

**La otra epidemia:
el SIDA en el área rural**

Carlos Magis
Enrique Bravo-García
Ana María Carrillo
(Editores)

México, 2003
Centro Nacional para la Prevención
y Control del VIH/SIDA
(CENSIDA)

Primera edición, agosto de 2003
Colección Ángulos del SIDA
Centro Nacional para la Prevención
y Control del SIDA (CENSIDA)
Calzada de Tlalpan No. 4585, 2º. piso,
Col. Toriello Guerra
México, DF, CP 14050

Impreso y hecho en México
Printed and made in México

Ángulos del SIDA - obra completa
ISBN 968-811-679-3

La otra epidemia: El SIDA en el área rural
Número 4
(ISBN 968-811-972-5)

Para la reproducción parcial o total de esta obra, es necesario contar con la autorización por escrito de los autores. Para citas breves bastará con mencionar la fuente.

Directorio

Dr. Julio Frenk Mora
Secretario de Salud

Dr. Roberto Tapia Conyer
Subsecretario de Prevención
y Protección de la Salud

Dra. Patricia Uribe Zúñiga
Directora General del Centro Nacional
para la Prevención y Control del SIDA

Serie Ángulos del SIDA

Presidenta del Consejo Editorial
Patricia Uribe Zúñiga

Dirección Conjunta
Carlos Magis Rodríguez
Griselda Hernández Tepichín

Consejo Editorial
Mario Bronfman Pertzovsky
Ana Luisa Liguori Herschopf
David Alberto Murillo
Samuel Ponce de León Rosales
Ivonne Szasz

Coordinación Editorial
Rosario Taracena
Brhunno Flores Romero

Los contenidos de la presente publicación son responsabilidad exclusiva de los autores, por lo que la Secretaría de Salud, el CONASIDA, la Serie Ángulos del SIDA y el Consejo Editorial se deslindan de cualquier responsabilidad o compromiso con éstos.

El Consejo Editorial se reserva el derecho de rechazar la publicación de escritos que no reúnan los estándares mínimos de ética y calidad.

Índice

página

Prólogo	7
1. El SIDA en el área rural	11
Enrique Bravo-García Carlos Magis Rodríguez	
2. Resultados de una intervención educativa para prevenir el VIH/SIDA en la población migrante rural	19
Raúl Ortiz Mondragón Martha Loya Sepúlveda Sayuri Silva Bustillos Carlos Magis Rodríguez	
3. Atención del VIH/SIDA en el medio rural de Zacatecas	53
Raúl Ortiz Mondragón Carlos Magis Rodríguez Margarita Horteales Rocha Griselda Muñoz Flores	
4. Zongolica: diseño de una estrategia participativa para el combate al VIH/SIDA en comunidades nahuas de la sierra	77
Nelson E. Álvarez Licona Ma. de la Luz Sevilla González	
5. Los tarahumaras: ¿grupo de bajo riesgo?	97
Jesús Vaca	
6. Consumo de drogas inyectables y VIH/SIDA en una población rural de La Laguna, Coahuila	121
Carlos Magis Rodríguez Armando Ruiz Badillo	
7. Más vale prevenir... Video sobre migración y SIDA	139
Raúl Ortiz Mondragón Carlos Magis Rodríguez	

Prólogo

Este documento reúne siete trabajos de investigación o ejemplos de trabajo con poblaciones indígenas sobre VIH/SIDA realizados en poblaciones de Coahuila, Chihuahua, Guanajuato, Michoacán, Veracruz y Zacatecas, ya que todos ellos existe una presencia importante de casos de SIDA en zonas rurales. La investigación sobre el VIH/SIDA en estos sitios reviste particular importancia debido a que, desde los años ochenta, los casos de SIDA han crecido de forma sostenida e importante en las poblaciones rurales de todo el territorio nacional, además de que, tradicionalmente, estas zonas se caracterizan por un acceso más restringido a la información y los servicios de salud.

En “El SIDA en el área rural”, los autores exponen las principales características de esta epidemia en esas zonas. Destaca que ahí la epidemia es predominantemente heterosexual, a diferencia de las zonas urbanas, donde la epidemia es más bien homosexual. Otro aspecto sobresaliente es que los casos de SIDA rurales afectan con más frecuencia a grupos socialmente vulnerables, con pocos recursos económicos y un acceso limitado a los servicios de salud y de educación, lo que favorece la persistencia de mitos y creencias equivocados respecto a las formas de transmisión y prevención del VIH/SIDA.

No obstante, dadas las diferencias que presentan las comunidades rurales, se propone la construcción de estrategias de prevención distintas para cada una de ellas, estrategias que deben tomar en cuenta las condiciones específicas de la población a la que irán dirigidas. Precisamente en esta línea se hizo una intervención educativa sobre VIH/SIDA en tres comunidades de Guanajuato y el texto denominado “Resultados de la evaluación de la intervención educativa para la prevención del VIH/SIDA en población migrante rural” da cuenta de esta experiencia.

Aquí se describen con detalle los elementos que conformaron la intervención educativa, en la que participaron tanto estudiantes de nivel secundaria como población no escolarizada. Los resultados fueron positivos a pesar de que se encontraron resistencias para abordar abiertamente los temas de sexualidad. La mayor parte de los participantes consideró adecuada y necesaria una intervención de este tipo e, incluso, manifestó que sería necesario promover acciones similares con otras personas de su comunidad. Los autores de este trabajo concluyen que la intervención educativa propició la aceptación y socialización del tema de VIH/SIDA, sobre todo en lo relativo a la prevención y la relación que tiene con la migración.

Otra experiencia de investigación tuvo lugar en Zacatecas y sus resultados se presentan en “Atención del VIH/SIDA en el medio rural de Zacatecas”. Los autores explican que el acceso al tratamiento antirretroviral para las personas con SIDA se dificulta en la zona rural por distintas razones, entre las que destacan las grandes distancias entre las zonas rurales y urbanas, la falta de transporte y los largos tiempos que lleva el traslado de las zonas rurales a los centros de atención.

A pesar de todo esto, se encontró que cuando los pacientes recibieron el tratamiento de forma gratuita, esto aumentó su disponibilidad a acudir a los servicios, aunque muy probablemente la provisión de apoyos alimenticios para los pacientes que reciben el tratamiento pueda ser un buen incentivo para que acudan con más frecuencia a consulta, ya que la mayor parte de ellos restringen sus gastos al mínimo, lo que a veces significa suprimir su alimentación durante el viaje.

Al interior de una comunidad nahua de Veracruz, se realizó un trabajo que se reseña en “Zongolica: diseño de una estrategia participativa para el combate al VIH/SIDA en comunidades nahuas de la sierra”. El objetivo central de este esfuerzo fue justamente el diseño de la estrategia a la que alude el título, para lo cual se realizó una evaluación del conocimiento de la comunidad sobre las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA.

Más adelante, se aplicó un modelo de intervención socioeducativa enfocado a la prevención y, como resultado, se realizó una guía metodológica para trabajar aspectos de salud en áreas rurales o con grupos

indígenas, y se diseñaron y adecuaron materiales para apoyar las tareas educativas. Los investigadores encontraron que la intervención propuesta era sumamente necesaria debido al gran desconocimiento de estos temas dentro de la población en general, pero incluso entre maestros de primaria y bachillerato. El uso de condón era poco frecuente y, cuando se daba, se hacía de forma incorrecta. Los autores proponen ampliar la intervención a la ciudad de Orizaba, que mantiene contacto frecuente con los pobladores de Zongolica.

En “Los tarahumara: ¿grupo de bajo riesgo?”, se reflexiona sobre la dificultad que implica caracterizar a un grupo como de bajo o alto riesgo, cuando lo que importa son las prácticas sexuales que llevan a cabo las personas y que las colocan o no en riesgo de contraer el VIH. El autor exploró los conocimientos, actitudes y comportamientos de riesgo para contraer el VIH entre los tarahumaras de Chihuahua y encontró que las personas de este grupo étnico conocían muy poco sobre el virus, sus formas de transmisión y de prevención.

También halló información contrastante en lo relativo a las conductas de alto riesgo de los tarahumaras, ya que, por un lado, la comunidad mostraba cierta “protección gremial” al no aceptar la presencia de prácticas como la homosexualidad, la bisexualidad, la prostitución, mientras que una trabajadora social de la zona afirmó la existencia de estas prácticas entre los tarahumaras. La investigación encontró que los tarahumaras han adoptado comportamientos de los grupos mestizos con los que tienen contacto, sin embargo, el bajo conocimiento que tienen sobre el VIH les coloca en un alto riesgo de adquirir el virus.

“Consumo de drogas inyectables y VIH/SIDA en una población rural de la región de La Laguna, Coahuila” analiza una práctica que se ha estudiado poco en el contexto del VIH/SIDA. Este texto presenta una investigación realizada en el municipio de San Pedro de las Colonias, donde existe un problema importante de consumo de drogas inyectables, por lo que se corre el riesgo de que aumenten los casos de infección por VIH si no se toman medidas preventivas.

Además, se hallaron otros elementos que pueden empeorar la relación entre el VIH y el uso de drogas, pues la población, en su mayoría rural o semirural, tiende a migrar a los Estados Unidos o a otros estados y

se caracteriza por tener bajos niveles de educación y ciertos valores sexuales que dificultan el cambio de actitudes y conductas en lo relativo a su sexualidad. La evidencia más clara de esto es la resistencia a usar el condón para prevenir el contagio por VIH. Entre las propuestas para reducir el riesgo de infección por VIH entre los usuarios de drogas está la capacitación al personal de salud, la promoción de medidas preventivas con esta población, la educación entre usuarios de drogas, la dotación de material estéril a dichos usuarios y el acceso a servicios de consejería, asistencia y apoyo.

El último trabajo de esta compilación presenta el proceso de realización de un video sobre migración y SIDA denominado *Más vale prevenir...*, cuya fue posible gracias a los esfuerzos de CONASIDA, el Instituto Nacional Indigenista, el programa SIDA Veracruz y el grupo de médicos tradicionales y parteros "Macehual Ixtlamachilistli". El video fue diseñado específicamente para ser usado como material de apoyo en intervenciones educativas y de prevención en las zonas rurales. Este material fue evaluado y utilizado en la población de Zongolica, en Veracruz, y en el año 2000 fue reconocido como una de las "Mejores prácticas" sobre VIH/SIDA en México.

Como puede apreciarse en este rápido vistazo, los trabajos que aquí se presentan abarcan un conjunto importante de temas y situaciones con respecto al VIH/SIDA en las zonas rurales. Quienes elaboramos esta compilación esperamos que el panorama que ofrecen sea de utilidad tanto para las personas interesadas en aliviar las consecuencias del VIH/SIDA en las zonas rurales como para quienes trabajan en la prevención de esta infección.

Estamos convencidos de que un mayor conocimiento de los factores que intervienen en la propagación del VIH permitirá mejorar las tareas preventivas y de atención, y ello redundará en una mejoría en la salud de las personas afectadas por esta pandemia y de las comunidades donde su presencia ya es importante.

Carlos Magis
Enrique Bravo-García
Ana María Carrillo

1. El SIDA en el área rural

Enrique Bravo-García*
Carlos Magis Rodríguez*

1.1. Introducción

México es un país en donde la ecuación de la población urbano-rural se ha invertido en los últimos 50 años, de suerte tal que en la actualidad 75% de la población vive en áreas urbanas y el 25% restante, en rurales.

En México, los primeros casos de SIDA en las áreas rurales se registraron en los estados de Guerrero, Jalisco, Nuevo León, Sinaloa y Veracruz, en 1986, es decir, tres años después de la aparición del primer caso de SIDA en el país.¹ Desde ese año, los casos rurales de SIDA han crecido de manera sostenida, hasta abarcar toda la geografía del territorio nacional, pero principalmente aquellas entidades con mayor proporción de áreas rurales.

Los criterios empleados en los censos de población consideran población rural a aquella que habita en localidades menores de 2,500 habitantes, y urbana a la que habita en localidades de 2,500 habitantes o más; es decir, el criterio se refiere al número de habitantes y no a la disponibilidad de servicios o algún otro elemento.

De acuerdo con la información del Registro Nacional de Casos de SIDA, en México se habían registrado de manera acumulada 47,617

* Dirección de Investigación de CENSIDA

¹ Magis Rodríguez C, Del Río Zolezzi A, Valdespino Gómez, JL, García García, L (1995). Casos de SIDA en el área rural en México. *Salud Pública de México*, 37 (6), 615-623.

casos hasta el 31 de diciembre del 2000, de los cuales, 2,089 (4.6%) fueron de tipo rural y 45,283 (90.7%) se presentaron en centros urbanos. De estos casos, 26,387 (58.3%) correspondieron a ciudades grandes, de medio millón de habitantes o más. En 2,334 (4.9%) no fue posible establecer la localidad de residencia de la persona.

**Cuadro 1. Casos de SIDA según tamaño de la localidad
Datos al 31 de diciembre de 2000**

Tamaño de localidad	Casos de SIDA	%
Menos de 2,500 habitantes	2,089	4.6
2,500 - 4,999 habitantes	893	2.0
5,000 - 14,999 habitantes	2,031	4.5
15,000 - 49,999 habitantes	2,965	6.5
50,000 - 499,999 habitantes	10,918	24.1
500,000 y más habitantes	26,387	58.3
Subtotal	45,283	100.0
Se desconoce*	2,334	(4.9)
Total	47,617	100.0

Nota: Los casos en sitios desconocidos no fueron incluidos.

Fuente: Registro Nacional de Casos de SIDA.

Sin embargo, analizando los casos según fecha de diagnóstico y no de notificación, el crecimiento de casos en las áreas rurales ha sido muy importante en los últimos años; de 2.2% en 1983, a 8.0% en 1999, con un ligero descenso en 2000 (6.7%).

**Cuadro 2. Casos rurales de SIDA según año de diagnóstico
Datos al 31 de diciembre de 2000**

Año de diagnóstico	Casos de SIDA rurales	Casos de SIDA totales	%
1983	1	45	2.2
1984	7	173	4.0
1985	10	321	3.1
1986	15	625	2.4
1987	50	1385	3.6
1988	72	1899	3.8
1989	98	2605	3.8

Año de diagnóstico	Casos de SIDA rurales	Casos de SIDA totales	%
1990	94	3456	2.7
1992	155	3907	4.0
1993	152	3856	3.9
1994	190	4047	4.7
1995	218	4182	5.2
1996	196	3969	4.9
1997	220	3845	5.7
1998	199	3717	5.4
1999	206	2585	8.0
2000	74	1106	6.7
Total	2089	45283	4.6

Fuente: Registro Nacional de Casos de SIDA.

En hombres de las áreas rurales la principal categoría de riesgo fue heterosexual (43.0%), seguida de bisexual (26.4%) y homosexual (21.0%). En las zonas urbanas, la transmisión homosexual fue la categoría predominante (37.5%), seguida de heterosexual (28.2%) y bisexual (25.5%).

Cuadro 3. Casos rurales y urbanos de SIDA en hombres, según factor de riesgo. Datos al 31 de diciembre de 2000

Factor de riesgo	Rural		Urbano		Total
	Casos	%	Casos	%	
Heterosexual	529	43.0	7,173	28.2	7,702
Bisexual	325	26.4	6,494	25.5	6,819
Homosexual	258	21.0	9,552	37.5	9,810
Transfusión sanguínea	57	4.6	974	3.8	1,031
Perinatal	21	1.7	290	1.1	311
Hemofilico	13	1.1	244	1.0	257
UDI	12	1.0	228	0.9	240
Homo-UDI	10	0.8	180	0.7	190
Donador	6	0.5	301	1.2	307
Exp Ocupac	0	0.0	4	0.0	4
Total	1,231	100.0	25,440	100.0	26,671

Fuente: Registro Nacional de Casos de SIDA.

Estas diferencias resultaron estadísticamente significativas, lo cual refleja que la epidemia en las áreas rurales es predominantemente heterosexual, en tanto que en las áreas urbanas es homosexual. Las demás categorías de transmisión tienen poco peso en la epidemia desde el punto de vista estadístico.

Por otra parte, en el análisis de las categorías de transmisión de las mujeres no se encontraron diferencias significativas, pues la transmisión heterosexual fue la forma predominante de transmisión, tanto en las zonas rurales como en las urbanas.

Cuadro 4. Casos rurales y urbanos de SIDA en mujeres, según factor de riesgo. Datos al 31 de diciembre de 2000

Factor de riesgo	Rural		Urbano		Total
	Casos	%	Casos	%	
Heterosexual	189	63.9	2,427	59.8	2,616
Transfusión sanguínea	84	28.4	1,269	31.3	1,353
Perinatal	23	7.8	275	6.8	298
UDI	0	0.0	33	0.8	33
Donador	0	0.0	50	1.2	50
Exp. Ocupac.	0	0.0	4	0.1	4
Total	296	100.0	4,058	100.0	4,354

Fuente: Registro Nacional de Casos de SIDA.

Lo más preocupante de los casos de SIDA rurales es que éstos afectan a grupos socialmente indefensos por su naturaleza económica, social y cultural, y que por esto mismo, tienen un reducido acceso a servicios de salud, bajos conocimientos sobre la enfermedad y un número importante de mitos y creencias sobre el SIDA.

Asimismo, por el alto grado de marginación de las localidades donde se concentran estos grupos, existen pocas posibilidades de accionar campañas preventivas en ellas, así como de atender, con calidad y eficiencia, a las personas que viven con VIH/SIDA.

Finalmente, es importante anotar que en las zonas rurales la razón hombre/mujer es de 4:1, mientras que en el área urbana es de 6:1 (p=.000).

Se estima que alrededor de 20% de los casos rurales registrados tienen antecedentes de migración a los Estados Unidos, frente a 6% de los casos urbanos, lo que hace pensar en la posibilidad de que la migración temporal a ese país esté estrechamente asociada con los casos de VIH/SIDA en las comunidades rurales.

1.2. El SIDA en las áreas rurales de seis entidades del país

En el contexto de las investigaciones realizadas por CONASIDA² fueron seleccionadas seis entidades para analizar la problemática de SIDA afuera de las ciudades, a saber:

- Coahuila
- Chihuahua
- Guanajuato
- Michoacán
- Veracruz
- Zacatecas

Cada una de estas entidades presentó un peso diferenciado de casos de SIDA en las áreas rurales; por ejemplo, 23.6% de los casos de Zacatecas fueron de origen rural, porcentaje sólo superado por Hidalgo (27.3%). En estas entidades, uno de cada tres casos fue de origen rural.

De las entidades seleccionadas, Michoacán está en segundo sitio (12.5% de casos rurales), seguida de Veracruz (7.9%), Guanajuato (6.0%), Coahuila (4.0%) y Chihuahua (3.1%). El cuadro 5, se presenta el peso del SIDA en las áreas rurales de todas las entidades del país.

² El lector encontrará que se habla de CONASIDA y CENSIDA debido a que, desde julio de 2001, CONASIDA cambió su denominación por CENSIDA, pero se preservó el nombre de CONASIDA porque bajo esa nomenclatura se llevaron a cabo estos trabajos.

Cuadro 5. Casos acumulados rurales y urbanos de SIDA, según entidad federativa. Datos al 31 de diciembre de 2000

Entidad Federativa	Localidades rurales		Localidades urbanas		Total de casos de SIDA	Razón urbano /rural
	Casos	%	Casos	%		
Hidalgo	124	27.3	330	72.7	454	3
Zacatecas	61	23.6	198	76.4	259	3
Oaxaca	126	16.7	629	83.3	755	5
Nayarit	80	14.3	480	85.7	560	6
San Luis Potosí	67	14.0	412	86.0	479	6
Tabasco	51	13.9	315	86.1	366	6
Michoacán	189	12.5	1,328	87.5	1,517	7
Durango	38	11.0	309	89.0	347	8
Querétaro	39	10.3	341	89.7	380	9
Tlaxcala	37	10.0	334	90.0	371	9
Guerrero	114	8.6	1,204	91.4	1,318	11
Baja California Sur	21	8.4	228	91.6	249	11
Puebla	242	8.4	2,640	91.6	2,882	11
Veracruz	198	7.9	2,302	92.1	2,500	12
Quintana Roo	18	7.7	217	92.3	235	12
Campeche	16	6.7	223	93.3	239	14
Aguascalientes	15	6.6	213	93.4	228	14
Sinaloa	38	6.1	580	93.9	618	15
Guanajuato	58	6.0	902	94.0	960	16
Chiapas	29	5.7	477	94.3	506	16
Colima	11	5.7	181	94.3	192	16
Sonora	32	5.0	606	95.0	638	19
Coahuila	29	4.0	699	96.0	728	24
Tamaulipas	34	3.8	869	96.2	903	26
Chihuahua	21	3.1	664	96.9	685	32
México	153	3.1	4,851	96.9	5,004	32
Yucatán	32	2.9	1,086	97.1	1,118	34
Jalisco	148	2.8	5,054	97.2	5,202	34
Morelos	31	2.8	1,068	97.2	1,099	34
Nuevo León	24	2.1	1,141	97.9	1,165	48
Baja California	13	0.8	1,674	99.2	1,687	129
Distrito Federal	0	0.0	11,639	100.0	11,639	11639
Total	2,089	4.6	43,194	95.4	45,283	21

Fuente: Registro Nacional de Casos de SIDA.

Los casos de SIDA presentan diferentes tipos de distribución en las entidades seleccionadas, si se considera el tamaño de la localidad de residencia habitual: Coahuila tiene fuerte presencia en ciudades medianas (entre 50,000 y menos de medio millón de habitantes), con 69.1% de los casos reportados, y poca presencia en áreas rurales (4.0% del total de casos).

Chihuahua es una entidad con una fuerte presencia de casos en ciudades grandes (medio millón o más de habitantes), con más de 80% de los casos, y una débil presencia rural (3.1%). Guanajuato tiene la epidemia concentrada en las ciudades grandes y medianas (50,000 o más habitantes) con alrededor del 80% de los casos, pero con una presencia rural más importante que Coahuila y Chihuahua (6.0%).

Los casos de Michoacán presentan una distribución más uniforme entre tamaños distintos de localidad, aunque los casos de SIDA en grandes y medianas ciudades llegan casi a 60%; sin embargo, tiene una fuerte presencia de casos en sus áreas rurales, con 12.5%, es decir, uno de cada ocho casos Veracruz concentra la mayoría de sus casos en ciudades medianas con 63.% de los casos, aunque tiene una cifra importante de casos rurales (7.9%), bastante más elevada que la cifra nacional.

Por último, y con presencia más significativa de casos rurales de SIDA, se encuentra Zacatecas con 23.6%, cifra cinco veces mayor al promedio nacional. Esta entidad no tiene grandes ciudades, aunque el número de casos en las ciudades medianas es de 36.3%

Cuadro 6. Casos acumulados de SIDA en entidades seleccionadas, según tamaño de la localidad. Datos al 31 de diciembre de 2000

Entidad federativa	Tamaño de localidad (% casos de SIDA)						Casos acumulados
	Menos de 2,500 hab.	2,500 - 4,999 hab.	5,000 - 14,999 hab.	15,000 - 49,999 hab.	50,000 - 499,999 hab.	500,000 y más hab.	
Coahuila	4.0	1.2	0.7	10.0	69.1	15.0	728
Chihuahua	3.1	0.9	2.3	4.2	8.0	81.5	685
Guanajuato	6.0	1.1	1.4	10.5	49.8	31.1	960
Michoacán	12.5	5.1	10.4	12.9	27.6	31.5	1,517
Veracruz	7.9	4.2	9.0	15.3	63.6	0.0	2,500
Zacatecas	23.6	8.5	14.3	17.4	36.3	0.0	259
Todo el país	4.6	2.0	4.5	6.5	24.1	58.3	45,283

Fuente: Registro Nacional de Casos de SIDA.

En suma, la distribución diferencial de los casos de SIDA en las entidades seleccionadas, plantea la necesidad de construir diversas estrategias de prevención que se focalicen en las características diferenciales de las poblaciones que ahí habitan.

2. Resultados de una intervención educativa para prevenir el VIH/SIDA en la población migrante rural

Raúl Ortiz Mondragón*
Martha Loya Sepúlveda*
Sayuri Silva Bustillos*
Carlos Magis Rodríguez*

2.1. Introducción

Este documento presenta los resultados obtenidos en la evaluación de una intervención educativa (IE), llevada a cabo en tres comunidades rurales con población migrante temporal a los Estados Unidos: Rincón de Centeno y Tavera en el estado de Guanajuato, y Jumiltepec en Morelos. La IE tuvo como propósitos prevenir el VIH entre esas poblaciones, y probar la eficacia de su propio diseño.

Antes de llevar a cabo la IE se efectuó una investigación social de carácter cualitativo, con la finalidad de evaluar el nivel de conocimientos sobre el SIDA en cada comunidad estudiada, así como para identificar las prácticas de riesgo, los obstáculos y las vías más adecuadas, para realizar educación con fines preventivos sobre VIH/SIDA en comunidades rurales con alto índice de migración a los Estados Unidos.

Es necesario puntualizar lo siguiente:

- En cada una de las comunidades, se realizaron dos reuniones para grupos de estudiantes de tercer grado de secundaria; una con mujeres y otra con hombres. En dos de las comunidades,

* Dirección de Investigación de CENSIDA.

hubo otras dos reuniones para “población abierta”,¹ también por separado para hombres y para mujeres. En una de las comunidades de Guanajuato, sólo hubo una reunión dirigida a “población abierta”, que fue mixta. En total, hubo once reuniones comunitarias, a las que asistieron alrededor de 500 personas.

- La evaluación tuvo el siguiente método: en noviembre de 1996, se aplicó un cuestionario A (pretest) a una muestra de los asistentes a cada sesión, que inquiría acerca de sus datos personales, y en el cual se registró su nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA. Posteriormente, en marzo de 1997, se buscó a las personas de la muestra para aplicar un cuestionario B (postest), en el cual se repitieron las preguntas sobre el nivel de conocimientos, además de otras relacionadas con el tema migración rural-SIDA y con los materiales utilizados durante IE.
- El total de cuestionarios A fue de 113 (22% del total de asistentes a las reuniones). Sin embargo, al momento de buscar a las personas para la aplicación del cuestionario B sólo fue posible entrevistar a 77 (15%). La mayoría de las personas que no fueron localizadas, habían emigrado a los Estados Unidos y otras más habían ido a buscar trabajo a la ciudad más cercana. La población que mejor se conservó entre los cuestionario A y B, fue la estudiantil; la que más disminuyó fue la de hombres casados.

2.2. Perfil sociodemográfico de la muestra

En este cuadro se puede apreciar la distorsión de la población a causa de la migración; en la muestra, había una alta proporción de jóvenes, mientras que la de hombres en edad productiva no era significativa. También se puede apreciar que las mujeres casadas de la comunidad y dedicadas al hogar, fueron las que menos asistieron a las sesiones, lo que podría indicar que socializaban menos y estaban más aisladas.

¹ El concepto “población abierta” comprendió a la población no escolarizada que participó en el estudio.

Cuadro 1. Perfil sociodemográfico

Variable	Pretest %	Postest %
Edad		
13-14	30.6	23.7
15-19	36.1	55.5
20-29	15.0	13.3
30-39	5.6	1.3
40 y más	11.9	6.5
Promedio	21.5 años	18.8 años
Sexo		
Masculino	51.9	47.4
Femenino	48.1	52.6
Estado civil		
Casado	20.4	11.8
Soltero	79.6	88.2
Escolaridad		
No fue a la escuela	6.5	3.9
Primaria	14.8	7.8
Secundaria	61.2	75.0
Bachillerato	16.6	11.8
Licenciatura	0.9	1.3

2.3. Evaluación de conocimientos sobre VIH/SIDA

Para la comparación de los conocimientos sobre VIH/SIDA de la población antes y después de la IE, recurrimos a la prueba estadística de significancia (no paramétrica) chi cuadrada (χ^2), la cual se emplea para hacer comparaciones entre frecuencias. En el caso del presente análisis, establecimos valores de la χ^2 a diferentes niveles de confianza a un grado de libertad, respectivamente. Como las frecuencias esperadas en algunos casos fueron muy pequeñas (menos de 10 en una casilla), aplicamos la corrección de Yates, que permite reducir la sobrestimación y obtener un resultado más conservador. En caso de frecuencias menores a 5, no es aplicable la chi cuadrada.²

²Levin, J. (1979). *Fundamentos de estadística en la investigación social*. México: Harla.

Cuadro 2. Conocimientos generales sobre VIH/SIDA

	Pretest n (%)	Postest n (%)
¿Qué es el SIDA?		
Sabe	54(71.1)	60 (78.9)
No sabe	22(28.9)	16 (21.1)
X ² Corrección de Yates	0.88	
Valor p	0.34	
¿Cómo se contagia?		
Sabe	52 (68.4)	69 (90.8)
No sabe	24 (31.6)	7 (9.2)
X ² Corrección de Yates	10.37	
Valor p	0.0001	
¿Cuál es la diferencia entre VIH y SIDA?		
Sabe	1 (1.3)	18 (23.7)
No sabe	75 (98.7)	58 (76.3)
X ² Corrección de Yates		
Valor p		
¿Cuáles son los síntomas del SIDA?		
Sabe	19 (25.0)	42 (55.3)
No sabe	57 (75.0)	34 (44.7)
X ² Corrección de Yates	13.25	
Valor p	0.0002	
¿Cuáles son las formas de prevención?		
Sabe	37 (48.7)	69 (90.8)
No sabe	39 (51.3)	7 (9.2)
X ² Corrección de Yates	29.96	
Valor p	0.000	
¿Conoce los condones?		
Sí	54 (71.1)	75 (98.7)
No	22 (28.9)	1 (1.3)
X ² Corrección de Yates	20.49	
Valor p	0.000	
¿Ha tenido un condón en la mano?		
Sí	23 (30.3)	71 (93.4)
No	53 (69.7)	5 (6.6)
X ² Corrección de Yates	61.59	
Valor p	0.000	
¿Quiénes están más en riesgo?		
Sabe	52 (68.4)	72 (94.8)
No sabe	24 (31.6)	4 (5.2)
X ² Corrección de Yates	15.80	
Valor p	0.000	

En el cuadro 2, se puede observar que hubo diferencias estadísticamente significativas antes y después de la IE. Únicamente en el primer ítem los cambios observados no fueron significativos, pues la mayoría de la población abordada tenía algún concepto sobre el SIDA.

En lo referente a las formas de transmisión, aun cuando desde el pretest la mayoría de los entrevistados mencionó alguna de ellas, los cambios sí fueron significativos: en el posttest, aumentó el número de personas que conocían al menos una forma de transmisión, y disminuyó el de quienes no conocían ninguna. En el pretest, 61.8% de los entrevistados identificó la vía de transmisión sexual y 6.6%, la transfusional; mientras que en el posttest los porcentajes fueron 86.8% y 3.9%, respectivamente. Así, se consolidó la percepción del VIH/SIDA como una enfermedad de transmisión sexual y se identificó a los hombres como quienes están más en riesgo de infección con el VIH.

Cuadro 3. Formas de contagio del VIH especificadas por comunidad estudiada (porcentajes)

Conoce formas de contagio	Centeno, Gto.		Jumiltepec, Mor.		Tavera, Gto.		Total	
	Pretest	Posttest	Pretest	Posttest	Pretest	Posttest	Pretest	Posttest
Relaciones sexuales	35.7	78.6	84.0	92.0	69.6	91.3	61.8	86.8
Sanguínea	10.7	3.6	4.0	8.0	4.3	0	6.6	3.9
Mitos	0.0	3.6	0.0	0	4.3	0	1.3	1.3
No sabe	53.6	14.3	12.0	0	21.8	8.7	30.3	7.6
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

En el cuadro 3, comparativo por comunidad, se observa que, después de la IE, en Jumiltepec, Mor., todas las personas pudieron identificar formas de contagio del VIH de manera correcta, a diferencia de lo sucedido en Centeno y Tavera, Gto. El porcentaje más bajo lo tuvo Rincón de Centeno donde, al parecer, el hecho de haber quedado incluidas personas de mayor edad pudo influir en que el porcentaje de impacto fuera más bajo, puesto que en esta comunidad el promedio de edad fue de 21 años, y en Jumiltepec de 18, con un rango de 14 a 60 y de 14 a 40, respectivamente.

Se observaron dificultades para comprender la diferencia entre el estado de seropositividad y el de SIDA; la idea de infección asintomática fue la menos asimilada por parte de los entrevistados. En este aspecto, aunque los cambios fueron estadísticamente significativos, hubo menos logros pues la mayoría de la población entrevistada quedó sin saber diferenciar entre una fase y otra de la infección, lo cual puede llegar a ser importante para quienes conciben que únicamente una persona enferma los puede contagiar, y no una asintomática por su apariencia sana.

2.3. Resultados de la evaluación de la intervención educativa para la prevención VIH/SIDA en población migrante rural

En relación con el conocimiento de alguno de los síntomas, también se observaron avances entre el pretest y el postest, pues el porcentaje que conocía algún síntoma aumentó de 25 antes de la IE a 55.3 en el postest.

Cuadro 4. Conocimiento de síntomas de SIDA por comunidad estudiada (porcentajes)

Conoce síntomas del SIDA	Centeno, Gto.		Jumiltepec, Mor.		Tavera, Gto.		Total	
	Pretest	Postest	Pretest	Postest	Pretest	Postest	Pretest	Postest
Sí	7.1	39.3	52.0	72.0	17.4	56.5	25.0	55.3
No	92.9	60.7	48.0	28.0	82.6	43.6	75.0	44.7
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Se podría haber pensado que por ser las guanajuatenses comunidades donde gran parte de sus pobladores han tenido contacto con la cultura de los Estados Unidos, tendrían un mayor nivel de conocimiento que la comunidad seleccionada del estado de Morelos, pero no fue así. En los resultados por comunidad, nuevamente volvieron a ser los entrevistados de Jumiltepec, Mor., los que mostraron un mayor nivel de conocimientos; es decir, la comunidad con menos tradición de migración a los Estados Unidos alcanzó los resultados más altos. En cambio, Rincón de Centeno y Tavera, Gto., comunidades donde la migración a los Estados Unidos es un fenómeno de arraigo, mostraron bajos niveles de conocimiento.

Cuadro 5. Conocimiento de medidas preventivas por comunidad estudiada (porcentajes)

Medidas preventivas	Centeno Gto.		Jumiltepec, Mor		Tavera, Gto.		Total	
	Pretest	Postest	Pretest	Postest	Pretest	Postest	Pretest	Postest
Abstinencia sexual	10.7	25.0	12.0	20.0	17.4	30.5	13.2	25.0
Fidelidad mutua	0.0	17.9	12.0	16.0	0.0	4.3	3.9	13.0
Uso de condón	21.4	35.7	28.0	56.0	21.7	52.2	23.7	47.2
No jeringas*	3.6	10.7	4.0	0.0	0.0	0.0	2.6	3.7
No prostitución	0.0	0.0	4.0	0.0	0.0	0.0	1.3	0.0
No sexo infectados	0.0	0.0	4.0	0.0	8.7	4.3	3.9	4.1
No sabe	64.3	10.7	36.0	8.0	52.2	8.7	51.4	9.1
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

* Esta categoría se refiere al uso de jeringas y otros objetos punzocortantes

El cambio más significativo se observó en el conocimiento de las formas de prevención, al reducirse el porcentaje de quienes no conocían ninguna, de 51.3 en el pretest a 9.2 en el postest. En este aspecto destacaron el uso del condón, que pasó de 23.1 a 47.2%, la abstinencia sexual que aumentó de 13.2 a 25.0%, y la fidelidad mutua que pasó de 3.9 a 13.0%. Es decir, 85.4% de los entrevistados en el postest refirieron alguna forma de prevención ubicada en el aspecto sexual, lo cual era coherente con el hecho de que consideraban a la infección con el VIH como de transmisión sexual.

En el cuadro 5 se concentran, por comunidad, las respuestas sobre formas de prevención conocidas por los entrevistados antes y después de la IE. Como se puede observar, en las tres comunidades había un nivel similar de conocimientos en este aspecto. De acuerdo con el tipo de respuesta obtenida, el uso del condón fue la medida más conocida por los entrevistados, particularmente por los residentes de la comunidad de Morelos.

En lo referente al condón, se observó desde el pretest que la mayoría de los entrevistados lo conocían, y se logró una reducción significativa de personas que no lo conocían de 28.9% a 1.3%. Durante la IE, los asistentes tuvieron la posibilidad de tener un condón en la mano, al tiempo que se les comunicaba la manera correcta de colocarlo. Así, el

número de quienes nunca habían tenido uno en sus manos pasó de 69.7% en el pretest a 6.6% en el postest. Esto cobra mayor relevancia si se toma en cuenta que muy pocos de los entrevistados habían escuchado alguna plática sobre SIDA y uso del condón antes de la IE.

Cuadro 6. Fuente de la cual recibió información (porcentajes)

Institución	Centeno, Gto.	Jumiltepec, Mor.	Tavera, Gto.	Total
CONASIDA	85.7	96.0	95.7	92.1
Centro de Salud	10.7	0.0	0.0	3.9
Escuela	00.	4.0	4.3	2.6
No recuerda	3.6	0.0	0.0	1.3
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

En el cuadro 6, se puede observar que al momento de contestar el pretest únicamente 6.5% de los entrevistados había escuchado alguna plática sobre SIDA en el Centro de Salud (3.9%) o en la escuela (2.6%), mientras que en el postest, 92% había recibido información. No hubo diferencias significativas entre las tres comunidades estudiadas. Estos resultados pusieron de manifiesto la carencia de centros y personas que pudieran brindar información sobre sexualidad y SIDA en esas comunidades, en particular por lo que toca a hacer demostraciones sobre el uso correcto del condón, utilizando un dildo o algún sustituto (pepino) para ilustrar la colocación del condón en el pene. En todo caso, parece necesaria mayor participación del sector salud y del educativo en la difusión de esta clase de información en comunidades de migrantes a los Estados Unidos, pues tanto el médico como el profesor de escuela son personas generalmente accesibles y prestigiadas en las comunidades.

En relación con la percepción de las personas que están en mayor riesgo, destacó una reducción del número de personas que no identificaban a nadie en riesgo, ya que su porcentaje bajó de 31.6% a 5.2% (cuadro 7). Al parecer, la percepción del riesgo en la población aumentó, pues las personas con prácticas de riesgo a las que identificaron eran parecidas a los habitantes de sus comunidades.

Cuadro 7. Percepción de personas en riesgo por comunidad estudiada (porcentajes)

Persona en riesgo	Centeno, Gto.		Jumiltepec, Mor		Tavera, Gto.		Total	
	Pretest	Postest	Pretest	Postest	Pretest	Postest	Pretest	Postest
Hombres	25.0	39.3	12.0	16.0	13.0	30.4	17.1	28.9
Mujeres	3.6	3.6	12.0	4.0	21.7	13.0	11.8	6.6
Sexoservidoras	3.6	7.1	8.0	16.0	4.3	8.7	5.3	10.5
Migrantes	0.0	10.7	4.0	24.0	0.0	17.4	1.3	17.1
Homosexuales	0.0	3.6	4.0	0.0	4.3	0.0	2.6	1.3
Todos	0.0	0.0	0.0	4.0	13.0	8.7	3.9	3.9
Adictos	3.6	7.1	4.0	8.0	0.0	8.7	2.6	7.9
Promiscuos*	10.7	14.3	12.0	8.0	8.7	0.0	10.5	7.9
Sexo/ enfermos	0.0	0.0	8.0	0.0	0.0	0.0	2.6	0.0
Adolescentes	10.7	0.0	12.0	16.0	10.7	8.7	10.5	7.9
Personal de salud	0.0	3.6	0.0	4.0	0.0	0.0	0.0	2.6
No sabe	42.9	10.7	24.0	0.0	26.1	5.2	31.6	5.3
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

* Esta categoría se refiere principalmente a clientes de sexoservidoras

La distribución de las respuestas a esa pregunta fue bastante homogénea entre las personas de las tres comunidades. Hubo diferencias en cuanto al orden dado a las personas consideradas en mayor riesgo. En Rincón de Centeno, se consideró principalmente a los hombres, los cuales fueron señalados en las tres categorías con los porcentajes más elevados. En Jumiltepec, se incluyó entre los tres porcentajes más altos a las sexoservidoras y los adolescentes. En Tavera, la categoría de hombres estuvo seguida por la de migrantes.

Destaca el hecho de que los migrantes, a quienes en el pretest pocos de los entrevistados consideraron en riesgo, hayan pasado a ocupar el tercer lugar en términos generales en el postest. Originalmente, en las tres comunidades parecía que se negaba la posibilidad de que el migrante pudiera resultar infectado con el VIH; después de la IE, como se señala, en todas ellas el porcentaje de quienes los consideraron en riesgo ascendió marcadamente.

Cuadro 8. Conocimientos sobre VIH/SIDA según sexo

	Mujeres n (%)		Hombres n (%)	
	Pretest n (%)	Postest n (%)	Pretest n (%)	Postest n (%)
¿Qué es el SIDA?				
Sabe	32 (80.0%)	31 (77.5%)	22 (61.1%)	29 (80.6%)
No sabe	8 (20.0%)	9 (22.5%)	14 (38.9%)	7 (19.4%)
X ² Corrección de Yates			2.42	
Valor p			.119	
¿Cómo se contagia?				
Sabe	27 (67.5%)	36 (90.0%)	25 (69.4%)	29 (80.6%)
No sabe	13 (32.5%)	4 (10.0%)	11 (30.6%)	7 (19.4%)
X ² Corrección de Yates			4.34	
Valor p			0.037	
¿Cuál es la diferencia entre VIH y SIDA?				
Sabe	0	9 (22.5%)	1 (2.8%)	9 (25.0%)
No sabe	40 (100%)	31 (77.5%)	35 (97.2%)	27 (75.0%)
X ² Corrección de Yates			5.69	
Valor p			0.017	
¿Cuáles son los síntomas del SIDA?				
Sabe	12 (30.0%)	20 (50.0%)	7 (19.4%)	22 (61.1%)
No sabe	28 (70.9%)	20 (50%)	29 (80.6%)	14 (38.9%)
X ² Corrección de Yates	2.55		11.32	
Valor p	0.110		0.001	
¿Cuáles son las formas de prevención?				
Sabe	15 (37.5%)	35 (87.5%)	22 (61.1%)	34 (94.4%)
No sabe	25 (62.5%)	5 (12.5%)	14 (38%)	2 (5.6%)
X ² Corrección de Yates	19.25			
Valor p	0.000			
¿Conoce los condones?				
Sí	28 (70.0%)	39 (97.5%)	26 (72.2%)	36 (100%)
No	12 (30.0%)	1 (2.5%)	10 (27.8%)	0
X ² Corrección de Yates				
Valor p				
¿Ha tenido un condón en la mano?				
Sí	8 (20.0%)	35 (87.5%)	15 (41.7%)	36 (100%)
No	32 (80.0%)	5 (12.5%)	21 (58.3%)	0
X ² Corrección de Yates	33.9			
Valor p	0.000			
¿Quiénes están más en riesgo?				
Sabe	29 (72.5%)	37 (92.5%)	23 (63.9%)	35 (97.2%)
No sabe	11 (27.5%)	3 (7.5%)	13 (36.6%)	1 (2.8%)
X ² Corrección de Yates				
Valor p				

En el cuadro 8, se observan los resultados, por sexo, para cada variable utilizada para evaluar el conocimiento. Lo primero a destacar es que mayoría de las mujeres pudieron dar una definición de SIDA desde el pretest, por lo que no se dieron cambios estadísticamente significativos en el postest. En cambio, entre los hombres se observó un cambio mayor, ya que en el postest dieron una definición de esta enfermedad, lo que no habían hecho previamente; no obstante, el cambio no fue estadísticamente significativo.

En el cuadro 9, se observa que, entre los entrevistados hombres, el grupo que no sabía pasó de 30.6% a 19.4%. El cambio más importante se observó en el concepto sobre el SIDA, pues en el pretest, la mayoría de los hombres consideró al SIDA como una enfermedad contagiosa (27.8%), de transmisión sexual (19.4%) y mortal (11.1%); mientras que en los resultados del postest, el orden cambió a enfermedad mortal (41.7%), de transmisión sexual (16.7%) y contagiosa (13.9%).

Cuadro 9. Concepto sobre SIDA por sexo (porcentajes)

Tipo de enfermedad	Mujeres		Hombres		Total	
	Pretest	Postest	Pretest	Postest	Pretest	Postest
Mortal	25.0	30.0	11.1	41.7	18.4	35.5
Transmisión sexual	37.5	17.5	19.4	16.7	28.8	17.1
Contagiosa	15.0	25.0	27.8	8.3	21.1	17.1
Destruye defensas	2.5	2.5	0.0	0.0	1.3	1.3
Causada por virus	0.0	2.5	0.0	13.9	0.0	7.9
Moral	0.0	0.0	8.3	0.0	3.9	0.0
Sanguínea	0.0	0.0	2.8	0.0	1.3	0.0
No sabe	20.0	22.5	30.6	19.4	25.0	21.1
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

En las respuestas dadas en el postest por uno y otro sexo, se observan similitudes; la diferencia estuvo en que una proporción mayor de mujeres que de hombres consideró al SIDA una enfermedad contagiosa. El cambio más marcado fue el de considerar al SIDA como una enfermedad de transmisión sexual, que pasó de 18 a 35%.

**Cuadro 10. Formas de transmisión del VIH/SIDA
por sexo (porcentajes)**

Forma de contagio	Mujeres		Hombres		Total	
	Pretest	Postest	Pretest	Postest	Pretest	Postest
Relaciones sexuales	57.5	82.5	66.7	91.7	61.8	86.8
Vía sanguínea	10.0	7.5	2.8	0.0	6.6	3.9
Mitos	2.5	2.5	0.0	0.0	1.3	1.3
No sabe	30.0	7.5	30.6	8.3	30.3	7.9
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

En el cuadro 10, se observa que ambos sexos tenían ya conocimientos respecto de las vías de transmisión del VIH antes de la IE. En el postest, casi la totalidad de los hombres (91.7%) mencionaron la transmisión sexual del VIH; las mujeres también refirieron frecuentemente (82.5%) esta forma de transmisión. En ambos sexos, se redujo el porcentaje de entrevistados que no conocía ninguna forma de transmisión de 30 a 7.5% entre las mujeres, y de 30.6 a 8.3% entre los hombres.

La diferencia entre ser seropositivo asintomático y desarrollar el SIDA fueron conceptos difíciles de comprender para la población abordada. En ambos sexos, se obtuvieron cambios reducidos y en magnitud similar: en el pretest solamente un hombre pudo distinguir esa diferencia, mientras que 25% de los hombres y 22.5% de las mujeres pudieron hacerlo en el postest. La gente que vive en comunidades rurales migrantes a los Estados Unidos pudo entender al SIDA como la fase final de un proceso infeccioso, y dejó de pensar que solamente un enfermo con síntomas puede contagiar a una persona sana.

La identificación de los síntomas del SIDA fue otro aspecto donde se lograron cambios, pues de 70.9% de mujeres y de 80.6% de hombres que no supieron identificar ningún síntoma en el pretest, los porcentajes bajaron a 50% y 38.9%, respectivamente en el postest. Únicamente entre los entrevistados del sexo masculino se lograron cambios significativos.

Las formas de prevención de la transmisión del VIH fue un aspecto donde se lograron cambios significativos en ambos sexos, aunque más acentuados entre las mujeres, pues una mayor proporción de ellas

(62%) no sabía de ninguna forma de prevención en el pretest. En cambio, entre los hombres ese porcentaje fue más reducido antes de la IE (38%).

Cuadro 11. Conocimiento de medidas preventivas por sexo (porcentajes)

Medidas preventivas	Mujeres		Hombres		Total	
	Pretest	Postest	Pretest	Postest	Pretest	Postest
Abstinencia sexual	7.5	27.5	19.4	22.2	13.2	25.0
Fidelidad mutua	5.0	12.5	2.8	13.9	3.9	13.2
Uso de condón	17.5	42.5	30.6	52.8	23.7	47.4
No jeringas*	5.0	2.5	0.0	5.6	2.6	3.9
No rel. sex. con infectados	2.5	2.5	5.6	0	3.9	1.3
No rel. sex. con sexoservidoras	0.0	0.0	2.8	0.0	1.3	0.0
No sabe	62.5	5.6	38.9	5.6	51.3	9.2
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

* Esta categoría se refiere a jeringas y otros objetos punzocortantes usados

Ya en el postest, se constató que 87.5% de mujeres y 94.4% de hombres identificaban alguna forma de evitar la transmisión. En el postest, las mujeres refirieron como medidas preventivas el uso del condón (42.5%), la fidelidad mutua (27.5%) y la abstinencia sexual (12.5%); por su parte, los hombres identificaron las mismas medidas, sólo que en diferente proporción: 52.8%, 22.2% y 13.9%, respectivamente. Este aumento de conocimientos sobre las medidas preventivas —aunado a la mayor percepción de riesgo por la infidelidad de la pareja masculina— cobra relevancia en el caso específico de la mujer.

El cuadro 11 destaca que 40% de las mujeres mencionó como medidas preventivas la abstinencia sexual o la fidelidad mutua, mientras que los hombres alcanzaron 36% en esos mismos rubros. En cuanto al uso del condón, 42.5% de las mujeres y 52.8% de los hombres lo mencionaron como medida preventiva.

La mayor parte de los entrevistados que dijo conocer el condón antes de la IE, no había tenido uno en la mano ni había recibido una explicación sobre el correcto uso del mismo. Durante la intervención, la totalidad de los hombres aceptó tomar el condón que se les ofreció

al momento de la exposición de la forma correcta de uso. A la salida de la sesión, sólo cinco mujeres (7.5%) no tomaron uno más.

Podemos relacionar este resultado con los de investigaciones realizadas en población mexicana migrante en los Estados Unidos, en las que se encontró que los mexicanos entrevistados no sabían agarrar el condón, desconocían en qué momento debían colocarlo en el pene y desenrollarlo, así como el tipo de lubricantes que convenía usar. En cambio, según la encuesta de Bletzer 1990, referida por los mismos autores, la mayoría (75%) sabía que el condón es útil para prevenir el VIH/SIDA.

La aparente paradoja de estos resultados confirma en gran parte los relatos de los trabajadores que han emigrado a los Estados Unidos. En la investigación social que dio sustento a esta evaluación, se encontró que parte de los migrantes mexicanos habían experimentado el uso del condón gracias al contacto tenido con el sexoservicio de aquel país. Según ellos mismos refirieron, se veían obligados a usarlo si querían tener relaciones sexuales, lo cual no quiere decir que adquirieran práctica para usarlo, pues eran las sexoservidoras quienes les ponían el condón. Al regresar a su comunidad, rara vez lo volvían a usar, excepto como método de planificación familiar cuando su pareja lo solicitaba por prescripción médica.

Cuadro 12. Conocimiento de personas en riesgo por sexo

Personas en riesgo	Mujeres		Hombres	
	Pretest	Postest	Pretest	Postest
Hombres	76.9	45.5	23.1	54.5
Mujeres	66.7	80.0	33.3	20.0
Sexoservidoras	50.0	25.0	50.0	75.0
Migrantes	100.0	69.2	0.0	30.8
Homosexuales	50.0	0.0	50.0	100.0
Todos	0.0	100.0	0.0	0.0
Adictos	0.0	50.0	100.0	50.0
Promiscuos*	37.5	50.0	62.5	50.0
Jóvenes	37.5	83.3	62.5	16.7
Total	37	51.4	100.0	48.6

* Esta categoría se refiere principalmente a clientes de sexoservidoras

Con respecto a las personas a las que consideraban en mayor riesgo de infección, el porcentaje de quienes no identificaban a nadie en riesgo bajó de 27.5% a 7.5% entre las mujeres, y de 36% a 2.8% entre los hombres. En la identificación de las personas en riesgo por sexo, destaca que: en las respuestas en las que hubo diferencias, las mujeres identificaron como personas en mayor riesgo a las mujeres, los hombres y los migrantes; en cambio, los hombres atribuyeron mayor riesgo a las sexoservidoras y a sí mismos. Si estas respuestas tuvieran un valor atributivo más amplio, dicho sea como hipótesis, se podría pensar que las mujeres se mostraban preocupadas por el riesgo de que los hombres pudieran contagiarlas.

Todo esto parece tener su lógica en la “dinámica sexual” de la comunidad, como fue referida en el estudio social realizado previamente a la IE, donde se asentó que el hombre tenía una especie de autorización social para ser infiel, que la mujer no tenía. En ese contexto, la mujer parecía percibir más su vulnerabilidad por los riesgos que corría su pareja en sus encuentros sexuales ocasionales, y que ella aceptaba resignadamente en la mayoría de los casos.

Cuadro 13. Conocimientos sobre VIH/SIDA según estado civil

	Casados		Solteros	
	Pretest n (%)	Postest n (%)	Pretest n (%)	Postest n (%)
¿Qué es el SIDA?				
Sabe	3 (50%)	5 (83.3%)	51 (72.9%)	55 (78.6%)
No sabe	3 (50%)	1 (16.7%)	19 (27.1%)	15 (21.4%)
X ² Corrección de Yates			0.35	
Valor p			0.5543	
¿Cómo se contagia?				
Sabe	2 (33.3%)	5 (83.3%)	50 (71.4%)	64 (91.4%)
No sabe	4 (80%)	1 (16.7%)	20 (28.6%)	6 (8.6%)
X ² Corrección de Yates			7.98	
Valor p			0.0047	
¿Cuál es la diferencia entre VIH y SIDA?				
Sabe	0	0	1 (1.4)	18 (25.7)
No sabe	6	6	69 (98.6)	52 (74.3)
X ² Corrección de Yates			15.59	
Valor p			0.0000	
¿Cuáles son los síntomas del SIDA?				
Sabe	1 (16.7)	4 (66.7)	18 (25.7)	38 (54.3)
No sabe	5 (83.3)	2 (33.3)	52 (74.3)	32 (48.7)

	Casados		Solteros	
	Pretest n (%)	Postest n (%)	Pretest n (%)	Postest n (%)
X ² Corrección de Yates			10.74	
Valor p			0.0010	
¿Cuáles son las formas de prevención?				
Sabe	1 (16.7)	5 (83.3)	36 (51.4)	64 (19.4)
No sabe	5 (83.3)	1 (16.7)	34 (48.6)	6 (8.6)
X ²			25.52	
Valor p			0.0000	
¿Conoce los condones?				
Sí	2 (33.3)	6	52 (74.3)	69 (98.6)
No	4 (66.7)	0	18 (25.7)	1 (1.4)
X ²			15.59	
Valor p			0.0000	
¿Ha tenido un condón en la mano?				
Sí	1 (16.7)	6	22 (31.4)	65 (92.9)
No	5 (83.3)	0	48 (68.6)	5 (7.1)
X ²			53.56	
Valor p			0.0000	
¿Quiénes están más en riesgo?				
Sabe	1 (16.7)	5 (83.3)	51 (72.9)	67 (95.7)
No sabe	5 (83.3)	1 (16.7%)	19 (27.1)	3 (4.3)
X ²			12.13	
Valor p			0.0004	

Como se muestra en el cuadro 1, acerca del perfil demográfico, desde el pretest la muestra estuvo constituida en su mayoría por personas solteras (79.6%), y en menor proporción por casadas (20.4%); tal diferencia se acentuó en el postest pues solamente 11.8% resultó casado. Esto mostró que las personas de este estado civil eran las más difíciles de abordar. En este resultado hay un aspecto de carácter moral digno de tomarse en cuenta, ya identificado en la investigación social: en las sesiones comunitarias, los casados y las casadas preferían evitar el encuentro familiar con un hijo o hija; en caso de saber que sus hijos iban a tener pláticas sobre SIDA en la escuela, dejaban de acudir a las sesiones, porque consideraban que eran principalmente los solteros quienes requerían de esta clase de información, puesto que apenas iniciaban su vida sexual y podían recurrir en ese proceso a la prostitución. Partían del supuesto de que los casados, que tenían pareja estable, no recurrirían a las relaciones sexuales ocasionales, o al menos no debían hacerlo.

En relación al conocimiento sobre lo que es el SIDA, aunque se logró que un mayor número de personas enunciaran un concepto adecuado, los cambios observados en ningún caso fueron estadísticamente significativos. La información que tenían las personas solteras era previa a la IE.

En cuanto a formas de contagio del VIH, en el postest se encontraron cambios estadísticamente significativos entre los solteros; la transmisión sexual ocupó 88.6% de sus respuestas, y el porcentaje de personas que no pudo mencionar ninguna forma de contagio bajó de 28.6 en el pretest a 8.6% en el postest.

La diferencia entre ser seropositivo asintomático y padecer el SIDA fueron conceptos incomprensibles para los pocos casados que acudieron a la IE. Solamente en el grupo de los solteros se logró impacto; éstos mostraron cambios estadísticamente significativos, si bien la mayoría de ellos siguió sin distinguir esa diferencia.

Por lo que toca a la identificación de síntomas de SIDA, los cambios observados entre los solteros fueron estadísticamente significativos; es decir, éstos pudieron referir correctamente algunos síntomas. Sin embargo, casi la mitad de los entrevistados siguió sin poder mencionar al menos un síntoma de la enfermedad.

Antes de la IE, 48.6% de los solteros no conocía formas de prevenir la transmisión del VIH; después de ella, solamente 8.6% estaba en esa situación. La forma más referida de prevención fue el condón, mencionado en la primera aplicación por 25.7% de los entrevistados, y por 50% de ellos en la segunda. En segundo lugar, estuvo la referencia a la fidelidad mutua, que pasó de 12.9% a 25%.

Al parecer, no hubo relación directa entre el desconocimiento de aspectos elementales de la enfermedad y las formas posibles de contagio, por un lado, y el conocimiento de formas de prevención, por el otro, lo cual parece indicar que es factible que los habitantes de las zonas rurales asimilen las maneras de evitar el contagio de enfermedades de transmisión sexual, aun cuando los conocimientos que tengan sobre las mismas sean elementales o casi inexistentes. Quizá esto se explique por lo concreto de la mentalidad campesina, que puede preferir las medidas prácticas a los conceptos, los cuales impli-

can un conocimiento abstracto sobre una enfermedad que les parece lejana, y que es generalmente importada a sus comunidades.

El hecho de que no existiera necesariamente una relación directa entre el conocimiento de la enfermedad y la adopción de medidas preventivas, parece indicar la conveniencia de enfatizar este aspecto en dichas comunidades. Quizá es probable que en las comunidades campesinas de alta expulsión de mano de obra no aprendan o no refieran siquiera las formas de transmisión, ni la diferencia entre ser seropositivo y estar enfermo de SIDA, pero sí pueden saber que el contagio se evita usando condón en situaciones de riesgo de infección: 91% de quienes no conocían síntomas de SIDA mencionó medidas preventivas para evitar el contagio, y lo mismo hizo 89% de quienes dijeron desconocer la diferencia entre estar contagiado asintóticamente con el VIH y desarrollar la enfermedad.

Resulta importante enfatizar los aspectos preventivos de la transmisión sexual del VIH en las comunidades de expulsión de mano de obra a los Estados Unidos, pues algunos estudios realizados entre migrantes señalan que el sexo sin protección es la forma más probable de transmisión para los trabajadores agrícolas migrantes. La práctica de compartir jeringas al inyectarse drogas es escasamente referida. En un estudio realizado en Michigan, por ejemplo, no se refirieron casos de uso de drogas inyectables entre trabajadores migrantes, quienes preferían el alcohol y la marihuana. Otro estudio, que incluyó migrantes mexicanos (*Hispanics from Mexico*), no encontró relación entre uso de drogas y VIH en el análisis de regresión logística.

Por otro lado, una manera como se recurre a la prostitución en México y algunos lugares de los Estados Unidos puede significar un riesgo adicional para el migrante mexicano. Uno de los modos de acceso a este servicio estriba en una práctica frecuente, en la cual una sexoservidora acude a una vivienda de migrantes y tiene relaciones sexuales con varios hombres sucesivamente, lo cual habla de un riesgo adicional y múltiple de contagio sexual. Aunque ésta es una práctica que llegan a realizar algunos hombres en México para consolidar lazos de amistad, no necesariamente se hace con la misma finalidad en los Estados Unidos, pues al parecer en ese país se realiza de esa forma principalmente por dificultades para salir a la calle a buscar el servicio sexual.

La totalidad de los casados y la mayoría de los solteros conocían los condones antes de la IE; no obstante, entre los solteros los cambios observados después de las pláticas fueron significativos ya que el número de personas que no conocía el condón se redujo significativamente, de 25.7% a 1.4%. Al preguntar a los entrevistados si habían tenido alguna vez en sus manos un preservativo, se encontró que 68.6% de los solteros nunca lo había tenido antes de la intervención, lo que indicaría que parte de los entrevistados que dijeron conocerlo antes del pretest sabía de él por referencias o ilustraciones, pero nunca había tenido la oportunidad de manipularlo y ver cómo se usa.

En el postest, se encontró que un mayor número de casados y solteros pudo mencionar algún grupo con posibles prácticas de riesgo. Los solteros señalaron como personas con más riesgo según género a los hombres —porque tenían el estereotipo de que éstos eran quienes podían ser infieles con parejas ocasionales—, y después a las personas que van a trabajar a los Estados Unidos. En este último aspecto se percibió un cambio importante, pues en el pretest sólo 1.4% consideraba a estas personas en riesgo, porcentaje que ascendió en el postest a 18.6.

La importancia de realizar intervenciones educativas en las comunidades mexicanas expulsoras de mano de obra, cobra gran importancia si tomamos en cuenta que la mayoría de los entrevistados hombres incluidos en el estudio pretendía emigrar a los Estados Unidos, donde los trabajadores agrícolas temporales se están convirtiendo en otro grupo de alto riesgo para adquirir el VIH (*high-risk group for contracting AIDS*). Algunos de los factores relacionados con esa vulnerabilidad son las sumamente difíciles condiciones en que laboran los migrantes: bajos salarios, jornadas de trabajo muy prolongadas, temporalidad e incertidumbre laboral. Por otro lado, el acceso a la información les está muy restringido por la barrera de la lengua, pues muchas de las campañas preventivas realizadas a través de los medios masivos de comunicación están en inglés, idioma que muchísimos trabajadores mexicanos no dominan, lo que les causa problemas hasta para cobrar sus salarios. Si se diera información al trabajador mexicano que podría emigrar a los Estados Unidos sobre la manera de evitar los riesgos de contagio del SIDA, la prevención dejaría de depender totalmente de la iniciativa de la trabajadora sexual.

Cuadro 16. Conocimientos sobres VIH/SIDA según población escolarizada o no

	Abierta		Escolarizada	
	Pretest n (%)	Postest n (%)	Pretest n (%)	Postest n (%)
¿Qué es el SIDA?				
Sabe	15 (71.4)	16 (76.2)	39 (70.9)	44 (80.0)
No sabe	6 (28.6)	5 (23.8)	16 (29.1)	11 (20.0)
X ² Corrección de Yates			0.79	
Valor p			0.3755	
¿Cómo se contagia?				
Sabe	11 (52.4)	20 (95.2)	41 (74.5)	49 (89.1)
No sabe	10 (47.6)	1 (4.8)	14 (25.5)	6 (10.9)
X ² Corrección de Yates			2.99	
Valor p			0.0835	
¿Cuál es la diferencia entre VIH y SIDA?				
Sabe	0 (0.0)	4 (19.0)	1 (1.8)	14 (25.5)
No sabe	21 (100)	17 (81.0)	54 (98.2)	41 (74.5)
X ² Corrección de Yates			11.12	
Valor p			0.0008	
¿Cuáles son los síntomas del SIDA?				
Sabe	4 (19.0)	13 (61.9)	15 (27.3)	29 (52.7)
No sabe	17 (81.0)	8 (38.1)	40 (72.7)	26 (47.3)
X ² Corrección de Yates	6.32		6.40	
Valor p	0.0119		0.0100	
¿Cuáles son las formas de prevención?				
Sabe	7 (33.3)	20 (95.2)	30 (54.5)	49 (89.1)
No sabe	14 (66.7)	1 (4.8)	25 (45.5)	6 (10.6)
X ²	14.93		14.55	
Valor p	0.0001		0.0001	
¿Conoce los condones?				
Sí	14 (66.7)	21 (100.0)	40 (72.7)	54 (98.2)
No	7 (33.3)	0	15 (27.3)	1 (1.8)
X ²				
Valor p				
¿Ha tenido un condón en la mano?				
Sí	9 (42.9)	19 (90.5)	14 (25.5)	52 (94.)
No	12 (57.1)	2 (9.5)	41 (74.5)	3 (5.5)
X ²				
Valor p				
¿Quiénes están más en riesgo?				
Sabe	9 (42.9)	19 (90.5)	43 (78.2)	53 (96.4)
No sabe	12 (57.1)	2 (9.5)	12 (21.8)	2 (3.6)
X ²				
Valor p				

Para los fines de esta evaluación, se consideró población escolarizada a la compuesta por alumnos de tercer grado de secundaria y de primer semestre de video bachillerato, los cuales acudieron a las sesiones gracias al espacio que hicieron los profesores en el horario de sus clases; y población abierta, a las personas de 15 años de edad en adelante, que acudieron a las sesiones de la IE gracias a la difusión que se hizo por medio de propaganda escrita y sonido local, o por invitación personal.

Al igual que en los casos anteriores, en ambos grupos existían conceptos sobre lo que es el SIDA; por ello, los cambios no fueron estadísticamente significativos. En donde sí se observaron cambios relativamente significativos fue en el conocimiento de las formas de contagio entre la población abierta, que no fue significativo para los estudiantes; en ambos casos la transmisión sexual fue la más mencionada por 85.5% de los estudiantes y 90.5% de los no estudiantes en el postest.

En relación con la diferencia entre ser seropositivo y padecer el SIDA, destacó el hecho de que ninguno de los asistentes al grupo de población abierta supo referir esta diferencia en la primera aplicación de instrumentos, mientras que 19% lo hizo en el postest. Entre los alumnos, el cambio logrado fue estadísticamente significativo, pues un mayor número de ellos pudo referir alguna diferencia.

En lo referente al conocimiento de síntomas de la enfermedad, se encontraron cambios de similar significancia estadística, aunque el cambio fue más marcado en la población abierta; en ella, el porcentaje de los que no conocían o identificaban síntomas bajó de 81% en el pretest a 38.1% en el postest. Entre los estudiantes, el cambio fue menos acentuado, ya que en el mismo rubro el porcentaje bajó de 72.7% a 47.3%.

Otro aspecto donde hubo logros importantes de la IE fue el reconocimiento de formas de prevención. Antes de la intervención, entre la gente captada abiertamente, 66% no conocía ninguna medida preventiva; en la segunda aplicación, ese porcentaje bajó a 4.8. Entre la población escolarizada, el cambio fue de 45.5% a 10.6%. En ambos casos, la medida preventiva más mencionada por los entrevistados fue el uso del condón; en el primer caso, 52% de los entrevistados lo refi-

rió, y en el segundo, lo hizo 45%. En el postest, 25% de los estudiantes mencionó a la fidelidad mutua como medida preventiva, y en la población abierta, 23% dio esta misma respuesta. El cambio fue importante, porque los porcentajes de quienes la habían mencionado originalmente como medida preventiva habían sido 16.4 y 4.8 respectivamente.

Por lo que toca al conocimiento del condón, se observaron cambios estadísticamente significativos. Tanto en la población no escolarizada como entre los estudiantes el nivel de desconocimiento del condón era relativamente elevado en la primera aplicación: 33.3% y 27.3% respectivamente. El porcentaje más elevado resultó ser el de personas que nunca habían tenido un condón en la mano: 74.5% de los estudiantes y 57.1% de los no estudiantes, porcentajes que se redujeron en el postest a 5.5 y 9.5 respectivamente. Tener el condón en la mano formó parte del aprendizaje de su uso correcto.

2.5. Evaluación de los materiales educativos utilizados en la intervención

Los resultados que se presentan a continuación corresponden a las preguntas 11 a 27 del cuestionario postest, cuyo objeto fue determinar el efecto de los materiales educativos utilizados en la intervención: condón-pepino y paquete educativo formado por un rotafolio, un video³ y una historieta⁴ Para lograr este objetivo, se realizó un análisis

³ Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (1995). *La Vida Sigue* [video]. México: El Consejo. Producción y dirección: María del Carmen de Lara. Resumen: un migrante se infecta de VIH/SIDA durante su estancia en los Estados Unidos. Al regresar a visitar a su familia (esposa y dos hijos), mantiene relaciones sexuales con su esposa sin informar a ésta sobre su estado de salud y sin tomar ninguna medida de protección. Al morir el esposo, la mujer es víctima de las ofensas de la gente de la comunidad; sin embargo, existe un hombre que le hace la corte a la mujer y se informa sobre el riesgo que puede tener al iniciar una relación más íntima.

⁴ Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (1996). *Más Vale Prevenir...* México: El Consejo. Resumen: historia de tres casos diferentes ocurridos en una comunidad con alto índice de expulsión migratoria: 1) la pareja joven que ve como una buena opción la migración a los Estados Unidos para obtener los recursos económicos necesarios que le permitan establecerse y formar una familia; 2) la pareja madura, en la que el hombre consciente de las consecuencias que puede acarrear la infidelidad, decide abstenerse de tener relaciones sexuales durante su estadía en el país vecino, y 3) la pareja en la que el esposo se infecta del VIH en los Estados Unidos, y por desconocimiento tiene relaciones con su esposa quien queda embarazada.

de frecuencias y prueba X^2 a las 76 entrevistas aplicadas en la fase de postest.

De acuerdo con los datos, 5.3% de las personas entrevistadas manifestó que no recomendaría a nadie reuniones semejantes a la que había acudido; el resto mostró una actitud más favorable hacia tal recomendación. Así, 68.4% dijo que la recomendaría principalmente a amigos (36.8%) y familiares (28.1%), independientemente de que éstos fueran o no migrantes; 17.1% consideró más pertinente sugerirla a personas migrantes, especialmente familiares (50%) y amigos (21.4%) y, finalmente, 7.9% señaló que invitaría a amigos (25.0%) y familiares (25.0%) que no fueran migrantes.

Aquellos que recomendarían la reunión a sus amigos y familiares, fueran o no migrantes, señalaron que lo harían principalmente porque creían que éstos debían conocer las formas de prevención (42.9% en el caso de los amigos, y 62.6% en el de los familiares), tener información básica (28.6% para los amigos y 18.8% para la familia) o simplemente por amistad y porque convivían con ellos (19.0% en el caso de los amigos y 6.3% en el de los familiares).

Por su parte, los que opinaron que era mejor recomendar la reunión a sus familiares y amigos migrantes, consideraron que era importante que éstos reconocieran la relación entre el fenómeno migratorio y el riesgo de infección (57.1% en el caso de los familiares y 66.7% en el de los amigos), identificaran el riesgo de infección (28.6% para los familiares) o conocieran las formas de prevención (14.3% para los familiares y 33.3% para los amigos).

Finalmente, los que señalaron que sugerirían la asistencia a la reunión a sus amigos no migrantes dijeron que lo harían para que éstos identificaran las formas de prevención (50%), en tanto que la sugerirían a sus familiares no migrantes con el fin de que éstos identificaran el riesgo de infección (100%) (ver cuadro 17).

Por otro lado, el tema de la reunión fue el elemento que más llamó la atención (55.3%), debido a que se aclararon dudas relacionadas con las formas de prevención (66.7%) y transmisión del virus (11.8%), así como acerca de la relación que guarda la migración con la infección y la prevención del VIH/SIDA (7.8%).

Entre aquellos que mencionaron otros elementos llamativos durante la intervención (10.5%), la mayor parte (55.6%) coincidió en la demostración del uso correcto del condón, y destacó la sustitución del “dildo” por un “pepino”.

Cuadro 17. A quién(es) recomendaría la asistencia a la intervención, de acuerdo con la condición migratoria, tipo de relación con el entrevistado y motivo por el cual la recomendaría

Condición migratoria	Tipo de relación (de amistad o familiar)		Motivo para recomendar la asistencia a la reunión	
Indistinta (migrante o no migrante) 68.4%*	Amigos	36.8%	Prevención Información Amistad	42.9% 28.6% 19.0%
	Familiares	28.1%	Prevención Información Amistad	62.6% 18.8% 6.3%
Migrante 17%	Familiares	50.0%	Migración- riesgo Riesgo de infección Prevención	57.1% 28.6% 14.3%
	Amigos	21.4%	Migración- riesgo Prevención	66.7% 33.3%
No migrante 7.9%	Amigos	25.0%	Prevención Riesgo de infección	50.0% 100%
	Familiares	25.0%		

* Se refiere al porcentaje de entrevistados que cayó en la categoría en cuestión.

En cuanto a los materiales que integraban el paquete educativo, el video fue recordado espontáneamente por 25.0% de los entrevistados, que lo consideró realista (36.8%), impactante (26.3%), informativo (21.1%), claro (5.3%) e interesante (5.3%). 32.9% de la población total recordó que el video había versado sobre “cómo los hombres que se van a Estados Unidos, se infectan y después infectan a sus esposas”; 27.6% mencionó “el fenómeno migratorio”; 15.8%, “el SIDA”; 6.6%, “la infidelidad de los hombres que se van a Estados Unidos”; 3.9%, “el trato hacia las personas que se enferman de VIH/SIDA”; 2.6%, “las ETS”; 2.6%, “el hombre disfrazado de Selenia”

(que puede resumirse con el concepto de homosexualidad),⁵ y 1.3% opinó que la película aclaraba mitos sobre la transmisión del VIH/SIDA. Sobre el objetivo o mensaje principal del video, 40.8% pensó que éste era dar a conocer las formas de prevención del VIH/SIDA; 26.3%, mostrar su relación con el fenómeno migratorio; 18.4%, proporcionar información sobre SIDA; 5.3%, mostrar el trato hacia las personas infectadas, y 1.3%, describir las formas de transmisión del virus.

El personaje de “la viuda” o “esposa infectada” fue el más recordado (85.5%), seguido por el de “Selena-travesti” (6.6%), “el migrante” (3.9%), “los hijos de la viuda” (1.3%) y “la gente que molesta (estigmatiza) a la viuda” (1.3%). 18.4% aceptó que algunos de los personajes y características, tanto contextuales como situacionales, del lugar donde se desarrolló la trama del video, había propiciado el recuerdo de personas y lugares conocidos. En el primer caso, “el migrante” (76.9%), “la hermana de la viuda” (7.7%) y “Selena-travesti” (7.7%) fueron los personajes que desencadenaron el recuerdo de los migrantes de la propia comunidad (42.9%). 21.4% recordó a familiares; 14.3%, a la propia Selena; 14.3%, a amigos y 7.1% a una persona infectada conocida. En cuanto a las características del lugar, 57.1% mencionó que se parecían a su propia comunidad; 35.7%, a otra comunidad (con características semejantes a la propia), y 7.1%, a algún lugar de los Estados Unidos.

La mayor parte de los participantes (68.4%) comentó con familiares (55.8%) y amigos (44.2%) la trama del video, debido a que éstos le daban confianza para hablar sobre el tema (59.6%), o porque consideraba que debían estar informados sobre VIH/SIDA (15.4%), específicamente sobre las formas de prevención (9.6%) y su relación con el fenómeno migratorio (9.6%). Por lo anterior, los comentarios se enfocaron principalmente a la información básica sobre VIH/SIDA (19.5%), sus formas de prevención (17.0%) y el fenómeno migratorio (17.0%).

De los que no platicaron sobre la película fuera del contexto de la intervención (31.6%), la mitad no logró dar una razón concreta para no haberlo hecho, 29.2% aceptó su falta de interés, 12.5% dijo que no

⁵ Selena fue una cantante americana hija de padres mexicanos, que tuvo gran aceptación entre los chicanos, especialmente después de su muerte, la cual fue tratada con sensacionalismo. El video inicia simulando una presentación musical de esta cantante, en un bar de Estados Unidos. La persona que representa a Selena es un travesti.

le gustaba exponer esos temas y 8.3% señaló haberlo omitido por vergüenza.

En lo que respecta al rotafolio, éste fue recordado espontáneamente por 2.6% de los entrevistados debido a su forma de presentar la información. La historieta no fue recordada de manera natural; sin embargo, 80.3% lo hizo cuando se le incitó a ello. El resto mencionó que no la conocía o que nunca la había tenido en sus manos. Los que recordaron la historieta mencionaron haberla obtenido en la plática del CONASIDA (es decir, en la intervención que nos ocupa) (84.6%) o por medio del médico del centro de salud (3.1%), un amigo (1.5%) o su padre (1.5%); el resto dijo que la había encontrado tirada (1.5%).

Quienes no leyeron la historieta (20.1%) mencionaron que la guardaron (10.8%), la prestaron a familiares (6.2%) o la tiraron (3.1%); mientras que quienes la leyeron (63.8%), una vez que lo hicieron, la guardaron (44.6%) o la prestaron (29.2%) a familiares (84.2%) o amigos (15.8%).

Los que la leyeron comentaron que la historieta versaba principalmente sobre el fenómeno migratorio (18.8%), el SIDA (17.2%), el mismo tema del video o la continuación de éste (14.1%), y las formas de prevención del VIH/SIDA (7.8%). 44.3% comentó con familiares (51.9%) o amigos (48.1%) los temas tratados en la historieta; 42.6% no platicó con nadie sobre este material, principalmente por vergüenza (19.2%) o por no tener alguien con quien hacerlo (7.7%). 35.5% no logró recordar si algún personaje de la historieta enviaba una carta a los Estados Unidos dirigida a un familiar, 30.6% dijo que sí lo recordaba, y el resto (19.4%) lo negó. De aquellos que sí recordaron el hecho, 26.3% identificó acertadamente al remitente; mientras que el resto mencionó a la esposa (31.6%), a la hermana (15.8%), a la madre (10.5%) o no respondieron (15.8%).

Con respecto a lo anterior, no se observó ningún cambio significativo entre el pre y el postest en cuanto al envío, por parte de los entrevistados, de una carta a familiares migrantes para tocar el tema de la prevención del VIH/SIDA; incluso se advirtió un decremento en el envío de cartas en el postest. Tampoco se dio un cambio significativo en la conducta de entablar pláticas con familiares migrantes para tocar el tema VIH/SIDA; sin embargo, aquí sí se observó un incremento en el

postest, pues en el pretest, 9.2% dijo haber tenido ese tipo de plática, en tanto que en el postest el porcentaje se elevó al 21.1%.

2. 5. Discusión y conclusiones

Los resultados muestran que la mayoría de los participantes consideró adecuado y quizá necesario promover intervenciones semejantes a la que habían acudido, entre personas con quienes tenían lazos afectivos fuertes, tales como la propia familia.

Lo anterior se considera sobresaliente ya que, de acuerdo con la investigación social realizada antes de la intervención, las comunidades rurales muestran cierta renuencia a aceptar y socializar temas que involucran el área de la sexualidad, la cual está necesariamente implícita en toda intervención cuyo objetivo sea promover la prevención del VIH/SIDA.

Creemos que los elementos, tanto materiales como expositivos, utilizados en la demostración del uso correcto del condón, favorecieron en gran medida la aceptación de tales temas. Vale la pena destacar que al preguntar: “¿Qué es lo que más le llamó la atención de aquella plática (es decir, la intervención)?”, los entrevistados, con cierta hilaridad, respondieron “el pepino” o “el condón y el pepino”, en lugar de decir: “la forma de demostrar cómo usar el condón” o una frase parecida. De igual forma, durante la propia intervención se observó un clima de jocosidad entre los participantes cuando se hizo tal demostración (debido quizá al contenido fálico que se le adjudica a esa legumbre), lo que facilitó la explicación en cuestión, a la vez que motivó la participación de los asistentes.

Se advierte que la utilización de un “pepino” o de cualquier otro elemento cotidiano que tenga semejanza con el pene, puede resultar aceptable, beneficiar la intervención en su conjunto, y contribuir al logro de los objetivos que se pretende alcanzar. Utilizar un “dildo” puede generar un clima impregnado de tabúes sexuales, que en determinado momento podrían conducir a la renuencia a aceptar la información, implícita y explícita, que se esté comunicando.

Estos resultados remiten a la pregunta, ¿cuál material del paquete educativo contribuyó en mayor medida para que el tema fuese recordado espontáneamente? La respuesta a esta interrogante requiere un análisis comparativo sobre el nivel de recordación espontánea y las características propias de cada uno de tales materiales, así como el tipo de conducta o resultados que éstos propiciaron.

La comparación sobre el nivel de recordación espontánea mostró que el video contaba con el mayor índice. Este resultado no es de extrañar si se toma en cuenta que la característica principal de dicho material es la conjugación de elementos auditivos y visuales que muestran una dramatización de los hechos, de tal forma que propician que el espectador enfoque su atención, se identifique con los personajes o situaciones presentados, y emprenda la tarea de comprender el o los temas tratados en el video.

Se asume que la dramatización facilita en gran medida la identificación de la población espectadora, especialmente si los personajes y situaciones son similares a los que ella conoce, como ocurrió en el video seleccionado para esta intervención. Tal identificación puede dar pauta a que los participantes asimilen y pongan en práctica tareas tales como la búsqueda de información sobre VIH/SIDA y la prevención de esta enfermedad en población migrante rural, con el fin de no caer en situaciones negativas o en los errores de los personajes.

Es posible que la historieta no haya sido recordada espontáneamente, pues aun cuando presenta una dramatización visual de los hechos que puede favorecer la identificación, no cuenta con elementos auditivos que contribuyan a mantener la atención. Sin embargo, el hecho de que la historieta haya sido distribuida al término de la IE, con la instrucción de darle lectura en un escenario distinto a ésta, puede haber incrementado la probabilidad de que los entrevistados no la concibieran como un elemento más de la intervención. Cabe destacar que el reactivo que incitaba a la recordación espontánea de los materiales empleados, remitía directamente a los materiales explícitamente concebidos como partes componentes de la intervención. De cualquier manera, antes de caer en la tentación de considerar a la historieta como un material innecesario, debe tomarse en cuenta que cuando se incitó a los entrevistados a recordar dicho material,

casi el total de la población seleccionada lo recordó; el resto no lo hizo porque nunca la tuvo en su poder.

En relación con el tipo de conductas o resultados que propició cada pieza del paquete educativo se advierte que a partir de la proyección del video, la mayor parte de los entrevistados socializó o platicó con familiares y amigos sobre la prevención del VIH/SIDA y su relación con el fenómeno migratorio.

Esta conversación podría haberse limitado al simple relato de la trama, semejante a la narración de una película comercial; sin embargo, el objetivo de la plática era transmitir el mensaje de la prevención del VIH/SIDA a aquellas personas con quienes los entrevistados mantenían fuertes lazos afectivos, con el fin último de que dichas personas percibieran su propio riesgo de infección y, de ser posible, tomaran medidas de prevención. De acuerdo con los resultados, se asume que este tipo de conducta fue ampliamente favorecida por los elementos de identificación mencionados previamente.

Por su parte, el rotafolio contribuyó en gran medida al cambio del nivel de conocimientos, mencionados en otro apartado de este trabajo, entre el pre y el postest. Por ejemplo, los datos obtenidos muestran que los participantes incrementaron su conocimiento sobre la diferencia entre tener el virus del SIDA y estar enfermo de SIDA, así como lo relativo a los síntomas y formas de prevención de esta pandemia, información que fue ampliamente enfatizada a través del rotafolio.

A igual que el video, la historieta contribuyó a que los entrevistados socializaran con familiares y amigos el tema de la prevención del VIH/SIDA y su relación con el fenómeno migratorio. Ciertamente que esta conducta fue realizada en mayor medida después de ver el video; sin embargo, este resultado no nulifica la eficacia de la historieta, si se toma en cuenta su forma de distribución y el uso que se le dio.

Del papel desempeñado por el video no se hablará aquí, ya que en su momento se explicó con detenimiento. En cuanto al uso que los entrevistados dieron a la historieta, es necesario destacar que cuando ésta fue distribuida se dio la instrucción de darle lectura en un escenario ajeno al de la intervención y, una vez realizada esta actividad, prestarla a otras personas y hacer comentarios sobre el contenido de la misma. De

acuerdo con los resultados, más de la mitad de los entrevistados leyó la historieta, y a pesar de que un gran porcentaje tendió a guardarla después de leerla, sí hubo quienes cumplieron con la instrucción de prestarla a otras personas, casi siempre de la propia familia.

Se considera que lo ideal hubiera sido que la historieta fuese leída por la población total; no obstante, debe tomarse en cuenta que el tipo de población con la que se trabajó no tiene el hábito de la lectura. De igual forma, se desearía que todos los entrevistados hubiesen mencionado que platicaron con otras personas sobre el contenido de la historieta; sin embargo, no puede ignorarse un elemento que es imposible eliminar con una sola intervención: la vergüenza de hablar sobre el tema; esto es, la interferencia de los tabúes sexuales.

La intervención en su conjunto implicaba la realización de cuatro "tareas" fuera del contexto de la misma: lectura y rotación o préstamo de la historieta; envío de una carta dirigida a familiares que estuviesen en los Estados Unidos, en la que se enfatizara el tema de la prevención del VIH/SIDA, y socialización del tema tratado en la intervención con familiares migrantes.

Antes de analizar el grado de cumplimiento de dichas tareas, debe tenerse en mente que estas labores debían ser realizadas por una población que, de acuerdo con los datos obtenidos en la investigación social, estaba sobrecargada de tabúes sexuales y tenía un nivel escolar que no favorecía la capacidad de análisis y síntesis de la información. Asimismo, las tareas debían desarrollarse fuera del contexto de la intervención, en donde confluían factores ajenos a la misma y que, por ende, eran difíciles de controlar.

En lo relativo a la lectura de la historieta, se asume que el nivel de cumplimiento fue satisfactorio si se toman en cuenta el número de personas que contaba con el material y el hábito de lectura de la población estudiada. La rotación de la historieta y el envío de la carta, no tuvieron la misma suerte; aun cuando no se cuenta con datos concretos sobre el o los motivos de este incumplimiento, se piensa que las características de la población y la cortedad del tiempo contribuyeron en gran medida a ello.

En el caso del préstamo, es necesario remitirse al motivo por el cual los entrevistados no socializaron con nadie el o los temas tratados en la historieta, a pesar de haberla leído. En este sentido, destaca la vergüenza a tratar temas relacionados con la sexualidad, que pudo contribuir a no prestar la historieta para evitar cuestionamientos posteriores por parte de quien recibía el préstamo. También podría señalarse la falta de interés; sin embargo, esta tesis no puede ser aceptada si se toma en cuenta que una buena parte de los entrevistados mostró gran interés por el tema, y específicamente por exhortar a personas con quienes mantenían lazos afectivos fuertes a informarse más para ampliar su conocimiento sobre las formas de prevención.

Esta misma situación se extrapola al envío de la carta y se añade el factor tiempo. Así, se considera que quizá fue muy poco el tiempo otorgado para realizar una comparación entre el número de personas que enviaban cartas antes de participar en la intervención y después de cuatro meses de haberse realizado ésta. También se destaca que el remitente pudo dar prioridad a asuntos cotidianos que demandaban atención inmediata, como la entonces próxima entrada de los niños a la escuela y la necesidad de pedir a los familiares residentes en los Estados Unidos dinero para comprarles útiles. Hay que aclarar que junto con la historieta se distribuyó una carta que podría utilizarse como ejemplo, o bien enviarla tal cual estaba escrita, para facilitar la redacción y evitar la transmisión errónea de la información. Se asume que este ejemplo de carta no se utilizó para evitar cuestionamientos posteriores que implicaban hablar de temas que involucraban el área sexual y, en el caso de las mujeres, el tema de la infidelidad.

En cuanto a la última “tarea”, platicar con familiares que vivían en los Estados Unidos sobre prevención del VIH/SIDA, si bien no se observó un cambio significativo entre el pre y el postest, se asume que obtuvo un nivel de cumplimiento más satisfactorio que la rotación de la historieta y el envío de la carta. Al igual que en las tareas anteriores, se considera que la “vergüenza” y “los tabúes sexuales” contribuyeron al incumplimiento de la tarea por parte de muchos.

Asimismo, destaca el factor tiempo ya que entre la aplicación del pre y el postest, se incluyeron los meses de diciembre y enero, fechas en las cuales los migrantes tornan a su comunidad para festejar con los suyos las fiestas de fin de año. En este sentido, es posible que los entre-

vistados hayan comentado el tema de la prevención del VIH/SIDA cara-a-cara con sus familiares migrantes, en lugar de tratarlo por medio de una carta o del teléfono, como parecerían indicar los resultados referentes al número de personas que socializaron el tema de la prevención del VIH/SIDA y su relación con el fenómeno migratorio, a partir de la exposición al video y a la lectura de la historieta, así como los relativos a la recomendación de la intervención en general.

Desde esta perspectiva, los datos son satisfactorios y coherentes, ya que se advirtió que los entrevistados diferenciaron entre los temas a destacar de acuerdo con la condición migratoria del interlocutor; cuando la persona no era migrante, enfatizaron el tema de la prevención y el riesgo de infección; cuando el interlocutor era migrante, además de estos dos temas, incluyeron la relación que guarda el fenómeno migratorio con el riesgo de infección. De cualquier manera, es pertinente identificar con claridad los motivos por los cuales algunas tareas no se cumplieron a un nivel satisfactorio y enfatizar abiertamente la importancia de desarrollar las tareas cuando se realicen intervenciones semejantes.

En resumen, se concluye que la intervención en su conjunto tuvo un efecto positivo ya que propició la aceptación y socialización del tema VIH/SIDA, específicamente lo relativo a la prevención de esta pandemia y su relación con el fenómeno migratorio.

No se puede asegurar si un material fue mejor que otro en la obtención de este tipo de resultados, puesto que cada uno se complementa con el resto.

- La forma de demostrar el uso correcto del condón “rompió con el hielo” que pudiera generarse en el ambiente, debido a la sobrecarga de tabúes sexuales propios de la población seleccionada, lo que a su vez contribuyó para que ésta aceptara los temas tratados en el rotafolio, el video y la historieta.
- El rotafolio facilitó la comprensión de los temas tratados en el video y la historieta.
- El video, con sus elementos auditivos y visuales, contribuyó a la comprensión del tema expuesto mediante el rotafolio, y facilitó

la identificación del tema migración y su relación con el VIH/SIDA, para posteriormente replicar la información de una manera “divertida” a sus familiares y amigos.

La historieta fue vista como una continuación de la intervención, específicamente del video, y fue un material útil para que el tema se continuara desarrollando fuera del contexto de la intervención, de tal forma que pudiera ser conocido por personas que no habían acudido a la cita.

3. Atención del VIH/SIDA en el medio rural de Zacatecas

Raúl Ortiz Mondragón*
Carlos Magis Rodríguez*
Margarita Horteales Rocha**
Griselda Muñoz Flores**

3.1. Introducción

En Zacatecas el primer caso de SIDA fue registrado en 1986, y hasta junio de 2000 habían sido identificadas 359 personas infectadas con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), de las cuales 69% correspondía a casos de SIDA. Entre los grupos de edad más afectados por esta infección destacaba el de 25 a 34 años de edad, con 39%; seguido por el de 35 a 44 años, con 27%. Respecto del sexo, se presentaba mayor número de infecciones entre hombres, con 78%. La categoría de transmisión que tenía el porcentaje más alto era la sexual, con 77%.

De acuerdo con la preferencia sexual, la distribución era la siguiente: 43% estaba representado por el grupo heterosexual, 19% tenía prácticas bisexuales y 15%, homosexuales, lo cual daba una especificidad al desarrollo de la epidemia en Zacatecas, pues destacaba el carácter heterosexual de la misma. La vía transfusional alcanzaba 4%, la perinatal, 2%, y el uso de drogas intravenosas, 1%; en el 16% restante se ignoraba esta condición.

La situación migratoria parecía ser una variable de gran importancia porque 54% de las personas infectadas con VIH había radicado en los Estados Unidos de Norteamérica (EUA) o en otro estado de la

* Dirección de Investigación de CENSIDA.

** Programa Estatal de VIH/SIDA del estado de Zacatecas.

República Mexicana; 23%, únicamente en Zacatecas, y se ignoraba ese dato en 24% de informantes. La distribución de éstos según institución de notificación era: 18% por el IMSS, 5% por el ISSSTE, 58% por los Servicios de Salud de Zacatecas, 4% por médicos de servicios privados,¹ y en 15% se ignoraba ese dato.

En México, los primeros cinco casos de SIDA en el área rural fueron detectados en 1986 y desde entonces ha aumentado constantemente el número de detecciones anuales. En 1993, se llegó a 165 casos.² En 1994, los casos rurales representaban 3.7% de los casos de SIDA en el país, y en 1997, 6.6%.

En enero de 2000, del total de pacientes con diagnóstico de VIH registrados en Zacatecas, 106 eran seropositivos asintomáticos y 79 eran personas con síntomas de SIDA. Es decir, había al menos 185 personas que podrían requerir un tratamiento antirretroviral. Si nos atuviéramos a los datos de previsión social ya referidos, aproximadamente 23% de éstos estaba inscrito en un sistema de seguridad social con capacidad de proveer de medicamentos a las personas con VIH, y aproximadamente 75% carecía de esa posibilidad y tendría que obtener sus medicamentos por otro medio.

Sin embargo, el sistema de salud estatal parecía no tener esa demanda de tratamientos. Por ello, nos planteamos algunas preguntas: ¿qué posibilidades tenía de ser detectada oportunamente por el sistema de salud una persona con VIH en el medio rural?, ¿cuál era su nivel de acceso al tratamiento antirretroviral y cuidados médicos?, ¿y qué obstáculos podía tener para recibir atención médica especializada?

Por otro lado, de acuerdo con datos de 1995,³ 50% de la población de Zacatecas vivía en comunidades de menos de 2,500 habitantes; es decir, en localidades de carácter rural, lo cual influía sin duda en el acceso a servicios de salud porque se requiere mayor esfuerzo para

¹ Servicios Estatales de Salud del estado de Zacatecas. Departamento de Epidemiología (2000). *Registro del Programa de VIH/SIDA/ITS* [archivo interno].

² Magis Rodríguez C., Del Río Zolezzi A., Valdespino Gómez, JL, García García, L. (1995). Casos de SIDA en el área rural de México. *Salud Pública de México*, 37(6), 615-623.

³ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (1996). *Conteo de población y vivienda 1995, Zacatecas, resultados definitivos*. México, El Instituto, p. 120.

atender a una población dispersa que a una concentrada en centros urbanos. En Zacatecas, hay comunidades rurales a las que periódicamente llega un servicio del Sistema de Salud Estatal que brinda consultas de medicina general, vacunación e información sobre cuidados de la salud, entre otros; en otras comunidades la población puede acudir a una clínica de primer nivel de atención (CPNA).

Sin embargo, para poder solicitar análisis de laboratorio, adquirir ciertos medicamentos o recibir atención médica especializada, los pobladores de comunidades rurales tienen que acudir a las ciudades, en condiciones que implican la inversión de al menos un día para los traslados, y tiempo de espera y de consulta. En caso de requerir un servicio especializado de salud, los pacientes tienen que pernoctar en ciudades relativamente alejadas de sus comunidades, lo cual deriva en gasto de dinero e inversión de tiempo, que muy probablemente afecte su actividad laboral, y la economía de sus familias. En este caso están los pacientes que viven con VIH. La presente investigación se propuso esclarecer en qué medida esas condiciones afectaban el acceso a tratamiento que el paciente VIH+ del medio rural podía recibir, así como sus consecuencias en la adherencia al tratamiento.

Para los efectos de este reporte, con acceso a tratamiento se hace referencia a las dificultades (distancia, tiempo de traslado y recursos económicos invertidos) que enfrentaban las personas que vivían con VIH para acudir a los servicios especializados de salud del estado y recibir atención médica especializada. Adicionalmente, nos propusimos analizar la adherencia a partir de cómo se representaban el cuidado de la salud, la enfermedad y los medicamentos, pacientes asintomáticos del área rural, porque en su forma de pensar el paciente puede encontrar justificaciones para ingerir o no adecuadamente el tratamiento prescrito.

La efectividad del tratamiento antirretroviral depende, sobre todo, de una estricta adherencia a los regímenes de ingesta de medicamentos indicados, porque es sabido que el VIH desarrolla resistencia rápidamente cuando se dan bajas dosis “terapéuticas” en el organismo. Esto permite que el virus se fortalezca, y se sienten las bases para la difusión de un virus que posiblemente no sea afectado por dosis posteriores de antirretrovirales.

El problema de la falta de adherencia al tratamiento se ha detectado en pacientes de diferentes enfermedades que requieren tomar medicamentos por tiempo prolongado o durante el resto de su vida. En el caso de la tuberculosis, la falta de adherencia al tratamiento se ha convertido en el principal obstáculo para el control de esta enfermedad.⁴ En un estudio realizado en Nueva York, los autores encontraron falta de adherencia al tratamiento en 48% de los pacientes. Para el caso de pacientes con hipertensión arterial, se ha encontrado que sólo 40% sigue las indicaciones del médico para la toma del medicamento, y un porcentaje menor lo sigue tomando después de un año.⁵ En el presente estudio, la adherencia al tratamiento la restringimos a la ingesta de medicamentos antirretrovirales por parte del paciente, de acuerdo con las indicaciones médicas.

Para nuestro análisis, supusimos que las personas que acuden a un servicio médico tienen la capacidad de evaluar su condición de enfermos, y que, a partir de su red social, interpretan y juzgan la atención médica y las prescripciones de medicamentos. En la sociología médica, se han realizado trabajos relevantes sobre los procesos sociales que influyen en la decisión para consultar a un familiar o vecino, o para seleccionar a uno u otro médico, así como las fuentes de autoridad y la credibilidad de estos últimos. El individuo que adopta un rol de enfermo se ve a sí mismo como un miembro de la comunidad terapéutica, y el consejo que obtiene depende del entramado.

Desde la antropología médica se habla de un modelo de autoatención que genera la comunidad de pertenencia del individuo. Éste dispone de un bagaje de conocimientos y experiencias que pueden determinar su actitud como paciente frente al médico que lo atiende. Algunas de las características más destacadas de este modelo llamado de autoatención son: eficacia pragmática, concepción de la salud como bien de uso, tendencia a percibir la enfermedad como mercancía, legitimidad grupal y comunal, y concepción basada en la experiencia.

⁴ Pablos-Méndez, A., Knirsch, C.A., Barr, R.G., Lerner, B.H., Frieden, T.R. (1997). No adherence in tuberculosis treatment: predictor and consequences in New York city. *American Journal of Medicine*, 102(2): 164-170.

⁵ Rubio Guerra, A.L., Lozano Nuevo, J.J., Rodríguez López, L., Vargas Ayala, G., Narváez Rivera, J.I., Granados Zúñiga, M. (1999). Apego al tratamiento: ¿un aspecto olvidado en el manejo del paciente hipertenso? *Med Int Mex*, 15(6), 260-263.

Estos dos enfoques hacen referencia a un sujeto que cuando acude a un servicio médico puede estar provisto de conocimientos sobre la enfermedad, la salud y los medicamentos, los cuales pueden interferir con las indicaciones del médico, porque los conceptos de uno y otro sobre los mismos aspectos pueden ser diferentes.

3.2. Metodología

Se realizaron entrevistas cualitativas a todos los pacientes de áreas rurales registrados en el Programa Estatal de SIDA del estado de Zacatecas hasta febrero de 2000. Estos pacientes recibían atención médica y psicológica gratuita; tampoco se les cobraban los medicamentos ni los estudios de laboratorio que requerían. A cada individuo participante, se le aclaró la confidencialidad y anonimato de la entrevista, y el carácter voluntario de la participación. Se señaló que la participación o no participación en el proyecto en nada afectaba la atención que recibía o que recibiría en el futuro. Las entrevistas las realizó una persona específicamente capacitada para ese fin en las unidades hospitalarias donde los pacientes eran atendidos, o en otro lugar designado por la persona con VIH. Para tal efecto, se aplicó una guía de entrevista, la cual destacaba las dificultades que tenía el paciente del área rural para acudir a recibir servicios de salud especializados; su percepción de la enfermedad, del medicamento, y de la ingesta del mismo; así como su relación con el médico tratante, y su situación económica.

También se entrevistó a médicos rurales que laboran en las clínicas de primer nivel de atención (CPNA) y a médicos especialistas que atendían a personas con VIH en la ciudad de Zacatecas. De igual manera, se solicitó su participación voluntaria y confidencial, se destacó que la misma en nada afectaría su situación laboral, y se utilizó una guía de entrevista específica. A los médicos tratantes que laboraban en centros hospitalarios de la ciudad de Zacatecas, se les interrogó sobre la diferencia entre los pacientes del área rural y los de la urbana, el grado de información sobre VIH/SIDA de esos pacientes, y el apego al tratamiento antirretroviral, principalmente. En el caso de los médicos rurales se indagó las condiciones que tenían para atender pacientes con VIH/SIDA.

Se optó por entrevistas cualitativas, por un lado, porque esta técnica permite indagar en profundidad los diferentes aspectos de interés mediante preguntas abiertas, y por otro, porque el estudio era una aproximación a la problemática de la falta de adherencia al tratamiento en el estado de Zacatecas. Se buscaba analizar qué es lo que podía llevar a una persona que recibía gratuitamente consulta médica, tratamiento farmacológico antirretroviral y apoyo psicológico, a omitir la ingesta del medicamento.

Para analizar el acceso al tratamiento, se realizó una evaluación de la situación (tipo de vivienda, servicios, medios de transporte y producción-economía) de las cinco comunidades rurales de residencia de pacientes con VIH, y de las facilidades/dificultades que tenían esos pacientes para trasladarse y proveerse de algunos servicios.

Para tal efecto, entre marzo y mayo del año 2000 se llevó a cabo una observación de la comunidad y el recorrido de los trayectos de los pacientes para llegar a los servicios de salud, por los medios habituales de transporte utilizados por ellos. Todos los pacientes aceptaron que se visitaran sus comunidades. En ningún caso se visitaron las casas de los pacientes, y se acordó no entrar en contacto con ellos en la comunidad.

3.3. Resultados

Se realizaron 17 entrevistas cualitativas: dos a pacientes del área urbana de Zacatecas y cinco a pacientes que vivían con el VIH en áreas rurales; seis a médicos que brindaban atención especializada a pacientes VIH+ en el hospital de la ciudad de Zacatecas, y cuatro a médicos rurales que laboraban en las CPNA ubicadas en las comunidades donde residían los pacientes entrevistados.

En cuanto a escolaridad, dos de los pacientes habían completado la primaria, tres habían cursado algún grado de primaria, y los dos restantes carecían de escolaridad. Cuatro de los siete casos (dos hombres y dos mujeres) adquirieron el VIH por relaciones sexuales con su pareja estable. Los tres restantes (dos mujeres y un hombre) refirieron múltiples parejas.

La mayoría de las personas que trabajaban en la unidad hospitalaria refirieron tener alguna especialidad médica. Había un pediatra, tres médicos internistas y un ginecólogo; también había una psicóloga. La experiencia de ese personal en la atención de pacientes VIH iba entre dos y diez años. De los cuatro miembros del personal médico-rural, dos estaban realizando su servicio social y dos eran médicos generales que laboraban en esas comunidades.

3.3.1. Diagnóstico

Por lo que toca a la forma de diagnóstico, tanto los pacientes de las comunidades rurales como los de la zona urbana entrevistados acudieron a las instituciones de salud por un servicio diferente a la detección del VIH. Al parecer, la totalidad de los pacientes provenientes de comunidades rurales tuvo su primera plática formal de lo que es el VIH/SIDA al momento en que se le entregaron sus resultados de detección del VIH. El diagnóstico dio a los pacientes rurales la posibilidad de recibir información de lo que es el VIH/SIDA, y obtener medicamentos antirretrovirales gratuitos. Las consultas y los análisis de laboratorio permitieron a los afectados avanzar en el conocimiento sobre el SIDA.

Cuadro 1. Diagnóstico

Archivo	Situación de detección	Factor de riesgo
MUJRURZ1	“Llegué al hospital de urgencia, y como ahí de todo sacan sangre, [...] yo pienso que de ahí sacaron eso, fue como se dieron cuenta los doctores”.	Relaciones sexuales con esposo
HOMRURZ2	Es pareja estable de la anterior. Una vez detectado el VIH a la esposa, se lo detectaron a él también.	Múltiples parejas sexuales
HOMRURZ3	“Yo me enteré porque a mi esposa le empezaron a salir unas manchas en el cuello y no le hallábamos de qué era. Y fue a sacarse uno estudios, fue así como supimos, y [...]”.	Relaciones sexuales con esposa

Archivo	Situación de detección	Factor de riesgo
MUJRURZ4	Mi esposo ingresó al hospital con una fuerte neumonía [...] mi esposo duró dos meses internado, le hicieron los análisis y salió positivo, luego a mi bebé y también salieron positivos [...].	Relaciones sexuales con esposo
MUJRURZ5	Enferma su bebé de tres meses y se le interna en el Hospital General de Zacatecas, se le realizan estudios y se detecta que es VIH+; se hace el seguimiento epidemiológico y se la encuentra positiva.	Relaciones sexuales con esposo
MUJURBZ6	“Yo me enteré porque fui a hacerme la prueba del embarazo y empezaron a hacerme estudios, y fue cuando me diagnosticaron”.	
HOMURBZ7	Se detecta el problema en la esposa, que muere cuatro meses después. Se les hace el examen a su hijo y a él, y los dos resultan positivos.	Relaciones sexuales con esposa

Difícilmente una persona de una comunidad rural con prácticas de riesgo acude a solicitar la detección del VIH; generalmente, la detección se da a partir de otras necesidades de servicios de salud, por lo cual las posibilidades de una detección oportuna parecen depender de situaciones fortuitas o del desarrollo del SIDA. Puede concluirse que en el caso de las personas que viven en comunidades rurales relativamente alejadas de las áreas urbanas, esta situación sería indicadora de una problemática difícil de abordar pero que quizá cobre urgencia en un mediano plazo, y apunte a la necesidad de desarrollar actividades preventivas que permitan a los pobladores de las comunidades rurales mayor acceso a conocimientos básicos de la infección del VIH y las formas de prevenirla, porque al parecer la infección está llegando antes que la información calificada.

3.3.2. Acceso a tratamiento

En este apartado, se abordan las dificultades que para tener servicios especializados de salud reportaron los pacientes rurales VIH+ entrevistados. En las comunidades rurales, la geografía y las condiciones del transporte juegan un papel importante en el acceso a satisfactores generales. En la mayoría de los casos estudiados, la transportación al hospital donde los pacientes recibían atención médica era bastante

complicada. El tiempo que invertían para acudir a los centros de atención especializada desde sus comunidades de residencia y regresar a las mismas, oscilaba entre cuatro y ocho horas, que se duplicaban con los tiempos de espera y de consulta.

Los pacientes afrontaban problemas de transporte escaso además de largos trayectos, pero parecían adaptarse a esas dificultades, y tener la disposición para acudir a sus exámenes de laboratorio, consulta médica y a recibir los medicamentos. No sucedía lo mismo con los gastos que tenían que hacer para ir a la ciudad de Zacatecas y regresar a sus comunidades, que con frecuencia eran mayores que su salario de un día. Las consultas, además, los obligaban a perder una jornada de trabajo; en caso de ser asalariados, dejaban de percibir remuneración ese día. Algunos de los pacientes no comían nada en su estancia en la ciudad para no gastar o sencillamente porque llevaban lo indispensable para pagar el transporte.

Cuadro 2. Transportación al hospital donde reciben atención

Archivo	Relato	Tiempo de transportación
MUJRURZ1	Para acudir a la revisión médica el informante se levanta a las 6 am; a las 7 aborda el camión que lo traslada a la capital en un tiempo promedio de dos horas. En el Hospital General, donde le hacen la revisión médica, permanece casi hasta las 12 del día. Está de regreso en su comunidad a las 13:30 o 15 horas. Hasta entonces no consume alimentos.	Al menos cuatro horas
HOMRURZ2	Es pareja estable del anterior.	Cuatro horas
HOMRURZ3	“Para trasladarme al hospital me levanto a las 5 de la mañana. Agarro la camioneta que se hace una hora de terracería para llegar a la carretera. Ahí me espero a que pase el camión a las 6, y a Zacatecas llegamos a las 9. Ya para regresarme a mi comunidad me voy en camión de Zacatecas y me deja en la carretera y para llegar a la comunidad, sólo a pie o de aventón porque no hay camión que entre hasta allá”.	Al menos ocho horas

Archivo	Relato	Tiempo de transportación
MUJRURZ4	“Me vengo en camión, sale a las 7 de la mañana para llegar a Río Grande a las 10 de la mañana. Traslado para agarrar el camión para Zacatecas y llego aproximadamente a las 11 o 12 del día”.	Al menos ocho horas
MUJRURZ5	“Entre semana el camión sale del rancho a las 9 de la mañana y llega a Jerez a la media hora, más otra media hora que llegas a la salida a agarrar el autobús para Zacatecas, más otra hora para llegar a Zacatecas, más otra hora para llegar al hospital. Cuando tenemos análisis de CD4 implica levantarse a las 4 de la mañana y si hay quien te lleve a Jerez te están cobrando 80 pesos el viaje”.	Entre cinco y seis horas

“Las razones que serían de mucho peso para dejar el tratamiento pos nada más eso, del dinero, porque si no he venido algunas veces, y yo le dije a la doctora: mire la verdad a mí se me hace muy difícil, a veces ni un peso hay, entonces no pude venir y hasta ahorita vine. Y me dijeron por qué no vine una vez y les dije pus ya vine” (HOMRUR03).

“[...] ya le estás robando al ingreso de la comida. Igual ya estamos en esta situación, igual haces tus ahorritos para cuando se necesite de urgencia, porque a veces te hablan, tres cuatro días de anticipación, y ya tienes que andar buscando los 80 pesos de la salida, más todo lo del regreso, entonces eso implica un problemón” (MUJRURZ5).

Destinar parte del ingreso familiar a la atención médica es, por lo general, oneroso para las familias campesinas dedicadas a la siembra de temporal, trabajo en el que los bajos ingresos son la constante, y en el que la desocupación por temporadas es frecuente.

Fueron comunes las observaciones, por parte de personal de salud, hacia lo significativo del gasto de los pacientes en transportación para recibir la atención. Aunque el medicamento, los servicios de laboratorio y la consulta médica eran gratuitos, el solo costo del transporte parecía ser el principal obstáculo para acudir a las unidades de medicina especializada en la ciudad de Zacatecas.

“[...] yo he platicado con pacientes que me dicen que el dinero que se gastan para venir un día a Zacatecas, lo podrían utilizar para comer una semana” (MEDURBZ2).

Los trabajos agrícolas del campesino en su propia tierra generalmente no están determinados por un día o dos que dejan de trabajar; para realizar cada fase de sus labores, ellos disponen de varias semanas o inclusive meses. Quizá por ello señalaban que el tiempo para transportarse lo podían tener reorganizando sus actividades. Las condiciones de transportación al centro urbano donde eran atendidos estos pacientes podían obstaculizar el acceso a tratamiento, pero la disposición de recursos económicos era determinante para que el paciente pudiera acudir o no a sus consultas de control.

Los dos pacientes del área urbana, donde se encontraban los servicios especializados, que no tenían que pagar transportación a la ciudad, no refirieron esas dificultades. Sus posibilidades de acceso al tratamiento no estaban determinadas por los costos de transportación, porque en términos generales el transporte en la ciudad es más barato que entre ésta y una comunidad rural.

Por otro lado, las posibilidades de que los pacientes recibieran atención médica en sus comunidades eran casi nulas por la falta de experiencia de los médicos rurales, quienes además no contaban con los medicamentos necesarios para atender un caso de personas con VIH, e incluso desconocían a las personas con VIH que vivían en sus comunidades.

Cuadro 3. Acceso a cuidados médicos en las comunidades rurales

Archivo	Relato
MEDRURZ1	“Canalizaría a un segundo o tercer nivel para su tratamiento ya que aquí no contamos con los antibióticos para tratar esas enfermedades como la candidiasis”.
MEDRURZ2	“Pues obviamente se le da consulta y se envía a un segundo nivel para que se les dé su tratamiento”.
MEDRURZ3	“Lo que podría hacer por una persona enferma de SIDA que acuda a este centro, no sería tratamiento; más que nada sería orientarla”.
MEDRURZ4	“Un enfermo de SIDA tiene que estar tratado por médicos especialistas; estamos hablando de médicos internistas bien capacitados”.

En efecto, el sistema de atención del estado de Zacatecas prescribe que los pacientes con VIH sean atendidos en un servicio hospitalario donde haya espacios reservados para ellos. Es decir, el diseño del sistema de atención obliga a canalizar los casos a las ciudades donde se concentran los recursos disponibles.

Los pacientes hubieran preferido recibir atención médica en sus mismas comunidades, donde había una CPNA, en lugar de hacer todo el trayecto a Zacatecas, como dijo uno de ellos: “[...] en caso de que fuera muy urgente sería ahí mismo en Pedregoso o la Lobeña que es un rancho que está cerca, donde también hay una clínica” (HOMRURZ3). Pero las condiciones para su atención no estaban dadas, porque el personal médico que atendía esas clínicas no estaba capacitado.

3.3.3. Apego al tratamiento

La investigación exploró los conceptos de enfermedad en pacientes que vivían con el VIH, y trató de dilucidar si los conceptos de enfermedad y medicamento que tenían los entrevistados podían afectar el tratamiento mismo.

Para la mayoría de los pacientes entrevistados, el concepto de la infección con algún microorganismo pasaba por sentir algún tipo de síntoma. Casi todas las personas que no tenían manifestaciones clínicas no se consideraban afectadas; dudaban de que ellas fueran portadora del VIH y de que pudieran desarrollar el SIDA. Quizá el concepto de enfermedad que de antemano tenían los pacientes afectaba la aceptación de la información sobre su estado serológico, porque confrontaban lo que ellos consideraban que es una enfermedad con la información vertida por el personal de salud. La dificultad para diferenciar entre ser seropositivo asintomático y padecer la enfermedad parecía ser una de las principales razones para no aceptar la información del personal de salud. En otro estudio en el medio rural se encontró que esta problemática es una de las más difíciles de entender; la gente espera ver síntomas de SIDA para tomar medidas preventivas,

y difícilmente asume que una persona de apariencia sana pueda ser portadora del VIH.⁶

Cuadro 4. Concepto del paciente del VIH/SIDA

Archivo	Concepto de enfermedad	Estatus
MUJRURZ1	"[...] pos todavía estoy con la duda; yo creo que no es cierto, porque yo no siento nada [...] y pos por eso no creo que tenga esa enfermedad".	Sin conciencia de la infección
HOMRURZ2	Al igual que su pareja (paciente anterior) manifiesta dudas respecto de padecer la enfermedad; no percibe ningún síntoma o daño.	Sin conciencia de la infección
HOMRURZ3	"Pienso que es como otra enfermedad cualquiera. Así lo he tomado yo hasta ahorita. Por mi enfermedad no he tenido ningún tipo de malestar, no ha pasado nada. Nomás porque sé que tengo eso, pero yo sigo igual".	Muestra conciencia de enfermedad
MUJRURZ4	"El VIH es una enfermedad mortal, según lo que los médicos me han dicho. Ahora para mí, el VIH es nada porque no he sentido nada".	Muestra conciencia de enfermedad
MUJRURZ5	"[...] en nuestro cuerpo está darle guerra al malo (al VIH), y creo que se la estamos dando porque yo no tengo mucho tiempo con el medicamento, pero me siento muy bien, igual que hace diez años".	Muestra conciencia de enfermedad
MUJURBZ6	"Yo nunca me he puesto a pensar qué es eso del VIH [...] mi esposo me decía: 'qué ganas con agüitarte, de algo nos vamos a morir'".	Muestra conciencia de enfermedad
HOMURBZ7	"Del VIH pienso que por un lado es bueno porque hace que uno analice más las cosas; pero lógico, es malo porque es una enfermedad y que yo sepa ninguna enfermedad es buena".	Muestra conciencia de enfermedad

Aunque parece que el otorgar el medicamento gratuitamente favorecía que la gente tuviera acceso al tratamiento y que mostrara interés por continuarlo, de alguna manera el concepto de enfermedad podía afectar la adecuada ingesta del medicamento, porque al no sentir síntomas las personas podían omitir sus tomas.

⁶ Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (1997). *Resultados de la evaluación de la intervención educativa para la prevención VIH/SIDA en población migrante rural*. Reporte interno. México: El Consejo.

El personal médico que atendía pacientes con VIH coincidía en que una de las causas de no adherencia al tratamiento podía ser el concepto de enfermedad: “[...]ella abandona y regresa, abandona y regresa; como ella se siente bien. Ella cree que no pasa nada porque no siente nada, no percibe nada, ella dice que no necesita nada” (MEDURBZ1).

El concepto de enfermedad como un estado en el cual se padecen, generalmente, malestares físicos, quizá incapacitantes, se contraponen con el de portador asintomático que no manifiesta afectación en su salud, que puede tener una vida normal y realizar sus actividades cotidianas, como las labores en el hogar, trabajar o estudiar.

Cuadro 5. Toma del medicamento antirretroviral

Archivo	Toma de medicamento	Concepto
MUJRURZ1	“Yo y ni mi esposo hasta ahorita no hemos tomado nada de pastillas, pero quién sabe como me vayan a caer”.	Hay factores adversos a su toma
HOMRURZ2	No manifiesta.	
HOMRURZ3	“No he dejado de tomar por mucho tiempo las pastillas; a veces sí, un día, es raro, a lo mucho un día [...] Todo el tiempo me he sentido igual; no veo nada por los medicamento”.	Hay factores de no adherencia
MUJRURZ4	“Estoy tomando las pastillas como ellos me lo indicaron. Lo suspendí hace tiempo porque no pude obtenerlo (el medicamento)”.	Tiene mucha disposición
MUJRURZ5	“Me estoy tomando todo el medicamento junto en la mañana; así ya tengo como tres meses [...] Pienso que sí he seguido bien las indicaciones”.	Hay factores de no adherencia
MUJURBZ6	“Me he visto tentada a dejar el medicamento pero nunca lo he dejado [...] Lo he dejado de tomar pero porque a veces en el Seguro no está, y pues tengo que esperar hasta que llegue”.	Hay factores de no adherencia
HOMURBZ7	“He dejado de tomar el medicamento [...] y las he dejado de tomar hasta uno o dos meses y en varias ocasiones. La verdad es que no veo ningún cambio o efecto en el hecho de dejarlas de tomar. ¿Y qué puede suceder? Pues nada, eso a mí me consta, que no pasa nada si dejo de tomar las pastillas”.	Hay factores de no adherencia

En la mayoría de pacientes entrevistados provenientes del área rural, los factores de no adherencia referidos eran en gran medida de orden subjetivo, y tenían que ver con lo que el paciente pensaba que son una enfermedad y un medicamento. Ellos hacían referencia a no sentir

cambios por tomar o dejar de tomar el medicamento; a no sentirse enfermos, lo cual aparentemente sustentaba su desconfianza hacia la pertinencia de seguir el tratamiento. Esto que parecía una duda constante llevaba a quienes omitían los medicamentos a justificar de esta manera su proceder. Como se puede observar en el cuadro 5, gran parte de las omisiones en la toma de los medicamento antirretrovirales estaba influenciada por la ausencia de manifestaciones clínicas. Y no solamente eso, sino que los pacientes también llegaban a tomarse algunas libertades en la forma de tomar los medicamentos.

“La forma en que yo debo de tomarme el medicamento es dos por la mañana, dos al medio día y dos por la noche [...] no puedo interrumpir mi trabajo para tomarme las pastilla, y como me levanto tarde, pues mejor me las tomo todas de un jalón” (HOMURBZ7).

Este paciente del área urbana y una paciente del área rural ingerían todas las dosis en una sola toma, según decían, con conocimiento de los médicos tratantes. Ambos referían actividades cotidianas fuera de su casa. Aunque los dos mencionaron que tomaban sus medicamentos una sola vez al día para que esa actividad no interfiriera con sus actividades diarias, podría pensarse que trataban de evitar ser identificados como portadores del VIH.

También podía influir en la no adherencia al tratamiento la representación u opinión de los medicamentos. Un concepto que al parecer compartían varios pacientes era que el tratamiento los podía beneficiar, pero también podía causarles daños, incluso con el apego necesario a él, de tal modo que la omisión de algunas dosis podía deberse a que los pacientes no tenían una sintomatología específica o temían padecerla a causa del medicamento.

Las referencias a los efectos indeseables estaban sustentadas en experiencias propias, en conocimientos de casos de personas que los habían sufrido o en comentarios de otros pacientes. Algunos pacientes parecían percibir que los medicamentos que tomaban hacían un trabajo negativo en el organismo, y estaban preparados para la no adherencia, quizá porque no percibían beneficios.

“El AZT me hizo daño por eso lo dejé; pero se me hace que fue mucho lo que me dieron [...] pero ya me recetó otra vez, si veo las mismas reacciones me lo voy a dejar de tomar” (HOMRURZ3).

La desconfianza hacia el medicamento la manifestaron más las personas del área urbana, quizá porque tenían más acceso a información fuera de la consulta.

“Una hermana dijo que su hermano había tomado cóctel, o sea las pastillas, y que se había enfermado más pronto. Y salió un señor donde dijo que él tenía 18 años con el problema y no estaba tomando medicamento y estaba normal [...] como si no tuviera nada. Y pensaba, ¿lo tomaré o no lo tomaré?” (MUJURBZ6).

El tratamiento tenía una representación paradójica en algunos de los pacientes: por un lado era lo mejor que se les podía ofrecer; por otro, les llegaba a parecer amenazante por los efectos que provocaba en el organismo. Por eso, llegaban a omitir de vez en cuando, de manera inconsciente o consciente, algunas dosis, principalmente si tenían en perspectiva el tratamiento a largo plazo.

Algunos pacientes que no tenían sintomatología específica aceptaban ingerir los antirretrovirales que le podían causar efectos secundarios; pero era factible que omitieran tomas de medicamentos, que en su opinión les causaban síntomas, en lugar de aliviárselos.

“Pero nunca me han causado molestias o provocado reacciones, nada más el Crixivan que lo suspendí por los mismo efectos” (MUJRURZ5).

Cuadro 6. Médico tratante: causas de no adherencia al tratamiento

Archivo	Información
MEDURBZ1	“Es la mala información que el paciente tiene en sí de saber cuál es la realidad de su enfermedad [...] y como se siente bien no cree lo que tiene”.
MEDURBZ2	“A todos los pacientes les falta credibilidad en cuanto a esto como no saben o quieren conocer [...] Los del área rural están muy alejados de todo esto; muchas de las veces no les importa y no quieren saber y tampoco preguntan”.

Archivo	Información
MEDURBZ5	“Con los pacientes de las comunidades (rurales) tiene uno más problemas que con los del área urbana para darles información, para que ellos la asimilen, la capten”.
MEDURBZ6	“Los del área urbana tienen más información por el nivel de educación, por su nivel de preparación, por todas las ventajas que dan los medios de comunicación, por los recursos con que automáticamente cuentan desde el momento de vivir en el área urbana”.

Como se ve, los pacientes tenían mala adherencia al tratamiento por diferentes motivos. Los médicos tratantes consideraron que uno de ellos era la escasa o inadecuada información de los pacientes. Sin dejar de lado las consideraciones de los médicos, pensamos que la adherencia estaba afectada por la concepción que los pacientes tenían del VIH/SIDA y de ser seropositivo asintomático, porque al parecer establecían un vínculo entre el estado serológico y la presencia de síntomas. La ausencia de éstos era uno de los principales factores para que los o las pacientes mostraran poco interés por sus problemas de salud.

En las investigaciones sobre el tratamiento antirretroviral se ha evaluado una variedad de factores incidentes en la adherencia al tratamiento,⁷ por lo cual la sola información no puede explicar la no adherencia al tratamiento antirretroviral. Sin embargo, no deja de ser importante que el paciente esté adecuadamente informado sobre el VIH/SIDA.

Todos los pacientes refirieron ser bien atendidos por los médicos en sus consultas; ninguno reportó malos tratos. Sin embargo, de los cinco pacientes del área rural solamente una mujer se atrevió a hablar con claridad con el médico:

⁷ Roon Van, E.N., Verzijl, J.M., Juttman, J.R., Lenderink, A.W., Blans, M.J., Egbergts, J. (1999). “Incidence of discontinuation of Highly Active Antirretroviral Combination Therapy (HAART) and its determinants”. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 20, 290-294.

“A mi no se me hace difícil entender las indicaciones del médico, porque siempre le pido que me hable claramente, que me hable al fregadazo”⁸ (MUJRURZ5).

Los demás mostraron poco interés en participar. Otros refirieron severos temores a recibir información poco favorable para sus personas, o dificultades para entender el lenguaje de los médicos tratantes:

“Se hace muy difícil de entender lo que dicen los doctores, porque hay palabras que yo no entiendo y como estoy poquito nerviosa no les pregunto nada. Cuando nos hacen análisis ‘nomás’ vamos a recogerlos, pero como está uno ignorante ‘pos’ no pregunto nada, ‘nomás’ veo que dicen que positivo o que negativo, pero no pregunto y, además, como dicen: luego una para qué quiere saber de qué se va a morir” (MUJRURZ1).

Quizá gran parte de la resistencia que mostraban los pacientes para participar en las consultas y preguntar estribaba en que no entendían el lenguaje del médico; otra posibilidad era que concebían al VIH/SIDA como una enfermedad mortal frente a la cual no podían hacer nada.

La pareja de la mujer antes referida decía que lo único que había oído era que: “Por esa enfermedad se muere uno” (HOMRURZ2).

Otro hombre, cuya pareja femenina ya había fallecido a causa del SIDA dijo: “Yo no he estado al pendiente de los resultado de laboratorio y ni quiero preguntar, no me interesa; ¿para qué?” (HOMRURZ23).

Como se puede ver, el temor, la percepción de que padecían una infección mortal y otros aspectos emocionales, influían para que el paciente mostrara poco interés por participar en sus consultas. Claro que no todos manifestaban ese estado de ánimo, porque los otros dos sí referían participar en las consultas, aunque señalaban que no entendían todo lo que les informaban los médicos tratantes.

Al parecer, las dos partes que integraban la consulta estaban en dos niveles de comunicación: el médico, desde su formación científica,

⁸Crudamente, sin ambigüedades.

percibía el bajo nivel académico de sus pacientes del área rural y la baja receptividad a su esfuerzo: “[...] piensan que el médico es el que está en un error, y eso pasa más cuando el paciente es asintomático” (MEDURBZ2).

Por otro lado, los pacientes mostraban desinterés en las consultas y desconfiaban del diagnóstico, porque éste no correspondía a sus conceptos de enfermedad y medicamento. De esta manera, se constituía una especie de círculo vicioso donde el paciente refería que entendía muy poco de lo que le decían, por lo que prefería desentenderse de preguntar y dejar todo en manos del médico; y éste, a su vez, mantenía la tesis de que el bajo nivel académico del paciente dificultaba la aceptación de la información. El hecho de que hubiera una paciente del área rural con bajo nivel académico que había entendido, que preguntaba y participaba, muestra que había logros interesantes en la comunicación médico-paciente, sustentados en la confianza del paciente en el médico, y que sería factible lograr lo mismo en otros casos.

Sin embargo, los pacientes tenían conceptos sobre lo que es una enfermedad y un medicamento, que diferían de lo que les explicaba el médico en relación con el VIH/SIDA; de tal modo que ese desencuentro, que al parecer no era explicitado en la consulta, afectaba significativamente las posibilidades de comunicación médico-paciente. Así, el paciente observaba que lo trataban respetuosamente en la consulta, que le explicaban diferentes aspectos, pero encontraba serios obstáculos para comprender la información que le daban, y para participar en sus consultas, todo lo cual parecía redundar en la mala adherencia al tratamiento que en general mostraban los pacientes.

3.4. Discusión

La posibilidad de acceso al tratamiento antirretroviral en el área rural de Zacatecas se complicaba por diferentes motivos. Uno de ellos era el problema de las distancias entre las áreas rurales y las urbanas, el cual era potenciado por la escasez de transporte y el tiempo prolongado de traslado para llegar a los servicios especializados de salud. Sin embargo, una vez que los pacientes recibían el tratamiento gratuitamente, su disposición para recorrer las distancias aumentaba.

De alguna manera se hacían tiempo, y aunque perdieran una jornada de trabajo aceptaban acudir a la consulta. Tanto los pacientes como los médicos que los atendían destacaban que lo que afectaba la disposición para acudir a los servicios especializados de salud, era la falta de recursos económicos para pagar el costo del transporte a la ciudad de Zacatecas. Por lo general, las personas que hacían esos trayectos procuraban gastar lo menos posible; restringían los gastos de alimentación o definitivamente no realizaban ningún consumo de alimentos hasta que regresaban a sus casas.

Es posible que el tratamiento de los pacientes se viera fortalecido si se les brindara algún tipo de apoyo alimenticio en los hospitales donde reciben la atención, lo mismo que para gastos de transportación.

Todos los portadores del VIH fueron detectados al momento de acudir a los servicios de salud por motivos diferentes a la detección del VIH, generalmente al solicitar la atención para la pareja infectada. La mayoría recibió información sobre lo que es esta infección por primera vez en ese momento. Como se puede ver, la distancia entre los servicios de salud y las personas con VIH del área rural no se ha acortado lo suficiente, porque quizá falta información básica en esas comunidades sobre la prevención del VIH/SIDA. Las posibilidades de que a un paciente con VIH del área rural se le diagnostique la infección tempranamente, parece depender de la necesidad que puedan tener la persona con esta infección o su pareja de un servicio específico, donde adicionalmente se les realice la prueba de detección.

Sería adecuado pensar en un sistema específico de referencia entre el médico rural y el especialista de los centros urbanos, que garantizara la confidencialidad de la información, de tal modo que los pacientes pudieran ser atendidos ocasionalmente en sus comunidades de referencia, sin la necesidad de efectuar todos los traslados a la ciudad de Zacatecas. Actualmente, el médico rural puede referir al paciente a los hospitales de la ciudad, pero no tiene la capacitación ni los medicamentos para atender una infección oportunista. El médico y la enfermera rurales podrían ser un enlace adecuado entre los servicios especializados y los de primer nivel, que acortara la distancia entre la ciudad y el campo.

En la mayoría de los casos referidos, las causas de no adherencia al tratamiento tuvieron relación con los conceptos de enfermedad y medicamento de los pacientes. La primera era entendida como un estado de malestar específico que los pacientes VIH+ asintomáticos entrevistados no vivían, por lo cual se cuestionaban la necesidad de tomar un medicamento para una enfermedad que aún no se manifestaba. El concepto de medicamento pasaba por una consideración similar, porque generalmente tomaban alguno para mejorar un estado de salud deteriorado por un malestar específico. Como los pacientes asintomáticos no veían deteriorado su estado de salud, tampoco sentían la necesidad de ingerir medicamentos.

Por ello, la labor de informar y capacitar en cada oportunidad al paciente debe ser constante, y tomar en cuenta los conceptos de salud y enfermedad de éste, los cuales vienen desde generaciones anteriores y permiten al paciente actuar cotidianamente frente a los problemas de salud, en algunos casos automedicándose y contrariando las disposiciones del médico.

Los conceptos de salud, enfermedad y atención a la salud que tenía el paciente, parecieron ser las razones de mayor peso para que éste mostrara falta de apego al tratamiento. Aunque no los expresara de manera estructurada ante el médico, fuera del consultorio él decidía cómo tomarse los medicamentos. Quizá ello contribuya a explicar por qué el paciente rural VIH positivo que perdía una jornada de trabajo para ir a consulta, que gastaba en su transportación y quizá en algún alimento durante su estancia en Zacatecas, al momento de ingerir el medicamento lo tomaba a su arbitrio o decidía omitir dosis.

La falta de adherencia al tratamiento que se dio en todos los pacientes entrevistados, se presentó de dos maneras. Hubo dos pacientes (una mujer del área rural y un hombre de la urbana) que refirieron ingerir el medicamento de todo un día en una sola toma diaria; estos pacientes se tomaban libertades para ingerir el medicamento como mejor les parecía, no como les había sido prescrito, al parecer debido a sus actividades cotidianas fuera del hogar. Tres habían tenido omisiones esporádicas. Finalmente, una pareja heterosexual campesina manifestaba reservas hacia el medicamento antes de iniciar el tratamiento.

Por lo que se reitera lo dicho en la introducción: la no adherencia al tratamiento es un proceso que se gesta antes que el paciente inicie la toma de antirretrovirales, a partir de sus conceptos de la salud y la enfermedad, del medicamento y de cómo debe cuidar su salud, que al parecer pueden diferir de los que tiene el médico tratante.

Las decisiones del paciente de omitir dosis de su tratamiento no son tomadas individualmente; tienen un amplio sustento comunitario donde, de alguna manera, se ha llegado a concebir lo referente a la salud de una manera que refrenda el individuo perteneciente a esa comunidad. Probablemente una persona relativamente aislada, con una red social más débil y menos influyente, tomaría sus decisiones con más autonomía; quizá en ella la autoridad del médico tratante fuera mejor aceptada.

Probablemente una de las mejores maneras de convencer a algunos pacientes de la necesidad de tomar el medicamento de manera adecuada sea el tratar de influir en su red social más próxima, como puede ser la familia o los organismos de personas que viven con VIH.

Vale la pena destacar que no fueron referidas por los pacientes entrevistados causas de no adherencia debidas a mala atención, o al rechazo o estigmatización de su enfermedad por parte del personal de salud. La relación médico-paciente tampoco arrojó resultados adversos; por ello, pensamos que gran parte de las causas de la falta de apego al tratamiento que se observaron estaba sustentada en la forma en que los campesinos suelen tomar decisiones sobre su salud.

La causa no fue sólo la falta de información por parte del paciente, sino que el campesino y la campesina tenían su propia manera de percibir su situación serológica y de tomar sus decisiones sobre cómo llevar el tratamiento antirretroviral. Obviamente esta situación rebasaba las posibilidades del médico tratante, que veía en la poca información del paciente la causa principal de falta de adherencia.

Por otro lado, el autocuidado o autoatención de la salud siempre se presenta como el primer camino a seguir por la persona, las familias y los grupos^{9, 10} para enfrentar problemas de salud. Es un recurso en el cual hacen cotidianamente énfasis las autoridades mexicanas de salud.^{11, 12, 13}

¿Qué tan posible es incorporar este modelo de atención a pacientes que viven con VIH? Es necesario evaluar alternativas como el autocuidado de la salud para tratar a pacientes que viven con el VIH, no como un recurso ante la carencias materiales para brindar una atención de calidad, sino como una posibilidad de complementar y potenciar las intervenciones médicas.

⁹ Gil Alfaro, I., Pérez Hernández, C. (1994). Factores que inciden en la utilización del servicio de urgencias en el primer nivel de atención. *Revista Médica del IMSS*, 32(6), 539-541.

¹⁰ D'Hyer C, Rodríguez R. Autocuidado: un modelo. *Rev. Fac. Med. UNAM*. 1999; 42(2): 75-77.

¹¹ Secretaría de Salud. Dirección General de Enseñanza en Salud (1997). *Capacitación comunitaria para el autocuidado de la salud*. México, La Secretaría, p. 27.

¹² Secretaría de Salud. Dirección General de Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal (1997). *Mi salud y yo 65 años en adelante*. México, La Secretaría, p 27.

¹³ Secretaría de Salud. Dirección General de Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal. *Mi salud y yo 40 a 65 años*. México, 1997, p 27.

4. Zongolica: diseño de una estrategia participativa para el combate al VIH/SIDA en comunidades nahuas de la sierra

Nelson E. Álvarez Licona*
Ma. de la Luz Sevilla González*

4.1. Introducción

El presente trabajo, es producto de una experiencia de Antropología aplicada, realizada por los autores y financiada por CONASIDA, en comunidades nahuas de la sierra de Zongolica, Veracruz. Esta sierra colinda con la Sierra Negra de Puebla. La conforman 135 localidades y el grupo étnico mayoritario es el náhuatl. El municipio de Zongolica está situado en la zona montañosa media del estado de Veracruz, y limita con los estados de Oaxaca, Puebla y Tlaxcala. Al norte colinda con los municipios de Coetzala y Magdalena; al sur, con los municipios de Mixtla de Altamirano y Tezonapa; al este, con el municipio de Omealca, y al oeste, con los municipios de Texhuacán, Atlahuilco y Los Reyes. Tiene una extensión de 347 kilómetros cuadrados. En esta sierra, se encuentra una topografía de las más escabrosas del país, con alturas superiores a los 2,000 metros sobre el nivel del mar. La región está catalogada por el INEGI con los índices de “muy alta marginalidad”; de hecho, es considerada una de las zonas más pobres del país. El trabajo se realizó entre noviembre de 1999 y abril de 2000.

Los objetivos fundamentales del trabajo fueron:

* Doctores en Antropología Social. Sección de Estudios de Postgrado e Investigación. Escuela Superior de Medicina, Instituto Politécnico Nacional.

- Evaluar el conocimiento que sobre las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y VIH/SIDA tenía la población en la zona de trabajo.
- Diseñar y aplicar un modelo de intervención socioeducativa para la comunidad nahua de la sierra de Zongolica, enfocado hacia la prevención de ETS y VIH/SIDA.
- Elaborar una guía metodológica que pudiera servir al interesado en trabajar aspectos relacionados con la salud, en el área rural o en grupos indígenas.
- Diseñar o adecuar materiales específicos que pudieran servir de apoyo a los profesionales que trabajan en el área rural, para su posterior aplicación a la planificación y la ejecución de modelos socioeducativos de intervención, enfocados a la prevención del VIH/SIDA en comunidades indígenas.

Los grupos humanos que viven en la región donde se desarrolló el trabajo son heterogéneos. Cuando no se haga mención expresa de algún municipio en particular, utilizaremos la designación de Zongolica para la cabecera del municipio, y de gente de la sierra para las personas que viven en otros poblados comprendidos en este municipio o en los municipios circunvecinos. Los primeros son mestizos; los segundos, indígenas.

Esas designaciones de “gente de Zongolica” y “gente de la sierra” son utilizadas cotidianamente por la gente del lugar para ubicar su referencia.

No sólo son espaciales; contienen también importantes elementos relativos a la construcción que ellos mismos hacen respecto de su identidad. Así, la designación de “gente de la sierra” tiene para mucha gente de Zongolica un carácter desintegrador, en el que se muestra un sentido peyorativo.

Este carácter diferenciador, por otro lado, reafirma aglutinando en la comparación a los sujetos que identifica en el “nosotros” los que no son de la sierra, los no indígenas. Es precisamente la autoidentificación con el grupo social de pertenencia lo que viene a fundamentar

la identidad social, que parte de la segmentación social previa a la autoubicación en uno de los segmentos o grupo de pertenencia. Así, esta autoubicación se realiza a partir de saberse diferente, de manera favorable, en comparación con los otros segmentos en los que se ha dividido el entorno social, los otros grupos sociales; dando lugar a la formación de estereotipos, que son generalmente favorables hacia el propio grupo y desfavorables hacia los otros grupos; situación que llega en ocasiones a la exaltación etnocéntrica que se manifiesta en actitudes fanáticas (Sangrador, 1996: 26).

“Este término [grupo étnico] resulta también aplicable a colectivos con características no tan fuertemente distintivas, al hacerse un mayor hincapié en el elemento más subjetivo, es esa autoidentificación compartida como miembro del grupo, lo que genera la conciencia del “nosotros”. Desde esa perspectiva, y junto a las posibles semejanzas objetivas, basadas en la lengua, la religión, la cultura, la historia compartida y el territorio común, entre otros, el elemento subjetivo (esa autoconciencia de pertenencia grupal) emerge como el realmente nuclear. Es más, todos los aspectos objetivos podrían llegar a ser, en último caso, prescindibles: es la conciencia de pertenencia lo realmente importante, la autoidentidad como miembro de dicho “grupo étnico” (Sangrador, 1996: 23).

La autoconciencia de pertenencia grupal, resulta un elemento definitivo para la construcción de la identidad, y por lo mismo para la construcción de la categoría indígena; es por esto que Alfonso Caso toma como fundamental este elemento subjetivo para la definición que propone de la categoría indígena, mediante la siguiente argumentación:

“La conciencia de pertenencia o no a un grupo indígena es, sin embargo, el rasgo más importante desde el punto de vista subjetivo [...]. Es indio todo individuo que se sienta pertenecer a una comunidad indígena; que se concibe a sí mismo como indígena porque esta conciencia de grupo no puede existir sino cuando se acepta totalmente la cultura del grupo” (Caso, 1971: 89).

Más adelante Alfonso Caso aclara: “Pero un grupo que no tenga sentimientos de que es indígena, no puede ser considerado como tal, aunque tenga abundantes rasgos somáticos y culturales que lo coloquen entre los indígenas, si ha perdido por completo su antigua

lengua y se expresa ya en español. Tal grupo será mestizo, y de estos grupos está integrada gran parte de la población de nuestros países, conservando en menor o mayor escala, elementos somáticos o culturales de ascendencia india” (Caso, 1971: 90).

Si bien este elemento subjetivo de autoidentificación es fundamental para la conformación de la identidad social, existen otros elementos que no debemos dejar de lado para comprender cómo es que la categoría indígena funciona en los contextos en los que se emplea.

Así, Zongolica es un municipio donde la primera referencia de inclusión (nosotros), que entraña la diferenciación (ellos), se establece con base en el territorio y elementos subjetivos de autoidentificación, dando lugar a elementos de identidad colectiva que se muestran en el reconocerse como personas de Zongolica y gente de la sierra; estos términos tienen implícitos los nexos que las comunidades indígenas mantienen con la sociedad dominante, donde podemos observar relaciones asimétricas.

Dice Bonfil Batalla: “La categoría indio, en efecto, es una categoría supraétnica que no denota ningún contenido específico de los grupos que abarca, sino una particular relación entre ellos y otros sectores del sistema social global del que los indios forman parte. La categoría de indio denota la condición de colonización y hace referencia necesaria a la relación colonial” (Bonfil, 1995: 343).

Y este reconocerse como habitante de Zongolica, hace que las prácticas de la gente de la sierra, los indios, sean entendidas, por muchos, solamente a partir de juicios descalificadores, como el decir que son sucios, borrachos, personas que no quieren mejorar, a quienes les cuesta mucho trabajo entender. Lo anterior refleja la relación colonial que desde la brutal conquista española, los grupos que detentan el poder han tenido con las poblaciones dominadas, que han sido y siguen siendo las poblaciones indígenas.

“El término indio puede traducirse por colonizado y, en consecuencia, denota al sector que está sojuzgado en todos los órdenes dentro de una estructura de dominación que implica la existencia de dos grupos cuyas características étnicas difieren, y en el cual la cultura del grupo dominante (el colonizador) se postula como superior. El indio es una

categoría supraétnica producto del sistema colonial, y sólo como tal puede entenderse” (Bonfil, 1995: 350).

“La categoría indígena hace referencia al sector sometido dentro de una situación colonial y nada tiene que ver con el contenido específico de las culturas indígenas. En los albores de la colonia, el “natural” era pagano e idólatra —y así se racionalizaba y se justificaba el régimen que lo sometía—; hoy, el indio puede ser católico o protestante, habrá dejado de ser idólatra, pero está considerado atrasado o flojo, o vicioso, en fin: étnicamente desigual (inferior), que es la condición necesaria para racionalizar la situación colonial” (Bonfil, 1995: 365).

Es por esto común que en las poblaciones mestizas haya un fuerte rechazo hacia la cultura indígena, y se den actitudes racistas hacia la gente de la sierra o de las comunidades propiamente indígenas, incluyendo a las personas indígenas que viven en la misma comunidad. En estos lugares, hay un discurso que insiste en la diferenciación entre la gente de la sierra y la gente de la población con aspiración hacia la cultura hegemónica occidental.

El rechazo a la gente de la sierra también se puede observar en el desprecio hacia lo náhuatl, que llega a manifestarse como aparente indiferencia no sólo hacia el idioma, sino también hacia temas de la cultura indígena. En Zongolica algunos de los entrevistados manifestaron su negativa a escuchar “Radio Zongolica”, que es una estación radiodifusora del Instituto Nacional Indigenista, que transmite programas dirigidos a las comunidades nahuas, algunos de ellos en náhuatl.

Por eso es importante tomar con reserva el conocimiento que muchas de estas personas dicen tener sobre los grupos indígenas; a esta parte de la población puede considerársele como informante fiable acerca de su comunidad, y no acerca de la cultura indígena. Aunque es factible encontrarnos en estos pueblos, cabeceras de municipios o ciudades cercanas a las comunidades indígenas, con grupos u organizaciones de curanderos y parteras que pueden ser vehículo de transmisión de información hacia la población indígena.

Entender estas condiciones existentes en las interacciones que se establecen entre los grupos indígenas y la gente mestiza o que se

considera no indígena, resulta indispensable para evaluar la información que se obtiene de los distintos sujetos, pensados en función de su inserción económica y social y de la conformación de su identidad; así como para poder reconocer a los actores sociales que gozan de prestigio, y que efectivamente tienen ascendiente en la opinión y en los juicios de valor de los grupos sociales en los que se pretende incidir, de manera que se pueda hacer llegar la información sobre el VIH/SIDA, y que ésta efectivamente redunde en un cambio en las prácticas de riesgo.

Por otro lado, la gente de la sierra utiliza la designación de Zongolica principalmente como una referencia espacial, lo que no implica que no exista el deseo, en muchos, de vivir en Zongolica; sobre todo por ser el principal centro de comercio a donde llegan a vender sus mercancías y a comprar los productos que requieren. Zongolica también resulta atractivo por los servicios ahí establecidos, como los centros de salud y la terminal de camiones que lleva a la gente a la ciudad de Orizaba, punto de contacto con otras serie de valores adquiridos tanto en el sistema educativo formal, como a través de los medios masivos de comunicación. Orizaba es aspiración de muchos en Zongolica, sobre todo para un importante sector de jóvenes estudiantes y de profesionistas que laboran en este lugar.

4.2. Ubicación y características del hábitat

Zongolica está situado en la zona montañosa media del estado de Veracruz. Limita con los estados de Oaxaca y Puebla. La sierra de Zongolica es contigua a la Sierra Negra de Puebla, y comprende, además del municipio del mismo nombre, otros como son: Atlahuilco, Astacinga, Mixtla de Altamirano, Reyes, Tehuipango, Tequila, Texhuacan, Tezonapa y Xoxocotla.

Zongolica, cabecera del municipio, se ubica a 38 kilómetros de la ciudad de Orizaba. La escarpada sierra, los caminos estrechos y sinuosos, las cerradas curvas al lado de profundos precipicios, a los que en verano hay que agregar espesa niebla y torrenciales aguaceros, dificultan el acceso de entrada y salida a la población y provocan que esa corta distancia se recorra en una hora y media en automóvil.

En esta sierra se encuentra una topografía de las más escabrosas del país, con alturas que van de 200 a 3,000 metros sobre el nivel del mar. La sierra de Zongolica se divide en tres zonas: fría, templada y caliente, en cada una de las cuales se cultivan ciertos productos agrícolas. El café es uno de los principales recursos agrícolas de la región. La altitud redundante en las difíciles condiciones climáticas que han de soportar sobre todo los que viven en las zonas frías, donde la tuberculosis y las enfermedades de las vías respiratorias son muy frecuentes.

La zona es catalogada como de “muy alta marginalidad”, de modo que Zongolica es una referencia necesaria cuando se habla de extrema pobreza en México. Con poblaciones que son más bien rancherías dispersas por la sierra, Zongolica parecería estar al final de todo, prácticamente en el olvido.

Los datos que reporta el INEGI ilustran de forma clara las deficientes condiciones de vida que hay en esta sierra: en Zongolica, 60% de la población no cuenta con servicios de energía eléctrica, agua entubada ni drenaje, porcentaje que se eleva a 90% en las poblaciones de la sierra. La ocupación más importante es la agricultura para el autoconsumo; sin embargo, las condiciones de orografía y climáticas no favorecen tal actividad: como es una zona muy sinuosa, donde prácticamente no hay valles, los pobladores siembran en las laderas de las montañas con inclinaciones de 50 o 60 grados, entre las rocas y sin hacer terrazas, en un suelo de arcilla ácida y pobre en nutrientes.

En Zongolica, la tercera parte de la población de 6 a 14 años es analfabeta; porcentaje que aumenta a 38% entre la población mayor de 15 años, y se dispara a 70% o más en zonas de la sierra, como el municipio de Mixtla de Altamirano, donde el analfabetismo reportado por el INEGI es de 75% entre la población mayor de 15 años.

En el censo realizado en 1990, de un total de 6,897 viviendas habitadas, 4,268 carecían de agua entubada; 4,701, de drenaje, y 4,395, de energía eléctrica. En las comunidades del municipio de Mixtla, llegaba a 95% el porcentaje de viviendas sin agua, drenaje ni energía eléctrica, y prácticamente todas las viviendas eran de piso de tierra.

El abandono en que han vivido los indígenas nahuas de esta región, explica su aislamiento, hambre, pobreza extrema, analfabetismo, alcoholismo, insalubridad y enfermedades. Lo anterior contrasta con su gran dignidad, que se manifiesta en el profundo respeto con el que interactúan entre sí. De acuerdo con sus reglas de cortesía, por ejemplo, se saludan con la mano derecha, rozando apenas la de la otra persona, sin estrecharla. De este modo, no transgreden el cuerpo, sus límites y sus funciones. El atlas anatómico, donde ubican a las enfermedades, tiene claramente establecidos los usos, que corresponden a las interpretaciones morales del comportamiento. Estos elementos culturales fueron considerados por nosotros para poder establecer una interacción efectiva, que sólo es posible a partir del respeto a los modos y costumbres.

4.3. Diseño de la estrategia y trabajo de campo

Los modelos de intervención que se diseñaron para estos grupos sociales, tomaron en consideración que las comunidades indígenas no se encuentran en aislamiento total y permanente, sino que mantienen una importante interacción con la población mestiza que se encuentra en zonas próximas, generalmente en la cabecera del municipio o en las ciudades más cercanas. Es en estos poblados donde establecen las relaciones comerciales indispensables para su manutención, como compra y venta de productos que bajan de la sierra y llevan hacia sus rancharías. Es común que la gente de la sierra encuentre en ellos trabajo en el servicio doméstico o en otro tipo de labores, como pueden ser las agrícolas o las de construcción. A estos poblados acuden también a solicitar los servicios de salud, administrativos y de comunicación con el resto de la república (teléfono, correo y telégrafo), estos últimos muy importantes para estas comunidades, que a causa de su pobreza, son continuas expulsoras de migrantes.

Al diseñar el modelo de intervención para comunidades indígenas, encontramos que los habitantes de Zongolica tenían estrechas relaciones de parentesco con los pobladores de la sierra o de las comunidades propiamente indígenas, condición que podía ser aprovechada para establecer contactos y facilitar la interacción con las personas de estas comunidades. Así, al buscar a las personas, llevando el respaldo de la recomendación previa de los parientes que vivían en los pueblos o

ciudades cercanas, fue más fácil y segura la interacción que establecimos con las comunidades indígenas de la sierra.

El haber realizado la etapa de evaluación nos permitió identificar algunas prácticas de riesgo sobre las que nos interesaba incidir, para modificarlas mediante la educación para la salud. Encontramos que algunas de estas poblaciones aspiraban a vivir conforme los estilos de la cultura occidental, mientras que otras se apegaban a los modelos que les eran propios. Llegamos a la conclusión de que en las primeras poblaciones era factible dar un trato más abierto a los temas del uso del condón y de sexualidad en general, y que los resultados podían ser mejores si se implementaban ejercicios o prácticas educativas novedosas en la región; mientras que entre los grupos indígenas que se han mantenido más aislados, el mismo tratamiento de los temas podía resultar incomprensible o incluso insultante. Los informantes clave nos orientaron sobre la mejor manera para intervenir en estos casos.

Reconocer las características culturales propias de las comunidades indígenas con las que trabajábamos, resultó fundamental para poder establecer una interacción efectiva con ellas. Fue el respeto hacia su intimidad, hacia sus formas de entender su relación con su entorno, independientemente de que compartiéramos o no sus criterios de verdad o sus valores, lo que nos permitió acercarnos al reconocimiento de los canales por donde fluye la información, que son las vías ya establecidas en el funcionamiento social, por donde se trasmite la educación.

Estudiamos cuidadosamente los ámbitos de lo privado y de lo público, los cuales se manifiestan más allá de los espacios físicos. Por ejemplo, los temas sobre sexualidad no se pueden tratar de manera abierta con el mayor desenfado. Las personas que tratan los trastornos ginecológicos de las mujeres indígenas, sobre todo las parteras, no se refieren a los genitales por su nombre; dicen: “Estás mal de tu parte” (vagina); o: “El hombre se te subió (fornicaron, copularon, hicieron el amor)”. Tampoco hablan de las alteraciones ginecológicas de manera pública; se refieren a estas partes del cuerpo y sus funciones con la mayor discreción, incluso en voz baja.

Esta situación nos llevó a considerar a los grupos no sólo en cuanto a su ubicación geográfica, sino también en cuanto a los procesos

educativos de donde partían sus referencias e interpretaciones. Por ejemplo, tomamos en consideración el género, y esto no por motivos de orden biológico, sino por los procesos educativos en los que uno y otro sexo han estado inmersos. El factor género es menos determinante en grandes poblados, que en las comunidades propiamente indígenas de la sierra. En las zonas donde se concentraba la población indígena, decidimos emplear como vías de difusión de la información, los mecanismos ya establecidos por los pobladores, lo mismo que sus propios interlocutores. Éstos fueron elegidos con base en el prestigio del que gozaban en la comunidad. Decidimos, por ello, capacitar a las parteras, encargadas de tratar los temas relacionados con la ginecología, para que fueran ellas las que establecieran la interacción en el proceso educativo que iba a implementarse.

El problema del idioma fue otra barrera para el entendimiento, ya que la práctica del monolingüismo rebasó en ocasiones las perspectivas planteadas originalmente en la investigación, con base en los registros estadísticos hechos por el INEGI. Por ejemplo, en las poblaciones de Mixtla de Altamirano, el Instituto registra porcentajes de 50% de población monolingüe; pero en la práctica este porcentaje se eleva al 80 o 90%, debido a que la población bilingüe emigra por temporadas a otras regiones, sale en el día a trabajar hacia otros poblados, o se encuentra en las labores agrícolas. Al llegar a las comunidades, tuvimos dificultad para interactuar con la población. Para evitar los filtros que suelen ser los traductores y que restan mucha fiabilidad a la información, procuramos que ésta proviniera de personas bilingües. Cuando se requirió interactuar con personas monolingües de lengua indígena, los promotores de salud de la misma comunidad, así como los maestros rurales, fueron valiosos como intérpretes. En todo caso, una recomendación sería dedicarle un tiempo al aprendizaje de la lengua indígena y utilizarla como vía de comunicación con la población indígena monolingüe.

En el trabajo de campo encontramos varias prácticas de riesgo; las cuales jerarquizamos de acuerdo con su frecuencia en la región. Por ejemplo, indagamos en entrevistas a la población sobre su conocimiento acerca del condón, ofreciendo uno para medir —por medio de la reacción del entrevistado—, el desconocimiento, aceptación o rechazo.

Una vez reconocidas las prácticas de riesgo pudimos dirigir el modelo hacia los sectores o grupos sociales más expuestos, así como enviar los mensajes adecuados por las vías que podían resultar más naturales en el caso de la población indígena, y más atractivas para la población de los pueblos y ciudades.

Consideramos importante identificar con la mayor precisión posible las prácticas de riesgo, para no llevar un mensaje inadecuado a la población inadecuada; por ejemplo, no dedicar mucho tiempo a la difusión de información sobre el uso correcto de las jeringuillas (pensando en la transmisión del VIH/SIDA por vía parenteral), a una población donde era muy escasa la drogadicción por vía intravenosa.

La experiencia nos mostró que la elaboración de los modelos de intervención debía comenzar con una evaluación sobre el conocimiento que tenía la población de una zona respecto de los temas. En Zongolica, esto se hizo mediante entrevistas dirigidas, las cuales fueron diseñadas para la población en general, tanto de las comunidades indígenas de la sierra, como de los poblados y ciudades con los que interactuaban dichas comunidades. Para el caso de las ciudades grandes, restringimos la obtención de información a los sujetos con los que la población indígena mantenía prácticas de riesgo, como las sexoservidoras que trabajan en las proximidades del mercado al que la gente de Zongolica lleva a vender sus productos. Aplicamos, también, cuestionarios dirigidos a la población experta del área médica; tanto a médicos indígenas tradicionales, como a profesionales de la salud con formación académica: médicos, enfermeras y químicos, de los servicios estatales de salud (ISSSTE, IMSS, SSA) y particulares, que ofrecían sus servicios en Zongolica.

4.4. Resultados de la investigación

Los resultados de la investigación que se realizó en las comunidades indígenas nahuas de la sierra de Zongolica, fueron los siguientes: la evaluación del conocimiento que existía en la zona sobre las ETS y VIH/SIDA; el aporte metodológico que la práctica de campo hizo para facilitar la implementación de modelos socioeducativos de intervención, enfocados al combate de las ETS y VIH/SIDA; finalmente, el

diseño del modelo de intervención, que podría ser aplicable a otras comunidades indígenas.

Por lo que toca a la evaluación que se hizo sobre el conocimiento de las ETS y en particular sobre el VIH/SIDA en la región encontramos lo siguiente:

Había un gran desconocimiento en la zona sobre estos temas, no sólo por parte de las comunidades indígenas de la sierra, sino también de la población adulta de Zongolica, incluidos los maestros de primaria, y secundaria, y algunos de bachillerato.

En el caso de las comunidades más alejadas de la sierra, no usaban y ni siquiera conocían la palabra SIDA, y no existía traducción para ésta al náhuatl. Incluso entre las parteras, algunas de las cuales habían tomado cursos de capacitación para la atención del parto, se observó un gran desconocimiento del uso del condón, así como de las ETS.

En esos lugares, no se empleaba el condón en las prácticas sexuales, excepto como método de planificación familiar por parte de algunas familias inscritas en dicho programa, y a las que la SSA o el IMSS les daban un promedio de cinco condones al mes. La investigación mostró que era frecuente el uso incorrecto del condón entre las pocas personas que lo empleaban; por ejemplo, solían lavar y utilizar un mismo condón varias veces. En Zongolica, la práctica de hombres que tenían sexo con hombres era bastante frecuente, y pudimos registrar, mediante las entrevistas, que ésta se realizaba sin el uso del condón.

Nos pareció importante que el modelo de intervención no se convirtiera en propaganda hacia el uso del condón, sino que se fincara en mostrar el riesgo de contraer el VIH, de manera que el uso del condón sólo se presentara como uno más de los métodos para prevenir la enfermedad del SIDA. Tuvimos mucho cuidado en no confrontarnos con la población, y en no crear la idea de que estábamos promoviendo la práctica de la sexualidad. Nos restringimos a dar a conocer la enfermedad del SIDA, con el objeto de crear conciencia de riesgo, y tratamos el tema del condón como uno más de los métodos de prevención contra el SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual.

Dice Bonfil: “El tomar como unidad de estudio a la comunidad, ha conducido en ocasiones a que se menosprecie la importancia de las relaciones que la comunidad mantiene con el exterior. Esta tendencia se nota claramente en muchos trabajos de orientación indigenista, que consideran a las comunidades indígenas como sociedades aisladas, alejadas de la sociedad nacional; creemos que, al menos en muchos casos, este planteamiento es erróneo. Resulta indispensable comprender a las comunidades dentro de un marco mucho más amplio, regional, nacional y en ciertos aspectos internacional” (Bonfil, 1995: 178).

Por eso, vimos la necesidad de ampliar la acción de la intervención a la ciudad de Orizaba, ya que era común que los indígenas que iban de Zongolica a comerciar sus productos, contrataran los servicios de trabajadoras sexuales que se encontraban en la zona del mercado. Este hecho era especialmente importante, porque los registros del Departamento de Infectología de la SSA de Orizaba mostraban la existencia de trabajadoras sexuales infectadas con VIH.

Para evaluar el conocimiento que la población estudiada tenía respecto de las ETS y el VIH/SIDA, partimos de la identificación de las necesidades de los pobladores (entendiendo que éstas no son un estado de cosas o de carencias independientes de la percepción individual, sino una valoración que se tiene respecto de una determinada condición, de manera que lo que para unos puede ser una necesidad, puede no serlo para otros). En la comunidad estudiada, encontramos que recibir información sobre el VIH/SIDA no resultaba una necesidad, en términos de la conciencia de los mismos indígenas, pues su desconocimiento de la enfermedad era en muchos casos absoluto, y por lo mismo no tenían percepción del riesgo. En la medida en que fuimos dando a conocer la existencia del VIH/SIDA, sus causas y sus consecuencias, el proceso mismo de la investigación fue creando la conciencia de necesidad en la comunidad.

De hecho, la intervención propiamente dicha comenzó desde que fue percibida la necesidad de información. Si bien antes de realizar el trabajo de campo comenzamos a plantearnos las modalidades que la intervención podría tener, nuestras primeras ideas cambiaron después de éste.

Dentro de los aportes metodológicos, se pueden mencionar las reflexiones que surgieron en el desarrollo de la investigación. Por ejemplo, al aplicar los cuestionarios vimos la necesidad de no restringirnos a las preguntas que habíamos preparado para los entrevistados, sino dar continuidad a los temas cuando éstos podían aportar más información. De esta manera, rebasamos el formato de la entrevista, que pasó a ser una conversación. Esto nos llevó a una mayor y mejor obtención de la información, ya que en la medida en que el entrevistador se gana la confianza del informante, deja de ser un captor de información, y se convierte en un interlocutor con quien se dialoga. Las entrevistas pasaron a ser de dirigidas a semidirigidas, lo que las hizo más extensas, pero también más fidedignas.

También fue importante que en las entrevistas no se emitieran juicios de valor, para no influir en la opinión del entrevistado. Al entrevistar a sujetos especialistas en el área de salud —fueran éstos médicos, enfermeras, químicos, curanderos o parteras—, las preguntas no cuestionaron su práctica profesional o su conocimiento sobre la materia. Las preguntas partieron del supuesto de que ellos eran conocedores, y se les interrogó básicamente respecto del conocimiento que tenían acerca de los sujetos con quienes interactuaban.

Durante el proceso de investigación, fue importante tomar en consideración la observación que se hace en el artículo “Las campañas contra el SIDA en México” (*Sal Pub Mex* 1995: 6), relativa a que si bien la educación es un elemento para combatir la epidemia, el conocimiento que se deriva de la información no es suficiente para modificar las prácticas de riesgo; sino que es necesario crear un sentido de percepción del riesgo, y la conciencia de que la prevención depende de cada uno.

Fue importante reconocer el espacio de lo privado en el que los sujetos atienden asuntos relacionados con su sexualidad, mediante un trato que es generalmente personalizado, a menos que se quiera difundir información general. El hecho de emplear a las parteras para dar información a las mujeres, nos permitió que la conciencia de percepción del riesgo y de prevención, tuviera este carácter personalizado. Confirmamos que la percepción y la prevención son asumidos más fácilmente si la información llega mediante un sujeto que goza de prestigio y reconocimiento por parte de la comunidad.

En las comunidades indígenas —particularmente en las que, como Zongolica, son importantes expulsoras de migrantes, los cuales van a vender su fuerza de trabajo al Distrito Federal, o a los campos agrícolas, muchos de ellos en la frontera de México con Estados Unidos—, son sobre todo los hombres quienes realizan prácticas de riesgo fuera de la comunidad. (En el trabajo de campo, fueron identificados grupos de indígenas que migran por temporadas al Distrito Federal para vender su fuerza de trabajo como trabajadores de la construcción; algunos de los cuales nos hicieron saber que era común entre ellos el frecuentar trabajadoras sexuales.) Por ello, pensamos que los modelos de prevención deberían estar enfocados principalmente hacia ellos, a quienes habría que capacitar para que percibieran el riesgo de contraer ETS o el VIH, y adquirieran conciencia de prevención. Lo anterior no quiere decir que no sea importante transmitir información a las mujeres. Al contrario, el modelo hace llegar primero la información a éstas.

Para el caso de la transmisión de la información a la población indígena de las comunidades de la sierra, el modelo partió de la capacitación que se dio a las parteras, en quienes generamos la conciencia de riesgo acerca de la epidemia del VIH/SIDA que amenazaba a su comunidad, y la conciencia de responsabilidad sobre la importante labor que tenían que realizar como trabajadoras de la salud para enfrentarla. Recurrimos a motivaciones afectivas. Las parteras informaron y capacitaron en el uso adecuado del condón a las mujeres que acudían a ellas. Las mujeres, a su vez, capacitaron a sus maridos en el uso del condón con el argumento del control de la fecundidad, pero en realidad con conciencia del uso profiláctico que el condón tiene para prevenir ETS y VIH/SIDA.

Como las mujeres no sólo son esposas, sino que también son madres, pueden recomendar a sus hijos, que a su vez son esposos, el uso del condón. Una mujer no puede darle a su esposo que salen de la comunidad a trabajar por temporadas a otros lugares, condones para que se proteja cuando realiza prácticas sexuales, ya que esto equivaldría a consentirlas. En cambio, la madre sí puede hacerlo, pidiéndole que se proteja, para que cuide así a su familia, de la que ella forma parte.

Partera => Mujer (madre-esposa) => Hombre (esposo-hijo)

Desde el inicio pensamos que no debíamos centrar nuestra atención en los materiales y los métodos pedagógicos que se utilizarían en la interacción, sino en desvelar los canales ya establecidos que funcionaban para la transmisión de la información. Pensamos que el respaldo que proporcionarían a este trabajo los sujetos clave que gozaban de prestigio en la comunidad, era más importante que los medios para hacer comprensible la información.

El modelo de intervención se elaboró pensando en las personas que garantizaban su permanencia, garantía que sólo podían dar las instituciones que funcionaban de manera regular en la comunidad, principalmente las tradicionales. Así, se aprovecharon las estructuras que ya funcionaban al interior de la comunidad para la transmisión del conocimiento, utilizándolas como vía para difundir la información. Para garantizar que las vías eran las adecuadas, se eligió a aquellas que gozaban del reconocimiento de la comunidad. Los materiales se diseñaron después de acuerdo con dichas vías.

El momento decisivo del proceso de percepción del riesgo y de la comprensión de la importancia de la prevención traducida en cambio de prácticas, se dio cuando se efectuó la interacción en el ámbito de lo privado, con un trato personalizado que facilitó la creación de una conciencia donde quedaba claro que la prevención dependía de cada individuo.

También decidimos proporcionar la información en los espacios que los diferentes grupos de la comunidad ocupaban en su cotidianeidad, y no necesariamente en la clínica, vista tradicionalmente como el espacio idóneo para hacer llegar la información. Pensamos que en las comunidades serranas de Zongolica, los carteles sobre el SIDA debían colocarse en las tiendas donde se vendían bebidas embriagantes, como aguardiente, pues en ellas los hombres adultos se reunían con suficiente tiempo para platicar y los comentaban. Para que esa dinámica se mantuviera, los carteles se cambiaban con cierta frecuencia.

Para el caso de la población de Zongolica, trabajamos principalmente con las parteras de ese poblado y con estudiantes. Éstos recibieron información en sus escuelas, mediante la proyección de documentales seguidos de sesiones de preguntas, y de la distribución de

impresos sobre el VIH/SIDA. También colocamos carteles en los lugares que los jóvenes frecuentaban.

Al realizar el trabajo de campo, encontramos algunos intentos de hacer llegar información educativa a las comunidades indígenas —sobre otros temas, como el de la seguridad—, por medio de carteles donde se traducía al náhuatl la información que se quería transmitir. Esta estrategia no tomaba en consideración que el náhuatl escrito se basa en el sistema alfabético; por lo tanto, cualquier persona que sepa leer en náhuatl, sabe leer en español. Del mismo modo, una persona analfabeta lo es en español y en náhuatl, consideración importante si tomamos en cuenta que en algunas de las comunidades de la sierra el analfabetismo entre mayores de 15 años llega a 75% de la población total.

El proceso de investigación nos llevó a corroborar que la transmisión oral es el medio que los pueblos indígenas utilizan, y han utilizado desde la época prehispánica, para transmitir el conocimiento y para construir la memoria colectiva, que es, a su vez, lo que da sentido de continuidad a su existencia.

“Una de las características que distingue a las culturas orales es que en sus cantos domina la acumulación sobre el análisis, la superposición y amalgamamiento de los eventos, antes que la presentación lógica de los mismos. La tradición oral es proclive a la redundancia, y también estimula el discurso florido y la verbosidad. La cultura oral repite continuamente los mismos temas para mantener la continuidad del relato” (Florescano, 1999: 225).

Junto con la transmisión oral, el lenguaje corporal, las actitudes y los actos rituales son la base de la transmisión de la memoria indígena. Estos mecanismos de transmisión de la memoria indígena, se conjugan magníficamente en el ritual llamado Xochiltlalli, que es una ceremonia de petición y agradecimiento a la Madre Tierra. Ésta provee a los campesinos de alimentos y reintegra su salud, a cambio del ofrecimiento que éstos le hacen de café, tabaco y aguardiente, los cuales vierten sobre ella, además de sahumar, frente a una cruz cubierta de flores, a la misma tierra y a los participantes, al tiempo que pronuncian un largo discurso florido.

“Uno de los rasgos más constantes de la memoria indígena es su oralidad, la cualidad de transmitirse en forma hablada de un individuo a otro. Esta naturaleza de la memoria indígena explica su tendencia a la repetición, su obsesión por contar una y otra vez la misma historia para conjurar el riesgo del olvido. De ahí, también, su tradicionalismo en las técnicas y formas de transmisión” (Florescano, 1999: 322).

Un material interesante que se obtuvo de esta investigación, fue la traducción al náhuatl del video “Más Vale Prevenir”, que relata la historia de unos migrantes y los peligros de las prácticas de riesgo, material que ya existía en español y que fue diseñado para población rural. La traducción al náhuatl de este video se logró gracias a la cooperación del Instituto Nacional Indigenista, mediante la radiodifusora Radio Zongolica. Este material facilitó la transmisión de la información a las comunidades indígenas monolingües, y su buena aceptación podría indicar la conveniencia de traducirlo a otras de las principales lenguas indígenas del país.

4.5. Bibliografía

- Álvarez Santiago, H. (1991). *El Xochitlali en San Andrés Mixtla, ritual e intercambio ecológico entre los nahuas de Zongolica*. México: Gobierno del Estado de Veracruz.
- Bonfil Batalla, G. (1994). *México profundo, una civilización negada*. México: Grijalbo.
- Bonfil Batalla, G. (1995). *Obras escogidas de Guillermo Bonfil*. Tomo I. México: INI, INAH, Dirección General de Culturas Populares, CONACULTA, Fondo Nacional de Fomento Ejidal, CIESAS.
- Caso, A. (1971). *La comunidad indígena*. México: SEP/SETENTAS.
- Dávalos Marcela (1996). "El ocaso de las parteras". *Cuicuilco*, 2(6), enero-abril.
- Florescano, E. (1999). *Memoria indígena*. México: Taurus.
- Pérez-Campanero (1994). *Cómo detectar las necesidades de intervención socioeducativa*. Madrid: Narcea Ediciones.
- Sangrador García, J.L. (1996). *Identidades, actitudes y estereotipos en la España de las autonomías*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

5. Los tarahumaras: ¿grupo de bajo riesgo?

Jesús Vaca*

5.1. El país

En los primeros años del siglo XXI, México se caracteriza por una dinámica social, política, económica y culturalmente compleja. Los cambios ocurren con celeridad y los retos que éstos generan se agudizan ante las dificultades del momento y en virtud de nexos cada vez más fuertes con las economías de otros países. Pero esta dinámica social no sólo se da en razón de su rapidez de patrones de cambio, sino también responde a una pluralidad de situaciones de diversidad cultural interna, de estilos de vida, de capacidades económicas etcétera. Es también resultado de un desarrollo institucional que se ha forjado a lo largo de más de 180 años de vida independiente y de nueve décadas de iniciada la Revolución.

Historia y circunstancias, vida independiente y mundialización, modernidad y tradición, bonanza y desigualdad, justicia y equidad, seguridad e incertidumbre, son factores que fraguaron, en su momento, al inicio de la década de los ochenta y agudizada a mediados de los noventa del siglo pasado, una de las crisis más significativas del país. Crisis que se manifiesta entre otros factores por una elevada deuda externa, por desequilibrios del aparato productivo y distributivo, por insuficiencias en el ahorro interno y escasez de divisas, y por desigualdades en la distribución de los beneficios del desarrollo. Algunas de estas manifestaciones se traducen, entre otros aspectos, en:

* M. C. Psic. Departamento de Investigación, Escuela Libre de Psicología A. C. Correspondencia: jesus-vaca@excite.com

- Rezago relativo del bienestar en amplios grupos de población en el campo, y generación de corrientes migratorias en busca de oportunidades de empleo en las áreas urbanas y fuera del territorio nacional.
- Presencia de obstáculos para aumentar el bienestar de los grupos sociales más desfavorecidos (básicamente obreros, campesinos e indígenas), referidos a la atención de factores básicos: alimentación, vivienda, educación y salud.
- Permanencia también de agudas diferencias entre regiones del país en la mayoría de los aspectos sociales.
- Persistencia de la dualidad demográfica rural-urbana y consecuentemente, dificultades para la dotación de servicios básicos (Rodríguez, 1996).

La dinámica demográfica implica una serie de demandas y requerimientos de salud y seguridad social de la población del país. El ritmo y el volumen de crecimiento, la composición por grupos de edades, la distribución geográfica de la población, la esperanza de vida, entre otros factores, se traducen en presiones a los servicios de salud y de seguridad social, que organizan y desarrollan servicios, tanto por la demanda individual, como por los requerimientos colectivos en aras de mejorar la calidad de la vida de la población.

5.2. Aspecto indígena y sociodemográfico

De acuerdo con el censo de 1990, en el territorio mexicano se localizan, oficialmente, 68 grupos indígenas distribuidos en 545 municipios que representan 22.7% del total de municipios en el ámbito nacional. 93% de la población indígena se ubica en las regiones centro, sur y sudeste de la República Mexicana, y una de las características típicas de estos asentamientos es la dispersión: siete de cada diez de los indígenas, viven en alguna de las 156,602 localidades de menos de 2,500 habitantes. Existen localidades muy pequeñas donde viven menos de diez habitantes y otras que cuentan con varias centenas de pobladores.

Aproximadamente 90% de los municipios indios se encuentran en condiciones de extrema pobreza, y con los niveles más bajos de bienestar social en relación con el resto de la nación (INEGI, 1998).

La presencia del indio en la conciencia mexicana reviste formas contradictorias. Guillermo Bonfil (1982) sostiene que el discurso oficial “va del pasado glorioso al presente redimible”. Según los sectores sociales que lo juzgan, el indígena es obstáculo a la modernización, recurso de fotografía turística, sinónimo de múltiples incapacidades, objeto de burla o misericordia, amenaza de subversión, masa manipulable, vergüenza, lastre, curiosidad y, siempre, alteridad.

Los indígenas, por su parte, ajenos e ignorantes del destino que se les ha asignado, tercamente se empeñan en pervivir, en permanecer. “Peor todavía, —prosigue Bonfil—, ciertos grupos (mayas, zapotecas, tzeltales, tarahumaras, pimas...) afirman con voz cada vez más fuerte que quieren seguir siendo indios, que están dispuestos a conservar su lengua, que lucharán por alcanzar control total de sus espacios y recursos, y que desean representación propia en los cuerpos legislativos del aparato gubernamental. Se sienten orgullosos de su identidad india. ¡El escándalo! Unos los acusan de pugnar por privilegios étnicos incompatibles con la unidad nacional, ahora sí amenazada; otros, de intentar desviar la lucha revolucionaria que no admite más afiliación que la de clase obrera; para unos más, son voces ventrilocuales y obedecen designios inconfesables. Cualquiera que sea la escala que se use para medir la desigualdad en México, los indios, en el campo y la ciudad, siguen hasta mero abajo” (*ibid*).

En la mayoría de estas culturas indígenas, el conocimiento que se detenta sobre la vida, la salud, la enfermedad y la muerte es el sustrato intelectual, en el que se forjan prácticas cotidianas para resolver problemas generales de la supervivencia individual y grupal. Los perfiles particulares de cada cultura, conforman relaciones, múltiples contradicciones, costumbres, rituales y procesos simbólicos, que determinan formas de comportamiento y de creencias entre los miembros de una cultura, para definir criterios de pertenencia e identidad y, aun cuando aspectos de esa realidad compartida se encuentran vigentes en muchas culturas, conviene no hacer extrapolaciones sin sentido, pues las aplicaciones de dichos principios

pueden variar de grupo en grupo por razones y circunstancias igualmente distintas.

5.3. Mortalidad

Según datos del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (5), más de 80% de los padecimientos que con mayor frecuencia se presentan entre los pueblos indios, tienen que ver con enfermedades de origen infeccioso asociadas a importantes carencias nutricionales. Con respecto a la mortalidad general, la tasa nacional, de 5.8 defunciones por cada mil habitantes, se eleva en los municipios indígenas hasta 8.6; y 26% de los afectados son niños menores de cinco años. Hasta 1992, las ocho primeras causas de mortalidad general, por orden de frecuencia, eran:

1. Enfermedades infecto-intestinales
2. Enfermedades del corazón
3. Neumonía y gripa
4. Accidentes
5. Tumores malignos
6. Sarampión
7. desnutrición
8. Cirrosis hepática

5.4. Los rarámuri

Al suroeste del estado mexicano de Chihuahua, con 247,087 kilómetros cuadrados de superficie —que representa 12.53% del territorio nacional— habitan los rarámuri, también conocidos como tarahumaras o tarahumares. Viven en regiones inhóspitas, en el fondo de gigantescos valles y cañones como la barranca de Urique o el de la Sinforosa. Una hipótesis plantea la posibilidad de que descendan del grupo uto-azteca o uto-nahua, que llegó de los Estados Unidos para establecerse en el valle de México hace cerca de dos mil años. Un reducido número, los actuales rarámuri, se habrían quedado en el territorio que ahora ocupan y comparten con otros tres grupos étnicos (o'oba, warojío y o'dam). Su población se estima en aproxima-

damente 100,000 habitantes, de los cuales alrededor de 3,000 habitan en la ciudad de Chihuahua.

“Tarahumar” o “tarahumara” es una castellanización del nombre indígena que, etimológicamente, de acuerdo con la versión más aceptada, significa “planta” (del pie) “corredora” o “pie que corre”. Todos los tarahumaras serranos y barranqueños se encuentran distribuidos en 26 municipios del estado de Chihuahua, que comprenden 75,391.05 kilómetros cuadrados.

Los tarámuri son de complejión vigorosa, con una estatura promedio de 1.65 metros en el hombre, y 1.58 en la mujer. Entre ellos, predominan la tez bronceada, los pómulos salientes, la frente despejada, la nariz recta, el mentón huidizo, los ojos oscuros de penetrante fulgor y la mirada de largo alcance. Tienen abundante cabellera lacia y negra; son lampiños de barba y con escaso pelo en el cuerpo. En ellos, es rara la canicie y más rara aún la calvicie. En general, tienen un físico armonioso y bien proporcionado; son resistentes al trabajo pesado, aparentemente saludables, de paso firme y decidido.

Del tarahumara, dice el antropólogo Luis González Rodríguez (1994): “[...] si antiguamente aceptaba la poligamia, en la actualidad es más bien monógamo. Como en otras partes se dan infidelidades matrimoniales, separaciones, divorcios de hecho y nuevos matrimonios, y hay tarahumaras que tienen varias mujeres, aunque de ordinario no cohabiten en el mismo techo. Se dan también casos de desviaciones sexuales: mujeres lesbianas y hombres afeminados que conviven como marido y mujer”.

Y comenta de su alimentación: “La base de la comida tarahumara es el maíz que utilizan de muchas maneras y cuyas cualidades conocen maravillosamente [...]. Además hacen una bebida de maíz fermentado, el *teswino*, *batári* o *suwiki* en tarahumar [...] Esta bebida, de grado alcohólico bajo, es la más tradicional y popular en toda la Tarahumara [...] Su importancia deriva de que la usan para todo: en la vida familiar, social, política y religiosa. El teswino gusta a los vivos, a los muertos y a los dioses, a los recién nacidos y a los ancianos, a los hombres y a las mujeres [...] Mucho se ha escrito sobre las “teswinadas” de los tarahumares, es decir sobre sus borracheras colectivas y sobre los desmanes que en estas ocasiones se cometen. Sin embargo,

generalmente se les ha dado una connotación peyorativa. El teswino es un elemento vital en la sociedad tarahumara: en la vida política, religiosa y familiar. Y el tarahumar genuino nunca se emborracha solo, ni a ocultas; su embriaguez es ritual, y siempre tiene un motivo, aceptado en su cultura” (González Rodríguez, 1994).

5.5. La salud y la enfermedad como fenómenos culturales

La relación entre el ser humano y las fuerzas sobrenaturales se encuentra, para mucha gente, en la base de la interpretación del estado de salud o de enfermedad, que están en función, respectivamente, de la armonía o la disonancia entre estos dos componentes. Por ejemplo, entre los navajos está difundida la creencia de que la curación de un enfermo consiste en el restablecimiento del equilibrio (que ellos propician con varios rituales y ceremonias) entre el paciente, el grupo social y el espíritu universal. Una concepción similar se observa en la India, donde para recobrar la salud, un individuo debe conciliarse antes con las fuerzas supraterrrestres. Unos y otros interpretan la enfermedad como una “crisis moral” y física entre el hombre y lo trascendente.

La enfermedad, escribe Imelda Ana Rodríguez (1995: 3): “[...] es un abismo por el que asoma el espíritu de una cultura. Lejos de ser un episodio individual, la enfermedad es una manifestación de la vida asociada a un estado de carencia irreconciliable con la idea de plenitud de la existencia”.

Es condición de dolor y desamparo, es experiencia que vulnera y hace creer en todo lo que sea posible para explicarla y conjurarla. Es una herida que penetra el cuerpo y la conciencia, dejando huellas en la palabra y cicatrices en la historia. Sin lugar a dudas, la enfermedad del hombre tiene un orden en la cultura, es representación de consecuencias significadas en la que coexisten experiencias probadas y saberes en duda, pero ambos comprometidos con la voluntad de conocer y dominar el miedo. No debe ignorarse, la enfermedad está siempre presente en la conciencia de lo colectivo.

Sobre el desarrollo y transcurso de una enfermedad tiene influencia el concepto de “salud” que posee cada cual y que es propio de la

comunidad, así como la aceptación del evento morboso. También las creencias religiosas juegan un papel decisivo en el proceso salud-enfermedad y viceversa.

Las tradiciones, las creencias religiosas y parareligiosas, las supersticiones, estereotipos, prejuicios y en general, los valores culturales de un pueblo, asumen un papel preponderante no sólo en la explicación de la enfermedad sino también en su prevención. Si se cree, como los africanos samburu de Kenia, que todas las enfermedades son una especie de veneno introducido en el organismo que se debe expulsar cuanto antes, se comprende que los purgantes hechos con plantas medicinales sean una panacea para cualquier estado enfermizo. En la aglutinante civilización occidental, la salud es uno de los valores más apreciados y se le asocia casi siempre a la estimación de otros valores: belleza, felicidad doméstica, dinero, atracción sexual, bienestar físico y psíquico.

Estos pocos ejemplos sugieren que la salud y la enfermedad se deben ver según una óptica que es mucho más amplia y compleja que la puramente biológica. Ahora, si la salud o la enfermedad revisten o no componentes sociales es cosa que raramente interesa al médico —o a otros muchos practicantes de las ciencias que abordan el tema de la salud—, quienes tienden, en palabras de López (1987: 14), a “biologizar lo social sin reconocer su especificidad propia”.

Sin embargo, los elementos sociales y culturales no sólo influyen en el desarrollo y evolución de la enfermedad, sino que tiñen toda la relación médico-paciente, que “aparece profundamente condicionada por la ideología profesional y clasista de los curadores” (Menéndez, 1979: 199).

Estudios multiculturales (Mechanic, 1978) han encontrado diferencias entre mexicano-americanos, judío-americanos y otros grupos; han documentado la tendencia al soporte estoico del dolor y la enfermedad en algunas culturas, como en aquella con ascendencia mexicana; y han concluido que las diferencias muestran el poder de los efectos de socialización de la enfermedad y el rol del enfermo en cada una de las culturas. Los grupos culturales tienen diferentes valores sobre el manejo de la enfermedad y en consecuencia, de las conductas preventivas. Además, la percepción de la salud es influida por valores

generales de salud y creencias específicas acerca de la vulnerabilidad a determinada enfermedad y la seriedad de las consecuencias de ésta. Un buen número de estudios sostiene que los modelos de creencias de salud de cada grupo social, explican diferentes fenómenos, por ejemplo, las diferentes razones por las que las personas utilizan los servicios médicos.

El médico occidental se presenta ante el enfermo no sólo como un individuo portador de valores culturales y condicionado por ellos, lo que es en cierto sentido lógico, sino como el prototipo de la intransigencia, lo cual es grave.

Aquella antigua advertencia de que al individuo había de vérselo como una unidad bio-psico-social, ha sido apresuradamente sepultada y sin honores. El componente biológico, afirma Mario H. Ruz, (1983: 144) “[...] fue entronizado y proclamado el *factotum* de la cualidad humana, pues si bien se reconoce que la integridad armónica del hombre está dada por los tres factores mencionados, curiosamente se le niega tal calidad al enfermo, al tratar de ignorar que es también sujeto de funciones socioculturales”.

En la actualidad, son cada vez más numerosos los estudios tendientes a resaltar las diferencias entre las denominadas medicina popular o tradicional, y la medicina científica, occidental o universitaria. En dichas investigaciones, destaca el análisis de los diferentes papeles que cumplen los respectivos “profesionales de la salud”, y cómo puede observarse y leerse la relación médico-paciente, la cual reviste importantes variaciones en una y otra medicina.

La relación establecida entre el profesionalista con entrenamiento occidental y el enfermo indígena es básicamente una relación vertical, en la que el autoritarismo y una actitud de pretendida superioridad marcan la pauta. Aquél se presenta como el propietario único y legal del saber médico, que se enfrenta a un individuo que no sabe y no debe saber nada al respecto, y que, por otra parte, es incapaz de comprender su propio proceso de salud-enfermedad. Por ello, el médico no debe perder el tiempo en explicaciones, sino limitarse a dar órdenes que, cuales dogmas, deben ser ciegamente obedecidas.

Aunado a este racismo sociocultural (el médico siempre se conceptúa como perteneciente a un estrato social superior, casi emparentado con la divinidad: “curar es arte de dioses”). Hay, también, una serie de instancias económicas hábilmente manipuladas por los grupos dominantes y en las que el galeno participa. Así pues, si ha perdido la categoría de artista se ha ganado, a pulso la de comerciante.

El facultativo, entendiéndose médico, experimenta cierta animadversión contra el paciente común al percibirlo imbuido de múltiples conceptos extraños a su propia concepción “científica” de la enfermedad. Esta actitud se traduce en franco rechazo ante el indio, el cual no sólo está permeado de conceptos particulares, sino que vive inmerso en un ambiente sociocultural que lo sustenta y fortalece día tras día. En ocasiones el médico no profundiza en tales conceptos simplemente porque “no es capaz de registrarlos” (Hurtado, 1973: 8).

Para Timio, tal actitud está prohijada por la ignorancia, ya que el médico pocas veces se interesa por hacer algo más que “curar” la parte enferma del individuo, sin poner atención al individuo enfermo como una totalidad. Es pues necesario que el terapeuta esté culturalmente capacitado para poder identificar mejor los componentes no biológicos del enfermo y valorarlos en su justa medida; ello le permitirá avanzar en la concepción del paciente como una totalidad (Timio, 1980: 24).

Un factor limitante en tal proceso lo constituye, sin duda, el idioma. Por lo general, los médicos que trabajan en comunidades indígenas o en centros mayores a donde los indígenas acuden, son pasantes en servicio social que poco tiempo e interés tienen en aprender la lengua local, considerada erróneamente como “dialecto”, lo cual sería una muestra más de la situación de inferioridad del indio. El médico que trabaja en comunidades indígenas, debería aprender la lengua, o al menos los aspectos primordiales de ésta, pero eso sería sólo un inicio. Tras ello, el médico tendría que tratar de comprender los factores culturales propios del grupo, lo que le permitiría, en cierta medida, entender y atender mejor a su paciente.

Algunos estudios tendientes a comprender la medicina de los grupos indígenas de América Latina se han limitado, por lo general, a minuciosas descripciones de la herbolaria o las prácticas rituales. Otros, por su parte, demasiado entretenidos en realizar investigaciones

estadísticas, han comprobado una y otra vez el precario estado de salud de las que el maestro Gonzalo Aguirre Beltrán bautizó “zonas de refugio”.

5.6. Salud-enfermedad y vida indígena

Los problemas de salud han sido atendidos a través de tres tipos de instituciones: las de seguridad social, las asistenciales y las privadas. De acuerdo con el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), las de seguridad social sólo cubrían en 1994 a 35% de la población (Sepúlveda, 1993). En los demás casos, se desconocía la cobertura. Esa misma dificultad de medir la salud ha conducido a estudiarla a través de los estados que de ella se desvían: enfermedad, incapacidad o muerte.

Por otra parte, y siguiendo con cifras, el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) y el Instituto Nacional Indigenista (INI) afirman que la población indígena de nuestro país es de aproximadamente 10 millones de personas que, a su vez, representan a 10% de la población total. Pero es necesario tomar en cuenta que, para los conteos censales, el criterio que determina la nominación de población indígena es sólo el habla de la lengua indígena entre la población mayor de cinco años. Por ello, será difícil redondear una cifra sobre el número de indígenas en el país, mientras no seamos capaces de reconocer su enorme aportación al crecimiento cultural, económico y social, y mientras sólo los estudiemos como curiosidades antropológicas.

Por otro lado, las frecuentes migraciones rurales indígenas modifican la composición social y las expresiones culturales de la población receptora, pero no por ello los inmigrantes dejan de ser indígenas al entrar en contacto con la urbe. Estas aportaciones de migrantes rurales hacia las principales ciudades no son absorbidas por las mismas; al contrario, son más bien excluidas hacia la periferia y municipios aledaños. Es en las comunidades marginadas donde se siguen reproduciendo las familias de indígenas, y éstas mantienen costumbres, relaciones y formas de vida en general que les atañen de manera particular (Sepúlveda, 1993).

5.7. Migración indígena-rarámuri

Chihuahua capital es uno de los tres principales municipios expulsores de la migración indígena y al mismo tiempo uno de los principales receptores de familias tarahumaras. De la población indígena que el INI censó a principios del 2001, 32% era originaria del municipio de Carichí —principalmente de las comunidades de Huahuachérare y Naráachi—; otra tercera parte provenía del municipio de Guachochi, y el resto correspondía a los rarámuri nacidos en esa misma ciudad. La migración indígena tiende a ser distinta a la de los no indígenas. En la primera “[...] se da un traspaso de las líneas de su territorio natural a un área extraña, ajena” (Molinari, 1979: 30).

Fue en los años setenta cuando el fenómeno de la migración indígena a las ciudades aumentó grandemente. En las migraciones indias prevalece el carácter de temporalidad, por lo que conservan sus lazos de parentesco y de amistad o compadrazgo con la comunidad. Incluso, viajan con toda la familia a su comunidad original o permanecen en contacto con ella por medio del periódico envío de dinero a los afectos que dejaron en el lugar de origen. La edad de 73% de los migrantes tarahumaras oscila entre los cero y los 29 años. Los rarámuri asentados en las principales ciudades del estado son jóvenes, de acuerdo con un estudio de González Baeza (1997: 13), realizado tres años antes que el estudio del INI, pues 76% de ellos tenían en ese momento en promedio menos de 35 años, y sólo 9.4% tenían más de 46 años.

Los municipios que algunos investigadores (Molinari, 1979: 56 y Vaca, 1998: 9-10) destacan como los mayormente expulsores de habitantes de esta etnia son Guachochi, Carichí, Bocoyna, Nonoava y Batopilas. Y las seis ciudades preferidas por estos migrantes son, también por orden de presencia: Ciudad Juárez, Chihuahua, Hidalgo del Parral, Cuauhtémoc, Camargo, Delicias y Ciudad Madera.

5.8. Repercusiones de la migración rarámuri

El aspecto económico vuelve a explicar, en parte, la migración desde la sierra tarahumara a las ciudades chihuahuenses: la pobreza de los suelos, la carencia de tierras, la falta de lluvias, y las pocas o nulas oportunidades de empleo, sumadas a la demanda de fuerza de trabajo

en la ciudad, ya sea en los ranchos agrícolas aledaños a ella o en la industria de la construcción.

Las expectativas de los indígenas han cambiado, y la migración es hoy una de ellas. La educación formal es otro elemento de aliento de los movimientos migratorios; en muchas escuelas rurales o de educación bilingüe, se habla a los niños de la vida de las ciudades: los servicios, las comodidades, y la recreación, lo que despierta en ellos curiosidad por conocerlos. La mayoría de los migrantes tarahumaras, desde niños han acompañado a sus padres a la ciudad en búsqueda de trabajo, costumbre que también influye en su posterior movilidad geográfica.

Martha Ramos (1997) señala varios motivos y factores, expresados por los mismos tarahumaras, para emigrar a las grandes ciudades. Algunos de ellos son económicos: hambre e imposibilidad de obtener trabajo; otros, sentimentales: básicamente la pérdida de un ser querido; y otros motivos varios: las presiones psicológicas, la costumbre, la imitación, la búsqueda de mejoras educativas, la curiosidad y el prestigio.

De igual forma, Ramos (1997: 66-67) detecta una serie de mecanismos que favorecen la migración de los rarámuri, tales como vías de comunicación y accesibilidad a las urbes, haber tenido contactos previos con las ciudades a donde se emigra, tener parientes o conocidos que proporcionen seguridad y familiaridad en el nuevo medio, contactos para encontrar trabajo, el *kórima*, actividad tradicional, y no muy sencilla de describir, que proporciona seguridad de no morir de hambre o enfermedad si no se tiene un ingreso económico. (Se necesitaría un ensayo especial para entender, en esencia, el significado lingüístico, social y cultural del concepto, el cual desacertadamente se interpreta como “limosna”.)

Al emigrar, el rarámuri se aleja de sus leyes, su sistema tradicional, su hábitat natural, sus amigos, sus ritos y sus bosques, lo que puede repercutir en un deterioro de su ámbito emocional, y esto, a su vez, en aspectos de pérdida del idioma y la identidad, y asimilación a la sociedad mexicana mayoritaria.

Aunque en algunos lugares los rarámuri son ahora más sedentarios que antaño, algunas familias poseen terrenos de cultivo en distintos si-

tios, y se desplazan de acuerdo con los ciclos agrícolas, lo que da lugar a la existencia de dos o más viviendas por familia. Además de los ancestrales desplazamientos cíclicos entre la sierra alta y las barrancas tropicales, las corrientes migratorias que se dan en la región tienden a ser de dos tipos: internas, principalmente hacia ciudades del estado, más desarrolladas desde los puntos de vista tecnológico, comercial y urbano; y externa, hacia otros estados del país o a los Estados Unidos. Los rarámuri se desplazan principalmente a la capital del estado o hacia las poblaciones de mayor producción agrícola como Delicias, Parral, Cuauhtémoc o Camargo. En estas últimas ciudades la migración tiende a ser temporal, mientras que quienes llegan a la ciudad de Chihuahua tienden a hacerlo de forma más permanente, sin perder del todo su contacto con la comunidad o el “municipio expulsor”.

La migración de rarámuris hacia las medianas y grandes urbes del estado se nota cada vez más; sólo en la capital de estado existen “oficialmente” seis asentamientos con fronteras bien delimitadas, que albergan alrededor de 2,000 individuos, de los que casi un millar son visitantes ocasionales, que deambulan por las calles o trabajan en casas de gente mestiza.

Es importante señalar el hecho de que gran parte de los migrantes a la ciudad de Chihuahua —aproximadamente 90% de ellos de acuerdo con Iturbide y Ramos (1991)— han acompañado desde niños a sus padres en sus distintos arribos a la ciudad, por lo cual también esa costumbre influye en la movilidad geográfica.

Al emigrar hacia la urbe, el rarámuri vive entre dos focos primordiales de conflictos e intereses; pero el haber tenido contacto anterior con el medio citadino le proporciona cierta familiaridad para poder moverse por la metrópoli, así como para su ajuste inicial. En este punto, es conveniente insistir en la importancia que tienen los lazos de amistad y parentesco para la elección del punto de destino, ya que la existencia de amigos o familiares le proporciona cierta seguridad de contar con una vivienda donde alojarse, un núcleo social de convivencia y un contacto para encontrar trabajo. Todo esto induce a destacar el papel que juega el cambio cultural en la posible adopción de conductas de riesgo del grupo dominante o mayoritario, que pueden orillar a contraer el síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

Un reciente estudio llevado a cabo en Chihuahua por personal de la delegación estatal del Instituto Nacional Indigenista, con datos más precisos pero no contrapuestos a los descritos anteriormente, reportó la estratosférica cantidad de 134 asentamientos tarahumaras, sólo en la ciudad de Chihuahua, los cuales comprenden, claro está, desde viviendas con una sola familia hasta asentamientos con muchas personas. Los investigadores del INI, coordinados por Laura Zapata, reforzaron lo descubierto por otros estudios (Vaca, 2000; Vaca y Gameros, 1999; Luna, Breugelmans y Vaca, 1998). Uno de estos estudios señala, además, algunas causas de la pérdida del idioma rarámuri en la capital de Chihuahua, la principal de las cuales es que ésta no es ahí una lengua “instrumental”; esto es, que no funciona como vehículo para lograr transacciones económicas, moverse en la ciudad o acceder a ciertas labores o instituciones académicas (Vaca, 2000).

Los trabajadores del INI argumentan que las nuevas generaciones de rarámuri nacidos en la capital de Chihuahua, desconocen la tierra de sus padres y se resisten a aprender el idioma materno; o quizá éste ya no se les enseñe, por las mismas razones señaladas arriba. El estudio también detectó una población indígena tarahumara de 1,929 individuos en la capital del estado. De estos 349 viven en el suroeste de la ciudad, 409 en el norte y 1,171 en el sureste. Se censaron un total de 499 familias en 348 casas. La cantidad de casas fue igual entre el sureste y el norte de la capital chihuahuense donde se ubicaron 305 y sólo 92 en el suroeste.

Este denominado “Primer Censo de Asentamientos Indígenas”, efectuado por el INI entre los años 2000 y 2001, lo mismo que otros trabajos (INI, 1995; González, 1997; Vaca y Gameros, 1999), han encontrado características que permiten categorizar a los asentamientos como temporales, permanentes y mixtos.

5.9. Asentamientos permanentes

Algunos de los rarámuri que viven en asentamientos permanentes nacieron o crecieron en la ciudad; otros llegaron a la ciudad en alguna etapa de su vida, y como les gustó decidieron establecerse definitivamente en ella.

En estos lugares pocos indígenas conservan sus tradiciones; el medio los ha obligado a modificar su idioma, vestimenta y, como se verá más adelante, hasta su manera de expresar sus emociones básicas. Sus viviendas tienden a ser de madera o ladrillo, construidas en terrenos propios, que alguien les donó o fueron comprados por ellos mismos. Para la mayoría de las familias en asentamientos permanentes, la educación académica o formal de sus hijos es importante y buscan estabilidad laboral para gozar de prestaciones sociales.

5.10. Asentamientos temporales

Los indígenas ubicados en asentamientos temporales pasan determinadas épocas del año en Chihuahua. Las más de las veces se dedican a comerciar con plantas y hierbas naturales pues, al parecer, el sentido de pertenencia hacia su lugar de origen es muy fuerte y siempre regresan a sus comunidades. Durante su estancia en la ciudad, levantan pequeñas chozas en medio de los patios de los lugares donde se alojan, cuyos dueños son conocidos de ellos o de algún pariente cercano. Los materiales utilizados son trozos de madera, pedazos de cartón o de plástico y, en general, materiales de desperdicio. Estos lugares prácticamente no suelen contar con servicios básicos, como agua o luz eléctrica. Las mujeres cocinan con leña recolectada en lotes baldíos o de la misma calle. En estos asentamientos hay altos grados de hacinamiento y promiscuidad, poca higiene y, en general, la situación sanitaria es lastimosa. Cuando se acerca el tiempo de partir, los migrantes almacenan comida en seco como tortillas, chicharrones de harina, pan y otros.

Se considera asentamientos mixtos a aquellos donde familias asentadas permanentemente dan alojamiento en sus espacios a grupos de inmigrantes temporales.

5.11. SIDA

Desde los tiempos en que la sífilis, la tuberculosis y la lepra eran virtualmente incurables, ningún mal había causado tanto pánico como el SIDA. En Europa y los Estados Unidos, la psicosis comenzó hace

cerca de 21 años, cuando se descubrieron los primeros casos. En México, la primera víctima reconocida, un haitiano, fue identificada en 1981; pero el grueso de la población no comenzó a preocuparse seriamente hasta abril de 1987, cuando la Secretaría de Salud lanzó una súbita campaña publicitaria para explicar en qué consiste el síndrome, y los medios para protegerse de él.

En un momento de hipersensibilidad política, la campaña de la Secretaría de Salud pareció tan enérgica y repentina que en un inicio se tomó como parte de un esfuerzo de promoción del secretario del ramo con proyecciones y miras a un inminente destape preelectoral (García, 1987). Sin embargo, no faltaban motivos para el lanzamiento de la campaña en sí.

En primer lugar, muchos seropositivos ignoraban su padecimiento, pues aún no experimentaban síntomas, por lo que debían de andar diseminando el virus dentro y fuera de sus propios núcleos familiares o de conocidos. En segundo término, para luchar contra la enfermedad los profesionales de la salud sólo disponían —como hoy— de algunos fármacos que retrasaban el avance del padecimiento, pero no lo curaban. Por último, cada víctima implicaba gastos difíciles de solventar para algunas instituciones de salud.

La discusión de lo poco o mucho que se sabía sobre el SIDA, produjo en amplios sectores más preocupación que alivio. Antes de la citada campaña, mucha gente pensaba que el SIDA afectaba solamente a homosexuales varones (quienes podían contraer el mal a través de lesiones, incluso leves, en los genitales o en el recto), o a fármacos dependientes expuestos al uso de jeringas hipodérmicas contaminadas. Lo que provocó terror fue que el mal hubiese roto las fronteras de esas minorías. Quizá entonces no se llegó a pensar que pudiese afectar a otras minorías, es decir, a los indígenas.

El VIH/SIDA es en la actualidad y a pesar de los avances biomédicos en la materia, un evento tremendamente arrasador para el que lo padece, ya que reúne características particularmente estresantes; evidencia además —al menos en nuestro país, dado el patrón de transmisión— del ejercicio de una sexualidad no aceptada socialmente (Villagrán, 1998).

Por lo que toca a los datos sobre el SIDA en Chihuahua, tanto un artículo publicado en un diario de la capital (Torres, 1998) como datos proporcionados en entrevista por el Centro de Investigaciones sobre SIDA (CISIDA) delegación Chihuahua, dan cuenta del creciente aumento de los casos reportados en el estado, algunos de ellos en municipios netamente indígenas de la entidad, pero no especifican si éstos pertenecían a la etnia rarámuri u otra de las nativas del estado.

Lo mismo ocurre con las cifras de muertes relacionadas con el agente del VIH proporcionadas por diversos organismos (INEGI, Servicios de Salud y organismos independientes), a través de las cuales es difícil corroborar lo que ocurre en las zonas indias. Un caso relevante (el famoso paciente cero) sugiere que en un año la cifra de personas infectadas pasó de algunas decenas a cien mil; casualmente, éste es el número aproximado de personas que pertenecen al grupo rarámuri.

Existe una tendencia a hablar de grupos de alto riesgo, cuando lo que implica el riesgo es el comportamiento, no el grupo social al que se pertenece. También parece existir la tendencia contraria; es decir, la de hablar de grupos de bajo riesgo, que por sus particulares rasgos y condiciones socioculturales —muchos de los cuales son estereotipos—, no deberían contraer la enfermedad. Dentro de estos grupos, estarían los ancianos, los religiosos y los pueblos indígenas. Estas ideas, según las cuales el VIH/SIDA debería “respetar” las condiciones de algunos grupos, han propiciado que éstos no sean atendidos, o que cuando se llega a presentar un caso de infección, este se minimice al extremo de no darle la importancia requerida, lo cual duplica la morbosidad del virus.

5.12. Prostitución

Como ya se ha acotado, los tarahumaras han adoptado comportamientos del grupo mestizo; por ejemplo, ciertos jóvenes han copiado la afición por los fármacos inyectables, con los riesgos que les acompañan, y algunas de las mujeres de la etnia laboran como sexoservidoras.

Se ha detectado que la prostitución es inducida y controlada por personas no indígenas. Se sabe, además, de casos donde gente

mestiza, a cambio de dulces o droga prostituye a niñas tarahumaras menores de edad (de entre 11 y 15 años), algunas de las cuales incluso van a trabajar como sexoservidoras a Ciudad Juárez. De acuerdo con el INI, esta problemática requiere de una investigación especial dada su complejidad y tipificación jurídica, y por su gravedad demanda de personal calificado, que proporcione orientación y asesoría tanto jurídica como de salud para que las practicantes y sus familias participen en la posible solución del problema (INI, 1995).

Las niñas, niños o adolescentes que trabajan como sexoservidores desconocen el uso e importancia de los preservativos para reducir la probabilidad de contagiarse con el virus del VIH/SIDA. Algunos de ellos regresan a sus comunidades de origen durante algunos meses del año, o al menos en fechas festivas, y durante los rituales acostumbran tener encuentros sexuales con distintas parejas, lo que en algún momento podría extender la enfermedad a aquéllas.

5.13. El estudio

A partir de todos esos elementos, en 1998 se desarrolló un estudio, auspiciado por la Fundación Mundial de SIDA. Dicho estudio fue básicamente cualitativo y exploratorio del problema, hasta entonces prácticamente desconocido. Se partió de la hipótesis de que los tarahumaras urbanos carecían de información objetiva y fidedigna con respecto al SIDA. Los objetivos de la investigación eran detectar conductas de alto riesgo, para poder diseñar propuestas de prevención del síndrome de inmunodeficiencia adquirida; así como retomar lo obtenido de los diversos actores y crear un instrumento palpable para la información y elaboración de programas específicos en el primer nivel de atención en salud.

La muestra estuvo compuesta por indígenas de la etnia rarámuri o tarahumara, pobladores de dos asentamientos urbanos de la ciudad de Chihuahua: El Oasis y la colonia Tarahumara, a quienes les fueron aplicadas entrevistas estructuradas que buscaban indagar sus conocimientos respecto del VIH/SIDA, igualmente se hicieron algunas entrevistas no estructuradas a líderes —hombres o mujeres— de la comunidad.

5.14. Productos

Realizamos algunos porcentajes, análisis de frecuencias y de medidas de tendencia central, para codificar las respuestas en cuanto a enfermedades conocidas o presentes en sus comunidades y categorías para clasificar el conocimiento respecto del SIDA y facilitar el estudio y la comprensión de lo anterior. En otros términos el propósito de los análisis fue el de ordenar, categorizar y resumir los datos de la investigación, de tal manera que las relaciones de los problemas planteados pudiesen estudiarse y evaluarse. Los datos más relevantes se condensan a continuación:

- El promedio de edad para la muestra fue de 30.8 años para los varones, y de 31.1 para las mujeres.
- El tiempo promedio habitando en el asentamiento fue de 10.55 años en el caso de las mujeres, y de 9.75 años en los hombres.
- 40% de los entrevistados de la muestra provenía del municipio de Guachochi; 25%, de Carichí; 20%, de Bocoyna; 10%, de Chihuahua, y 10% también, de Nonoava.
- Casi todos reportaron habitar en los asentamientos al menos ocho meses al año; una mujer, todo el año, y sólo dos, entre cuatro y ocho meses al año. Cabe resaltar que cuando no vivían en las colonias tarahumaras acostumbraban regresar a su comunidad de origen o a la del cónyuge, sobre todo para visitar a parientes o por efectuarse alguna fiesta importante como Semana Santa.
- Casi ocho de cada diez dijeron saber que había enfermedades en su localidad, las más comunes de las cuales eran infecciones respiratorias agudas, (IRA) (tos, resfrío, catarro, gripa) y diarreas. Al indagar sobre otras enfermedades que conocieran, aunque no se presentaran en su colonia, casi todos concordaron en ciertos males como dolor de cintura, dolor de pecho y dolor de huesos.

- Respecto de enfermedades transmitidas por vía sexual, destacaron por orden de frecuencia las siguientes respuestas: 1) no recuerdo el nombre, 2) pulgación y calentura (?) y 3) “venéreas” y SIDA (solamente dos personas).
- En otro aspecto, 70% de la muestra dijo saber que hay hombres o mujeres a quienes se les paga por tener relaciones sexuales con ellos(as), pero sólo dos (hombres) dijeron conocer a alguien así en su asentamiento.
- Sobre la existencia de hombres o mujeres mestizos que se “acostaran” con hombres o mujeres del asentamiento, las respuestas se dividieron exactamente a la mitad entre “sí” y “no”. Igualmente a la mitad se dividieron las respuestas a un reactivo de la entrevista, que indagaba sobre la existencia de relaciones homosexuales, aunque únicamente dos individuos, un hombre y una mujer, dijeron que existía alguien así en su comunidad.
- 70% conocía sobre gente que se inyectaba drogas, y uno de cada diez dijo haber recibido transfusiones sanguíneas durante el año anterior a la investigación (1997).
- La mayoría de los sujetos dijeron “saber” que es el SIDA y entre sus respuestas por orden de frecuencia de mayor a menor estuvieron:
 - Se transmite por vía sexual y es incurable (35%).
 - Salen manchas (14%).
 - Se seca el cuerpo (12%).
 - Es una enfermedad (11%).
 - Es curable (10%).
 - Se transmite por vía sanguínea (9%).
 - Da debilidad (9%).

Por último, sólo tres individuos, una mujer y dos hombres, sabían de pruebas para detectar el virus (análisis sanguíneos).

5.15. Controversia

Los datos mostraron que buena parte de la información vertida sobre el virus de inmunodeficiencia humana no fue acertada. Casi la mitad de la muestra concordó en su incurabilidad y su transmisión por vía sexual; pero el resto no dijo mucho al respecto: simplemente identificó al SIDA como una enfermedad peligrosa que seca el cuerpo. Las discrepancias entre las concepciones y las expectativas por una parte, y las circunstancias y las consecuencias por la otra, pueden animar a los individuos a adquirir conocimientos y cambiar algunas de sus prácticas. Sobre conductas de alto riesgo, la información fue contrastante y, al parecer, gran parte de los miembros de ambas localidades denotaban una especie de “protección gremial”, pues pocos aceptaban abiertamente que se presentaran algunas de ellas (homosexualidad o bisexualidad, prostitución, promiscuidad, etcétera), datos que se oponían a la entrevista con la trabajadora social del Oasis.

A manera de resumen se podría asegurar que los conocimientos —o el desconocimiento— de este grupo sobre el mal, es el mismo que tenía el ciudadano común a mediados de los años ochenta, cuando el acercamiento al síndrome se daba principalmente a través de rumores, información demasiado técnica o especializada que sólo unos cuantos “iniciados” podían descifrar, o con charlas con personas igual o mayormente desinformadas.

5.16. Resolución

El cambio sigue su curso y no retrocede. Los rarámuri han adoptado un sinfín de comportamientos “de los blancos” y, al igual que ellos, adoptan diversas formas de ver el mundo y de adaptarse a la realidad. Dentro de esa realidad, existe algo denominado SIDA que no reconoce ni respeta etnias, por más ancestrales o maravillosas que éstas puedan ser. De hecho si no se da la adecuada información y no se toman las respectivas precauciones, el virus será tan devastador como hasta ahora lo ha sido, o quizá lo será aún más. Lo que los rarámuri citadinos conocen o reconocen al respecto del padecimiento es realmente magro y poco les ayudará a precaverse contra él, a menos de que, junto con ellos, se adopten los medios y medidas eficaces para evitarlo. Si, por otra parte, llegase a presentarse “un paciente cero”, el

virus se esparciría por sierra y barrancas, atentando así contra la pervivencia del grupo rarámuri o llevándolo francamente a su extinción.

Carecemos de investigaciones parecidas en regiones serranas y barranqueñas del estado, las cuales son muy necesarias porque los rarámuri no son la única minoría étnica de Chihuahua (hay, asimismo, mixtecos, inmigrantes de los estados de Guerrero y Oaxaca; o'oba (pimas), o'dam (tepehuanes), warojíos y menonitas, sobre quienes la endoculturación puede estar jugando papeles similares y emitiendo resultados iguales a lo que ocurre con los tarahumaras en la capital de Chihuahua. Ellos también emigran, y en considerable número, a Ciudad Juárez, Cuauhtémoc, Delicias, Jiménez e incluso a los estados de Sonora, Sinaloa y a los Estados Unidos.

Se espera que lo que esta indagación arrojó pueda ser aplicado a otros contextos y despierte el interés por seguir enriqueciendo lo que hasta ahora se sabe. Una sugerencia sería incluir en los instrumentos que registran el padecimiento, si se pertenece o no a un grupo indígena. El conocimiento nunca acaba y cualquier producto efectivo que se haya aportado, seguramente servirá para seguir andando en este difícil pero hermoso camino.

5.17. Referencias bibliográficas

- Bonfil Batalla, G. (1982) "Los pueblos indígenas: viejos problemas, nuevas demandas". *México Hoy*. Siglo XXI, México.
- García, V. H. (1987). "El SIDA en México". *Revista Contenido*, 7(232), noviembre.
- González, B. J. (1997) *Caracterización de los asentamientos tarahumaras en las poblaciones de Parral, Juárez, Cuauhtémoc, Chihuahua, Camargo, Jiménez, Meoqui, Rosales y Delicias del Estado de Chihuahua*. Chihuahua, México: González Baeza y Asociados.
- González Rodríguez, L. (1994) *Tarahumara, la sierra y el hombre*. México: Camino.

- Hurtado, J. J. (1973) "Algunas ideas para un modelo estructural de las creencias en relación con la enfermedad en el Altiplano de Guatemala". *Guatemala Indígena*, 7(12), 7-22.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (1998). *Perfil estadístico de la población mexicana*. México: El Instituto.
- Instituto Nacional Indigenista (1995) *Informe de actividades en asentamientos indígenas permanentes y sempiternamente de la ciudad de Chihuahua*. Documento Interno, Chihuahua, México: El Instituto, Chihuahua, México.
- Iturbide, R. M. y Ramos, M. L. (1991). "Migración tarahumara a la ciudad de Chihuahua". *Los rarámuri hoy*. Memorias. octubre-diciembre, Chihuahua, México: INI, CONACULTA.
- López Acuña, D. (1987) *La salud desigual en México*. México: Siglo XXI.
- Luna, H.R. Breugelmans, S., Vaca, C. J. (1998) "Efectos de la migración en la experiencia emocional de los rarámuri". *La psicología social en México*, Vol. 7. México: AMEPSO-FACICO.
- Mechanic, D. (1978) "Effects of psychological distress on perceptions of physical health and use of medical psychiatric facilities". *Journal of Human Stress*, 4.
- Menéndez, E. L. (1979) *Cura y control. La apropiación de lo social en la práctica psiquiátrica*. México: Nueva Imagen.
- Molinari, S. (1979) "La migración indígena en México". Nolasco, M. (comp.) *Aspectos sociales de la migración en México*. Tomo II. México, SEP/NAH.
- Ramos, E.M. (1997) *Migración de tarahumaras a la ciudad de Chihuahua*. Tesis de licenciatura. México: Universidad Iberoamericana.
- Rodríguez Ortiz, A.I. (1995) "La enfermedad y el espíritu de la cultura". *Revista Tendencias*. Sección Académica del STUNAM, 1, octubre-diciembre. UNAM-FES Zaragoza.
- Rodríguez O. M. (1996) "Vida indígena y proceso salud-enfermedad" en *Revista EPISTEME*, 1 (3) octubre-diciembre. UNAM-FES Zaragoza.
- Ruz, M.H. (1983) "Médicos y Loktores: enfermedad y cultura en dos comunidades tojolabales". *Los legítimos hombres. Aproximación antropológica al grupo tojolabal*. Vol. III. México: UNAM, Centro de Estudios Mayas.

- Sepúlveda, J. (Ed). (1993) *La salud de los pueblos indígenas de México*. México: SSA-INI.
- Timio, M. (1980) *Clases sociales y enfermedad. Introducción a una epidemiología diferencial*. México, Nueva Imagen.
- Torres, V. (1998) "Aumentan los casos de SIDA en la entidad. El Heraldo de Chihuahua, 22 de diciembre, Chihuahua, México.
- Vaca, C. J., Gameros, I. (1999) "Conocimientos Sobre VIH/SIDA en rarámuris de la ciudad de Chihuahua". *Journal of Border Health*, 4 (2), 3-10, julio-diciembre.
- Vaca, C. J. *et al.* (2000) "Sobre los conceptos salud, enfermedad y muerte en grupos rarámuri de la localidad". Proyecto CONACYT-SIVILLA No. 9703030, en *Revista Muraka*, 3(3), junio. Instituto Nacional Indigenista, Delegación Chihuahua.
- Villagrán V. G. (1998). "Dos momentos: pensamientos y actos para hacer frente al VIH/SIDA en hombres homo-bisexuales", vol. VII, *La psicología social en México*. México: AMEPSO-FACICO.

6. Consumo de drogas inyectables y VIH/SIDA en una población rural de La Laguna, Coahuila

Carlos Magis Rodríguez*
Armando Ruiz Badillo*

6.1. Introducción

Tradicionalmente, las zonas agrícolas han sido uno de los principales destinos de la población mexicana migrante; sin embargo, recientemente dichas zonas se han visto desplazadas por ciudades donde los mexicanos pueden encontrar trabajo en el sector terciario. En estas ciudades, aumenta la probabilidad de que los migrantes contraigan alguna infección de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, pues en ellas suele haber un mayor número de infectados, con los cuales pueden tener algún tipo de intercambio sexual sin protección, o compartir jeringas usadas, por mencionar los principales riesgos.

Debido al aumento de las dificultades que los flujos migratorios han tenido para ingresar a los Estados Unidos desde ciudades como Tijuana y Ciudad Juárez, los migrantes han recurrido a utilizar nuevas rutas, como Piedras Negras, Coahuila. La Encuesta Sobre Migración en la Frontera Norte de México (EMIF) muestra que mientras en 1993, 7.4% de los migrantes salió por esa ciudad, en 1996 lo hizo 19%, porcentaje mayor que el que salió por Ciudad Juárez (11%).¹

Por otro lado, el reporte de la EMIF publicado en 1997 ubica a Coahuila como el segundo estado receptor de migrantes mexicanos que regresan de otras partes de la frontera norte o de Estados Unidos (ya sea deportados por las autoridades de ese país o por voluntad propia). La mayoría de esos migrantes busca una nueva oportunidad de

* Dirección General de Investigación de CENSIDA.

¹ *Migración internacional* (1997) 1(1), 3-8.

ingresar a Estados Unidos, y una proporción menor de ellos se desplaza a sus ciudades mexicanas de origen.²

El perfil epidemiológico de SIDA del país ubica a Coahuila en el decimoquinto lugar en la República Mexicana, con 602 casos reportados hasta diciembre de 1998,³ con una tasa de 31 casos por cada 100,000 habitantes, y una relación de casos hombre mujer de 10 a 1. Los municipios con tasas altas de incidencia de SIDA por 100,000 habitantes son: Torreón con 67.9, Escobedo con 35, Piedras Negras con 30, Morelos con 29.5, San Pedro (de las Colonias) con 22.8 y Acuña con 22.2.⁴

Una segunda epidemia es el consumo de drogas ilícitas, la cual ha tenido un incremento notable en la población mexicana en los últimos diez años, principalmente en la región norte del país. Las encuestas nacionales de adicciones han reportado que la prevalencia en el consumo de alguna droga ilícita alguna vez en la vida es de 5.27%,⁵ lo que representa aproximadamente 2,516,270 personas entre 12 y 65 años que han consumido alguna droga. En la región norte (donde se encuentra Coahuila), esta prevalencia aumenta a 6% y disminuye en la zona sur a 2.69%.

El consumo de drogas inyectables como la heroína se da principalmente en ciudades de la frontera norte como Tijuana y Ciudad Juárez, sin embargo, tanto estudios locales como reportes periodísticos dan cuenta de que el consumo de heroína ha abarcado ciudades como Mexicali, Mazatlán, Culiacán, Chihuahua, Guadalajara, Nuevo Laredo, Matamoros, San Luis, Río Colorado, Hermosillo, Durango, Acapulco, Tlalnepantla y el Distrito Federal.

En el estado de Coahuila, las ciudades que han experimentado un incremento importante en el consumo de heroína son Saltillo, Torreón

² Colegio de la Frontera Norte. (1997) *Encuesta sobre migración en la frontera norte de México 1993-1994*. México: Secretaría de Trabajo y Previsión Social.

³ Magis, C., Anaya L., Uribe (1998). "La situación del SIDA en México a finales de 1998". *Enfermedades Infecciosas y microbiológicas*. 18 (6), 236-244.

⁴ Secretaría de Salud y Desarrollo Comunitario del estado de Coahuila. (1998). *Programa de prevención del VIH/SIDA y ETS*. Coahuila, México: La Secretaría.

⁵ Rosovsky, H., Medina-Mora, E., Cravioto, P. (Comps). (1999). *El consumo de drogas en México: diagnóstico, tendencias y acciones*. México: Secretaría de Salud-CONADIC.

y San Pedro.^{6, 7} Esto ha despertado el interés tanto de los servicios estatales de salud en materia de adicciones, como del Consejo Nacional de Prevención y Control del SIDA, los cuales buscan evitar tanto la propagación de consumo de drogas como las infecciones por VIH/SIDA en esa zona.

6.2. Metodología

Como parte de las actividades de investigación que realiza el CONASIDA, se realizó un diagnóstico rápido de la situación sobre SIDA y consumo de droga en el municipio de San Pedro, Coahuila, en junio de 1999. El presente trabajo reporta los hallazgos encontrados en ese diagnóstico.

Para obtener la información, se empleó la técnica de “bola de nieve”, de acuerdo con la cual se establece un primer contacto con un informante, quien a su vez sugiere a otra persona como informante, y así sucesivamente hasta que se completa la información requerida.

Proporcionaron información acerca de la situación del SIDA y las características de la región, los doctores Gerardo Torres Monarrez, responsable de Epidemiología de la jurisdicción Sanitaria de Torreón; Patricia Grado Falcón, jefa de la jurisdicción de Francisco I. Madero, de la cual depende San Pedro; el epidemiólogo Víctor Garza, de la misma jurisdicción, y el psicólogo Carlos Andrés Hernández de León, director del centro de rehabilitación “Ave Fénix”, de San Pedro.

En total, se realizaron cinco entrevistas a profundidad a las siguientes personas: el director de “Ave Fénix”, el secretario técnico del Comité Municipal contra las Adicciones (COMCA) de San Pedro, Coahuila, dos exusuarios de drogas inyectables y la directora regional del Centro de Integración Juvenil de Torreón.

La observación física de la comunidad fue fundamental, lo mismo que la recolección de documentos antecedentes e información periódica

⁶ Centros de Integración Juvenil (1996). Tendencias del consumo de drogas en pacientes de primer ingreso a tratamiento en Centros de Integración Juvenil (1990-1995). México: Los Centros.

⁷ “Los nuevos reyes de la heroína” (1998, junio). *Revista Milenio*. México.

sistematizada obtenida de las autoridades sanitarias, las autoridades policiales las organizaciones no gubernamentales (ONG) locales que trabajan con usuarios de drogas inyectables o personas afectadas por el VIH/SIDA.

A fin de obtener la prevalencia de VIH en usuarios de drogas inyectables en esta zona, con ayuda del personal médico de la jurisdicción sanitaria de Francisco I. Madero, se efectuaron 25 pruebas rápidas de detección de anticuerpos de VIH a usuarios de drogas inyectables en tratamiento en el centro de rehabilitación “Ave Fénix”, previa consejería y el respectivo consentimiento informado de los participantes, los cuales accedieron voluntariamente después de una plática de información.

6.2.1. Mapeo de la comunidad

San Pedro de las Colonias es uno de los 38 municipios de Coahuila. Está situado en la parte sudoeste del estado, tiene una superficie de 9,942.4 km² y colinda con los municipios de Francisco I. Madero, Cuatro Ciénegas, Parras, Matamoros, y Viesca (ver mapa). San Pedro tiene 293 localidades, de las cuales 290 tienen menos de 2,500 habitantes. En 1995,⁸ el municipio tenía una población total de 91,412 personas, 43% de los cuales vivía en localidades de menos de 2,500 habitantes, definidas como áreas rurales. Las cifras preliminares del XII censo general de población y vivienda indican que para febrero de 2000, la población había decrecido, pues San Pedro tenía sólo 88,451 habitantes, lo que representaba 3.85% de la población total de Coahuila.⁹ De ellos, la mayor parte (42,088, que representaban 47.5% de la población total del municipio), se concentraba en la cabecera municipal. La población era mayoritariamente joven, ya que 34% tenía menos de 15 años, y 35%, entre 15 y 34 años.

La actividad económica en el municipio ha decrecido en los últimos diez años; la siembra y cosecha de algodón, que hasta la década de los ochenta constituía la fuente principal de economía en la zona, ha

⁸ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (1996). *Conteo 95 de población y vivienda. Coahuila, resultados definitivos*. México: El Instituto.

⁹ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2000). *XII censo general de población y vivienda 2000: resultados preliminares*. México: El Instituto.

desaparecido prácticamente. Por otra parte, la producción de leche, que es otra fuente económica importante en el estado, se ha concentrado en grandes empresas, principalmente de Torreón, y ha sido reducida la participación de los pequeños productores, que en el caso de San Pedro es en la actualidad mínima.

La actividad industrial y comercial es prácticamente nula, por lo que las fuentes de trabajo son muy pocas. El personal ocupado en 1998 representaba 1.9% del total del estado (10,263 personas), contra 25.3% que tenía Torreón (135,665 personas).¹⁰ En los últimos años, la población de San Pedro ha visto caer drásticamente la oferta de empleo, y desaparecer las fuentes de ingreso; por ello, una buena parte de la población ha emigrado hacia otras ciudades del país o hacia Estados Unidos. De acuerdo con la estimación de las autoridades sanitarias locales entrevistadas, la población ha decrecido sustancialmente, y la migración temporal ha implicado cambios fundamentales en las conductas de los habitantes de la localidad.

En materia de salud, San Pedro está, como antes se señaló, bajo la jurisdicción sanitaria que se ubica físicamente en el municipio de Francisco I. Madero. Para población abierta, la cabecera municipal cuenta con una delegación de la Cruz Roja, que tiene infraestructura para servicios de emergencia y traslado de pacientes en ambulancias; y un hospital general con aproximadamente 30 camas, al que son canalizados los pacientes que requieren hospitalización. Hay también una delegación del IMSS y otra del ISSSTE para población derechohabiente.

Ni en San Pedro ni en Torreón, hay organizaciones no gubernamentales de lucha contra el SIDA. La más cercana, la Fundación Lagunera de Lucha contra el SIDA, está en Gómez Palacios, Durango, y da servicios de información, capacitación y asesoría a pacientes y familiares. En Coahuila, solo hay dos ONG ambas ubicadas en Saltillo.¹¹

En Torreón, existe un Centro de Integración Juvenil (CIJ) que brinda información y tratamiento ambulatorio contra las adicciones. A petición del municipio y de acuerdo con la información proporcionada por la

¹⁰ Datos recuperados Septiembre, 2000, desde www.inegi.gob.mx.

¹¹ Pérez, H., Luna, A., Hernández, J. (2000). Perfil, actividades, experiencias, obstáculos y necesidades de las organizaciones mexicanas con trabajo en VIH/SIDA. México: Colectivo Sol, A.C.

directora del mismo, el CIJ madó recientemente a San Pedro a una trabajadora social y a un psicólogo un día a la semana, para realizar actividades de prevención en escuelas primarias y secundarias; sin embargo, este servicio no está formalizado. Por otra parte, el CIJ inauguró hace un par de años una unidad de internamiento con treinta camas en la ciudad de Monterrey. Otras organizaciones como Narcóticos Anónimos, sólo tienen grupos en Torreón. El sistema municipal de Desarrollo Integral de la Familia (DIF) en San Pedro tiene dos programas, a los cuales pueden asistir los consumidores de drogas: el Centro de Integración Familiar (CIF) y el grupo de atención a pandillas.



En San Pedro hay cinco centros de rehabilitación de autoayuda del tipo Alcohólicos Anónimos, los cuales promueven la abstinencia de todo tipo de droga que altere el estado de ánimo, y cuentan con servicio de internamiento. La atención es gratuita y se enfoca a una serie de pasos que ayudan a los individuos a aprender a conocerse a sí mismos, y a vivir una vida sin alcohol o drogas. El principal centro de rehabilitación es Ave Fénix, el cual es el más antiguo del lugar, y tiene una capacidad aproximada de 200 personas en rehabilitación por el consumo de alcohol o de otro tipo de drogas. Este centro recibe un fuerte apoyo de las autoridades municipales y sanitarias. Otro centro de rehabilitación es “Vida Nueva”, de más reciente creación, el cual atiende a unas cien personas. Exadictos que han estado en esos centros han organizado al menos otros tres grupos menores. De acuerdo con la información proporcionada por el director de Ave Fénix, 50% de las personas que recibe la institución, ha usado drogas vía inyectada. Las organizaciones religiosas no tienen una presencia importante en actividades de prevención y rehabilitación del consumo de drogas.

Ante el incremento acelerado del consumo de drogas, tres años antes de la investigación en el municipio de San Pedro se creó el COMCA, el cual está integrado por un presidente —cargo que ocupa el presidente municipal— un secretario técnico —puesto desempeñado por el presidente de la Cruz Roja local— y un representante de las siguientes instituciones u organismos: Secretaría de Salud, IMSS, ISSSTE, sector educativo, DIF, CIJ (de Torreón), SEDENA, PGR, y Policía estatal, municipal y ministerial. Este comité tiene sesiones cada miércoles, y da pláticas de orientación preventiva en escuelas de la zona; además de las escuelas primarias, hay dos secundarias: una en la colonia de Las Rosas y otra en la colonia Agua Nueva.

La actividad directa con adictos se concentra en servicios médicos de urgencia atendidos por la Cruz Roja y canalizados al hospital de zona, y en centros de rehabilitación no gubernamentales, principalmente “Ave Fénix”. En total, los cinco centros de rehabilitación no gubernamentales, que han sido creados desde 1995 tienen una población de entre 200 y 400 personas. Las personas entrevistadas del centro “Ave Fénix” no tienen una cifra exacta de adictos en San Pedro, pero piensan que podrían ser entre mil y dos mil personas. Consideran también que muchos han emigrado hacia otras ciudades como Acuña,

Juárez o Nuevo Laredo; y refieren que algunos de los que acuden a tratamiento son originarios de estas ciudades.

El consumo de drogas está localizado principalmente en las colonias del centro del municipio, en las que viven los sectores urbanos más marginados y que carecen de servicios de salud: Emiliano Zapata, El Valparaíso, La Villa, La Quinta, El Barrio de San Luis, Agua Nueva y Las Rosas. La policía patrulla estas zonas en bicicleta o en automóvil, aunque de manera insuficiente, a decir de los informantes entrevistados.

En el municipio existe una zona de tolerancia que está fuera de San Pedro, donde se permite el ejercicio del comercio sexual, si bien éste está relativamente regulado. En dicha zona trabajan cerca de setenta mujeres, a las que las autoridades locales exigen una revisión semestral realizada por una enfermera del municipio, con pruebas de VDRL y VIH. Un punto importante de conflicto es el mercado principal, que se ubica en el centro, porque algunas mujeres que son usuarias de drogas inyectables acuden al lugar para ofrecer trabajo sexual. Ellas no trabajan en la zona de tolerancia porque su trabajo es esporádico y un recurso para obtener ingresos para comprar droga, además de que no son aceptadas por las sexoservidoras. Las mujeres usuarias de drogas inyectables que ejercen el comercio sexual no tomaban ninguna medida de prevención.

Las autoridades no proporcionaron información sobre la prevalencia de VIH y otras ETS ni en la zona de tolerancia ni en la zona del mercado, y lo más probable es que tales datos no existan.

6.3. Diagnóstico de consumo de drogas inyectables e infecciones de VIH/SIDA en San Pedro, Coahuila

Las autoridades de salud de la jurisdicción sanitaria en la zona concordaron en que en San Pedro existe un severo problema de consumo de drogas vía inyectable, principalmente heroína. Tanto la jefa de la jurisdicción sanitaria, como el director del centro de tratamiento y dos exusuarios del mismo, coincidieron en que este problema fue visible desde hace una década, y se presentaba en algunos pobladores que habían migrado temporalmente en busca de trabajo hacia los Estados Unidos, donde habían adquirido el hábito de consumir heroína. Una vez de regreso a San Pedro, estos usuarios llevaban consigo alguna

cantidad de droga para su consumo personal, pero al terminarse ésta, y en vista de que era difícil encontrarla en la ciudad, consumían otras drogas, principalmente alcohol. Estos pobladores, por lo general, dejaban el campo y se instalaban en la zona urbana de San Pedro; cuando les era posible, migraban nuevamente a los Estados Unidos.

A partir de 1995, la situación cambió de manera radical. Los entrevistados afirman que aumentó considerablemente el número de jóvenes consumidores de heroína, que nunca habían migrado, y que iniciaron su consumo en San Pedro. Este tipo de personas, por lo regular no viajaba y se establecía en las colonias del centro de la ciudad, en las que empezaba a haber una considerable disponibilidad de heroína.

A decir de las autoridades entrevistadas, por su ubicación geográfica San Pedro se volvió un sitio estratégico de paso de drogas; Estados productores de heroína, como Sinaloa y Durango, canalizan una buena parte de su producción hacia San Pedro en donde la droga es trasladada en pequeñas cantidades, pero por muchas personas, en una especie de "contrabando hormiga", hacia ciudades de diferentes estados en la frontera norte: Ciudad Acuña, en Coahuila; Ciudad Juárez, en Chihuahua, y Nuevo Laredo, en Tamaulipas. Este tipo de contrabando permite transportar hacia los Estados Unidos cantidades importantes de droga, por rutas nuevas y de manera casi imposible de ser detectada. El disparador del consumo en San Pedro fue la costumbre de pagar en especie a muchos de los transportadores. La droga que se les da es revendida al menudeo a los pobladores locales, o termina siendo consumida por los mismos transportadores.

A pesar de que las autoridades de la Procuraduría General de La República encargadas del combate al narcotráfico, no consideran zona importante de tráfico al estado de Coahuila, reconocen la existencia de una cantidad considerable de distribuidores de droga en San Pedro. En 1999, en el estado se aseguraron 238 kilos de cocaína y once toneladas de marihuana; hasta junio de 2000, se habían asegurado cinco toneladas de marihuana y seis kilos de cocaína. Esta fuente no menciona decomisos de heroína; sin embargo, hubo detenciones de traficantes importantes en San Pedro.¹²

¹² *Idem.*

Los exusuarios entrevistados comentaron que la disponibilidad de heroína y cocaína en San Pedro es amplia y su precio bajo (entre 20 y 30 pesos la dosis, tanto de heroína como de cocaína). Este costo es muy inferior al de los Estados Unidos, donde una dosis cuesta de 20 a 50 dólares, o incluso de la ciudad de México, donde una dosis de cocaína, de aproximadamente un gramo, conocida popularmente como “grapa”, cuesta entre 100 y 150 pesos.¹³

Este abaratamiento de la droga hace pensar que ésta es de “baja calidad”; es decir, está mezclada con otras sustancias como azúcar, café, vino tinto, y compuestos químicos como la clorferinamina y el fósforo. Al servicio de urgencias del hospital de San Pedro, llegan personas con sobredosis, y padecimientos como neumonía, paro respiratorio y convulsiones, que en opinión de expertos consultados fuera del municipio, corresponden a los efectos de la combinación de clorferinamina y fósforo en la heroína. También existe la combinación de heroína con cocaína, popularmente conocida como *speedball*. Esto implica dos problemas. En la medida que una dosis es baja, el usuario requiere más inyecciones; por lo tanto, comparte jeringas más frecuentemente con sus compañeros de adicción, y aumenta su riesgo de contraer el VIH por este medio. Por otra parte, las mezclas con varios componentes no conocidos, provocan intoxicaciones, sobredosis, e incluso la muerte de los consumidores de drogas.

De acuerdo con lo referido por los usuarios entrevistados, éstos no limpiaban las jeringas con cloro, y la información acerca del uso de condón era mínima. Los funcionarios de “Ave Fénix”, mencionaron desconocer medidas de prevención como éstas, y si bien las autoridades sanitarias habían hecho énfasis en los riesgos de contraer el VIH que corrían los usuarios de drogas inyectables, consideraban que la información sobre SIDA era escasa o nula entre los adictos en rehabilitación. Pudimos constatar lo anterior, ya que al momento de realizar el trabajo de campo para el presente estudio, se dio una plática informativa a cerca de 35 personas que se encontraban en tratamiento, los cuales mostraron interés e hicieron muchas preguntas, y manifestaron desconocer el riesgo que corrían al compartir las jeringas cuando consumían drogas.

¹³ Fuentes, V. (1998, junio 23). Minimiza la PGR drogas en Saltillo (p. 20). Periódico Reforma [Sección estados]. México. .

Los adictos de San Pedro no siempre tienen acceso a jeringas nuevas, a pesar de que su venta está permitida en farmacias y centros comerciales. Hay locales que niegan su venta a los adictos (por el aspecto físico visiblemente deteriorado o sucio de éstos). Algunos de los adictos no tienen dinero para comprar agujas o se resisten a hacerlo pues, como se ha detectado en otras ciudades de México, poseer una jeringa puede ser motivo de arresto o de acoso por parte de las autoridades policíacas. Por todo ello, los adictos suelen optar por compartir las jeringas o incluso rentarlas, con lo que aumenta su riesgo de infectarse de VIH, de hepatitis B o C, o tétanos.

En cuanto a la actividad sexual, los entrevistados coincidieron en afirmar que el uso de condón es muy bajo entre los adictos, los cuales generalmente son solteros o se han separado de sus parejas, precisamente a causa de sus problemas de adicción. Los hombres suelen perder el interés sexual, y concentrarse en el consumo de drogas. Los entrevistados en los centros de tratamiento aseguraron no conocer casos de hombres que tuvieran sexo con hombres; sin embargo, afirmaron que este tipo de conducta era posible, sobre todo si tenía la finalidad de obtener dinero para conseguir droga.

Los entrevistados estimaron que existía una mujer usuaria de drogas por cada diez hombres usuarios, y que con frecuencia las adictas recurrían al trabajo sexual, y era poco probable que utilizaran condón. Sus clientes por lo regular, eran personas mayores y estaban altamente expuestos a contraer alguna infección de transmisión sexual, incluyendo el VIH. Es importante destacar esta situación porque el trabajo sexual realizado por hombres o mujeres adictos, es una puerta de acceso del VIH hacia poblaciones que no son adictas.

6.3.1. Serología al VIH

Hasta finales de 1999, en San Pedro había veinte casos registrados de SIDA; dos de ellos, asociados al consumo de drogas inyectables.¹⁴ Para el presente estudio, se efectuaron en el centro “Ave Fénix” 25 pruebas rápidas de detección de anticuerpos de VIH a 23 hombres y 2 mujeres, previa aceptación de éstos. Todos ellos refirieron haber usado drogas

¹⁴ Secretaría de Salud. Desarrollo comunitario del estado de Coahuila. Op.cit.

por vía inyectable, principalmente heroína, y haber compartido jeringas. Se empleó un dispositivo PST (Hema*Strip HIV 1 / 2 de la compañía Saliva Diagnostic Systems Inc. Vancouver), que es una prueba inmunocromatográfica en sangre total, con una sensibilidad de 99.41% y una especificidad de 99.89%.¹⁵

El promedio de edad de las personas que aceptaron realizarse la prueba fue de 21.7 años, con una desviación estándar de 5.64, en un rango de 14 a 37 años. A todos se les proporcionó consejería, donde se les informó el significado de un resultado positivo y uno negativo y los modos de adquirir y prevenir el SIDA. Asimismo, se les garantizó que la prueba era voluntaria y anónima. El hospital de zona se comprometió a entregar los resultados en forma individualizada y realizó la prueba confirmatoria en caso de ser esto necesario.

De las 25 pruebas, dos resultaron VIH positivas (prevalencia de VIH de 8%; intervalo de confianza al 95% de 1.36 a 23.99). Los resultados positivos fueron confirmados con pruebas suplementarias realizadas por el personal del hospital de zona, quien entregó los resultados y dio seguimiento a las personas afectadas. Las dos personas que resultaron VIH positivas eran del sexo masculino, y tenían uno 20 y el otro 27 años. Estos resultados muestran una tendencia similar a otros estudios realizados con usuarios de drogas inyectables en México^{16, 17} y con los casos de SIDA registrados,¹⁸ con factor de riesgo atribuible a esta práctica, donde se observa que las infecciones de este tipo se dan principalmente en hombres jóvenes, de 20 a 29 años.

¹⁵ Schramm, W., Wade, S., Bariiga, G., Castillo, T., Burgess-Cassler, A. (1998). Una prueba sencilla para la detección de anticuerpos contra el virus de la inmunodeficiencia humana. *Revista de Inmunología Clínica y de Laboratorio*. 5 (2). Sociedad Estadounidense de Microbiología.

¹⁶ Ruiz-Badillo, A., Magis-Rodríguez, C., Ortiz-Mondragón, R., Lozada Romero, R. (1998). "Conocimientos, percepción y prácticas de riesgo para adquirir el VIH en inyectores de drogas de Tijuana B.C.". *La psicología social en México*. Vol VII, p. 266-271. México: AMEPSO-FACICO.

¹⁷ Magis-Rodríguez, C., Ruiz-Badillo, A., Ortiz-Mondragón, R., Lozada, R., Ramos, M., Ramos, R., Ferreira-Pinto, J. (2000). *Injecting Drug Use and HIV/AIDS in two jails of the north border of Mexico*. XIII International AIDS Conference. Abstract ThPeD5469. Durban, South Africa.

¹⁸ Dirección General de Epidemiología. *Registro Nacional de Casos de SIDA* [registro electrónico].

6.3.2. Observaciones finales

Los elementos arriba descritos permiten concluir que al momento de la investigación existía un severo problema de consumo de drogas inyectables en San Pedro, y que si no se tomaban medidas sanitarias adecuadas, se corría el riesgo de que hubiera una epidemia importante de SIDA entre los usuarios de drogas inyectables de San Pedro. De hecho, el VIH estaba circulando entre ese sector poblacional, por lo que parecía necesario conocer la magnitud real del problema. En diversos estudios realizados en ciudades de la frontera norte, las prevalencias encontradas en usuarios de drogas inyectables, oscilan entre 1.5% y 6%.¹⁹ La prevalencia encontrada en San Pedro, aunque no era una muestra representativa, permitió observar que al menos tenía la misma tendencia que en ciudades anteriormente estudiadas.

Además, hay circunstancias que pueden agravar los problemas del SIDA y la drogadicción en San Pedro. Una gran parte de la población en el municipio es rural o semirural, y básicamente susceptible de migrar hacia otros estados o hacia los Estados Unidos. Dicha población se caracteriza por su baja escolaridad, y por su cultura llena de valores rígidos que impiden la flexibilidad en el cambio de hábitos y conductas, principalmente las sexuales, donde persisten gran cantidad de componentes machistas y de violencia de género. Por ejemplo, se resisten a adoptar el uso de condón como medida preventiva, aun cuando hayan tenido varias parejas sexuales. En este tipo de comunidades, son muy limitados los derechos de las mujeres, sobre todo en lo que respecta al ejercicio de su sexualidad; por el contrario, es común que al hombre se le otorguen todo tipo de libertades. Frecuentemente, después de cruzar la frontera los migrantes tienen algún tipo de experiencia sexual, incluyendo prácticas homosexuales masculinas, que si bien son las menos y básicamente casuales no dejan de existir. Este tipo de cultura en conjunto representa un riesgo para contraer el VIH.²⁰

¹⁹ Ruiz Badillo A. (1999). "Adicciones y SIDA". *Curso abierto y a distancia sobre SIDA y ETS*. México: Glaxo Wellcome-CONASIDA.

²⁰ Bronfman-Pertzovsky, M., Amuchástegui, A., Martina, M.R., Minello, N., Rivas, M., Rodríguez, G. (1995). *SIDA en México: migración, adolescencia y género SIDA*. México: CONASIDA.

Otra circunstancia importante es el hecho de que San Pedro se haya convertido en poco tiempo en una zona de tránsito de drogas, donde existe venta al menudeo. La heroína está siendo consumida principalmente por jóvenes, que fácilmente adquieren la adicción a la droga, sin conocer los riesgos que corren y sin establecer ninguna medida para prevenirlos.

Finalmente, el incremento de usuarios de drogas inyectables en la localidad, ha dado lugar a respuestas tanto de las autoridades como de organismos sociales, como son la creación del COMCA y de grupos de apoyo a la rehabilitación. Aunque existen algunos esfuerzos de prevención, como ocurre en casi todo el país, éstos no vinculan el problema de las drogas con el del SIDA. Por eso, las personas que trabajan para prevenir la drogadicción no contemplan o no proporcionan información amplia sobre el SIDA y las formas de prevenirlo. Como ya se apuntó, no existe la cultura de limpiar las jeringas con cloro y mucho menos la del uso de condón.

6.4. Propuesta para reducir el riesgo de infección por VIH/SIDA en usuarios de drogas inyectables

La prevención exitosa del VIH/SIDA entre los usuarios de drogas inyectadas requiere de la cooperación de la sociedad civil y los representantes gubernamentales. Ambos sectores deberían reconocer que existe un problema de uso de drogas en sus comunidades, que este problema va a persistir y, sobre todo, deberían realizar acciones coordinadas para cambiar la conducta de riesgo de los usuarios de drogas.

Una campaña de prevención en usuarios de drogas inyectables debería estar orientada a realizar acciones primarias y básicas ante la falta de una estructura de prevención, y a captar la atención de los diferentes participantes (adictos, personal de salud, funcionarios de diferentes niveles), así como a dar información concisa y clara.

Sería sumamente importante intervenir con iniciativas de prevención cuando todavía se tienen prevalencias bajas del VIH, y no esperar a que la epidemia se generalizara.

Entre las medidas prioritarias que se requeriría implementar a la brevedad posible en San Pedro, y que podrían iniciar partiendo de la infraestructura con la que cuenta el municipio (el COMCA, la jurisdicción sanitaria y los centros de tratamiento), están:

- Capacitar al personal de salud, al de la administración local y a promotores de centros de tratamiento, para que éstos pudieran difundir información adecuada y precisa sobre los riesgos ocasionados por el consumo de drogas y la infección del VIH/SIDA, así como promover medidas preventivas.
- Educar a los usuarios de drogas, principalmente las intravenosas, y a su pareja sexual acerca de los riesgos del VIH y de las prácticas seguras.
- Proporcionarles acceso a servicios de consejería, asistencia y apoyo.
- Facilitarles programas de tratamiento y desintoxicación por el uso de drogas.
- Dotar a los usuarios de drogas de material estéril de inyección (jeringas nuevas, cloro, agua, etcétera).
- Proporcionar asistencia y apoyo a los usuarios de drogas intravenosas infectados por el VIH, y acceso al tratamiento de las ETS y otros servicios de salud.
- Distribuir condones.
- Promover actividades de divulgación y educación hacia pares, por medio de la inclusión en los programas de prevención de exadictos rehabilitados y capacitados.
- Realizar actividades de prevención específica en mujeres usuarias de drogas inyectables, con énfasis en aquellas que realizan trabajo sexual.
- Paralelamente, promover la reducción de la demanda; es decir, tratar de evitar que los jóvenes empiecen a usar drogas, lo que ya se está haciendo en San Pedro.

Las actividades aquí propuestas conformarían un programa orientado a proporcionar información básica sobre la relación entre el uso de drogas, principalmente las inyectables, y la adquisición de SIDA, lo mismo que sobre las formas de prevenirlo, dando énfasis al uso de condón y a la limpieza adecuada de agujas y jeringas.

Estas acciones forman la parte esencial del modelo de “mitigación o reducción del daño asociado al consumo de drogas”,²¹ que coincide en señalar la importancia del contacto y la comunicación continua entre los trabajadores de campo y los usuarios de drogas inyectables. Sobre todo si junto con los mensajes preventivos se proporcionan los medios para el cambio de conducta (cloro, jeringas limpias y acceso a programas de rehabilitación, entre otros). Acciones de esta naturaleza podrían tener mayor alcance comunitario, pues proporcionarían a los usuarios de drogas diferentes medios para el cambio de conductas, lo que favorecería la reducción de los riesgos ocasionados por el consumo de drogas.

Los fundamentos teóricos en los que se basa la estrategia para reducir el riesgo de infección por VIH en usuarios de drogas inyectables, contemplan tres elementos:

- La reducción del daño es una alternativa orientada a evitar la infección del VIH. La suspensión total del consumo de alguna droga, es una meta final de una serie de acciones que tienden a limitar los daños ocasionados por el consumo de drogas. Desde este modelo, se trabaja con los usuarios con la conciencia de que éstos siguen consumiendo drogas. Esta perspectiva es más realista y de mayor alcance, dentro de un programa donde la prioridad es evitar la infección del VIH.
- Para la reducción del daño se requiere tomar en cuenta e incidir de alguna manera en una serie de etapas de cambio²² por las que pasa cada individuo, que incluye desde la “no-acción” hasta el “mantenimiento”, con la claridad de que en un proceso de rehabilitación siempre habrá “recaídas”.

²¹ O'hare, P., Newcombe, R., Matthews, A., Buning, E.C., Drucker, E. (Eds.). (1992). *The Reduction of Drug-related Harm*. New York: Routledge.

²² Prochaska, J.O., Di Clemente, C.C., Norcross, J.C. (1992). “In Search of How People Change.” *American Psychologist*, 47, 1102-1114.

- Llevar a la práctica los conceptos de reducción del daño e intervención en las etapas de cambio demanda un trabajo de campo desarrollado en cada localidad acorde a los intereses propios de ésta. Esto implica capacitar a todas aquellas personas involucradas en los servicios de prevención y rehabilitación, para que éstos dejen de ser básicamente receptivos, aborden a los usuarios de drogas en los sitios de convivencia cotidiana, y les proporcionen información y equipo estéril, que sirva para prevenir infecciones y como “gancho” para iniciar la incorporación a algún sistema de rehabilitación.

6.5. Trabajo de campo

El trabajo de campo, es un método que se utiliza para identificar y reclutar a programas de VIH/SIDA, personas con algún factor de riesgo. Aunque este trabajo de campo por sí solo no previene que se extienda el contagio de la infección del VIH, puede jugar un papel crítico para lograr esta meta, pues aborda cara a cara a las personas que están teniendo conductas que los ponen en riesgo de contraer el VIH. En el caso de los adictos, se puede trabajar con más efectividad por medio de pares; es decir, trabajadores de campo exadictos rehabilitados y previamente entrenados. Esta fórmula ha sido ampliamente probada en grupos de autoayuda como Alcohólicos Anónimos.

Sin un trabajo de campo eficaz, muchos usuarios de drogas intravenosas podrían quedar “escondidos”; los programas no llegarían hasta ellos ni servirían a muchas personas que están en riesgo; por lo tanto, tendrían un impacto mínimo en la prevención del contagio de la enfermedad dentro de las comunidades. Las metas principales del trabajo de campo son:

- Iniciar una búsqueda en la comunidad para encontrar a las personas que corren riesgo de infectarse del VIH, porque son usuarias de drogas inyectables o tienen como pareja a una persona que se inyecta drogas.
- Divulgar en áreas geográficas específicas información y materiales sobre prevención de riesgos de contagio de VIH (historietas educativas, folletos del programa, carteles, con-

nes, cloro). En este caso, CONASIDA tiene materiales informativos para poblaciones específicas, previamente validados.

- Archivar información sobre cada contacto, para que el programa identifique a la población blanco, así como para distinguir a los que participan en el programa y los que lo rehúsan.
- Ayudar al personal del programa para que desarrolle y documente un entendimiento de la cultura de la población a la que dirige sus acciones, las necesidades percibidas de sus miembros y los recursos disponibles en la comunidad para satisfacer las necesidades identificadas.
- Incrementar el conocimiento sobre el programa, sus servicios y su trabajo de campo en toda la comunidad; es decir, en la población no usuaria, y la manera en que este programa contribuye para detener el contagio de la infección del VIH.
- Facilitar la colaboración de agencias, especialmente en el trabajo de campo institucional. Inspirar confianza y gozar de buena reputación tanto en la calle como entre las agencias y grupos formales e informales de la comunidad.

En resumen, el trabajo de campo de un programa de mitigación del daño asociado al consumo de drogas inyectables, puede ser tan ambicioso como sus operadores quieran, y proporcionar, entre otros, los siguientes servicios: alcance comunitario a usuarios de drogas inyectables, distribución de paquetes con cloro y condones, sesiones de información en redes sociales, sesiones individuales de mitigación del daño e ingresos de usuarios de drogas inyectables en un programa de rehabilitación.

7. *Más vale prevenir...*

Video sobre migración y SIDA

Raúl Ortiz Mondragon*
Carlos Magis Rodriguez*

7.1. Realización del video

El video *Más vale prevenir...* fue creado con la intención expresa de apoyar las intervenciones educativas y de prevención sobre VIH/SIDA en las zonas rurales. Este video fue evaluado y utilizado en la población de Zongolica, en Veracruz, y en el año 2000 fue reconocido como una de las “Mejores prácticas” sobre VIH/SIDA en México. En su realización participaron cuatro instituciones: CONASIDA, el Instituto Nacional Indigenista, el programa SIDA Veracruz y el grupo de médicos tradicionales y parteros “Macehual Ixtlamachilistli”. Para su elaboración fue necesario contar con cierto conocimiento de las características socioeconómicas y culturales de la región, por lo que se hizo un reconocimiento y evaluación de las mismas. Además, se determinó quiénes serían los informantes clave para el trabajo de evaluación y diagnóstico de las actitudes y conocimientos sobre VIH/SIDA y, finalmente, se realizó una intervención educativa en la comunidad.

La información básica sobre los conocimientos y actitudes de la población de Zongolica sobre el VIH/SIDA se hizo a través de dos diagnósticos: uno con la población en general y otro con personal vinculado a la atención o educación en salud. Estos diagnósticos permitieron conocer las prácticas de riesgo a través de 200 cuestionarios aplicados a estudiantes de bachillerato y 40 entrevistas a profundidad con informantes comunes e informantes clave. Asimismo, con la información obtenida por medio de los cuestionarios y las

* Dirección de Investigación de CENSIDA.

entrevistas fue posible establecer los mecanismos más apropiados para informar a la comunidad sobre las enfermedades de transmisión sexual y el VIH.

Luego de la producción del video, éste fue evaluado por grupos escolarizados de bachillerato, personal del INI de Zongolica y dos grupos de parteras tradicionales. Los grupos de profesionales sugirieron la traducción del video al náhuatl para que pudiera ser accesible a toda la población y esto se realizó con ayuda del INI de Zongolica. Finalmente, el video fue distribuido por medio de los responsables de los servicios estatales de salud que trabajan en lugares donde hay más hablantes de náhuatl y también a través de los integrantes del grupo "Macehual Ixtlamachilistli".

7.2. Sinopsis

Los migrantes regresan a su lugar de origen para las fiestas navideñas. Chava, el hijo mayor de Santiago García, anuncia a su padre que tiene intenciones de casarse con Chelo. Luis Trejo, presenta los síntomas del SIDA, al igual que su hija menor de cuatro meses de edad. José Fonseca y su familia comentan la importancia de trabajar su tierra y permanecer en su país.

Los migrantes van a la cantina del pueblo, hablan de sus aventuras en Estados Unidos, y de las consecuencias y los riesgos a los que se exponen de contraer alguna enfermedad. Chava y su amigo Manuel platican del trabajo y la vida en los lugares de trabajo en el extranjero.

Luis y Santiago recuerdan sus aventuras sexuales en Estados Unidos y Luis se arrepiente de no haberse cuidado. En el Centro de Salud, Chelo habla con la enfermera sobre las ETS y el SIDA, su contagio y prevención. Santiago y José hablan de lo difícil que fue para ellos abstenerse de tener más relaciones sexuales en Estados Unidos.

Chava y Chelo platican de los cuidados que tienen que tener para no contraer enfermedades sexuales en Estados Unidos, Chelo propone ir al Centro de Salud. Santiago le promete a su esposa que va a cuidar a Chava en el trabajo. En el Centro de Salud El doctor. Informa a Chava sobre las medidas de prevención ante el SIDA y las ETS. Le obsequia

unos condones. Los migrantes se despiden de sus familias. Esther le dice a Luis que en cuanto tenga los resultados de los análisis le hablará para decirlo que tiene. Chelo le recuerda a Chava las medidas de prevención. En E. U. los migrantes trabajan en las granjas. En el pueblo se enteran que Luis y su familia tienen SIDA. Chelo explica a su mamá que el SIDA no sólo se transmite por tener relaciones sexuales con un portador de VIH. Luz y Elena en el Centro de Salud platican sobre el caso de la familia infectada. Se lleva a cabo una junta informativa en el Centro de Salud sobre la epidemia del SIDA. Las familias reflexionan con base en que se les informó.

En Estados Unidos, los migrantes, después de haber laborado en las granjas, se preparan para una fiesta. Chava acepta tener relaciones con una trabajadora del sexo comercial, pero con protección. Los trabajadores reciben su paga, y Santiago le aconseja a su hijo que se espere un poco más para contraer matrimonio. Chava se casa tres años después y sigue cuidándose en Estados Unidos.

7.3. Guión del video

Voz en off —Después de pasar varios meses en los Estados Unidos, Santiago García regresa a “El Porvenir” para pasar las fiestas navideñas con su familia.

Hija de Santiago García —¡Tenía muchas ganas de verte, papá!

Santiago García —Y yo a ustedes.

Chava —Papá, le tengo una nueva.

S. G. —Tú dirás.

Esposa de S. G. —Chava se quiere ir contigo.

S. G. —Allá se trabaja muy duro m'hijo; los gringos son muy exigentes.

Chava —Ya sé papá, pero es que quiero juntar dinero.

Esposa de S. G. —Es que ya anda queriendo casarse. Con Chelo, la hija de José Fonseca.

S. G. —¡Pero si es una chamaca!

Esposa —¡Ya no! ¡Ya cumplió quince años!

Voz en off —Luis Trejo también acaba de regresar del otro lado.

Luis Trejo —¡Qué grandote está Luisito, vieja!

Esther —Pos si vieras como come... a ti es al que veo desmejorado.

- L. T.* —Últimamente me he sentido mal vieja, con calentura y diarrea a cada rato, quien sabe que será.
- Esther* —¿Pos qué será? Porque Lulú ha estado re' mal; dice el doctor que le tengo que hacer unos análisis. ¿Por qué no vamos mañana al Centro de Salud?
- Voz en off* —Mientras tanto, José Fonseca y su familia trabajan en el patio de su casa.
- Chelo* —Ya llegó el papá de Chava.
- José Fonseca* —Sí, ya están empezando a llegar todos los que andan en el otro lado.
- Chelo* —¿Y a usted?, ¿no le gustaría irse otra vez papá?
- Esposa de J. F.* —¡Ni lo mande Dios! Tu papá está bien con nosotros; gracias a los dolaritos que ganó, tenemos la casa, y los sacó adelante a tus hermanos y a ti.
- Chelo* —Chava se quiere ir.
- J. F.* —Mejor debía de estudiar y trabajar la tierra de su padre.
- Voz en off* —Horas después, José, Santiago, Luis y otros vecinos se juntan a tomar cerveza.
- Vecino 1* —¿Y a ti cómo te fue en Houston, Toño?
- Toño* —Ora sí me fue muy bien, junté más y...
- Vecino 2* —Y mejor te hubiera ido si no te la pasaras buscando lo que no has perdido.
- Toño* —Es que allá uno se siente muy solo y con alguien hay que consolarse, ¿o no Santiago?
- S. G.* —Para mí eso ya pasó, yo voy a lo que voy y me retacho.
- Vecino 3* — ¡Ah! ¿A poco allá nunca usas mujer?
- S. G.* —Oportunidades no faltan, pero hay que pensar en la familia.
- Vecino 3* —Y allá, ¿quién te puede controlar?
- S. G.* —Yo solito, no quiero agarrar una enfermedad y venir a perjudicar a mi señora.
- Voz en off* —Chava y su amigo Manuel platican después de casi un año de no verse.
- Manuel* —En los campos te hacen trabajar como burro, de sol a sol día tras día; por eso cuando te pagan lo primero que se te ocurre es irte a tomar unas cervezas y darte vuelo... ¡Vieras qué viejas!
- Chava* —¿Y a poco te gastas todo?
- Manuel* —No, no, como la mitad; lo demás se lo mando a mi mamá. ¿Entonces que?, ¿te vas a ir con tu jefe o no?
- Chava* —Parece que sí.

Voz en off —Luis recuerda con pesar, las relaciones sexuales que ha tenido con varias mujeres en los Estados Unidos.

L. T. —¡Qué tonto fui!, ¡cómo no me cuidé al meterme con ellas!

Voz en off —Por su parte, Santiago García.

S. G. —Es que uno se la pasa muy triste y solo estando tan lejos.

Voz en off —En el Centro de Salud...

Elena —¿Y por qué te interesa tanto saber sobre las enfermedades de transmisión sexual, Chelo?

Chelo —No por mí, Elena. Es que mi novio Chava se va al Norte.

Elena —Ah, con razón. Pues mira Chelo, dile que se cuide mucho porque esas enfermedades son muy contagiosas. ¿Has oído hablar del SIDA?

Chelo —Sí, pero no he puesto mucha atención.

Elena —El SIDA es una enfermedad que se contagia de varias maneras; una es a través de las relaciones sexuales, pero uno puede protegerse de eso.

Chelo —¿Cómo?

Elena —Bueno, si una persona sólo tiene relaciones sexuales con su pareja y su pareja con él, no hay problema.

Chelo —¿Y si no? Porque ya ve que los que se van al Norte se meten con todas.

Elena —Si ellos tienen relaciones con otras mujeres, más les vale protegerse con preservativos. ¿Sabes lo que son?

Chelo —Sí, los he visto.

Elena —El problema es que a muchos no les gusta usarlos y pueden adquirir el SIDA.

Chelo —¡Pues sí! ¿Por qué será que no entienden? ¿No saben o no quieren saber?

Voz en off —Santiago y José visitan un lote que está en venta.

S. G. —¿Y cuánto estará pidiendo Trini por el terrenito?

J.F. —Dicen que barato. Oye Santiago, ¿y de veras es cierto eso de que ya no te metes con mujeres cuando estás en el otro lado?

S. G. —¡De veras! ¡Y no es fácil!

J.F. —¡Claro que no es fácil! Yo también anduve por allá...

S. G. —Para mí eso se acabó, y más ahora que a lo mejor se va Chava conmigo.

Voz en off —Chava platica con Chelo sobre su próximo viaje a los Estados Unidos.

Chelo —Y nos casamos cuando juntes algo de dinero, pero tienes que cuidarte y no andar por ahí de libertino.

Chava — Voy a juntar para hacer por lo menos un cuartito.

Chelo — No te hagas, te estoy hablando. ¿Qué no ves que allá en el Norte anda más el SIDA que por aquí?

Chava — Pues si yo nomás voy a trabajar, ni voy a tener tiempo de eso.

Chelo — ¡Pues igual que todos los demás!

Chava — Yo soy distinto, no'más te quiero a ti.

Chelo — ¡Mentiroso! De todos modos, quiero que vayas al Centro de Salud a informarte.

Voz en off — Mientras tanto.

Esposa de S. G. — No sé si sea bueno que Chava también se vaya.

S. G. — Chava ya está grande y sabe lo que hace; además, se quiere casar.

Esposa de S. G. — Chelo es muy buena muchacha.

S. G. — Él también es buen muchacho, escogieron bien.

Esposa de S. G. — Dicen tantas cosas de ustedes los que se van, que si tienen muchas mujeres y que no sé qué...

S. G. — Tú no hagas caso, yo voy a cuidar a Chava.

Voz en off — Más tarde en el Centro de Salud...

Doctor — Qué bueno que te preocupes Chava, porque el SIDA es un problema muy serio; no se puede curar.

Chava — ¿O sea que si a uno le da...?

Doctor — Si te contagias ya no hay remedio.

Chava — ¿Y hay mucho SIDA en los Estados Unidos?

Doctor — En todas partes está duro, pero en Estados Unidos está re duro; hay que cuidarse mucho.

Chava — ¿Y cómo?

Doctor — Pues tomando precauciones. Y hasta ahorita casi lo más seguro es el preservativo o condón. ¿Lo conoces?... El condón no sólo es cosa de tenerlo, sino de usarlo. Es muy importante saber cuidarlo y colocarlo correctamente para que no falle y sea seguro. Antes de usarlo deben tomarse en cuenta varias cosas:

Que el empaque esté bien cerrado, que tenga un poco de aire adentro. Fijarse bien en la fecha de caducidad o de fabricación para estar seguros de que todavía sirve. Un condón dura tres años. Que estén guardados en lugares frescos y secos; no deben estar junto con focos o donde les dé el sol ni en lugares muy húmedos o fríos. Debe usarse un condón nuevo para cada relación sexual; no hay que usar dos veces el mismo.

Para abrir el empaque hay que tener mucho cuidado; usar la yema de los dedos, no las uñas ni los dientes. Ya para usarlos, hay que seguir exactamente estos pasos:

No debe desenrollarse antes de acomodarlo en el pene cuando ya esté erecto. Para evitar que se rompa, se aprieta la punta y se saca el aire.

No deben usarse cremas, aceites o vaselinas porque se rompe el condón.

Sin soltar la punta, se desenrolla hasta que tope sin que quede adentro del condón ninguna burbuja de aire.

Después de eyacular, agarrar el condón por la base y quitarlo mientras el pene todavía esté erecto.

Cuidar que no se salga el líquido, hacerle un nudo y tirarlo a la basura.

¿Entendiste? De buenas a primeras no es fácil, pero te doy estos condones para que practiques acuérdate del dicho: “La práctica hace al maestro”.

Chava —¡Ja, ja, ja!, sí, es cierto.

Voz en off —Las fiestas Navideñas son celebradas en “El Porvenir”...

Llega el mes de febrero y los que se regresan a los Estados Unidos, se despiden de sus familias.

S. G. —Ni modo compadre, se acabó el veinte.

Compadre —La mera verdad yo ya me estaba aburriendo, extraño los dolaritos, las barras, las muchachas, ¿a poco tú no?

S. G. —A veces, pero cuanto estoy allá extraño mucho más a mi familia.

Compadre —Ah, pues yo por eso no me caso.

Voz en off —Mientras tanto en la casa de Luis.

Esther —Ojalá no tuvieras que irte, ya ves lo mal que te has sentido.

L. T. —Pues sí, pero qué le hacemos. Lulú es la que me tiene muy preocupado; se ve tan triste la pobrecita.

Esther —No más que me den los análisis te hablo para decirte qué tienen.

Luisito —¡No te vayas pa’!

L. T. —¡No puedo m’ hijo! Aquí no hay trabajo y hay que comer.

Esther —No dejes de escribir y hablar por teléfono.

Voz en off —Por otro lado...

Chelo —No se te vaya a olvidar lo que te dije Chava.

Chava —Claro que no, ‘ora sí voy bien informado.

S. G. —¡Vámonos m’ hijo!

Esposa de S. G. —Cuidense mucho.

Chelo —Te voy a extrañar.

Chava —Yo también.

Esposa de S. G. —Cuidas mucho a Chava, viejo.

Hija de S. G. —Y tú cuidas mucho a mi papá, ¿oíste?

Voz en off —Y así se fueron a trabajar a los Estados Unidos... En Estados Unidos, Santiago y Chava se disponen a dormir antes de su primer día de labores.

Chava —Ya comencé a extrañar a Chelo papá.

S. G. —Y acabas de llegar, duérmete que mañana hay que levantarse a las cinco porque hay mucho trabajo.

Voz en off —Poco después...

Chelo —Acuérdate de lo que te dije.

Voz en off —Al amanecer del día siguiente... Chava y Santiago trabajan de sol a sol, día tras día.

Chava —De veras que aquí te exprimen hasta la última gota.

S. G. —Así se disfruta más la paga; vamos a lavarnos.

Voz en off —Entre tanto, en “El Porvenir” hay malas noticias.

Esposa de J. F. —¿Cómo que Lulú y Esther tienen SIDA? ¿Eso que quiere decir?

Chelo —Quiere decir que tienen SIDA, mamá.

Esposa de J. F. —Pero, ¿qué no dicen que esa enfermedad se pega con... con las relaciones sexuales?

Chelo —Sí.

Esposa de J. F. —¿Y entonces la pobrecita Lulú? Creo que no llega a los cinco meses.

Chelo —El SIDA se transmite sexualmente pero también por una transfusión con sangre infectada y al nacer un niño de una madre con VIH. Eso quiere decir que una mujer enferma puede transmitirle la enfermedad a su hijo durante el embarazo, cuando nace o con lecha materna.

Esposa de J. F. —¡Qué feo!

Voz en off —Luz, ayudante en el Centro de Salud, platica del caso de Esther con Elena, la enfermera.

Luz —Ya todo mundo sabe y lo que nadie se explica es cómo le puede pasar algo así a una mujer tan decente.

Elena —Le puede suceder a cualquiera, Luz.

Luz —¡No puede ser!

Elena —¿Tú cómo crees que se infectó?

Luz —Ni idea.

Elena —Lo más seguro es que su señor se contagió de SIDA allá en el Norte y luego vino y se lo pegó a ella antes de que se embarazara de Lulú.

Luz —¿Y ella a la niña?

Elena — Sí, desgraciadamente.

Voz en off —La noticia de que hay una persona con SIDA en “El Porvenir”, provoca todo tipo de reacciones.

Mujer 1 —¡Es un castigo de Dios!

Mujer 2 —¡Yo creía que los Trejo eran gente decente!

Hombre 1 —No hay que acercarse a esa casa, no vaya a ser.

Mujer 3 —¿Por qué le vino a suceder precisamente a ella que es tan buena?

Voz en off —A la autoridad municipal le preocupan las murmuraciones acerca del problema y toma medidas.

Gobernador —Ya me fue a ver la gente; está muy asustada por la enfermedad de la Señora Esther y su niña.

Doctor —De cualquier modo, la comunidad debe informarse bien sobre el SIDA.

Gobernador —Sí, quieren que se haga algo.

Doctor —Lo mejor es juntar a la gente.

Voz en off —Y así: Se invita a toda la comunidad a una junta de información en el Centro de Salud el jueves a las seis de la tarde. ¡No faltes! El doctor Germán Macías explicará todo lo relacionado con el SIDA, enfermedad que está causando muchas muertes en todo el mundo, en nuestro país y en nuestra región.

Voz en off —El jueves por la tarde, en el Centro de Salud, asiste mucha gente.

Doctor (Voz en off) —El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es un conjunto de enfermedades que se presentan porque una persona está infectada por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). El SIDA se presenta cuando el sistema de defensas del cuerpo ya no puede combatir enfermedades que le dan a una persona que tiene el VIH. ¿Cómo se transmite el SIDA? El virus se encuentra en los líquidos y secreciones de las personas infectadas, como la sangre, el semen y los fluidos vaginales. Puede ser por vía sexual cuando una persona con VIH tiene relaciones sin protección. También puede ocurrir por vía sanguínea cuando entra al cuerpo sangre infectada con VIH. La tercera vía de transmisión es la perinatal, cuando una madre infectada contagia a su bebé durante el embarazo, el parto o con la leche materna. Entonces, cuando sabemos de alguien, hombre, mujer o niño que tiene SIDA, se debe a que se contagió por una de estas tres vías; no hay otra forma. Esto quiere decir que cualquier persona, cualquier persona, puede ser contagiada

de SIDA, sin importar su sexo, situación económica, edad o gusto sexual. Al principio el SIDA atacó principalmente a la población homosexual; en estos tiempos ataca a hombres y mujeres por igual.

Esposa de J. F. —¡Cuántas cosas ignora uno! Yo creía que en México casi ni había eso del SIDA.

Chelo —Porque no iba a haber mamá, si hay en todas partes.

Esposa de J. F. —Y no sé si entendí bien pero por lo que dijo el doctor, a los que se van al Norte se les puede pegar la enfermedad, ¿no?

Chelo —También aquí se puede contagiarse, pero allá estando solos, se arriesgan más. Eso fue lo que les pasó a Luis, a Esther y a la inocente criatura.

Esposa de J. F. —Pues entonces es un crimen no cuidarse.

J. F. —Sobre todo si sabes del asunto. Por qué si no sabes, ¿cómo?

Voz en off —Esa misma noche Chelo le escribe una carta a Chava.

Chelo (Voz en off) —Estamos muy tristes por lo que le pasó a Esther y a Lulú. La niña está cada vez peor, y Esther sabe que ella también tiene el SIDA. Están gastando mucho dinero. Cuídate mucho mi amor. Hazlo por ti, por mí y por nuestros futuros hijos, si es que llegamos a tenerlos.

Voz en off —En la casa de los García también se habla del tema que preocupa a todo el pueblo.

Hija de S. G. —Mamá ¿Y tú crees que mi papá y Chava tengan cuidado?

Esposa de S. G. —A tu papá le tengo confianza, él no es de esos, de todos modos ya hablé con él sobre eso.

Hija de S. G. —Se me hace que le voy a escribir a Chava; más vale, ¿no?

Esposa de S. G. —Pero escríbele de veras, te la pasas diciendo que lo vas a hacer, pero no lo haces.

S. G. —¿Así que te escribieron al mismo tiempo tu hermana y tu novia?

Chava —Sí.

S. G. —¿Y qué dicen?

Chava —Lo mismo. Parece que se pusieron de acuerdo, ya ve cómo son las viejas. ¿Y entonces qué? ¿El sábado en la noche vamos a ir a la fiesta de los Martínez?

S. G. —No estoy seguro.

Chava —Anímese jefe, para desaburrirnos un poco

S. G. —Ya veremos.

S. G. —No Melchor; desde hace tiempo que yo esas cosas nomás con mi señora, es por protegerla.

Sexo Servidora —Bueno, decídate por que aquí todos quieren, ¿sí o no?

Chava —Pues órale, al fin que traigo mi condón.

T.S.S —Yo también traigo condones, no te preocupes.

Voz en off —Pasan los meses y termina la temporada de trabajo en la granja de los Estados Unidos.

S. G. —Creo que entre los dos, sí juntamos un buen dinerito Chava.

Chava —Me gustaría pedir la mano de Chelo ahora que regrese.

S. G. —Yo que tú me esperaba un poco; tu novia y tú están muy chicos todavía. El matrimonio es algo muy serio, hijo. Tienes que madurar más.

Chava —Voy a platicar con ella.

Voz en off —Chava le hizo caso a su papá; esperó tres años para casarse con Chelo y como siguió tomando precauciones durante sus viajes a los Estados Unidos, no se puso en riesgo. Tuvo hijos muy sanos. Por su parte, Luis, Esther y Lulú fallecieron.