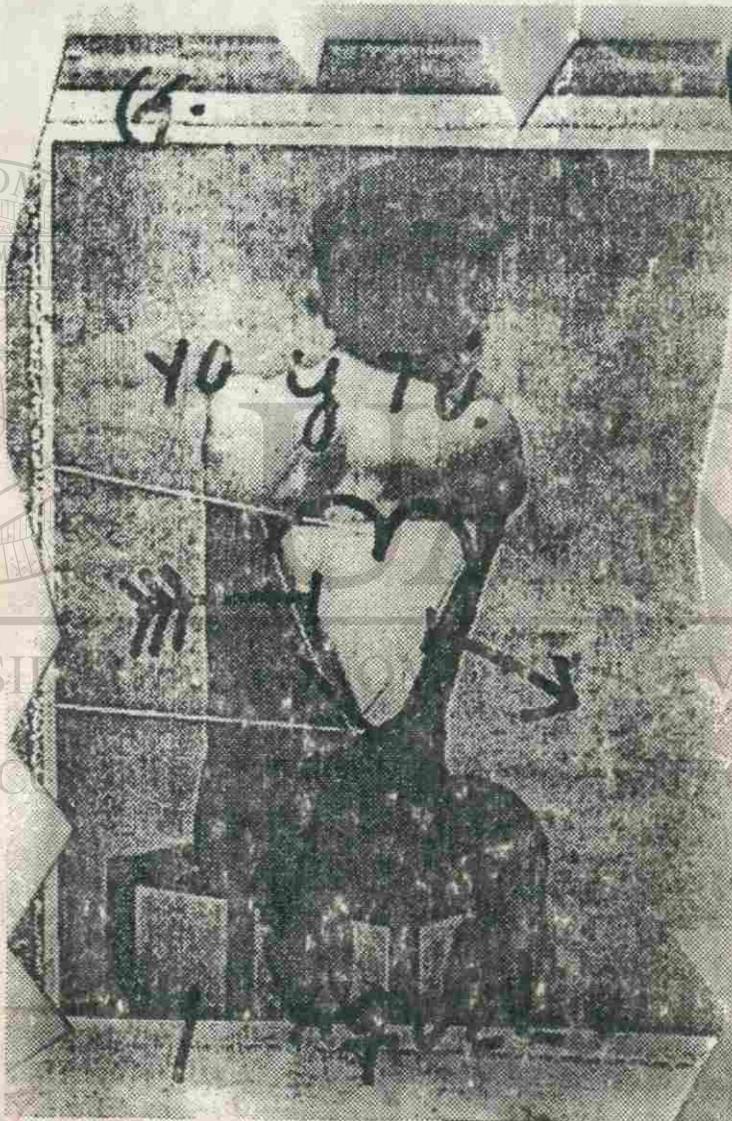


**CONDUCTA SEXUAL Y SIDA
(RIESGO DE TRANSMISIÓN SEXUAL AL VIH-SIDA, EN
POBLACIÓN HETEROSEXUAL)**

**TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE
MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL
PRESENTA**



OLGA OLIVIA CARRANZA NAVARRO

NOVIEMBRE DE 1994

6
8
9

6
8
9

6
8
9

6
8
9

6
8
9

6
8
9

6
8
9

6
8
9

INDUCTA SEXUAL Y SIDA

TRANSMISIÓN SEXUAL (AL

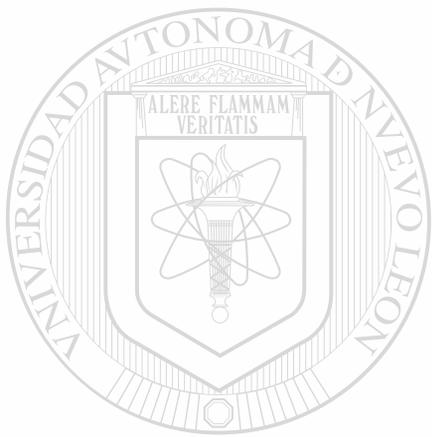
VIM-SIDA, EN

OLIVA CARRANZA NAVARRO

RELACION HETEROSEXUAL)

RC 607

C3 26



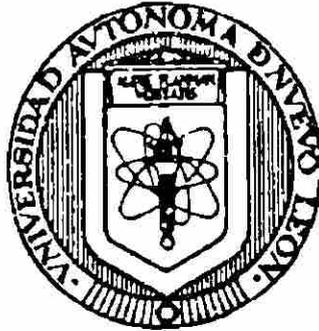
UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POST-GRADO**



**CONDUCTA SEXUAL Y SIDA
(RIESGO DE TRANSMISIÓN SEXUAL AL VIH-SIDA, EN
POBLACIÓN HETEROSEXUAL)**

**TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE
MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL**

PRESENTA

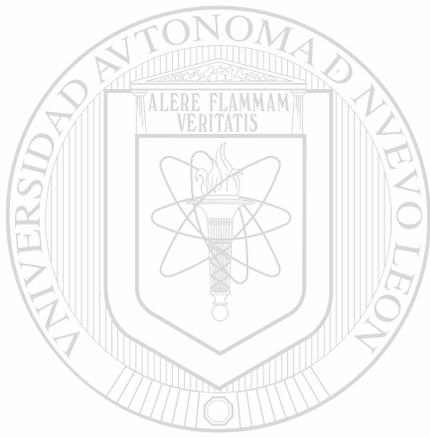
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

OLGA OLIVIA CARRANZA NAVARRO

NOVIEMBRE DE 1994

TM
RC607
• AZ6
C3

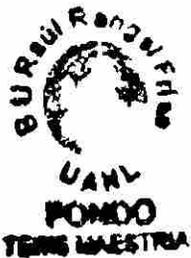


UANL

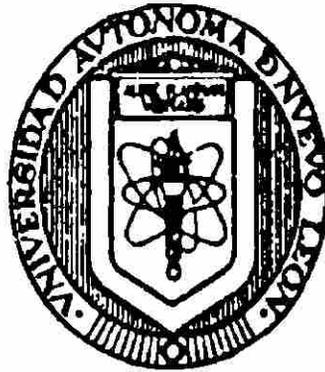
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POST-GRADO**



**CONDUCTA SEXUAL Y SIDA
(RIESGO DE TRANSMISIÓN SEXUAL AL VIH-SIDA, EN
POBLACIÓN HETEROSEXUAL)**

**TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE
MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL**

PRESENTA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

OLGA OLIVIA CARRANZA NAVARRO

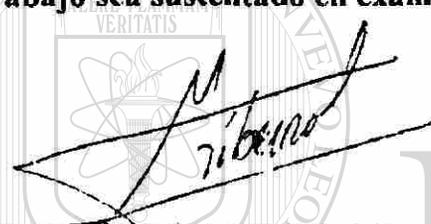
**ASESOR DE LA TESIS
DR. MANUEL RIBEIRO FERREIRA**

Noviembre de 1994



A QUIEN CORRESPONDA:

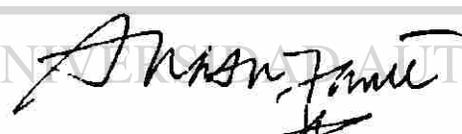
Los suscritos, Miembros de la Comisión de Tesis de Maestría de la Srta
Lic. OLGA OLIVIA CARRANZA NAVARRO
hacen constar que han evaluado y aprobado la Tesis "**CONDUCTA SEXUAL Y
SIDA**", (**RIESGO DEL VIH POR TRANSMISION SEXUAL EN PROBLACION
HETEROSEXUAL**) en vista de lo cual extienden su autorización para que dicho
trabajo sea sustentado en examen de grado.



DR. MANUEL RIBEIRO FERREIRA
ASESOR DE LA TESIS



MTS. EMMA ADAME WELSH
MIEMBRO DE LA COMISION
DE TESIS



MTRO. JOSE MA. INFANTE
MIEMBRO DE LA COMISION
DE TESIS



LIC. LUZ AMPARO SILVA MORIN
DIRECTOR DE LA DIVISION DE
ESTUDIOS DE POSTGRADO.

Monterrey, N. L. a Noviembre 17 de 1994.

AGRADECIMIENTOS

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), quien con su apoyo económico me brindó la valiosa oportunidad de tomar este curso de maestría en Trabajo Social.

Al Dr. Manuel Ribeiro Ferreira, por la entrega al compartir sus conocimientos, por su paciencia y disposición para ayudarme a terminar esta tesis, así como por la motivación que me brinda para continuar capacitándome en esta apasionante tarea de la Investigación social.

A mi familia, por su apoyo moral y comprensión.

Al Dr. Raúl Eduardo López Estrada, por sus sugerencias constantes de ponerme a trabajar en la terminación de esta tesis, así como por sus guías para lograrlo. Sobre todo, gracias por esa calidad humana que me ha brindado como amigo sincero. Sin su apoyo, tal vez no hubiera podido terminar este estudio, ya que me ayudo a salir del estancamiento moral en que me encontraba.

Al Dr. Justino Rocha, por su apoyo al proporcionarme el aval Institucional, requisito indispensable para ser admitida como becaria de CONACYT.

A todas las personas que participaron en este estudio, por permitirme conocer el aspecto más íntimo de sus vidas, como es su comportamiento sexual.

Al Dr. Marco Anibal Rodríguez Vargas, por ofrecermme la oportunidad de colaborar en el Centro de Información, Educación y Atención al VIH-SIDA, donde pude llegar a conocer muy de cerca los problemas que esta infección-enfermedad viene a ocasionar en los seres humanos que han sido afectados.

TABLA DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS.....	i
DEDICATORIA.....	iii
TABLA DE CONTENIDO.....	iv
INDICE DE CUADROS Y GRÁFICAS.....	vi
1. PRIMERA PARTE.....	1
1.1. Introducción.....	1
1.2. Justificación.....	3
1.3. SIDA y sexualidad.....	5
1.4. Antecedentes.....	10
1.4.1. Orígenes del SIDA.....	10
1.4.2. Situación del SIDA a nivel Mundial, Nacional y Estatal.....	11
1.4.3. Investigaciones sobre sexualidad y SIDA en México.....	17
1.4.4. Situación de la población heterosexual ante el SIDA.....	19
1.4.5. Situación de la mujer ante el SIDA.....	21
1.5. Planteamiento del problema.....	24
1.6. Objetivos.....	25
1.7. El modelo propuesto.....	26
1.8. Hipótesis.....	28
1.9. El modelo rector.....	29
1.9.1. Las variables del modelo.....	31
2. SEGUNDA PARTE. METODOLOGÍA.....	36
2.1. Aspectos metodológicos generales.....	36
2.1.1. Diseño del instrumento.....	36
2.1.2. Selección y adiestramiento de los entrevistadores.....	38
2.1.3. Levantamiento de datos.....	41
2.1.4. Codificación, captura y procesamiento de datos.....	44
2.2. Selección de la muestra.....	44
2.3. Comentarios en etapa de recolección de datos.....	47
2.3.1. Aclaración de conceptos.....	49
2.4. Limitaciones de la investigación.....	52
2.5. Las Variables y sus indicadores.....	53
3. TERCERA PARTE. ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	57
3.1. Características socio-demográficas generales.....	57
3.1.1. Sexo, edad, edo. civil, escolaridad, ocupación, residencia y religión.....	57
3.1.2. Educación sexual (información sobre sexualidad).....	60

3.1.3. Conocimientos sobre transmisión sexual del VIH-SIDA ✓	64
3.1.4. Uso de alcohol	70
-3.1.5. Uso de pornografía	74
II-3.1.6. Parejas múltiples (prostitución)	77
V 3.1.7. Parejas múltiples (promiscuidad)	84
3.1.8. Enfermedades de transmisión sexual	95
3.1.9. Práctica y técnica sexual	97
como plac 1110 3.1.9.1. Sexo seguro (sexo sin penetración y/o con uso de condón)	104

4. CUARTA PARTE. CONCLUSIONES.	111
--------------------------------	-----

BIBLIOGRAFÍA	125
--------------	-----

ANEXOS	131
--------	-----

CEDULA DE ENTREVISTA	132
----------------------	-----

INDICE DE CUADROS Y ESQUEMAS

	PAG.
CUADRO 1 Países americanos con mayor frecuencia de casos de VIH-SIDA.	12
CUADRO 2 Casos acumulados de VIH-SIDA en México por grupos de edad y sexo.	13
CUADRO 3 Casos nuevos de VIH-SIDA por año de notificación y sexo. México 1983-1993.	14
CUADRO 4 Casos de VIH-SIDA según ocupación. Nuevo León hasta Enero - 1994.	15
CUADRO 5 Casos acumulados de VIH-SIDA por grupos de edad y sexo. Nuevo León, Enero 1994.	15
CUADRO 6 Casos de VIH-SIDA según categoría de riesgo. Nuevo León, Enero 1994.	16
CUADRO 7 Casos de VIH-SIDA según estado civil. Nuevo León 1994.	16 ®
CUADRO 8 Categoría sexual de la transmisión sexual del VIH-SIDA, en el mundo hasta 1992.	20
CUADRO 9 Casos de VIH-SIDA en adultos de México por categoría de - - transmisión.	20
CUADRO 10 Total de personas infectadas de VIH-SIDA por sexo en el mundo hasta 1992.	22
CUADRO 11 Casos nuevos de SIDA en Nuevo León y razón hombre/mujer 1985-1993.	22

CUADRO 12	Casos acumulados de VIH-SIDA por categoría de transmisión. Mujeres en México.	23
CUADRO 13	Casos de VIH-SIDA por municipio de residencia. Nuevo León - hasta Enero 1994.	45
CUADRO 14	Distribución por sexo.	53
CUADRO 15	Distribución por edad.	54
CUADRO 16	Distribución por lugar de residencia.	54
CUADRO 17	Educación sexual (Información sexual recibida).	54
CUADRO 18	¿A qué conduce recibir información sobre sexualidad humana?	55
CUADRO 19	Acuerdo o desacuerdo en que los hijos reciban información - - sexual.	55
CUADRO 20	Influencia de información sexual por amigos.	56
CUADRO 21	Sexo de la población entrevistada.	57
CUADRO 22	Sexo y edad de la población entrevistada.	57
CUADRO 23	Estado civil según sexo.	58
CUADRO 24	Escolaridad de hombres y mujeres.	58
CUADRO 25	Ocupación de hombres y mujeres	58

CUADRO 26		
	Lugar de residencia de hombres y mujeres.	59
CUADRO 27		
	Religión.	59
CUADRO 28		
	Institución o medio en el cual han recibido información sobre sexualidad, según sexo.	62
CUADRO 29		
	Información recibida sobre enfermedades de transmisión sexual.	63
CUADRO 30		
	Personas percibidas con riesgo de infección al VIH-SIDA.	66
CUADRO 31		
	¿Conoce cómo evitar infección VIH-SIDA?	67
CUADRO 32		
	Percepción de sí mismos como sujetos en riesgo a la infección VIH-SIDA.	67
CUADRO 33		
	Conocimiento de infección VIH-SIDA por contacto sexual.	68
CUADRO 34		
	Conocimiento de transmisión del VIH-SIDA por secreción vaginal y semen de persona infectada.	69
CUADRO 35		
	Conocimiento del concepto "Sexo seguro".	69
CUADRO 36		
	Frecuencia en que influyó el alcohol para relación sexual -- ocasional.	71
CUADRO 37		
	Acostumbra relaciones sexuales ocasionales, con o sin -- alcohol.	72
CUADRO 38		
	Sin alcohol ¿tendría relaciones sexuales ocasionales?	73

CUADRO 39		
	Cuando usa pornografía ¿evita relaciones sexuales ocasionales?	76
CUADRO 40		
	Número de parejas sexuales prostitutas, en su vida.	79
CUADRO 41		
	Número de veces que ha recibido dinero por sexo.	80
CUADRO 42		
	Número de veces que ha pagado por sexo.	80
CUADRO 43		
	Su pareja ha tenido sexo con persona prostituta.	81
CUADRO 44		
	Cuando toma alcohol, ¿busca a persona prostituta? (o ¿se ha involucrado en la práctica de prostitución?).	82
CUADRO 45		
	Opinión sobre prostituta, ¿segura de no infección?.	82
CUADRO 46		
	Teme adquirir una infección con persona prostituta.	83
CUADRO 47		
	Prefiere abstinencia sexual, a relacionarse con prostituta.	83
CUADRO 48		
	¿Tiene pareja sexual estable actualmente?	87
CUADRO 49		
	¿Tiene relaciones sexuales sólo con su pareja?	87
CUADRO 50		
	¿Prefiere abstinencia sexual a sexo ocasional?	88
CUADRO 51		
	¿Su pareja tiene relaciones sexuales sólo con usted?	88
CUADRO 52		
	Parejas sexuales ocasionales, en últimos seis meses (incluye sexo sin penetración).	89

CUADRO 53		
	Lugar donde encuentra compañía sexual.	89
CUADRO 54		
	Número de parejas sexuales en su vida (con penetración anal y/o vaginal).	90
CUADRO 55		
	¿Qué número de pareja es usted en la vida de su compañero sexual estable actual?	90
CUADRO 56		
	En los últimos seis meses, número de parejas estables.	91
CUADRO 57		
	Número de pareja (s) sexual (es) ocasional (es) en los últimos seis meses (con penetración anal y/o vaginal).	92
CUADRO 58		
	Sexo de personas con quienes se ha relacionado sexualmente.	92
CUADRO 59		
	¿Ha sido infiel a su (s) pareja (s) estable (es)?	93
CUADRO 60		
	¿Cree usted que su pareja le es fiel?	93
CUADRO 61		
	¿Ha tenido parejas sexuales de su mismo sexo?	94
CUADRO 62		
	Enfermedades de transmisión sexual (%).	96
CUADRO 63		
	¿Alguna de sus parejas ha tenido enfermedades de transmisión sexual?	96
CUADRO 64		
	Edad en la que tuvo la primera relación sexual.	100
CUADRO 65		
	Práctica sexual que prefiere cuando tiene deseo sexual.	100

CUADRO 66		
	Práctica que tiene en sus relaciones sexuales.	101
CUADRO 67		
	Se disfruta sexo sin protección con persona ocasional.	102
CUADRO 68		
	¿Se disfruta conversar y caricias sin penetración, en una relación sexual?	102
CUADRO 69		
	Práctica sexual que considera segura para no infección.	103
CUADRO 70		
	Práctica sexual que usted puede realizar.	103
CUADRO 71		
	¿Ha usado el condón? (Si es usted mujer, ¿lo ha usado a través de su pareja?).	105
CUADRO 72		
	¿Ha propuesto el uso del condón a su (s) compañero (s) sexuales?	106
CUADRO 73		
	¿Su pareja ha usado condón con otras parejas sexuales?	106
<hr/>		
CUADRO 74		
	En sexo oral ¿usa condón?	107
CUADRO 75		
	¿El condón debe usarse en sexo anal?	107
CUADRO 76		
	¿Usa condón en relación sexual con persona prostituta?	108
CUADRO 77		
	¿Usa condón en relación sexual ocasional?	108
CUADRO 78		
	Número de parejas sexuales sin uso de condón en los últimos seis meses.	109

CUADRO 79

Número de parejas con sexo vaginal sin condón, en los últimos seis meses.

109

CUADRO 80

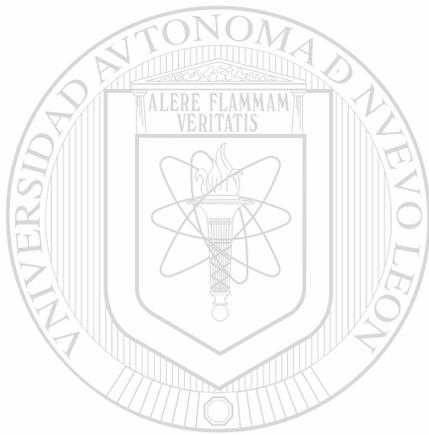
Número de parejas con sexo anal sin condón, en los últimos seis meses.

110

ESQUEMA 1

Modelo hipotético de relaciones entre las variables que intervienen en el comportamiento sexual de riesgo al Virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

30



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

1. PRIMERA PARTE.

1.1. Introducción.

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

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

De esta experiencia, mediante la observación, cuestionamientos y pláticas formales e informales con los expertos del CONASIDA, pudimos darnos cuenta que la mayoría de las personas que se atienden en estos centros de atención y control del SIDA, pertenecen a los grupos que están considerados como los que tienen prácticas de alto riesgo al VIH-SIDA: homosexuales y bisexuales masculinos, drogadictos y personas prostitutas¹.

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

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

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

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

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

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

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

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

Para esto acudimos con el Dr. Luis Leñero², quien acababa de terminar su investigación: Varones, Neomachismo y Planificación Familiar (1992). Él nos motivó a continuar adelante con nuestro proyecto, ofreciéndonos su confianza al argumentar que la gente sí responde a preguntas sobre su vida sexual; y nos dio como sugerencia que se tuviera mucho cuidado en la elaboración de las preguntas, así como la manera en que se abordaría a la población.

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

El Dr. Manuel Ribeiro³, autor de diversos estudios sobre la familia (Familia y Fecundidad, Divorcio en Monterrey, entre otros), y quien fue nuestro asesor de tesis, también nos ofreció su apoyo para continuar con el estudio elegido, haciéndonos una vez más la recomendación del cuidado que debíamos tener al interrogar a la población, sobre un asunto tan delicado como es su sexualidad.

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

1.2. Justificación.

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

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

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), a través del Dr. Antohony Fauci⁴ (1991), insiste en declarar que la prevención es la única tarea estratégica para combatir el SIDA, ya que los científicos que están buscando una vacuna o tratamiento nos dicen que se puede llegar al año 2000 sin que se tengan noticias positivas. Ante estas pocas esperanzas que nos dan en las áreas clinico-médicas,

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

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

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

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

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

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

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

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

Para ubicarnos un poco más en la tarea del profesionista de Trabajo Social en la prevención del SIDA en nuestro país, mencionamos a Guillermo Molina Chocano⁵, quién dice: "El contexto social obliga no sólo al Trabajador Social, sino a todo profesionista a intervenir en la realidad de una forma completa, es decir, analizando tanto a la sociedad civil, como al estado, enfatizando los cambios de las políticas sociales que implican nuevas modalidades, estructuras y estilos.

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

⁵ Entrevistado por Martínez (1994:5).

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

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

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

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

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

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

1.3. SIDA y Sexualidad.

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

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

El significado de la palabra SIDA:

- *Síndrome*: Es el conjunto de síntomas de una enfermedad que tiene múltiples causas.
- *Inmunodeficiencia*: es el debilitamiento del sistema inmune o de defensa.
- *Adquirida*: que se adquiere por algún mecanismo de transmisión⁶.

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

- a) Por un contacto directo con sangre infectada (puede ser a través de transfusiones sanguíneas, piquetes con agujas contaminadas, etc.).
- b) Por contacto sexual con una persona infectada.
- c) Por vía perinatal (una mujer embarazada infectada por el VIH, puede transmitir la infección a su hijo durante el embarazo, el parto y posiblemente a través de la lactancia).

Las maneras como el VIH no se puede transmitir:

- ~~Mediante el contacto casual (abrazos, besos, saludos de mano, convivir con enfermos, etc.).~~
- Por medio de picaduras de zancudos y otros insectos.
- Por compartir baños, teléfonos, albercas, vasos, platos, cubiertos.
- Por ponerse en contacto con lágrimas, sudor o saliva de una persona infectada con el VIH.
- Por medio de tos o estornudos de otra persona (AIDSCOM, 1991:6).

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

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

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

- Una persona con SIDA es aquella que ha comenzado a desarrollar síntomas como inflamación de ganglios, fatiga, fiebre, diarrea crónica, escalofríos nocturnos, pérdida de peso, neumonía, etc. Cuando se presenta esta situación, se ha llegado a la etapa final de la infección.
- La persona seropositiva asintomática es aquella que tiene la infección pero permanece latente, es decir, todavía no manifiesta ningún síntoma de la enfermedad, y puede permanecer sin mostrar ninguna señal física de 5 a 10 años después de haber recibido el virus en su organismo (AIDSCOM, 1991:6).

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

La O.M.S., dice que por cada caso de SIDA detectado existen entre 50 y 100 casos de personas infectadas asintomáticas, es decir, seropositivas⁷. Y la realidad en nuestro país, y en toda Latinoamérica, no corre a la par con las estadísticas oficiales ya que según autoridades sanitarias (más adelante se mencionan), en nuestro país aún no están registrados todos los casos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Sexualidad es referente a los diversos componentes culturales e individuales que ejercen su influencia sobre la manera en que una persona expresa su rol y orientación sexual. Incluye factores como la imagen que la persona tenga de su cuerpo, su amor propio y el concepto de sí mismo.
- Orientación sexual es en relación al sexo hacia el cuál se siente atraída sexual o afectivamente una persona, esta puede ser:
 - a) Heterosexual, cuando las personas se sienten atraídas por personas del sexo opuesto.
 - b) Homosexual, en el caso de personas que sienten atracción por personas de su mismo sexo.
 - c) Bisexual, cuando existe la atracción por ambos sexos.
- Los roles sexuales vienen a ser parte del conjunto preescrito de comportamientos atribuidos al sexo masculino y al sexo femenino, que se consideran apropiados y aceptables según una serie de valores y creencias socio-culturales.

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

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

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

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

1.4. Antecedentes.

1.4.1. Orígenes del SIDA.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

Cuadro 1

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

Posición	País	Nº de casos	Tasa por millón de Habs.
1	E.E.U.U.	289,320	1,174
2	BRASIL	36,481	253
3	MÉXICO	15,404	177
4	CANADÁ	7,770	299
5	HAÍTÍ	3,086	558
6	COLOMBIA	2,957	98
7	HONDURAS	2,510	523
8	ARGENTINA	2,456	77
9	VENEZUELA	2,342	125
10	REP. DOMINICANA	1,839	268
TOTAL		371,086	529

* Hasta el 30 de junio de 1993.

Fuente: CONASIDA

⁹ Fuente: Periódico El Norte, 1º de Diciembre de 1992. Conasida.

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

A continuación se manejarán cifras que nos indican la situación en nuestro país, pero antes cabe aclarar que según declaraciones de autoridades de CONASIDA, las cifras manejadas no son las definitivas debido a que todavía hoy, a 12 años de estar el SIDA en nuestro país, existen casos que no han sido registrados como debe ser. "Hay un subregistro de casos muy alto", así lo declara Valdespino (1989:271)¹¹, Jefe del Departamento de Epidemiología de la Secretaría Nacional de Salud, Institución donde se deben reportar todos los casos, a nivel nacional. Relacionado con esta declaración, Fernando Zacarías (1994:26), quien es director del COESIDA de Jalisco, dice que existen en el mundo 3 millones de personas con SIDA, y es preocupante el número de hombres, mujeres y niños infectados por el VIH y que no están registrados, de los cuáles 2 millones 500 mil personas se encuentran en América Latina¹².

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

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

GRUPO EDAD	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Menor de 1	71	0.5	49	2.2	120	0.8
de 1 a 4	104	0.8	68	3.0	172	1.1
de 5 a 9	67	0.5	25	1.1	92	0.6
de 10 a 14	64	0.5	16	0.7	80	0.5
de 15 a 19	197	1.5	63	2.8	260	1.7
de 20 a 24	1408	10.7	271	12.0	1679	10.9
de 25 a 29	2757	21.0	359	15.9	3116	20.2
de 30 a 34	2720	20.7	390	17.3	3110	20.2
de 35 a 39	1989	15.1	328	14.5	2315	15.0
de 40 a 44	1317	10.0	240	10.7	1557	10.1
de 45 a 49	887	6.7	169	7.5	1056	6.9
de 50 a 54	565	4.3	99	4.4	664	4.3
de 55 a 59	345	2.6	60	2.7	405	2.6
de 60 a 64	191	1.5	35	1.6	226	1.5
65 y más	168	1.3	41	1.8	209	1.4
desconocido	301	2.3	42	1.9	343	2.2
TOTAL	13151	100.0	2253	100.0	15404	100.0

*Hasta el 31 de agosto de 1993.

Fuente: CONASIDA.

¹¹ Conasida. Octubre 1992.

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

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

Un aspecto importante que hay que destacar es que si bien al principio de esta epidemia en México, estaban siendo afectados mayoritariamente los varones, ya que en 1985 por cada 25 hombres había una mujer infectada, y actualmente por cada 6 hombres infectados hay una mujer infectada¹⁴.

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

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

AÑO	CASOS	TASA	RAZÓN H / M	% MUJERES
1983	6	0.07	6 / 0	0
1984	6	0.07	6 / 0	0
1985	29	0.3	14 / 1	6.9
1986	248	2.9	30 / 1	3.2
1987	518	6.6	12 / 1	7.9
1988	905	10.6	6 / 1	13.5
1989	1607	18.3	6 / 1	15.2
1990	2588	31.8	5 / 1	16.2
1991	3167	37.9	5 / 1	15.4
1992	3220	37.5	6 / 1	15.2
1993*	3112	35.7	6 / 1	14.1
1983-1993*	15,404	177.0	6 / 1	14.6

* Hasta el 31 de agosto de 1993.

Fuente: CONASIDA.

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

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

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

¹⁴ Conasida.

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

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

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

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

Ocupación	N	%
Profesionistas	124	19.4
Obreros	158	24.3
Empleados	162	24.9
Técnicos especializados	44	6.9
Desempleados	60	9.5
Comerciantes	37	5.8
Amas de casa	29	4.8
Estudiantes	14	2.1
Preescolares	4	0.6
Trabajadores del arte	4	0.6
Prostitutas	2	0.3
Lactantes	4	0.6
Se desconoce	1	0.2
Total	641	100.0

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.4.3. Investigaciones sobre sexualidad y SIDA en México.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En las encuestas aplicadas a los estudiantes universitarios, población general y personal de salud (poblaciones que no son consideradas de riesgo a la infección del VIH), se les cuestionó en relación a los conocimientos y actitudes generales ante el SIDA, los medios de comunicación que les ha brindado información, y sobre algunos aspectos de su comportamiento sexual sin profundizar mucho en estos como lo hacen con los grupos identificados por sus prácticas de alto riesgo al VIH¹⁸.

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

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

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

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

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

1.4.4. Situación de la población heterosexual ante el SIDA.

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

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

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

Fuente: CONASIDA.

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

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

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

* Hasta agosto de 1993.

Fuente: CONASIDA.

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

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

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

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

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

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

1.4.5. Situación de la mujer ante el SIDA.

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

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

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

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

Fuente: CONASIDA.

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

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

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

*Tasa = Incidencia por cada millón de habitantes.

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

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

Cuadro 12

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

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

* Hasta agosto de 1993.

Fuente: CONASIDA.

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

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

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

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

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

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

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

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

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

1. 5. Planteamiento del problema.

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

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

²⁰ Ponencia presentada en Amsterdam, Holanda, julio de 1982. Congreso Internacional sobre SIDA.

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

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

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

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

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

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

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

1.6. Objetivos.

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

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

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

1. 7. El modelo propuesto.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. 8. Hipótesis.

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

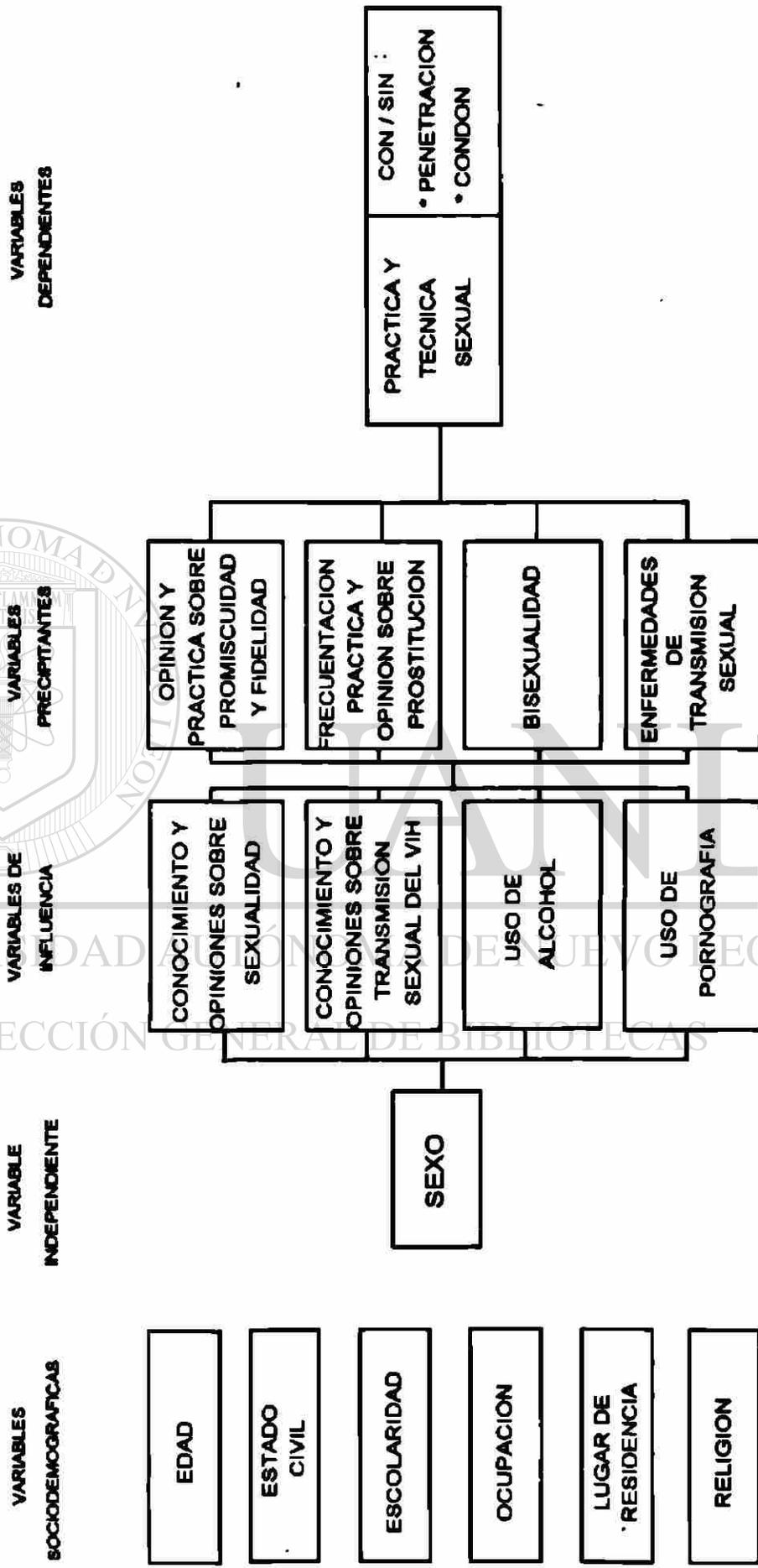
De esta hipótesis se desprenden otras más específicas asociándolas con cada una de las variables rectoras:

- La población masculina se involucra generalmente de un modo más directo en un comportamiento sexual con prácticas de más riesgo a la infección del VIH-SIDA.
 - La población femenina tiene en un gran porcentaje, prácticas de riesgo al VIH de una manera indirecta, a través de sus parejas sexuales masculinas.
 - En la mayoría de esta población existe carencia de información en relación a la sexualidad, transmisión sexual del VIH-SIDA y del sexo seguro.
 - La mayoría de las personas que tienen vida sexual activa no se perciben a sí mismas en riesgo de adquirir el Virus de inmunodeficiencia humana.
 - La mayoría de la población masculina que toma alcohol, por lo menos una vez ha sido influenciado por el uso de este, para tener un comportamiento sexual con prácticas de alto riesgo a la infección del VIH-SIDA, por ser un estimulador sexual.
 - La mayoría de la población masculina que usa pornografía ha estado influenciada por esta, por lo menos una vez, a tener un comportamiento sexual con prácticas de alto riesgo a infección del VIH-SIDA, por ser un estimulador sexual.
 - Tener conocimientos acerca de la infección, enfermedad, prevención y transmisión sexual del Virus de inmunodeficiencia humana no implica que la población estudiada tome medidas preventivas a la infección del virus en su comportamiento sexual, por estar involucrados valores culturales muy arraigados y por sentirse invulnerable al problema.
-
- La mayoría de los hombres y mujeres se resisten a la práctica de sexo seguro (uso de condón y relación sexual sin penetración), para protegerse del VIH-SIDA, por estar involucrados valores culturales en su comportamiento sexual.

1.9. El modelo rector.

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

Gráfica 1
Modelo Hipotético de relaciones entre las variables que intervienen en el comportamiento sexual de riesgo al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).



1.9.1. Las variables del modelo.

A) Variables socio-demográficas.

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

B) Variable independiente.

- Sexo

C) Variables Intervinientes.

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

D) Variables Precipitantes.

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

E) Variables dependientes

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

1.9.2. INDICADORES DE LAS VARIABLES.

A) Variables socio-demográficas.

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

- Lugar de residencia.
- Afiliación religiosa.

B) Variable independiente

- Sexo

C) Variables Intervinientes.

C.1) Conocimientos y actitudes sobre sexualidad.

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

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

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

C.3) Uso de alcohol.

- Uso de bebidas alcohólicas.
- N° de copas que toma en una semana.
- Alcohol como estimulador de relación sexual con persona ocasional.
- Frecuencia de influencia de alcohol a sexo ocasional, en últimos seis meses.
- ¿Acostumbra sexo ocasional con o sin alcohol?
- ¿Persona con alcohol actúa diferente?
- ¿Alcohol motiva a relación homosexual?
- ¿Alcohol motiva a sexo ocasional?
- Sin alcohol, ¿Tendría sexo con persona ocasional?

C.4) Uso de pornografía.

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

D) Variables precipitantes.

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

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

D.2) Prostitución (uso y práctica)

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

D.3) Enfermedades de transmisión sexual.

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

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

E) Variables dependientes.

E.1) Práctica sexual.

- Edad a la que tuvo su primera relación sexual.
- N° de parejas sexuales en su vida.
- Qué n° de pareja es usted en su compañero sexual.
- Conocimiento de su pareja en aspecto sexual.
- Últimos 6 meses, n° de parejas estables.
- Últimos 6 meses, n° de parejas ocasionales (sólo con penetración).
- N° de coitos vaginales en un encuentro sexual.
- N° de coitos anales en un encuentro sexual.
- Con que personas acostumbra tener relaciones sexuales.
- Práctica sexual preferida cuando hay deseo sexual.
- Práctica preferida cuando hay deseo sexual.
- Necesidad de buscar desahogo sexual.

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

E.2) Técnica sexual (Uso de condón)

- Conocimiento del condón.
- Uso de condón.
- Propuesta de uso de condón a su(s) pareja(s).
- Su pareja ¿ ha usado condón con otras parejas sexuales ?
- Uso de condón en sexo oral.
- Aceptación de uso de condón.
- N° de parejas sexuales sin uso de condón en últimos 6 meses.
- ¿Debe usarse condón en sexo anal?
- Uso de condón en relación sexual ocasional.
- Utilidad de condón.
- Acuerdo-desacuerdo de uso de condón para evitar infección.
- Uso de condón en relaciones sexuales con personas prostitutas.
- N° de parejas con sexo vaginal sin condón últimos 6 meses.
- N° de parejas con sexo anal sin condón últimos 6 meses.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

2. SEGUNDA PARTE. METODOLOGÍA.

2.1. Aspectos metodológicos generales.

2.1.1. Diseño del instrumento

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.1.2. Selección y Adiestramiento de los Entrevistadores.

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

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

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

- 1) Ser imparciales, tratando de ser lo más objetivos posible y olvidándose al menos durante la realización de las entrevistas, de todos sus prejuicios, intereses y valores personales.
- 2) Tener conocimiento de los objetivos del estudio, así como un marcado interés en el logro de estos.
- 3) Que contase con experiencia en su práctica profesional en el manejo de temas de sexualidad con grupos e individuos, así como también dominar la técnica de la entrevista individual.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Para la aplicación del cuestionario se establecieron las siguientes condiciones:

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

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

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

- Los pacientes del área de Pediatría (por ser menores de 18 años).
- Los pacientes de psiquiatría (por no estar en condiciones psíquicas y emocionales de atender la entrevista).
- Los pacientes del Centro de Atención al VIH-SIDA (por ser una parte de la población que de alguna manera ya está identificada con el problema del SIDA), ya que en su mayoría acuden a solicitar un servicio de atención a la enfermedad, un examen de VIH, atención a la infección VIH (seropositivos), o bien, personas que solicitan una orientación educativa por percibirse o estar conscientes de su riesgo a la infección por sus prácticas sexuales. Además de que la mayoría de esta población se identifica como homosexual y bisexual, y la población de nuestro interés, por la finalidad del estudio es la heterosexual. ®
- Los pacientes y/o familiares de estos, del área de urgencias (por no estar en condiciones de responder a la entrevista por la situación de estrés emocional que se tiene ante un familiar con problema de salud grave).
- En el área de hospitalización pediátrica, podrían ser entrevistados los padres de los menores de edad que están internados.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.1.3. Levantamiento de datos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

"Buenos días (tardes o noches, según fuera la hora), mi nombre es Olga Olivia Carranza Navarro, pertenezco al departamento de Trabajo Social de esta unidad hospitalaria.

El motivo por el cuál ha sido usted invitado a pasar a esta oficina es porque actualmente estamos realizando un estudio sobre sexualidad, ya que una de nuestras funciones es trabajar con programas de educación sexual, dirigidos a los usuarios de esta unidad hospitalaria.

Para el estudio en el que hoy estamos trabajando, necesitamos la colaboración de personas que tengan su lugar de residencia en los municipios de Monterrey, Guadalupe y San Nicolás de los Garza, N. L., que tengan edad de entre 18 y 50 años.

La participación que necesitamos de usted consiste en dar respuesta a una serie de preguntas sobre su vida personal, para ser más específicos, sobre su comportamiento sexual.

La información que nos proporcione será confidencial, es decir, sólo usted y yo la conoceremos, así como también respetaremos su anonimato, y para esto no le pedimos su identificación personal.

¿Está usted de acuerdo en colaborar con nosotros en la realización de este estudio, dando respuesta a las preguntas de esta entrevista?"

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

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

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

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

2.1.4. Codificación, captura y procesamiento de datos.

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

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

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

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

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

2.2. Selección de la muestra.

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

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

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

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

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

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

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

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
Cuadro 13
Casos de VIH-SIDA por municipio de residencia. Nuevo León, hasta 1994.[®]
 DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

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

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

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

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

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

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

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

La muestra fue avalada por el Lic. José Castañeda, asesor de técnicas estadísticas en los Programas de Áreas Marginadas de la Subsecretaría Estatal de Salud, y antes de dar inicio a la recolección de los datos, en el mes de agosto de 1993, tuvimos la oportunidad de pedir asesoría al Dr. Raúl Rojas Soriano¹, sobre la validez de la muestra. En su opinión, de acuerdo a los muy reducidos recursos disponibles para este estudio, la muestra diseñada (no probabilística, intencional por cuotas), era una buena opción. Agregando que era una muestra combinada, por hacer una selección de muestra con algunos matices aleatorios.

¹ Investigador de Ciencias Sociales, en México.

2.3. Comentarios en etapa de recolección de datos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3.1. Aclaración de conceptos.

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

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

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

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

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

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

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

2.4. Limitaciones de la investigación.

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

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

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

2.5. Las Variables y sus indicadores.

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

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

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

Cuadro 14
Distribución por sexo

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

Cuadro 15
Distribución por edad

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

Cuadro 16
Distribución por lugar de residencia

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

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

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

Cuadro 17
Educación Sexual (información sexual recibida)

Inf/sex humana	Escuela	Amigos	Familia	Hosp.	T.V.	Libros	No/inf.	Total N
Inf. sex. genitales	17.4%	27.4%	7.0%	6.7%	4.0%	3.7%	37.4%	270
anticonceptivo	32.6%	7.4%	1.5%	8.9%	0.4%	1.8%	47.4%	270
enf. venéreas	4.1%	10.7%	3.0%	33.3%	1.1%	1.5%	46.3%	270
Lugar adec inf. sex.	5.6%	29.3%	2.6%	16.3%	4.4%	2.6%	39.3%	270
	19.6%	4.4%	43.3%	24.8%	4%	7.0%	6.7%	270

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

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

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

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

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

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

Cuadro 20
Influencia de información sexual por amigos

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

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

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

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

3. TERCERA PARTE. ANÁLISIS DE LOS DATOS.

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

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

3.1. Características socio-demográficas generales.

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

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

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Cuadro 21
Sexo de la población entrevistada

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

Cuadro 22
Sexo y edad de la población entrevistada

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

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

Cuadro 23
Estado civil según sexo

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

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

Cuadro 24
Escolaridad de hombres y mujeres

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

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

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

Cuadro 25
Ocupación de hombres y mujeres

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

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

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

Cuadro 26
Lugar de residencia de hombres y mujeres

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

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

Cuadro 27
Religión

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

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

3.1.2. Educación sexual (información sobre sexualidad).

Ante la situación de no existir hasta ahora una vacuna o cura para tratar el problema del SIDA, la medida más estratégica para detener la expansión de esta enfermedad es a través de la prevención ; y esta sólo se puede lograr por medio de la educación. Es evidente que esta tarea se nos presenta muy difícil por todas las implicaciones culturales que trae consigo.

Recordando las cifras estadísticas (véase cuadros, primera parte sobre la situación del VIH-SIDA en el Mundo, México y Nuevo León), que nos indican que el mayor número de casos de infección VIH se han dado por contacto sexual, consideramos que la actitud de la gente para evitar el contagio de este virus tiene relación con los conocimientos sobre sexualidad. En nuestro modelo rector incluimos la variable de educación sexual como uno de los factores que influyen en la exposición de riesgo a esta infección, pero debido a la complejidad que nos resulta la medición de la influencia de esta variable tomamos la opción de incluir sólo algunos indicadores acerca de la información que tienen las personas sobre sexualidad humana.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¹ Citado por acción en SIDA.

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

Cuadro 28

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

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

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

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

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

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

"La O.M.S. (1988:9), afirma que es la ignorancia y no el conocimiento de los temas sexuales la causa del infortunio sexual²" ya que la ignorancia sexual trae ansiedad

² Citado por McCary (1988:9)

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

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

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

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

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

Cuadro 29

Información recibida sobre enfermedades de transmisión sexual

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

³ Citado por McCary (1988:3)

⁴ Citado por McCary (1988:5)

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

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

3.1.3. Conocimientos sobre transmisión sexual del VIH-SIDA

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

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

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

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

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

⁵ Citados por McCary (1988:9)

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

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

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

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

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

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

Gaceta Conasida.

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

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

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

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

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

Cuadro 30

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

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

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

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

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

Cuadro 31
Conoce cómo evitar infección VIH-SIDA

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

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

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

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

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

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

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

Es muy probable que a esta población mayoritaria no les ha llegado los mensajes de El "Magic" Johnson, conocido basquetbolista norteamericano, quien se identifica como heterosexual, sano, sin vicios de alcohol ni de droga, pero que sí recuerda haberse involucrado con 60 mujeres; él dice en su campaña Nacional (1991) contra el SIDA en Los Estados Unidos: "Uno no puede optar por correr el riesgo de tener un contacto sexual no protegido con una persona ocasional, pues esto puede resultar un error fatal", continua diciendo: "cualesquiera que sean sus preferencias sexuales, no puede darse el lujo de creerse invulnerable"¹⁰. Ante esta actitud de sentirse muy alejados del SIDA, cabe recordar las palabras de un seropositivo¹¹: "Antes no valoraba mi salud, creía que el SIDA era para homosexuales no para mí".

Cuadro 33
Conocimiento infección del VIH por contacto sexual

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

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

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

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

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

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

Cuadro 34

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

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

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

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

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Cuadro 35

Conocimiento del concepto "sexo seguro"

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

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

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

3.1.4. Uso de alcohol.

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

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

Los efectos del alcohol sobre la sexualidad humana han interesado a las personas que han hecho estudios sobre el comportamiento sexual. En un estudio experimental de Fancasy y Rosen en 1976, se comprobó que tres dosis bastaban para suprimir las erecciones; Wilson y Lawson en 1976, encontraron efectos negativos en los signos fisiológicos ya que de 2 a 3 copas de alcohol causan inhibición en el sistema nervioso; sin embargo, la mayoría de la gente estima que el alcohol aumenta su capacidad sexual. Esto se debe en parte a que el alcohol produce un efecto "deshinibidor", es decir, que reduce las inhibiciones sexuales que pueda tener normalmente una persona, lo que facilita el surgimiento del deseo sexual¹².

¹² Citados por Miller, 1989 : 47.

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

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

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

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

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

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

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

Medición:

Ninguna vez ha influido = no existe influencia del alcohol a tener comportamiento de riesgo al VIH-SIDA.

Alguna vez ha influido = Si existe influencia del alcohol a tener comportamiento de riesgo al VIH-SIDA, por lo menos una vez.

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

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

Cuadro 37

Acostumbra relaciones sexuales ocasionales, con o sin alcohol

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

Medición:

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

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

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

Cuadro 38
Sin alcohol ¿tendría relaciones sexuales ocasionales?

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

Medición:

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

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

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

3.1.5. Uso de pomografía

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

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

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

El hecho de que no se pueda hablar abierta y directamente sobre sexualidad, tiene varias consecuencias. Se da al sexo más importancia de la que tiene, le confiere un aura de misterio y de irrealidad, que lo hace más atractivo e intrigante. Desvía la expresión sexual de los cauces más legítimos a otros que lo son menos. La comisión estima que el interés por la sexualidad es normal saludable y positivo¹⁴.

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

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

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

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

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

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

¹⁵ Ibid. p. 416.

En el año de 1970, fue cuando surgió la tendencia de resaltar los temas sociales con connotación sexual, y el cine fue el pionero en estas cuestiones (Masters y Johnson, 1987:412). Después surgieron las revistas, y posteriormente, junto con los avances tecnológicos, aparecen las videocaseteras; aparatos que traen la facilidad a las personas interesadas por estos temas alusivos al sexo, de llevar estas películas a sus hogares.

Hasta hace algunos años, se tenía la idea de que eran los hombres quienes respondían con más frecuencia e intensidad que las mujeres, a los materiales pornográficos, pero los estudios de Englar y Walker, 1973; Byrne, 1977; Athanasiov, 1980 ¹⁶, nos vienen a decir que esta presunción está equivocada, ya que ellos encontraron que ambos sexos pueden responder por igual ante estos elementos eróticos.

Ante las conclusiones planteadas por los autores aquí mencionados, quienes han realizado estudios acerca de la pornografía en relación al comportamiento sexual humano y que en sus resultados nos dicen que la pornografía no influye nocivamente en la conducta humana, nos permitimos mencionar algunos fragmentos de otro investigador, quien nos ofrece una propuesta sobre el empleo de la pornografía, como una estrategia para combatir el problema del SIDA en su fase preventiva.

Lizárraga (1993d:22)¹⁷, nos ofrece razones para la liberación de la pornografía, incluso en los terrenos de los que argumentan razones de salud pública e higiene mental. Él dice que la realidad es, que existe una cierta cantidad de individuos que independientes de su sexo y edad, encuentran en el material pornográfico una serie de estímulos que erotizan sus cuerpos; y que aunque no son impedidos para imitar lo que ven, oyen y leen, con cierta frecuencia se estimulan con modalidades sexo eróticas que contemplan en tales materiales.

Su propuesta es aprovechar la vía erótica que nos brinda la pornografía (en lugar de satanizarla); para incidir en la práctica sexual segura a la no infección del VIH-SIDA, (promoviendo el sexo seguro sin penetración y/o uso del condón). Él dice que muchas personas no se imaginan los alcances concientizadores, educativos e incluso terapéuticos, que puede llegar a tener un material gráfico de la sexualidad que excite a los que lo contemplan.

Si en técnicas terapéuticas que tratan disfunciones sexuales, no son pocas las veces que incluyen material pornográfico como un medio; entonces, porqué no utilizar este recurso en las campañas contra el VIH-SIDA, donde se promueva conseguir la excitación y descubrir las posibilidades del orgasmo con prácticas seguras, evitando así los encuentros sexuales eróticos múltiples y ocasionales para obtener placer sexual, sin exponerse o exponer a aquellas personas que se encuentran deseables.

¹⁶ Citados por Masters y Johnson (1987:658).

¹⁷ Extractos del artículo "Breve viaje discursivo en torno a la pornografía". Tomado por Hurtado (1993d:22).

En esta variable de uso de pornografía, empleamos los siguientes indicadores: Uso de material pornográfico, tipo de material usado; opiniones acerca de que la pornografía ayuda a exteriorizar deseos sexuales reprimidos, motiva a relaciones sexuales ocasionales, motiva a tener experiencias sexuales "novedosas", y las personas con quienes acostumbran ver material pornográfico, y sí con el uso de la pornografía evita relaciones sexuales ocasionales (esta última variable la utilizamos en el análisis, por ser la que implica un referente práctico).

Brevemente, mencionaremos los resultados obtenidos en los indicadores que en esta ocasión no analizamos, pero que no dejan de ser importantes. El 19.3% de la población total dijo no haber usado material pornográfico (aquí cabe hacer una aclaración, ya que en la variable que se analiza, se encuentra un dato de 20.4% que no usan material pornográfico; la situación que se dio es que 3 mujeres dijeron haber visto sólo una vez "por accidente y por breves momentos" una película, por lo que a nuestro criterio decidimos dejarlas en este indicador como "no usa" pornografía).

El tipo de material pornográfico más utilizado por esta población, son las películas de video, un 51.9%, le siguen las revistas un 24.4%, y por último el cine un 4.8%. En relación a las opiniones, encontramos que la mayoría de la población un 80.4% piensa que la pornografía ayuda a exteriorizar los deseos sexuales reprimidos, un 80.4% opina que la pornografía motiva a tener relaciones sexuales ocasionales, un 68.1% está de acuerdo en que la pornografía motiva a realizar experiencias sexuales "novedosas", un 25.2% acostumbra ver material pornográfico en compañía de su pareja estable, un 34.4% con amigos o parejas ocasionales, un 21.1% solos.

Cuadro 39
Cuando usa pornografía, evita relaciones sexuales ocasionales

Sexo	Siempre	Algunas veces	No usa pornografía	Total N
Femenino	47.4%	17.0%	35.6%	135
Masculino	41.5%	52.4%	5.2%	135
Total	44.4%	34.7%	20.4%	270

Medición:

- Siempre y No usa pornografía No existe influencia de este material, a tener un comportamiento sexual de riesgo al VIH-SIDA.
- Algunas veces = Estas personas, se han visto algunas veces influenciados por el material pornográfico, a tener sexo ocasional riesgoso a la infección VIH-SIDA.

Sumando los resultados de las personas que "siempre" evitan tener sexo ocasional, y las que "no usan" pornografía, captamos un 83% de mujeres que no han tenido un comportamiento sexual de riesgo, influenciadas por el uso de material pornográfico. Y sólo un 46.7% de los hombres se han visto en esta situación.

Observamos una diferencia entre la población femenina y la población masculina que de una a más veces a estado motivada por los efectos de la pornografía para tener un comportamiento sexual con una persona ocasional, ya que mientras las mujeres han sido motivadas un 17%, en los hombres esta motivación se ha dado en un 52.4%.

En relación a la población que si ve material pornográfico, pero que no ha sido influenciada por este a tener sexo ocasional, encontramos que no hay mucha diferencia entre los hombres y las mujeres, ya que ellas lo han podido evitar un 47.4% y ellos un 41.5%. Sumando las respuestas "siempre" y "algunas veces" de la población femenina, tenemos un 64.4% de mujeres que aceptan usar material pornográfico, porcentaje considerable ya que se tiene la idea en nuestro país, por cuestiones culturales, que la mujer no demanda este tipo de material.

En relación a esto, Masters y Johnson (1987: 413), dicen que algunas mujeres procuran evitar con todas sus fuerzas y en lo posible, todo contacto con la documentación erótica, o hacen cuanto está en su voluntad, para reprimir cualquier respuesta espontánea; ya que se les ha enseñado que "no es propio de una señorita sentir curiosidad o dejarse enardecer" por estos materiales. Sin embargo, estos datos nos dicen que también ellas se interesan, y se excitan con la pornografía.

3.1.6. Parejas múltiples (prostitución).

La práctica de la prostitución está considerada como una de las más riesgosas al VIH-SIDA, ya que existen contactos sexuales con múltiples personas; por tal motivo decidimos que este aspecto era importante para hacer un análisis del comportamiento de riesgo a la infección del virus del SIDA, en la población aquí estudiada.

Masters y Johnson (1987:505), dicen que la mejor definición de una persona que se dedica a la prostitución "es aquella que entabla una relación sexual con cualquier individuo, conocido o no, que reúna las condiciones mínimas en cuanto a sexo, edad, higiene, sobriedad, grupo étnico y estado de salud; mediante un pago inmediato en dinero, o en otro tipo de bienes". Agregan que la prostitución femenina es casi exclusivamente heterosexual (donde el hombre paga a la mujer); y la masculina, es casi exclusivamente homosexual (donde el hombre paga al hombre).

En esta conducta sexual están involucradas tanto las personas que venden como las que compran el servicio. En este estudio, lo que nos interesa conocer es la demanda existente entre nuestra población estudiada, así como las implicaciones que puede tener este comportamiento sexual en la prevención de la salud; es decir, conocer el grado de conciencia que tiene la población, acerca del riesgo potencial que se tiene al involucrarse íntimamente con personas que se dedican a la prostitución.

También es de considerable importancia, obtener información relacionada con el tipo de prácticas y técnicas que se tienen con estas personas, hablando en el aspecto de relaciones sexuales seguras a no recibir alguna de las infecciones de transmisión sexual. López Ibor (1984:95), dice que entre los clientes más asiduos a las prostitutas, están aquellas personas que presentan algún defecto físico, timidez; o bien, que son demasiado viejos para lanzarse a la conquista, a quienes las personas prostitutas les dan solución a sus problemas, también están los hombres que son fetichistas o sadomasoquistas, cuyos deseos sexuales sólo pueden ser satisfechos por estas personas, ya que sus esposas o amigas no se prestan para ello.

No hay que olvidar que están también los jóvenes que inician su vida sexual, ya que muchos de ellos tienen su primera experiencia sexual con prostitutas (Tordjman, 1985:170). Masters y Johnson (1987:506), agregan a la lista de hombres que buscan servicios sexuales, a aquellos que se encuentran temporalmente sin una compañera, porque están de viaje, o en el servicio militar, o bien, porque no quieren dedicar tiempo, sentimientos ni dinero para forjar una relación afectiva, y prefieren sencillamente comprar el sexo físico.

Estos científicos, dicen que en la actualidad se puede observar una disminución de la prostitución, y esto se debe al aumento de las relaciones extra-matrimoniales. Ante esta situación, creemos que existe la posibilidad de que la demanda de servicios sexuales en los jóvenes adolescentes también haya disminuido con las relaciones pre-matrimoniales, ya que Tordjman (1985:167), dice que estas han aumentado.

Hablando de la prostitución en relación al problema del SIDA, encontramos que esta conducta sexual está muy unida a las enfermedades de transmisión sexual; Noguer Moré (1971:114), dice que desde la antigüedad los "males de Venus" adquirieron una importancia social de primer orden. Y por desconocer el fenómeno del contagio de estas enfermedades, estas se propagaban en verdaderas epidemias o pandemias. Las personas que practican la prostitución se encuentran más expuestas a contraer el SIDA porque tienen muchos compañeros sexuales, y es muy probable que con frecuencia muy considerable, adquieran otras enfermedades de transmisión sexual, situación que les duplica su riesgo a la infección del VIH-SIDA.

En la población prostituta masculina los riesgos son parecidos, aunque con mucho mayor riesgo cuando sus clientes son hombres, ya que el tipo de prácticas que se tienen en las relaciones homosexuales masculinas (sexo anal), significan más peligro a la infección (ya hablaremos de estas, en la variable práctica sexual de riesgo al VIH).

En América Latina y el Caribe las tasas de infección del virus del SIDA, son más altas entre la población que se dedica a la prostitución, tanto hombres como mujeres. Las encuestas indican que más de un tercio de las personas prostitutas, de ambos sexos, están infectadas en Haití, Buenos Aires y Río de Janeiro. (Population Reports, 1989:5).

Reibstein y Richards (1993:25), dicen que para la mujer anglosajona, descubrir que su marido tiene una aventura secreta de una noche puede ser más desestabilizador para el status quo del matrimonio, que descubrir que visita a una prostituta. Cuando el esposo se involucra en una relación extra-matrimonial, la esposa puede preguntarse ¿qué es lo que a ella le está faltando brindar en el aspecto afectivo?, y cuando el esposo va con una prostituta no siente temor, ya que en una relación sexual a cambio de dinero, no se manejan sentimientos, por lo tanto, no hay de que preocuparse.

Pero de lo que tal vez no son conscientes estas mujeres, es de la existencia del otro tipo de amenaza que está presente en la prostitución, como es la del SIDA. Esta situación de riesgo a través de la práctica de prostitución, consideramos que en nuestro país es de gran importancia por todo el marco cultural que los mexicanos traen, donde predominan los valores machistas que le permiten al hombre involucrarse en relaciones sexuales compradas.

En relación a las visitas sexuales con las personas prostitutas, también al igual que la mujer norteamericana, a la mujer mexicana parece no preocuparle tanto, ya que sus encuentros que no llegan ni a aventuras, y que por lo tanto, se sienten seguras de que su matrimonio no está en peligro (tal vez en términos emocionales así sea, pero en el aspecto de salud la seguridad de la familia está en duda).

Cuadro 40
Número de parejas sexuales prostitutas en su vida.

Sexo	Una	Dos a más	Ninguna	Total N
Femenino	3.7%	9.7%	86.7%	135
Masculino	12.6%	61.5%	25.9%	135
Total	8.1%	35.6%	56.3%	27

Medición:

- Ningún riesgo = Ninguna pareja prostituta
- Riesgo = Una pareja prostituta
- Alto riesgo = Dos a más parejas prostitutas.

El resultado más notorio en este cuadro, es el de la población femenina que no ha tenido una pareja prostituta, un 86.7%. Los hombres en un 61.5%, son los que en más alto riesgo han estado a la infección VIH, pues un 61.6%, dicen tener en su vida de dos a más personas prostitutas. Son también los hombres, en un 12.6%, los que están en el grupo mayor de la población que en una ocasión se han puesto en situación riesgosa al SIDA a través de su involucramiento sexual con personas que se dedican a la prostitución (que aunque el grado es menor, este no deja de ser riesgo).

No está de más mencionar, que los datos que causan sorpresa es la población femenina que también se ha relacionado con personas prostitutas; un 3.7%, sólo con una pareja y un 9.7% de dos a más parejas (aquí están incluidas las mujeres que han pagado a otra persona por servicios sexuales, y aquellas que han tenido parejas que se dedican a la prostitución).

Cuadro 41
Número de veces recibió dinero por sexo

Sexo	Ninguna vez	Una a más veces	Total N
Femenino	84.4%	15.3%	135
Masculino	78.5%	21.2%	135
Total	81.4%	18.2%	270

Medición :

- Alto riesgo = Una a más veces ha recibido dinero por sexo.
- No riesgo = Ninguna vez ha recibido dinero por sexo.

Partiendo del hecho de que nuestra muestra es de población abierta y heterosexual, quienes "aparentemente" no están dentro de los grupos con prácticas de alto riesgo al VIH-SIDA ya que se supone que son la población que lleva un vida "normal" en relación a su comportamiento sexual; sin embargo, aunque no se incluye grupos específicos de riesgo al VIH como las personas que se dedican a la prostitución, nos causo sorpresa encontrar señoras y señores que se dedican a este oficio.

Aunque los porcentajes encontrados son bajos, encontramos que un 15.3% de las mujeres se dedican, o se han dedicado alguna vez en su vida, a ofrecer sus servicios sexuales; y un 21.2% de los hombres también se han dedicado a vender sexo, situación que causa sorpresa ya que se tiene poco la idea de creer que ellos también ejercen la prostitución (algunos dijeron prostituirse con mujeres, o sea que no sólo los hombres demandan sus favores sexuales).

Aunque en una muy reducida diferencia, encontramos que en la población estudiada hay más hombres que mujeres que se dedican, o se han dedicado, a este oficio.

Cuadro 42
Número de veces que ha pagado por sexo

Sexo	Ninguna vez	Una a más veces	Total N
Femenino	97.8%	2.1%	135
Masculino	28.9%	70.6%	135
Total	63.3%	36.3%	270

Medición :

- No riesgo = Ninguna vez han pagado por sexo.
- Alto riesgo = Una a más veces han pagado por sexo.

Existe una marcada diferencia entre la población femenina que ninguna vez ha recurrido a comprar servicios sexuales, por lo que representa el grupo de mayor porcentaje (97.8%) que no se ha puesto en una situación de riesgo al VIH, de una manera directa; y los hombres, un 70.6%, si han estado en situación de alto riesgo al VIH, a través de la compra de favores sexuales.

Sólo se encontró un 2.1%, de mujeres que de una a más veces han acudido a la compra de satisfacción sexual. Un 28.9% de la población masculina, son los que no se han puesto en situación de riesgo al VIH por medio de las citas con personas prostitutas.

Cuadro 43
Su pareja ha tenido sexo con persona prostituta

Sexo	Sí	No	No sabe	Total N
Femenino	28.1%	9.6%	62.2%	135
Masculino	9.6%	52.6%	37.8%	135
Total	18.9%	31.1%	50%	270

Medición :

- Ningún riesgo = Su pareja no ha tenido sexo con prostituta.
- Probable riesgo = No sabe si su pareja ha tenido sexo con prostituta
- Alto riesgo = Algunas veces su pareja ha tenido sexo con prostituta.

Llama la atención en este cuadro, la población que responde "no saber" si su pareja ha tenido sexo con personas prostitutas, de las cuales un 62.2% de las mujeres responden "no saber" y los hombres también manifiestan sus dudas, un 37.8%.

Sobre lo anterior, las respuestas de las mujeres no son de extrañar en nuestra cultura, pero si causan sorpresa en los hombres, por los valores machistas que hacen suponer que no es fácil para ellos reconocer que desconocen la conducta sexual de sus parejas femeninas. Esta población probablemente viva una situación riesgosa al VIH, ya que no conocen el historial acerca de la vida sexual de sus compañeros (as).

Encontramos que los hombres están más seguros a través de sus parejas, ya que aseguran un 52.6%, que estas no se han involucrado en prácticas de prostitución. No se puede decir lo mismo de las mujeres, ya que un 28.1% de ellas no tienen seguridad, por tener compañero que sí se han involucrando en este tipo de prácticas, además del alto porcentaje que aceptan desconocer la conducta sexual de sus cónyuges ante la prostitución.

En otra pregunta que se hizo, para conocer la opinión acerca del acuerdo o desacuerdo que tienen sobre el hecho de que los hombres acudan con personas que ejercen la prostitución, encontramos que el 39.3% está de acuerdo (algunas mujeres casadas comentaron que ellas estaban de acuerdo, ya que a veces ellas no están "con ganas" de tener relaciones sexuales, entonces es bueno que los maridos acudan a quienes pueden acceder a sus deseos).

Un 51.5% de la población total, manifestaron estar en desacuerdo (es probable que la mayoría de la población que así lo manifestó sean mujeres, ya que para los hombres, por cuestiones culturales este es un comportamiento muy normal en nuestro país).

Cuadro 44

Quando toma alcohol, ¿busca a una prostituta? (o ¿se ha involucrado en la práctica de prostitución?).

Sexo	Nunca	Alguna vez	Total N
Femenino	89.6%	10.3%	135
Masculino	39.3%	60.7%	135
Total	64.4%	35.5%	270

Medición:

- No riesgo = Con alcohol nunca ha buscado persona prostituta.
- Alto riesgo = Alguna veces, con alcohol busca prostituta.

Encontramos que un 10.3% de mujeres, alguna vez se han visto influenciadas por el alcohol para tener una relación de prostitución (ya sea buscar un servicio sexual o bien vender sus favores sexuales). Los hombres son quienes presentan más alto riesgo al VIH, por el comportamiento de buscar prostitutas al estar alcoholizados (60.7%).

Las mujeres, en un 89.6%, son las personas que menos se han puesto en este riesgo influenciadas por el alcohol; y los hombres, en menos porcentaje que ellas, tenemos que un 39.3% tampoco se han visto en comportamiento de alto riesgo, a través de la conducta sexual de buscar en estado alcohólico a personas prostitutas.

Cuadro 45

Opinión sobre prostituta, ¿segura de no infección?

Sexo	Cierto	Falso	Total N
Femenino	21.5%	78.5%	135
Masculino	25.9%	74.1%	135
Total	23.7%	76.3%	270

Medición:

- Si tendencia a riesgo VIH = Cierto
- No tendencia a riesgo VIH = Falso

En la población total, observamos que un 76%, las personas prostitutas son percibidas como focos de infección. No existe una marcada diferencia entre las mujeres y los hombres que tienen esta percepción, ya que en un 78.5% de mujeres opinan que es falso que las personas que ejercen la prostitución estén libres de infecciones; y los hombres en un 74.1% opinan de la misma manera. No es raro haber encontrado personas que ven a las prostitutas como seguras de no infecciones, como tenemos a un 21.5% de ellas y un 25.9% de ellos, que opinan que las personas vendedoras de sexo están exentas de infecciones (es probable que la población que dio esta opinión, sean los clientes más asiduos, o bien, sean aquellas personas que se dedican, o han ejercido este oficio).

Cuadro 46
Teme adquirir una infección con persona prostituta

Sexo	Cierto	Falso	Total N
Femenino	93.3%	6.7%	135
Masculino	87.4%	12.6%	135
Total	90.3%	9.6%	270

Medición :

Cierto = Tendencia a no ponerse en riesgo VIH con prostituta

Falso = Tendencia a si ponerse en riesgo VIH con prostituta

De la población total, un 90.3% expresa tener temor de adquirir una infección al relacionarse con personas que trabajan en la prostitución (un 93.3% de mujeres y un 87.4% de hombres lo manifiestan así). Sin embargo, en los cuadros anteriores observamos el porcentaje de población masculina que si acude con este tipo de personas (esto nos dice que aún con todo el riesgo que llevan de infectarse, no dejan de acudir a ellas). Entre quienes dicen no tener temor de adquirir infecciones con personas prostitutas, encontramos un 6.7% de mujeres y un 12.6% de hombres.

Cuadro 47
Prefiere abstinencia sexual, a relacionarse con prostituta

Sexo	Cierto	Falso	Total N
Femenino	88.1%	11.85%	135
Masculino	37%	63%	135
Total	62.5%	37.4%	270

Medición :

- Cierto = Tendencia a no riesgo VIH
- Falso = Tendencia a un alto riesgo del VIH.

Insistiendo en conocer la tendencia de la población, a involucrarse en situaciones riesgosas al VIH por medio de personas prostitutas, preguntamos : ¿Prefiere abstenerse cuando tiene deseo sexual, que acudir con personas prostitutas?. Un 88.1% de las mujeres dijeron preferir abstenerse, y un 37% de los hombres, aceptaron darse con los deseos sexuales sin satisfacer, que acudir a los servicios sexuales comprados(esta población manifiesta la tendencia de no querer involucrarse en estas situaciones de riesgo).

Un grupo de 63% de hombres, son los que sí presentan mayor tendencia a ponerse en alto riesgo al VIH, por no estar dispuestos a abstenerse sexualmente cuando hay deseo sexual y preferir la opción de acudir con personas prostitutas.

Relacionada con este indicador, se les hizo otra pregunta de opinión : ¿Sin pareja sexual estable, es necesario buscar servicio sexual?. Encontramos que un 40.7% de la población total, si esta de acuerdo en que se acuda a satisfacer sus necesidades sexuales aunque sea con personas trabajadoras del sexo (es probable que en estas se encuentre la mayoría de la población masculina, por los valores predominantes que existen en nuestra cultura que los hace ver normal el frecuentar a quienes venden placer sexual). También es probable que entre la población que dijo estar en desacuerdo, que fue un 46.3%, sean mujeres (quienes también por valores culturales, no es aceptable que ellas acudan a comprar servicios sexuales).

3.1.7. Parejas múltiples (promiscuidad).

Otra de las variables que manejamos como precipitantes al riesgo de infección VIH-SIDA (ya mencionábamos la prostitución), es el comportamiento sexual de relacionarse con parejas múltiples (promiscuidad). Aunque en teoría, estas variables pueden significar lo mismo que práctica sexual (nuestra variable dependiente), en nuestro modelo rector consideramos que era conveniente, por cuestiones prácticas, separarlas en el análisis; y en esta parte, sólo vamos a analizar el comportamiento sexual de los entrevistados, en relación al número de personas con quienes se involucran sexualmente, sin profundizar en el tipo de contactos sexuales que se tienen, es decir, si se dan las prácticas con penetración o no, ya que estas serán manejadas en la variable dependiente.

McCary (1988,:257), define la promiscuidad como "la participación sexual en el coito, con muchas personas, sobre bases más o menos casuales". Menciona que en los hombres este comportamiento es conocido como "donjuanismo" y es el resultado de sentimientos de insuficiencia, conflictos emocionales y otros problemas de personalidad.

En relación al problema del SIDA, ~~el comportamiento sexual promiscuo~~ esta considerado como uno de los de más alto riesgo a ~~la infección del VIH, ya que es peligrosa toda aquella relación sexual que se tiene con un desconocido (en referencia a no saber su estado de salud respecto al VIH), o pareja ocasional, sin tomar ninguna precaución de protección.~~

Richardson (1988: 14), en relación a esto nos comenta que el SIDA está relacionado con la promiscuidad, pero sabemos que también se ha presentado en personas que sólo ocasionalmente tienen relaciones casuales. Aunque predomina la idea de que todos aquellos que han sido infectados o padecen el SIDA es porque son "promiscuos"; sin embargo, existen personas que refieren haberse infectado en un sólo encuentro sexual con persona ocasional. Y aunque las posibilidades de adquirir el VIH aumentan con la exposición repetida, sólo se necesita tener un coito sin protección para adquirir el virus, esto se debe a que al aumentar o multiplicar las relaciones sexuales con diferentes personas el riesgo al VIH aumenta, ya que toda pareja sexual representa un riesgo posible, por lo que una sola relación sexual ocasional es a veces suficiente para recibir la infección.

Las actitudes que se observan en la población, son evitar las relaciones sociales con personas homosexuales, por creer que están infectados (creencia infundada por los prejuicios, y otras cuestiones culturales), y no les pasa por su mente que también corren el riesgo de infección teniendo relaciones con parejas múltiples, como prostitutas y/o personas ocasionales. Para la mayoría de las personas, es suficiente ver la apariencia sana de la persona con quién se va a involucrar, para tener confianza en que se pasará un rato agradable de placer.

En nuestro país predomina una cultura machista, caracterizada por la costumbre que existe en que al hombre se le permite un comportamiento sexual de libertad para involucrarse con otras parejas sexuales, y en cambio a la mujer se le exige fidelidad.

Cabe hacer la aclaración, que la "promiscuidad" no es el comportamiento sexual, causante directo del SIDA, pero si influye en las posibilidades de exposición de riesgo, ya que entre más compañeros ocasionales se tengan, existen más posibilidades de acercarse al VIH. Y en nuestro país la mujer está en riesgo de la infección de una manera indirecta, es decir, a través de sus compañeros sexuales.

Esto se debe a la "doble moral" que existe en nuestra cultura sexista, por la tendencia que se da al juzgar la conducta sexual de los hombres de una manera muy diferente al comportamiento sexual de las mujeres; pues mientras a las mujeres se les exige llegar "vírgenes" al matrimonio y ser fieles al compañero, a los hombres en cambio, cuando se casan lo hacen ya bien "experimentados" sexualmente, y aún casados continúan adquiriendo más "experiencia" teniendo relaciones sexuales con personas ocasionales (relaciones extramatrimoniales).

En nuestro país, se juzga de un modo diferente el adulterio de los hombres al de las mujeres. "En nuestra sociedad, la gente asume públicamente que no es promiscua, aunque en privado lo sea, es decir, la gente se dice ser fiel (de día), aunque (de noche) no lo puedan sostener. Esto es lo que llamaríamos moralidad diurna, con altas dosis de inmoralidad "nocturna" (Almaguer, 1993b:12)¹⁸. De lo anterior, Quiroga (1993e:10), toma algunas palabras para expresar que los jóvenes gays y heterosexuales, son los grupos de más alto riesgo al VIH en la década de los 90s. Continúa diciendo que la sumisión de la mujer es también un riesgo; así como el machismo dado en el aspecto psicosocial del varón, la doble moral (ya que en el día se proclama abstinencia o fidelidad y por la noche se vive con gran dosis de promiscuidad), y considera a la bisexualidad, no manifestada socialmente, como una conducta de riesgo a la infección VIH.

Ante esta situación, sabemos que cualquier persona que se exponga a las formas de transmisión sexual, sin importar edad, sexo, estado civil, condición social. etc. puede adquirir la infección que causa el SIDA; por lo que pensamos, que se debe tomar la actitud de investigar la historia sexual de las personas con quienes se van a involucrar sexualmente, aunque esto no es una medida suficiente, ya que está la posibilidad de que las personas no hablen con la verdad.

En esta variable, está incluida la conducta sexual de las personas homosexuales y bisexuales (estos últimos, ya sea ocasionalmente o de manera constante).

El riesgo al VIH en el comportamiento sexual con varias personas, esta en la dificultad que se presenta de poder identificar si la persona es portador o no del VIH, ya que como decíamos anteriormente (cuando hablábamos de las personas seropositivas), la mayoría de las veces ni ellos mismos conocen su estado de salud, y sin embargo, pueden transmitir la infección a sus parejas sexuales. Koop (1992:2), dice : "la posibilidad de estar en peligro por infectarse con el virus del SIDA, no tiene que ver con quién es usted, lo que importa es lo que usted hace".

A continuación mencionamos las medidas preventivas que nos da la Dirección Nacional de Epidemiología de la Subsecretaría de Salud (Febrero 1990:51), para evitar la infección del VIH-SIDA:

- *Abstinencia sexual.*
- *Fidelidad mutua.*
- *Uso de condón.*

Las dos primeras, son las que ofrecen una garantía para que las personas no adquieran la infección. Éstas son las que se analizan en esta parte del estudio.

Resulta obvio que si la persona es sana y mantiene relaciones sólo con una pareja también sana, no hay necesidad de tomar la tercer medida preventiva que es el uso

¹⁸ Almaguer, José Angel (1993) "Controversia, frases y posturas", conferencia impartida en el Primer Congreso de Psicología, UANL, 1993, citado por Hurtado (1993d:12)

del condón (esta última será analizada en la práctica y técnica sexual de la población estudiada, así como otras que están consideradas como prácticas seguras).

Consideramos que la primer medida aquí mencionada (abstinencia sexual), es algo irreal, además que desde el punto de vista socio-psicológico puede ir contra la salud mental de los individuos, ya que se les está pidiendo abstenerse de manifestar una necesidad humana como es lo referente a su sexualidad. Lo que sí tienen los seres humanos, es la capacidad de ser más selectivos en la elección de sus parejas sexuales, así como brindarse y ofrecer también a su compañero, el derecho que se tiene de realizar prácticas sexuales seguras.

Otra medida preventiva, puede ser que se den el tiempo suficiente para conocer bien a su pareja antes de llegar a una relación sexual plena, que esté caracterizada por la comunicación y el amor, sólo así se tendrá la seguridad de no estar en riesgo de contagio, y no confiarse con la primera impresión de la apariencia de buena salud, ya que se puede estar frente a un portador sano del Virus de Inmunodeficiencia Humana.

Cuadro 48

¿Tiene pareja sexual estable actualmente?

Sexo	Sí	No	No rel. sexuales	Total N
Femenino	91.1%	7.4%	1.4%	135
Masculino	86.7%	10.3%	2.9%	135
Total	88.9%	8.8%	2.2%	270

Encontramos que las mujeres constituyen el grupo de población que en mayor porcentaje cuentan con una pareja estable (un 91.1%), y un 86.7% de los hombres se encuentran en la misma situación.

Sólo un 2.2% de la población total, manifiesta no haber iniciado su vida sexual. A esta población se le puede ubicar entre las personas que tienen garantizado, hasta ahora, no estar en riesgo directo o indirecto a la transmisión sexual del VIH-SIDA, de acuerdo a los comportamientos seguros que nos establece la Dirección Epidemiológica. Sólo un 8.8% de la población total, se encuentra sin pareja estable.

Cuadro 49

Tiene relaciones sexuales sólo con su pareja

Sexo	Sí	No	No rel. sexual	Total N
Femenino	78.5%	20.0%	1.4%	135
Masculino	34%	62.9%	2.9%	135
Total	56.3%	41.4%	2.2%	270

Medición:

- No riesgo = Sí y no relaciones sexuales.
- Sí riesgo = No

En este indicador tratamos de encontrar si la población ha tenido sólo relaciones con la pareja estable actual. Los resultados nos dicen que un 68.9% de hombres, no han tenido sexo sólo con su pareja estable. Y un 20.0% de mujeres se ha involucrado sexualmente con otras parejas, además de la persona con quien vive una relación estable. Estos dos grupos mencionados, son los que están en una situación de riesgo al VIH-SIDA.

Cuadro 50
Prefiere abstinencia sexual a sexo ocasional

Sexo	Sí	No	No sabe	Total N
Femenino	62.2%	36.3%	1.5%	135
Masculino	17.8%	80.0%	2.2%	135
Total	40.0%	58.1%	1.8%	270

Medición:

- Sí = Tendencia a no tomar riesgo
- No y no sabe = Tendencia a tomar riesgo.

Este indicador, sólo nos habla de una posición futura (proyectiva). Encontramos que los hombres presentan la tendencia más alta a situaciones riesgosas, ya que un 80.0% respondió no preferir la abstinencia sexual, y prefieren una relación sexual ocasional. En las mujeres, aunque no es tan alta esta tendencia, no deja de ser significativo que un 36.3% de ellas, tomen también la opción de tener sexo ocasional, que mantenerse en abstinencia. En una pregunta de opinión acerca de si consideran el sexo como una necesidad que se tiene que satisfacer en la población total, un 48.5%, dijo estar de acuerdo en que el sexo es una necesidad que se tiene que satisfacer; un 43.3%, respondió estar en desacuerdo con esta suposición, y sólo un 8.1%, se mostró indiferente.

Cuadro 51
Su pareja tiene relaciones sexuales sólo con usted

Sexo	Sí	No	No sabe	No rel. sex.	Total N
Femenino	20.0%	28.9%	49.6%	1.4%	135
Masculino	53.3%	22.2%	21.4%	2.9%	135
Total	36.7%	25.6%	35.5%	2.2%	270

Medición:

- No riesgo = Sí y no relaciones sexuales
- Sí riesgo = No y no sabe

El dato interesante que en este indicador encontramos, es que un 49.6% de las mujeres, dicen desconocer si su pareja tiene relaciones sexuales sólo con ellas. Esta ya es una situación riesgosa, por el hecho de desconocer el comportamiento sexual de sus compañeros. Un 53.3% de hombres, se puede decir que no están en situación de riesgo a través de sus compañeras, ya que dicen estar seguros del comportamiento fiel de ellas, y sólo un 20.0% de ellas, están en la misma situación.

Cuadro 52
Parejas sexuales ocasionales, en últimos seis meses
(incluye sexo sin penetración)

Sexo	Una	Dos a más	Ninguna	Total N
Femenino	7.4%	14.1%	78.5%	135
Masculino	20.0%	31.8%	48.1%	135
Total	13.7%	22.9%	63.3%	270

Medición:

- Nulo riesgo = Ninguna.
- Probable riesgo = Una.
- Alto riesgo = Dos a más.

El 78.5% de las mujeres, en los últimos seis meses no han estado en situación de riesgo, ya que no han tenido relaciones sexuales ocasionales. Sólo un 48.1% de los hombres están en la misma situación. Un 51.8% de los varones, si se han visto en situaciones riesgosas, porque sumando respuestas "una" y "dos a más", encontramos que en los últimos seis meses han tenido sexo ocasional.

Cuadro 53
Lugar donde encuentra compañía sexual

Sexo	Total desconocido	Poco conocido	No busca	Total N
Femenino	20.8%	25.9%	53.3%	135
Masculino	58.4%	34.1%	7.4%	135
Total	39.6%	30.0%	30.3%	270

Medición:

- No riesgo = No busca compañía sexual
- Riesgo = Poco conocido (trabajo, escuela, novio (a), vecino (a), comadre, compadre. etc.)
- Alto riesgo = Total desconocido (calle, bares, cafés, bailes, parques).

El 58.4% de hombres, son los que manifiestan el comportamiento sexual de más alto riesgo, ya que encuentran a sus compañeros sexuales en la calle (es muy probable que se inmiscuyan con personas prostitutas y/o promiscuas). Aunque en menos cantidad, un 20.8%, también se encontraron mujeres que se han relacionado con personas que "conocen" en la calle. La mayoría de la población femenina es la que no está en situación de riesgo, ya que un 53.3% dijeron no haber buscado ni encontrado compañeros sexuales ocasionales. Relacionado con este indicador, se les hizo la siguiente pregunta: ¿En diversión, busca compañía sexual?.

Un 76.3% de mujeres, contestaron que nunca han buscado compañía sexual, mientras que un 86.6% de hombres, respondieron que si la han buscado algunas veces.

Otra pregunta fue: ¿Cada cuando consideran que es necesario salir a buscar desahogo sexual?. A lo que un 59.6% respondió que "nunca", y un 40.4% está dentro de las respuestas: "una vez al mes", "cada dos semanas", "cada semana", algunos incluso respondieron que de "dos a tres veces por semana". Si desglosamos estas respuestas por categoría sexual, es probable que la mayoría del grupo que respondió que nunca es necesario buscar desahogo sexual, sean mujeres, por las condiciones sociales, que ubican a la mujer en una posición pasiva en relación a manifestar sus necesidades sexuales, y los hombres en cambio, están condicionados a ser más abiertos en la expresión de estos deseos.

Cuadro 54

Número de parejas sexuales en su vida (con penetración anal y/o vaginal)

Sexo	Ninguna	Una	Dos a más	Seis a más	Total N
Femenino	2.2%	54%	26.7%	17.1%	135
Masculino	3.0%	5.9%	32.6%	58.6%	135
Total	2.6%	29.9%	29.6%	37.8%	270

Medición:

- Nulo riesgo = Ninguna.
- Probable riesgo = Una.
- Mediano riesgo = Dos a más.
- Alto riesgo = Seis a más.

Sólo un 2.6% de población total, se encontró sin pareja sexual en su vida (hasta el momento de la entrevista), ellos son las que están en situación de nulo riesgo. Los hombres, son los que están en situación más riesgosa, ya que un 58.5% de ellos, en su vida han tenido de seis a más parejas sexuales; y las mujeres, sólo un 17.1% se encuentran en tal situación. En otra pregunta: ¿Es fácil para usted, tener sólo una pareja sexual?. Un 85.2% de mujeres respondieron que sí les parecía fácil, mientras que sólo un 41.5% de hombres, lo veían de igual forma. Y un 49.6% de ellos respondieron que les parecía difícil.

Cuadro 55

Qué nº de pareja es ud. en la vida de su compañero sexual estable actual.

Sexo	Primera	2 a 3	4 a más	No pareja sex.	Total N
Femenino	10.4%	8.9%	79.2%	1.4%	135
Masculino	40.7%	28.1%	28.1%	2.9%	135
Total	25.5%	18.5%	53.7%	2.2%	270

Medición :

- Nulo riesgo = No pareja sexual.
- Probable riesgo = 1a.
- Mediano riesgo = 2 a 3.
- Alto riesgo = 4 a más.

Los hombres se presentan en una situación menos riesgosa al VIH a través de sus compañeras sexuales, ya que un 40.7% de ellos, dicen ser la primer pareja sexual en la vida de sus compañeras; mientras que de la mayoría de las mujeres, no se puede decir lo mismo, ya que sólo un 10.4% de ellas, han sido las primeras parejas sexuales de sus compañeros. Un 79.2% de ellas, refieren que sus parejas han tenido de 4 a más compañeras sexuales, antes de ellas. Esta situación las pone en un riesgo al VIH de un modo indirecto, es decir, a través del historial sexual con varias personas, que han tenido sus compañeros sexuales actuales.

Cuadro 56
En los últimos seis meses, número de parejas estables

Sexo	No rel.sex.	Ninguna	Una	2 a 3	Total N
Femenino	1.4%	7.5%	88.7%	4.4%	135
Masculino	2.9%	9.7%	71.1%	16.3%	135
Total	2.2%	8.5%	78.9%	10.3%	270

Medición :

- Nulo riesgo = No relaciones sexuales.
- Probable riesgo = Una.
- Alto riesgo = Ninguna y 2 a 3.

Un dato interesante, es el 4.4% de mujeres que mantienen de dos a tres relaciones estables, esta situación va contra los valores establecidos en nuestro país, ya que se supone que sólo los hombres, son los que tienen este comportamiento, sin embargo, los resultados ahí están señalándonos que también ellas son capaces de tener este tipo de conducta. Un 10.3% de la población total, presentó esta conducta, de los cuales un 16.3% son hombres, y son los casos de las personas que tienen una relación de matrimonio oficial con una persona, y a la vez tienen un "amasiato" con una o dos compañeras más. Cabe hacer el comentario de tres hombres en edad adulta, que expresaron tener dos relaciones más (que no dejan de ser estables), aparte de la "oficial". Y en sus comentarios, mencionaron los consejos que dan a sus hijos: "en lugar de andar con prostitutas y/o mujeres de la calle, mejor busquen una mujer casada, porque estas son más «seguras» de no andar sueltas".

La pregunta que nos hacemos, es si esta opción de matrimonio en grupo es una estrategia más en la prevención del SIDA. Es probable que por la cultura machista que predomina en nuestro país, donde el comportamiento de los hombres se caracteriza por no tener la capacidad de mantener relaciones sexuales con una sólo pareja, sería la medida preventiva que tendría más preferencia en la población masculina. Pero este es un tema muy interesante, que merece su atención de una manera más exclusiva.

Relacionado con este indicador, tenemos los siguientes: ¿Es difícil tener relaciones sexuales sólo con su pareja?. 68.1% de hombres dijeron estar de acuerdo en que esta situación se les presenta difícil; (causa sorpresa un 55.6% de mujeres que opinan de igual forma). En la pregunta: ¿La relación sexual con su pareja actual es satisfactoria y segura?. Un 54.8% de hombres contestaron que no era satisfactoria, mientras que el 32.5% de las mujeres respondieron de igual manera. El 65.9% de mujeres, dijeron sí tener una relación satisfactoria sexual con sus parejas estables, y sólo 42.2% de ellos respondieron también tener una relación sexual satisfactoria con su compañera estable.

Cuadro 57
Número de pareja sexual ocasional, en los últimos seis meses
(con penetración anal y/o vaginal)

Sexo	Ninguna	Una a más	Total N
Femenino	86.7%	13.1%	135
Masculino	54.8%	45.2%	135
Total	70.7%	29.2%	270

Medición:

- No riesgo últimos seis meses = Ninguna.
- Sí riesgo últimos seis meses = Una a más.

Encontramos que en los últimos seis meses, el 86.7% de mujeres no han tenido un comportamiento de riesgo al VIH por no haber tenido sexo ocasional; y un 54.% de los hombres, se han encontrado en igual situación. El grupo mayoritario que si ha estado en tal situación riesgosa, es el de un 45.2% de hombres, los cuales, en los últimos seis meses se han visto involucrados sexualmente, de una a más veces con parejas ocasionales.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

Cuadro 58
Sexo de personas con quienes se ha relacionado sexualmente

Sexo	No rel.sex.	Con hombres	Con mujeres	Con hombres y mujeres	Total N
Femenino	1.4%	95.5%	0.7%	2.2%	135
Masculino	3.0%	3.0%	57.0%	37.0%	135
Total	2.2%	49.2%	28.8%	19.6%	270

Medición:

- Nulo riesgo = No relaciones sexuales.
- Riesgo = Sólo con hombres o sólo con mujeres.
- Alto riesgo = Con hombres y mujeres.

En esta población se encontró que un 95.5% de las mujeres, tienen una conducta heterosexual, ya que desde que iniciaron su vida sexual sólo se han relacionado con hombres. Un 57% de los hombres han presentado la misma conducta. El dato que aquí nos parece interesante, es el 37.0% de hombres que dicen haber tenido relaciones sexuales con hombres (algunos sólo una vez) y con mujeres.

Cabe recordar, que la conducta bisexual es una de las más riesgosas para que el VIH se acerque a la población femenina por medio de transmisión sexual. Sólo se encontró un 2.2% de mujeres bisexuales. En las personas entrevistadas, sólo encontramos 0.7% (1 caso) de mujeres homosexuales y 3% de hombres también con esta conducta.

Cuadro 59
Ha sido infiel a su (s) pareja (s) estable (s)

Sexo	Sí	No	Total N
Femenino	21.4%	78.6%	135
Masculino	69.6%	30.3%	135
Total	45.8%	54.4%	270

Medición:

- No riesgo = No.
- Si riesgo = Si.

Este indicador nos habla de la conducta en el aspecto de fidelidad sexual, que se da en la población que ahora estudiamos. Tenemos que un 78.6% de las mujeres, dijeron no haber sido infieles a sus parejas sexuales, y sólo un 30.3% de los hombres dijeron presentar esta conducta de fidelidad sexual. Es notorio el 69.6% de hombres que aceptan haber sido infieles a sus parejas estables. Esto nos dice que la población masculina, aparte de ponerse en una situación riesgosa al VIH, también involucran indirectamente a sus compañeras. También encontramos que un 21.4% de las mujeres, han estado en la misma situación de riesgo, ya que han sido infieles a sus compañeros sexuales estables. En estos grupos de infieles, está la población que actualmente no tiene una pareja estable (viudos, separados, divorciados), pero que cuando la tuvieron, también ellos fueron infieles. Como comentario podemos recordar las palabras de una persona seropositiva: "Si llegara a vencer el SIDA, te lo juro, haría una vida normal, le sería fiel a mi esposa, como lo soy ahora" (Macías, 1992).

Cuadro 60
¿Cree usted que su pareja le es fiel?

Sexo	Sí	No	No sabe	No pareja sexual	Total N
Femenino	25.2%	32.5%	40.7%	1.4%	135
Masculino	57%	27%	20%	2.9%	135
Total	41.1%	26.2%	30.4%	2.2%	270

Ésta fue sólo una pregunta de opinión, para conocer la confianza que esta población tiene en mantener relaciones con compañeros monógamos. Sólo un 2.2% de la población no pudo externar su opinión, por no tener una pareja sexual estable ni casual.

El 11.1% restante, incluye a las personas que carecen de una relación estable (éstos con seguridad están comprendidos en las respuestas "no" y "no sabe"). Lo interesante en este indicador, es el 40.7% de mujeres que dicen no saber si su pareja les es fiel, ellas no pudieron dar una respuesta afirmativa o negativa, lo que nos habla del poco conocimiento que tienen del comportamiento sexual de sus parejas (aquí, la duda ya esta hablando por sí sola), y se considera que esta situación de desconocer a sus parejas sexuales, también es una conducta de riesgo al VIH.

Los hombres, un 57%, expresaron seguridad en mantener relaciones con personas fieles, mientras en la población de las mujeres, sólo un 25.2% manifiesta tal seguridad. Es considerable el 32.5% de mujeres, que dicen no creer que su pareja, le sea fiel, y también es interesante el 20% de ellos, que no están seguros en convivir con compañeras fieles. Relacionado con este indicador, se les preguntó si conocían a su pareja en el aspecto sexual. Sólo un 26.7% de la población total respondió afirmativamente; un 37% de ellos, dijeron no conocer a sus parejas en este aspecto, y un 34.1%, respondió que no las conocen profundamente. El resto que no respondió, no tiene pareja estable.

Cuadro 61

¿Ha tenido parejas sexuales de su mismo sexo?

Sexo	Nunca	Sí, a veces	No, tal vez algún día	Total N
Femenino	94.1%	3.7%	2.2%	135
Masculino	53.3%	40.0%	6.7%	135
Total	73.7%	21.8%	4.4%	270

Medición:

- Alto riesgo = Hombres que han tenido relaciones sexuales con personas de su mismo sexo.
- No riesgo = Hombres que respondieron "nunca" y "no, tal vez un día".

Este indicador fue incluido, para confirmar las respuestas que se dieron en la variable del sexo de las personas con quienes se involucra sexualmente. Lo que encontramos es que las respuestas de los hombres que respondieron si haber tenido parejas de su mismo sexo, confirman las respuestas del indicador anterior. Un 40% de ellos aceptan haber tenido, o tener relaciones sexuales homosexuales. Este es uno de los comportamientos humanos de más alto riesgo a la infección del VIH, por el tipo de práctica más común que se tienen entre los hombres, como es el sexo anal (ya hablaremos más adelante sobre esta, en la variable "práctica sexual"). En este cuadro solamente aparece una mujer, que acepta haberse involucrado sexualmente con mujeres (aquí son 5 casos y en el anterior cuadro sólo eran 4 casos). Un 94.1% de ellas expresan una conducta heterosexual. Encontramos un 4.4% de la población total, que parece presentar todavía dudas acerca de su tendencia sexual, ya que manifiestan la posibilidad de un día relacionarse con personas de su mismo sexo.

3.1.8. Enfermedades de transmisión sexual.

Otra variable importante, es la que se refiere al contagio de las enfermedades de transmisión sexual que han padecido los entrevistados, las cuales son un problema de salud que son consecuencia de un contacto sexual con una persona infectada (al igual que la infección del VIH-SIDA), sólo que estas enfermedades se diferencian del SIDA porque para estas sí existen tratamientos eficaces y no causan daño permanente a la salud (siempre y cuando sean tratadas en una fase temprana), en cambio el VIH no tiene cura y causa una enfermedad mortal.

Estas enfermedades venéreas pasan de una persona a otra sólo cuando los genitales, la boca o el ano de una persona infectada han estado en contacto con una parte similar del cuerpo de otra persona (Tunnadine y Cols, 1986:198). Como el medio de transmisión de estas es igual al del VIH, las medidas preventivas también son las mismas.

En nuestro tema de estudio, es importante hablar de la relación existente entre el SIDA y otras enfermedades sexuales; ya que toda persona que es susceptible de cualquiera de éstas, como la gonorrea, herpes o sífilis, también está en alto riesgo de contraer el virus mortal. La presencia de lesiones o chancros en la vagina, pene, recto o boca, etc., que muchas veces son lesiones poco visibles, aumenta el riesgo de infectarse con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (AIDSCOM, 1991:12).

Mann (1991:3), dice: "el surgimiento en todo el mundo, de más de 100 millones de nuevos casos cada año, de enfermedades por transmisión sexual, ilustra dramáticamente el enorme potencial de diseminación sexual del VIH". No hay que olvidar que las otras enfermedades venéreas, al igual que el VIH, también se encuentran relacionadas con la homosexualidad, la prostitución, la higiene y la promiscuidad.

En esta variable, se manejaron indicadores acerca de algunos padecimientos sexuales, para darnos una idea del potencial de riesgo al VIH en la población estudiada, tomando en cuenta el índice existente de estas enfermedades.

Encontramos que las mujeres presentan más infecciones que podríamos catalogar como más comunes en el sexo femenino, como son ardor al orinar (59.3%) y flujo blanco o amarillo (70.4%), aunque notamos que también los hombres han presentado estos padecimientos (ardor al orinar un 45.2% y flujo blanco y amarillo un 43.7%). Los varones, en mayor porcentaje que las mujeres, manifestaron haberse infectado de enfermedades como: sífilis, condilomas, ladillas, herpes genital, úlceras genitales, etc., propias de tener relaciones sexuales con personas promiscuas.

Cuadro 62
Enfermedades de transmisión sexual (%)

Sexo	Enfermedad	Ninguna vez	Una a más
Femenino	Ardor al orinar	40.7	59.3
	Flujo blanco o amarillo en genitales	29.6	70.4
	Condilomas	91.9	8.1
	Ladillas	95.6	4.4
	Úlceras genitales	73.3	26.7
	Sífilis	98.5	1.5
	Herpes genital	85.2	14.8
	Hepatitis B	98.9	0.0
Masculino	Ardor al orinar	54.8	45.2
	Flujo blanco o amarillo en genitales	58.3	43.7
	Condilomas	94.8	5.2
	Ladillas	80.7	7.5
	Úlceras genitales	83.7	16.3
	Sífilis	93.3	6.7
	Herpes genital	85.9	14.1
	Hepatitis B	98.9	1.1

Cuadro 63
Alguna de sus parejas ha tenido enfermedades de transmisión sexual

Sexo	Sí	No	No pareja sexual	Total N
Femenino	19.3%	80.7%	1.4%	135
Masculino	29.6%	70.4%	2.9%	135
Total	24.4%	75.6%	2.2%	270

Medición:

- Nulo riesgo = "No" y "No pareja sexual".
- Alto riesgo = "Sí".

Tenemos que un 24.4% de la población, ha estado en alto riesgo de infección al VIH, a través de relaciones sexuales con personas que han tenido alguna enfermedad de transmisión sexual, ya que mencionábamos que estas enfermedades son también factores de riesgo al virus del SIDA. De esta población de alto riesgo, el 19.3% corresponde a mujeres y el 29.6% a los hombres.

3.1.9. Práctica y técnica sexual.

Ya sabemos que el contacto sexual representa la forma más frecuente de contagio del virus del SIDA en el mundo, y desgraciadamente es la más difícil de detener, por involucrar hábitos y conductas que están profundamente arraigadas al aspecto más íntimo del ser humano, como es su sexualidad. La práctica sexual es la que manejamos como variable dependiente (ya que para que se presente el riesgo de la infección al VIH por transmisión sexual, depende mucho del tipo de contacto que se tenga). La práctica sexual donde se da el coito, es una condición necesaria para que pueda existir el riesgo de la infección por transmisión sexual.

En las variables precipitantes (prostitución y promiscuidad), ya hablábamos de los comportamientos de riesgo de las personas a través de las relaciones sexuales ocasionales, pero no tratamos el tipo de prácticas que estos tienen, y que cabe recordar una vez más, que una relación sexual no implica necesariamente una relación con coito, por lo que pensamos en la posibilidad de que quienes tienen relaciones con dos o más personas desconocidas, tal vez lo hagan teniendo prácticas sexuales seguras a la no infección del VIH-SIDA.

Aquí vamos a hablar de las prácticas más comunes en las relaciones sexuales de estas personas, así como de las técnicas empleadas para determinar si efectivamente se está cayendo en una situación de riesgo a la infección del VIH-SIDA. El riesgo de contagio por contacto sexual, se da cuando existe un intercambio de líquidos corporales (semen, sangre, secreción vaginal), entre una persona infectada y una persona sana (ya se mencionó lo difícil que es identificar a una persona seropositiva); y aunque se considera que el riesgo aumenta de una manera proporcional al número de coitos con personas infectadas, no hay que olvidar que también se puede dar la infección al tener un sólo coito. El contagio depende de la concentración del virus en los fluidos corporales, de su volumen y del tipo de práctica sexual que se tenga, así lo dice Aridjis (Enero, 1990:4). La Dirección Nacional Epidemiológica (1990:12), menciona que existen casos documentados de transmisión sexual de hombre a hombre, hombre a mujer, mujer a hombre, y excepcionalmente de mujer a mujer, aunque se ha podido demostrar que la eficiencia de transmisión no es igual en todos los casos.

Existen múltiples estudios acerca de la efectividad de transmisión, según sean las prácticas sexuales utilizadas. El Departamento de Salud Pública de Seattle (Febrero, 1991), señala cuáles son las prácticas sexuales de riesgo al VIH. Aquí las mencionamos en un orden de mayor a menor riesgo:

Alto riesgo.

- Acto sexual anal o vaginal receptivo sin usar condón, es decir, recibir una penetración anal y/o vaginal (que se convierte en muy alto riesgo si hay eyaculación).
- Acto sexual anal o vaginal de penetración, sin usar condón.
- La penetración de mano en ano o vagina aumenta el riesgo cuando se combina con las prácticas anteriores.

Mediano Riesgo

- Sexo oral con hombres, sin usar condón (introducción de pene en boca, y recibir el semen).
- Sexo oral con mujeres, sin usar protección (contacto boca-vagina, y recibir secreción vaginal).
- Sexo anal o vaginal receptivo, usando condón.
- Sexo anal o vaginal de inserción, usando condón.

Poco riesgo

Sexo oral con hombres, usando condón (recibir pene con condón en la boca).

Sexo oral con mujeres, usando protección (contacto de boca con vagina y usando una barrera dental).

Beso francés profundo.

Contacto de piel abierta, con orina.

Ningún riesgo

- Masaje erótico, abrazar, masturbarse sólo, masturbación mutua, frotación cuerpo a cuerpo, voyerismo, exhibicionismo, fantasía.

* Las prácticas sexuales, donde hay contacto con sangre son de muy alto riesgo.

* El intercambio de objetos sexuales en el contacto sexual también representa un riesgo.

Aridjis (Enero 1990:4), dice que la práctica anal es considerada como la de más alto riesgo, ya que al introducir el pene en la cavidad anal o rectal se pueden producir laceraciones en el ano de la persona que es penetrada y en el pene de la persona que penetra, de tal forma que las secreciones sexuales de ambos pueden quedar en contacto con las partes lesionadas, permitiendo la entrada del virus al contacto directo con la sangre. Esta situación, explica por qué son los homosexuales masculinos quienes han sido más afectados (ya que el sexo anal es una de sus prácticas más comunes). Y las personas heterosexuales que tienen esta práctica, también están incurriendo en una situación de muy alto riesgo.

Aunque el coito vaginal es menos riesgoso que el coito anal, para el contagio del VIH (ya que la mucosa vaginal es más gruesa y flexible), se ha encontrado que este tipo de contacto sexual constituye una forma de transmisión muy eficiente, ya que está aumentando en nuestro país, y en forma muy significativa, el número de personas infectadas a través de este medio. El riesgo de contagio para el hombre, aumenta durante la menstruación de una mujer infectada, porque existe un mayor acceso al torrente sanguíneo de esta; y para la mujer que está menstruando, también entra en riesgo, por los tejidos vaginales que en este periodo están abiertos.

El sexo oral es de riesgo para las personas que lo practican (el que pone su boca en contacto con el pene o vagina), ya que el semen y la secreción vaginal pueden entrar en la sangre por medio de cortaduras, lesiones o heridas en la boca, que a veces son tan pequeñas que no se notan.

Sobre el riesgo de infección del VIH a través del beso, los expertos aún no están completamente seguros de que el contagio se pueda dar (aunque ven la posibilidad de que esto pudiese suceder en casos muy remotos, hasta ahora no se ha presentado ningún caso de transmisión a través del beso). Se ha considerado que el virus también se deposita en la saliva, aunque en poca cantidad, que al igual que en la práctica anal, si se trajera una herida en la boca, al entrar esta en contacto con una saliva infectada, el riesgo también puede ser posible, así lo dice Aridjis (1990:4).

La manosodomía (introducción de mano en recto y/o vagina), también es una práctica de muy alto riesgo, por existir la posibilidad de que pueda romper tejidos (y al recibir un líquido corporal en el acto sexual, se facilita la entrada del virus).

Cuadro 64
Edad en la que tuvo la primera relación sexual

Sexo	No rel. sex.	4 a 17 años	18 a 24 años	25 a 36 años	Total N
Femenino	2.2%	57.0%	33.4%	7.3%	135
Masculino	3.0%	70.3%	24.5%	2.2%	135
Total	5.2%	27.3%	57.9%	9.5%	270

Medición:

- Ningún riesgo = No relaciones sexuales.
- Posible riesgo = Personas que tienen relaciones sexuales.

Siendo la abstinencia sexual la práctica más segura para no caer en riesgo de la infección del VIH-SIDA, es de suponerse que entre más tiempo tarde una persona en tener relaciones sexuales, mayor será la seguridad de evitar ser contagiado con enfermedades de transmisión sexual, incluyendo en estas al virus del SIDA. En este indicador, la intención es conocer la edad en que las personas tuvieron su primera relación sexual como un dato descriptivo de la población. Los resultados obtenidos nos dicen que la población masculina es la que inicia su vida sexual a más temprana edad. Un 70.3% de ellos tiene su primera actividad sexual entre los 4 y los 17 años (niñez-pubertad).

Las mujeres, también en un porcentaje considerable, un 57%, se inician en las relaciones sexuales a esta edad de la pubertad. El 2.2% es el porcentaje más bajo y corresponde a los hombres que se inician en la vida sexual en la edad adulta, entre los 25 y los 36 años. Solamente un 5.2% de la población total no ha tenido relaciones sexuales con penetración, y por lo tanto, son los que más seguros están de no haber estado en riesgo de infección del virus por contacto sexual. Esta población corresponde a la población joven, que está entre los 18 y 20 años (sólo se encontró una mujer en edad de 36 años que no ha tenido práctica de sexo, porque se está preparando para tomar los hábitos religiosos).

Cuadro 65
Práctica sexual que prefiere cuando tiene deseo sexual

Práctica sexual	Sexo femenino	Sexo masculino	Total %
Masturbación sólo	2.2%	5.9%	4%
Masturbación mutua	3.7%	0.0%	1.8%
Coito/pareja estable	71.9%	55.8%	63.7%
Coito/pareja ocasional	14.1%	35.6%	24.8%
Coito c/uso condón	1.5%	0.0%	0.7%
Abstinencia sexual	8.7%	3%	4.8%
Total N	135	135	100%

Medición:

- Nulo riesgo = Abstinencia, coito con pareja estable y masturbación sólo.
- Riesgo = Masturbación mutua y sexo seguro.
- Alto riesgo = Coito con pareja ocasional.

Los datos nos muestran que las mujeres, en un 71.9%, prefieren la práctica segura de tener contacto sexual coital con una pareja estable, este es el grupo mayoritario. Los hombres, un 55.6%, también prefieren este tipo de práctica, aunque en un menor porcentaje que ellas. Es notorio que los hombres, en una proporción considerable, prefieren tener prácticas de alto riesgo, ya que 35.6% dijeron tener como preferencia al contacto sexual con coito, con parejas ocasionales. La práctica de sexo con uso del condón parece no interesar mucho a la población total, ya que sólo un 1.5% de mujeres dijeron preferir el contacto sexual con coito usando el condón, para que no se del intercambio directo de líquidos corporales, y los hombres definitivamente no se inclinan por este tipo de práctica.

Otra de las prácticas sexuales que no son de la preferencia de la población, es la masturbación mutua, ya que sólo 3.7% de las mujeres dijeron preferirla mientras que ningún hombre la tuvo entre sus preferencias. Con estos resultados nos damos cuenta, que el nuevo concepto de sexo seguro no es una práctica sexual favorita para la mayoría de la población, por no decir para nadie.

Cuadro 66
Práctica que tiene en sus relaciones sexuales

	Nada	Sexo seguro	Sexo, vaginal, anal, oral	Total N
Femenino	1.5%	1.5%	97.0%	135
Masculino	3.0%	0.0%	97.0%	135
Total	2.2%	0.7%	97.0%	270

Medición:

- Nulo riesgo = Abstinencia sexual.
- Riesgo = Sexo seguro (caricias mutuas y uso de condón).
- Alto riesgo = Penetración anal, vaginal, oral, de todo; (sin uso de condón).

Encontramos que la mayoría de la población, un 97%, tiene en sus relaciones sexuales prácticas de alto riesgo. Sólo el 2.2% de la población total, hasta ahora, no a incurrido en ningún riesgo de transmisión sexual del virus del SIDA (por practicar la abstinencia sexual). Únicamente el 0.7% de la población total ha tenido relaciones sexuales con práctica de sexo seguro. Esta población comprende dos mujeres (una de ellas ha usado el condón y la otra sólo ha tenido caricias mutuas con el novio, sin práctica de penetración). Ninguno de los varones entrevistados ha practicado siempre el sexo seguro (tenemos la información de que algunas personas, han tenido sexo con condón sólo ocasionalmente como método anticonceptivo).

Los datos nos muestran que las mujeres, en un 71.9%, prefieren la práctica segura de tener contacto sexual coital con una pareja estable, este es el grupo mayoritario. Los hombres, un 55.6%, también prefieren este tipo de práctica, aunque en un menor porcentaje que ellas. Es notorio que los hombres, en una proporción considerable, prefieren tener prácticas de alto riesgo, ya que 35.6% dijeron tener como preferencia al contacto sexual con coito, con parejas ocasionales. La práctica de sexo con uso del condón parece no interesar mucho a la población total, ya que sólo un 1.5% de mujeres dijeron preferir el contacto sexual con coito usando el condón, para que no se del intercambio directo de líquidos corporales, y los hombres definitivamente no se inclinan por este tipo de práctica.

Otra de las prácticas sexuales que no son de la preferencia de la población, es la masturbación mutua, ya que sólo 3.7% de las mujeres dijeron preferirla mientras que ningún hombre la tuvo entre sus preferencias. Con estos resultados nos damos cuenta, que el nuevo concepto de sexo seguro no es una práctica sexual favorita para la mayoría de la población, por no decir para nadie.

Cuadro 66

Práctica que tiene en sus relaciones sexuales

	Nada	Sexo seguro	Sexo, vaginal, anal, oral	Total N
Femenino	1.5%	1.5%	97.0%	135
Masculino	3.0%	0.0%	97.0%	135
Total	2.2%	0.7%	97.0%	270

Medición:

- Nulo riesgo = Abstinencia sexual.
- Riesgo = Sexo seguro (caricias mutuas y uso de condón).
- Alto riesgo = Penetración anal, vaginal, oral, de todo; (sin uso de condón).

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Encontramos que la mayoría de la población, un 97%, tiene en sus relaciones sexuales prácticas de alto riesgo. Sólo el 2.2% de la población total, hasta ahora, no a incurrido en ningún riesgo de transmisión sexual del virus del SIDA (por practicar la abstinencia sexual). Únicamente el 0.7% de la población total ha tenido relaciones sexuales con práctica de sexo seguro. Esta población comprende dos mujeres (una de ellas ha usado el condón y la otra sólo ha tenido caricias mutuas con el novio, sin práctica de penetración). Ninguno de los varones entrevistados ha practicado siempre el sexo seguro (tenemos la información de que algunas personas, han tenido sexo con condón sólo ocasionalmente como método anticonceptivo).

En relación con la práctica del coito anal y vaginal, se les preguntó sobre el número de coitos vaginales en un encuentro sexual; el 61.1%, contestó tener un coito vaginal en cada encuentro sexual, el 34.8% respondió tener de dos a tres, un 3.7% mencionó no tenerlos y sólo un 0.4% dijo tener cuatro coitos en un encuentro sexual. En la pregunta relacionada con el número de coitos anales en un encuentro sexual; el 58.2% de la población respondió no tener ninguno, el 30.4% sólo uno, y el 11.5% de dos a tres coitos anales. Sumando las respuestas "uno" y "dos a tres", encontramos que el 41.9% de la población, realiza la práctica sexual de más riesgo a la infección del virus del SIDA. Y el 96.3% de la población práctica el sexo vaginal, el cual también se considera de muy alto riesgo, si se práctica sin la protección del condón y con personas ocasionales.

Cuadro 67

Se disfruta sexo sin protección, con persona ocasional

Sexo,	Si	No	No sabe	Total N
Femenino,	18.5%	72.6%	8.9%	135
Masculino,	52.6%	42.2%	5.1%	135
Total	35.5%	57.4%	7.0%	270

Medición:

No riesgo = No y no sabe.

Riesgo = Sí.

Un 72.6% de mujeres negaron que el sexo con persona ocasional se disfrute, por lo que podemos decir que ellas estén en situación menos riesgosa al VIH (es probable que no hayan tenido una relación ocasional). Un 52.6% de hombres dicen disfrutar las relaciones con personas casuales, esta situación los ubica entre las personas que pueden tener un comportamiento sexual de más alto riesgo a la infección del VIH. Un dato importante es el 42.2% de hombres que niegan disfrutar este tipo de relaciones (aquí cabe hacernos la pregunta acerca de sí estas personas han tenido sexo ocasional y han utilizado alguna protección).

Cuadro 68

¿Se disfruta conversar y caricias sin penetración, en una relación sexual?

Sexo	Si	No	No sabe	Total N
Femenino	45.2%	52.6%	2.2%	135
Masculino	21.5%	74.1%	4.4%	135
Total	33.3%	63.3%	3.3%	270

Medición:

Riesgo = No

No riesgo = Sí

Este indicador lo utilizamos para darnos una idea acerca de la aceptación de las prácticas seguras a la no infección del VIH. Es interesante resaltar que un 63.3% de la población, coinciden en no disfrutar las relaciones sin penetración (la actitud general fue no "concebir" en su imaginación una relación sexual sin que se de la penetración). 74.1% de hombres y 52.6% de mujeres manifiestan un riesgo mayor a la infección, si es que sus contactos sexuales son con personas ocasionales.

Cuadro 69
Práctica sexual que considera segura para no infección

Práctica sexual	Sexo femenino	Sexo masculino	Total %
Abstinencia sexual	14.8%	3.7%	9.2%
Fidelidad mutua	55.6%	69.6%	62.6%
Sexo seguro	16.3%	7.8%	17%
Todas las anteriores	11.9%	3.7%	7.8%
Ninguna	1.5%	0.7%	1.1%
No sabe	0.0%	4.4%	2.2%
Total N	135	135	100%

Medición:

- No riesgo = Abstinencia sexual, fidelidad mutua, sexo seguro y todas las anteriores.
- Riesgo = Ninguna y no sabe.

En esta pregunta de opinión, encontramos que 62.6% de la población considera que la fidelidad mutua es la práctica más segura para no recibir infecciones. Los hombres son los que en un mayor porcentaje externaron esta opinión (paradójicamente esta es la población a la que más se le dificulta tener este tipo de comportamiento). Un 69.6% de ellos y un 55.6% de las mujeres dieron esta opinión. También se les preguntó cuál de las prácticas sexuales mencionadas, era la que podían realizar. Los resultados están en el siguiente cuadro.

Cuadro 70
Práctica sexual que usted puede realizar

Práctica	Sexo femenino	Sexo masculino	Total %
Abstinencia sexual	8.9%	1.5%	5.2%
Fidelidad mutua	61.5%	34.1%	47.8%
Sexo seguro	6.7%	6.7%	6.7%
Todas las anteriores	0.0%	0.7%	0.3%
Ninguna	11.9%	35.6%	23.7%
No sabe	11.1%	21.5%	16.3%
Total N	135	135	100%

Medición:

- No riesgo = Abstinencia sexual, fidelidad mutua, sexo seguro y todas las anteriores.
- Riesgo = Ninguna y no sabe.

El grupo mayoritario que dice poder realizar una de las prácticas más seguras para evitar infecciones, como es la fidelidad mutua, está en las mujeres, ya que el 61.5% de ellas dijeron sí poder ser fieles a sus parejas sexuales. Mientras que sólo 34.1% de los hombres reconocieron que podían comprometerse a tener un comportamiento fiel. Únicamente un 0.7% de los hombres, dijeron ser capaces de practicar todas las formas seguras de interacción sexual. Un 5.2% de la población total dijo poder practicar la abstinencia, y ninguna mujer se siente capaz de poder realizar todas las prácticas preventivas al VIH.

3.1.9.1. Sexo seguro (sexo sin penetración y/o con uso de condón).

En esta parte, nos permitimos dar un espacio a las técnicas sexuales más comunes en los contactos sexuales de la población estudiada. Aquí hablamos de un concepto nuevo en sexualidad, como es el de sexo seguro; sobre este González Villarreal (1991:3), dice: "Es el nuevo sexo, el de la profilaxis, es el sexo de la vida razonable, la única posible en tiempos del SIDA". El Departamento de Salud Pública de Seattle (Febrero 1991), dice algo sobre la manera en que se originó este concepto. Surgió cuando la gente (homosexual masculina) enfrentaban al inicio del SIDA, luchando por conseguir cambios en su conducta para detener la transmisión del VIH, y el consejo que más comúnmente se escuchaba era : "suponga que todas sus parejas sexuales están infectadas, y practique sexo más seguro de acuerdo a eso". Pero ¿Qué es el sexo seguro?. Es la práctica sexual en la que no hay intercambio directo de los líquidos corporales. De preferencia, no se da la participación de los genitales, o bien, esta se puede dar a través de manipulación manual o con objetos. En esta práctica sólo hay caricias mutuas. El sexo con penetración anal, vaginal u oral, se realiza usando correctamente el condón (Conasida:1992)¹⁹.

Esta es una de las prácticas sexuales que más se recomiendan para evitar el riesgo del contagio de infecciones de transmisión sexual, incluyendo el SIDA. Esta práctica proporciona diversas alternativas para realizar el acto sexual y los juegos sexuales entre las personas homosexuales y heterosexuales, que no se exponen ni arriesgan a la pareja sexual al contagio. Kinsey²⁰, dice que una elevada proporción de personas llegan al orgasmo mediante técnicas diversas de caricias, estimulación oral, manual, o de otro tipo, en los órganos sexuales. Y desde el punto de vista fisiológico y psicológico, nada demuestra que este tipo de orgasmos sean menos satisfactorios que los obtenidos mediante el coito.

¹⁹ Folleto Sexo Seguro. Elaborado por Conasida y Organismos no Gubernamentales.

²⁰ Citado por López Ibor (1971:98).

Ellis²¹, en su guía de la sexualidad, dice : "ante todo, si quieres una buena relación sexual, no consideres el coito como algo sagrado, piensa que no es sino una de las distintas maneras de experimentar el placer y alcanzar el orgasmo". Y agrega que cuando el coito se convierte en una especie de fetiche puede ser perjudicial, ya que se transforma en un acto rutinario, en el cual, la mayor parte de las veces, la pareja no adquiere una plena satisfacción. Hay quienes opinan que la propuesta del sexo seguro es llevar a las persona a tener prácticas de desviación sexual, ya que es de su opinión que las relaciones sexuales significan penetración (no conciben que se pueda dar un contacto sexual sin que exista coito).

Noguer Moré (1971: 568), dice que el condón actúa como un inhibidor en el hombre, al quitarle la sensibilidad en su órgano, y le dificulta por lo tanto su eyaculación; a la mujer le perjudica su uso, porque al evitar la entrada del líquido seminal en su vagina, le priva de su absorción y además determina a veces intolerancias mentales e insatisfacciones psíquicas que pueden conducir a la impotencia.

Ante la situación de los comportamientos sexuales de riesgo, como los contactos ocasionales, se considera que la promoción de las prácticas de sexo seguro, el sexo protegido, es la única opción realista para la mayoría de la población. Para aquellas personas que no pueden prescindir de los contactos sexuales ocasionales, ni del sexo sin penetración, la única medida preventiva es el sexo con el uso del condón, usado de una forma correcta, ya que este también trae riesgo, cuando no se sabe utilizar. Leyva (1990:6), dice que el condón no ofrece una seguridad absoluta, por lo que debe ir acompañado por espermaticida con nonoxinol 9, y si es posible, eyacular fuera de la vagina, ano o boca, para reducir la posibilidad de riesgo de contagio. El condón no nos garantiza que no ocurra la transmisión del VIH, tomando en cuenta la posibilidad de que se pueda romper o que no se utilice de una manera adecuada, por lo que un buen manejo técnico del condón sí resulta una medida eficaz de prevención de infecciones. Sobre el uso del condón, Aldana (1992b:7)²², dice que en nuestro país, "los roles sexistas, son los peores enemigos del sexo más seguro".

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Cuadro 71

¿Ha usado el condón? (si es ud. mujer, lo ha usado a través de su pareja)

Sexo	Sí, a veces	No, nunca	No sexo	Total N
Femenino	38.5%	60.0%	1.4%	135
Masculino	47.4%	49.6%	2.9%	135
Total	42.9%	54.8%	2.2%	270

Medición:

- Nulo riesgo = No relaciones sexuales.
- Riesgo = Sí, algunas veces.
- Alto riesgo = No, nunca.

²¹ Citado por López Ibor (1971:98).

²² Citada por Calzada (1992b:7).

Tenemos que las mujeres, un 60%, nunca han usado un condón, por lo que se ubican en la población que menos ha practicado el sexo seguro y presenta la situación de más riesgo. Entre los hombres, un 49.6%, tampoco ha utilizado un vez el condón en sus relaciones sexuales. En la pregunta que se les hizo acerca del conocimiento del condón; la mayoría, un 80% de la población sí lo conoce (un 77% de mujeres y un 83% de hombres).

Cuadro 72

¿Ha propuesto el uso del condón a su (s) compañero (s) sexuales?

Sexo	Sí, alguna vez	No, casi nunca	No sexo	Total N
Femenino	5.8%	92.5%	1.4%	135
Masculino	10.3%	86.6%	2.9%	135
Total	8.0%	89.6%	2.2%	270

Medición:

- Nulo riesgo = No relaciones sexuales
- Riesgo = Sí, alguna vez y no, casi nunca

Un 89.6% de la población total no propone a sus parejas usar el condón. Las mujeres en un 92% y los hombres en un 86.6% tienen prácticas sexuales no seguras, por no proponer esta técnica preventiva a sus parejas sexuales. Ya observamos algunos resultados en la variable anterior, donde nos dicen, la mayoría, tener poca aceptación o nada, ante esta medida preventiva. En la pregunta: ¿Se disfruta el sexo ocasional sin protección?. Un 72.6% de las mujeres, dijeron no creer que esta se disfrutaba (un 52.6% de los hombres, aceptaron que sí se disfrutaban estas relaciones peligrosas, sin ninguna protección).

Cuadro 73

¿Su pareja ha usado condón con otras parejas sexuales?

Sexo	No hay otra pareja	No usa	No sabe	Total N
Femenino	6.7%	40.7%	52.6%	135
Masculino	38.5%	28.1%	33.3%	135
Total	22.6%	34.4%	43%	270

Medición:

- Nulo riesgo = No hay otra pareja.
- Alto riesgo = No usa y No sabe.

Sumando las respuestas "no usa" y "no sabe", tenemos que la mayoría de la población femenina está en una situación de alto riesgo a la infección a través de sus parejas sexuales, ya que muchos de éstos tienen sexo con otras personas, y mientras que en la mayoría de los casos no usan protección, en otros, las mujeres desconocen si la usan o no. Esta situación de desconocer los comportamientos de sus compañeros sexuales, también es de riesgo. Un 93.3% de mujeres están en esta situación. Sólo un 6.7% de las mujeres, están seguras de que su pareja no usa condón con otras, porque no hay otra pareja sexual. Esta situación las ubica en nulo riesgo a la infección.

Cuadro 74
En sexo oral usa condón

Sexo	Sí	No	No práctica sexo oral	Total N
Femenino	0	62.2%	37.8%	135
Masculino	0	71.1%	28.9%	135
Total	0	66.6%	33.3%	270

Medición :

- No riesgo = No practica sexo oral.
- Riesgo = Sí usa.
- Alto riesgo = No usa condón en sexo oral.

Ninguno de los entrevistados utiliza el condón en sexo oral. Un 66.6% de la población que tiene esta práctica dice no usar el condón (el 62.2% de las mujeres, y el 71.1% de los hombres no lo usan). Un 33.3% de la población total, dijo no practicar el sexo oral. Una observación fue que la mayoría de las mujeres se inhibían al reconocer que realizan esta práctica, y cuando se les cuestionaba sobre el sexo anal, no les avergonzaba tanto, como la práctica oral. Hablando en términos de salud, ya sabemos que la práctica de sexo anal, es de más riesgo que la de sexo oral, para la transmisión del VIH-SIDA.

Cuadro 75
El condón debe usarse en sexo anal

Sexo	Sí	No	No sabe	Total
Femenino	34.8%	47.4%	17.8%	135
Masculino	45.2%	44.4%	10.4%	135
Total	40.0%	45.9%	14.1%	270

Por ser el sexo anal una de las prácticas de más riesgo al VIH, se les preguntó si pensaban que el condón debe usarse cuando se realizan contactos sexuales anales. Aunque no es la mayoría, un considerable grupo de la población (45.9%), dijeron no creer necesario que deba usarse el condón, en coito anal. Hubo comentarios como "¿para qué usarlo?, si no hay peligro de embarazo". "Esto nos dice que la población hasta ahora asimila el condón como anticonceptivo, y no como medio de protección a las infecciones de transmisión sexual. En una de las preguntas se les cuestionaba sobre la utilidad del condón; ¿en que casos debía de usarse? Un 37% del total contestó que como anticonceptivo y un 47.4% respondió que debe usarse para prevenir infecciones.

Cuadro 76
Usa condón en relación sexual con persona prostituta

Sexo	Nunca	Sí, algunas veces	No rel. con prostitutas	Total N
Femenino	14.8%	0%	85.2%	135
Masculino	71.1%	6.6%	22.2%	135
Total	42.9%	3.3%	53.7%	270

Medición:

- Nulo riesgo = No relación con prostituta.
- Riesgo = Sí, algunas veces.
- Alto riesgo = Nunca usa condón con prostituta.

Un 85.2% de las mujeres no tiene relaciones riesgosas por no usar condón con personas prostitutas, ya que no acuden con estas. El grupo que está en más alto riesgo es el de los hombres, ya que un 71.1%, responden que nunca han usado condón en sus visitas con las personas que se dedican a la venta de sexo. Sólo un 6.6% de los hombres que han acudido con estas personas, han hecho uso de este material profiláctico algunas veces.

Cuadro 77
Usa condón en relación sexual ocasional

Sexo	No casi nunca	No relación ocasional	Total N
Femenino	45.1%	54.8%	135
Masculino	90.3%	9.6%	135
Total	67.7%	32.2%	270

Medición:

- No riesgo = No relación ocasional.
- Alto riesgo = No casi nunca.

El 54.8% de mujeres, dice no haber tenido relación ocasional, por lo tanto no existe el riesgo de infección (al menos de una manera directa).. Un 67.7% de la población general (45.1% mujeres y 90.3% hombres), sí ha tenido prácticas de alto riesgo, por involucrarse sexualmente con personas ocasionales sin usar el condón.

Cuadro 78

Número de parejas sexuales sin uso de condón últimos seis meses

Sexo	Ninguna	Una	Dos a más	Total N
Femenino	14.1%	71.9%	14.1%	135
Masculino	10.4%	42.2%	47.3%	135
Total	12.2%	57%	30.7%	270

Medición:

- No riesgo = Ninguna.
- Riesgo = Una.
- Alto riesgo = Dos a más.

Sólo un 12.2% del total de población, en los últimos seis meses no ha tenido prácticas de riesgo (el 14.1% de las mujeres y el 10.4% de los hombres). El 71% de las mujeres y 42.2% de los hombres es probable que en los últimos seis meses sólo hayan tenido sexo sin condón con su pareja estable. En este caso, si ambos miembros de cada una de las parejas son fieles, entonces no existe ningún riesgo de infección; pero si uno de ellos no lo es, entonces, están cayendo en práctica de alto riesgo, por tener sexo con una persona que se involucra con otra(s), tal vez desconocida(s). Sólo un 14.1% de mujeres y un 47.3% de hombres, están practicando relaciones riesgosas al VIH, por tener sexo con varias personas (muchas de ellas, desconocidas en aspecto de salud), en los últimos seis meses sin uso de condón.

cuadro 79

Número de parejas con sexo vaginal sin condón en últimos seis meses

Sexo	Ninguna	Una a dos	Tres a más	Total N
Femenino	8.9%	82.2%	8.8%	135
Masculino	6.7%	72.6%	20.7%	135
Total	7.8%	77.4%	14.7%	270

Medición:

- No riesgo = Ninguna.
- Riesgo = Una a dos.
- Alto riesgo = Tres a más.

Un 77.4% de la población está en una situación de probable riesgo (la probabilidad se da, si es que algún miembro de la pareja se ha relacionado con personas ocasionales); las mujeres, un 82.2%, y los hombres un 72.6%, ya que en los últimos seis meses se han involucrado con una a dos personas, sin usar el condón. Sólo un 7.8% se ha visto alejado de una situación riesgosa a la transmisión del VIH durante los últimos seis meses. Y únicamente 14.7% de la población se ha puesto en muy alto riesgo, al tener sexo ocasional sin condón con tres a más personas, en los últimos seis meses.

Cuadro 80
Número de parejas con sexo anal sin condón en últimos seis meses

Sexo	Ninguna	Una a más	Total N
Femenino	65.9%	34.0%	135
Masculino	55.5%	44.4%	135
Total	60.7%	39.3%	270

Medición:

- No riesgo = Ninguna
- Alto riesgo = Una a más.

Un 39.3% población total ha practicado el sexo anal sin usar condón en los últimos seis meses (las mujeres un 34% y los hombres un 44.4%); esta práctica los ponen en situación de muy alto riesgo al VIH-SIDA, por ser la más peligrosa para que se de el contagio; esto es probable cuando se realiza esta práctica con personas ocasionales (promiscuas y/o prostitutas), y desconocidas en relación a su estado de salud en cuestión del VIH.

4. CUARTA PARTE. CONCLUSIONES.

En esta parte, sólo nos limitaremos a mencionar los aspectos más sobresalientes de los resultados obtenidos (manejados en el análisis de datos), en relación con los objetivos e hipótesis planteadas.

El propósito fundamental de nuestro estudio, fue hacer un análisis descriptivo-comparativo en un grupo de población heterosexual (así identificada socialmente), acerca del riesgo a la infección del VIH-SIDA por contacto sexual. Para esto realizamos un estudio sobre el comportamiento sexual, en relación a la influencia de algunos factores socio-psico-culturales, como son: la información y actitudes que se tienen sobre algunos aspectos de sexualidad y la transmisión sexual del VIH-SIDA, uso del alcohol, uso de pornografía, práctica y frecuencia de uso de prostitución, práctica y frecuencia de promiscuidad, enfermedades de transmisión sexual, práctica y técnica sexual.

Como profesionista de Trabajo Social, el interés por abordar a un grupo de personas heterosexuales se debe a la preocupación que se tiene del incremento cada vez más acelerado de la infección del VIH en este tipo de población, donde están involucrados hombres, mujeres y niños; ya que en el desarrollo de nuestra labor preventiva, se hizo conciencia de que existe una gran deficiencia de conocimientos en el comportamiento sexual, así como de la influencia que tienen los aspectos socioculturales para que se de un comportamiento de riesgo a la infección del VIH-SIDA en estas poblaciones.

Estamos convencidos que es responsabilidad de los profesionistas del área mencionada, trabajar en la elaboración y ejecución de programas educativos-preventivos bien planeados, encaminados a la disminución del problema del SIDA; para lo cual es necesario tener una información real, directa y sistematizada sobre las actitudes y conducta sexual que podrían exponer al riesgo de esta infección mortal.

1) En cuanto al perfil socio-demográfico, encontramos que aproximadamente la mitad de la población (un 43.3%), sin encontrar mucha diferencia entre hombres y mujeres, se encuentra en edad adulta media (26 a 35 años); entre la población de 18 a 25 años, tenemos como grupo mayoritario a las mujeres, un 42.2%, y las personas en edades de 36 a 50 años, están los hombres, un 26.7%. Respecto al estado civil, la mayoría, un 73%, son casados (matrimonio civil o unión libre), el 17.4% solteros y 9.6% separados. En lo que a escolaridad se refiere, casi la mitad (45.6%), tiene estudios de primaria a secundaria incompleta, siendo un poco mayor, el grupo de los hombres, quienes aparecen en este rubro, y son más las mujeres (27.4%), que se encuentran sin ningún grado de estudios a primaria incompleta; en cambio son más los hombres (35.6%), que tienen estudios de secundaria a profesional. En el aspecto de la ocupación, un 50.7% tiene un empleo eventual (80.7% hombres y 20.7% mujeres), un 40.0% se dedica al hogar (77.8% son mujeres y un 2.2% hombres, estos últimos se dedican a estudiar). Sólo un 9.3% cuenta con un trabajo fijo (17.0% hombres y 1.5% mujeres). Se encontraron empleados y obreros de diferentes empresas de servicios y de producción. En relación al lugar de residencia, es más o menos equitativo los hombres y las mujeres que viven en los municipios de Monterrey y San Nicolás de los Garza, siendo un poco menor la población que reside en el municipio de Guadalupe. La religión que profesan en su mayoría, un 81.5%, (85.2% de mujeres y un 77.8% de hombres), es la católica .

2) Referente a la instrucción en sexualidad, tenemos que un 42.6% de la población, no ha recibido ninguna información (aspectos generales, aparato genital femenino y masculino, métodos anticonceptivos y enfermedades venéreas). Las personas que han sido informadas referente a los anticonceptivos, en su mayoría mujeres es a través de centros hospitalarios (33.3%), con los amigos hablan de enfermedades sexuales, y en la escuela sólo les instruyen sobre aparato sexual (a un 32.6%). La familia es la institución que consideran más adecuada para informar sobre sexualidad, un 43.3%, y después los centros hospitalarios, un 24.8%. La escuela, la televisión y libros, son los que ven como menos convenientes para ofrecer información en este aspecto.

Un 83.0%, considera que la información en sexualidad, conduce a vivir una sexualidad responsable. Sólo un 57.0%, estuvo de acuerdo en que la escuela brinde instrucción. Un 77.4%, está de acuerdo en que los padres hablen de sexo con los hijos; específicamente un 73.0%, está de acuerdo en que hablen de anticonceptivos y enfermedades venéreas con los hijos.

Un 43.7% de mujeres no ha recibido información sobre métodos anticonceptivos, enfermedades venéreas y aspectos generales ; y las que han sido informadas, ha sido a través de diferentes instituciones, siendo los centros hospitalarios los que más han colaborado en la información sobre anticonceptivos. Las instituciones familiar (un 10.4%) y escolar (un 18.5%), sobresalen por ser las que menos han participado en esta labor informativa. La mayoría de las mujeres, opinan que recibir información sexual conduce a las personas a vivir su sexualidad con responsabilidad

y piensan que es la familia el medio más adecuado para que las personas reciban instrucción sexual y están de acuerdo en que los padres deben hablar de métodos anticonceptivos y enfermedades venéreas con los hijos; después de esta, consideran que son los centros hospitalarios los lugares adecuados para ofrecer este tipo de instrucción. La escuela, amigos y televisión están considerados como los medios menos indicados.

En los hombres encontramos que existe un grupo un poco menor que las mujeres, (31.1%), quienes no han recibido ninguna instrucción; los que han sido informados, (39.3%), en su mayoría ha sido a través de los amigos, donde recibieron información sobre enfermedades venéreas (43.0%) y otros aspectos; sólo un 16.3% ha sido informado en la escuela y una minoría (3.7%), en la familia. Ellos también se inclinan en primer lugar por la familia, como la institución responsable para informar sobre sexualidad y la mayoría, también está de acuerdo en que los padres hablen de métodos anticonceptivos y enfermedades venéreas con los hijos; en segundo lugar consideran que son los centros hospitalarios, por considerar que existe personal capacitado para cumplir con esta función, y la escuela es una de las instituciones que consideran menos adecuada, para cumplir con esta tarea. La mayoría opina que recibir información y educación sexual conduce a las personas a vivir de una forma sana y responsable su sexualidad. También ellos consideran que la escuela, amigos, televisión y otros, son los medios más inadecuados para brindar educación sexual.

En este punto podemos concluir que casi la mitad de la población no ha sido informada sobre sexualidad; más mujeres han sido instruidas a través de medios hospitalarios, mientras que los hombres lo han sido a través de los amigos.

En general la mayoría opina que es la familia, la institución responsable de cumplir con esta función informativa, y manifiestan su acuerdo en que los padres hablen de sexualidad con los hijos, específicamente sobre métodos anticonceptivos y enfermedades venéreas. En ambos grupos, la institución familiar y escolar, son las que menos han participado en esta tarea instructiva-educadora y consideran a la escuela como la menos indicada para ofrecer instrucción sexual (tal vez sea porque piensan que los maestros están capacitados para ofrece instrucción escolar, pero no para abordar temas de sexualidad).

La educación sexual que se recibe en la escuela, la familia y los amigos es inadecuada para vivir una sexualidad sana y responsable (la mayoría de la población esta consciente de ello y coinciden en que la información recibida por los amigos, conduce a tener una conducta sexual promiscua), ya que ésta condiciona a que algunos jóvenes vivan una sexualidad sin responsabilidad y con riesgo a adquirir enfermedades de transmisión sexual como la gonorrea, sífilis y el Virus del SIDA, así como tener embarazos no deseados.

3) Respecto al conocimiento sobre transmisión sexual del VIH-SIDA, encontramos un 54.1% de mujeres, perciben a toda persona promiscua sexual, como de más riesgo a la infección VIH, el resto considera que son los varones homosexuales quienes están en más riesgo. La mayoría (81.5%), coincide en que no teniendo sexo inseguro con desconocidos se puede evitar el riesgo a la infección. También en su mayoría (79.3%) las mujeres no se perciben como personas en riesgo al VIH. Aunque la mayoría no desconoce que esta infección se adquiere por contacto sexual con desconocidos, si ignoran (68.1%), el concepto "sexo seguro" y un 51.8% desconoce que el VIH se pueda transmitir por medio de secreción vaginal y semen.

Un 94.4%, consideran que es difícil identificar a una persona infectada por el VIH, y un 52.5% de hombres, piensan que son los varones homosexuales quienes están en más riesgo a esta infección, el resto dice que toda persona promiscua, independientemente de su tendencia sexual, puede estar en riesgo de infectarse (hubo un 2.2% que manifestaron percibir a los heterosexuales, como de más riesgo). La mayoría (84.5%), no se percibe de riesgo al VIH. Un 70.4% de ellos, coinciden en que el comportamiento de no tener sexo inseguro con desconocidos, puede evitar el riesgo a la infección, ya que tienen conocimiento muy general, de que el VIH se transmite por contacto sexual. Sin embargo, más de la mitad (59.3%), desconoce que el VIH se transmite a través de la secreción vaginal y semen de una persona infectada y un 80% desconoce el concepto "sexo seguro".

Concluimos que la mayoría de la población si conoce de un modo general que esta infección se adquiere a través del contacto sexual, pero hay ausencia de conocimiento, sobre las maneras específicas de transmisión y prevención para evitar los riesgos de infección. En ambas poblaciones se encontró que no se perciben a sí mismos como candidatos a la infección y la mitad de hombres y mujeres piensan que son las personas homosexuales masculinas quienes están en más riesgo de adquirir el VIH, y la otra mitad de ambos grupos ven a toda persona promiscua sexual en riesgo de infección (fue notorio que en sus respuestas, ven a los demás como promiscuos en riesgo de infectarse, no incluyéndose ellos mismos en este grupo, e insisten en relacionar el SIDA exclusivamente con la población homosexual masculina). Un 82.2%, dice que nunca han buscado información sobre SIDA, manifestando su despreocupación por este problema. El 43.3%, dice no haber recibido ninguna información sobre SIDA, por ningún medio, en los últimos seis meses. Las instituciones por las que les ha llegado información, han sido en primer lugar, los centros hospitalarios (a un 22.6%), después la televisión (un 20.4%); y son los centros de trabajo, familia, amigos, escuela, prensa, los medios por los cuales se ha recibido menos información al respecto.

4) En relación al uso de alcohol, y la influencia de este, en el comportamiento sexual, encontramos que más de la mitad de los hombres (57.7%), se han visto influenciados a tener relaciones sexuales con personas ocasionales una a más veces; mientras que la mayoría de las mujeres (82.2%), no han sido influenciadas de esta manera. La mayoría de la población (82.2%), opina que el alcohol puede motivar a

tener relaciones sexuales con personas de su mismo sexo. Los hombres, por lo general (90.4%), tienen más sexo con persona ocasional sin necesidad de los efectos del alcohol y casi la mitad de las mujeres (52.2%), presentan esta conducta. Un 92.6% de los hombres, manifiestan una tendencia a tener relaciones sexuales con personas ocasionales, aún sin la influencia del alcohol y las mujeres no se quedan muy atrás, ya que un 59.3% expresan la misma actitud.

Concluimos que son los hombres quienes influenciados por el alcohol, presentan un comportamiento de más riesgo a la infección VIH, al relacionarse sexualmente con personas ocasionales, y es notorio un grupo de la población femenina, que está en la misma situación. Pero en este punto observamos que no es el alcohol el único responsable de esta conducta de riesgo, ya que la mayoría de los hombres y casi la mitad de las mujeres, dicen haberse involucrado sexualmente con personas ocasionales, por lo menos una vez, sin estar bajo el efecto de bebidas embriagantes; además, los hombres en su mayoría, y más de la mitad de las mujeres, aceptan que sin copas, sí tendrían sexo con persona ocasional. Desde el punto de vista psicológico, esta situación de no necesitar influencia del alcohol para sentirse estimulado a tener relaciones sexuales, se muestra muy saludable mentalmente, pero visto desde el aspecto de salud física, esta conducta y tendencia de la población, se presenta preocupante por la disponibilidad que existe a ponerse en riesgo de infecciones sexuales, incluyendo el VIH.

5) Acerca de el uso de pornografía tenemos que sólo un 19.3% (mayoría son mujeres) no ha usado este tipo de material; los medios más utilizados son en primer lugar las películas de video (la mayoría de las mujeres utilizan este tipo de material), después las revistas y enseguida el cine. Un 80.4%, opina que la pornografía ayuda a exteriorizar los deseos sexuales reprimidos, y que motiva a tener relaciones sexuales con personas ocasionales, un 68.1%, dice que estimula a practicar actos sexuales "novedosos"; un 25.2%, acostumbra ver material pornográfico en compañía de su pareja estable, un 34.4%, con amigos o personas ocasionales y un 21.1% solos. Un 52.4% de los hombres, sólo algunas veces que usan pornografía pueden evitar tener relaciones sexuales con personas ocasionales, mientras que las mujeres un 17.0%. El resto de las personas que usan este material (47.4% de mujeres y 41.5 de hombres), siempre que ven pornografía, han podido evitar relacionarse con personas ocasionales.

Concluimos que son los hombres, quienes en su mayoría, influenciados por el material pornográfico, han tenido un comportamiento de riesgo a la infección del VIH, por inmiscuirse en relaciones sexuales con personas ocasionales. Es interesante el dato encontrado en relación a la población femenina que acepta usar material pornográfico (64.4%), ya que existen estudios que nos señalan a las mujeres, como la población que menos usa este tipo de material, debido a las condiciones culturales que prohíben a las mujeres "decentes" usar material erótico; sin embargo, esta población no responde al igual que los hombres, a su impulso sexual provocado por los estímulos pornográficos. Por lo que podemos decir, que hasta ahora, las

mujeres no están muy influenciadas por la pornografía a tener un comportamiento de riesgo a la transmisión del VIH por contacto sexual.

6) Con referencia a la promiscuidad sexual en el aspecto de práctica y frecuencia de uso de prostitución, los resultados encontrados son que los hombres un 73%, han tenido de una a más parejas sexuales prostitutas en su vida, y las mujeres, un 13.4%. Esto no es sorprendente, ya que es conocido en nuestro país que los hombres, en su mayoría inician su vida sexual con personas que ejercen la prostitución, pero la sorpresa la dan la cantidad de mujeres, que han tenido parejas prostitutas, que aunque es un número reducido (sólo un 2.1%, han pagado por sexo), no deja de ser importante (es muy probable que la mayoría de estas sean mujeres que se dedican al oficio de la venta de sexo, y en su medio de trabajo, es probable que se involucren con los compañeros que trabajan en lo mismo, llama la atención para hacer un estudio más detallado en este aspecto). Eligiendo una muestra de población abierta, heterosexual y aparentemente "normal", no esperábamos encontrar personas dedicadas a la prostitución, y mucho menos hombres involucrados en ofrecer sus servicios sexuales (15.3% mujeres y 21.2% hombres).

Es importante el resultado obtenido por parte de las mujeres, ya que un 62.2%, dicen no saber si su pareja ha tenido sexo con personas prostitutas, un 28.1% aseguran que sus parejas sí han comprado relaciones sexuales y sólo un 9.6% niegan que sus compañeros hayan acudido alguna vez a solicitar servicios sexuales. Muy diferentes las respuestas de los hombres, quienes afirman, un 52.6%, que sus parejas no han tenido sexo con personas prostitutas, pero también sorprende las respuestas de un 37.8%, que dicen desconocer la conducta de sus compañeras, en relación a este comportamiento.

Un 39.3%, opinó estar de acuerdo en que los hombres acudan con personas prostitutas (entre las mujeres que manifestaron este acuerdo, algunas dijeron aceptarlo, ya que muchas veces ellas "no tienen ganas de sexo", entonces es bueno que sus parejas busquen quién les satisfaga sus gustos). Más de la mitad opinó estar en desacuerdo con esta conducta de los hombres (es probable que la mayoría que externó este desacuerdo, sean mujeres, ya que para los hombres este comportamiento es muy normal en nuestro país, por las condiciones culturales existentes).

Más de la mitad de los varones buscan personas prostitutas, cuando están bajo la influencia del alcohol y casi un 90.0% de mujeres no han tenido este comportamiento (sólo un 10.3% de ellas bajo el efecto de bebidas embriagantes, practican la prostitución y/o se involucran sexualmente con personas bajo un trato comercial).

La mayoría de la población (76.3%), casi por igual porcentaje en hombres y mujeres, consideran que las personas prostitutas no son seguras de estar sanas en relación a enfermedades de transmisión sexual; un 23.7% si creen que estas personas sean seguras de no infección (respuestas que no causan sorpresa, ya que es probable que quienes piensan así, se dediquen a este trabajo y no se perciben a sí mismas

como focos de infección). Un 90.3% de la población total, siente temor de infectarse con personas prostitutas, un 87.4% de los hombres así lo manifiestan teóricamente, sin embargo, en la práctica, esta es la población que más acude con estas personas; y más de la mitad de ellos (63%), prefieren acudir a buscar servicios sexuales, que mantenerse en abstinencia sexual.

Concluimos en este punto que son los hombres, quienes en su mayoría son los que presentan una conducta de alto riesgo a la infección del VIH, al acudir y preferir sexo con prostitutas que abstenerse sexualmente. Y también son los hombres, quienes en un porcentaje poco mayor que las mujeres, ejercen la prostitución, ubicándose todavía en un riesgo más alto al VIH, por involucrarse sexualmente con más personas. Las mujeres en su mayoría, también se encuentran involucradas en un comportamiento de riesgo al VIH, de una manera indirecta, a través de sus compañeros sexuales estables que tienen o han tenido relaciones con personas prostitutas (en este grupo también se encuentran en posible riesgo, las mujeres que desconocen el comportamiento sexual de sus parejas). Aunque la mayoría de los hombres perciben a las personas prostitutas como posibles focos de infección y tienen temor de adquirir una enfermedad infecciosa al acudir a ellas, no es suficiente para abstenerse de buscar servicio sexual.

7) Referente al comportamiento sexual con parejas múltiples, encontramos que la mayoría de la población (91.1% mujeres y 86.7% hombres), tienen actualmente una pareja sexual estable; un 8.8% (7.4% mujeres y 10.3% hombres), no tienen pareja estable, por estar solteros, viudos o separados y sólo un 2.2% (1.4% mujeres y un 2.9% hombres), no han tenido relaciones sexuales en su vida. La mayoría de las mujeres (78.5%), dicen tener relaciones sexuales sólo con su pareja actual; mientras que un 63.0% de los hombres, dicen no tener relaciones sólo con sus parejas actuales. Un 85.2% de mujeres, dicen que les parece fácil tener relaciones sólo con una pareja, y la mitad de los hombres no sienten esta facilidad. Un 80.0% de los varones prefieren las relaciones con personas ocasionales que la abstinencia sexual, un 36.3% de las mujeres, se expresan de igual manera.

Un dato importante lo brindan la mitad de las mujeres (49.6%), que dicen desconocer que sus parejas tengan relaciones sexuales sólo con ellas, más de la mitad de los varones están seguros en el comportamiento fiel de sus compañeras un 21.4% dice "no sabe" y un 22.2 % afirma que sus compañeras no tienen relaciones sexuales, sólo con ellos. Más de la mitad de los hombres (52%), han tenido en los últimos seis meses, de una a más parejas sexuales ocasionales y las mujeres un 21.5%.

Los varones tienden más que las mujeres, a involucrarse con personas totalmente desconocidas (que encuentran en la calle, bares, parques, bailes, etc.), la mayoría de ellos (86.6%), han buscado compañía sexual cuando andan en plan de diversión, y las mujeres sólo un 23.7%. Más del 90% de los hombres, han tenido de dos a más parejas sexuales con práctica de penetración anal y/o vaginal y menos de la mitad de las mujeres han presentado este comportamiento.

Relacionado con el número que ocupan los entrevistados como pareja sexual en la vida de sus compañeros sexuales actuales: en las mujeres, en su mayoría (88.1%), sus compañeros actuales, han tenido de dos a más parejas antes que ellas, y en los hombres (un 56.%), también sus compañeras han tenido de dos a más compañeros antes que ellos (esta información es interesante, por las condiciones culturales que nos hacen suponer que los hombres prefieren a las mujeres "vírgenes" para unir sus vidas a través del matrimonio legal o unión libre). Las mujeres, un 43.8%, y los hombres, un 91.2%, han tenido de dos a más parejas sexuales en su vida,

Otro dato interesante es el que se encontró en las personas que tienen de dos a tres parejas estables, en los últimos seis meses (4.4% mujeres y un 16.3% hombres), aunque es un mínimo porcentaje no deja de ser interesante la opinión que nos brindaron algunos varones (todos en edad adulta madura) acerca de los consejos que dan a sus hijos para que se busquen mujeres casadas como parejas sexuales, ya que estas son más seguras de no "andar sueltas" en la calle.

En relación al sexo de las personas con quienes nuestros entrevistados acostumbra relacionarse, encontramos que un 37.0% de los varones, se han involucrado por lo menos una vez con hombres (presentando una práctica bisexual), y un 3.0% de ellos, se relacionan solamente con personas de su mismo sexo (práctica homosexual), sólo un 2.9% de mujeres manifiestan tener prácticas homosexuales y bisexuales.

Un 69.6% de los hombres, han sido infieles a sus parejas sexuales estables y un 21.4% de mujeres también han tenido este comportamiento. El 73.2% de las mujeres, desconocen o niegan que sus compañeros les sean fieles y un 57.0% de hombres, están seguros de la fidelidad de sus compañeras. El 55% de varones, niegan que sus relaciones con pareja estable sean satisfactorias, y un 66% de mujeres afirman tener satisfacción sexual con sus compañeros actuales.

Concluimos que son los hombres los que tienen un comportamiento de más riesgo a la infección del VIH a través relaciones sexuales con múltiples parejas ocasionales (muchas veces, completamente desconocidas, ya que las encuentran en la calle y/o bares); de los cuales, algunos se involucran con personas de su mismo sexo (ubicándose en el comportamiento de más alto riesgo a la infección del VIH, por el tipo de prácticas que se tienen en las relaciones homosexuales, como es el sexo anal). Las mujeres también están involucradas en este comportamiento de riesgo, aunque la mayoría se ubica a través de sus compañeros estables, quienes les son infieles. Las mujeres que desconocen el comportamiento sexual de sus parejas, entran en una situación de posible riesgo, por el hecho de desconocer el comportamiento sexual de sus parejas.

8) Los resultados relacionados con la práctica y técnica sexual, nos dicen que sólo un 5.2% de la población no ha tenido sexo con penetración, la mayoría de los hom-

bres (70.3%) y más de la mitad de las mujeres, iniciaron sus relaciones sexuales a la etapa de su niñez y pubertad, sólo un 9.5% tuvieron vida sexual activa después de los 25 años.

La mayoría de las mujeres (72%), y poco más de la mitad de los hombres (55.6%), dicen preferir la práctica sexual con parejas estables, y una minoría de ambos grupos aceptan las prácticas seguras de no riesgo de infección, como son el uso de condón (11.5% mujeres y 0.0% hombres) y sexo sin penetración (3.7% mujeres y 0.0% hombres). Hombres y mujeres (97.0%), en sus relaciones sexuales practican el sexo con penetración anal, vaginal y oral. Un 61.1%, tienen un coito vaginal en cada encuentro sexual, un 35% tienen de dos a tres y el 42% de la población total, tienen de uno a más coitos anales (fue común observar la preocupación entre las mujeres que no tienen este tipo de práctica, ya que en su mayoría coincidieron que sus parejas les piden este tipo de actos, al grado de exigirles, y algunas veces amenazarlas con buscar personas que les satisfaga estos deseos; y los hombres se quejaban de que sus parejas no aceptaban tener sexo anal, por lo que muchas veces se veían en la "necesidad" de acudir a buscar pareja ocasional).

La mayoría de la población masculina (69.6%) y el 55.6% de las mujeres, opinan que el comportamiento más seguro para no arriesgarse a la infección VIH, es la fidelidad mutua, sin embargo un 61.5% de mujeres y un 34.1% de hombres, reconocen ser capaces de tener este comportamiento, y sólo una minoría de la población, acepta poder realizar prácticas seguras para no caer en riesgo de infección.

Concluimos que tanto hombres como mujeres, tienen prácticas de riesgo al VIH, aunque los hombres en mayor grado, por realizar este tipo de prácticas con más personas ocasionales, de quienes desconocen su estado de salud. Un resultado que no se esperaba, es el saber que la práctica anal es más común de lo que pensábamos en la población heterosexual (ya que se tenía la idea, de que sólo era práctica propia en homosexuales masculinos); la preferencia de este contacto sexual se da más en la población masculina, y las mujeres manifiestan rechazo (es interesante indagar más sobre estas actitudes, que tienen que ver con las condiciones culturales).

9) En cuanto a la aceptación y práctica del uso de condón y sexo sin penetración (sexo seguro), encontramos que el 80.% de esta población, conoce el condón masculino. Un 38.5% de mujeres y 47.4% de hombres, lo han usado algunas veces (es muy probable que sólo lo hayan usado como anticonceptivo), sin embargo, mucho más de la mitad (60.0% mujeres y 49.6% de hombres), no lo ha usado siquiera una vez en su vida, un 90% (92.5% de mujeres y un 86.6% de hombres), nunca han propuesto su uso a sus compañeros sexuales; el 52.6 de mujeres y 33.3% de hombres, desconocen que sus parejas lo hayan usado alguna vez, con otras parejas sexuales; el 40.7% de mujeres y 28.1% de hombres dicen que sus parejas no lo han usado con otros compañeros sexuales. El 66% (62.2% mujeres y 71.1% de hombres), no lo usan en práctica de sexo oral, el 37.8% mujeres y 30.0% de hombres, no

A mi familia (padres, hermanos, esposos de estos y mis sobrinos), quienes me motivan a continuar en los intentos por llegar a conocer el complejo y dinámico núcleo familiar.

A mis entrevistados, quienes sin su participación este estudio no se hubiera realizado.

A las personas que están viviendo con el problema del VIH-SIDA, y a quienes no han vivido esta penosa experiencia, y que aún estamos a tiempo para evitarla.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

tienen este tipo de práctica. El 46.0% (en proporción aproximadamente igual en hombres y mujeres), consideran que no es necesario usar condón cuando se tiene sexo anal (fue común escuchar que con esta práctica no existía el riesgo de embarazo, por lo se deduce que sólo ven la utilidad de este material profiláctico, como método anticonceptivo).

La mayoría de los hombres (un 71.1%), y el 14.8% de mujeres, nunca han usado el condón aún en sus prácticas sexuales relacionadas con la prostitución, el resto que se ha relacionado con estas personas, alguna vez lo han usado; el 90.3% de hombres, tampoco lo han usado con sus parejas sexuales ocasionales, así como el 43.1% de las mujeres. El 47.3% de los hombres, en los últimos seis meses han tenido sexo sin condón con dos a más parejas, y las mujeres un 14.1%; el 82.2% de mujeres y 72.6% de hombres, han tenido sexo vaginal sin condón con una a dos parejas, el 8.8 % y 20.7% de hombres, con tres a más compañeros, en los últimos seis meses; el sexo anal sin condón, lo han practicado un 34% de mujeres con una a más parejas, y los hombres un 44.4%.

Concluimos que la mayoría de la población, no tiene entre sus preferencias el practicar sexo seguro (uso del condón y sexo sin penetración), ni aún con las parejas ocasionales y prostitutas. Esta conducta de alto riesgo al VIH, esta presente en mayor proporción en la población masculina, por ser el grupo que manifiesta un comportamiento promiscuo, sin usar ninguna técnica que lo proteja de infecciones sexuales, siendo la población que tiene más prácticas de riesgo de transmisión sexual al VIH-SIDA.

10) Los padecimientos venéreos, presentados en la mayor parte de las mujeres son: ardor al orinar (59.3%), flujo blanco o amarillo (70.4%); condilomas, ladillas y úlceras genitales un 26.7%. Y por otro lado; los hombres presentan un 45.2% ardor al orinar, un 43.7% flujo blanco o amarillo, un 5.2% condilomas, un 7.5% ladillas, úlceras genitales un 16.3%, sífilis 6.7%, herpes genital un 14.1% y hepatitis B, un 1.1%.

Con estas cifras, nos damos cuenta que es la población masculina quién más padecimientos venéreos tiene; la explicación resulta obvia, pues es la población que presenta un comportamiento de promiscuidad en un grado más alto que las mujeres. Además son quienes más frecuentación tienen a las personas prostitutas, y sabemos de antemano que esta población dedicada a la venta de sexo, está muy ligada a las enfermedades de transmisión sexual.

Concluimos que son los hombres quienes están en más riesgo a la infección VIH, por ser estos los que más padecimientos sexuales presentan. Ya mencionábamos que esta situación también es un factor de riesgo al Virus causante del SIDA, ya que las enfermedades de transmisión sexual, ocasionan lesiones genitales además de disminuir las defensas del organismo, y esto facilita aún más la entrada del virus.

11) Con respecto al temor que se tenía en los inicios de nuestro estudio, en relación a la respuesta de la población al ser interrogada sobre su comportamiento sexual, los resultados fueron positivos (para la autora de esta investigación), ya que en general, las personas abordadas se mostraron accesibles; y una observación muy importante fue que manifestaron interés y una gran necesidad de hablar sobre su sexualidad.

Por último, las conclusiones vinculadas con nuestras hipótesis son:

Las respuestas de la población estudiada, nos dice que hablar del tema de sexualidad continua siendo prohibido, ya que la mayoría de las personas llegan a su edad adulta con una marcada ignorancia sobre algunos aspectos de su sexualidad. La falta de una adecuada educación sexual en la escuela, familia, amigos y otras instituciones, ha influido para que estas personas, desde muy temprana edad vivan una sexualidad sin responsabilidad, en relación al riesgo de adquirir enfermedades de transmisión sexual, entre ellas el VIH-SIDA.

En general la población se ubica en una situación riesgosa al VIH, por presentar muchos de ellos una ignorancia total acerca de los conocimientos sobre aspectos básicos de sexualidad, y muy específicamente los relacionados con la transmisión sexual del VIH; aunque la mayoría manifestó tener conocimiento de la infección del virus por contacto sexual con personas desconocidas, ignoran las maneras específicas en que se da la infección. Los hombres, en un porcentaje considerable, tienen la idea de que el SIDA afecta sólo a los homosexuales, e ignoran que también las mujeres (promiscuas y/o prostitutas) pueden transmitirles el VIH.

Otro factor de riesgo es que la mayoría, y más la población masculina que ya tiene vida sexual activa, no se perciben a sí mismos en riesgo de adquirir la infección (aún sabiendo que la transmisión se da por contacto sexual, continúan relacionándose con personas ocasionales (tal vez sin estar conscientes de que están teniendo un comportamiento de muy alto riesgo a infectarse por el VIH).

Aunque la mayoría dijo conocer el hecho de que el VIH se puede transmitir por contacto sexual, esto no es suficiente para que la población modifique su comportamiento sexual de riesgo a la infección. Además la mayoría no se interesa en profundizar sus conocimientos acerca de la enfermedad SIDA, ya que no buscan información (es necesario indagar más en aspectos culturales que influyen en este comportamiento).

La hipótesis relacionada con que la mayoría de la población masculina, tiene un comportamiento de riesgo al VIH influenciado por el alcohol para tener relaciones sexuales con personas ocasionales, no fue aceptada, pues aunque más de la mitad de ellos sí han tenido contactos sexuales con personas desconocidas andando bajo los efectos de bebidas embriagantes, los resultados obtenidos en otro indicador, nos dicen que más de un 90% de ellos, no necesitan del alcohol para involucrarse

sexualmente con personas casuales. Es de considerable importancia el porcentaje encontrado en la población femenina que manifestaron el mismo comportamiento de tener relaciones ocasionales sin la influencia de los efectos del alcohol, así como mostrar una actitud tendenciosa a sexo ocasional, sin estar bajo el efecto de copas. Con esto deducimos que el alcohol, no es el único factor responsable para que tengan un comportamiento de riesgo al VIH, por lo que consideramos que existen otros factores culturales con más influencia, que merecen ser analizados.

La mayoría de la población masculina manifestó tener una conducta de riesgo al VIH, motivados por el uso de material erótico, ya que se sienten estimulados a tener relaciones con personas ocasionales.

Generalmente es la población masculina quién está en una situación de más riesgo, de una manera directa al VIH-SIDA, por tener un comportamiento sexual con más parejas ocasionales y prostitutas; aunque también se presenta un porcentaje importante de mujeres que presentan esta conducta de riesgo.

Las mujeres, en su mayoría están en una situación riesgosa a la infección VIH, de un modo indirecto, es decir, a través de sus compañeros sexuales, ya que ellos presentan una historia sexual con dos a más parejas ocasionales (además de que se da un porcentaje importante, que manifestó una conducta bisexual, ya sea de manera ocasional o regular). El riesgo está en que ellos se involucran indiscriminadamente con personas de quienes no conocen su estado de salud, arriesgándose de esta manera a adquirir infecciones y transmitírselas a sus compañeras.

La mayoría de la población (en mayor proporción los varones), se resisten a un comportamiento sexual seguro a la no infección del VIH, como es la conducta de fidelidad mutua, la práctica de sexo seguro (ya que rechazan el uso del condón, aún en sus relaciones con personas casuales y/o prostitutas, así como la relación sexual sin penetración). Sólo una minoría (2.2%) de la población, en edad de 18 a 20 años, está ajena a todo riesgo, directo o indirecto, del VIH por transmisión sexual, ya que, hasta ahora, no han tenido relaciones sexuales.

De acuerdo a los resultados obtenidos, podemos decir que el comportamiento sexual de la población estudiada, responde a la falta de información real sobre los modos de transmisión del VIH, así como la influencia sociocultural machista que impera en nuestro país, donde, particularmente los varones están condicionados socialmente para relacionarse de una manera indiscriminada con personas ocasionales (muchos de ellos, se relacionan sexualmente desde su edad adolescente). Las mujeres entrevistadas, también están condicionadas por estos factores culturales, ya que muchas de ellas aceptan o "se resignan" al comportamiento infiel de sus compañeros estables.

Es importante la proporción de varones (37.%), que manifestaron haber tenido relaciones sexuales con hombres, una a más veces, y que a la vez se relacionan con mujeres. Este comportamiento bisexual, no se discute desde el punto de vista moral, ya que consideramos que es un estilo de vida que merece respeto, pero si es de considerable importancia desde el punto de vista de salud, por ser este uno de los principales vínculos de transmisión sexual del VIH hacia la población femenina y los niños. La población heterosexual que abordamos, esta condicionada culturalmente a vivir su sexualidad exponiéndose al riesgo de adquirir el Virus de Inmunodeficiencia Humana.

PROPUESTAS:

En el estado de Nuevo León, urge tomar medidas estratégicas con acciones educativas, dirigidas a esta población heterosexual, ya que no ha hecho conciencia del riesgo en que se encuentra de adquirir la enfermedad del SIDA; esta población se siente invulnerable al VIH y por lo tanto no toma ninguna medida preventiva para protegerse de esta infección.

La educación sobre el problema del SIDA, busca modificación de las conductas que llevan al riesgo de infección del VIH, y esta tarea es muy compleja por todo el contenido cultural y social que trae consigo, así como sus resultados que son de muy difícil evaluación, ya que se trata de cambiar prácticas que son habituales en las personas y que se interrelacionan con múltiples aspectos de la subjetividad del ser humano. Por esto, es muy importante apoyarnos en programas educativos que surjan de los trabajos de campo, donde se investigue a profundidad para poder realizar acciones bien planeadas.

Ante la cuestión indudable de que urge un cambio de actitudes y conductas en la población general (homosexuales, bisexuales, heterosexuales, hombres y mujeres promiscuos, jóvenes y adultos, etc; Como sugerencia, consideramos que es necesario promover campañas educativas fuertes, claras y directas, (donde se ofrezca información de los datos epidemiológicos), tal vez así las personas adquieran conciencia sobre la situación real del SIDA en el estado de Nuevo León.

Una sugerencia más, es que sería conveniente que se implantaran programas de educación sexual en las aulas escolares (de preferencia nivel primaria y secundaria, donde los individuos están en proceso de formación de su personalidad), dirigidos no sólo a los estudiantes, sin también a los padres y/o familiares de estos; y que en el desarrollo de estos cursos educativos pudieran participar (en su elaboración y ejecución), personas capacitadas en los aspectos de sexualidad. Pensamos que así como es una necesidad que las personas aprendan a leer y escribir, también es importante que tengan un conocimiento sobre su sexualidad, para acercarnos a la formación de seres humanos sanos física y mentalmente. Además, consideramos que ofreciendo educación sexual (por parte de personal capacitado en esta tarea),

se puede llegar a disminuir otros problemas sociales como son los embarazos no deseados en los jóvenes adolescentes, así como la transmisión de otras enfermedades de transmisión sexual, tan importantes como el VIH-SIDA.

También consideramos que existen otras instituciones como las Unidades de Salud, los Centros de Trabajo, centros universitarios, etc., donde se requiere dar un tiempo y espacio para la educación sexual, ya que es de nuestra opinión de que estas representan puntos estratégicos para trabajar con acciones preventivas al problema del VIH-SIDA.

Otro aspecto, es que se requiere darle más importancia a la investigación social; otorgándole apoyo económico, al igual que como se hace con las áreas clínicas y de laboratorio; para que se puedan hacer estudios sociales bien planeados y así poder obtener resultados válidos y confiables que nos lleven a planear acciones estratégicas viables y adecuadas a cada realidad concreta. Sólo así podremos tener seguridad de actuar para el logro de una verdadera educación, ya que el trabajo de campo es el que nos acerca a la gente y es el que nos puede ofrecer el conocimiento de la realidad existente. Sólo entonces nos podemos acercar a una solución en la prevención de esta infección-enfermedad mortal.

Otra propuesta sería, aprovechar los recursos humanos existentes como es el profesionalista de Trabajo Social, ya que consideramos (sin disminuir la importancia de otras disciplinas), que cubre el perfil idóneo para trabajar en la prevención de este problema social.

Teniendo presente que hasta ahora no existe cura y que la única arma que tenemos para defendernos de este problema es la educación, pensamos que el Trabajador Social junto con las profesiones de otras áreas humanistas como son la Psicología, la Antropología, la Sociología, etc. pueden lograr esta tarea, la cual se presenta difícil pero no imposible.

En su formación profesional, el Trabajador Social recibe el conocimiento teórico y práctico que se puede utilizar en acciones encaminadas al logro del cambio de actitudes y conductas (que están fomentando la expansión acelerada del VIH-SIDA en todos los sectores de la población Neolonesa), ya que está capacitado para hacer trabajo de campo encaminado a conocer las realidades existentes, para hacer planeación de acciones estratégicas adecuadas a las realidades concretas, para llegar a las conciencias de las gentes, además de que tiene el dominio de técnicas para el manejo de grupos, así como capacidad de liderazgo, etc. Esta profesión, al igual que todas las demás que están dentro de las ramas socio-psico-culturales, tienen un gran compromiso en la lucha por disminuir la expansión acelerada de esta enfermedad, considerada como problema social.

BIBLIOGRAFÍA

Acción en SIDA

(1991) "Promoviendo la salud sexual", en: *Acción en SIDA*, AHRTAG, N°13, Octubre, 1991. 1.

AIDSCOM

(1991) "Maneras de transmisión del VIH", en: *A través del espejo*, N° 1, AIDSCOM-AED, Washington. 6,8,12.

Almaguer, José Angel

(1993b) "Controversias, Frases y Posturas" en: *Ser Positivo, Sida, Ciencia y Cultura*, año 1, N° 2, Marzo, 1993. 12.

Aridjis, Patricia

(1990) "Cómo se contagia el virus del SIDA", en: *Gaceta informativa Conasida*, N° especial publicado por la Universidad Autónoma Metropolitana, Enero, 1990. 3-5.

Armstrong, Scott y Daniel B. Wood

(1991) "El "Magic" Johnson profundiza percepción del SIDA" en: *The Christian Science Publishing Society* (1991).

Bromfman, Mario

(1991) "Investigación Social sobre SIDA: un bello y comprometido modo de «andar la vida»", en: *Gaceta informativa Conasida*, año IV, N° 1, Enero-Febrero, 1991. 12-15.

Castro, Roberto

(1989) "La educación como estrategia prioritaria contra el SIDA: retos y dilemas", en: Sepúlveda Amor, Jaime y Cols (1989).

Calzada, Jesús

(1992b) "Crítica y autorreflexión" en: *Sociedad y SIDA*, Periódico *El Nacional*, N° 22, Julio, 1992. 6-7.

CONASIDA

(1990a) "El SIDA en los niños", en: *Gaceta Conasida*, año 111, N° 2, Marzo-Abril, 1990, Consejo Nacional de Prevención y Control del SIDA. 3-6.

(1992) *Información básica sobre el SIDA*, Folleto de la Campaña de prevención al SIDA, México, Consejo Nacional de Prevención y Control del SIDA.

(1987) "Información básica sobre el SIDA", en: *Programa educativo audiovisual, para prevención del SIDA*, México, Consejo Nacional de Prevención y Control del SIDA.

(1992) *El sexo seguro*, Folleto, México, Consejo Nacional de Prevención y Control del SIDA y Organismos no gubernamentales.

(1992) *Cifras estadísticas*, México, Consejo Nacional de Prevención y Control del SIDA.

(1993) *Cifras estadísticas*, México, Comisión Nacional de Prevención y Control del SIDA.

(1990c) "Enfermedades de transmisión sexual" en: *Gaceta Conasida*, año 111, N° 3, Mayo-Junio, 1990, Consejo Nacional de Prevención y Control del SIDA. 4.

CRIDIS

(1992) "Investigaciones sociales sobre SIDA" en: *Centro Regional de Intercambio, Documentación e Información sobre SIDA*. México, D.F.

Dirección Nacional de Epidemiología, Secretaría de Salud

(1990) *SIDA, Información básica para el personal de Salud*, N°1, Febrero de 1990. Dirección Nacional de Epidemiología, Secretaría de Salud.

Departamento de Salud Pública de Seattle Condado King

(1991) "Prácticas de riesgo a la transmisión sexual del VIH", en: *Proyecto SIDA*, Seattle, Departamento de Salud Pública.

Dorantes Gutiérrez, Víctor Hugo

(1988) "Cambios en las conductas sociales de riesgo para la transmisión del SIDA, en un grupo de homosexuales masculinos de la ciudad de México", *Tesis de Licenciatura en Psicología*, Universidad del valle de México.

Fauci, Anthony

(1991) "Worldnet Dialogue AIDS", por vía satélite, *World AIDS Day Global, Programme on AIDS*, O.M.S. World Health Organization 1211, Geneva 27, Switzerland.

Gallardo, Angélica

(1976) *Metodología Básica del Trabajo Social*, Santiago de Chile, Universidad Católica de Chile.

González Villarreal, Roberto

(1991) "Prótesis y profilaxis, nueva moral sexual", en: "*SIDA y Sociedad*", Periódico *El Nacional*, N° 12, Septiembre, 1991. 1-3.

Hurtado, Joaquín

(1993d) "Los saldos del silencio", en: *Ser Positivo, SIDA, Ciencia y Cultura*, año 1, N° 4, Mayo, 1993. 3.

- (1993e) "Aquí... allá y más allá, como nos pinta el SIDA", en: *Ser positivo, SIDA, ciencia y cultura*, año 1, N° 5, Junio, 1993. 11-14.
- (1993e) "Actos privados, consecuencias públicas", en: *Ser Positivo. SIDA, Ciencia y Cultura*, año 1 N° 5, Junio, 1993. 2.
- (1993b) "Bisexualidad y SIDA", en: *Ser Positivo. SIDA, Ciencia y Cultura*, año 1, N° 2, Marzo, 1993. 11.
- (1993a) "Los saldos del silencio", en: *Ser Positivo. SIDA, Ciencia y Cultura*, año 1, N° 1, Febrero, 1993. 4.
- (1993a) "El examen obligado del SIDA: por qué no" en: *Ser Positivo, SIDA, Ciencia y Cultura*, año 1, N° 1, Febrero, 1993. 5-7.

Izazola, José Antonio y otros

- (1989) "Conocimientos, actitudes y prácticas, relacionadas con el SIDA", en: Sepúlveda Amor, Jaime y cols (1989).

Johnson, Ann M.

- (1990) "Transmisión Heterosexual del SIDA", en: "*Memorias del Simposium Internacional de antivirales en SIDA*", N° 1, Enero, 1990. 20-23.

Koop, Everett

- (1992) "Entendiendo el SIDA", en: *América responde al SIDA, Appropriate Health Resources & Technologies Action Group Ctd (ARTHAG)*, N° 1. 1-3.

Leñero, Luis

- (1992) *Varones, neomachismo y planificación familiar*, México, Mex-Fam.

Leticia

- (1993b) "Comunicación para la vida, un testimonio", en: *Ser Positivo. SIDA, Ciencia y Cultura*, año 1, N° 2, Marzo, 1993. 6-7.

Leyva, José Ángel

- (1990) "Condón, barrera contra el SIDA", en: *Gaceta Conasida*, N° especial Universidad Autónoma Metropolitana, Enero, 1990. 6-8.

Lizárraga Cruchaga, Xavier

- (1993d) "Pornografía y SIDA" en: *Ser Positivo, SIDA, Ciencia y Cultura*, año 1, N° 4, Mayo, 1993. 21-22.

López Ibor, Juan

- (1984) *El libro de la vida sexual*, España, Editor Océano Danae.

Macías, Marissa

- (1992) "Entrevista a un seropositivo", en: Periódico *El Norte*, 30 de Noviembre, 1992.

Mann, Johnatan

(1990a) "El SIDA en el mundo: Revolución, Paradigma y Solidaridad", en: *Gaceta Informativa Conasida*, año 1V, N°1, Enero-Febrero, 1991. 3-7.

Márquez, Aracely y Gloria Licea

(1992b) "Mujeres Seropositivas (discriminación en México)", en: "*Sociedad y SIDA*", Periódico *El Nacional*, N° 22, Julio 1992. 1-3.

Martínez Valencia, María de Lourdes

(1994) "Entrevista a Guillermo Molina Chocano", en: *Trabajo Social*, Universidad Nacional Autónoma de México, N° 4, Enero-marzo, 1994. 5-7.

Minello Martini, Nelsón

(1990b) "Confrontación, Discriminación y SIDA", en: *Gaceta Conasida*, año 111, N° 3, Mayo-Junio, 1990. 9-11.

Masters, William y Virginia Johnson

(1987) *Sexualidad Humana*, tomo 2, Barcelona, Editorial Grijalvo, décima edición.

McCary, James Leslie

(1988) *Sexualidad Humana de McCary*, México, El manual moderno, Cuarta edición.

Miller, David

(1989) *Viviendo con SIDA y HIV*, México, El Manual Moderno, traducido por Manuel Orizaga.

Noguer Moré, Jesús

(1971) *Enciclopedia de la vida sexual*, México, Ediciones Técnicas Educativas, tomo V, Primera edición.

Platas, José Antonio

(1992b) "Los costos del SIDA", en: "*Sociedad y SIDA*", Periódico *El Nacional*, N° 22, Julio, 1992. 8-9.

Poniatowska, Elena

(1993c) "Informar, Educar y Prevenir, obligación moral del estado" en: *Ser Positivo, Sida, Ciencia y Cultura*, año 1, N° 3, Abril, 1993. 14-16.

Population Reports

(1989) "La magnitud de la epidemia", en: *Educación sobre el SIDA, un buen comienzo*, vol. XVII, N° 3, Serie L, N° 8, Septiembre, 1989. 3-5.

Quiroga, Jacinto Abel

(1993e) "Derechos Humanos, Homosexualidad y Sida" en: *Ser Positivo: Sida, Ciencia y Cultura*, año 1, N°5, Junio, 1993. 10.

Ramírez Aranda, José Manuel

(1991-1992) "Impacto en la familia de pacientes con diagnóstico de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida", *Investigación Médica, Medicina Familiar*, Universidad Autónoma de Nuevo León.

Reibstein, Janet y Martin Richards

(1994) *Acuerdos sexuales (matrimonio y aventuras)*, Buenos Aires, Ed. Vergara.

Ribeiro, Manuel

(1989) *Familia y fecundidad*, Monterrey, Universidad Autónoma de Nuevo León

(1991) *El divorcio en Monterrey*, Monterrey, Universidad Autónoma de Nuevo León.

Richardson, Diane

(1990) *La mujer y el SIDA*, México, El Manual Moderno, Primera edición.

Rico, Blanca

(1989) "Transmisión del VIH", en Sepúlveda Amor, Jaime y cols. (1989)

Rodríguez Gabriela

(1990c) "SIDA y educación sexual: La experiencia de Mexfam", en: *Gaceta Conasida*, año 111, N° 5, Septiembre-octubre, 1990. 3-5.

Sepúlveda Amor, Jaime y Blanca Rico

(1989) "El SIDA en México: una introducción" en: Sepúlveda A. y Cols (1989)

Sepúlveda Amor, Jaime y cols.

(1989) *SIDA. Ciencia y sociedad en México*, México, Fondo de Cultura Económica, Primera reimpression.

Sepúlveda, Victorino

(1992) *Cifras estadísticas*, Consejo Estatal de SIDA en Nuevo León.

(1993) *Cifras estadísticas*, Consejo Estatal de SIDA en Nuevo León.

(1994) *Cifras estadísticas*, Consejo Estatal de SIDA en Nuevo León.

Soberón, Guillermo

(1989) "Presentación", en: Sepúlveda Amor Jaime y cols. (1989).

Stanislawski, Estanislao

(1989) "Mecanismo de acción", en: Sepúlveda Amor Jaime y cols. (1989).

Tunnadine Prudence y Cols.

(1986) "El mundo de la pareja", México, Editorial Artemisa, Primera edición.

Tordjman, Gilbert

(1985) *Realidades y problemas de la vida sexual adolescente*, Tomo III, *Enciclopedia de la Vida Sexual*, Barcelona, Editorial Argos-Vergara, Tercera edición.

UNICEF

(1991) "Introducción", en: *Los niños y el SIDA, una calamidad inminente*, N° 1, Abril, 1991. 3-4.

Valdespino, José Luis

(1989) "Distribución de la epidemia del SIDA", en: Sepúlveda Amor y cols.

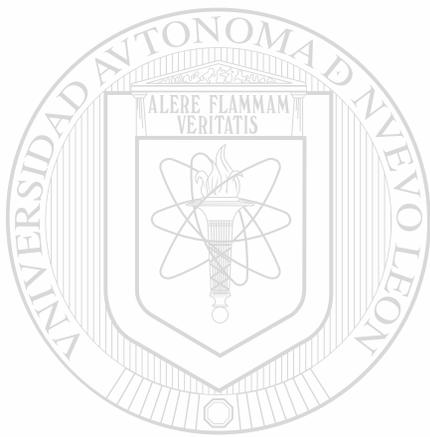
(1990) "Números", en: *Gaceta Informativa Conasida*, N° especial, Universidad Autónoma Metropolitana, Enero, 1990. 9-11.

Zacarias, Fernando

(1994) "Afecta SIDA a tres millones", en: Periódico *El Metro*, Monterrey, 29 de Marzo, 1994. 26.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



ANEXOS
UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

CÉDULA DE ENTREVISTA
INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Datos generales

1. Número de cuestionario [_____] []

2. ¿Qué edad tiene actualmente ?
Años cumplidos [_____] []

3. Sexo:
(1) Femenino
(2) Masculino []

4. ¿Cuál es su estado civil?
(1) Soltero
(2) Casado
(3) Separdo
(4) Divorciado
(5) Unión libre
(6) Viudo []

5. ¿Qué grado de escolaridad tiene?
(1) Analfabeta
(2) Sabe leer y escribir
(3) Primaria incompleta
(4) Primaria completa
(5) Carrera técnica
(6) Secundaria incompleta
(7) Secundaria completa
(8) Bachillerato
(9) Profesional
(10) Otros []

6. ¿Cuál es su ocupación actual ?
(1) Obrero fijo
(2) Obrero eventual
(3) Empleado fijo
(4) Empleado eventual
(5) Hogar
(6) Desempleado
(7) Estudiante. Especifique oficio _____ []

7. ¿Cuál es su lugar de residencia (municipio) ?
(1) Monterrey
(2) Guadalupe
(3) San Nicolás []

8. ¿Cuánto tiempo tiene residiendo en este municipio?
(1) Menos de un año
(2) De 1 a 3 años
(3) De 4 a 6 años
(4) Más de 7 años []

9. ¿Pertenece Ud. a alguna religión?

- (1) Católica
- (2) Protestante
- (3) Testigos de Jehová
- (4) Ninguna
- (5) Otra _____

[]

Educación sexual (Información sobre sexualidad humana)

10. ¿Dónde ha recibido más información sobre sexualidad humana?

- (1) Escuela
- (2) Amigos
- (3) Familia
- (4) Hospital
- (5) Televisión
- (6) Libros
- (7) No ha recibido información

[]

11. ¿Donde ha recibido información sobre aparato sexual femenino y masculino?

- (1) Escuela
- (2) Amigos
- (3) Familia
- (4) Hospital
- (5) Televisión
- (6) Libros
- (7) No ha recibido información

[]

12. ¿Dónde ha recibido información sobre anticonceptivos?

- (1) Escuela
- (2) Amigos
- (3) Familia
- (4) Hospital
- (5) Televisión
- (6) Libros
- (7) No ha recibido información

[]

13. ¿Dónde ha recibido información sobre enfermedades de transmisión sexual?

- (1) Escuela
- (2) Amigos
- (3) Familia
- (4) Hospital
- (5) Televisión
- (6) Libros
- (7) No ha recibido información

[]

14. ¿A qué cree Ud. que pueda conducir a las personas, el recibir información sobre sexualidad ?

- (1) Promover la promiscuidad sexual
- (2) Tener embarazos fuera de matrimonio
- (3) Tener enfermedades venéreas
- (4) Vivir una sexualidad responsable
- (5) No sabe

[]

15. ¿Dónde cree Ud. que se deba recibir información sobre sexualidad ?

- (1) Escuela
- (2) Amigos
- (3) Familia
- (4) Hospital
- (5) Televisión
- (6) Libros
- (7) No se debe recibir información sobre sexualidad humana []

16. ¿Cuál es su acuerdo o desacuerdo en que se reciba información sobre sexualidad, en la escuela?

- (1) Totalmente de acuerdo
- (2) De acuerdo
- (3) Totalmente en desacuerdo []

17. ¿Cuál es su acuerdo o desacuerdo en que los padres hablen de sexualidad con los hijos?

- (1) Totalmente de acuerdo
- (2) De acuerdo
- (3) Totalmente en desacuerdo []

18. ¿Cuál es su acuerdo o desacuerdo en que se hable de métodos anticonceptivos y enfermedades venéreas con los hijos?

- (1) Totalmente de acuerdo
- (2) De acuerdo
- (3) Totalmente en desacuerdo []

19. ¿Cómo ha influido en su vida, la información sobre sexualidad que Ud. recibió de sus amigos?

- (1) Vivir una sexualidad promiscua
- (2) Ser un abstermio sexual
- (3) Vivir una sexualidad responsable
- (4) No sabe []

20. ¿Qué le dice su experiencia en sexualidad?

- (1) Las relaciones íntimas y amorosas son satisfactorias
- (2) Los encuentros sexuales con personas casuales son más placenteros
- (3) Es "malo" cualquier contacto sexual que se tenga con personas desconocidas
- (4) No sabe []

Conocimientos sobre transmisión sexual del VIH

21. ¿Conoce Ud. cómo se transmite el VIH-SIDA (virus del sida) ?

- (1) Es una enfermedad cancerosa
- (2) Se transmite por saliva
- (3) Se transmite por vivir con personas enfermas
- (4) Se transmite por contacto sexual
- (5) No sabe []

22. ¿Quiénes son las personas que tienen riesgo de infectarse por el virus del sida?

- (1) Las personas homosexuales masculinas
- (2) Las personas heterosexuales
- (3) Toda persona promiscua sexual
- (4) No sabe []

23. ¿Puede Ud. reconocer fácilmente a las personas infectadas por el Virus del SIDA?

- (1) Cierto
- (2) Falso
- (3) No sabe

[]

24. ¿Qué se debe hacer para evitar el contagio del virus del sida?

- (1) No bañarse en albercas
- (2) Bañarse después de una relación sexual con persona desconocida
- (3) No exponerse a piquetes de moscos
- (4) No tener sexo inseguro con desconocidos
- (5) No sabe

[]

25. ¿Ha pensado Ud. estar en riesgo de infectarse por el Virus del SIDA?

- (1) Sí
- (2) No
- (3) No sabe

[]

26. ¿Cuántas veces ha recibido información sobre SIDA, en los últimos seis meses?

- (1) Ninguna vez
- (2) Una vez
- (3) Dos a tres veces
- (4) Cuatro a seis veces
- (5) Más de siete veces

[]

27. ¿Cuántas veces ha buscado información sobre SIDA, en los últimos seis meses?

- (1) Ninguna vez
- (2) Una vez
- (3) Dos a tres veces
- (4) Cuatro a seis veces
- (5) Mas de siete veces

[]

28. ¿Dónde ha recibido información sobre SIDA ?

- (1) Hospitales
- (2) Trabajo
- (3) Familia
- (4) Amigos
- (5) Televisión
- (6) Libros prensa
- (7) Escuela
- (8) No ha recibido información

[]

29. ¿El Virus del SIDA se puede transmitir por secreción vaginal y semen de una persona infectada?

- (1) Cierto
- (2) Falso
- (3) No sabe

[]

30. El sexo seguro, para no infectarse por el virus del SIDA ¿consiste en no dejar entrar líquidos corporales de su pareja sexual (ocasional), en su organismo?

- (1) Cierto
- (2) Falso
- (3) No sabe

[]

Uso de alcohol

31. Toma Ud. bebidas embriagantes ?

- (1) Sí
(2) No []

32. ¿Cuál es el promedio de copas que se toma en una semana (es decir, una cerveza, 1/2 vaso de vino o una copa de licor)?

- (1) Ninguna (o no se alcanza a tomar una)
(2) Una a dos
(3) Tres a cinco
(4) Seis a nueve
(5) Diez a catorce
(6) Quince a más []

33. Cuando consume alcohol, ¿se ha sentido estimulado a tener una relación sexual con una persona ocasional?

- (1) Cierto
(2) Falso
(3) No sabe
(4) No toma alcohol []

34. En los últimos seis meses, ¿con qué frecuencia podría decir que el alcohol influyó para que Ud. tuviera una relación sexual con una persona ocasional?

- (1) Ninguna vez
(2) Una a dos veces
(3) Casi ninguna vez
(4) Casi siempre
(5) Siempre []

35. ¿Ha tenido Ud. relaciones sexuales con personas ocasionales, con o sin alcohol?

- (1) Cierto
(2) Falso
(3) No sabe []

36. ¿Ud. cree que una persona bajo el efecto del alcohol, puede realizar actos que sin la influencia de este no los haría?

- (1) Cierto
(2) Falso
(3) No sabe []

37. ¿Cree Ud. que el uso del alcohol puede llevar a las personas a tener relaciones sexuales con personas de su mismo sexo?

- (1) Cierto
(2) Falso
(3) No sabe []

38. Sin uso de alcohol ¿Ud. tendría relaciones sexuales con una persona ocasional?

- (1) Cierto
(2) Falso
(3) No sabe []

Uso de pornografía

39. ¿Ha usado material pornográfico?

- (1) Nunca
- (2) Una a dos veces
- (3) Algunas veces
- (4) Muy seguido []

40. ¿Qué tipo de material pornográfico ha usado?

- (1) Películas (video)
- (2) revistas
- (3) Cine
- (4) No usa pornografía []

41. ¿Ud. cree que la pornografía ayuda a exteriorizar deseos sexuales reprimidos?

- (1) Cierto
- (2) Falso
- (3) No sabe []

42. ¿Ud. cree que la pornografía estimula a las personas a tener relaciones sexuales con personas ocasionales?

- (1) Cierto
- (2) Falso
- (3) No sabe []

43. ¿Ud. cree que la pornografía motiva a las personas a intentar realizar actos "novedosos" en sus relaciones sexuales?

- (1) Totalmente de acuerdo
- (2) De acuerdo
- (3) Totalmente en desacuerdo []

44. Cuando Ud. usa material pornográfico ¿puede evitar relaciones sexuales con personas ocasionales?

- (1) Siempre
- (2) Algunas veces
- (3) La mayoría de las veces
- (4) Nunca
- (5) No usa pornografía []

45. ¿Ud. con qué personas acostumbra ver material pornográfico?

- (1) Con su pareja sexual estable
- (2) Con una persona ocasional (y/o amigos)
- (3) Sólo
- (4) No acostumbra ver material pornográfico []

Parejas múltiples (promiscuidad)

46. Actualmente ¿Ud. tiene pareja sexual estable?

- (1) Sí
- (2) No []

47. ¿Ud., tiene relaciones sexuales sólo con su pareja estable?

- (1) Sí
- (2) No
- (3) No ha tenido pareja sexual []

48. Su pareja sexual estable, ¿tiene relaciones sexuales sólo con Ud.?

- (1) Sí
- (2) No
- (3) No sabe
- (4) No hay pareja sexual []

49. ¿Ud. prefiere abstenerse, a tener una relación sexual con persona ocasional?

- (1) Cierto
- (2) Falso
- (3) No sabe []

50. ¿A veces es difícil tener relaciones sexuales sólo con su pareja sexual estable?

- (1) Totalmente de acuerdo
- (2) De acuerdo
- (3) Totalmente en desacuerdo []

51. ¿A veces es necesario tener otras parejas sexuales para no aburrirse?

- (1) Totalmente de acuerdo
- (2) De acuerdo
- (3) Totalmente en desacuerdo []

52. ¿Ud. cree que no hay peligro de adquirir una infección, teniendo relaciones sexuales con personas que se vean sanas y limpias?

- (1) Totalmente de acuerdo
- (2) De acuerdo
- (3) Totalmente en desacuerdo []

53. Cuando no se tiene satisfacción sexual con la pareja estable, ¿es necesario buscar parejas sexuales ocasionales?

- (1) Totalmente de acuerdo
- (2) De acuerdo
- (3) Totalmente en desacuerdo []

54. Cuando anda en plan de diversión, ¿acostumbra buscar compañía sexual ocasional?

- (1) Siempre
- (2) Algunas veces
- (3) Regularmente
- (4) Nunca []

55. En los últimos seis meses, ¿con cuántas personas ocasionales se ha relacionado sexualmente? (incluye relaciones sin penetración vaginal y/o anal)

- (1) Ninguna vez
- (2) Una vez
- (3) Dos a cinco veces
- (4) Seis a diez veces
- (5) Once a quince veces
- (6) Dieciseis veces o más []

56. ¿Dónde acostumbra encontrar compañía sexual?

- (1) En la calle
- (2) Bares
- (3) Trabajo
- (4) Cafés
- (5) Escuela
- (6) Bailes
- (7) Conocido
- (8) Parques
- (9) No busca compañía sexual
- (10) Otros

[] [] []

Parejas múltiples (prostitución)

57. ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido Ud., relacionadas con la prostitución?

- (1) Ninguna
- (2) Una
- (3) Dos a cinco
- (4) Seis a diez
- (5) Once a quince
- (6) Diez y seis a veinte
- (7) Más de veintiuna

[]

58. ¿Cuál es su acuerdo o desacuerdo en que los hombres acudan algunas veces con personas que se dedican a la prostitución?

- (1) Totalmente de acuerdo
- (2) De acuerdo
- (3) Totalmente en desacuerdo

[]

59. De las relaciones sexuales que Ud. ha tenido, ¿cuántas veces ha recibido dinero? N° _____

[] []

60. De las relaciones sexuales que Ud. ha tenido, ¿cuántas veces ha ofrecido dinero? N° _____

[] []

61. Su pareja sexual estable (actual), ¿ha tenido relaciones sexuales con personas que ejercen la prostitución?

- (1) Sí
- (2) No
- (3) No sabe
- (4) No pareja sexual

[]

62. Después de una reunión con los amigos(as), en la que tomaron bebidas embriagantes, ¿van a buscar servicios sexuales?

- (1) Siempre
- (2) Algunas veces
- (3) Regularmente
- (4) Nunca

[]

63. Cuando no se tiene pareja sexual estable, ¿ es necesario buscar servicio sexual algunas veces?

- (1) Totalmente de acuerdo
- (2) De acuerdo
- (3) Totalmente en desacuerdo

[]

64. ¿Ud. cree que las personas que venden sus servicios sexuales, son seguras de no tener una infección, ya que están controladas por autoridades de salud ?

- (1) Cierto
- (2) Falso
- (3) No sabe

[]

65. ¿Las personas que se prostituyen pueden tener una infección que no se ve aparentemente?

- (1) Cierto
- (2) Falso
- (3) No sabe

[]

66. ¿A Ud. le da temor adquirir una infección si se acude con prostitutas(os) ?

- (1) Cierto
- (2) Falso
- (3) No sabe

[]

67. ¿Ud. prefiere abstenerse sexualmente, a relacionarse con personas que se prostituyen?

- (1) Cierto
- (2) Falso
- (3) No sabe

[]

Práctica sexual

68. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual? Años 14 [11]

69. En su vida, ¿con cuántas personas se ha relacionado sexualmente (con penetración vaginal y/o anal)?

- (1) Ninguna
- (2) Una
- (3) Dos a cinco
- (4) Seis a diez veces
- (5) Once a quince veces
- (6) Dieciseis a veinte veces
- (7) Más de 21

[]

70. Si Ud. tiene pareja estable, ¿me puede decir qué N° de pareja sexual es usted, en la vida de su compañero(a) actual?

- (1) Primera
- (2) Dos a tres
- (3) Cuatro a seis
- (4) Siete a diez
- (5) Once a quince
- (6) Diez y seis a más
- (7) No sabe
- (8) No pareja sexual

[]

71. ¿Cree Ud. conocer a su pareja en el aspecto sexual?

- (1) Sí
- (2) No
- (3) No profundamente
- (4) No hay pareja sexual []

72. En los últimos seis meses, ¿cuántas parejas sexuales estables ha tenido?

Nº _____ []

73. En los últimos seis meses, ¿cuántas parejas sexuales no estables ha tenido?

Nº _____ []

74. En un encuentro sexual, ¿cuántos coitos vaginales tiene?

- (1) Ninguno
- (2) Uno
- (3) Dos a tres
- (4) Cuatro a seis []

75. En un encuentro sexual, ¿cuántos coitos anales tiene?

- (1) Ninguno
- (2) Uno
- (3) Dos a tres
- (4) Cuatro a seis []

76. ¿Con qué personas acostumbra sus relaciones sexuales?

- (1) Solamente con hombres
- (2) Solamente con mujeres
- (3) Con hombres y mujeres por igual
- (4) Con hombres la mayoría de las veces y ocasionalmente con mujeres
- (5) Con mujeres la mayoría de las veces y ocasionalmente con hombres
- (6) No ha tenido relaciones sexuales []

77. Cuando hay deseo sexual, ¿qué práctica prefiere?

- (1) Masturbación sólo(a)
- (2) Masturbación mutua con pareja ocasional
- (3) Coito con pareja sexual estable
- (4) Coito con pareja sexual ocasional
- (5) Sexo seguro (sin penetración y/o uso de condón)
- (6) Abstinencia sexual
- (7) Otra práctica. Especifique _____ []

78. ¿Cada cuándo es necesario buscar desahogo sexual con pareja ocasional?

- (1) Una vez a la semana
- (2) Dos a tres veces por semana
- (3) Una vez en dos semanas
- (4) Una vez al mes
- (5) Nunca []

79. ¿Ha sido infiel sexualmente a su pareja estable? (Actual y/o anterior, si es que la ha tenido)

- (1) Sí
- (2) No
- (3) No pareja sexual []

80. Su pareja sexual estable, ¿ha tenido otras parejas sexuales antes de Ud.?

- (1) Sí
- (2) No
- (3) No sabe
- (4) No pareja sexual []

81. ¿Es fácil para Ud. tener sólo una pareja sexual?

- (1) Sí
- (2) No
- (3) No sabe
- (4) No pareja sexual []

82. En sus relaciones sexuales, ¿qué práctica sexual realiza?

- (1) Sólo penetración vaginal
- (2) Sólo penetración anal
- (3) Penetración vaginal y anal
- (4) Sólo sexo oral
- (5) Sólo caricias mutuas
- (6) Todas, menos penetración vaginal
- (7) Todas, menos penetración anal
- (8) Todas
- (9) Ninguna práctica sexual []

83. ¿Ud. cree que su pareja sexual le es fiel?

- (1) Sí
- (2) No
- (3) No sabe
- (4) No pareja sexual []

84. ¿La relación sexual más satisfactoria y segura, es la que Ud. tiene con su pareja estable?

- (1) Sí
- (2) No
- (3) No pareja sexual []

85. ¿El sexo es una necesidad que debe satisfacerse aunque sea con parejas sexuales ocasionales?

- (1) Totalmente de acuerdo
- (2) De acuerdo (indiferente)
- (3) Totalmente en desacuerdo []

86. ¿Ha tenido parejas sexuales de su mismo sexo ?

- (1) Nunca
- (2) Algunas veces
- (3) Siempre
- (4) No, pero tal vez algún día
- (5) Sí, tiempo atrás []

87. ¿Ud. cree que el sexo es más placentero cuando se tiene con personas ocasionales y sin protección?

- (1) Sí
- (2) No
- (3) No sabe []

88. ¿Cree Ud. que en una relación sexual se disfruta sólo con conversar y caricias, sin llegar a la penetración?

- (1) Sí
- (2) No
- (3) No sabe

[]

89. ¿Cuál cree Ud. que es la práctica sexual más segura, para proteger la salud de una infección?

- (1) Abstinencia sexual
- (2) Fidelidad mutua
- (3) Sexo seguro (sin penetración y/o uso de condón)
- (4) Todas las mencionadas
- (5) Ninguna
- (6) No sabe

[]

90. ¿Cuál de las prácticas sexuales mencionadas puede Ud. realizar?

- (1) Abstinencia sexual
- (2) Fidelidad mutua
- (3) Sexo seguro (sin penetración y/o uso de condón)
- (4) Todas las mencionadas
- (5) Ninguna
- (6) No sabe

[]

Uso de condón (técnica sexual)

91. ¿Conoce usted el condón (masculino)?

- (1) Sí
- (2) No

[]

92. ¿Ha usado alguna vez un condón? (si es mujer, ¿lo ha usado a través de su pareja masculina?)

- (1) Sí
- (2) No

[]

93. ¿Ha propuesto Ud. alguna vez a sus compañeros sexuales usar el condón?

- (1) Siempre
- (2) La mayoría de las veces
- (3) La mitad de las veces
- (4) Casi ninguna vez
- (5) Ninguna vez

[]

94. Su pareja sexual, ¿ha usado condón con otras parejas sexuales? (si es que las ha tenido)

- (1) Sí
- (2) No
- (3) No sabe
- (4) No ha tenido otras parejas sexuales

[]

95. Si Ud. practica el sexo oral, ¿usa condón?

- (1) Sí
- (2) No
- (3) No practica sexo oral

[]

96. ¿Ud. acepta el uso del condón? (es decir, ¿le es fácil usarlo?)

- (1) Cierto
- (2) Falso
- (3) No sabe

[]

97. En los últimos 6 meses, ¿con cuántas personas ha tenido sexo sin usar condón?

- (1) Ninguna
- (2) Una
- (3) Dos a cinco
- (4) Seis a diez
- (5) Once a quince
- (6) Diez y seis a veinte
- (7) Más de veintiuna

[]

98. ¿Cree que debe usarse condón si se tiene relación sexual con práctica anal?

- (1) Sí
- (2) No
- (3) No sabe

[]

99. ¿Ud. acostumbra usar condón en sus relaciones sexuales con personas ocasionales?

- (1) Nunca
- (2) Casi nunca
- (3) Casi siempre
- (4) Siempre
- (5) No relación sexual ocasional

[]

100. ¿Para qué debe usarse el condón en las relaciones sexuales ocasionales?

- (1) Para protegerse de una infección
- (2) Como método anticonceptivo
- (3) No encuentra utilidad en su uso
- (4) No sabe

[]

101. ¿Qué tan de acuerdo está en el uso del condón para evitar infecciones?

- (1) Totalmente de acuerdo
- (2) De acuerdo
- (3) Totalmente en desacuerdo

[]

102. Si ha tenido relaciones sexuales con personas prostitutas ¿ha usado condón?

- (1) Ninguna vez
- (2) Algunas veces
- (3) La mayoría de las veces
- (4) Siempre
- (5) No relaciones sexuales con personas prostitutas

[]

103. En últimos 6 meses ¿con cuántas personas ha tenido sexo vaginal sin condón?

- (1) Ninguna
- (2) Una a dos
- (3) Tres a cinco
- (4) Seis a diez
- (5) Once a quince
- (6) Diez y seis a veinte
- (7) Veintiuna a más

[]

104. En los últimos seis meses, ¿con cuántas personas ha tenido sexo anal sin condón?

- (1) Ninguna
- (2) Una a dos
- (3) Tres a cinco
- (4) Seis a diez
- (5) Once a quince
- (6) Diez y seis a veinte
- (7) Veintiuna a más

[]

Enfermedades de transmisión sexual

¿Cuántas veces ha padecido y/o le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades?:

	(1) Ninguna vez	(2) Una a tres	(3) Cuatro a mas
105. Ardor al orinar			
106. Flujo blanco y/o amarillo por pene o vagina			
107. Condilomas			
108. Ladillas			
109. Ulceras en genitales			
110. Sífilis			
111. Herpes genital			
112. Hepatitis B			

[]
 []
 []
 []
 []
 []
 []
 []

113. ¿Alguna de sus parejas sexuales, ha tenido una de estas enfermedades mencionadas?

- (1) Sí
- (2) No
- (3) No sabe
- (4) No parejas sexuales

[]

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS





UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POST-GRADO

