesgos personales de una magnitud considerable. Visto así, desde una perspectiva relacional, la gran amenaza para la mujer es el miedo a tener una pérdida debido a una desconexión causada por el conflicto. La dificultad de elegir (por ejemplo, estar en relaciones en las que se expone al riesgo de infectarse o enfrentar la amenaza de perder su self), así como el enojo que se genera por su posición subordinada pueden promover que la mujer reduzca en gran medida sus intenciones e intentos por reducir el riesgo (Amaro, 1995).

Con respecto a la sexualidad Miller (1986) argumenta que para las mujeres el sexo es algo que tienen que dar a los hombres; la aceptación de su propia sexualidad es algo sin importancia. Desde esta perspectiva, salir del papel tradicional, como lo requiere la negociación para el sexo seguro, pone a la mujer en conflicto directo con el hombre dado que ha tenido que vivir tratando de complacerlo y ha sido condicionada para prevenir que su pareja no se sienta a gusto.

3. El rol masculino y el riesgo de las mujeres: El papel central de los hombres y el rol de género masculino, como factores influyentes en la habilidad de las mujeres para reducir el riesgo de infectarse, no han recibido consideraciones serias en la prevención del VIH. Como en esfuerzos previos dirigidos a la contracepción, se le ha encargado más a las mujeres que a los hombres que tomen la responsabilidad de reducir el riesgo de infección por VIH (Amaro, 1995).

4. Las experiencias femeninas de miedo y abuso: La falta de poder de la mujer tiene ramificaciones directas en su exposición a la violencia, especialmente dentro de sus relaciones con el hombre. Los datos referentes a violencia en mujeres indican que el riesgo más grande de ser atacadas lo corren con sus parejas (Koss et al., 1994).

El trabajo de Gómez y Marin (1993; en Amaro, 1995) sugiere que el miedo a la furia de la pareja en respuesta a la petición de que use el condón es un importante predictor de su uso en un grupo de latinas de la población general. Entre las mujeres con un riesgo

mayor de contraer el VIH la experiencia de abuso y violencia son parte de su vida cotidiana. De esta forma, negociar el uso del condón en este contexto se convierte en una oportunidad más para que se presente el conflicto y el abuso.

Por todo esto es que un modelo que considere cómo el género afecta las conductas sexuales riesgosas de las mujeres y su reducción deberá conducir a la investigación de: a) las historias de las mujeres y su experiencia con la presencia de amenazas y violencia en sus relaciones; b) el miedo de las mujeres, incluyendo el que se presenta cuando se trata de negociar el uso del condón; c) las actitudes masculinas hacia la violencia y las conductas abusivas dirigidas hacia las mujeres; y d) las historias de los hombres de amenazas o violencia en contra de las mujeres (Amaro, 1995).

1.- GÉNERO, SEXUALIDAD Y VIH:

Como Aldana (1994) lo señala, para hablar de SIDA en la actualidad, es indispensable hablar de sexualidad; y *hablar de mujer, sexualidad y SIDA es hacerlo desde el punto de vista de género*.

La *sexualidad* en nuestra historia occidental se ha transformado en un lugar y en un *instrumento privilegiado de las relaciones de poder*, debido a que ésta aparece como uno de los registros fundamentales que llevan a la conformación de la identidad misma. Es decir, los discursos que la enmarcan y definen intervienen en la constitución de los sujetos, así como en su intento por delimitarse y reconocerse como sujetos de sexualidad (Bronfman, et al., 1995).

Ahora bien, *¿qué es la sexualidad?*. Para Barbieri “es el conjunto de las maneras muy diversas en que las personas se relacionan como seres sexuados con otros seres también sexuados, en intercambios que, como todo lo humano, son acciones y prácticas cargadas de sentido” (1992, p. 118; en Rivera, 1995).

Para Dixon-Muller (1992) la sexualidad es un concepto comprensivo que abarca tanto la capacidad física de excitación y de placer erótico, como los significados personales y socialmente compartidos con relación al comportamiento sexual y a la conformación de identidades sexuales. La sexualidad es *un producto social*: es la representación e interpretación de funciones naturales en relaciones sociales jerarquizadas (en Rivera, 1995).

Por esto la sexualidad no sólo se refiere a las actividades dependientes del aparato genital, sino a una serie de actividades y excitaciones presentes desde el inicio del desarrollo psicológico. En este sentido, *la sexualidad no constituye un dispositivo ya estructurado previamente*, sino que va estableciéndose a lo largo de la historia individual, y se constituye en el seno de estructuras intersubjetivas. Relacionado con esto está la investigación de Laumann (1994) y su equipo quienes se encargan de estudiar la práctica sexual considerando los factores culturales, basándose fundamentalmente en la teoría de los "scripts". En los planteamientos centrales de Laumann se concibe a los individuos tanto como receptores de normas y pautas culturales como en su calidad de sujetos o actores con capacidad de modificar o adaptar estos "guiones" culturales. De este modo, tanto los actores individuales como aquellos que crean representaciones de la vida sexual (medios de comunicación, familia, educadores, etc.) reproducen y al mismo tiempo transforman la vida sexual en la sociedad (Rivera, 1995).

Con respecto a la influencia de la cultura sobre el individuo esta incluye la existencia de opiniones, valores y elementos afectivos atribuidos a la sexualidad, donde se refleja factores ideológicos, culturales, sociales y políticos (Díaz, 1997).

Toda sociedad genera costumbres, normas, prácticas y creencias que regulan la expresión sexual. Un estudio realizado por la ONU en distintos países, apoya esto, dado que se encontró que las ideas que la gente joven tenía sobre sexo, y sus vidas sexuales eran estructuradas por los discursos, tradiciones y expectativas que les rodeaban.

También es importante mencionar que el comportamiento sexual humano se ve significativamente determinado por diversas variables que caracterizan la posición social de un individuo, tales como el sexo biológico, la raza, la clase o la religión. Dentro de esta multiplicidad de influencias, *el eje más significativo para el análisis de la sexualidad está referido al rol de género*, el cual alude, de una parte, a los determinantes sociales y culturales de los cuales es expresivo; y de otras, a una comprensión de la sexualidad en tanto interrelación entre actores particulares portadores de una historia y contexto social singulares (Laumann, 1994; en Rivera, 1995).

Por su parte, Aggleton (1998) señala que "descubrimos quiénes somos en términos sexuales, dentro de un contexto histórico específico, vivimos nuestras *vidas sexuales de acuerdo a principios que son específicos de nuestro entorno*. Por ello, el simple hecho de

exhortar a la gente a cambiar su comportamiento sexual es posiblemente tan inútil como lo son los esfuerzos por cambiar sistemas y creencias religiosas, económicas y políticas a través de argumentos racionales" (p. 7).

Los distintos modos de relacionamiento sexual y de reproducción dejan en evidencia las construcciones de sentido a su alrededor: ideas y representaciones colectivas en torno al cuerpo de varones y mujeres, las relaciones sexuales, la fecundación, los sentimientos, las normatividades, los controles que individuos e instituciones ejercen sobre otros, etc. (Rivera 1995).

Los mitos y creencias alrededor de la sexualidad operan en un nivel no consciente, que, a pesar de ser contradicho por la racionalidad y la información, se han convertido en parte misma de la identidad.

Según Castoriadis (en Rivera, 1995) hay *dos tipos de conjuntos o sistemas de sentido*. Uno, *el instituido*, corresponde al conjunto de significaciones sociales, reconocibles en los discursos y mitos sociales, que ordenan, legitiman y disciplinan los lugares y características de los actores, sus espacios sociales. En este sentido, los universos de significaciones imaginarias sociales establecen las líneas de demarcación entre lo lícito y lo ilícito, lo permitido y lo prohibido y lo bello y lo feo; garantizan la continuidad del poder instituido.

Por otro lado, *lo instituyente* se refiere a los nuevos organizadores de sentido, proponen nuevos sistemas de significaciones y operan con una gran resistencia desde lo instituido. En el área de la sexualidad puede reconocerse, durante los años sesenta, un hito importante de transformación, de emergencia de contenidos instituyentes (Rivera, 1995).

También es importante señalar que fenómenos como la aparición del VIH/SIDA vienen a generar nuevos significados en torno a la sexualidad como se puede apreciar en la investigación hecha en Costa Rica en donde los jóvenes oponían resistencia y en ciertos casos transformaban las expectativas dominantes (vinculadas a la religión -orden natural entre hombres y mujeres-, la ciencia - características biológicas distintas- y relaciones y expectativas tradicionales de género -comportamientos y ámbitos de responsabilidad diferentes para hombres y mujeres-) por medio de contradiscursos más modernos, entre los que destacaban: el romance, el erotismo y el feminismo (Aggleton, 1998).

En el *contexto mexicano*, a lo largo de la historia el *sexo ha sido un tema prohibido*, escondido, íntimo, misterioso, sobre el que es aconsejable guardar formas y prudencia. Ponce, Solórzano y Alonso (1993; en Díaz, 1997) consideran que el desarrollo cultural restringe y reprime los impulsos sexuales, apartándolos de su meta original, motivo por el que probablemente se sepa tan poco de los usos y costumbres sexuales en nuestro país.

Wallace (1995) afirma que históricamente la sexualidad de las mujeres ha estado determinada por la ideología patriarcal. Para este autor hoy día, *la mujer pocas veces tiene el control de su propia vida, de su sexualidad y de su capacidad reproductiva*. De los hombres se espera que tomen la iniciativa en las relaciones, y a menudo se estigmatiza o castiga a las mujeres cualquier protagonismo sexual.

Vinculado con esto está el hecho que dentro de nuestra cultura existe una narrativa dominante que tiende a la *escisión de la figura femenina*, por un lado está la mujer "*decente*", cuyas cualidades son la ternura, la comprensión, la tranquilidad y la espera. Por otro lado, está la *erotizada*, por sí misma promiscua, no confiable, que incita al hombre y decide, que toma la iniciativa, y expresa sus deseos e impulsos, siendo su cualidad erótica incompatible con la maternidad (Rodríguez, et al 1994).

Entre las mujeres, la escisión de estas características se proyecta al exterior de tal manera que la pertenencia absoluta a una de las dos categorías hace imposible la integración de ambas tendencias en su experiencia. Cada uno de estos estereotipos, a la vez, corresponde a un conjunto de significaciones consecuentes: la virgen o "seria" se encuentra libre moralmente, de manera que es garantía de salud e imposibilidad de contagio, sin embargo es la más ignorante respecto a la posibilidad de embarazo o SIDA, así la salud física de la pareja depende enteramente de su calidad moral (Rodríguez, et al 1994).

Muy relacionado con esto se encuentra la lógica reproductiva desde la cual la heterosexualidad es el acto de intercambio fundamental en el que la sexualidad se concreta. Es el *coito* con penetración la acción, que por asegurar la reproducción, *se constituye en la única forma natural y esperada de intercambio sexual*, y es importante destacar que a pesar de que quien penetra y quien es penetrado responde prioritariamente a un asunto de anatomía, lo cierto es que las ideas de *activo* y *pasivo* con la que tales actos se asocian adquieren un significado desigual y sitúan a la sexualidad femenina y masculina como polos opuestos (Rivas y Amuchastegui, 1997).

El par activo es quien se supone tradicionalmente será el que induzca, inicie y domine la actividad modelando las acciones del par pasivo. El primero elige las condiciones y prácticas de la relación coital. El lado negativo de esto, para los hombres, es que no pueden defraudar las expectativas, fantasías y creencias generadas por la cultura; sin embargo, están realizando un ejercicio de poder cuando son considerados no sólo como los que inician la relación sexual, sino también cuando amenazan con terminar la relación, cuando se niegan a utilizar el condón y cuando destruyen la reputación de una joven describiéndola en términos sexualmente abusivos, siendo esta *estructura del poder masculino* en donde las mujeres tienen que negociar sus encuentros sexuales (Rivas y Amuchastegui, 1997; Berer, 1993).

Por otro lado, la pasividad se ha asociado con un sentido de ineptitud e incapacidad que da como resultado la dependencia femenina y, por tanto, refuerza la obligación de obediencia al mundo de los hombres. Así en el orden de la sexualidad, la mujer debe acatar las disposiciones y formas masculinas de cumplir con el coito, de satisfacer sus deseos y hasta de sentir o no placer (Rivas y Amuchastegui, 1997).

Para Aldana (1994) estas dicotomías que se han establecido con base en la separación de los géneros, la feminización y masculinización de los comportamientos, han dado como resultado que las mujeres permanezcan en un espacio constreñido, pero supuestamente seguro. El transgredir las normas de lo considerado "femenino" implica establecer una distancia con el resto de las mujeres. La violencia masculina se vive como un constante peligro.

Para esta autora el costo de la transgresión de las normas sexuales es grande y el peligro real se hace aún mayor, pero la otra opción que se visualiza es alinearse a esta sexualidad femenina limitada o negada la cual también causa grandes insatisfacciones, mismas que se traducen en vivir la vida sin darles matices de placer, convirtiendo a la mujer en un ser lejano, cansado, apático, depresivo.

Con respecto a las encuestas que se han hecho en México en torno al tema de la sexualidad encontramos la realizada por Bazañez y Alducin (1989; en Díaz, 1997) con estudiantes universitarios de la Ciudad de México, en donde se obtuvo que prevalecían actitudes conservadoras con respecto a la sexualidad, además de la existencia de la *doble moral*. Los hombres preferían a las mujeres tradicionales: limpias, hogareñas, femeninas.

trabajadoras, honestas y sencillas. En segundo término que fueran discretas, religiosas, dulces, hermosas, atentas, castas y abnegadas. En cuanto a la satisfacción sexual en el matrimonio, sólo para una minoría fue importante; el hecho de tener relaciones insatisfactorias en el matrimonio no fue considerado como una causa suficiente para solicitar el divorcio. Con respecto a las relaciones prematrimoniales, para la mitad de los encuestados fueron naturales y para la otra mitad inmorales o prohibidas. La fidelidad del hombre fue considerada como deseable, mas no necesaria, mientras que el adulterio en la mujer fue considerado como pecado y traición.

Resultados similares, respecto a la doble moral, se encontraron en un estudio hecho en Chile por Rivera (1995) en el que se realizaron entrevistas a profundidad a hombres y mujeres jóvenes donde se obtuvo que éstas atribuían diferentes expresiones y manifestaciones a la sexualidad masculina y femenina.

En el discurso, las jóvenes entrevistadas sostenían que las *mujeres debían ser fieles*, y aunque desearan la fidelidad masculina, el no obtenerla era esperable, no así la femenina, la cual estaba supuestamente asegurada, siendo importante rescatar que en este estudio participaron mujeres de diferentes estratos sociales, y fueron las jóvenes de extracción popular las que se mostraron más abiertas a aceptar estos dobles estándares.

Otro punto importante expresado por las jóvenes fue que indicaron que existían dos factores que las limitaban en la expresión de sus deseos frente a los hombres. Primero, el miedo al ridículo y la posibilidad de que se rieran de ellas; y segundo, la imagen que la pareja tuviera de ella.

Muchas jóvenes vivenciaban la representación de la sexualidad masculina negativamente, con distanciamiento y algunas veces con disgusto. Las características y componentes principales del *acto sexual eran la rapidez y la frialdad*. El interés masculino estaba desprovisto de sentimientos y afectividad. Sin embargo, en otros casos las interpretaciones fueron diferentes; se reconocían las similitudes entre hombres y mujeres que el hombre si era capaz de expresar otros intereses que pertenecieran a una dimensión más emotiva y afectiva (Rivera, 1995).

Relacionado con las diferencias encontradas en el ámbito de la sexualidad masculina y femenina en la investigación hecha en México por Rodríguez, Amuchastegui, Rivas y Bronfman (1994) hallaron que la facilidad de *expresión verbal* sobre la sexualidad

circulaba con *mayor frecuencia entre los hombres* que entre las mujeres. La sexualidad masculina, en contraste con la femenina, tiene en el número de parejas sexuales un orgullo frente a los amigos.

En las mujeres no es tan frecuente que se enseñen unas a otras acerca de prácticas eróticas; más bien se transmiten la prohibición del erotismo femenino como narrativa dominante. El grupo de amigas no es en forma tan clara un lugar de iniciación, como en el caso de los hombres; es un lugar de contención, en donde se expresan las vicisitudes de sus relaciones amorosas y familiares, dentro de las cuales se trasluce violencia y conflicto.

En lo que se refiere más específicamente a la prevención del VIH, Covian (1996) menciona que el sexo se ha asociado con muchas nociones a lo largo del tiempo: sexo/amor, sexo/matrimonio, sexo/lujuria, sexo/pecado, sexo/amante, y que por desgracia con la aparición del *VIH el sexo ha empezado a ser asociado con la muerte*, lo que puede llevar a modificar radicalmente el ejercicio de la sexualidad, satanizando de nuevo al placer, al colgarle las consecuencias de los miedos, la ignorancia, prejuicios e incapacidades.

Aldana (1994) sugiere que las mujeres tendrían que dejar el papel de víctimas que la historia ha dictado, tomando conciencia de que gozar no es egoísmo, es “re-creación, además menciona que es necesario hablar a favor del *placer sexual* como se ha hecho contra el peligro sexual. Plantea que se debería acudir al placer de las mujeres para entonces entender que en los tiempos del SIDA hay que buscar formas para imaginar, crear y desarrollar la sexualidad en un contexto más seguro, un espacio que le permita a la mujer incorporar el fenómeno del SIDA a su vida cotidiana y no sentirse insegura, caminando en blanco o hacia un lugar desconocido. Si no se *acepta la sexualidad* no se puede aceptar la necesidad de utilizar la *prevención al ejercerla*.

Lamas (1997), por su parte, plantea que el placer se potencia con la responsabilidad cuando no se tiene culpa por la responsabilidad de infectar, de embarazar o de poner en riesgo a la pareja. También opina que otra consecuencia derivada del *acceso más libre al goce* es que se favorece una *nivelación de poderes* entre los amantes y la relación interpersonal *gána* en equilibrio; Monsiváis (en Lamas, 1997), sugiere que se “democratiza”. Esta “democratización” requiere que el goce sea plenamente compartido.

Así, cualquier intercambio donde haya verdaderamente autodeterminación y responsabilidad mutua es ético.

También Weeks (1995) señala que la intimidad en su forma moderna implica una democratización radical del terreno interpersonal porque éste supone no sólo al individuo como el hacedor definitivo de su propia vida, sino también la igualdad entre los miembros de la pareja y la libertad de escoger estilos de vida y formas de asociación. Este tema de la democratización y sus dilemas es crucial para la comprensión de los cambios en las costumbres sexuales, habiendo dos campos clave en los que es especialmente importante: los arreglos familiares y/o domésticos, y la sexualidad y el amor.

“La democratización de la sexualidad y de las relaciones que figura hoy en la agenda cultural, aunque sólo esté parcialmente realizada, crea el espacio para volver a pensar en la ética y los valores de las relaciones personales, para pensar de nuevo sobre lo que queremos decir con términos como responsabilidad, cuidado, interés y amor” (Weeks, 1995, p. 179)

Otro punto importante que se debe tomar en cuenta dentro del ámbito de cómo se experimenta la sexualidad, es si se trata de una relación estable u ocasional; al respecto en la investigación realizada por Rivera (1995) fue claro que los jóvenes establecían diferencias en la forma de *negociar* en los encuentros sexuales, *dependiendo* de si éstos tenían lugar con una *pareja estable* o con un *apareja ocasional*.

En lo que se refiere a las mujeres con pareja estable, éstas indicaron que era generalmente el hombre quien decidía qué es lo que se hacía en la relación sexual y daba indicaciones a la mujer acerca de cómo tenía que comportarse, situación que no era cuestionada por ellas (Rivera 1995).

La seguridad de mantener una pareja y tener estabilidad con ésta define la manera en que se va desarrollando la negociación. Por ejemplo, el negarse a tener relaciones puede significar el abandono y la soledad. Incluso reportaban que en muchas ocasiones mitigaban el conflicto, fingiendo tener un orgasmo y que sentían mucha vergüenza de hablar de sexo con la pareja, por lo que tendían a restringir la comunicación (Rivera 1995).

En general, la pareja estable se veía como una situación que creaba condiciones favorables para negociar. Las jóvenes de clase media señalaban que la relación mejoraba, daba confianza y permitía expresarse, aun cuando reconocían que sentían vergüenza por

expresarse. Sin embargo, esta estabilidad también podía tener aspectos negativos, las mujeres de clases populares opinaban que una relación estable podía ser vivida por parte del varón con un sentido de pertenencia sobre la mujer.

En lo que respecta a las jóvenes con parejas ocasionales, señalaban que se sentían más libres de expresar sus necesidades, pues no debían cuidar la relación. Se sentían con mayor capacidad de experimentación, más relajadas y capaces de buscar activamente lo que querían, pues sólo constituía un "ataque" que no ponía en juego la sexualidad "verdadera", es decir, la sexualidad en el amor. El sentimiento de pérdida (o amenaza de éste) no está presente en este tipo de relación. Por lo tanto, su capacidad de encontrar una modalidad de negociación era mayor (Rivera 1995).

Lamas y Liguori (1996) plantean que tanto en el caso de las mujeres que no están en una relación estable, como aquellas que sí lo están, y más en el caso de estas últimas, es de una gran violencia simbólica *pedir el uso del condón, pues conjura el fantasma de la prostitución*. Proponen que la manera de *enfrentar la violencia simbólica es redefinir los términos simbólicos*. Para estas autoras la negación del deseo sexual femenino, que opera como dispositivo de control de la sexualidad, es un elemento que acrecienta el riesgo de infección de manera brutal.

Para disminuir estos niveles de riesgo de infección un elemento de suma importancia es la negociación, sin embargo, como lo señala Coria (1994; en Rivera, 1995), la negociación en la esfera sexual para muchas mujeres suele estar cargada de mitos y tabúes que generan violencias internas. Tan intensas son estas vivencias, que las mujeres tienden a eludirlas, cediendo espacios deseados y derechos legítimos. Según la autora, *las mujeres ceden y no negocian*, argumentando tres motivos centrales:

1. Para evitar la violencia;
2. Para seguir siendo amadas y contentar a quienes aman;
3. Porque no visualizan otra posibilidad.

La gran mayoría de las mujeres no tiene claro cuáles son sus necesidades en el terreno sexual. Se confunde y entremezcla la necesidad de goce físico, la manifestación de cariño, la estabilidad de la pareja o la satisfacción de cumplir con los deberes propios de su rol o bien de satisfacer a la pareja (Rivera, 1995).

Para Díaz (1997) las *mujeres* están muy *poco acostumbradas a pedir explícitamente al hombre lo que quieren sexualmente*. Siendo remota la aceptación de una sexualidad activa e individual y, por lo tanto, la consecución del cuidado de sí misma, ya sea para evitar el embarazo o contraer enfermedades de transmisión sexual, incluido el SIDA.

En el estudio realizado por Rivera (1995) las jóvenes optaban como alternativa a la expresión verbal directa, el lenguaje corporal. La mayoría de las cosas se entendían implícitamente. *No había una negociación explícita* sobre las condiciones en que las relaciones sexuales se desarrollarían. Según ellas, estos encuentros se daban, sucedían. Todo este silencio cooperaba para que las jóvenes no expresaran sus necesidades y se hicieran cómplices de una situación histórica en la cual su pareja definía y decidía lo que sucedía.

Entonces el problema es realmente complejo: muchas mujeres que han logrado liberarse de buena parte de los roles femeninos tradicionalmente asignados, son independientes económicamente, viven solas y están bien informadas con respecto al SIDA, sin embargo en el momento de la relación sexual no exigen una protección al compañero, porque no es fácil cambiar lo referente a los códigos de comportamiento sexual. De esta manera, contrariamente a las suposiciones de que la *independencia económica y el nivel cultural* de las mujeres por sí solas y de manera *automática generan una conciencia de género, en la práctica no sucede así* (Díaz, 1997).

Por todo esto es que *enseñar a la mujeres a negociar* resulta de suma importancia. En la sexualidad, como en toda relación humana, las personas tienen intereses y necesidades que no siempre son coincidentes, esta divergencia las coloca ante la necesidad de resolver sus diferencias. Las alternativas más frecuentes son ceder, imponer o negociar. La negociación es la única de estas tres alternativas que ofrece la posibilidad de acuerdo y, por tanto, de una resolución no violenta de la divergencia (Coria, 1994; en Rivera, 1995).

Para que sea posible reconocer un proceso de negociación, la OMS (1993, en Rivera, 1995) plantea que, al menos la *mujer debe cumplir un rol activo en la toma de decisiones* respecto a las condiciones de un encuentro sexual; tener injerencia en el dónde, cuándo, cómo y con quién de un contacto sexual

Otro punto de suma importancia dentro del terreno de la sexualidad es el de los *derechos sexuales*, para la mujer la seguridad dentro de una relación implica el derecho a

una sexualidad autodeterminada, a elegir prácticas sexuales que quiere realizar y con quién, y el derecho a efectuarlas con seguridad; la seguridad de que no va a ser presionada ni forzada, o que no se va a esperar de ella que tenga relaciones sexuales que no quiera tener, bien sea por sentido del deber, por tradición o por ser físicamente forzada (Berer, 1993).

Por su parte, el SIDA representa un replanteamiento del tema de los derechos humanos. La acción preventiva coloca al derecho del ejercicio de la sexualidad como uno de los derechos humanos fundamentales. Todo lo que como sociedad se deje de hacer en prevención del SIDA no es solamente una violación del derecho a la educación o del derecho de la salud, es una violación al derecho de la vida (Brito y Díaz, 1996).

2.- SUGERENCIAS PARA LA INTERVENCIÓN DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO:

¿Por qué, si se sabe claramente cuáles son los mecanismos de transmisión y prevención del SIDA, no ha podido frenarse con mayor eficacia esta epidemia. ¿Por qué los mensajes de prevención caen al vacío para tantas personas?. ¿Son los mismos obstáculos los que se le plantean a los hombres y a las mujeres para llevar a cabo la prevención?. ¿Por qué resulta tan difícil cambiar los hábitos sexuales?. ¿Por qué tenemos vergüenza de protegernos y proteger al otro?. ¿Por qué pensamos que sólo mueren los demás?. ¿Qué herramientas de la educación de la salud y las ciencias del comportamiento ayudarán a desarrollar programas efectivos para las mujeres? (Liguori, 1990; Torres y Liguori, 1994).

Para responder a todas estas preguntas existen diferentes investigaciones que, desde su enfoque, intentan explicar que es lo que está ocurriendo, y a la vez tratan de modificar conductas de riesgo asociadas al VIH y el SIDA.

Entre estas aproximaciones se encuentra el *entrenamiento en habilidades sociales*, la cual ha sido previamente aplicada a varios problemas conductuales y poblaciones y en el caso particular de la prevención del VIH ha incrementado varias habilidades de comunicación sexual, como negociar prácticas de sexo seguro y rechazar propuestas o coerciones para involucrarse en prácticas de alto riesgo (Amaro, 1995).

Otro tipo de intervención es el que tiene que ver con la *educación participativa* y la *teoría self-in-relation* del desarrollo de las mujeres. Estas teorías acentúan la importancia del *empoderamiento* (motivación, libertad y capacidad de actuar propositivamente, con la

movilización de las energías, recursos, fortalezas y poderes de cada persona a través de un proceso mutuo y relacional) a la hora de hacer que las mujeres tengan la posibilidad de actuar (Amaro, 1995).

Dentro de este proceso de búsqueda de poder resulta vital que las mujeres construyan conexiones a través del diálogo, mecanismo para el cambio individual y social utilizado en el modelo educativo para adultos de Freire (1970) y Werner y Bower (1982).

El proceso de cambio en las mujeres y otros individuos que enfrentan factores masivos sociales que afectan sus habilidades para la autodeterminación y acción, no es sencillo sino que requiere de mucho apoyo. Además, es importante tener en cuenta que la educación participativa y los métodos centrados en el empoderamiento tienen metas mucho más amplias que los cambios conductuales específicos, como el uso del condón (Amaro, 1995).

Werner y Bower (1982) y Freire (1970) creen que las aproximaciones educativas que buscan un cambio de conducta sin buscar cambiar las condiciones sociales causales, no sirven de mucho. En el caso del VIH, la estrategia actual de *incrementar el uso del condón sin considerar la pobreza, adicciones, racismo y la desigualdad entre hombres y mujeres* parece tener un propósito reformista y no una función transformadora que tenga el objetivo de cambiar la sociedad para conocer las necesidades de la gente.

Aggleton (1998) también considera el empoderamiento para reducir los riesgos asociados con el VIH pero en combinación con la *persuasión*. Para este autor en particular en el trabajo con la gente joven es importante ofrecer una educación sexual abierta y honesta dentro y fuera de la escuela. Debe tomarse en cuenta su diversidad y sus necesidades, y no debe darse por sentado que sólo son hedonistas que se arriesgan. Además piensa que se debe estimular a la gente joven a participar en el diseño y la implementación de los proyectos, trabajando en un clima de franqueza y reconociendo las realidades que los jóvenes enfrentan. "El reto es ganar el apoyo político necesario para desarrollar e incrementar programas en contextos donde haya otras prioridades sociales importantes, incluso las vinculadas a la pobreza, las desigualdades de poder y riqueza, y la marginación de grupos y comunidades específicas" (p. 8).

Dentro de los estudios que sustentan la importancia del empoderamiento para poder reducir conductas de riesgo está el realizado por Zamora, Quiros y Fernández (1996) en el

cuál se encontró que cuando las mujeres empezaron su proceso de toma de decisión casi en forma paralela pudieron reconocer cuan ausente había estado el placer en sus vidas, o cómo este placer lo habían vivido a través de los logros o placer de los demás, cuan presentes habían estado sus miedos, sus culpas e inseguridades en sus posibilidades de negociar su seguridad y bienestar. Revisar estas condiciones y situaciones que les ha tocado vivir, les dio recursos para pensarse diferente y replantearse mandatos y valores que las habían puesto en desventaja. Las llevó a reconocerse poco a poco con posibilidades de modificar muchas de las condiciones físicas y afectivas que las limitaban, para proporcionarse, pedir y recibir nuevas sensaciones o vivencias que las fortalecieran y no las colocaran en riesgo.

Desde el punto de vista de la *ONU* (1992), lo que las mujeres necesitan es una investigación accesible que les proporcione *medios prácticos para protegerse* de futuras relaciones sexuales no deseadas con hombres infectados. Es decir, las mujeres necesitan investigaciones proactivas, y no reactivas, que las faculten para actuar de manera más práctica, dado que según esta institución, de otro modo, lamentablemente se verificará que “más vale prevenir que curar”.

Paterson (1996) señala que el *cambio efectivo* en las prácticas riesgosas de las mujeres sólo puede provenir del contexto de las *realidades cotidianas* de las mujeres, con el apoyo de una comunidad efectiva de “carne y hueso”, que tenga un proyecto común, se comunique con un mismo lenguaje y avance conjuntamente hacia adelante para proporcionar una alternativa a la cultura dominante.

También señala que en los últimos años se ha estado reflexionando sobre cómo lograr de un modo más efectivo un cambio en el *equilibrio de géneros*, para lo cual las mujeres han estado en la vanguardia. Las personas que son hoy conscientes del género aceptan que es importante pero no suficiente trabajar con las mujeres. Se insiste en los temas de *género como temas de relación, no de confrontación*.

Algunas estrategias de cambio se describen como neutras en cuanto al género, lo que significa que están destinadas a abordar situaciones en las que el género es irrelevante; situaciones en las que todo el mundo se beneficiará en la misma medida. A su vez, será una estrategia en la que el hombre es la norma, en la que las implicaciones de género no se han considerado detalladamente y cuyos resultados dejan intacta la distribución de recursos y responsabilidades existente (Paterson, 1996).

Desde esta perspectiva un plan específico para un género será el que intente satisfacer las necesidades de ese género sin perturbar dicha distribución, lo cual para Paterson (1996) se trata de un escenario improbable. Un cambio efectivo requiere metodologías que aborden verdaderamente los problemas de poder y de su distribución y, por tanto, tendrían como resultado consecuencias dirigidas a transformar la distribución existente en el sentido más igualitario. Para este autor las cuestiones centrales que tienen que plantearse en cada etapa del análisis de género son: ¿qué ocurre con las mujeres?, ¿dónde se encuentran?, y ¿qué les sucederá a los hombres?.

Por su parte Berer (1993) opina que se debe reestructurar el sentido común sobre las relaciones sexuales para que los jóvenes heterosexuales puedan protegerse contra la propagación del VIH. También cree que se necesita *retar al lenguaje de la sexualidad*, cambiarlo y ampliarlo para que la mujer y el hombre puedan reconocer las contradicciones de sus experiencias, sus propias responsabilidades y su propio poder de acción. Esta autor piensa que la mujer podrá entonces desarrollar un lenguaje positivo que haga pública la velada distinción sobre lo que constituye presión sexual, la ambivalencia y el placer dentro de la sexualidad, y así cuando la mujer respete su identidad sexual, una identidad que no dependa primordialmente de estar ligada a un hombre, se hallará en una mejor posición para negociar el sexo más seguro.

Berer (1993) también sugiere que cuando se quieran estructurar los mensajes de prevención del VIH/SIDA se incorporen dos nuevas dimensiones: 1) cuando se intente cambiar formas de comportamiento se debería entender el *origen de ese comportamiento*, tanto desde una perspectiva personal como sociocultural. ¿Qué papel tienen las normas que impone la comunidad? ¿Cómo va a afectar el cambio de comportamiento al apoyo económico o emocional dentro de una relación o unidad familiar?. Y 2) las estrategias de prevención deberían hacer hincapié de forma global en el *individuo* como miembro *responsable de una red social o familiar*. Valores de *cooperación y unidad* con base en la cultura podrían ser agentes más poderosos a la hora de motivar un cambio de comportamiento de lo que pudieran serlo llamamientos a la acción estrictamente individualistas, tales como “protégete a ti mismo”.

Ya existen *programas operativos* serios donde el *género ha sido retomado*; también comienzan a hacerse evaluaciones de las actividades y talleres educativos. Se ha encontrado

que los cursos más efectivos son los que trabajan la ideología de género a través de los medios socialmente contruidos, los prejuicios y la impotencia ante el SIDA, así como la importancia del placer y la responsabilidad (Paiva y cols., 1993). Otra investigación operacional encontró que los diversos "estilos sexuales" según el género, están relacionados con maneras diferentes de incurrir en conductas de riesgo (Buzwells y cols., 1993).

No basta con informar sobre la enfermedad; hay que cuidar el cómo se informa y para qué. En tiempos de SIDA, el discurso sexual tiene que reacomodarse y retroalimentarse, para que las personas no se sientan en permanente riesgo ni se paralicen negando su propia sexualidad (Aldana, 1994).

Como Amaro (1995) sugiere, la pregunta fundamental si pretendemos hacer programas de intervención sería si nosotros, como psicólogos, podemos transformar nuestra manera de pensar en lo que respecta a la prevención del VIH para incorporar modelos que no sólo acentúen los riesgos conductuales, sino que también apoyen el cambio social.

A manera de resumen puede decirse que la sexualidad se ha transformado en un lugar y en un instrumento privilegiado de las relaciones de poder al ser un producto social. En México aun prevalece la doble moral sexual, la idea del rol pasivo y activo, la escisión de la mujer casta y erotizada, lo que contribuye a que se dificulte aun más la adopción de prácticas de prevención al no estar permitido pensar en la sexualidad y por ende aun menos en prevenir las consecuencias del acto sexual. Con esto se vincula el hecho de que exista una diferencia importante entre una relación estable y una ocasional cuando se trata de negociar los encuentros sexuales.

Es necesario cuidar que la existencia del SIDA como enfermedad no contribuya a adherir mas tabúes a la sexualidad, sino que ayude a que las personas tengan un mayor conocimiento sobre el tema y a que tanto hombres como mujeres adopten actitudes más abiertas, más responsables.

No basta con informar sobre la enfermedad; hay que cuidar el cómo se informa y para qué, para de esta forma poder incorporar modelos que no sólo acentúen los riesgos conductuales, sino que también apoyen el cambio social.

CAPÍTULO V

MÉTODO

JUSTIFICACIÓN:

El valor de esta tesis radica en el hecho de que, dado el incremento en el número de casos reportados de VIH en mujeres y jóvenes tanto a nivel mundial como en nuestro país, es fundamental indagar cómo es que están percibiendo la prevención del VIH, para de esta manera tratar de comprender por qué es que llevan a cabo una escasa o nula adopción de prácticas preventivas, a pesar de que la literatura reporta que en muchos casos cuentan con información acerca del tema.

Además, es importante señalar que este problema ha sido poco estudiado en la población femenina, en gran medida debido a que las mujeres no constituían lo que a través del tiempo se ha denominado "grupo de riesgo". A su vez esto ha fomentado que las mujeres tampoco se perciban a sí mismas en riesgo, como personas vulnerables, lo cual afecta directamente sus conductas preventivas.

El interés de trabajar con mujeres universitarias radica en el hecho de que gran parte de los estudios que sí se han hecho en relación con el tema de SIDA y mujer, han sido llevados a cabo con trabajadoras sexuales, o bien con amas de casa. A su vez, aquellos estudios que sí han sido realizados con mujeres universitarias, en nuestro país, se han basado en una metodología cuantitativa (Dirección General de Epidemiología, 1988; Valdespino, 1990; Ramírez, 1993; Flores y Díaz Loving 1994, Villagran y Díaz Loving, 1994; Mejía, 1995; Pick, 1997) con lo que queda limitada la comprensión del tema. Por consiguiente, la valía de nuestra tesis también radica en el hecho de que utilizamos una aproximación cualitativa.

Sumado a esto, creemos que es importante que se haya realizado un estudio partiendo de la perspectiva de género, dado que ésta incluye elementos socioculturales, olvidados en la mayoría de las investigaciones, que permiten una comprensión más amplia y profunda del fenómeno ya que proveen una idea incluyente de las relaciones que se establecen entre hombres y mujeres, de la forma en que experimentan su sexualidad, sus creencias y actitudes hacia el SIDA y las diferentes formas de prevenirlo.

De esta forma, el conocer cómo las mujeres universitarias perciben la prevención del VIH puede ayudar a realizar en un futuro programas de intervención o campañas de prevención con bases más sólidas, creadas a partir de las necesidades concretas de las mujeres.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN:

¿Cómo perciben las mujeres universitarias la prevención del VIH?

¿Varia la percepción que tienen las mujeres universitarias de la prevención del VIH dependiendo de si mantienen una relación de pareja estable u ocasional?

Es importante aclarar que en esta investigación la *percepción del VIH* fue estudiada a través del discurso obtenido en torno a los siguientes indicadores (categorías de análisis), que ayudaron a la elaboración de la entrevista a profundidad semiestructurada: concepción general acerca del VIH/ SIDA, prácticas de prevención del VIH, impacto del SIDA en las relaciones de pareja, comunicación con la pareja acerca del SIDA y condiciones que pueden facilitar la prevención del VIH

OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN:

* Comprender qué significado le dan las mujeres universitarias a la prevención del VIH.

* Comprender los motivos por los cuales las mujeres universitarias adoptan o no prácticas de prevención contra el VIH.

* Comprender si la manera en como las mujeres universitarias perciben la prevención del VIH depende de si tienen una relación de pareja estable u ocasional.

SUJETOS:

La muestra estuvo constituida por 24 mujeres universitarias pertenecientes a cinco facultades del área de Ciencias Sociales y Humanidades de la UNAM, de Ciudad Universitaria: Psicología, Derecho, Economía, Ciencia Política y Filosofía y Letras; con edades entre 18 y 24 años; solteras; sin hijos y que alguna vez en su vida hubieran tenido relaciones sexuales.

MUESTRA Y TIPO DE MUESTREO:

Se eligieron dos muestras, ambas cumplían las características especificadas en el apartado de sujetos, sólo que una de ellas (grupo 1) estuvo compuesta por trece mujeres que habían tenido únicamente pareja(s) estable(s), y la otra (grupo 2) por once mujeres que por lo menos habían tenido una pareja ocasional.

Se eligió a las participantes mediante un muestreo no probabilístico de sujetos - tipo (Hernández, Fernández y Baptista, 1998), es decir, que las mujeres que aceptaron participar cumplieron con la serie de características especificadas en el apartado de sujetos.

TIPO DE ESTUDIO:

Descriptivo, cualitativo.

El estudio que realizamos fue de este tipo dado que nuestro interés era describir todo lo relacionado con la manera en que las mujeres universitarias percibían la prevención del VIH, en especial tratando de puntualizar aquello que se vinculara con cuestiones de género y sexualidad.

También se trató de un estudio descriptivo porque nos interesaba pormenorizar las diferencias que existían entre aquellas mujeres que se hubieran encontrado involucradas en una relación estable y aquellas que por lo menos alguna vez lo hubieran estado con una ocasional.

Por otro lado, los estudios descriptivos pueden ofrecer la posibilidad de predicciones, aunque sean rudimentarias. En este caso y como ya se ha mencionado, saber cómo perciben las mujeres universitarias la prevención del VIH, puede ser de suma importancia en la elaboración de campañas y programas destinados en especial a mujeres, considerando también el tipo de relación en que están involucradas.

Además es importante mencionar que aunque no encontramos en la literatura ningún estudio de este tipo, sí hubo varios que nos ayudaron a contextualizar lo que estaba sucediendo en relación con la prevención del VIH, en particular aquellos factores que incidían sobre la prevención en el caso de las mujeres. Con base en esto pudimos elaborar nuestras preguntas de investigación, las cuales sirvieron como guía a nuestro estudio, puesto que entre otras cosas determinaron la metodología que utilizamos, es decir, la cualitativa.

Con relación al empleo de este tipo de metodología es necesario rescatar, además de lo ya mencionado, que su utilización nos ayudó a analizar el sentido que las mujeres universitarias atribuían a sus actos y a su entorno, y no únicamente nos proporcionó leyes sociales que explicaran los determinantes de su conducta.

Por otro lado, al partir de una metodología cualitativa pudimos realizar un análisis a nivel micro, de tal manera que las particularidades interpretativas de los procesos sociales pudieran ser aprehendidas (Castro, 1996). Relacionado con esto se encuentra el hecho de que, como sugiere Blumer (1969; en Castro, 1996), se trabajó con conceptos sensibilizadores que representaron "direcciones en las cuales mirar" (indicadores), dado que con el fin de lograr un conocimiento interpretativo, los conceptos fueron lo suficientemente flexibles como para aprehender la múltiple diversidad de los significados que los objetos podían representar para los individuos, así como la variedad de interpretaciones que los individuos podían hacer sobre su entorno.

INSTRUMENTOS Y MATERIALES:

a) Instrumentos:

- Cuestionario de datos sociodemográficos (anexo 1): Este instrumento fue elaborado tomando en cuenta el contenido de otros cuestionarios similares y fue creado con la finalidad de contextualizar la muestra.

- Entrevista a profundidad semiestructurada (anexo 3): Utilizamos esta técnica ya que, como menciona Castro (1995), recae sobre un principio fundamental: anima a las personas a elaborar de forma libre y espontánea sus ideas y preocupaciones, más que forzarlas a responder rigidamente, lo cual es de suma importancia cuando se trata de un estudio cualitativo.

La entrevista semiestructurada se recomienda en situaciones en donde sólo se tiene una oportunidad para hacer la entrevista y se basa en el uso de una guía que debe ser cubierta con un orden particular, ambas características presentes en el caso de nuestra investigación. El hecho de que nos hayamos basado en una guía nos dio cierto control sobre lo que se quería preguntar, pero a la vez nos permitió seguir nuevas líneas de exploración. De esta forma, la conversación fue focalizada hacia un tópico (con base en los

cinco indicadores), permitiéndole a las mujeres entrevistadas que definieran el contenido de la discusión.

b) Materiales:

- Grabadoras.
- Lápiz y papel.
- Casetes.

PROCEDIMIENTO:

Con base en la literatura revisada en el marco teórico, se crearon los cinco indicadores mencionados con anterioridad, los cuales fueron considerados como puntos clave para poder responder nuestras preguntas de investigación y, por consiguiente, fueron tomados en cuenta durante la elaboración de la entrevista a profundidad semiestructurada.

Una vez que se elaboró la guía preliminar se realizó un piloteo de cinco entrevistas con mujeres que cumplieran con los criterios especificados anteriormente, con lo cual pudieron ser reformuladas algunas preguntas de la entrevista.

Posteriormente se acudió a las facultades de Ciencias Políticas y Sociales, Economía, Filosofía y Letras, Psicología y Derecho de la UNAM en busca de mujeres que cumplieran con las características descritas en el apartado de sujetos. Principalmente se les explicó que se trataba de un estudio acerca de VIH y mujer y se les preguntó si pertenecían a la facultad en que nos encontrábamos, si tenían entre 18 y 24 años, y si ya habían tenido relaciones sexuales.

A aquellas mujeres que respondieron afirmativamente y que accedieron a ser entrevistadas se les llevó a un lugar donde no hubiera interrupciones, se les dijo que toda la información que nos proporcionaran sería confidencial y anónima y se les pidió su autorización para ser audiograbadas, a lo cual todas accedieron.

En primer lugar se les pidió que llenaran el cuestionario de datos sociodemográficos (anexo 1) para posteriormente comenzar a formular las preguntas de la entrevista previamente estructurada (anexo 3), haciendo ajustes, reformulaciones y aclaraciones en caso de que fuera necesario.

En total se realizaron 24 entrevistas a profundidad, este número quedó determinado por el criterio de *saturación teórica*, el cual fue entendido como el momento del proceso de investigación en el cual ya no se obtenía información nueva (Castro, 1996). Esto también fue precisado con la ayuda del *piloteo*.

Cabe aclarar que las entrevistas tuvieron una duración promedio de 20 minutos.

Posteriormente, la información obtenida a través de las entrevistas sufrió una serie de transformaciones y reducciones para poder ser analizada. En primer lugar, el registro grabado fue transcrito y por consiguiente reducido a un texto.

Una vez hecho esto, dicho texto fue sometido al proceso de codificación, con el cual el material, ya fuera una palabra, una frase o una sección de texto, dio lugar a la formación de subcategorías específicas (ilustradas con respuestas típicas dadas por las participantes), las cuales, a su vez, originaron categorías más generales significativas.

Este procedimiento se efectuó para cada pregunta de la entrevista, primero en el grupo 1 y después en el 2, siendo importante aclarar que en el caso de las preguntas 4, 7, 9, 10 y 11 las respuestas de las mujeres del grupo 2 fueron a su vez clasificadas en tres subgrupos, dado que estas participantes, a excepción de una, además de haber tenido pareja(s) ocasional(es) habían tenido pareja(s) estable(s). De esta forma, los subgrupos quedaron constituidos de la siguiente manera: grupo **2a**): las respuestas de las participantes se referían tanto a su(s) pareja(s) estable(s) como a la(s) ocasional(es); **2b**): las respuestas se referían únicamente a su(s) pareja(s) ocasional(es); y **2c**): respuestas referentes únicamente a su(s) pareja(s) estable(s).

Por último, es necesario indicar que en la descripción de los resultados y análisis de los mismos, las categorías generales antes mencionadas se ubicaron dentro de los cinco indicadores.

CAPÍTULO VI RESULTADOS

CATEGORÍAS:

Es importante aclarar que la categorización se llevó a cabo por separado para los grupos 1 (mujeres con pareja(s) estable(s)) y 2 (mujeres con pareja(s) ocasional(es) y/o estable(s)) y que se realizó a partir de las preguntas de la entrevista semiestructurada, las cuales, como ya se ha mencionado, se formularon a partir de los cinco indicadores.

El primer número que se encuentra a la derecha de cada idea indica la cantidad de participantes que la mencionaron, mientras que los que se encuentran entre paréntesis especifican el número de entrevista (1 al 24) de la(s) participante(s) que hizo o hicieron alusión a dicha idea.

Pregunta # 1: ¿Qué me podrías decir acerca del SIDA?

Pareja estable

ENFERMEDAD AMENAZANTE:

- ⇒ Es una epidemia 1 (16)
- ⇒ Es una enfermedad 4 (4, 9, 14, 21):
 - ⇒ Mortal 3 (11, 18, 19)
 - ⇒ Súper peligrosa 1 (5)
 - ⇒ Muy grave 2 (10, 17)
 - ⇒ Muy riesgosa 1 (10)
 - ⇒ Terrible 1 (15)
 - ⇒ Cada vez va aumentando más 1 (5)

⇒ Importante:

⇒ Como parteaguas:

⇒ Va a ocasionar cambios drásticos 1 (21)

⇒ Como marca del siglo:

⇒ La enfermedad mortal de este siglo, como la tuberculosis lo fue del siglo XIX
1 (16)

CONOCIMIENTO ACERCA DEL VIH/SIDA:

⇒ El SIDA es:

⇒ Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida 1 (19)

⇒ Causado por un virus 1 (19)

⇒ Hay diferentes vías de transmisión del virus 1 (18):

⇒ La vía sexual 3 (9, 11, 14)

⇒ La vía sanguínea 2 (11, 14)

NO EXISTENCIA DE GRUPOS DE RIESGO:

⇒ Le puede dar SIDA a cualquiera 1 (9)

⇒ No se puede confiar en nadie 1 (11)

⇒ No se puede identificar fácilmente si una persona tiene SIDA 1 (18)

HAY FORMAS DE EVITAR EL CONTAGIO:

⇒ Hay que tener un cuidado especial 2 (4, 11)

⇒ Hay que prevenir 3 (5, 10, 17):

⇒ Hay muchos métodos de protección 2 (9, 18)

⇒ Hay que intensificar científicamente los métodos anticonceptivos 1 (21)

⇒ Hay que prevenir con información adecuada 1 (15)

NIVEL DE INFORMACIÓN:

- ⇒ Hay poca información 2 (5, 21):
 - ⇒ Se debería tener más conocimientos sobre sus repercusiones 1 (4)
 - ⇒ La información que se da es a masas 1 (21)
 - ⇒ Se debería hablar más de abstinencia aunque sea difícil para los jóvenes llevarla a la práctica 1 (21)
 - ⇒ Se debería hacer conciencia:
 - ⇒ Sobre todo en la gente joven porque es la que más parejas sexuales tiene 1 (17)
 - ⇒ Acerca de las relaciones sexuales y la drogadicción 1 (21)
- ⇒ Hay información para combatir la enfermedad 2 (16, 18)
- ⇒ Hay información pero no se lleva a la práctica:
 - ⇒ Existe la idea de que somos invulnerables 1 (1)

REPERCUSIONES DEL SIDA:

- ⇒ Repercusiones emocionales:
 - ⇒ Espanto 1 (16)
 - ⇒ Terror 1 (16)
- ⇒ Repercusiones sociales:
 - ⇒ Aislamiento de las personas con SIDA (lo cual los mata desde el principio) 1 (16)

Pareja ocasional**ENFERMEDAD AMENAZANTE:**

- Es una enfermedad 1 (3):
 - Mortal 5 (8,12, 20, 23, 24)
 - Muy peligrosa 1 (23)
 - Muy grave 1 (12)
 - Muy riesgosa 1 (23)
 - Terrible 1 (2)
 - Muy fea 1 (23)

CONOCIMIENTO ACERCA DEL VIH/SIDA:

- El SIDA:
 - Es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida 1 (20)
 - Es provocado por un virus 1 (3)
 - Surge porque salió de control a la hora de hacer investigaciones 1 (2)
 - La cura no se ha encontrado tal vez por intereses económicos 1 (2)
 - Sólo es una palabra 1 (6)
- Se contagia 1 (13):
 - Por fluidos exteriores 1 (3)
 - Por la vía sexual 4 (7, 20, 22, 24)
 - Por la vía sanguínea 3 (7, 22, 24)
 - Por la vía perinatal 3 (7, 22, 24)

NO EXISTENCIA DE GRUPOS DE RIESGO

- Todos podemos tener contacto con el virus si no nos cuidamos 1 (23)

HAY FORMAS DE EVITAR EL CONTAGIO:

- El contagio se evita por medio de la protección 3 (3, 13, 23):
 - Tenemos que ser responsables y cuidarnos 1 (8)

NIVEL DE INFORMACIÓN:

- Hay poca información:
 - La gente a veces no conoce mucho del SIDA 1 (23)
 - Nadie sabe realmente qué es 1 (6)
 - Se debería hacer conciencia de que estás jugando con tu vida 1 (12)

FALTA DE CUIDADO:

- Nadie se pone a pensar que sería de su vida si tuviera SIDA 1 (6)
- No se hace nada al respecto para protegerse o cuidarse 1 (23)
- Es autodestructivo el no cuidarse 1 (23)

- Hay gente que no se hace la prueba y que cambia de pareja 1 (23)
- Invulnerabilidad :
 - Es difícil pensar que te va a pasar a ti 1 (13)

Pregunta # 2 ¿ Quiénes crees que se pueden infectar de SIDA por la vía sexual?

Pareja estable

PERSONAS SUSCEPTIBLES DE CONTAGIO:

- ⇒ Todos podemos infectarnos 8 (5, 9, 11, 14, 15, 17, 18, 21):
 - ⇒ Todo aquel que tenga relaciones sexuales sin protección 6 (1, 4, 9, 10, 16, 19)
 - ⇒ Todo aquel que no tenga relaciones de manera saludable 1 (19)
 - ⇒ Homosexuales y heterosexuales 1 (11)
 - ⇒ Homosexuales y heterosexuales, bicicletos, transexuales 1 (16)
 - ⇒ Homosexuales, lesbianas, no importa la preferencia sexual 1 (21)
 - ⇒ Uno nunca sabe qué persona puede tener SIDA 1 (9)

INVULNERABILIDAD :

- ⇒ Vivimos en un país en el que todos creemos que somos invulnerables, sin embargo, que nos asalten es tan fácil como adquirir el VIH 1 (18)

Pareja ocasional

PERSONAS SUSCEPTIBLES DE CONTAGIO:

- Todos podemos infectarnos 6 (2, 6, 7, 8, 22, 23):
 - Todas las personas que tengan relaciones sexuales sin protección 4 (3, 12, 13 20)
- Mucha gente cree en el mito de que nada más le da a los homosexuales 1(8)

EXISTENCIA DE GRUPOS DE RIESGO:

- Los heterosexuales tienen más probabilidad de infectarse que los homosexuales y las mujeres que los hombres 1 (24)

Pregunta #3 ¿ Cómo pueden evitar las mujeres infectarse sexualmente de SIDA?

Pareja estable

PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN:

⇒ Condón :

⇒ Usando del condón 3 (1,4,14)

⇒ Usando condón en caso de que sea pareja ocasional 2 (5, 16)

⇒ Exigiendo el uso del condón 1 (15)

⇒ Con la abstinencia 5 (1,4, 14, 15, 21)

⇒ Fidelidad en la pareja:

⇒ Teniendo vida sexual con una sola pareja 1 (9)

⇒ Teniendo una pareja estable y confiable 2 (4, 21)

⇒ Conocer a la pareja

⇒ No teniendo relaciones con cualquiera 1 (21)

⇒ Con la comunicación con tu pareja 1 (21)

⇒ Reducir el número de parejas sexuales:

⇒ No teniendo muchas parejas sexuales sin protección 1 (15)

CATEGORIZACIÓN DE PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN:

⇒ Lo más eficaz es la abstinencia y luego el condón 1 (10)

⇒ Primero fidelidad, conocer a tu pareja, saber su vida sexual y mucha comunicación 1 (5)

⇒ Primero no tener relaciones con cualquiera, hay que tener mucha confianza y usar condón **hasta** con la pareja estable 1 (11)

⇒ Primero usando condón y en el último de los casos, sobretodo si eres mujer (por el SIDA y el embarazo) ser un poco más selectiva, pensar mejor las cosas y ser más consciente 1 (17)

FACTORES QUE PUEDEN AYUDAR A LA PREVENCIÓN:

⇒ La información 2 (18, 19)

⇒ Autodeterminación de la mujer:

⇒ Que la mujer tome decisiones que le convengan a su propia persona, porque por la presión de la pareja o grupos, o por estar a la moda o pertenecer a alguien que tiene relaciones sexuales 1 (18)

IDEAS ERRÓNEAS ACERCA DE LA PREVENCIÓN DEL VIH:

⇒ El VIH se puede prevenir usando métodos anticonceptivos 2 (9, 21)

⇒ El VIH se puede prevenir con higiene 1 (21)

Pareja ocasional:

PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN:

- Condón :
 - Usando el condón 8 (2, 7, 8, 13, 20, 22, 23, 24)
 - Exigiendo el uso del condón 2 (6, 12)
 - Diciéndole a la pareja que se ponga condón 1 (3)
- Usando el condón femenino 2 (3, 20)
- Con la abstinencia 3 (7, 20, 22)
- Fidelidad en la pareja:
 - Teniendo plena confianza en tu pareja 1 (2)
 - Teniendo una pareja estable 1 (24)
- Conocer a la pareja:
 - Tomando conciencia de con quién estás teniendo relaciones 1 (12)
 - Teniendo relaciones con alguien a quien conozcas 1 (12)

- Sexo seguro:
 - Teniendo sexo sin penetración 1 (13)

CATEGORIZACIÓN DE PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN:

- Después de hacerte la prueba, tener confianza y credibilidad de que la pareja no va a tener otras relaciones y si las va a tener, por lo menos tener un acuerdo de que va a usar condón 1 (23)

IDEAS ERRÓNEAS ACERCA DE LA PREVENCIÓN DEL VIH:

- El VIH se puede prevenir con métodos anticonceptivos 1 (24)

Pregunta # 4 ¿ Cómo evitas infectarte de SIDA?

Pareja estable:

PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN:

⇒ Condón :

⇒ Usando el condón siempre 3 (4, 5, 21):

⇒ Y óvulos con nonoxinol - 9 1(18)

⇒ Y pastillas 1 (19)

⇒ Usando el condón casi siempre 2 (11, 10)

⇒ Usando el condón a veces 2 (9, 14)

⇒ Con la abstinencia 1 (4)

⇒ Fidelidad en la pareja 4 (1, 11, 15, 16):

⇒ Teniendo vida sexual con una sola pareja 3 (5, 9, 15)

⇒ Teniendo una pareja confiable y estable 3 (4, 11, 14)

⇒ No teniendo, ni mi pareja ni yo, otra pareja; y en el supuesto de que sí la tuviéramos sería con condón 1 (17)

⇒ Preguntarle a la pareja sus antecedentes:

⇒ Preguntándole a la pareja la historia de sus relaciones sexuales 1 (21)

⇒ Realización de la prueba de VIH:

- ⇒ Mi pareja y yo nos hicimos la prueba de VIH 2 (1, 21)
- ⇒ Mi pareja se hizo la prueba de VIH 5 (4, 5, 11, 15, 16)

IDEAS ERRÓNEAS ACERCA DE LA PREVENCIÓN DEL VIH:

- ⇒ Conozco a mi pareja desde hace mucho tiempo 1 (5)
- ⇒ Conozco a la familia de mi pareja 1 (5)
- ⇒ Asegurándome que mi pareja no tiene ninguna enfermedad (sin examen) 1 (9)
- ⇒ Nos queremos 1 (17)

FACTORES QUE PUEDEN AYUDAR A LA PREVENCIÓN:

- ⇒ Comunicación:
 - ⇒ Platico mucho con mi pareja 1 (5)
 - ⇒ Platico con el ginecólogo 1 (5)

Parejas ocasionales:

Ocasional – Ambas

PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN:

- Condón :
 - Usando el condón siempre 1 (3)
 - Usando el condón casi siempre 1 (13)
- Con la abstinencia 1 (20)
- Fidelidad en la pareja:
 - Mantengo relaciones con una sola pareja 1 (2)
- Sexo seguro:
 - Teniendo sexo sin penetración 1 (13)
- Realización de la prueba de VIH de la pareja 1 (3)

Ocasionales - ocasionales

PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN:

- Condón :
 - Usando el condón siempre 5 (6, 8, 22, 23, 24)
 - Usando condón casi siempre 1 (12)
- Sexo seguro:
 - Con sexo sin penetración 2 (20, 24)

Ocasionales - estables

PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN:

- Condón:
 - Usando el condón casi siempre 5 (12, 20, 22, 23, 24)
 - Usando el condón, en los últimos tiempos 2 (6, 7)
- Reducir el número de parejas sexuales:
 - No teniendo parejas ocasionales 1 (6)
- Preguntarle a la pareja sus antecedentes:
 - Una pareja no había tenido relaciones sexuales y otras dos habían donado sangre 1 (23)
 - La pareja era virgen 1 (7)
- Realización de la prueba de VIH
 - Mi pareja y yo nos hicimos la prueba de VIH 2 (6, 23)
 - Mi pareja se hizo la prueba de VIH 1 (24)

Pregunta #5 ¿ Qué otras formas de evitar el contagio sexual crees que existan?

Pareja estable

PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN:

⇒ Abstinencia 3 (5, 11, 15)

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

⇒ Preguntarle a la pareja sus antecedentes:

⇒ Preguntar a la pareja la historia de sus relaciones sexuales 1 (16)

⇒ Realización de la prueba de VIH:

⇒ Haciéndonos la prueba de VIH, mínimo una vez al año 1 (16)

IDEAS ERRÓNEAS ACERCA DE LA PREVENCIÓN DEL VIH:

⇒ Hay que tener mucha limpieza 1 (19)

⇒ Utilizando métodos anticonceptivos 1 (9)

⇒ Usar condón los dos 1 (11)

FACTORES QUE PUEDEN AYUDAR A LA PREVENCIÓN:

⇒ Información 1 (5)

⇒ Saber qué es la enfermedad, sus síntomas y quién es portador 1 (18)

⇒ Hablar con la pareja 2 (5, 16)

Pareja Ocasional:

PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN:

- Condón
 - Uso del condón femenino 1 (24)
- Abstinencia 3 (6, 12, 13)
- Fidelidad en la pareja:
 - Tener una pareja estable y tenerle confianza 1 (8)
 - Tener comunicación con la pareja 1 (8)
- Reducir el número de parejas sexuales
 - Evitar tener parejas sexuales ocasionales 1 (24)
- Preguntarle a la pareja sus antecedentes:
 - Preguntarle a la pareja acerca de la historia de sus relaciones sexuales 1 (8)
- Sexo seguro 1 (6)
 - Sexo oral con papel o plástico 1 (23)

IDEAS ERRÓNEAS ACERCA DE LA PREVENCIÓN DEL VIH:

- El ritmo y otros preservativos aunque no son muy seguros 1 (20)

FACTORES QUE PUEDEN AYUDAR A LA PREVENCIÓN:

- Tener comunicación con la pareja 1 (8)

Pregunta # 6 ¿Por qué las mujeres no las llevan a la práctica?

Pareja estable:

FACTORES SOCIOCULTURALES:

- ⇒ Por la sociedad y por la cultura 2 (4, 21):
 - ⇒ Por ignorancia 5 (4, 10, 11, 18, 19):
 - ⇒ Por falta de educación 3 (14, 17, 19):
 - ⇒ Por falta de educación sexual 1 (21)
 - ⇒ Porque existen muchos tapujos 1 (21)
 - ⇒ Porque la mujer no se valora 1 (11)
 - ⇒ Por el machismo 1 (11)
 - ⇒ Por la dificultad para negociar con la pareja 1 (18)
 - ⇒ Porque el hombre no quiere protegerse alegando que no es la misma sensibilidad 2 (1,11)
 - ⇒ Por la existencia de una doble moral sexual:
 - ⇒ Porque la mujer no debe tomar la iniciativa, ni tener relaciones antes de casarse, ni varias parejas 1 (4)
 - ⇒ Porque la mujer carga con la culpa, lo cual la inhibe 1 (4)
 - ⇒ Porque se piensa que el hombre es el que se tiene que cuidar y ser el responsable 1 (5)
 - ⇒ Por una falta de asertividad:
 - ⇒ Porque la mujer no puede proponer al hombre que se ponga el condón, por pena 2 (21, 17)
 - ⇒ Porque le da pena pedir información 1 (18)

- ⇒ Porque le da pena que la pareja diga “no confías en mí” 1 (1)
- ⇒ Por no ir a la farmacia 1 (21)

MOTIVOS SITUACIONALES:

- ⇒ Porque se te va el avión 1 (1)
- ⇒ Porque en el momento te vale 1 (1, 9)
- ⇒ Porque no ves a la persona con síntomas 1 (1)
- ⇒ Invulnerabilidad:
 - ⇒ Porque se ve al SIDA muy lejos 1 (1)

FACTORES ASOCIADOS A LA RELACIÓN DE PAREJA:

- ⇒ Porque sueles confiar en la pareja 2 (1, 14)
- ⇒ Por creer en la fidelidad de la pareja 1 (15)
- ⇒ Porque es la única pareja 1 (14)

Pareja ocasional:

FACTORES SOCIOCULTURALES:

- Por la cultura 3 (6, 23, 24):
 - Porque no hemos podido terminar con la carga cultural 1(6)
 - Por ignorancia 3 (2, 3, 13):
 - Porque no hemos sido educadas para prevenir 2 (6, 24)
 - Por negligencia 1 (2)
 - Porque se tiene una autoestima muy baja 1 (24)
 - Por el machismo 1 (12)
 - Porque el hombre no quiere prevenir 1 (23)
 - Porque las mujeres se dejan manipular 1 (23)
- Por la existencia de una doble moral sexual:
 - Porque los hombres son los que deciden 1 (13)

- Porque las mujeres tenemos que estar calladas y hacer lo que el hombre diga 1 (24)
- Por miedo a que las tomen como una "cualquiera" 1 (24)
- Por una falta de asertividad:
 - Porque las mujeres no se ponen firmes 1 (12)
 - Porque les da pena hablar del tema o decirle a la pareja que se ponga el condón 3 (3,6, 23)

MOTIVOS SITUACIONALES:

- Porque te dejas llevar por el momento 3 (7, 22, 23)
- Porque somos muy pasionales 1 (22)
- Porque no se ven las consecuencias de los actos 1 (22)
- Porque sólo se piensa en prevenir el embarazo y el SIDA se olvida 1 (23)
- Porque te emborrachas 1 (23)
- Por una falta de planeación:
 - Porque llega el momento y no lo esperabas 1 (7)
- En la primera experiencia por temor 1 (24)
- Por flojera 1 (23)
- Idea de invulnerabilidad:
 - Porque piensan que no tiene por que darles 1 (13)
 - Porque no creen que el SIDA exista 1 (2)

FACTORES ASOCIADOS A LA RELACIÓN DE PAREJA:

- Por miedo a perder a la pareja 1 (24):
 - Por darle a la pareja una muestra de amor 1 (24)
 - Por darle gusto a los hombres 1 (23)

FACTORES ASOCIADOS CON LOS MÉTODOS DE PREVENCIÓN:

- Porque los condones son caros 1 (23)
- Porque el uso de anticonceptivos no es una práctica cotidiana 1 (20)

Pregunta #7: ¿Por qué no las has llevado a la práctica?

Pareja estable

MOTIVOS PERSONALES:

⇒ Porque no se me ocurrió 1 (1)

MOTIVOS SITUACIONALES:

⇒ Porque fue de imprevisto 1 (10)

⇒ No pensé en las consecuencias 1 (9)

⇒ No pensé en enfermedades 1 (1)

⇒ Porque fue la primera vez 1 (10)

⇒ Porque en ese momento sólo pensaba que lo amaba mucho 1 (1)

FACTORES ASOCIADOS A LA RELACIÓN DE PAREJA:

⇒ Porque lo conozco muy bien 1 (5)

⇒ Porque le tengo confianza 2 (11, 14)

⇒ Porque si él tuviera relaciones con otra persona me avisaría 1 (14)

⇒ Porque es una pareja estable 1 (15)

⇒ Porque no queremos 1 (14)

FACTORES ASOCIADOS CON LOS MÉTODOS DE PREVENCIÓN:

⇒ Porque uso pastillas 1 (16)

Pareja ocasional

Ocasional – ambas

FACTORES SOCIOCULTURALES:

- Por el machismo
 - Por la imposición de mi pareja 1 (12)

MOTIVOS PERSONALES:

- Por inconsciente 1 (12)

MOTIVOS SITUACIONALES:

- Porque no siempre hay un condón a la mano 1 (13)
- Por falta de dinero para comprar condones 1 (13)
- Idea de invulnerabilidad:
 - Por pensar que no me va a pasar 1 (12)

FACTORES ASOCIADOS A LA RELACIÓN DE PAREJA:

- Por miedo a perder a la pareja:
 - Por chantaje de mi pareja 1 (12)
- Porque tengo confianza en la otra persona 1 (12)

Ocasional - ocasional**MOTIVOS SITUACIONALES:**

- Porque fue de improviso 1 (7)
- Porque fue a lo estúpido 1 (2)

FACTORES ASOCIADOS A LA RELACIÓN DE PAREJA:

- Porque era mi cuatacho 1 (7)

Ocasional – estable**MOTIVOS PERSONALES:**

- Por inconsciente 1 (23)
- Por irresponsable 1 (20)
- Porque no me interesaba 1 (6)
- Porque cuando eres joven la vida te vale 1 (23)
- Por descuido mio 1 (20)

MOTIVOS SITUACIONALES:

- Porque estaba menstruando 1 (24)

FACTORES ASOCIADOS A LA RELACIÓN DE PAREJA:

- Por tener confianza en la otra persona 3 (2, 20, 24)
- Porque es una relación estable 1 (24)
- Porque prácticamente vivo con él 1 (2)
- Porque sé que de cualquier manera usaríamos el condón de manera inconstante 1(2)

FACTORES ASOCIADOS CON LOS MÉTODOS DE PREVENCIÓN:

- Porque los condones son caros 1 (2)
- Tengo miedo de hacerme la prueba 1 (2)
- Porque sé que mi pareja no está infectada porque se ha hecho la prueba varias veces 1 (24)

Pregunta #8: ¿Cómo crees que ha influido el riesgo de contraer el SIDA en las relaciones de pareja?

Pareja estable

EFFECTOS DEL SIDA EN LAS RELACIONES DE PAREJA:

⇒ El SIDA sí ha influido en las relaciones de pareja:

⇒ De forma negativa:

⇒ Hay menos libertad 1 (19)

⇒ De una manera morbosa y moralina (aquello sucio en que nos convertimos después que nos dicen: “hoy has pecado maldita”, la iglesia y la seudosociedad se vuelven juez y parte y te condena 1 (16)

⇒ En la pareja:

⇒ Ya no basta el amor 1 (18)

⇒ Depende de cómo sea la relación, qué tanta confianza haya 1 (14)

⇒ En parejas ocasionales:

⇒ Porque no sabes si la persona que elegiste está infectada 1 (17)

⇒ El SIDA implica otra perspectiva, ya no es tan fácil tener relaciones ocasionales 1 (18)

- ⇒ En la prevención:
 - ⇒ Siempre hay que protegerse 1 (19)
 - ⇒ Ciertas personas se cuidan más 1 (9)
 - ⇒ Por miedo la gente se abstiene, pero no los jóvenes 1 (5)
 - ⇒ Hay que preguntar la vida sexual anterior 1 (11)
 - ⇒ Se piensa que se tiene relaciones sexuales con todas las parejas sexuales anteriores 1 (11)
- ⇒ El SIDA **no** ha influido:
 - ⇒ En parejas estables:
 - ⇒ Porque hay un compromiso mutuo de respeto y el amor es el mismo 1 (17)
 - ⇒ Porque hay responsabilidad 1 (18)
 - ⇒ Porque se puede negociar protección 1 (18)
 - ⇒ Porque puedes platicar abiertamente 1 (18)
 - ⇒ Porque puedes conocer tu cuerpo y el de él 1 (18)
 - ⇒ Siguen habiendo encuentros ocasionales sin cuidarse 1 (1)
 - ⇒ Se habla pero no se hace nada 1 (1)

Pareja ocasional

EFFECTOS DEL SIDA EN LAS RELACIONES DE PAREJA:

- El SIDA **sí** ha influido en las relaciones de pareja:
 - En la elección de pareja:
 - La piensas más para tener relaciones sexuales 1 (3):
 - Ya no se tiene cualquier pareja 3 (2, 22, 23)
 - Hay que conocer más a la pareja 1 (8)
 - Se necesita más confianza 2 (2, 7)
 - Se le tienen que exigir más cosas a la pareja y a ti mismo 1 (23)
 - Se busca una pareja estable 1 (8)
 - No ser promiscuos 2 (8, 20)
 - Hay que evitar emborracharse 1 (5)
 - Los encuentros ocasionales dan más miedo 1 (23)

- En la sexualidad:
 - Existe una mayor conciencia de nuestro cuerpo y el de la otra persona 1 (24)
- En la prevención:
 - Ha influido más en los adultos que en los jóvenes y los machos, que creen que el SIDA no existe 1 (2)
 - Existe el temor de contraer una enfermedad mortal 4 (8, 13, 20, 23):
 - Hay más conciencia de que el ser irresponsable puede tener resultados fatales 1 (12)
 - Hay una mayor conciencia de cuidarse y cuidar al otro 5 (2, 13, 20, 23, 24):
 - Cada vez se usa más el condón 1 (2)
 - Se trata de una responsabilidad de salud, no moral 1 (23)
- El SIDA no ha influido en las relaciones de pareja:
 - La gente conoce el riesgo pero no hace nada para protegerse 1 (23)
 - Mucha gente no lo toma en cuenta 1 (6)
 - La gente no se cuida porque piensa que los otros tienen buena fe 1 (6)

Pregunta #9: ¿Cómo ha influido el SIDA en tus relaciones de pareja?

Pareja estable

EFFECTOS DEL SIDA EN LAS RELACIONES DE PAREJA:

- ⇒ El SIDA sí ha influido en las relaciones de pareja:
 - ⇒ En aspectos personales:
 - ⇒ Tienes la responsabilidad de estar sano y decir la verdad 1 (17)
 - ⇒ Hay veces que tengo miedo 1 (5)
 - ⇒ Ya no sólo piensas en el amor 2 (18,21)
 - ⇒ Piensas más cuando vas a empezar con alguien 1 (21)
 - ⇒ Con la pareja:
 - ⇒ Platico y pregunto sobre el tema 2 (4, 5)
 - ⇒ En la sexualidad:
 - ⇒ No me acuesto con cualquiera 2 (5, 15)

- ⇒ En la prevención:
 - ⇒ Tengo más precaución 1 (4)
 - ⇒ Le pregunto qué onda con sus relaciones anteriores 1 (21)
 - ⇒ Prueba de VIH:
 - ⇒ Le pedí que se hiciera la prueba 2 (15, 16)
 - ⇒ Sugerí que nos hiciéramos la prueba 1 (21)
- ⇒ El SIDA no ha influido en mis relaciones de pareja 7 (1, 9, 10, 11, 14, 16, 19):
 - ⇒ Porque igual a la mera hora te avientas 1 (21)

Pareja ocasional

Ocasional – ambas

EFFECTOS DEL SIDA EN LAS RELACIONES DE PAREJA:

- El SIDA sí ha influido en las relaciones de pareja 1(6):
 - En aspectos personales:
 - Me ha causado mucho miedo 1 (12)
 - En la sexualidad:
 - Ha limitado mi actividad sexual 1 (12)
 - En la confianza:
 - No puedes confiar en cualquiera 1 (12)
 - Tienes que tenerle más confianza a tu pareja 1 (7)
 - En la prevención:
 - Siempre piensas en protegerte 1 (3)
 - Buscas no contagiarte 1 (22)
 - Negociación:
 - Me ha hecho ver que te tienes que imponer a la otra persona para que se cuide y si no, no haya nada 1 (12)
 - Debe haber más comunicación 1 (7)
- El SIDA no ha influido mucho en mis relaciones de pareja 2 (20, 22)

Ocasional – ocasional

EFFECTOS DEL SIDA EN LAS RELACIONES DE PAREJA:

- El SIDA **sí** ha influido en las relaciones de pareja:
 - En la prevención:
 - Se debe ser muy cuidadosa 2 (22, 23)
 - Negociación:
 - He dejado de tener relaciones sexuales si el chavo no quiere protegerse 2 (23, 24)
 - Comunicación:
 - Hay que remarcar que quieres sexo protegido 1 (13)

Ocasional – estable

EFFECTOS DEL SIDA EN LAS RELACIONES DE PAREJA:

- El SIDA **sí** ha influido en las relaciones de pareja:
 - En la prevención:
 - Se tiene sexo protegido, y sale de manera normal sin tener que aclarar nada 1 (13)
 - Comunicación:
 - Se habla con más honestidad 1 (24):
 - Si se tiene otras parejas se tiene que ser honesto 1 (7)
 - Se habla de todo, incluido el sexo 1 (24)
- El SIDA **no** ha cambiado prácticamente nada de mis relaciones de pareja 1 (23)

Pregunta #10 ¿Cómo es la comunicación del VIH en tu pareja?

Pareja estable

CALIDAD DE LA COMUNICACIÓN:

⇒ Abierta 3 (1, 11, 14)

⇒ Se habla naturalmente 2 (1, 17)

- ⇒ Se habla con confianza 1 (9)
- ⇒ Excelente 3 (9, 11, 18)
 - ⇒ Buena 1 (4)
 - ⇒ Súper fácil 1 (18)
- ⇒ Implícita 1 (19)

CANTIDAD DE LA COMUNICACIÓN:

- ⇒ Mucha 3 (1, 5, 11)
- ⇒ Intermedia:
 - ⇒ Con la primera pareja no había mucha comunicación porque éramos unos niños 1 (5)
 - ⇒ No mucha 1 (15)
- ⇒ Poca
 - ⇒ Escasa, porque conozco bien al chavo y no tiene ninguna enfermedad, él me lo dijo y era la primera vez de los dos 1 (10)

CONTENIDO DE LA COMUNICACIÓN:

- ⇒ Hablamos de las historias sexuales 1 (11)
- ⇒ Hablamos de que no nos podemos engañar 1 (11)
- ⇒ Hablamos sobre enfermedades, métodos, embarazo 3 (1, 5, 14)

EL TEMA ES VISTO:

- ⇒ Con poca relevancia 1 (16)
- ⇒ Como algo cotidiano, no muy profundo 1 (21)
- ⇒ Cuando se empieza a tener relaciones como algo más personal 1 (21)

Pareja ocasional

Ocasional - ambas

CALIDAD DE LA COMUNICACIÓN:

- Bastante abierta 2 (2, 22)

CONTENIDO DE LA COMUNICACIÓN:

- Preguntas más si supones que el otro ha tenido relaciones anteriores 1 (6)
- Se platica de la información que tienes y de prevención 2 (7, 22)
- Voy al grano y pregunto si trae condón 1 (13)

CONSECUENCIAS DE LA COMUNICACIÓN:

- Se habla pero sin saber hasta qué punto la pareja lo toma en consideración. 1(2)

Ocasional – ocasional**CANTIDAD DE LA COMUNICACIÓN:**

- No se habló: 2 (6, 8)
 - Porque no vino al caso 1 (20)
 - Porque todo fue como un juego 1 (24)
 - Porque todo se dio implícito 1 (23)

CONTENIDO DE LA COMUNICACIÓN:

- Soy tajante, se pone el condón o nada 1 (12)
- Se habló del tema y decidimos cuidarnos 1 (3)

MOMENTO EN QUE SE HABLÓ DEL SIDA:

- En los momentos previos a tener relaciones 1 (24)

Ocasional – estable**CALIDAD DE LA COMUNICACIÓN:**

- Es muy abierta 3 (3, 23, 24)

CONTENIDO DE LA COMUNICACIÓN:

- Se habla de la historia sexual 2 (6, 20)
- Se platica de todos los riesgos 1 (24)

MOMENTO EN QUE SE HABLÓ DEL SIDA:

- Lo platicamos mucho tiempo antes de tener relaciones, ha sido un proceso 1 (24)

COMPARACIÓN CON LA PAREJA OCASIONAL:

- Se platica más que con la ocasional 1 (6)
- No es tan fuerte la exigencia de que se cuide como con la ocasional 1 (12)

Pregunta #11: ¿Cómo es que decidieron cuidarse o no contra el SIDA?

Pareja estable

NEGOCIACIÓN :

- ⇒ Fue decisión de ambos 6 (10,11, 17, 18, 19,21)
 - ⇒ Lo negociamos 2 (18,21)
 - ⇒ Pero él lo sugirió 1 (5)
 - ⇒ Pero yo lo sugerí 2 (4, 9)
- ⇒ Yo se lo pedí, en un principio se desconcertó y después se convenció 1 (15)
- ⇒ Lo platicamos 4 (1, 5, 16, 18)
- ⇒ Nos cuestionamos acerca de las relaciones sexuales y prevención 1 (18)
- ⇒ Lo planeamos 1 (11)

RAZONES PARA PREVENIR:

- ⇒ En general:
 - ⇒ Por salud:
 - ⇒ Porque es tu salud 1 (17)
 - ⇒ Porque si quieres a tu pareja te preocupas por su salud 1 (17)
 - ⇒ Porque sabemos que es un problema de salud de la población 1 (17)
 - ⇒ Para no infectarnos de enfermedades venéreas y SIDA 2 (5, 9)
 - ⇒ Por el embarazo 4 (5, 9, 10, 15)
 - ⇒ Porque queríamos hacerlo responsablemente 2 (5)

- ⇒ Por amor a uno mismo 1 (11)
- ⇒ Para aportar tu granito de arena tienes que cuidarte 1 (17)
- ⇒ Porque fuimos a pláticas en un Centro de Salud 2 (5, 16)
- ⇒ Enfatizando un método de prevención:
 - ⇒ Él se hizo la prueba porque había tenido otras relaciones antes 3 (4, 5, 15)
 - ⇒ Nos hicimos la prueba porque él había tenido una pareja de la que no estaba seguro 1 (1)
 - ⇒ Después de conocer los resultados de la prueba optamos por la fidelidad mutua 1 (1)
 - ⇒ Después de conocerlo y conocer a su familia y después de que se hizo la prueba, ambos decidimos dejar el condón por la fidelidad mutua 1 (5)
 - ⇒ Porque una vez no lo usamos y nos sentimos irresponsables 1 (1)
 - ⇒ Usamos el condón porque es lo más difundido 1 (21)

Pareja ocasional
Ocasional - ambas

NEGOCIACIÓN :

- Lo hablamos 2 (3, 22)
- Los dos lo decidimos 4 (3, 7, 20, 22)
- No es una negociación o se lo pone o nada 1 (13)
- Casi siempre yo soy la que lo propone 1 (13)
- Algunos hombres ya están conscientes y toman la iniciativa de cuidarse 1 (12)
- Algunos hombres se ponen en plan machista y se niegan a poner el condón alegando que no sienten nada, que no están enfermos 1 (12)

RAZONES PARA PREVENIR.

- Por el riesgo de quedar embarazada 2 (3,20)
- Porque tienes información y conoces el riesgo 2 (3, 20)

Ocasional – ocasional

NEGOCIACIÓN :

- Se dio de manera natural, muy “innata” 1 (6)
- Sugerimos ambos el uso del condón 1 (8)
- Casi siempre soy yo la que pide el uso del condón 1 (23)

RAZONES PARA PREVENIR:

- Por miedo a un embarazo 2 (8, 24)
- Por miedo a las enfermedades 1 (24)

MOMENTO EN EL QUE SE DECIDIÓ PREVENIR:

- Lo decidimos antes de tener relaciones 2 (8, 24)

COMPARACIÓN CON LA PAREJA ESTABLE:

- Me pongo más exigente que con las estables y digo: “pues no, no va a haber nada”1 (12)

PLANEACIÓN DEL USO DEL CONDÓN:

- Yo llevaba condón 1 (24)
- Él traía condones 1 (24)
- Yo a veces traía condones 1 (23)
- Les preguntaba si traían condones 1 (23)

Ocasional – estable

NEGOCIACIÓN :

- Los dos estuvimos de acuerdo en usar condón 1 (24)
- Salió de los dos hacernos la prueba 1(23)
- Nos cuestionamos cosas 1 (24)
- He caído en la trampa del chantaje y no nos cuidamos 1 (12)

RAZONES PARA PREVENIR:

- Por miedo al embarazo 1 (7)
 - Por un sustito de embarazo 1 (6)
- Porque si llevas una vida sexual activa hay que prevenir 1 (7)

MOMENTO EN EL QUE SE DECIDIÓ PREVENIR:

- Lo platicamos antes de tener relaciones 1 (24)
- Lo hablamos desde antes de andar y no tuvimos relaciones hasta que nos dieron los resultados de la prueba 1 (23)

Pregunta #12: ¿Qué condiciones les facilita o les facilitaría a las mujeres en general adoptar prácticas de prevención del VIH?

Pareja estable

CONDICIONES SOCIOCUTURALES:

⇒ Relacionadas con la educación:

- ⇒ Contar con información 1 (19)
- ⇒ Tener una buena educación en la escuela 1 (5)
- ⇒ La orientación de los padres 1 (5)
- ⇒ Que los padres tengan una mente abierta 1 (5)

⇒ Relacionadas con la sexualidad:

- ⇒ Aceptar de manera natural la sexualidad 1 (4)
- ⇒ Quitar los tabúes sociales 1 (14)
- ⇒ No reprimir la sexualidad, sino gozarla 1 (18)

⇒ Relacionadas con el hombre:

- ⇒ Que desapareciera el machismo 3 (10, 11, 17)
 - ⇒ Que el hombre le dé su lugar a la mujer 1 (17)

⇒ Relacionadas con la mujer:

- ⇒ Estar dispuesta a decir "soy una mujer, merezco respeto y tengo aspiraciones y tengo que cuidarme" y que tu pareja lo acepte 1 (21)

- ⇒ Marcar tus expectativas como mujer 1 (18)
 - ⇒ Que la mujer sea capaz de exigir 1 (14)
 - ⇒ Pensar en una misma 1 (18)
 - ⇒ Tomar tus propias decisiones para estar bien 1 (17)
 - ⇒ Que la mujer sea independiente económica y socialmente 1 (16)
 - ⇒ Quitarte el miedo de que la pareja te deje 1 (1)
- ⇒ Relacionadas con la pareja:
- ⇒ Marcar tus expectativas como pareja 1 (18)

INTERACCIÓN CON LA PAREJA:

- ⇒ La comunicación 9 (4, 9, 10, 11, 14, 16, 17, 18, 19):
 - ⇒ Comunicarte en igualdad con la pareja 1 (16)
 - ⇒ Que se hable sin tabúes con la pareja 1 (15)

ASPECTOS DE LA RELACIÓN DE PAREJA:

- ⇒ Tenerle confianza 3 (11, 15, 21)
- ⇒ Permanecer en una pareja estable 1 (9)
- ⇒ Darse cuenta que el amor no basta 1 (16)

ASPECTOS PERSONALES:

- ⇒ Conocerse a uno mismo 1 (18)
- ⇒ Ser responsable y comprometerse 1 (18)
- ⇒ Ser más consciente acerca del problema 1 (4)

Pareja ocasional:

CONDICIONES SOCIOCULTURALES:

- Relacionadas con la educación:
 - Que tuvieran más educación 1 (13)
 - Estar informados 1 (22)

- Relacionadas con la sexualidad:
 - Saber que prevenir no tienen nada de malo 1 (22)
 - Ir eliminando tabúes del sexo 1 (24)
- Relacionadas con el hombre:
 - Que no hubiera machismo 1 (13)
 - Que los hombres respeten a las mujeres 1 (12)
 - Hay veces que ya no se están cuidando y no te avisan 1 (12)
 - Que el hombre no decida todo 1 (13)
 - Que el hombre acepte la prevención 1 (23)
 - Que el hombre escuche a la mujer 1 (23)
- Relacionadas con la mujer:
 - Que uno como mujer se cuide 1 (12)

INTERACCIÓN CON LA PAREJA:

- La comunicación 4 (7, 8, 22, 24):
 - Que sea mucha y abierta 1 (23)
 - Decir “te puedo amar mucho pero sigue habiendo esta posibilidad” 1 (24)
 - Para que puedas pedirle a tu pareja que se ponga condón 1 (6)
 - Para poder decir que te gusta y que no 1 (6)
 - Para explicar por qué quieres prevenir y usar condones 1 (23)

ASPECTOS DE LA RELACIÓN DE PAREJA:

- Que ambos se conozcan 1 (8)
- Tener confianza 3 (3, 23, 24)
- Ir descubriendo a la otra persona 1 (24)
- Estar dispuestos a usar anticonceptivos, en especial el condón 1 (20)

Pregunta #13 ¿Qué condiciones te facilitan o facilitarían adoptar prácticas preventivas?

Pareja estable

CONDICIONES SOCIOCULTURALES:

⇒ Relacionadas con la educación:

⇒ El nivel educativo 3 (1, 11, 19)

⇒ La información 3 (5, 15, 19)

⇒ La enseñanza familiar 1 (19)

⇒ Relacionadas con la sexualidad:

⇒ Que se hable de la sexualidad sin tabúes 1 (11)

⇒ Relacionadas con el hombre:

⇒ De preferencia que sea más grande y experimentado 1 (5)

⇒ Que no tenga prejuicios o miedos acerca del SIDA 1 (1)

⇒ Que no le dé pena hablar del tema 1 (1)

⇒ Relacionadas con la mujer:

⇒ No caer tan fácilmente 1 (5)

⇒ Poder decir: "o hay condón o no tenemos relaciones" 1 (10)

⇒ Relacionadas con la pareja:

⇒ Que haya una relación de iguales 1 (1)

INTERACCIÓN CON LA PAREJA:

⇒ La comunicación:

⇒ Que sea abierta 8 (1, 4, 5, 9, 10, 15, 16, 18)

⇒ Hablar en términos de igualdad 1 (16)

⇒ Ser muy directa 1 (21)

ASPECTOS DE LA RELACIÓN DE PAREJA:

- ⇒ Que haya confianza (4)
- ⇒ Que haya respeto (1)
- ⇒ Que ambos estemos de acuerdo en los métodos que vamos a usar (1)

ASPECTOS DEL COMPAÑERO:

- ⇒ Que sea consciente 1(5)
 - ⇒ Que sepa por sí mismo que hay que usar condón 1 (1)
- ⇒ Que te dé seguridad 1 (18)
- ⇒ Que sea sincero y abierto 1 (11)
- ⇒ Que tenga amor hacia la vida y hacia sí mismo 1 (11)

Pareja ocasional**CONDICIONES SOCIOCULTURALES:**

- Relacionadas con la sexualidad:
 - Tener información más abierta para que los tabúes del sexo no me limiten a decir cosas 1 (12)
- Relacionados con el hombre:
 - Que no tenga prejuicios 1 (3)
 - Que no sea machista 2 (13, 23)
 - Que quiera usar el condón 1 (3)
 - Para que no tengas que ocultar tu propia vida e ir de falsedad en falsedad sin que nadie se comunique realmente 1 (12)

INTERACCIÓN CON LA PAREJA:

- Comunicación 2 (6, 7):
 - Hablar del tema abiertamente 2 (23, 24)
 - Plantear los miedos acerca del SIDA, de otras enfermedades y del sexo 1 (23)
 - Hablar de qué cambiaría si nos infectáramos 1 (23)

ASPECTOS DE LA RELACIÓN DE PAREJA:

- Que haya confianza 4 (6, 8, 20, 22)
- Que sea una relación más estable 1 (20)
- Que conozcas más a tu pareja 1 (20)
- Que estén de acuerdo 1 (7)

ASPECTOS DEL COMPAÑERO:

- Que se muestre abierto 1 (8)
- Que sea consciente 1 (13)
- Que esté informado 1 (7)
- Que no tenga miedo, que no se cohíba porque tú pienses “ay, éste nada más me quiere para un faje y ya” 1 (8)
- Que te comprenda y apoye 1 (7)

ASPECTOS PERSONALES:

- Ser más consciente 1 (12)
- Tener miedo al embarazo 1 (8)
- No sé 1 (2)

ASPECTOS RELACIONADOS CON LOS MÉTODOS DE PREVENCIÓN:

- Que hubiera distribución gratuita de condones más seguido 1 (13)

DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

Los porcentajes que se muestran a continuación fueron obtenidos de manera independiente para cada grupo, es decir, que para el 1 se tomó como el 100% a las 13 mujeres pertenecientes a este grupo, mientras que en el 2 se tomó como el 100% a las 11 mujeres correspondientes.

Es importante aclarar que en algunos casos, especificados en el texto, se trabajó con subtotales, puesto que los porcentajes se sacaron partiendo de que las mujeres cuyas respuestas habían dado origen a esa categoría, y no el total de participante de cada grupo, constituían el 100%, a partir de lo cual se obtuvieron porcentajes para cada subcategoría.

También es necesario mencionar que cuando una misma participante expresó más de una idea que daba lugar a la formación de una misma categoría, el porcentaje se sacó considerándola una sola vez, es decir que los porcentajes se obtuvieron tomando en cuenta el número de mujeres cuyas respuestas dieron lugar a la formación de una categoría determinada y no al número de ideas que por su similitud la componía.

Grupo 1: Participantes que reportaron haber tenido únicamente pareja(s) estable(s):

Contextualización de la muestra

Las mujeres de este grupo tienen un promedio de edad de 21.3 años.

Aproximadamente un 60% dijo no pertenecer a ninguna religión y el 40% a la católica.

Un 70% de las participantes reportó que sí trabajaba. En lo que se refiere al lugar de nacimiento, un 90% dijo haber nacido en el D.F.

En lo que respecta al promedio del número de parejas sexuales que habían tenido las participantes, éste fue de 1.3. Cerca del 80% dijo haber tenido una sola pareja sexual en su vida, el 15% dos y el 7% tres. De aquellas que dijeron tener pareja sexual actualmente (60%) casi el 40% reportó que llevaba entre dos y tres años, el 12% entre tres y cuatro, el 25% entre cuatro y cinco y otro 25% entre cinco y seis.

En lo que se refiere a la edad de inicio de la vida sexual, la media fue de 18.1, siendo la más chica a los 15 años y la más grande a los 23.

Cerca del 40% de ambos padres de las participantes nacieron en el D.F., el 15% nacieron en provincia. El 10% de las madres nacieron en el D.F., el 10% en provincia. Estos últimos porcentajes se repitieron en el caso de los padres de las entrevistadas.

Casi el 80% de ambos padres de las mujeres viven actualmente en el D.F., el 15% en provincia. El 4% de las madres viven en provincia y el 4% de los padres en el D.F.

Con respecto al nivel de escolaridad, el 30% de ambos padres terminaron la licenciatura, el 15% la preparatoria y el 8% la secundaria. En el caso de la madre, el 4% acabó la preparatoria y el 20% la secundaria, mientras que los padres el 11% acabó la licenciatura y otro 11% la preparatoria.

CONCEPCIÓN GENERAL ACERCA DEL VIH/SIDA:

Alrededor del 90% de las trece mujeres entrevistadas mencionaron que el SIDA era una enfermedad, la mayoría la calificaron como mortal o importante (“va a ocasionar cambios drásticos, es la enfermedad mortal de este siglo”) pero también dijeron que era “súper peligrosa”, “muy grave”, “cada vez va aumentando más”, etc.

Sólo una mujer dijo que el SIDA era el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, y que era causado por un virus.

En lo que respecta a las vías de transmisión, sólo un 23% mencionó la sexual, 15% la sanguínea y ninguna hizo alusión a la materno-infantil.

El 70% de las participantes dijo que el contagio de VIH podía ser evitado, sin embargo, las formas mencionadas fueron muy generales pues argumentaron, por ejemplo, que había que tener un cuidado especial, que existían muchos métodos de prevención o simplemente que había que prevenir.

Más de la mitad (60%) de las mujeres entrevistadas hablaron acerca de la cantidad de información con que la gente cuenta, y en su mayoría aseguraron que es poca, por lo que, por ejemplo, debería tenerse un mayor conocimiento acerca de las repercusiones del SIDA. Por su parte, tres mujeres mencionaron que si hay información acerca de la epidemia, pero una de ellas comentó que no se llevaba a la práctica por la existencia de la idea de invulnerabilidad.

Únicamente una mujer habló de las repercusiones sociales del SIDA, diciendo que “es inmoral que alejes a la persona, que la recluyas en sitios especiales, que hagas una isla en la cual creas que puedes estar a salvo de la enfermedad, se me hace inmoral”. También hizo alusión a las repercusiones emocionales diciendo que “la sola idea de la epidemia produce terror”.

Es importante mencionar que desde el principio, cuando se preguntó acerca del SIDA en general, algunas mujeres (aproximadamente un 25%) manejaron la idea de que el SIDA le puede dar a cualquiera y que no se puede identificar si una persona es portadora o no. Además, cuando se les preguntó en particular quiénes se podían infectar de VIH, el 100% de las participantes mencionó que todos eran susceptibles y el 50% de ellas aclaró que todo aquel que tuviera relaciones sexuales sin protección.

Una cuarta parte de las entrevistadas manejaron la idea de que la preferencia sexual (homosexual, heterosexual y bisexual) no estaba relacionada con el riesgo de contraer la enfermedad.

Por otra parte, únicamente una persona hizo alusión a la idea de invulnerabilidad cuando mencionó que “vivimos en un país en el que todos creemos que somos invulnerables, sin embargo, que nos asalten es tan fácil como adquirir el VIH”.

PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN DEL VIH:

El uso del condón fue la práctica más mencionada por las entrevistadas (un 77% de ellas lo hizo) como el medio a través del cual las mujeres en general pueden evitar contagiarse de VIH. Es interesante rescatar el hecho de que una quinta parte de este 77% mencionó el preservativo pero aclarando que sólo tenía caso usarlo cuando se tratara de una pareja ocasional.

En segundo lugar se hizo referencia a la abstinencia (45%), en tercero a la fidelidad en la pareja (30%), en cuarto a conocer a la pareja (30%), en quinto la comunicación (15%) y por último a la reducción del número de parejas sexuales (8%) y a preguntarle a la pareja sus antecedentes (8%).

Alrededor de un 30% de las entrevistadas contestó a esta pregunta (¿cómo pueden evitar las mujeres infectarse sexualmente de SIDA?) llevando a cabo una categorización de las diferentes prácticas de prevención, es decir, dándole prioridad a unas sobre otras, por ejemplo: “lo más eficaz es la abstinencia y luego el condón” o “primero usando condón y en el último de los casos, sobre todo si eres mujer, ser más selectiva, pensar mejor las cosas y ser más consciente”.

Por otro lado, un 15% de las participantes hizo alusión a factores que pueden ayudar a la prevención, como sería el caso de la información y la autodeterminación de la mujer (“que la mujer tome decisiones que le convengan a su propia persona, porque por la presión de la pareja o los grupos, o por estar a la moda o pertenecer a alguien tiene relaciones sexuales”).

Únicamente dos de las trece participantes mencionaron ideas erróneas acerca de la prevención, y éstas fueron que el VIH se puede prevenir usando métodos anticonceptivos y con higiene.

En lo que se refiere a las prácticas de prevención utilizadas por las participantes, el uso del condón y la fidelidad en la pareja fueron las más mencionadas (70% de las mujeres señaló cada una); sin embargo, sólo alrededor de un 40% dijo usar siempre el preservativo.

Poco más de la mitad de las participantes hizo alusión a la prueba de VIH, sin embargo, un 70% del total de estas mujeres mencionó que únicamente la pareja se había sometido a ella, casi un 30% que ambos y ninguna que solamente se la había hecho la mujer.

Por último, las tres prácticas preventivas menos mencionadas fueron la abstinencia (8%), preguntar a la pareja sus antecedentes (8%) y conocer a la pareja (8%).

Alrededor de la cuarta parte de las participantes mencionaron ideas como que conocer a la familia, asegurarse de que la pareja no tiene nada (sin mencionar la prueba) y el quererse, eran medios para evitar infectarse.

Cuando se indagó más acerca de qué otras prácticas de prevención conocían además de las ya mencionadas, muchas dijeron no conocer más o repitieron las que ya habían dicho. En los casos que no fue así, nuevamente se hizo alusión a la abstinencia, a la realización de la prueba ("haciéndonos la prueba de VIH, mínimo una vez al año") y a preguntar al compañero la historia de sus relaciones sexuales.

También aparecieron ideas erróneas como que se podía prevenir teniendo mucha limpieza, utilizando métodos anticonceptivos y usando ambos condón durante la relación sexual.

Por otro lado, en lo que se refiere a las razones por las cuales las mujeres no llevan a la práctica los diferentes métodos de prevención, casi un 80% de las mujeres entrevistadas hizo alusión a factores socioculturales ("por ignorancia", "porque existen muchos tapujos", "por el machismo", etc.).

Aproximadamente un 15% de las participantes recurrieron a motivos de tipo situacional, como por ejemplo: "porque se te va el avión", "porque en el momento te vale", "porque no ves a la persona con síntomas", etc.

Alrededor de una cuarta parte de las entrevistadas dio explicaciones asociadas con la relación de pareja, como la confianza y la fidelidad.

En lo que respecta a los motivos por los cuales las propias entrevistadas no habían prevenido se recurrió con mayor frecuencia (en un 30.8%) a los factores asociados a la relación de pareja, donde la confianza y la estabilidad resultaron ser determinantes.

En segundo lugar recurrieron los motivos situacionales, del tipo: "porque fue de imprevisto", "porque fue la primera vez" o "porque en ese momento sólo pensaba que lo amaba mucho".

Además, una persona dijo "porque no se me ocurrió" y otra "porque uso pastillas".

IMPACTO DEL SIDA EN LAS RELACIONES DE PAREJA:

Aproximadamente el 60% de las mujeres entrevistadas manifestó que el SIDA sí había influido en las relaciones de pareja en general. La mitad de este 60% relacionó dicha influencia con la prevención de la epidemia, argumentando por ejemplo, que ahora "siempre hay que protegerse", que "hay que preguntar la vida sexual anterior" o que "se piensa que se tienen relaciones sexuales con todas las parejas sexuales anteriores (del compañero)".

Casi un 40% lo asoció con cuestiones relacionadas con la pareja, pues se dijo, por ejemplo, que ahora con la existencia del SIDA "ya no basta el amor".

Una cuarta parte de este 60% habló de que la existencia de la enfermedad influye de manera negativa en las relaciones de pareja puesto que, entre otras cosas, "hay menos libertad". Y por último, otro 25% dijo que son las parejas ocasionales las más afectadas dado que en este tipo de relación "no sabes si la persona que elegiste está infectada".

Por otra parte, cerca del 25% de las participantes explicó que la existencia del SIDA no ha influido en las relaciones de pareja porque "siguen habiendo encuentros ocasionales sin cuidarse" y porque "se habla pero no se hace nada". En particular dos de ellas dijeron que la existencia del SIDA no había influido en las parejas estables porque, entre otras cosas, en éstas "hay un compromiso mutuo de respeto y el amor es el mismo", "porque se puede negociar protección" o "porque puedes platicar abiertamente".

Es importante aclarar que poco menos de la tercera parte de las entrevistadas no contestó a la pregunta, puesto que hablaron de otros aspectos, como por ejemplo el impacto que ha tenido el SIDA en las instituciones educativas y de salud, y una de ellas sugirió que

los cambios en la manera en que se dan las relaciones de pareja han influido sobre el SIDA y no el revés.

En lo que se refiere a la influencia de la existencia del SIDA en las relaciones de pareja de las participantes, poco más de la mitad señaló que ésta sí estaba presente y se manifestaba en: aspectos personales (por ejemplo, "tienes la responsabilidad de estar sano y decir la verdad"), de la relación de pareja (por ejemplo, "platico y pregunto sobre el tema con mi pareja"), en la sexualidad (por ejemplo, "no me acuesto con cualquiera") y de la prevención (por ejemplo, "le pedí que se hiciera la prueba").

Por otro lado, aproximadamente un 60% dijo que la existencia del SIDA no había influido en sus relaciones de pareja y una de ellas comentó que "igual a la mera hora te avientas", sin embargo, es importante aclarar que dos mujeres de este 60% de igual forma mencionaron aspectos en los que sí había repercutido el SIDA dentro de su relación.

COMUNICACIÓN CON LA PAREJA ACERCA DEL SIDA:

Alrededor de un 60% de las mujeres entrevistadas hizo alusión a la calidad de la comunicación, describiéndola como abierta, excelente y sólo en un caso como implícita. En lo que se refiere a la cantidad de la misma, de la cuál habló un 40%, el 60% de este sub-total dijo que era mucha y sólo una dijo que poca, argumentando que: "conozco bien al chavo y no tiene ninguna enfermedad, él me lo dijo y era la primera vez de los dos".

Casi una tercera parte de las mujeres hizo referencia al contenido de la comunicación (por ejemplo, "hablamos de las historias sexuales" o "hablamos de que no nos podemos engañar") y un 15% dijo que el tema es visto como algo con poca relevancia, como algo cotidiano y que cuando se empieza a tener relaciones como algo más personal.

En lo que respecta a la manera de cómo decidieron cuidarse o no contra el SIDA, casi todas las entrevistadas hablaron de la negociación con la pareja para la utilización de alguna práctica preventiva, en especial el condón y la prueba de VIH. Cerca de un 70% de las jóvenes dijeron que fue decisión de ambos. Aunque en algunos casos fue ella y en otros él quien lo propuso, resultó ser más común que fuera la entrevistada quien lo hiciera.

Hubieron quienes tan sólo respondieron (aproximadamente un 30%) que lo platicaron. Una dijo que lo planearon y otra que se cuestionaron acerca de las relaciones sexuales y prevención.

Alrededor de tres cuartas partes de las mujeres señalaron las razones que tomaron en cuenta para prevenir, las cuales fueron de muy diversa índole: “por el embarazo”, “porque es tu salud”, “por amor a uno mismo”, “porque queríamos hacerlo responsablemente”, etc. Casi un 40% hizo especial énfasis en motivos relacionados con los métodos de prevención: “él se hizo la prueba porque había tenido otras relaciones antes”, “porque una vez no lo usamos (el condón) y nos sentimos irresponsables”, “usamos el condón porque es lo más difundido”, etc.

CONDICIONES QUE PUEDEN FACILITAR LA PREVENCIÓN DEL VIH:

Al hablar acerca de qué creían les facilitaría a las mujeres en general llevar a cabo la prevención del VIH, cerca de un 85% de las participantes hicieron referencia a condiciones de tipo sociocultural relacionadas en primer lugar con la mujer (por ejemplo, “estar dispuesta a decir: soy una mujer, merezco respeto y tengo aspiraciones y tengo que cuidarme”); en segundo con la sexualidad (por ejemplo, “no reprimir la sexualidad, sino gozarla”) y con el hombre (por ejemplo, “que el hombre le de su lugar a la mujer”); en tercero con la educación (por ejemplo, “tener una buena educación en la escuela”); y en cuarto lugar las relacionadas con la pareja (“marcar sus expectativas como pareja”).

Además, tres cuartas partes de las mujeres entrevistadas mencionaron que la comunicación era una condición de suma importancia; dos de ellas fueron más específicas, pues una habló de que lo que serviría sería “comunicarte en igualdad con la pareja”, y otra “que se hable sin tabúes con la pareja”.

Casi un 40% de las participantes hicieron alusión a aspectos que tenían que ver con la relación de pareja (por ejemplo, “permanecer en una pareja estable” o “darse cuenta que el amor no-basta”), mientras que un 15% hizo referencia a factores personales, dando respuestas del tipo: “conocerse a uno mismo” o “ser responsable y comprometerse”.

En lo que respecta a las condiciones que en lo personal les ha facilitado o les facilitaría a las entrevistadas prevenir, la comunicación, y en particular la comunicación abierta, fue el elemento más mencionado (70%).

Poco menos de la mitad de las participantes nuevamente hicieron referencia a condiciones de tipo sociocultural en este caso relacionado en primer lugar con la educación (por ejemplo, el nivel educativo); en segundo con el hombre (por ejemplo, “de preferencia

que (el hombre) sea más grande y experimentado”) y con la mujer (por ejemplo, “no caer tan fácilmente”); y en tercero con la sexualidad (“que se hable de la sexualidad sin tabúes”) y con la pareja (“que haya una relación de iguales”).

Por otra parte, casi un 40% de las jóvenes mencionó aspectos que tienen que ver con la relación de pareja, como por ejemplo la confianza y el respeto, y un 30% aspectos relacionados con el compañero (“que sea consciente”, “que te de seguridad”, “que sea sincero y abierto”, etc.).

Grupo 2: Participantes que reportaron haber tenido por lo menos una pareja ocasional:

Contextualización de la muestra

El promedio de edad de las participantes de este grupo fue de 20.7.

El 45% dijo no tener ninguna religión, otro 45% pertenecía a la católica y el 10% a la cristiana.

El 90% reportó que no trabajaba. El 80% nació en el D.F. y el 20% en provincia.

El promedio del número total de parejas sexuales, tanto estables como ocasionales, que habían tenido fue de 5. En el caso de las estables la media fue de 2.18. 10% nunca tuvo una pareja estable; cerca del 20% tuvo una; casi un 40% dos; cerca del 30% tres y casi un 10% cinco.

Con respecto al número de parejas sexuales ocasionales, el 45% reportó haber tenido una, cerca del 20% dos, casi el 20% tres, cerca del 10% cuatro y casi un 10% doce.

El 45% de las entrevistadas dijo tener pareja sexual actualmente, el 20% llevaba entre uno y dos años, el 60% entre dos y tres y el 20% entre tres y cuatro. El promedio de la edad de inicio de la vida sexual fue de 17.4%, siendo la más chica a los catorce y la más grande a los 20 años.

En lo que se refiere al lugar de nacimiento de ambos padres de las participantes, cerca del 40% nacieron en provincia y también cerca del 40% en el D.F. Un 5% de las madres nació en provincia y otro 5% en el D.F. Este mismo patrón se repitió en el caso de los padres.

Cerca de un 65% de ambos padres viven actualmente en el D.F., cerca de un 20% en provincia. El 5% de las madres viven en provincia y el 5% en el D.F. En el caso de los padres, un 5% vive en el D.F. y otro 5% había fallecido.

En lo que se refiere a su nivel de escolaridad, el 20% de ambos padres acabó la primaria, el 10% la secundaria y el 35% la licenciatura. Cerca de un 5% de las madre acabó la secundaria y este mismo porcentaje se repitió para el caso de la preparatoria, carrera técnica y doctorado. En el caso de los padres, casi un 15% acabó licenciatura y el 5% la maestría.

CONCEPCIÓN GENERAL ACERCA DEL SIDA:

Alrededor del 65% de las once mujeres entrevistadas mencionó que el SIDA era una enfermedad. La mayoría dijo que era mortal y algunas otras la percibían como muy peligrosa, terrible, muy grave, etc.

En lo que se refiere al conocimiento que las mujeres tenían acerca del SIDA, sólo una mencionó que era el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y otra que era causado por un virus. Para una de las entrevistadas el SIDA surgió porque salió del control cuando se hacían investigaciones, y piensa que tal vez su cura no se ha encontrado por intereses económicos. Para una última, "el SIDA es algo así como, que nadie sabe realmente qué es pues, o sea, tal vez una palabra".

Con respecto a las vías de contagio del virus, sólo una de las mujeres manejó información errónea, puesto que dijo que el virus se contagiaba mediante "fluidos exteriores". Aproximadamente la tercera parte de las entrevistadas mencionó la vía sexual y una cuarta parte la sanguínea y la perinatal.

También una tercera parte de las mujeres mencionó, de manera muy general, que el contagio del VIH podía evitarse por medio de protección y que la gente debía ser responsable y cuidarse.

Alrededor de un 25% de las mujeres hablaron de la cantidad de información que se tiene con relación al SIDA, todas ellas opinaron que es poca pues mencionaron que la gente no conoce mucho acerca del tema, que nadie sabe realmente lo que es y que se debería hacer más conciencia de que se está jugando con la vida de la gente.

Además, también un 25% de las participantes, señaló que en general la gente no se cuida ante la idea de invulnerabilidad ("es difícil pensar que te va a pasar a ti") y el no pensar en las consecuencias de sus acciones.

Únicamente una persona mencionó que cualquiera puede tener SIDA ("todos podemos tener contacto con el virus si no nos cuidamos") cuando se preguntó acerca del SIDA en general, sin embargo, al preguntar que quiénes creían que podían infectarse de VIH por la vía sexual, el 90% de las participantes dijo que todos estamos expuestos al contagio y el 10% restante señaló que los heterosexuales tenían más probabilidad de infectarse que los homosexuales y las mujeres que los hombres. Es importante mencionar

que una persona hizo énfasis en que aún había gente que creía en el mito de que sólo se podían infectar los homosexuales.

PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN DEL VIH:

Las once integrantes de este grupo mencionaron al condón como uno de los medios para que las mujeres en general eviten el contagio de VIH. Incluso cerca de un 20% mencionó el uso del condón femenino.

La abstinencia, mencionada sólo por un 25% de las participantes, fue la práctica a la que se hizo más referencia después del condón. A ella siguió la fidelidad en la pareja (18%), mientras que conocer a la pareja y el sexo seguro fueron las prácticas menos mencionadas (8%).

Solamente una de las mujeres entrevistadas categorizó algunas prácticas, dando prioridad a la prueba del VIH: "después de hacerte la prueba de VIH, tener confianza y credibilidad de que la pareja no va a tener otras relaciones y si las va a tener por lo menos tener un acuerdo de que va a usar condón".

La idea errónea de que las mujeres pueden prevenir infectarse de VIH utilizando métodos anticonceptivos únicamente fue mencionada por una de las once participantes.

En lo que se refiere a los métodos que las participantes dijeron usar para evitar infectarse de VIH, sus respuestas fueron divididas en tres grupos: 1) aquellas prácticas que aplican tanto con su(s) pareja(s) estable(s) como con la(s) ocasional(es); 2) aquellas que llevan a cabo sólo con la(s) ocasional(es); y, por último, 3) aquellas que usan sólo con su(s) pareja(s) estable(s).

- 1) De las tres mujeres (27%) cuyas respuestas pertenecen a este subgrupo, dos reportaron usar el condón, sin embargo sólo una de ellas dijo usarlo siempre, mientras que la otra casi siempre. Además una dijo practicar la abstinencia en algunos casos, otra dijo practicar sexo seguro y otra que su pareja se realizó la prueba de VIH.
- 2) De las siete mujeres (64%) cuyas respuestas entran en este subgrupo, el 70% reportó que usaba el condón siempre, y un 15% que casi siempre. Además, alrededor del 30% mencionó el sexo seguro.

- 3) De las ocho mujeres (73%) cuyas respuestas pertenecen a este subgrupo, aproximadamente un 60% dijo usar el condón casi siempre y un 25% dijo que sólo en los últimos tiempos, es decir, que ninguna mujer reportó haberlo empleado siempre. En segundo lugar se mencionó la realización de la prueba de VIH por parte de la pareja (12%) y de ambos miembros (25%). Las demás prácticas mencionadas fueron: preguntarle al compañero sus antecedentes, la fidelidad en la pareja y la reducción del número de parejas sexuales.

Cuando se indagó acerca de qué otras formas de evitar el contagio conocían, varias entrevistadas dijeron no conocer más, o bien, repitieron a las que se habían referido anteriormente. En los casos en que esto no fue así, de nuevo se hizo alusión a prácticas como la abstinencia, el uso del condón, el sexo seguro ("sexo oral con papel o plástico"), la reducción del número de parejas sexuales, preguntarle al compañero sus antecedentes y tener comunicación con la pareja.

Una persona mencionó la idea errónea de que "con el ritmo y otros preservativos, aunque no son muy seguros" podía prevenirse la infección del VIH.

Por otro lado, en lo que se refiere a los motivos por los que las mujeres en general no llevan a la práctica los diferentes métodos preventivos, cerca del 65% de las entrevistadas mencionaron que creían que se debía a factores socioculturales ("porque no hemos podido terminar con la carga cultural", "por ignorancia", "por el machismo", etc.).

Alrededor de un 55% lo atribuyó a motivos situacionales del tipo "porque te dejas llevar por el momento", "porque somos muy pasionales", "porque te emborraches", etc.

Casi el 20% de las mujeres se refirieron a factores asociados con la relación de pareja, en especial el miedo a perder al compañero ("por darle a la pareja una muestra de amor", "por darle gusto a los hombres"), y a factores asociados directamente con los métodos de prevención, como por ejemplo: "porque los condones son caros".

En lo que respecta a los motivos que las mujeres entrevistadas dieron como explicaciones para no haber llevado a cabo la prevención, nuevamente se hace la distinción entre: 1) los motivos presentes tanto con su(s) pareja(s) estable(s) como ocasional(es); 2) los motivos presentes sólo con la(s) ocasional(es); y, 3) los motivos presentes con la(s) estable(s).

- 1) Únicamente dos mujeres (18%) dieron respuestas que pertenecen a este subgrupo. Ellas recurrieron a factores socioculturales, básicamente al machismo; a motivos personales (“por inconsciente”); a motivos situacionales (“porque no siempre hay un condón a la mano”); y a factores asociados con el compañero (“por chantaje de mi pareja”, “porque tengo confianza en la otra persona”).
- 2) En este caso también fueron dos mujeres (18%) las que dieron respuestas pertenecientes a este subgrupo. Recurrieron a factores situacionales (“porque fue de improvisq”, “porque fue a lo estúpido”) y a factores asociados al compañero (“porque era mi cuatacho”).
- 3) Las respuestas de cinco mujeres (45%) corresponden a este subgrupo. Un 80% recurrió a motivos personales del tipo “por inconsciente”, “por irresponsable”, o “porque no me interesaba” para explicar el hecho de que no hubieran prevenido. Un 60% recurrió a factores asociados con la relación de pareja, como la confianza y la estabilidad, y un 40% a factores asociados con los métodos de prevención como por ejemplo, “porque los condones son caros”. Por último, sólo una de las participantes recurrió a un motivo de tipo situacional, explicando el no haber prevenido “porque estaba menstruando”.

IMPACTO DEL SIDA EN LAS RELACIONES DE PAREJA:

Alrededor de un 90% de las mujeres entrevistadas dijeron que el SIDA sí ha influido en las relaciones de pareja. Más de dos terceras partes de ellas asociaron esta influencia con aspectos relacionados con la elección de pareja (“ya no se tiene cualquier pareja”, “se busca una pareja estable”, “la piensas más para tener relaciones sexuales”, etc.). También el 70% la relacionó con cuestiones que tienen que ver con la prevención que, como ellas mismas lo señalaron, se tiene que llevar a cabo ante “el temor de contraer una enfermedad mortal”.

Por su parte, una de las participantes hizo alusión a la sexualidad cuando manifestó que debido a la existencia del SIDA hay “una mayor conciencia de nuestro cuerpo y el de la otra persona”.

Poco menos del 20% de las entrevistadas dijo que el SIDA no ha influido en las relaciones de pareja porque “la gente conoce el riesgo pero no hace nada para protegerse”,

porque “muçha gente no lo toma en cuenta”, y porque “ piensan que los otros tienen buena fe”. Es importante aclarar que la persona que dio la primera de estas razones también habló de factores en los que el SIDA ha repercutido dentro de las relaciones de pareja.

En lo que respecta a la influencia de la existencia del SIDA en las relaciones de pareja de las mujeres entrevistadas, alrededor del 45% manifestó que dicha influencia si estaba presente tanto en su(s) relación(es) estable(s) como ocasional(es) en aspectos asociados con la sexualidad (por ejemplo, “he limitado mi actividad sexual”), en aspectos personales (por ejemplo, “me ha causado mucho miedo”) en la confianza (por ejemplo, “no puede tener confianza en cualquiera”), en la comunicación y en la prevención (por ejemplo, “siempre piensas en protegerte”).

Dos mujeres dijeron que el SIDA no había influido mucho en su(s) relación(es) de pareja tanto estable(s) como ocasional(es), aunque una de ellas, de todos modos, mencionó aspectos en los que sí había influido.

Aproximadamente una tercera parte de las participantes dijo que la existencia del SIDA sí había influido en sus relaciones de pareja ocasionales en aspectos como la prevención (por ejemplo, “se debe ser muy cuidadosa” o “he dejado de tener relaciones si el chavo no quiere protegerse”) y la comunicación (“hay que remarcar que quieres sexo protegido”).

Por otra parte, casi un 30% de las mujeres mencionó que el SIDA sí había influido en sus relaciones de pareja estables y en particular en aspectos relacionados con la prevención (por ejemplo, “se tiene sexo protegido” o “sí se tienen otras parejas se habla con honestidad”).

Sólo una de las participantes mencionó que con el SIDA sus relaciones de pareja estables no habían cambiado prácticamente nada.

COMUNICACIÓN ACERCA DEL SIDA:

Dentro de esta categoría también se encontraron diferencias dependiendo del tipo de pareja. Hubo casos en los que las participantes 1)hablaron de manera indistinta de las características de la comunicación acerca del SIDA y de cómo decidieron prevenir o no tanto con la(s) pareja(s) estable(s) como con la(s) ocasional(es); 2) otras hablaron de las características de la comunicación acerca del SIDA y de cómo fue que decidieron prevenir

o no únicamente con la(s) pareja(s) ocasional(es); y 3) otras hablaron de las características de la comunicación acerca del SIDA y de cómo fue que decidieron cuidarse o no solamente con la(s) pareja(s) estable(s).

- 1) En lo que se refiere a las características de la comunicación, las respuestas del 45% del total de participantes pertenece a este subgrupo. El 80% de ellas hizo alusión al contenido de la comunicación, señalando entre otras cosas, que "preguntas más si supones que él otro ha tenido relaciones anteriores" o "voy al grano y pregunto si trae condón". Un 40% se refirió a la calidad de la comunicación, manifestando que ésta era bastante abierta. Por último, una de las participantes de este subgrupo habló de las posibles consecuencias de la comunicación al sugerir que "se habla pero sin saber hasta qué punto la pareja lo toma en consideración".

En lo concerniente a la manera en que se decidió prevenir o no, un 55% de las mujeres dieron respuestas que pertenecen a este subgrupo, pues hablaron indistintamente de la(s) pareja(s) ocasional(es) y estable(s). Todas hicieron referencia a la negociación con el compañero, siendo lo más común que ambos miembros de la pareja lo hubieran decidido. Una tercera parte mencionó que lo hablaron, y otras dijeron cosas como que: "casi siempre yo soy la que lo propone", "no es una negociación o se lo pone o nada", "algunos hombres ya están conscientes y toman la iniciativa de cuidarse", etc. También una tercera parte dio las razones por las cuales decidieron prevenir: "por el riesgo de quedar embarazada" y "porque tienes información y conoces el riesgo".

- 2) En lo que respecta a las características de la comunicación acerca del SIDA, las respuestas de casi dos terceras partes del total de participantes entra en este subgrupo. Aproximadamente el 70% de ellas hizo alusión a la cantidad de comunicación, siendo importante rescatar que en todos los casos se señaló que no se habló del tema por diversos motivos ("porque no vino al caso", "porque todo fue como un juego", "porque todo se dio implícito").

Un 30% se refirió al contenido de la comunicación, mencionando que "soy tajante, se pone el condón o nada" y "se habló del tema y decidimos cuidarnos".

Por último, sólo una participante señaló el momento en que se habló del SIDA, argumentando que fue en los momentos previos a tener relaciones.

En lo relacionado con la manera en que decidieron o no prevenir el contagio de VIH, aproximadamente el 45% de las participantes dio respuestas que entran en este subgrupo, puesto que hablaron en particular de lo que sucedía con su(s) pareja(s) ocasional(es). Más de la mitad de ellas hizo alusión a cuestiones relacionadas con la negociación de alguna práctica preventiva, como por ejemplo: "casi siempre soy yo la que pide el uso del condón" o "sugerimos ambos el uso del condón". También se mencionaron: algunas razones para llevar a cabo la prevención (por ejemplo, por miedo al embarazo); el momento en el que se decidió prevenir ("lo decidimos antes de tener relaciones"); se hizo una comparación con la pareja estable ("me pongo más exigente que con las estables y digo: pues no, no va haber nada"); y se habló de cierta planeación del uso del condón (por ejemplo, "yo llevaba condón" o "el traía condones").

- 3) El 55% del total de las entrevistadas dio respuestas que pertenecen a este subgrupo, con relación a cómo es la comunicación con la pareja acerca del SIDA. La mitad de ellas se refirió a la calidad de la comunicación, señalando todas que ésta era muy abierta. Otro 50% hizo alusión a su contenido; dijeron que se habla de la historia sexual de la pareja y se platica de todos los riesgos. Una tercera parte contrastó la relación estable con una ocasional argumentando que "se platica más que con la ocasional" y "no es tan fuerte la exigencia de que se cuide como en la ocasional". Por último, sólo una de las mujeres de este subgrupo mencionó el momento en que se habló del SIDA, señalando que fue "mucho tiempo antes de tener relaciones".

En lo que se refiere a la manera en cómo se decidió prevenir o no, el 45% de las participantes dio respuestas que pertenecen a este subgrupo, es decir que hablaron en particular de lo que sucedía con su(s) pareja(s) estable(s). En lo que respecta propiamente al proceso de negociación (60%), algunas mencionaron que ambos miembros de la pareja estuvieron de acuerdo en usar el condón o hacerse la prueba de VIH, mientras que una señaló que "he caído en la trampa del chantaje y no nos cuidamos". El 40% de las participantes de este subgrupo

hablaron de las razones para prevenir, haciendo alusión al embarazo y a que "si llevas una vida sexual activa hay que prevenir". Por último, también un 40% se refirió al momento en el que se decidió prevenir: "lo platicamos antes de tener relaciones" y "lo hablamos antes de andar y no tuvimos relaciones hasta que nos dieron los resultados de la prueba".

CONDICIONES QUE PUEDEN FACILITAR LA PREVENCIÓN DEL VIH:

Cerca del 55% de las participantes dijeron que creían que la comunicación era una condición facilitadora de la prevención del VIH para las mujeres en general. Algunas señalaron que debía ser mucha y abierta y que debía servir para poder pedirle a la pareja que se pusiera el condón, o bien, para expresarle "que te gusta y que no", entre otras cosas.

Un mismo porcentaje de jóvenes señalaron como condiciones facilitadoras aspectos de la relación de pareja como la confianza y el conocimiento de la otra persona, mientras que un 45% hizo referencia a condiciones socioculturales en primer lugar relacionadas con el hombre (por ejemplo, "que los hombres respeten a las mujeres" o "que el hombre no decida todo"); en segundo con la educación (por ejemplo, "estar informados") y con la sexualidad (por ejemplo, "saber que prevenir no tiene nada de malo"); y en tercer lugar con la mujer ("que uno como mujer se cuide").

En lo que respecta a las condiciones que en lo personal les ha facilitado o les facilitaría a las entrevistadas prevenir, un 45% las asoció con aspectos de la relación de pareja como la confianza, la estabilidad y el conocimiento del otro.

Una tercera parte de las participantes recurrió a las condiciones socioculturales, en primer lugar a las relacionadas con el hombre (por ejemplo, "que no sea machista") y en segundo con la sexualidad ("tener información más abierta para que los tabúes del sexo no me limiten a decir cosas").

Una misma proporción de las jóvenes señaló a la comunicación como una condición facilitadora de la prevención, dando respuestas del tipo: "hablar del tema abiertamente", "plantear los miedos acerca del SIDA, de otras enfermedades y del sexo" y "hablar de qué cambiaría si nos infectáramos".

Cerca de una cuarta parte de las jóvenes entrevistadas mencionaron aspectos personales como "ser más consciente". También aproximadamente un 25% habló de

aspectos relacionados con el compañero, como por ejemplo, “que se muestra abierto”, que sea consciente”, “que te comprenda y apoye”, etc.

Sólo una de las participantes hizo alusión a aspectos relacionados con los métodos de prevención, sugiriendo “que hubiera distribución gratuita de condones más seguido”.

TABLAS DE RESULTADOS
PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN

¿CÓMO PUEDEN EVITAR LAS MUJERES INFECTARSE SEXUALMENTE DE SIDA?

PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN	PAREJAS ESTABLES	PAREJAS OCASIONALES
CONDÓN MASCULINO	76.92 %	100%
CONDÓN FEMENINO	0%	18.18 %
ABSTINENCIA	46.15 %	27.27%
FIDELIDAD EN LA PAREJA	38.46 %	18.18%
CONOCER A LA PAREJA	30.76 %	9.09 %
COMUNICACIÓN	15.38 %	0%
REDUCIR EL NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES	7.69 %	0%
PREGUNTARLE A LA PAREJA SUS ANTECEDENTES	7.69	0%
SEXO SEGURO	0%	9.09 %
PRUEBA DE VIH	0%	9.09%

¿CÓMO EVITAS INFECTARTE DE SIDA?

PAREJAS ESTABLES PAREJAS OCASIONALES

PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN		AMBAS (27%)	OCASIONALES (64%)	ESTABLES (73%)
CONDÓN SIEMPRE	38.46%	33.33 %	71.42%	0%
CONDÓN CASI SIEMPRE	15.38%	33.33%	14.28%	62.5%
CONDÓN A VECES	15.38%	0%	0%	25%
ABSTINENCIA	7.69 %	33.33%	0%	0%
FIDELIDAD EN LA PAREJA	69.23 %	33.33%	0%	0%
REDUCIR EL NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES	0%	0%	0%	12.5%
PREGUNTARLE A LA PAREJA SUS ANTECEDENTES	7.69%	0%	0%	25%
SEXO SEGURO	0 %	33.33 %	28.57 %	0%
PRUEBA DE VIH	53.84%	33.33%	0%	37.5%

¿QUÉ OTRAS FORMAS DE EVITAR EL CONTAGIO SEXUAL CREES QUE EXISTAN?

PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN	PAREJAS ESTABLES	PAREJAS OCASIONALES
CONDÓN FEMENINO	0%	9.09%
ABSTINENCIA	23.07%	27.27%
FIDELIDAD EN LA PAREJA	0%	9.09%
COMUNICACIÓN	0%	9.09%
REDUCIR EL NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES	0%	9.09%
PREGUNTARLE A LA PAREJA SUS ANTECEDENTES	7.69	9.09%
SEXO SEGURO	0%	18.18%
PRUEBA DE VIH	7.69%	0%

CAPÍTULO VII

DESCRIPCIÓN Y ANALISIS DE RESULTADOS (COMPARACIÓN ENTRE LOS GRUPOS 1 Y 2)

CONCEPCIÓN GENERAL ACERCA DEL SIDA:

El contenido de esta categoría fue muy similar en ambos grupos. El SIDA es percibido no como cualquier enfermedad, pues las mujeres entrevistadas saben, entre otras cosas, que es mortal, lo cual hace que la vean como algo relevante y que la sientan como una amenaza.

El discurso de la mayoría de las mujeres de ambos grupos no contiene referencias claras acerca de sus conocimientos, aspectos técnicos o características particulares de la enfermedad, sin embargo, si se hace hincapié, sobre todo en el grupo 1, en el hecho de que su contagio puede ser evitado siendo responsable y consciente en la forma en que se ejerce la sexualidad, lo cual puede llevarse a la práctica utilizando métodos de protección. Esto parece indicar que la prevención es parte importante de la experiencia subjetiva de las mujeres con las que se trabajó.

Es interesante notar que las mujeres del grupo 2, a diferencia de las del 1, tienen una visión más negativa en referencia a qué tanto se lleva a la práctica la prevención, dado que hacen énfasis en la falta de cuidado y la irresponsabilidad de la gente.

En ambos grupos se ve a la información como un elemento importante en la prevención del VIH. Las mujeres, en mayor número las del grupo 1, hablaron de que la información acerca de la epidemia aún es poca, no está bien dirigida y que es necesario un mayor énfasis en la conscientización de la gente con respecto a la gravedad del problema.

A pesar de la importancia que se le da a la información, en ambos grupos está presente la idea de que el riesgo de contraer la enfermedad no es visto como algo real o cercano, la gente se sigue sintiendo invulnerable, lo cual la expone al contagio.

Esta idea de invulnerabilidad está muy relacionada con que en un principio se manejaba el mito de que el SIDA era una enfermedad que le daba sólo a ciertos grupos (homosexuales, prostitutas, farmacodependientes); sin embargo, es importante rescatar el hecho de que todas las mujeres entrevistadas no hicieron alusión a estos "grupos de riesgo" tradicionales y muchas hicieron énfasis en que a la hora de contraer el virus no importaba

la preferencia sexual. Incluso, la única mujer que habló de personas con un mayor riesgo de contraer el virus lo hizo refiriéndose a las mujeres heterosexuales, lo cual nos habla de que éstas están empezando a ser vistas ya no como un grupo exento del contagio, sino por el contrario, como uno sumamente vulnerable a la infección.

PRACTICAS DE PREVENCIÓN DEL VIH:

Para empezar, es importante mencionar que a través del discurso de las jóvenes entrevistadas se pudo apreciar, que en términos generales, las participantes perciben varias prácticas como preventivas del VIH (unas más eficaces que otras) y son pocas las que aun tienen información errónea o poco clara al respecto. Sin embargo, esto no implicó que siempre las llevaran a la práctica lo cual sí estuvo influido por el tipo de relación en el cual se hallan involucradas.

Las mujeres de ambos grupos, aunque más notoriamente las del grupo 2, perciben al condón como el método preventivo más eficaz para evitar el contagio, lo cual resulta lógico dado que la mayoría de las campañas publicitarias únicamente se enfocan en la promoción de su uso. Además, el hecho de que lo hayan mencionado más las mujeres del grupo 2 puede deberse a que éstas, al tener un mayor número de parejas sexuales y ser varias de ellas ocasionales, sienten que tienen más probabilidades de infectarse, por lo que tienen más interiorizada la necesidad de usar condón.

Pareciera ser que el tipo de relación en que las mujeres se encuentran inmersas es determinante en la manera en como perciben la prevención. Es decir, que en el caso del grupo 1, la forma en la que las entrevistadas lo hacen está influido por todo aquello que se piensa implica el hecho de estar involucradas en una relación estable (confianza, seguridad, compromiso, etc.), por lo que las prácticas de prevención como fidelidad en la pareja, conocer a la pareja, comunicación, etc. son mucho más socorridas por el grupo 1 y están fuera de contexto en el 2.

En lo que se refiere a este último grupo, es importante rescatar el hecho de que a pesar de que sí se habló de otras prácticas además del uso del condón (en este grupo se mencionó tanto el masculino como el femenino), éstas aparecieron con mucho menor frecuencia, lo cual también, como ya se ha mencionado, está influido por el tipo de relación que entablan (en muchos casos esporádicas). Además, es necesario mencionar que varias

mujeres del grupo 1 hablaron del condón como una práctica de prevención cuya utilización era adecuada con parejas ocasionales, por lo que se puede ver que, tanto para las mujeres con parejas estables como con parejas ocasionales, el uso del condón se relaciona más con encuentros esporádicos, dado que en ellos están ausentes aspectos como la confianza, el conocimiento "profundo" de la otra persona, el compromiso, etc.

Sólo las mujeres del grupo 1 hablaron de factores que pueden facilitar la adopción de prácticas de prevención, siendo necesario rescatar que una de ellas mencionó la importancia de la autodeterminación de la mujer en la toma de las decisiones. El hecho de que perteneciera al grupo de las mujeres estables puede haber influido en este comentario, el cual puede ser interpretado como una inquietud o necesidad, en el sentido de que a veces es más difícil que la mujer inmersa en este tipo de relación defienda su punto de vista. Esto puede deberse al hecho de que la percepción de una posible pérdida de la pareja es vista como algo terrible.

Por otro lado, en ambos grupos se manejó la idea de que con métodos anticonceptivos se podía prevenir la enfermedad, lo cual se vincula con que, a pesar de la existencia de campañas informativas, dentro del contexto subjetivo de algunas de las mujeres entrevistadas aun no se tienen claros los alcances y limitaciones de cada uno de estos y suelen ser vistos más como una totalidad. Además, es importante señalar que en muchos casos daba la impresión de que, cuando en las preguntas se hacía alusión a la prevención, las participantes en lugar de pensar en el SIDA pensaban en automático en el embarazo, lo que, como era de esperarse, influía notoriamente sobre sus respuestas y seguramente provocaba una confusión en cuanto a los medios para prevenir uno y otro.

También es importante rescatar el hecho de que una participante mencionó que el SIDA se podía prevenir con higiene; parece ser que tampoco en este caso, aunque en las campañas publicitarias se ha hecho mucho énfasis en tratar de eliminar este mito, se ha tenido un éxito completo, contrariamente a lo que sucedió con la eliminación de la idea de la existencia de "grupos de riesgo".

Muchas mujeres percibieron a factores asociados a la relación de pareja como medios efectivos para prevenir infectarse, por ejemplo, conocer a la familia del compañero o quererle. Obviamente estas ideas forman parte del contexto subjetivo de las mujeres del

grupo 1 y seguramente se debe a la existencia las características, ya mencionadas, vinculadas con una relación estable.

En lo que respecta a la forma en que las entrevistadas se cuidan de infectarse, tanto las del grupo 1 como las del grupo 2B (respuestas de las mujeres del grupo 2 que corresponden únicamente a su(s) pareja(s) ocasional (es)) y 2C (respuestas de las mujeres del grupo 2 que corresponden únicamente a su(s) pareja(s) estable(s)) mencionaron el uso del condón. La mayoría de las participantes del grupo 2B y menos de la mitad de las del grupo 1 reportaron usarlo siempre, en contraste con el grupo 2C, donde ninguna de las mujeres dio esta respuesta.

Es importante hacer notar que de ocho mujeres del grupo 1 que mencionaron el uso del condón como medio de prevención con el cual las mujeres en general podían evitar el contagio de VIH, sólo dos reportaron haberlo usado siempre. Por otro lado, de las cinco mujeres que dijeron haberlo usado siempre sólo dos lo habían mencionado como medio de prevención útil para las mujeres en general. En el caso del grupo 2, de once mujeres que lo habían mencionado, únicamente seis reportaron haberlo usado siempre. Pensamos que esto indica el hecho de que a pesar de que se tiene la información acerca de que métodos, en este caso el condón, pueden servir para prevenir la infección de VIH, no se llevan a la práctica.

La diferencia entre el grupo 1 y 2C puede deberse a que las mujeres que han tenido tanto parejas ocasionales como estables (grupo 2C) pueden comparar de manera más cercana ambos tipos de relación y caracterizarlos de manera muy diferente, siendo sólo la ocasional la que amerita el uso del condón todas las veces. Incluso es interesante notar como la mayoría de las mujeres del grupo 2B que dijeron usar siempre el condón también aparecen en el grupo 2C, es decir, que mientras que con su pareja estable utilizan el condón casi siempre o a veces, con la ocasional lo hacen siempre.

Por otra parte, sólo las participantes del grupo 2B mencionaron como práctica de prevención el sexo seguro, mientras que las del grupo 1 y 2C no hicieron referencia a ella y en su lugar hablaron de prácticas como la fidelidad en la pareja, preguntarle al compañero la historia de sus relaciones sexuales, reducir el número de parejas, etc. Pensamos que el hecho de que el sexo seguro sólo apareciera en el grupo 2B puede deberse a que, cuando no se conoce bien a la pareja, se prefiere no tener prácticas de alto riesgo y a que no importa

tanto como tome el compañero una negativa de llevar a cabo el acto sexual. Además, podría pensarse que la experiencia subjetiva de la sexualidad de las mujeres que han tenido por lo menos una pareja ocasional, tiene elementos menos conservadores y, por consiguiente, el disfrute de la sexualidad no se remite únicamente al coito, se sabe que existen otras formas, no menos placenteras ni "pecaminosas".

Otro detalle que se aprecia claramente al comparar a los tres grupo entre sí (1, 2B y 2C) es que sólo en el grupo 1 y en el 2C se mencionó la prueba del VIH como un método eficaz para prevenir infectarse. El hecho de que aparezca en estos dos grupos puede deberse a que la prueba, al involucrar más la historia sexual de la pareja y no tanto su presente, no pone en juego aspectos como son la confianza, la fidelidad, el compromiso; se trata de una práctica que no interrumpe el acto sexual, que no les recuerda a cada momento el riesgo de poder infectarse y a que con hacerla una vez en mucho tiempo basta.

Es interesante hacer notar que sin importar el tipo de relación en que se esté involucrado, el hombre es el que se somete más a la prueba de VIH, incluso ninguna mujer comentó que fuera ella la única que lo hiciera. Creemos que esto puede deberse a que dentro del contexto subjetivo de algunas jóvenes universitarias aún está presente el estereotipo de que el hombre, por un lado, es el que debe tomar las decisiones y responsabilidades dentro de la pareja; y, por otro, es el que ha tenido un mayor número de parejas sexuales y prácticas riesgosas, por lo que es él quien tiene un mayor riesgo de estar infectado. Sin embargo, se sabe que en la práctica esto no siempre sucede y, además, aunque la mujer asegure que no ha tenido conductas de riesgo, se puede cuestionar la veracidad de esta información como se suele hacer en el caso del hombre, donde la desconfianza con respecto a lo que dice generalmente es mayor.

Por otro lado, pareciera que a pesar de que el hombre suele ser el que en último término marca las pautas de las prácticas preventivas adoptadas en la relación, la exigencia de la realización de la prueba de VIH no suele estar tan incorporada en su discurso como sucede en el caso de la mujer.

En lo que se refiere a los motivos por los que las entrevistadas creen que las mujeres en general no adoptan prácticas de prevención contra el VIH, tanto en el grupo 1 como en el grupo 2 factores socioculturales (doble moral sexual, machismo, ignorancia, etc.) resultaron ser los más señalados. Creemos que esto se debe a que muchas mujeres de nivel

universitario ya interpretan de manera diferente, y más crítica que generaciones anteriores, lo que sucede en el contexto sociocultural en el que se desenvuelven, y por ende están conscientes de la existencia de patrones impuestos por la sociedad y de su importancia como pautas en el establecimiento de las relaciones de pareja de manera general y, en particular, en la forma de negociar aspectos dentro del ámbito de la sexualidad.

Es interesante ver como cuando las mujeres hablaron acerca de que factores les dificultaban prevenir, consciente o inconscientemente, ya no hicieron alusión al machismo, la doble moral sexual o a la falta de asertividad en la mujer, sino que se refirieron más a factores situacionales y asociados con la relación de pareja. Esto puede deberse a que al hablar de sí mismas, la deseabilidad social jugó un papel importante, lo cual está muy influido por el hecho de que, como ya se mencionó, al estar conscientes y criticar la existencia de ciertos patrones culturales que ponen en una posición inferior a la mujer, les cuesta reconocer o manifestar que estos también afectan de una u otra forma la manera en cómo se dan sus relaciones de pareja .

Cuando las participantes se refirieron a los motivos por los cuales las mujeres en general no previenen, las del grupo 2 recurrieron mucho más a factores situacionales que las del grupo 1. Una posible explicación la constituye el hecho de que es más fácil que la conducta de las mujeres que por lo menos alguna vez han tenido una pareja ocasional sea influida por la situación en la que estén inmersas durante el encuentro sexual, dado que cuestiones como el amor, la confianza o el compromiso no están presentes.

Otro punto de comparación importante es que sólo en el caso del grupo 2C aparecieron los motivos personales como un factor importante en la explicación de por qué las mujeres participantes no prevenían, creemos que esto pudo haberse debido a que, como se mencionó anteriormente, las mujeres del grupo 2C pueden comparar sus relaciones estables con las ocasionales y darse cuenta de que si si pudieron prevenir con la pareja ocasional, que no puedan hacerlo con la estable puede ser considerado, entre otras cosas, como un acto irresponsable de la propia persona.

IMPACTO DEL SIDA EN LAS RELACIONES DE PAREJA

En primer lugar tenemos que, tanto en el grupo 1 como en el 2, la mayoría de las mujeres opinaron que el SIDA sí había influido en las relaciones de pareja; es importante resaltar que en lo que se refiere al cómo, también en ambos grupos se hizo alusión al hecho de que con la existencia de la epidemia la prevención se ha convertido en una práctica de suma importancia, lo que nuevamente denota que independientemente del tipo de relación que se mantenga, la prevención es un aspecto que las mujeres universitarias toman en cuenta.

En donde si se encontró una diferencia en la forma en cómo ha repercutido el SIDA dentro de las relaciones de pareja, fue en que las mujeres del grupo 2 hablaron más acerca de factores asociados a la dificultad actual para elegir una pareja que las del grupo 1. Esto puede deberse a que las mujeres con parejas estables han sostenido pocas relaciones (cerca del 80% de ellas sólo han tenido una pareja sexual en su vida, $x = 1.3$) a diferencia de las del grupo 2 que no sólo han tenido varias parejas sexuales ocasionales ($x = 2.81$) sino también varias estables ($x = 2.18$), lo cual da como resultado que las mujeres del grupo 1 se enfrenten con menor frecuencia a tener que tomar la decisión de con quién tener relaciones sexuales.

En lo que respecta a las mujeres que mencionaron que el SIDA no había influido en las relaciones de pareja, en el grupo 1 lo atribuyeron con mayor frecuencia a características de las relaciones estables que las hacen por sí mismas más seguras (existe confianza, compromiso, fidelidad, más comunicación, etc.) y en el grupo 2 al hecho de que la gente conoce el riesgo de contraer el virus pero no hace nada para cuidarse. Esto nuevamente nos habla y confirma la idea de que desde la experiencia subjetiva de muchas de las mujeres que tienen una relación estable, el simple hecho de estar inmersa en este tipo de relación las exenta del contagio.

Esta misma explicación sirve para entender por qué el mismo porcentaje (más de la mitad) de las mujeres del grupo 1 que dijo que la existencia del SIDA sí había influido en las relaciones de pareja en general, también dijo que el SIDA no había influido dentro de sus propias parejas pues, como ya se dijo, pareciera que éstas son percibidas como intrínsecamente seguras.

Dado que también el grupo 2 el número de mujeres que respondieron afirmativamente fue menor cuando se les preguntó acerca de sus relaciones en particular que cuando se les preguntó acerca de la influencia del SIDA en las relaciones de pareja en general, podría pensarse en la existencia de cierta idea de invulnerabilidad bajo la cual, a pesar de tener claro que cualquiera es susceptible del contagio, las mujeres entrevistadas de ambos grupos perciben como algo difícil poder llegar a infectarse de SIDA, cosa que no sucede con la demás gente.

Por otro lado, pareciera que las mujeres que por lo menos alguna vez han tenido una pareja ocasional, ven más allá de las "ventajas" que una relación estable puede ofrecer y dentro de su experiencia subjetivo se encuentra la idea, tal vez más realista, de que la existencia del SIDA no ha influido en sus relaciones de pareja básicamente por la presencia del sentimiento de invulnerabilidad.

Con respecto a cómo ha influido la existencia del SIDA dentro de sus relaciones de pareja, la prevención volvió a ser un aspecto importante en ambos grupos, incluso dentro de grupo 2B y 2C fue el único factor mencionado.

Solamente en el grupo 2A y 2B se mencionó a la negociación como un elemento importante, haciendo énfasis en que si no se prevenía no se tenían relaciones. Pensamos que esto pudo haberse debido a que como ambos grupos se referían a parejas ocasionales y como éstas están más asociadas a una posible infección se adopta una posición firme respecto a la necesidad de prevenir, jugando así un rol mucho menos tradicional que con sus parejas estables.

COMUNICACIÓN ACERCA DEL SIDA:

Tanto en el grupo 1 como en el 2C, a diferencia del 2B, un número considerable de mujeres hizo alusión a la calidad de la comunicación en sus relaciones, calificándola positivamente. En el grupo 2B las participantes más bien señalaron que la comunicación con sus parejas era escasa o prácticamente nula, lo cual puede explicar el hecho de que no hagan referencia acerca de la calidad de la misma.

El hecho de que en el grupo 2B prácticamente no se hable del SIDA puede deberse a que, dada la fugacidad de estas relaciones, en general la comunicación acerca de cualquier tema es implícita o menor, siendo el tópico central el protegerse en ese momento,

e incluso, como ya se ha mencionado, se es más firme en la decisión de no tener relaciones sexuales si la pareja no accede, dado que no se le da tanta importancia a la posible reacción de la pareja y se le da prioridad al cuidado de la propia salud, y no tanto al buen funcionamiento de la relación de pareja.

Además, es importante aclarar que el contenido de la comunicación, si bien en el grupo 2B, como se acaba de mencionar, se refiere básicamente al uso prácticamente obligatorio del condón, en el caso de los grupos 1 y 2C se refiere a la importancia de la fidelidad de ambos miembros de la pareja, al embarazo y a aspectos más generales relacionados con la prevención, donde resulta un punto importante el hablar acerca de la historia de las relaciones sexuales del compañero.

Resulta lógico que esto sea así, puesto que como ya se ha visto en el discurso de las jóvenes a lo largo de este análisis, dadas las características con que aparecen las parejas estables dentro de su contexto subjetivo, la fidelidad mutua, hablar acerca de los antecedentes de la pareja y la comunicación misma son percibidas como prácticas preventivas del VIH. A esto se suma que independientemente de la existencia del SIDA, la fidelidad y el saber más acerca del compañero, son aspectos que a la mayoría de las parejas de por sí les resultan importantes.

Tanto en el grupo 1 como en el 2 las participantes mencionaron que ambos miembros de la pareja decidieron prevenir, aunque es importante aclarar que cuando uno de los dos lo sugirió, fueron las participantes las que lo hicieron un mayor número de veces. En primera instancia esto podría hacernos suponer que las mujeres empiezan a tomar la iniciativa y a tener más injerencia sobre las decisiones que se toman dentro de la relación de pareja, lo cual nos hablaría de un cambio en cuanto a la doble moral sexual en que se encuentra inmersa y, por consiguiente, en cuanto a su rol de género bastante importante y benéfico para su propia persona. Sin embargo, esto también pudo haberse debido a que, por un lado, la mujer tiene más introyectado como parte de su rol de género la responsabilidad de cuidar la salud de los demás y de sí misma, y por otro, a la deseabilidad social, es decir, el poder mostrar a las entrevistadoras que sí están conscientes de la relevancia de la enfermedad y que además son asertivas y capaces de expresar, o incluso en algunos casos exigir que se cumplan sus demandas de protección.

Tanto en el grupo 1 como en el 2 hablaron del embarazo como un motivo importante para utilizar prácticas de prevención, sin embargo fue en las parejas estables donde se previno más en función del embarazo que del SIDA, mientras que en las ocasionales sucedió al revés, es decir, prevenir infectarse de SIDA resultó más importante que evitar un embarazo. Esto puede deberse a que a pesar de que para ambos grupos el SIDA puede llegar a tener mayores repercusiones que un embarazo, dentro de una relación estable, como ya se ha mencionado, las mujeres dicen conocer a su pareja y en muchos casos la historia de sus relaciones sexuales, por lo que se percibe una menor probabilidad de contraer alguna infección que en la ocasional, a diferencia del embarazo, donde el riesgo percibido es el mismo sin importar el tipo de relación que se tenga.

En el grupo 1 se mencionaron más razones para prevenir infectarse de VIH que en el grupo 2, las cuales incluían la necesidad de ser responsables, y el amor hacia uno mismo y hacia la pareja. Creemos que esto nuevamente se pudo haber debido a que como dentro de una pareja estable se conjugan un mayor número de factores que en el caso de una relación ocasional, las mujeres tienen más motivaciones para prevenir.

Un dato importante es que tanto en el grupo 1, como en el 2A y 2C varias mujeres hablaron de una u otra forma acerca de que planearon tener relaciones sexuales y protegerse, cosa que al parecer no sucede en el grupo 2B porque dada la manera en cómo se dan las relaciones esporádicas, es poco antes del acto sexual que se expresa explícita o implícitamente lo relacionado con la prevención. Esto de alguna manera indica que la influencia de la moral sexual prevaleciente en muchos sectores de nuestra sociedad empieza a perder fuerza en el sentido de que la planeación de las relaciones sexuales en mujeres solteras está dejando de verse como algo "pecaminoso" y sí como algo necesario para la preservación de la propia salud.

Sin embargo, no podemos ignorar el hecho de que fueron muy pocas las mujeres, y todas pertenecientes al grupo 2B, las que dijeron que habían sido ellas las que llevaron el condón a sus encuentros sexuales, lo cual muestra que el cambio al que se hizo referencia en el párrafo anterior va dándose de forma paulatina y que, como se mencionó anteriormente, a pesar de que fueron más las mujeres que los hombres las que sugirieron prevenir, a la hora de tratarse de acciones concretas, como llevar un condón, las mujeres ya no lo hicieron. Por esto es que podría pensarse que en la práctica las jóvenes aún no tienen

realmente iniciativa y un papel activo o al menos tan activo como el del hombre durante sus encuentros sexuales, lo cual es una característica central de su rol de género tradicional. A su vez, podría pensarse que el no cumplir con esta forma pasiva de desenvolverse le infunde temor o pena dado que el hombre podría pensar que no es una mujer "decente", lo cual también explica el hecho de que sólo mujeres con parejas ocasionales fueron las que dijeron haber llevado condón a sus encuentros sexuales.

CONDICIONES QUE PUEDEN FACILITAR LA PREVENCIÓN DEL VIH:

Dentro de esta categoría encontramos que sobre todo en el grupo 1, pero también en el 2, las mujeres perciben a la comunicación como un elemento de gran ayuda para poder adoptar prácticas de prevención, al permitirles negociar con la pareja formas de cuidarse. Pensamos que este factor estuvo más presente en el discurso de las mujeres con parejas estables, dado que, por las características intrínsecas a este tipo de relación, es más común y necesario tener una comunicación abierta en términos de la relación en general y de la práctica de la sexualidad en particular.

Las mujeres del grupo 1, más que las del grupo 2, hablaron acerca de diferentes condiciones socioculturales (tener una buena educación, desaparecer los tabúes sexuales y el machismo, etc.) que podían ayudar a la mujer a adoptar prácticas de prevención, lo cual puede estar influido por el hecho de que las mujeres con parejas estables le dan más importancia a las pautas culturales al tener más incorporadas a su experiencia subjetiva las premisas sociales que marcan los patrones para lo que se espera de una mujer, como lo es el no poder tener varias parejas sexuales.

Sin embargo, es muy interesante señalar que dentro de este rubro son también las mujeres del grupo 1 las que hablan más acerca de qué condiciones socioculturales relacionadas con la mujer podrían facilitar la adopción de prácticas de prevención, haciendo énfasis en la necesidad de que la mujer sea independiente y capaz decidir por sí misma. Las participantes del grupo 2, por su parte, se refirieron más a condiciones socioculturales relacionadas con el hombre, haciendo énfasis en la eliminación de los patrones de conducta machista. Podría pensarse que esto se debe a que en el caso de las mujeres que únicamente han tenido parejas estables, donde el amor juega un papel muy importante, la figura masculina está más idealizada. Además creemos que estas mujeres desempeñan un rol de

género más tradicional y, por consiguiente, tienen más presente la necesidad de un cambio en su condición de mujeres.

En lo que se refiere a las condiciones que las entrevistadas dijeron les habían facilitado o facilitarían adoptar prácticas de prevención, el discurso de los grupos 1 y 2 resultó ser bastante similar, lo cual es de suma importancia considerarlo, pues nos hace pensar que independientemente del tipo de relación en que hayan estado o estén involucradas las mujeres, las condiciones que perciben como facilitadoras de la prevención terminan siendo muy semejantes.

Tal vez la única diferencia relevante se refiere al hecho de que las mujeres del grupo 1 hicieron énfasis en aspectos relacionados con la asertividad. Creemos que una explicación posible tiene que ver con que en las jóvenes de este grupo, a pesar de tener más comunicación con sus parejas, existe una mayor necesidad de expresar sus deseos, que les gusta y que no, cosa que al parecer las del grupo 2 ya son más capaces de llevar a la práctica durante sus encuentros sexuales.

En lo que respecta a la comparación entre las condiciones que las participantes creen le facilitarían la prevención a las mujeres en general y las que en particular les han ayudado o ayudarían a ellas, es importante mencionar que a pesar de que en ambos casos surgen las mismas categorías, a nivel particular aparecen siempre representadas por un menor número de mujeres. Esto puede deberse a que, como ya se ha visto en otras categorías, a las mujeres les resulta más fácil hablar en general de su género que de sus propias vidas; y a que, por otro lado, ambas preguntas les resultaron bastante similares y no le veían sentido repetir la información, incluso algunas veces mezclaban lo particular con lo general.

En lo que respecta a las condiciones socioculturales percibidas como facilitadoras o posibles facilitadoras dentro del ámbito de la prevención, encontramos que tanto a nivel general como particular las mujeres recurrieron a ellas, a diferencia de lo que sucedió en la categoría de prácticas de prevención, donde las mujeres al hablar de sí mismas ya no hicieron alusión a dichas condiciones. Creemos que esto pudo deberse a que en este tema ya no hay presión social, en el sentido de que se habla de aspectos positivos de la prevención (qué factores facilitan o facilitarían adoptar prácticas de prevención) a diferencia de cuando se les preguntó por qué no habían adoptado prácticas preventivas,

donde se daba por sentado que ya se ha cometido un acto "irresponsable" (no prevenir) que tenía que ser justificado.

También es interesante notar como en el caso del grupo 1, cuando hablaron de condiciones facilitadoras para las mujeres en general consideraron algunas de tipo personal, como ser responsable o consciente, sin embargo, cuando hablaron de ellas mismas este tipo de respuestas desapareció y en su lugar surgió una nueva categoría en donde se hizo alusión a condiciones relacionadas con aspectos del compañero. Creemos que esto pudo haberse debido a la existencia de una posición que resulta favorable para la mujeres entrevistadas, bajo la cual es más fácil sugerir lo que las mujeres deberían hacer, cuando se habla de manera general que cuando se hace de manera particular, pues en este caso ya resulta más sencillo delegar al otro, en este caso a la pareja, la responsabilidad de la protección. Podría pensarse que ésta es una de las ganancias secundarias que las mujeres obtienen por jugar un rol pasivo dentro de la relación.

CAPÍTULO VIII

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Concepción general del SIDA:

El SIDA es un tema con el cual las mujeres entrevistadas están muy familiarizadas, pues como ellas mismas lo afirman han "vivido en un mundo de SIDA". El VIH, como sugieren Bronfman, et al. (1995), aparece dentro de un contexto de miedo dado que está muy vinculado con dos procesos fundamentales del ser humano: la sexualidad y la muerte: "se tiene la conciencia de que el actuar sin pensar puede tener resultados fatales... a mi me ha causado mucho miedo (la existencia del SIDA) y si ha sido algo que ha limitado mucho mi actividad sexual".

De este modo, encontramos que las mujeres entrevistadas tienen muy incorporado dentro de su discurso el hecho de que el SIDA es una enfermedad mortal y directamente relacionada con la sexualidad, además cuando se habla de qué factores podrían ayudar a la prevención, la desaparición de los tabúes sexuales juega un papel relevante dentro de su discurso.

También es importante hacer referencia a la interpretación que algunas mujeres hacen acerca de la manera en que la sociedad trata a las personas infectadas; les parece injusto y "moralino". El rechazo social del que son víctimas según Sufía (1994) está muy presente en nuestra sociedad, dado el significado que se le atribuye a la enfermedad, sin embargo, este rechazo hacia las personas con SIDA en nuestra muestra no apareció como una cuestión personal, sino ajena, de la sociedad.

"Grupos de riesgo" e idea de invulnerabilidad:

En lo que respecta a la existencia de grupos de riesgo, en ningún caso se habló de los que tradicionalmente, con base en los parámetros de la moralidad, se han establecido como tales (homosexuales, prostitutas, drogadictos); las entrevistadas perciben que todos tienen la misma probabilidad de infectarse, aunque ya existe la idea de que las mujeres son más propensas, lo cual, como plantea Henrison (1991) es una realidad.

Relacionado con esto es interesante ver cómo las mujeres entrevistadas no sólo no contemplan a los homosexuales y a las prostitutas como grupos de riesgo, sino que los

perciben con una menor probabilidad de contraer el virus que a los heterosexuales y a las mujeres que no se dedican a comercializar su cuerpo. Esta idea está sustentada en el hecho de que actualmente se sabe que en efecto estos grupos sí se han cuidado más, dado que una gran cantidad de campañas desde el inicio de la epidemia se focalizó en ellos.

Además, es importante aclarar que hubo mujeres que hablaron de que uno no podía saber el estado serológico de la pareja si ésta no se hacía la prueba de VIH, es decir que algunas participantes estaban conscientes de la vulnerabilidad de la pareja hacia la infección: "la gente tiene que darse cuenta de que es un problema grave (el SIDA) y pues que tu no puedes saber si la persona que tu elegiste está infectada o no, o sea, eso no se puede saber".

Sin embargo, esto no siempre fue así, pues a pesar de que en el contexto subjetivo de las participantes estuvo presente esta idea de que todos somos vulnerables al contagio del VIH, también echaron mano de lo que Sufia (1994) maneja como mecanismo de negación (mecanismo que ha hecho que sigan aumentando los casos de SIDA), dado que muchas de las mujeres entrevistadas sentían que la existencia de la enfermedad había influido sobre las relaciones de pareja en general pero no sobre las propias. A esto se suma que a lo largo de la entrevista, en la mayoría de las mujeres, quedó implícita la idea de la propia invulnerabilidad y la de la pareja a la epidemia, recurriendo como lo sugiere Misovich (1996) y Offir y cols. (1996), a teorías personales (por ejemplo, conocer desde hace tiempo a la familia del compañero) más que a la información directa del estatus serológico de la pareja.

También algunas mujeres hicieron referencia a que los jóvenes tienen más parejas sexuales, son menos responsables, aprecian menos la vida y, por consiguiente, son más propensos al contagio que los adultos. Sabemos que esto es una realidad en el sentido de que la ONU (1998) reporta que cinco jóvenes se infectan de VIH cada minuto, sin embargo, lo curioso es que las mujeres entrevistadas, a pesar de tener cuando más 24 años, no se incluían en dicho grupo, lo cual nuevamente nos habla de ese sentimiento de invulnerabilidad manifestado por las mujeres a lo largo de toda la entrevista, y que se opone a la idea manejada por ellas mismas de que cualquiera es susceptible del contagio.

Esta percepción de bajo riesgo presente en el discurso de las participantes también se relaciona con la idea planteada por Bronfman, et al. (1995) con respecto a que las

construcciones de significación dan lugar a una división entre “nosotros” y “ellos” ante la cual el peligro se proyecta en otros y no en uno mismo, lo que pensamos da como resultado la creencia de que sólo son los otros los que tienen que llevar a cabo la prevención.

Prácticas de prevención:

La forma en cómo las mujeres universitarias perciben la prevención estuvo dividida en diferentes tendencias; por un lado, estuvieron las participantes para las cuales no había modo alguno de estar completamente seguro de evitar la infección por VIH: “Igual y un método que te diga ese úsalo y no te vas a contagiar, pues no, si lo conociera el SIDA no sería lo que es ahorita”; “la verdad no creo que haya algo seguro para esta enfermedad”; y por otro lado, las mujeres para las cuales la prevención se veía como algo más fácil de llevar a cabo si se era responsable y se contaba con la información y medios adecuados: “yo creo que lo más importante es que todo el mundo esté informado porque si estás informado es hasta cierto punto fácil de evitar (infectarte de VIH)”

La prevención del VIH apareció como un tema relevante dentro del contexto subjetivo referente al SIDA de las mujeres participantes, sin embargo, interpretaron de tal forma lo relacionado con la prevención que prácticas como: la fidelidad en pareja, reducir el número de parejas sexuales, preguntarle al compañero sus antecedentes, la abstinencia en ocasiones y la prueba de VIH, les resultaban efectivas para evitar el contagio del virus.

Un punto que resulta muy interesante es la forma en cómo las mujeres perciben no prevenir. Aunque se dio el caso de una mujer que afirmó que no había prevenido simplemente porque no lo quisieron ella y su pareja, en términos generales para las participantes del estudio no tomar precauciones implicaba ser irresponsables, una falta de cuidado propio o inconsciencia; incluso lo calificaban como un acto “tonto”: “mis amigos la mayoría tienen relaciones sin usar condón, son bien tontos”; también afirmaron no haberse protegido “por inconscientes, quizá porque éramos mucho más chicos ... y no piensas en las consecuencias de las cosas que haces”.

Por otra parte, se valoró el propio cuidado de la salud, tanto a nivel personal como de la pareja. Resultó muy interesante la forma en que el amor era percibido por las participantes, ya que pareciera que a pesar de que éste se sigue concibiendo como un elemento importante dentro de la relación de pareja y en lo relacionado con la prevención,

la concepción que se tiene de él ha cambiado en el sentido de que se piensa que el querer a alguien o a uno mismo, trae como consecuencia el intento por evitar contraer alguna enfermedad: "si en verdad amas a la otra persona tienes que cuidarla", "yo creo que por simple amor a uno mismo hay que cuidarse", "me protejo porque me quiero". Estas ideas resultan beneficiosas dado que, como menciona Weeks (1995), dos de los campos claves en la comprensión de los cambios en las costumbres sexuales son la sexualidad y el amor.

Las mujeres entrevistadas tuvieron diferentes tipos de visión respecto al hombre en lo que a prevención se refiere: "algunos pues ya están conscientes de que es una enfermedad muy grave.. que realmente desde su iniciativa ha sido cuidarse, pero hay otros que si se ponen en plan de machistas, de que 'yo no me pongo eso, no siento nada, yo no tengo nada, tu tampoco, estoy seguro' que quién sabe cómo están tan seguros, pero eso dicen". Como puede apreciarse, por un lado se encuentran aquellos que se niegan a llevar a cabo la prevención, a los cuales se percibe de manera negativa, y por otro, aquellos que tienen una actitud bastante comprometida con la prevención de la enfermedad, siendo importante aclarar que esta última visión, en la mayoría de los casos, se limitaba al ámbito de la pareja y no al género masculino en su totalidad.

Un punto adicional, importante para poder entender la experiencia subjetiva de las mujeres con relación a la prevención del VIH, lo constituye otro mecanismo mencionado por Sufia (1994) como facilitador de la expansión de la epidemia: la ignorancia. En el caso de las mujeres que entrevistamos éste no tuvo gran relevancia dado que el nivel de información que manejaron fue adecuado (fueron muy pocas las que recurrieron a mitos) e incluso varias hicieron alusión a que para informarse acerca del VIH habían acudido a centros de salud o a consulta con el ginecólogo, vieron programas de televisión, platicaron con su pareja, etc. Con respecto a esta última observación resulta interesante notar que ninguna de las participantes mencionó a las amigas como fuente de información, lo cual coincide con lo hallado por Rodríguez, et al. (1994) en el sentido de que no es tan frecuente que dentro del grupo de amigas se enseñen unas a otras acerca de prácticas eróticas, en este caso en particular preventivas, dado que dicho grupo no es en forma tan clara un lugar de iniciación como en el caso de los hombres.

Es importante hacer notar que las participantes consideraron a la información como un aspecto de suma importancia para que la gente pudiera llevar a la práctica la prevención.

Incluso manifestaron que las personas marginadas y las que viven en el campo como tienen un menor acceso a la información sobre la epidemia son más vulnerables a ésta.

En particular en lo que se refiere al conocimiento que se tiene de la existencia de las diferentes prácticas de prevención, nuestros resultados concuerdan con los obtenidos por Mejía (1995), en el sentido de que la medida preventiva más mencionada fue el condón; sin embargo, en nuestro caso el segundo lugar lo ocupó la abstinencia, mientras que la fidelidad, la cual ocupó el segundo lugar en el estudio de Mejía, quedó en tercero.

1.- *Abstinencia*: Las pocas participantes de nuestro estudio que reportaron utilizar la abstinencia como método de protección para evitar infectarse de VIH, lo hacían, como mencionan Master y Johnson (1989), como un acto mental y no como un comportamiento de tiempo completo, lo cuál resulta obvio dado que uno de los requisitos para formar parte de nuestra muestra era que hubieran tenido relaciones sexuales.

Cuando las participantes mencionaron las prácticas preventivas que conocían y hablaron de la abstinencia como una medida preventiva que las mujeres de manera general podían utilizar para prevenir infectarse, parecían percibirla como la más segura; sin embargo, este comentario acerca de su efectividad solía acompañarse de adjetivos negativos que daban como resultado expresiones como la siguiente: “Desafortunadamente (conozco) la abstinencia (risas), no creo que haya otras, ni el condón es 100% seguro a mi gusto”.

2.- *Fidelidad en la pareja*: Esta fue, junto con el condón, la práctica de prevención más utilizada por las mujeres con parejas estables, debido en gran medida a la excesiva confianza que se le suele tener a la pareja que se “conoce” desde tiempo atrás.

Es interesante notar como, a diferencia de lo encontrado por Rivera (1995) en su investigación con mujeres chilenas, en las participantes de nuestro estudio no estuvo tan presente la idea de que no obtener la fidelidad masculina era algo esperable, aunque sí hubo quienes hablaron de lo dudoso que podría ser el testimonio de la pareja. Si se llegó a pensar en la infidelidad, pero siempre como algo factible para ambos miembros de la pareja y con la consigna de que si se llegara a dar el caso se utilizaría condón. Además, se percibía como más grave que se ocultara el desliz al hecho de que se hubiera cometido.

3.- Reducir la cantidad de personas con las que se mantienen relaciones sexuales; o evitar tener varios compañeros al mismo tiempo: Las participantes de nuestro estudio hicieron referencia a la idea de la necesidad de no ser promiscuas y de tener una pareja estable, lo cual puede explicarse con lo propuesto por Rodríguez, et al. (1994) en el sentido de que se piensa que el contagio sexual está en función de la cantidad de relaciones sexuales y la promiscuidad, es decir por acumulación de fluidos y por excesos sexuales y no por la penetración del VIH en el organismo, por esto una de las soluciones planteadas por las mujeres fue la monogamia.

Sin importar el tipo de relación que las participantes hubieran tenido, el no involucrarse en relaciones sexuales con “cualquiera”, o bien el evitar tener relaciones esporádicas, constituía en sí misma una práctica de prevención ya que pensaban que en una relación estable habría mayor confianza y comunicación, hecho que coincide con lo encontrado por Rivera (1995). Las mujeres dijeron, por ejemplo, que: “una práctica de alto riesgo sería tener parejas sexuales ocasionales”; para evitar contagiarse de VIH es importante “tener una pareja estable, ver que está bien, tampoco lo vas a hacer con cualquiera”. Sin embargo, para algunas mujeres que sí se habían involucrado alguna vez en relaciones esporádicas el tener parejas ocasionales no constituía un riesgo en sí mismo, sino más bien el no protegerse lo suficiente cuando se tuvieran relaciones sexuales con ellas: “uno procura protegerse más con una pareja ocasional que con una pareja estable”; “con la (pareja) ocasional realmente tienes muchísimo más cuidado...tienes que prevenirte muchísimo más”.

4.- Preguntarle al compañero la historia de sus relaciones sexuales: varias de las participantes reportaron utilizar esta práctica de prevención, aunque es importante aclarar que era usada como complemento a otras prácticas, no como la única. Esto resulta hasta cierto punto positivo dado que por sí sola es una práctica con un muy bajo porcentaje de efectividad, dado que como mencionan las propias participantes no se puede estar seguro de que dentro de la relación de pareja se diga la verdad: “(si) te preguntan con cuántas personas has tenido relaciones (dices) con una, o sea, porque el mismo machismo cultural te hace ocultar tu verdadera vida; igual el hombre no te va a decir la verdad, entonces es

falsedad tras falsedad y nadie se comunica realmente”; “siempre haces preguntas, pero esto nada te asegura”.

También es importante mencionar que como señala Berer (1993), aunque fuera posible averiguar los antecedentes sexuales de una persona no se pueden averiguar los de sus parejas previas y los de las parejas de sus parejas.

Debido a esta incertidumbre acerca de la vida sexual de las demás personas, a las mujeres entrevistadas les daba seguridad el saber que la pareja era virgen antes de iniciar la vida sexual con ella: “mi pareja nunca había tenido, o sea, relaciones antes, entonces si estoy más que segura (de que no tiene VIH)”.

5.- *Sexo seguro*: Esta fue una de las prácticas de prevención a la que menos dijeron haber recurrido las participantes, sin embargo, las pocas que la mencionaron habían tenido pareja(s) ocasional(es) lo cual coincide con lo propuesto por Hammer, et al. (1996) y Rodríguez, et al. (1994) con respecto a que es probable que el sexo seguro se practique de manera menos frecuente en relaciones estables debido a que ambos miembros de la pareja están muy preocupados por mostrar la confianza, de la que tanto se ha hablado, y no ofender a la pareja.

Por otro lado, pensamos que las mujeres no perciben al sexo seguro como una práctica de prevención sino más bien, como lo sugiere Berer (1993), como un preámbulo al acto sexual, lo cual está muy relacionado con lo que la misma autora dice respecto a que el coito continúa siendo legitimizado como la definición de la relación sexual.

6.- *Uso del condón*: A pesar de ser esta práctica la que cuenta con un grado de efectividad mayor, es usada de manera irregular por las participantes, lo cual coincide con estudios como el realizado por Mejía (1995) y Lester (1995). Sin embargo, su uso fue mayor cuando se trataba de parejas ocasionales, resultado que concuerda con lo encontrado por la Dirección General de Epidemiología (1988), Alfaro, et al. (1992), Díaz Loving, et al. (1994), Rivera, et al. (1994), Vasconcelos y cols. (1994) y Robles y Moreno (1998).

A diferencia de lo hallado por Hammer, et al. (1996) y Harrison, et al. (s/f) respecto a que a los jóvenes les cuesta trabajo utilizar el condón después de no haberlo empleado por un tiempo, fue interesante encontrar que de las pocas participantes que aclararon el

momento en el que habían empezado a utilizar el condón, tres de ellas dijeron que fue después de un tiempo de no utilizarlo. Esto resulta alentador dado que relativiza la dificultad de introducir prácticas de sexo seguro una vez que se hayan tenido conductas de riesgo; sin embargo, es importante rescatar que la razón de empezar a usar el preservativo pareciera haber sido en algunos casos evitar un embarazo y no tanto prevenir infectarse de VIH ("al principio no utilizábamos condón pero últimamente ya como que lo establecimos como definitivo, más bien como medio de prevención natal").

Es muy importante aclarar que este último hecho, es decir, que la motivación principal de muchas mujeres para utilizar el condón fuera el embarazo, se dio aún con las parejas ocasionales y no sólo con las estables, como lo mencionan Berer (1993) y Hammer, et al. (1996): "no lo usamos (el condón) tanto por prevenirnos del SIDA, sino por un embarazo o algo así". Esto puede deberse a que el embarazo es percibido como un riesgo más tangible, las consecuencias de no haberse cuidado salen a luz en poco tiempo, en cambio una persona puede tener el VIH y no mostrar síntomas por un largo período de tiempo, lo cual de alguna manera fomenta el sentimiento de invulnerabilidad que las participantes mostraron a lo largo de las entrevistas.

Además, como lo mencionan Conway, Burque y Scott (1987) la maternidad es uno de los puntos básicos que marcan las diferencias genéricas entre hombres y mujeres, el ser madre es uno de los aspectos claves dentro del rol de género femenino por lo que la idea de quedar embarazada tiene un peso muy grande dentro el contexto subjetivo femenino y dado que las participantes aun son jóvenes, todavía no se sienten preparadas para desempeñar este rol cargado de tanta significación social: " (decidimos cuidarnos) no tanto porque si tenía SIDA o no, sino porque muchas veces tu no tienes, no sientes la responsabilidad de poder cuidar a un hijo, de poderlo educar, es muy fácil decir lo tengo y ya, pero no, lo difícil es educarlo, llevarlo, cuidarlo".

Por otro lado, el condón, aunque en menos casos, también fue percibido como medio para evitar el contagio de enfermedades de transmisión sexual, pero siempre como una razón más para utilizarlo y no como la única: "(usamos el condón) porque queremos ser responsables para evitar otro tipo de enfermedades, el SIDA y también para evitar embarazos".

Con respecto a la percepción que las mujeres tienen del condón se podría decir que ésta se limita a su eficacia como práctica preventiva, por lo que, a diferencia de lo hallado por Worth (1989), en nuestro estudio no salieron connotaciones negativas de su uso, incluso el único aspecto negativo reportado fue la disminución de la sensibilidad, el cual fue planteado por las participantes como una justificación carente de validez dada por muchos hombres para no prevenir. Un ejemplo claro de esto lo representa lo dicho por una mujer cuando se le preguntó por qué creía que las mujeres en general no llevaban a la práctica medidas de prevención: “es triste, yo creo que muchas mujeres nos dejamos a veces influenciar por el machismo... yo conozco a muchas mujeres que el hombre es (el que dice) cómo voy a usar el condón, no se siente nada”.

El único aspecto considerado como obstáculo para usar el condón fue su precio, el cual se dijo era elevado. Incluso cuando se habló acerca de que condiciones podrían facilitar la prevención, una de las participantes mencionó “que hubiera distribución gratuita de condones más seguido”.

Por otra parte, tampoco se habló de aspectos positivos del uso del (como los propuestos por Berer (1993), Paterson (1996) y Hammer, et al. (1996)) que fueran más allá de su función de prevenir embarazos, SIDA y ETSs. Esto puede estar vinculado con el hecho de que en las campañas y programas llevados a cabo se le ha manejado como un “salvavidas” que es indispensable usar, lo cual en muchos casos se asocia con un fuerte sentimiento de miedo, sin que se rescaten aquellos beneficios que de una u otra forma pueden hacer más atractivo e incluso placentero su uso: evita el goteo de semen, permite que se mantenga la erección durante más tiempo, se puede utilizar como juguete sexual, etc.

Respecto a lo planteado por Aldana (1994) de que la seguridad de la mujer depende de la voluntad del otro, dado que el condón es un dispositivo preventivo que debe ponerse el hombre, creemos que es importante mencionar que en el caso de las mujeres entrevistadas no en todos los casos fue así, dado que varias participantes, sobre todo cuando se trataba de un encuentro ocasional, dijeron no aceptar tener relaciones sexuales si no era con preservativo. Esto resulta positivo en el sentido de que muchas mujeres ya son capaces de pedirlo e incluso exigirlo preocupadas por el cuidado de su propia salud y porque como

sugieren Hammer, et al. (1996) y Díaz Loving (1997), el mejor predictor del uso del condón es que la mujer lo pida.

7.- Realización de la prueba de detección de anticuerpos contra el VIH: Primero que nada es muy importante señalar que las mujeres no perciben en sí misma a la realización de la prueba de VIH como una práctica de prevención, dado que nadie se refirió a ésta cuando se preguntó cómo podían evitar las mujeres en general infectarse de VIH. Esto puede deberse a que la prueba de VIH como tal no evita el contagio de la infección de un miembro de la pareja al otro, más bien informa el estatus serológico de las personas, a partir de lo cual se decide si se tendrán o no relaciones sexuales y los modos de prevención.

En lo que se refiere a las razones por las que las mujeres dijeron que tanto ellas como sus parejas se habían sometido a la prueba de VIH, varias coinciden con lo hallado por Berer (1993) y Hammer, et al. (1996) dado que entre los motivos que las participantes dijeron haber tomado en cuenta estuvieron: la petición por parte del compañero de que se la hiciera (la mayoría de las veces fue la mujer la que lo pidió); por querer iniciar una relación de carácter sexual (“antes de empezar a andar ya habíamos quedado que las parejas debían hacer eso (realizarse la prueba de VIH), que era una buena idea, casi, una carta de presentación”); para no usar condones durante el coito; y para dejar atrás el pasado y dejar de preocuparse del SIDA (“...mi novio había tenido una pareja sexual de la cual no estaba nada seguro, y entonces decidimos irnos a hacer la prueba para ver si nos había tocado...Si tenemos pues ya la pagamos y si no ya ahorita mismo decidimos ser fieles”).

Sin embargo, otras de las razones por las que las parejas de las mujeres entrevistadas se habían sometido a la prueba de VIH no se relacionaban con un compromiso con ella, sino con cumplir un requisito para, por ejemplo, entrar a una competencia. Lo que sí es un hecho es que sin importar la razón del sometimiento al test, el saber que la pareja había salido negativo ayudaba a que la mujer se sintiera con más confianza y seguridad dentro de la relación.

Como se muestra en uno de los ejemplos, algunas mujeres reportaron haber pedido a su pareja que se realizara la prueba porque anteriormente ésta había tenido otras compañeras sexuales, por lo que pareciera que las entrevistadas preferían estar seguras del

estatus serológico que evitar producir percepciones de desigualdad en la relación, como las señaladas por Hammer, et al. (1996).

Motivos por los que no se lleva a cabo la prevención y género:

A lo largo de la entrevista las participantes hablaron de diferentes características de su género, que en general dificultaban el poder llevar a la práctica medidas preventivas, por ejemplo, cuando se les preguntó por qué las mujeres en general no prevenían, entre las respuestas que se dieron fueron: "Porque la mujer no se valora"; "porque se tiene una autoestima muy baja". Sin embargo, lo que resultó muy interesante fue que las participantes, en general, hablaban del género femenino como si ellas no formaran parte del mismo; de esta forma, las explicaciones que se daban a preguntas sobre las mujeres, variaban cuando se trataba de su caso personal.

Esto pudo deberse a que dado que las características atribuidas a las mujeres en general eran negativas, las participantes preferían no decir o pensar que estaban incluidas dentro de éstas; el inconveniente es que esto puede dificultar la adopción de prácticas de prevención pues mientras se siga pensando que el problema es de los otros, que su relación es segura o que no se previenen por motivos situacionales que en cualquier momento se pueden cambiar, resultará más difícil introducir y adoptar prácticas de prevención.

Es de suma importancia rescatar que, como se mencionó anteriormente, aunque las mujeres sí tenían el nivel de conocimientos suficiente acerca del VIH, esto no implicó que lo llevaran a la práctica, lo cual concuerda con estudios como el de la Dirección General de Epidemiología (1988), el de Ramirez, et al. (1993) y el de Amaro (1995).

La manera en cómo las mujeres interpretaron el que no se llevaran a la práctica medidas de prevención de VIH dependió de si se referían a su propia experiencia o a las mujeres en general. Las participantes se refirieron a aspectos socioculturales cuando se trataba de explicar lo que sucedía con las mujeres en general, siendo importante resaltar que la mayoría de sus argumentos se relacionaban con aspectos vinculados con el género, como la falta de asertividad en la mujer, el machismo, la existencia de una doble moral sexual, etc. Esto coincide con lo hallado por Amaro y Gornemann (1992), quienes encontraron que el género y el poder eran barreras importantes en la reducción del riesgo.

Dentro de este mismo ámbito, las mujeres mencionaron un tema considerado por Miller (1986) como uno de los supuestos básicos necesarios para entender las conductas de riesgo de las mujeres: el estatus social. En nuestras entrevistas obtuvimos que las mujeres hicieron referencia a la condición subordinada haciendo énfasis, entre otras cosas, en la necesidad de complacer al hombre. Sin embargo, es muy importante hacer notar que cuando lo hicieron fue en un tono de crítica, lo cual nos habla de cierta incomodidad y desaprobación de las normas, valores, actitudes y creencias del papel tradicional femenino. Este punto, como menciona Amaro (1995), resulta ser fundamental cuando se trata de desarrollar un modelo de las conductas de riesgo que considere el estatus social de la mujer.

Esta necesidad de complacer al hombre en muchos casos se vincula al miedo que muchas mujeres sienten de perder a la pareja, ya que como Miller (1986) lo indica, para la mujer su relación con otros es de suma importancia, por lo que la amenaza de romper estas conexiones es percibida no sólo como la pérdida de una relación, sino como algo cercano a la pérdida total de su yo. Por esto en la experiencia subjetiva de las mujeres se encuentran presentes ideas como que hay que cuidar la relación para que de este modo "muy difícilmente tu pareja busque en otro lado lo que bien podría tener contigo" o que las mujeres "siempre se inclinan a tener relaciones sexuales por estar a la moda o pertenecer a alguien".

En relación con este aspecto también es importante mencionar que, como lo sugiere la misma autora, para las mujeres el sexo es algo que se tiene que dar a los hombres, la aceptación de su sexualidad es algo sin importancia. Un ejemplo claro de esto se presenta cuando se habla de que las mujeres no previenen "por darle a la pareja una muestra de amor".

Por otro lado, en lo que se refiere a la experiencia de las mujeres entrevistadas es relevante el hecho de que ya no mencionaron a los factores socioculturales como razones para explicar por qué no llevaban a cabo la prevención. Pareciera que las participantes resignifican, o como sugiere Laumann (1994), modifican los guiones culturales de tal forma que lo que se esperaría de su papel tradicional como mujeres no resulta ser un impedimento para llevar a cabo la prevención del VIH. Sin embargo, tampoco se puede dejar de lado que el que dichos factores no aparecieran dentro su discurso no implica que en la realidad

no estén presentes en un mayor o menor grado y de forma consciente o inconsciente en la vida de las mujeres.

Una de las razones que daban algunas de las participantes para no prevenir era que conocían bien a la pareja, y por consiguiente sabían que estaba sano, a pesar de que no se hubiera hecho ninguna prueba de VIH "obviamente con aquellos que tienes una relación más estable y de más confianza y conoces más sobre la persona, o sea, por ejemplo, en que ámbito se desenvuelve, entonces es a partir de ahí que te das cuenta de que tanto riesgo hay de que esté propenso o no". Sin embargo, también es importante rescatar que otras mujeres si estuvieron conscientes de la dificultad de saber si una persona estaba o no infectada e incluso una llegó a decir que había dejado de tener relaciones con un hombre porque éste se negaba a usar el condón alegando que se "veía bien", sano.

Dentro de este contexto es importante señalar que, a diferencia de lo encontrado por Gómez y Marin (1993), ninguna de las entrevistadas reportó haber tenido alguna vez miedo a la furia de la pareja en respuesta a la petición de que previnieran, sin embargo, sí hubo un caso en el que una de las participantes mencionó que su compañero "abusó" de ella en el sentido de que dijo estar previniendo cuando esto no era cierto. Esto también nos habla de cómo los hombres realizan un ejercicio de poder cuando se niegan a usar el condón o cuando amenazan con terminar la relación.

Sin embargo, es importante considerar que como mencionan Rivas y Amuchástegui (1997) y Berer (1993), el ejercicio del poder por parte de los hombres también tiene consecuencias negativas para éstos, puesto que no pueden defraudar una serie de expectativas; en el caso de las mujeres entrevistadas estuvieron presentes ideas como que el hombre debía de ser experimentado en el terreno sexual y también se dejó en varios casos la responsabilidad de la prevención a su cargo, lo cual, como mencionan Worth (1989), Bowser (1992) y Hammer, et al. (1996), puede estar relacionado con la manera en que fueron socializadas.

Por otra parte, puede rescatarse el hecho de que lo más común fue que las participantes atribuyeran características negativas a los hombres, casi todas relativas al machismo, cuando hablaban de ellos en general, pero cuando hablaban de sus parejas en concreto lo hacían de manera más positiva. Esto coincide con lo hallado en el estudio de Rivera (1995) en el sentido de que, como ya se había mencionado, las participantes de

nuestro estudio no tienen una única visión del hombre. A esto se suma que pareciera que es al género masculino en su totalidad al que perciben con características no muy deseables y de las que muchas de las parejas de las participantes están exentas, lo cual podría estar hablando de ese choque del que habla Castoriadis (1995) entre lo instituido y lo instituyente.

Retomando los principales elementos que Scott (1990) señala como constitutivos del concepto de género, encontramos que estuvieron presentes en el discurso de las participantes. De esta forma, hallamos que dentro del pensamiento de las mujeres acerca de las prácticas de prevención había varios mitos que evocaban representaciones múltiples al respecto, por ejemplo, cuando se le preguntó a una entrevistada que si siempre había prevenido respondió "Bueno, a excepción de una vez, pero una no es ninguna". Cuando se indagó con otra de las entrevistadas acerca de cómo sabía que su pareja estaba "sana" contestó "Bueno, ya tengo dos años con él y afortunadamente hasta ahorita no se ha presentado ningún problema". Además, también estuvo presente el mito de que la higiene era un elemento que ayudaba a prevenir infectarse de VIH.

Por otra parte, las mujeres sí estaban conscientes de la existencia de otros mitos prevalecientes en la sociedad y hablaban de ellos en forma crítica: "yo creo que eso (prevenir) no te evita que puedas ser sexy o seducir a la otra persona, sino que simplemente es cuidado"; también algunas participantes pensaban que el amor dentro de la pareja no era suficiente para evitar protegerse de una infección por VIH: "el amor, pues si, si es real, hay amor, pero el amor no basta tienes que proporcionarte también otras cosas".

De igual forma hay un replanteamiento de lo que Amuchástegui (1998) menciona como el "sumum de la erótica cristiana": que la mujer sea frígida y rígida, la mujer "receptáculo" que no se aventura a indagar sobre su propio cuerpo, pues dentro de las participantes encontramos una necesidad de obtener lo contrario "como mujeres debemos de saber, de no reprimir lo que es la sexualidad y darnos el chance de gozarla, entonces, si uno no se conoce, si uno no se siente, no se huele, si uno no se vive tal y como es, pues entonces vale gorro hablar con la pareja sobre el SIDA".

Respecto a los conceptos normativos propuestos por Scott (1990) expresados en las doctrinas educativas, legales y políticas que afirman categóricamente el significado de varón y mujer, encontramos que también estuvieron presentes en el contexto

subjetivo de las entrevistadas. Las mujeres hacían mucho énfasis en la importancia de la educación en general, y de la educación sexual en particular, estaban conscientes de que las pautas educativas tenían una gran influencia dentro de sus vidas al igual que lo impuesto por la sociedad respecto a lo que se espera de un hombre y de una mujer, en este caso particular, en el ámbito de la prevención.

De este modo, para las participantes las mujeres no prevenían porque: “Se piensa que el hombre es el que se tiene que cuidar y ser el responsable”; “porque las mujeres no hemos sido educadas para prevenir”; “porque las mujeres tenemos que estar calladas y hacer lo que el hombre diga”, y a la vez se pensaba que si la sociedad se desprendiera de todos estos tabúes impuestos de forma diferente para mujeres y hombres sería más fácil prevenir “yo creo que lo que se trata es de aceptarlo (la sexualidad) de una forma natural y quitar todos los tabúes sociales que hay que hacen que la mujer sea más inhibida y el hombre sea más aceptado socialmente”.

Además fue interesante que algunas de las mujeres tuvieron una actitud bastante positiva al respecto, en el sentido de que se habló de la necesidad de que la mujer también tuviera un papel activo, asumiera la responsabilidad del cuidado de evitar la infección por VIH y no simplemente esperara en forma pasiva a que el hombre lo hiciera o la sociedad cambiara: “la mujer se ha dejado manipular por el hombre cuando no quieren (usar condones), y si ellas insisten y si ellas los compran y si ellas también los traen en la bolsa pues no va a poder hacer el hombre lo que quiera ... vale más la pena que la mujer también los traiga, los dos los deben de traer”.

La familia, como lo propone Scott (1990) también jugó un papel importante en la forma de experimentar su rol de género y su sexualidad, la mayoría de las participantes deseaban que la familia hubiera sido más abierta y menos prejuiciosa hacia los temas relacionados con la sexualidad: “Yo no le puedo decir a mi mamá que tengo relaciones sexuales, o sea oriéntame, o sea no puedo, tengo que acudir a un centro de salud anónimo para que no, o sea, te tachen y te digan “ay mi hijita cómo va a tener relaciones tan chiquita”, entonces los papás se tienen que conscientizar y eso depende mucho de la preparación”. De esta forma, como lo propone Weeks (1995), pareciera que para las participantes los arreglos familiares y/o domésticos resultan un campo clave en la comprensión de los cambios en las costumbres sexuales.

Por otra parte también algunas de las mujeres entrevistadas hablaron y criticaron la asimetría prevaleciente dentro de su familia en donde como lo propone Galván (1988), el padre y la madre cumplían papeles distintos: "si uno pierde independencia económica también pierdes esa parte de responsabilidad que te toca, de decidir cómo puedes ayudarte tu misma a decir "sabes qué, yo prefiero esto", o sea, eso yo lo he visto con mis padres, eso no funcionó".

Vemos entonces que, las instancias socializadoras, particularmente las instituciones educativas y la familia, tienen una gran importancia dentro de la experiencia subjetiva de las mujeres entrevistadas, ya que como propone Bustos (1994) a través de estas instancias el sujeto integra e incorpora las consignas y determinaciones de la estructura sociales en la que interactúa.

La religión, que es otra de las instancias importantes propuesta por Bustos (1994) en el proceso de socialización, no salió a la luz a lo largo de las entrevistas, incluso aunque dentro del cuestionario sociodemográfico una de las preguntas que se hizo fue a que religión pertenecían y aproximadamente la mitad reportó que a ninguna y la otra mitad que a la católica, no se encontraron diferencias en sus respuestas con base a esta característica. Además resultó interesante que una mayor proporción de mujeres reportó ser católica en el grupo 2 (el grupo de mujeres con parejas tanto estables como ocasionales) que en el grupo 1 (mujeres únicamente con parejas estables).

Relacionado con todo esto vemos que dentro de las mujeres entrevistadas existe la idea planteada por Scott (1990) respecto a que "el género debe redefinirse y reestructurarse en conjunción con una visión de igualdad política y social" (p 302), lo cual a su vez se vincula con la idea de la necesidad de la democratización de las relaciones de pareja mencionada por Weeks (1995). Entre las mujeres entrevistadas la igualdad entre los miembros de la pareja jugó un papel de gran relevancia para poder prevenir, pues ya fuera de manera explícita (una de las condiciones que facilitaría a las mujeres prevenir es "hablar en términos de igualdad dentro de la pareja tanto económica como socialmente") o implícita ("que el hombre no decida todo" o "que el hombre escuche a la mujer") fue un tema presente en el discurso y, por consiguiente en el contexto subjetivo de las participantes.

Vinculado con esto también está lo dicho por las mujeres a lo largo de las entrevistas respecto a su propia vida, en donde pareciera que concuerdan con lo planteado por Conway, Burque y Scott (1987) y Lamas (1995), en el sentido de que las diferencias entre mujeres y hombres no son claras, ni aparentes; entre hombres y mujeres hay más semejanzas como especie que diferencias sexuales. En general las participantes hablaban de sus parejas sexuales como personas que al igual que ellas estaban preocupadas por la prevención, incluso más hombres que mujeres se habían hecho la prueba; además, reportaron tener una buena comunicación de pareja, y al parecer había un interés y compromiso mutuo de que la relación se llevara por un buen camino, lo cual incluía en muchos casos que ambos miembros de la pareja gozaran de una buena salud.

Sexualidad y prevención:

Pareciera que en efecto, como señala Aldana (1994), la sexualidad, el SIDA y el género son tres temas íntimamente relacionados, dado que aunque ninguna de las preguntas de nuestra entrevista hacía referencia explícita a la sexualidad, las participantes hicieron alusión a ella y la vincularon con el género, sobre todo a la hora de hablar de factores que podrían facilitar la prevención tanto a nivel particular como de las mujeres en general.

Es interesante notar como las mujeres, al igual que en el caso de los patrones tradicionales de género, manifestaron la necesidad de un cambio en la manera en cómo la sociedad maneja lo relacionado con la sexualidad, pues hablaron de que debía gozarse y no reprimirse, de que era un tema que debía aceptarse con más naturalidad y de que tendrían que irse eliminando los tabúes del sexo, porque lo único que hacen es limitar la actividad sexual de las personas e impedir que las mujeres expresen sus necesidades sexuales (“empezar a decirle (a la pareja)... “¿sabes? a mi no me gusta que me toques así, o a veces no me gusta que me beses así”” “ Yo creo que a veces es difícil (tener confianza y conocer realmente a la pareja) por los tabúes, que todavía hay por ejemplo del sexo, de decir, “ay ¿Cómo le voy hablar sobre ese tema” va a pensar que ya luego me quiero acostar con él”).

Esto nos recuerda, por un lado, la idea manejada por varios autores, entre ellos Barbieri (1992) y Dixon -Muller (1992) de que la sexualidad es un producto social que incluye acciones y prácticas cargadas de sentido; y por otro, lo mencionado por Díaz (1997)

con respecto a que a las mujeres les cuesta pedir explícitamente al hombre lo que quieren sexualmente.

De aquí se desprende la importancia del señalamiento de Aldana (1994) cuando sugiere que si no se acepta la sexualidad no se puede aceptar la necesidad de utilizar la prevención al ejercerla, hecho del cual las mujeres están conscientes e incluso señalan como una de las condiciones que ayudarían a que la mujer adoptará prácticas de prevención "que las mujeres y bueno en la población en general se de más, se conscienticen más acerca del problema (del SIDA) y ya se acepte de forma natural la sexualidad de cada persona".

Las mujeres entrevistadas hablan claramente de una serie de aspectos sociales que marcan la manera en cómo se vivencia la sexualidad, como los mencionados anteriormente, que a la larga llevan a las mujeres a suponer que prevenir es algo "malo". Desde el punto de vista de las entrevistadas esto no debería de ser así, pues incluso señalan que entre las condiciones que facilitarían que la mujer pudiera prevenir están: "Que estén informadas, y saber que el que prevengan no tiene absolutamente nada de malo, el que tú le digas a tu pareja que se ponga un condón no tiene absolutamente nada de malo, que es muy natural y que bueno, que es tanto bueno para él como para ella".

Esto tiene mucho que ver con el hecho de que para prevenir es necesaria cierta planeación y, como sugiere Rodríguez, et al. (1994), planear, especialmente en las mujeres, resulta altamente condenable. Este punto es muy importante, entre otras cosas, porque como señala Díaz Loving (1997), si no se planea prevenir en una primera relación, lo más común es que no se haga más tarde.

También relacionado con el tema de la sexualidad es importante rescatar que como Wallace (1995) sostiene, se espera que los hombres sean los que tomen la iniciativa en las relaciones y a menudo se estigmatiza o castiga cualquier protagonismo sexual de las mujeres, lo cual puede haber influido en que sólo dos de las entrevistadas mencionaran que han llevado condones a sus encuentros sexuales. Además, al igual que en el estudio realizado por Rivera (1995), las participantes hicieron varias veces alusión a la falta de asertividad de las mujeres durante sus encuentros sexuales, puesto que hablaron de que en muchos casos únicamente por vergüenza y miedo ante lo que la pareja pudiera pensar, no se expresa aquello que les gusta y aquello que no, y menos aún se pide el uso de protección.

Esto a su vez nos lleva a pensar en la existencia de la doble moral sexual, la cual queda claro que está presente en el pensamiento de las participantes cuando hablan de las razones por las que las mujeres en general no previenen, pues hacen referencia a que la sociedad parte de que la mujer no debe de tomar la iniciativa, ni tener relaciones antes de casarse, ni varias parejas, y que es el hombre quien debe de tomar las decisiones. Esta presencia de la doble moral sexual en el discurso de nuestras participantes coincide con lo encontrado por Bazañez y Alducin en las encuestas que realizaron con estudiantes universitarios del D.F. en 1989.

En relación con esto es importante mencionar que dentro de la experiencia subjetiva de las participantes también se encontró lo descrito por Lamas y Liguori (1996) respecto a la violencia simbólica que implica pedir prácticas de prevención al conjurar esto el fantasma de la prostitución: “no le decimos a nuestra pareja lo que pensamos por miedo a que nos tome como una cualquiera o como otra persona que no es la que él quiere”.

También es necesario rescatar que dentro del discurso de las entrevistadas estuvo muy presente esa escisión de la figura femenina de la que hablan Rodríguez, et al. (1994), en el sentido de que por un lado se habla de la mujer decente y por otro de la erotizada. Ejemplos de esto los constituyen aclarar que se pueden infectar de VIH tanto la “dama decente” como la prostituta, o el hecho de que aquellas que habían tenido parejas ocasionales se justificaran diciendo que había sido con un amigo y no con una persona que hubieran conocido la misma noche.

Esto mismo puede explicar el hecho de ninguna de las entrevistadas reportó que su pareja le hubiera pedido realizarse la prueba de VIH, pareciera como también menciona Rodríguez, et al. (1994), que la mujer vista como decente o seria se encuentra libre moralmente y por consiguiente es garantía de salud e imposibilidad de contagio.

La comunicación y negociación dentro de la pareja:

La comunicación con la pareja fue vista como un elemento facilitador importante para la adopción de las prácticas de prevención, sin embargo, cuando se exploró más acerca de cómo era se habló de ella en términos superficiales e incluso dos personas dijeron que dentro de su pareja el SIDA era visto como un tema de poca relevancia, lo cual se vincula con lo hallado por Clein y cols. (1992), Williams, et al. (1992) y Hammer, et al. (1996).

Otro punto importante en relación con la comunicación acerca del SIDA es que ésta, como lo maneja Ingam (1991) y Williams, et al. (1992), aumenta conforme la relación madura, por lo cual puede pensarse que la comunicación llega a ser de mejor calidad y mayor cantidad dentro de las parejas estables, lo cual queda claro con lo dicho por una de las participantes respecto a que: "la comunicación es abierta, porque ha sido un proceso ...empezamos a salir, empezamos a platicar más, se ha dado poco a poco, yo creo que conforme ha pasado el tiempo nos hemos dado así como que más confianza".

Con respecto a la negociación de las prácticas de prevención, la mayoría de las mujeres manifestaron que sí negociaban con su pareja, a diferencia de lo encontrado por Rivera (1995) respecto a que el hombre era el que solía decidir. Sin embargo, es importante aclarar que la forma de negociar sí varió dependiendo de si se trataba de una pareja ocasional o de una estable. En el caso de la primera las mujeres dijeron ser más tajantes ("Con las parejas ocasionales hay que exigir más y decir 'pues no, sabes qué no va haber nada'") y tener una comunicación más escasa e implícita que en el caso de las segundas, lo cual sí coincide con lo encontrado por Rivera (1995).

Además es importante mencionar que al igual que en lo hallado por Hammer, Fisher y Fitzgerald (1996) fueron más los casos en los que las mujeres propusieron o iniciaron la discusión con respecto a la utilización de prácticas de prevención, lo cual puede deberse a que la prevención del VIH, es un tema que tiene mayor relevancia dentro de la vida de las mujeres, dado que el cuidado de la salud es una de las características importantes dentro de las de su rol de género.

Parejas estables vs parejas ocasionales:

Además de lo expuesto a lo largo de la descripción y análisis de resultados es interesante rescatar lo que dice Paterson (1996) con respecto a que las "mujeres enamoradas" son el grupo de mayor riesgo, dado que las participantes de nuestro estudio que mantenían relaciones estables eran las que se sentían más seguras y por ende con una menor necesidad de protección. De esta forma, como menciona Berer (1993), "cuando los jóvenes consideran toda relación como sólida hasta que se demuestre lo contrario, el uso del condón resulta algo bastante impredecible" (p. 206).

A esto se suma que, como mencionan Offir y cols. (1993), las personas que no están dentro de una relación estable perciben los costos-beneficios de tener prácticas de prevención de VIH de manera diferente, es decir, el costo de iniciar conductas preventivas es mucho menor, pues tienen una inversión baja en la relación y reciben pocos beneficios psicológicos de ella, además el costo de dañarla o perderla por tener conductas de prevención de VIH es relativamente bajo.

Tal y como lo mencionan Berer (1993) y Hammer, et al. (1996), varias de las mujeres reportaron haber cambiado de práctica preventiva con su pareja estable al paso del tiempo, de condón a pastillas, argumentando un mayor conocimiento del compañero, mayor confianza y seguridad en la relación: "ya cuando está estable y que digo, es una relación a futuro o "x", o que va a haber algo ¿no?, entonces ya vas más seguro, entonces ya mi único punto es no embarazarme".

Conclusiones:

Es importante rescatar que el hecho de que las mujeres perciban que sí están previniendo, aunque objetivamente la mayoría de las prácticas que utilizan sólo tenga como respaldo la confianza en la pareja, dificulta que puedan incorporar a su experiencia subjetiva prácticas que les brinden mayor seguridad, como sería el caso del condón y el sexo seguro.

Pareciera que las mujeres entrevistadas se encuentran en un periodo de transición, puesto que por un lado están conscientes y son capaces de verbalizar que existe una carga cultural, "una herencia con la que no hemos podido terminar" que contribuye a que las mujeres en general no prevengan, cosa que para muchas de las participantes es un acto irresponsable; pero por el otro, también pareciera que este discurso no ha sido totalmente asimilado dentro de sus vidas y que, como lo mencionan Rivera (1995) y Aggleton (1998), todavía existen dentro de su contexto subjetivo una serie de mitos y creencias alrededor de la sexualidad que operan en un nivel no consciente y que a pesar de ser contradichos por la racionalidad y la información se han convertido en parte misma de su discurso y de su identidad, ocasionando que, entre otras cosas, la prevención sea vista como algo inadmisibles e incluso ridículo.

Esto toma sentido si recordamos lo que propone Castoriadis (1995) con respecto a la existencia de dos sistemas: el instituido y el instituyente. Esa serie de construcciones

sociales como los mitos y discursos que ordenan y legitiman la manera en como debe vivirse la sexualidad, son lo que este autor denomina como sistema instituido, el cual por su misma naturaleza es el sistema de sentido que garantiza la continuidad del poder establecido, al plantear una dicotomía entre lo lícito y lo ilícito, lo permitido y lo prohibido.

Por otra parte, la interpretación que las mujeres le dan a este discurso en la actualidad se relaciona con el sentido instituyente, el cual da la posibilidad de cambio, dado que es el que refiere a nuevos organizadores de sentido. Un ejemplo de esto lo encontramos en una entrevista en donde se plantea que no importa “que la mujer se acueste con quien quiera, lo importante es ser precavido, en el sentido de usar un condón”; de esta forma lo relevante es que la mujer sea responsable y cuide su propia salud y no que cumpla con las pautas impuestas por la sociedad en donde está mal visto que la mujer tenga más de una pareja sexual.

Esto tiene mucho que ver con lo que manifiesta Aggleton (1998) respecto a que “vivimos nuestras vidas sexuales de acuerdo a principios que son específicos de nuestro entorno”, la sociedad genera costumbres, normas, prácticas y creencias que regulan la expresión sexual, por lo que la forma en que las participantes perciben a la sociedad es un factor muy importante que influye en la forma en que experimentan su sexualidad. Para muchas entrevistadas la sociedad aun constituye un freno dado que mantiene vigente muchos prejuicios: “Hay un condón que todavía no está aceptado para la mujer, pero bueno, digamos que ni las relaciones sexuales están aceptadas para la mujer”.

Es importante señalar que las mujeres no sólo están conscientes de la presencia de esta carga cultural, sino que a la vez dentro de su discurso aparece un rechazo a continuar con ella: “Yo creo que hay que romper con esos tabúes, o esos prejuicios..... de que dé pena decirle a tu pareja ‘oye ¿tienes un condón?’”. De igual forma las mujeres ya no quieren continuar con su condición de víctima, sino que se quiere una situación de igualdad, que ambos puedan tomar la iniciativa de prevenir y la responsabilidad del propio cuidado: “es un abuso por parte de los hombres (no avisar que no se están protegiendo) pero si uno no se cuida como mujer nadie te va a cuidar”.

Esto se relaciona con que, como lo plantea Bustos (1994), la socialización también incluye aquellos procesos que hacen a la persona única, dando la posibilidad de que trascienda los roles que generalmente le son atribuidos por la sociedad; de este modo, las

participantes no repiten de forma automática los patrones dictados por la cultura sino que como lo plantean Conway, Burque y Scott (1987), la idea que se tiene sobre la propia identidad de género y sexualidad se manifiesta en las negativas, reinterpretaciones y aceptaciones parciales de los temas dominantes. Creemos que todo esto se dio más en el caso de las mujeres que habían tenido parejas ocasionales, pues el simple hecho de que la mujer se permitiera a sí misma tener encuentros casuales ya marca un rompimiento importante con la moral sexual impuesta por la sociedad.

Por último, creemos que es importante no menospreciar el hecho de que algunas mujeres tienen una visión más alentadora en el sentido de que consideran que actualmente la sociedad es más abierta, más permisiva: "(la sociedad) ya se ha vuelto más plural en cuanto al aspecto sexual"; "hace 20 años era más difícil tener encuentros ocasionales... la gente era más conservadora". Esto es importante porque de alguna manera facilita que las mujeres se sientan más libres, puedan experimentar con su sexualidad, la acepten y, por consiguiente, lleven a cabo la prevención.

Tomando en cuenta lo revisado a lo largo del presente trabajo pueden hacerse una serie de sugerencias para futuras campañas de prevención:

Dado que en nuestro estudio salió a la luz que cuando las mujeres se encontraban en una relación estable, incluso aquellas que alguna vez habían tenido pareja(s) ocasional(es), la adopción del uso del condón resultaba difícil, el sólo enfatizar su utilización de la forma en que se ha hecho hasta ahora parece resultar infructuoso. Deberían de promoverse abiertamente otras ventajas del condón, como las descritas por Berer (1993), y hacerlo ver como sinónimo de confianza y placer sexual, dejando de asociarlo únicamente con la enfermedad y la muerte.

Dado que la fidelidad mutua cuenta con una mayor aceptación, es necesario que las campañas retomen esta práctica pero haciendo hincapié en la importancia de que haya una comunicación abierta y sincera, y que si se llegan a dar relaciones sexuales fuera de la pareja sea con la utilización del preservativo; de igual forma se debe enfatizar que antes de empezar a tener relaciones sin protección es necesario que se realicen ambos miembros de la pareja la prueba de VIH para que se sepa el estado serológico de cada uno con base en datos reales y no a teorías personales o suposiciones infundadas.

Las autoras de este estudio sabemos que la utilización continua del condón es mucho más efectiva que la sugerencia del párrafo anterior, sin embargo, dada la forma en cómo perciben la mujeres las prácticas de prevención creemos que puede resultar más provechosa la adopción de la fidelidad mutua bajo estos parámetros, pues pareciera que se inserta de mejor manera en el contexto subjetivo de las entrevistadas. Como menciona Bronfman et al. (1995), es necesario escoger los elementos más cercanos emocionalmente y de vital significación individual para lograr posibles cambios de conducta frente al riesgo de contagio y peligro de muerte.

Por otra parte, pensamos que el contenido de las campañas, ya sean elaboradas por CONASIDA, la SEP, las ONGs, programas que se promuevan al interior de la familia, debe variar dependiendo de si están dirigidos a evitar la infección de VIH en parejas ocasionales u estables, ya que en el caso de las primeras, dadas las respuestas de las entrevistadas, es mucho más factible que se adopte el uso continuo del condón. De esta forma, concordamos con Barquet (1994) en el sentido de se deben de tratar de ofrecer a cada grupo acciones concretas que puedan realizar y que las futuras campañas deben partir de las realidades cotidianas de las personas para que de esta forma se puedan llegar a interiorizar dichos mensajes.

Para ambos tipos de pareja, con la ayuda de talleres y campañas se debe de insistir en la práctica del sexo seguro, intentando desligarlo de la idea de que su realización únicamente sirve de preludeo a la relación sexual, o como sustituto con menor valor de la misma, se debe elevar su concepción, que dentro del contexto subjetivo de las mujeres se perciba como una práctica que no conlleva riesgo alguno de infección de SIDA, ETSs y embarazo y si encierra un gran placer, a la vez que implica imaginación y creatividad por parte de ambos miembros de la pareja.

Las campañas no deben basarse en evitar la infección de VIH por miedo a la muerte o a formar parte de un grupo estigmatizado por la sociedad, sino que deben sustentarse en el goce de la sexualidad, bajo un compromiso, cuidado y responsabilidad mutua con la pareja ya que, como lo mencionan Aldana (1994) y Lamas (1997), el placer se potencia con la responsabilidad, por lo que es necesario hablar a favor de éste, buscando formas para imaginar, crear y desarrollar la sexualidad en un contexto más seguro, un espacio que le

permita a la mujer incorporar el fenómeno del SIDA a su vida cotidiana y no sentirse insegura, aunque tampoco invulnerable.

A pesar de que las mujeres que entrevistamos sí tenían, en términos generales, un conocimiento adecuado de qué es el SIDA, igual persistían ciertos mitos, por lo que es necesario que sin centrarse en ello, las campañas continúen informando a la población acerca de la enfermedad, sobretodo si tomamos en consideración que la muestra se hizo con un grupo, que dadas sus características (nivel universitario) tiene un conocimiento de la enfermedad que seguramente es mayor que el de la población general. Además es necesario que, como lo mencionan Estebanéz y Nájera (1991), los programas de educación sanitaria incluyan información sobre los comportamientos que no conllevan riesgo de transmisión de VIH.

A pesar de esto es importante que, como lo señalan Amuchastegui, et al. (1990), los programas preventivos no sólo abarquen la estrategia informativa sino también la educativa en donde se trabaje a nivel afectivo y conductual: ¿cómo me siento al proteger mi propia salud y la de mi pareja?, ¿qué me hace sentir adoptar tal o cual práctica de prevención?, ¿por qué si conozco diferentes medidas de prevención no las llevo a la práctica?, etc.

A lo largo de las entrevistas se pudo apreciar claramente que la respuesta de la pareja juega un papel muy importante en la forma en que las mujeres perciben las prácticas de prevención y por supuesto en la manera en que negocian las mismas, por lo cual creemos que las campañas deben hablar en plural, no sólo dirigirse al individuo como un ser aislado sino tomar también en cuenta a la pareja, e incluso ir más lejos y abarcar también a la familia, las instituciones y la sociedad en general, pues como lo mencionaron las entrevistadas, las instancias socializadoras juegan un papel importante en la forma en que se interpretan y vivencian las prácticas de prevención.

De este modo, como lo menciona Berer (1993), las estrategias de prevención deberían de hacer énfasis de forma global en el individuo como miembro responsable de una red social o familiar; valores de cooperación y unidad con base en la cultura podrían ser agentes más poderosos para motivar un cambio en el comportamiento de lo que pudieran serlo llamamientos a acciones estrictamente individualistas como "protégete a ti

mismo" porque, además, hay que recordar que para las participantes una manera de mostrar amor al otro era cuidando su salud.

Aunque a nivel personal no se reportaron grandes diferencias con respecto a que los hombres gozaran de más privilegios o poder que las mujeres, a nivel del género femenino estos factores socioculturales tuvieron un gran peso, por lo que concordamos con Werner y Bower (1982) y Freire (1970) en el sentido de que la estrategia actual de incrementar el uso del condón sin considerar la desigualdad entre hombres y mujeres parece tener un propósito reformista y no una función transformadora que tenga el objetivo de cambiar la sociedad para conocer las necesidades de la gente; de igual forma, según lo reporta Paiva y cols. (1993) se ha visto que los programas operativos donde se trabaja la ideología de género a través de los medios socialmente construidos, los prejuicios y la impotencia ante el SIDA han resultado ser los cursos más efectivos.

Por otra parte la comunicación fue un elemento al que las mujeres recurrieron como un gran facilitador para que se pudieran adoptar las prácticas de prevención, por lo que resultaría beneficioso que dentro de talleres dirigidos al fomento de la prevención de ETS y SIDA se incorporen programas como el entrenamiento en habilidades sociales en donde, según lo planteado por Amaro (1995) se incrementan varias habilidades de comunicación sexual, como negociar prácticas de sexo seguro y rechazar propuestas o coerciones para involucrarse en prácticas de alto riesgo.

Aunque el papel de la mujer dentro del ámbito de la prevención puede resultar muy fructífero dado su rol tradicional de socializadora, educadora y guardiana del hogar y de la salud de los miembros que la integran, es importante que en vez de fomentar este estereotipo, se intente promocionar que la pareja comparta y se responsabilice de la propia salud y la de los hijos, es decir, como lo menciona Amaro (1995), que a las mujeres no se les continúe encargando más que a los hombres la responsabilidad de reducir el riesgo de la infección.

Además es necesario que las políticas públicas (gubernamentales, educativas, sociales) y los medios masivos de información, fomenten que la sociedad se comporte de manera más abierta y comprensiva hacia los temas sexuales, dado que es una realidad que los jóvenes inician su vida sexual a una edad temprana (la edad de inicio sexual de las participantes coincidió con los datos reportados por la Dirección General de Epidemiología

(1988), Ramírez (1993) y Robles y Moreno (1998), dado que el promedio de edad fue de 17.8 años.). Además, como lo plantea Aldana (1994), si no se asume la propia sexualidad, no se puede aceptar la necesidad de utilizar la prevención al ejercerla, por lo que mientras la sociedad siga manteniendo tantos mitos y tabúes entorno a la sexualidad, la prevención de enfermedades continuará teniendo un freno importante para su realización.

CAPÍTULO IX

SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

En primera instancia, pensamos que hubiera resultado interesante trabajar con hombres, pues pese a que no dudamos que se encontrarían diferencias en la forma en que perciben las prácticas de prevención con respecto a las mujeres, también resultaría útil saber en qué puntos coinciden para que con base en esto se realizaran campañas dirigidas a las parejas, pues después de todo, como lo menciona Conway, Burque y Scott (1987), las diferencias entre hombres y mujeres no son ni aparentes ni están claramente definidas. Además como lo indica Paterson (1996) es importante pero no suficiente trabajar con las mujeres, es necesario insistir en el género como tema de relación, no de confrontación.

Unido a esto está el hecho de que muchas mujeres dijeron que sus parejas también estaban preocupados por prevenir el VIH, lo cual es alentador en el sentido de que pareciera que el hombre también tiene interés en cuidar su propia salud. Sin embargo, resultaría beneficioso comprobar esto preguntándole a ellos mismos su opinión acerca de la prevención del VIH.

Ante lo planteado por Otner y Whitehead (1991) respecto a que hombres y mujeres de un mismo rango están mucho más cerca entre sí que de los hombres y mujeres con otro estatus, hubiera sido interesante que el estudio se hubiera realizado con mujeres pertenecientes a diferente estatus social (la mayoría pertenecían a la clase media y media baja y tenían un nivel alto de escolaridad), pues aunque en la entrevista sí se atribuyeron características diferentes al género masculino y femenino y prácticamente no se hizo alusión a la clase social, resultaría interesante ver si se encuentran diferentes respuestas en mujeres con distinto estatus socioeconómico.

Además, esta información podría utilizarse para que, si se llegan a encontrar diferencias en la forma en que se perciben las prácticas de prevención del VIH, las campañas y talleres se focalizaran en diferentes aspectos (incluyendo el tipo de lenguaje utilizado), dependiendo del contexto subjetivo de cada clase social y nivel educativo. De esta manera, en algunos sectores de la población resultaría beneficioso introducir el tema, es decir la prevención del VIH, con problemáticas más generales del sector salud, de tal

forma que los participantes no se sintieran ni asustados, ni agredidos al ser el SIDA una enfermedad fuertemente asociada con la sexualidad y la muerte.

De esta forma, el investigar otros segmentos de la población podría proporcionar importantes aportaciones en la comprensión de cómo se percibe la prevención del VIH / SIDA, sobretodo en segmentos que han sido descuidados a lo largo del tiempo (indígenas, población rural, empleados, obreros). Sin embargo, para poder lograr esto es necesario que el gobierno, mediante diferentes instituciones, aporte un mayor presupuesto para poder llevar a cabo este tipo de estudios ya que al requerirse una gran cantidad de tiempo para su realización, es necesario que las personas que lo lleven a cabo cuenten con un sustento económico que los respalde.

A pesar de esta limitación respecto a la muestra, no deja de ser importante haberlo hecho con mujeres universitarias puesto que se puede ver de forma clara como el tener una posición privilegiada respecto al nivel educativo no garantiza que se lleve a cabo la prevención del VIH / SIDA.

Por otra parte, con relación a la metodología, hubiera resultado interesante complementar la investigación con la realización de grupos focales, para de esta forma cruzar la información con lo obtenido en las entrevistas, comparando así el discurso de las mujeres cuando se encuentran solas, con aquel que manejan cuando se encuentran inmersas en un grupo de pares lo cual definitivamente influye y en muchos casos enriquece las respuestas de sus participantes.

Es necesario retomar que, como se mencionó en la discusión y conclusiones, resulta alentador que la mayoría de las mujeres entrevistadas sean críticas de la manera en que la sociedad maneja lo relacionado con el género, la sexualidad y la prevención del VIH; sin embargo, es muy importante tomar en cuenta que se trabajó con una muestra de características muy específicas y la influencia de la deseabilidad social que pudo haber sesgado las respuestas de las participantes, en particular, cuando se referían a sus propias vidas, por lo que sería interesante buscar la manera de obtener información de tal forma que las entrevistadas no se sintieran calificadas por el investigador. Esto podría lograrse con el desarrollo de instrumentos que en lugar de preguntas directas incluyeran viñetas o historias, donde la persona pudiera proyectar lo que realmente siente y vive.

Por último otra limitación de nuestra investigación es el hecho de que los resultados encontrados no se pueden generalizar a otras poblaciones, debido al tipo de muestreo utilizado (no aleatorio) y la metodología empleada (cualitativa, donde se da prioridad al análisis micro y no al macro), sin embargo, es importante rescatar que el objetivo de nuestra investigación fue comprender cómo las mujeres universitarias perciben la prevención del VIH SIDA y no el generalizar los resultados encontrados.

ANEXO 1 :
CUESTIONARIO DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS :

1. Nombre
2. Edad :
3. Religión :
4. Carrera :
5. Semestre actual que cursas :
6. ¿Actualmente trabajas en algún lugar ? SI NO (Si la respuesta es negativa pasa a la pregunta 9)
7. ¿Dónde trabajas ?
8. ¿Qué puesto tienes ?
9. ¿A cuánto asciende tu sueldo ?
10. Lugar de nacimiento : (Si es el DF pasa a la pregunta 12)
11. ¿Cuánto tiempo llevas viviendo en el DF ?
12. ¿En qué colonia vives ?
13. ¿ Que tipo de vivienda habitas ? a) casa sola b) departamento c) vecindad d) cuarto e) otra (especificar)
14. El tipo de vivienda que habitas es : a) propio b) rentado c) prestado
15. ¿Cuántas personas viven en la casa ?
16. ¿Cuántos dormitorios hay ?
17. ¿Cuántas parejas sexuales estables has tenido ?
18. ¿Cuántas parejas sexuales ocasionales has tenido ?
19. ¿ Actualmente tienes pareja sexual? SI NO (si la respuesta es negativa pasa a la pregunta 21)
20. ¿Cuanto tiempo llevas con tu pareja actual ?
21. ¿A qué edad iniciaste tu vida sexual ?
22. ¿En dónde nacieron tus padres ?
23. ¿Dónde viven actualmente ?
24. ¿Cuál es la escolaridad de tus padres ?
25. ¿ A qué se dedican tus padres ?
26. ¿ A cuánto asciende el ingreso familiar ?
27. Teléfono :

ANEXO 2

Resultados: datos sociodemográficos

Pareja estable

VARIABLES	RANGOS	FRECUENCIA	MEDIA		
EDAD	19	1	21.3		
	20	4			
	21	3			
	22	2			
	23	1			
	24	2			
RELIGIÓN	Ninguna	8			
	Católica	5			
CARRERA	Psicología	2			
	Derecho	2			
	Economía	1			
	Pedagogía	2			
	Letras Hispánicas	1			
	Historia	1			
	Estudios Latinoamericanos	1			
	Relaciones Internacionales	1			
	Comunicación	1			
	Sociología	1			
	SEMESTRE ACTUAL	Segundo		3	
		Cuarto		1	
Sexto		4			
Octavo		3			
Décimo		1			
Pasante		1			
TRABAJA	No	9			
	Sí	4			
LUGAR DE TRABAJO	ISSSTE	1			
	Escuela	1			
	IMIFAP	1			
	Negocio propio	1			
PUESTO	Jefe de oficina	1			
	Profesora	1			
	Facilitadora	1			

SUELDO	\$6,000 mensuales	1	
	\$15 la hora	1	
	\$1,600 mensuales	1	
	\$2,000 mensuales	1	
LUGER DE NACIMIENTO	D.F.	12	
	Provincia	1	
TIEMPO DE VIVIR EN EL D.F.	4 años	1	
TIPO DE VIVIENDA	Departamento	5	
	Casa	8	
DE QUIÉN ES LA VIVIENDA	Propia (o)	11	
	Rentada (o)	1	
	Prestada (o)	1	
NÚMERO DE PERSONAS QUE LA HABITAN	3	1	
	4	4	
	5	6	
	6	2	
NÚMERO DE DORMITORIOS	2	4	
	3	6	
	4	3	
NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES	1	10	1.3
	2	2	
	3	1	
PAREJA SEXUAL ACTUAL	No	5	
	Sí	8	
AÑOS DE DURACIÓN DE LA RELACIÓN	2 - 3	3	
	3 - 4	1	
	4 - 5	2	
	5 - 6	2	
EDAD DE INICIO DE LA VIDA SEXUAL	15	1	18.1
	16	2	
	17	3	
	18	3	
	20	2	
	21	1	
23	1		

LUGAR DE NACIMIENTO DE LOS PADRES	Ambos D.F.	5	
	Ambos provincia	2	
	Padre D.F.	3	
	Padre provincia	3	
	Madre D.F.	3	
	Madre provincia	3	
LUGAR DONDE VIVEN ACTUALMENTE	Ambos D.F.	10	
	Ambos provincia	2	
	Padre D.F.	1	
	Madre provincia	1	
NIVEL DE ESCOLARIDAD	Ambos licenciatura	4	
	Ambos preparatoria	2	
	Ambos secundaria	1	
	Padre licenciatura	3	
	Padre preparatoria	3	
	Madre preparatoria	1	
	Madre secundaria	5	
OCUPACIÓN DE LOS PADRES	Ambos profesionistas	2	
	Ambos maestros	2	
	Ambos comerciantes	3	
	Ambos empleados	1	
	Padre maestro	1	
	Padre comerciante	2	
	Padre empleado	2	
	Madre comerciante	1	
	Madre ama de casa	3	
Madre modista	1		
INGRESO FAMILIAR	\$3,000 – 6,000	3	
	\$6,000 – 9,000	3	
	\$9,000 – 12,000	1	
	\$12,000 – 15,000	1	
	\$15,000 – 20,000	1	
	Más de \$20,000	1	
	Variable	2	
	No sé	1	

Pareja ocasional

VARIABLES	RANGOS	FRECUENCIA	MEDIA
EDAD	18	3	20.7
	19	1	
	20	1	
	21	1	
	22	2	
	23	2	
	24	1	
RELIGIÓN	Ninguna	5	
	Católica	5	
	Cristiana	1	
CARRERA	Psicología	1	
	Pedagogía	1	
	Historia	1	
	Ciencia Política	3	
	Comunicación	1	
	Administración Pública	1	
	Derecho	1	
	Economía	2	
SEMESTRE ACTUAL	Segundo	4	
	Cuarto	2	
	Octavo	2	
	Décimo	2	
	Pasante	1	
TRABAJA	No	10	
	Sí	1	
LUGAR DE TRABAJO	Limusa	1	
PUESTO	Traductora	1	
SUELDO	\$1,500	1	
LUGAR DE NACIMIENTO	D.F.	9	
	Provincia	2	
TIEMPO DE VIVIR EN EL D.F.	4 años	1	
	6 años	1	
TIPO DE VIVIENDA	Casa	5	
	Departamento	6	

DE QUIÉN ES LA VIVIENDA	Propia (o)	6	
	Rentada (o)	4	
	Prestada (o)	1	
NÚMERO DE PERSONAS QUE LA HABITAN	1	1	
	2	1	
	3	2	
	4	4	
	5	2	
	7	1	
NÚMERO DE DORMITORIOS	2	5	
	4	4	
	6	1	
PROMEDIO DEL NÚMERO TOTAL DE PAREJAS SEXUALES			5
NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES ESTABLES	0	1	2.18
	1	2	
	2	4	
	3	3	
	5	1	
NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES OCASIONALES	1	5	2.81
	2	2	
	3	2	
	4	1	
	12	1	
PAREJA SEXUAL ACTUAL	No	6	
	Sí	5	
AÑOS DE DURACIÓN DE LA RELACIÓN	1 - 2	1	
	2 - 3	3	
	3 - 4	1	
EDAD DE INICIO DE LA VIDA SEXUAL	14	1	17.4
	16	3	
	18	4	
	19	2	
	20	1	

LUGAR DE NACIMIENTO PADRES	Ambos provincia	5	
	Ambos D.F.	5	
	Padre provincia	1	
	Padre D.F.	1	
	Madre provincia	1	
LUGAR DONDE VIVEN ACTUALMENTE	Ambos D.F.	7	
	Padre provincia	2	
	Padre D.F.	1	
	Madre provincia	1	
	Madre D.F.	1	
NIVEL DE ESCOLARIDAD	Ambos primaria	2	
	Ambos secundaria	1	
	Ambos licenciatura	4	
	Padre licenciatura	3	
	Padre maestria	1	
	Madre secundaria	1	
	Madre preparatoria	1	
	Madre carrera técnica	1	
Madre doctorado	1		
OCUPACIÓN DE LOS PADRES	Ambos profesionistas	3	
	Ambos empleados	2	
	Ambos comerciantes	1	
	Padre profesionista	1	
	Padre empleado	2	
	Padre comerciante	1	
	Madre profesionista	1	
Madre ama de casa	4		
INGRESO FAMILIAR	0 - \$3,000	2	
	\$6,000 - 9,000	3	
	\$9,000 - 12,000	3	
	\$15,000 - 20,000	1	
	No sé	2	

ANEXO 3

ENTREVISTA A PROFUNDIDAD (personas con parejas estables)* :

1. ¿Qué nos podrías decir acerca del SIDA ?
2. ¿Quienes crees que se pueden infectar por la vía sexual ?
3. ¿Cómo pueden evitar las mujeres infectarse sexualmente de SIDA ?
4. ¿Cómo evitas tú infectarte de SIDA ?
5. ¿Qué otras formas de evitar el contagio sexual crees que existan ?
6. ¿ Por qué las mujeres no las llevan a la práctica ?
7. ¿Por qué tú no las has llevado a la práctica?
8. ¿Cómo ha influido el riesgo de poder contraer SIDA en las relaciones de pareja ?
9. ¿Cómo ha influido el riesgo de poder contraer SIDA en tus relaciones de pareja estables ?
10. ¿Cómo es la comunicación sobre el VIH con tu pareja ?
11. ¿Cómo es que decidiste cuidarte o no contra el VIH ?
12. ¿Qué condiciones dentro de la pareja crees que les facilitan o les facilitarían a las mujeres para adoptar prácticas de prevención de VIH ?
13. ¿Qué condiciones dentro de la pareja crees te facilitan o te facilitarían para adoptar prácticas de prevención de VIH ?

* Se sabrá que son personas con parejas estables con base a lo que hayan contestado en el cuestionario de datos sociodemográficos.

ENTREVISTA A PROFUNDIDAD (personas con parejas ocasionales)* :

1. ¿Qué nos podrías decir acerca del SIDA ?
2. ¿Quiénes crees que se pueden infectar por la vía sexual ?
3. ¿Cómo pueden evitar las mujeres infectarse sexualmente de SIDA ?
4. ¿Cómo evitas tú infectarte de SIDA ?
5. ¿Qué otras formas de evitar el contagio sexual crees que existan ?
6. ¿ Por qué las mujeres no las llevan a la práctica ?
7. ¿Por qué tú no las has llevado a la práctica?
8. ¿Cómo ha influido el riesgo de poder contraer SIDA en las relaciones de pareja ?
9. ¿Cómo ha influido el riesgo de poder contraer SIDA en tus relaciones de pareja ocasionales ?
10. ¿Cómo es la comunicación sobre el VIH con tu pareja ?
11. ¿Cómo es que decidiste cuidarte o no contra el VIH ?
12. ¿Qué condiciones dentro de la pareja crees que les facilitan o les facilitarían a las mujeres para adoptar prácticas de prevención de VIH ?
13. ¿Qué condiciones dentro de la pareja crees te facilitan o te facilitarían para adoptar prácticas de prevención de VIH ?

*Se sabrá que son personas con parejas ocasionales con base a lo que hayan contestado en le cuestionario de datos sociodemográficos.

Si una misma persona ha tenido parejas estables y ocasionales se les preguntará cómo ha influido el riesgo de contraer SIDA tanto en sus parejas ocasionales como estables.

BIBLIOGRAFÍA :

1. AIDSEED CENTER. *AIDS,(1990) Women and Educations. Some reflections for wordl AIDS day*, USA.
2. AGGLETON, P. (1998). "Sexualidad, comportamiento sexual y cambio de comportamiento"; *Desidamos*, abril, año VI, No. 1, pp. 5-9.
3. ALDANA, A. "Mujer, sexualidad y SIDA" en *Mujer y SIDA* (1994), México: PIEM.
4. AMARO, H. e I. Gornemann (1992) "HIV/AIDS related knowledge, attitudes, beliefs, and behavior among Hispanics: Report findings and recommendations"; Boston University School of Public Helath and Northeast Hipanic AIDS Consortium.
5. AMARO, H. (1995). "Love, Sex and Power. Considering Women's Realities in HIV Prevention"; *American Psychologist*, junio, Vol. 50, No. 6, pp. 437-447.
6. AMUCHÁSTEGUI, A. (1998). "La virginidad y la ética de la igualdad sexual"; *Letra S*, La Jornada, enero, pp. 11, México.
7. AMUCHÁSTEGUI A. y M. Rivas (1997). "La modernización de la sexualidad de las jóvenes"; *Letra S*, La Jornada, marzo, pp. 11, México.
8. AMUCHÁSTEGUI A. y M. Rivas (1997). "Defender le derecho a la justicia erótica"; *Letra S*. La jornada, marzo, pp. 11, México.
9. AMUCHÁSTEGUI, A , M. Rivas y D. Jaquez (1990) Anteproyecto de Investigación : *Mitos sobre la Sexualidad y el SIDA : elementos para la prevención*, UAM Xochimilco, México.
10. ÁVILA, C. (1998). "VIH la infección por vía sexual, el mayor de los riesgos"; *Letra S*, La Jornada, julio, pp. 1, México.
11. BARQUET, M. "Una perspectiva feminista ante el SIDA" en *Mujer y SIDA* (1994), México: PIEM.
12. BEAUVOIR, S. (- 1949-1975). *El segundo sexo*. Buenos Aires: Siglo Veinte.
13. BEERE, K. (1991). Gender – "Related instruments as instructional devices in the communication classromm"; *Communication Education*, Vol 40, pp 73 – 93.
14. BERER, M. (1993). *La Mujer y el VIH/ SIDA*, Inglaterra: Bath Press.
15. BLANCO, A. (1995). *Cinco tradiciones en psicología social*. Madrid: España.

16. BLEICHMAR, E. D (1994). *El feminismo espontáneo de la histeria*. México: Fontamara.
17. BLUMBERG, E. et al. (1997). "Evaluating AIDS-Related Social Skills in Anglo and Latino Adolescents"; *Behavior Modification*, Vol. 21, julio No. 3, pp. 281-307.
18. BRITO A, A Diaz (1996). "La desigualdad social de la mujer la hace más vulnerable a la infección"; *Letra S*, La Jornada, pp. 4, México.
19. BRITO A, C. Bonfil (1997). "Educación sexual y lenguaje cotidiano: las intervenciones directas"; *Letra S*, La Jornada, febrero, pp. 5, México.
20. BRITO A, C. Bonfil (1997). "El placer: asunto prioritario de salud"; *Letra S*, La Jornada, octubre, pp. 5, México.
21. BRONFMAN, M. et al. (1995) *SIDA en México, Migración, Adolescencia y Género*, México: Información profesional especializada SA de CV,.
22. BUSTOS, O. (1994). "La formación del género: el impacto de la socialización a través de la educación". En (1994). *Antología de la Sexualidad Humana*. México: CONAPO.
23. BUTLER, J. (1990) "Variaciones sobre sexo y género: Beauvoir, Witting y Foucault". En M. Lamas (1997). *El género: La construcción cultural de la diferencia sexual*. México: Porrúa,.
24. CASTRO, R. (1995). The subjective experience on health and illness in Ocuilco: a case study. *Soc. Sci. Med.* Vol. 41, No. 7, pp.1005-1021.
25. CASTRO, R. (1996). "En busca del significado: supuestos, alcances y limitaciones del análisis cualitativo". En I. Szas y Lerner. (1996). *Estudios de la subjetividad en México*. México.
26. CONWAY, J. K., S. Bourque y J. Scott (1987) "El concepto de género". En M. Lamas. (1997). *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México: Porrúa.
27. CORBIN A. y J. Strauss (1990) "*Basics of qualitative research*". USA: SAGE.
28. CAROVANO, K. (1996). "Algo más que madres y prostitutas"; *Letra S*, La Jornada, pp 9, México.
29. COVIAN, S. (1996). "Vivencia del placer"; *Letra S*, La Jornada, pp 11, México.
30. CRUZ, A. (1997). "Sexo y prevención: las (in)certidumbres generacionales"; *Letra S*, La Jornada, noviembre, pp. 9, México.
31. DÁVALOS, E. (s/f). "Representaciones históricas del orgasmo femenino"; *Letra S*, La Jornada, abril, pp. 8, México.

32. DÍAZ y Orozco, (1997) *Mujer y SIDA : un análisis desde la terapia familiar y la perspectiva de género*. Tesis de maestría en psicología con orientación en terapia familiar, Universidad de las Américas, México.
33. DÍAZ, R (1997). "A tiempo amar y protegerse a tiempo : la prevención de los adolescentes"; *Letra S*, La Jornada, noviembre, pp. 8, México.
34. DEL RÍO, Z. A., A. L. Liguori y C. Magis (1995). "Epidemiología del sida y las mujeres"; *Letra S*, La Jornada pp. 3, México.
35. ELU, M. y L. Leñero (1992) "*De carne y hueso. Estudios sociales sobre género y reproducción*". México: Instituto mexicano de Estudios Sociales.
36. ESTÉBAÑEZ, P y R. NÁJERA. (1991). *El SIDA y la mujer II*, Vol. 2 No 2, pp. 172 - 176.
37. ESTÉBAÑEZ, P y R. NÁJERA. (1994). *Mujer y VIH SIDA*. Carpeta de trabajo Colectivo Sol/ AHRTAG el SIDA y la mujer, México.
38. EPSTEIN, J. A et al. (1994). "Determinants of Intentions of Junior High School Students to Become Sexually Active and Use Condoms: Implications for Reduction and Prevention of HIV Risk"; *Psychological Reports*, 75, pp.1043-1053.
39. FERNÁNDEZ, Ch. P. (1994). *La psicología colectiva un fin de siglo más tarde*. México: Anthropos.
40. FERNÁNDEZ, P.A. (s/f). *Charlatanas, mentirosas, malvadas y peligrosas. Estereotipos femeninos en la cultura popular*. México: PIEM.
41. FITZPATRICK et al. (1990). *La enfermedad como experiencia*, México: Fondo de Cultura Económica.
42. FREIRE, P. (1970). *Pedagogy of the oppressed*. New York: Seabury Press.
43. Gaceta Informativa CONASIDA (1990). *Informar es proteger*, número especial, México.
44. GALVAN, M. (1988). *La categoría de género como principio explicativo de las diferencias entre los sexos*. México.
45. GARCÍA, C. M. (1983) *Mujer y sometimiento*, Primer seminario Latinoamericano y del Caribe de estudios de la Mujer.
46. GONZÁLEZ M. A. y Liguori A. L. (1988). "Polarización socioeconómica del SIDA en México". En Liguori. (1989). *Políticas en salud : Mujer y SIDA*. México.

47. HAMMER, Fisher y Fitzgerald (1996). "When two heads aren't better than one : AIDS risk behaviour in collage age couples"; *Journal of Applied Social Psychology*, Vol 26, 5 pp 375-397.
48. HAWKINS, M. J. y C. Gray (1995). "Gender Differences of Reported Safer Sex Behaviors Within a Random Sample of College Students"; *Psychology Reports*, 77, pp. 963-968.
49. HENRISON, R. (1991). *Las mujeres y el SIDA*, España: Noguer.
50. HERNÁNDEZ, S. R., et. al. (1998). *Metodología de la investigación*. México: McGrawhill.
51. HERNÁNDEZ M, y S. Vandale (Coord) (1993) *Research Approaches to HIV/SIDA and Women's reproductiv health*. Internatinal AIDS Conference, Junio, Berlin.
52. HETHERINGTON et al.(1996). "AIDS Prevention in high - risk african american women : behavioral, psycholoccal and gender issues"; *Journal of Sex & Marital Therapy*, Vol 22, No. 1, pp. 9-21.
53. IZQUIERDO M. (1983). *Las, los , les (lis, lus) el sistema sexo/ género y la mujer como sujeto de transformación social*. Barcelona: Cuadernos inacabados.
54. KAUFMAN, M. (1989). *Hombres. Placer, poder y cambio*. México: CIPAF.
55. KOSS, M. P., et al. (1994). "No safe heaven: Male violence against women at home, at work, and in the community"; *American Psychological Association*.
56. LANGER A., Kathrin y Tolbert (1995) *Mujer : sexualidad y salud reproductiva en México*. México: Edamex.
57. LAMAS, M (1986) "La antropología feminista y la categoría de género". En M. Lamas, *El género : La construcción cultural de la diferencia sexual*. México: Porrúa.
58. LAMAS, M (1995) "Usos, dificultades y posibilidades de la categoría de género". En M. Lamas, *El género : La construcción cultural de la diferencia sexual*, México: Porrúa.
59. LAMAS, M. (1997). "Valores sexuales: una perspectiva libertaria", *Letra S; La Jornada*, agosto, pp 5, México.
60. LAMAS, M. (Comp) (1997), *El Género : La construcción cultural de la diferencia sexual* , México: PUEG.
61. LAMAS, M. (1997). "Nuevos valores sexuales". *Debate Feminista*, octubre, Vol. 16, año 7, pp. 146-149.

62. LAMAS, M, A. y Liguori (1996). "El riesgo mortal de la doble moral"; *Letra S*, La Jornada, pp. 8-9, México.
63. *Las mujeres, víctimas vulnerables del SIDA* (1992) publicado por el departamento de información pública de Naciones Unidas
64. LIGUORI, A. L. (1990). "El amor en los tiempos del SIDA". *Debate Feminista*, marzo, Vol. 1, año 1, pp. 222-225, México.
65. LIGUORI, A. L. (1995). "Las investigaciones sobre bisexualidad en México". *Debate Feminista*, abril, Vol. 11, año 6, pp. 132-155.
66. LIGUORI A. L. (1989) *Políticas en salud: Mujer y SIDA*. En Tapia y Mercado (comp.), *Mujeres y Políticas públicas*, Documentos de trabajo Fundación Friederich Ebert No. 18, pp. 33-43, México.
67. LOLLIS, CH. M. (1995). "Characteristics of African-Americans with Multiple Risk Factors Associated with HIV/AIDS". *Journal of Behavioral Medicine*, Vol. 19, No. 1, pp. 55-71.
68. LUTZ, E. (1993). "La condición de la mujer en nuestra sociedad". En M. Berer (1993). *La Mujer y el VIH/ SIDA*, Inglaterra: Bath Press.
69. MEJÍA, M. Hilda (1995). *SIDA : Percepción de riesgo de contagio y conductas de alto riesgo en adultos jóvenes*. Tesis para obtener el grado de licenciatura en psicología, Facultad de psicología, UNAM, México.
70. MILLER, J. B. (1986) *Toward a new psychology of women*. Boston: Bacon Press.
71. MASTER, Jhonsons y Kolodny (1989). *Comportamientos sexuales en la era del SIDA* México: Diana.
72. MARIN, B. V., et al. (1993). "Acculturation and gender differences in sexual attitudes and behaviors: Hispanic vs non-Hispanic white unmarried adults". *American Journal of Public Health*, 83, pp. 1759-1761.
73. MAYS, V. y S. Cochran (1993). "Aspectos relacionados con la percepción que tiene la mujer del riesgo que representa el SIDA y de las actividades que reduzcan dicho riesgo". En M. Berer (1993). *La Mujer y el VIH/ SIDA*. Inglaterra: Bath Press.
74. -ONG 'S México hacia Beijing 1995 las mujeres mexicanas frente al nuevo milenio (1994) ed. Comité Nacional de ONG'S , mexicanos hacia Beijing 1995, México 72 pp.
75. ORTNER, Sh. B. y H. Whitehead (1991). "Indagaciones acerca de los significados sexuales". En M. Lamas (199, *El género : La construcción cultural de la diferencia sexual*. México: Porrúa.

76. OVEJERO, B. A. (1997). *El individuo en la masa*. Asturias: Biblioteca Básica Nobel. E
77. PATERSON, G. (1996). *El amor en los tiempos del SIDA, la mujer, la salud y el desafío del VIH*. Burgos: Terrae Santander.
78. PÉREZ G. R., et. al. (1995). *Género y salud femenina : experiencia de investigación en México*. México: Instituto Nacional de Nutrición.
79. PÉREZ. J. M. (1990). *Conocimiento y conductas de riesgo para la transmisión del SIDA en adolescentes de la Cd. de México*. Tesis que para obtener el grado de licenciatura en psicología, Universidad del Valle de México, México.
80. PICK, S. (1997). "Los efectos indeseables de una educación autoritaria", *Letra S*, La Jornada, febrero, México.
81. PLECK, J. H., F. L. Sonenstein y L. Ku (1993). "Maculinity ideology: Its impact on adolescent males' heterosexual relationships". *Journal of Social Issues*, 49(3), pp. 11-19.
82. RAHÉ, B. y C. Reiss (1995). "Predicting Intentions of AIDS-Preventive Behavior Among Adolescents". *Journal of Applied Social Psychology*, 25, 23, pp. 2118-2140.
83. RAMÍREZ, P. y Martha L. (1993). *Percepción de riesgo de contraer SIDA en estudiantes universitarios*. Tesis que para obtener el grado de licenciatura en psicología, Facultad de psicología, UNAM, México.
84. RAO, G. Y E. WEISS (1995). "Mujer y SIDA : desarrollando una nueva estrategia de salud". *Desidamos*, agosto, año 3, No. 2, pp. 19-21.
85. REID, E (1996). "HIV and development : learning from others" en S. Lorrean, et. al. (1996). *Aids as a gender issue*. Gran Bretaña: Francis & Bacon.
86. RICO, B. (1993). *Mujeres y SIDA*. Folleto informativo, México.
87. RICO, B., et. al (1997). *Situación de las mujeres y el VIH/SIDA en América Latina*. Instituto Nacional de Salud Pública, México.
88. RIVAS M. y A. Amuchastegui (1997). "Género y poder : el aprendizaje del dominio sexual", *Letra S*, La Jornada, 6 de junio, p11, México.
89. RIVERA D., et al. (1995). *Relaciones de género y sexualidad. Informe de Investigación centro de estudio de sociales y educación sur*. Santiago de Chile
90. RODIN, I. (1990). "Women's Health, Review and research agenda as we approach the 21st century", *American Psychologist*, Vol 45, No. 9, pp. 1018 - 1034.

91. RODRIGUEZ, Amuchástegui, Rivas y Bronfman (1994). "Investigación sobre sexualidad con jóvenes de la Ciudad de México". En M. Bronfman, et al., (1995). *SIDA en México, Migración, Adolescencia y Género*. México: Información Profesional Especializada SA de CV.
92. RODRÍGUEZ, G. (1997). "Jóvenes, sexualidad y sida: los retos de la transición democrática"; *Letra S*. La Jornada, junio, pp. 6.
93. SABOGAL, Catania (1996). HIV Risk factors, condom use, and HIV antibody testing among heterosexual hispanics: the National AIDS Behavioral Surveys (NABS) (1996); *Hispanic Journal of Behavioral Science*, Vol. 18, No. 3, pp 367-391.
94. SACCO, W. P, et al. (1991). "Attitudes About Condom Use as an AIDS-Relevant Behavior: Their Factor Structure and Relation to Condom Use"; *Psychological Assessment*, Vol. 3, No. 2, pp. 265-272.
95. SCOTT, J. (1990). "El género: una categoría útil para el análisis histórico". En M. Lamas (1997). *El género: La construcción cultural de la diferencia sexual*. México: Porrúa.
96. Secretaría de Salud (1996). *Recomendaciones para el manejo de la mujer embarazada con infección por VIH*, México.
97. Secretaría de Salud (1997). "Avances en la prevención y control de la infección por VIH/SIDA"; *Letra S*, La Jornada, junio, pp. 4, México.
98. Secretaría de Salud (1997). "El condón en la prevención de la infección por el VIH"; *Letra S*, La Jornada, octubre 2, pp. 4, México.
99. Secretaría de Salud (1998). "Mujeres y VIH/SIDA"; *Letra S*, La Jornada, abril, pp. 10, México.
100. Secretaría de Salud (1999). "El VIH/SIDA en el mundo a fines de 1998"; *Letra S*, La Jornada, enero, pp. 4, México.
101. SEPÚLVEDA, J. (1996). "Políticas de prevención del SIDA en México"; *Letra S*, La Jornada, noviembre, pp. 6, México.
102. SHEDIN, et. al (1995). "Género y cultura como factores de riesgo del VIH/ SIDA en mujeres latinas en USA" *Desidamos*, agosto, año 3, No. 2, pp. 9-11, Argentina.
103. SHERR, L. "Tomorrow's Era: Gender, Psychology and HIV Infection". En S. Lorrean, et. al (1996). *Aids as a gender issue*. Gran Bretaña: Taylor & Francis.
104. STRUBE, Davis, (1995). "Concerns about AIDS and relationship satisfaction: Correlations with race and gender"; *Journal of Adolescent Research*, Vol. 10, No. 2, pp. 227-245.

105. SUFIA, R. "SIDA : El riesgo de ignorar". En *Mujer y SIDA* (1994), PIEM.
106. SZAS, I. (1995). "Reflexiones sobre la salud reproductiva de la mujer en el México de hoy"; *Este País tendencias y opiniones*, enero, No 46 p 14 -16.
107. TRAVERS, M., L Bennett. (1996) "AIDS, Women and Power". En S. Lorrean, et. al. (1996). *Aids as a gender issue*.
108. TAPIA, E., P. Mercado (Comp) (1989) "Mujeres y Políticas públicas"; *documentos de trabajo, Fundación Friederich Ebert* , No 18, pp 30-43.
109. TIENDA, M. (1972). *Mexican women a case of sexual subordination and dependency*. Mecnograma , 25 pp México.
110. TORRES, A. M. y A. L. Liguori. (1994). "La negociación para la prevención del sida: entre el deseo y el poder"; *Debate Feminista*, Vol. 9, marzo; año 5, pp. 411-417.
111. ONUSIDA. (1998). "Reporte semestral"; *Letra S*, La Jornada, Octubre, 1998, México.
112. URIBE, P. (1996). "En la prevención, aprovechar las armas de la mujer"; *Letra S*, La Jornada, pp 8-9, México.
113. VILLAGRAN, G. (1993) *Hacia un Método predictivo de la percepción de riesgo y uso del condón*". Tesis que para obtener por el grado de maestro en psicología general experimental. Facultad de psicología, UNAM, México
114. WALLACE, M. (1995). "Agenda para la acción"; *Letra S*, La Jornada, pp. 3., México.
115. WEEKS, J. (1995). "Valores sexuales en la era del SIDA"; *Debate Feminista*, Vol. 11, abril, año 6, 157-182.
116. WEEKS, J. (1997). "Los valores sexuales y el desafio de la incertidumbre"; *Letra S*, La Jornada, 7 de agosto, pp 6, México.
117. WERNER, D. y B. Bower (1982). *Helping health workers learn*. California: Hasperian Foundation.
118. ZAMORA, A. M., et al. (1996). "Empoderamiento de las mujeres, negociación sexual y condón femenino en Costa Rica"; *Desidamos*, abril, año 4, No. 1, pp. 5-9.
119. ZOZAYA, M. (1997). "Conductas de riesgo, reto para la sexología moderna"; *Letra S*, La Jornada, septiembre, pp. 5, México.
120. ZOZAYA, M. (1998). "En defensa de los derechos sexuales"; *Letra S*, La Jornada, 7 de mayo, pp. 6-7.