

# CONOCIMIENTO Y OPINIÓN QUE TIENE LA POBLACIÓN NAHUA DE LA REGIÓN DE ZONGOLICA, VERACRUZ, SOBRE EL VIH/SIDA

Claudia Suárez Tepetla, Miguel Figueroa-Saavedra Ruiz, Martha Patricia Ponce Jiménez, Jaime Morales Romero, Uriel Andrade Camacho

## 1. INTRODUCCIÓN

En la ciudad de Los Ángeles en junio de 1981 se conoció por primera vez el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), al reportarse la presencia anormal de neumonía por *Pneumocystis carinii* en cinco pacientes homosexuales y que sugería una posible asociación de la enfermedad con la identidad homosexual o con la adquisición de *Pneumocystis carinii* por contacto sexual.

Pocos meses después, la enfermedad se manifestó en varones y mujeres adictos a drogas por vía parenteral (Injection Drug Users, IDU) y en receptores de transfusiones sanguíneas y hemofílicos. A medida que se conocía el patrón epidemiológico de la enfermedad, se consideró que el agente etiológico más probable era un microorganismo que se transmitía por contacto sexual, sangre y hemoderivados.

En 1983 se aisló el VIH y en 1984 se demostró que este virus era el agente causal del SIDA. En 1985 se desarrolló la Prueba de Inmoadsorbente ligado a Enzimas (*Enzyme-linked Immunosorbent Assay*, ELISA) que permitió percatarse del alcance y la evolución de la epidemia de infección por el VIH.<sup>1</sup>

En México comenzaron a notificarse los primeros casos de SIDA en 1983, los cuales se considera que iniciaron en 1981.<sup>2</sup>

En 1986 se registraron los primeros casos de SIDA en localidades rurales.<sup>3</sup> A finales del 2000 se habían registrado 2,089 casos (4.6% del total) de procedencia rural. En éstos se observó que la principal vía de transmisión era la heterosexual (43%), por lo que la razón de casos hombre/mujer fue de 4:1 en comparación con el área urbana de 6:1.

El surgimiento del VIH/SIDA amplió el interés de la epidemiología hacia el estudio de los comportamientos sexuales y el espectro de los mismos. Para comprenderlo

es necesario conocer los contextos socioculturales, así como las prácticas, creencias e identidades sexuales. En este sentido las Ciencias Sociales han aportado el concepto de *contextos de vulnerabilidad* para denominar a "grupos de riesgo" o "prácticas de riesgo"; según éste, un mismo comportamiento puede ser riesgoso en un contexto (cultural, ambiental o social) y en otros no.<sup>4</sup> Sin embargo, dicho comportamiento puede ser percibido como de riesgo o no de acuerdo con el conocimiento que se tenga de la enfermedad.

## 2. MARCO TEÓRICO

Se pretendió conocer el nivel de conocimiento y las opiniones que la población nahua de la región de Zongolica tienen sobre el VIH/SIDA. Para ello el estudio se basó en teorías y modelos que se mencionan a continuación.

### 2.1 Modelo Determinista Modificado

En primer lugar se propone como una de las teorías que explican la infección por VIH/SIDA al Modelo Determinista Modificado, propuesto por Rothman.<sup>5</sup> Dicho modelo de causación relaciona algunos principios epidemiológicos, tales como fuerza de los efectos; interacción entre causas; proporciones de la enfermedad por causas específicas; periodo de incubación, entre otras.

En él se define la causa como el suceso, la condición o la característica que inicia o permite, sola o con otras causas, una secuencia de sucesos que tienen como resultado un efecto. Es determinista porque supone que una enfermedad tiene una o más causas suficientes, cada una por sí misma determina la enfermedad en un individuo.

Considera que cada causa suficiente está conformada por varias causas componentes, tomando en cuenta qué causa necesaria es la causa componente sin la

cual la enfermedad no se produce. Además introduce probabilidades, pues toma en cuenta que una causa componente aumenta la probabilidad de que una enfermedad se produzca. Así mismo, da cabida al azar en forma de factores o causas componentes aún no identificados.

## 2.2 Teoría Constructivista

Para explicar el comportamiento que las personas de la población de estudio presentan ante el VIH/SIDA, se propone la Teoría Constructivista. Ésta considera que el conocimiento que una persona tiene sobre algo en particular deriva de la idea que mantiene el individuo de ese algo y que está relacionada con factores cognitivos y sociales del comportamiento, así como de factores afectivos; es decir, se trata de la construcción propia que se va produciendo día a día. De este modo, el conocimiento es una construcción del ser humano con los esquemas que ya posee en su relación con el medio que le rodea.<sup>6</sup>

En otras palabras, el Constructivismo explica las percepciones sociales a partir de referentes históricos, culturales, sociales y familiares como un “proceso” inacabado con diferentes grados de conciencia del individuo o los grupos; es decir, son estas dimensiones las que construyen y reconstruyen las diferentes percepciones hacia diferentes cosas, por ejemplo la idea de salud-enfermedad.

Considera que sí es posible modificar las percepciones a partir de crear nuevas percepciones y arraigarlas en nuevos hábitos. ¿Con qué se modificarán esas percepciones? Para ello recurre a distintas estrategias formativas, educativas, psicológicas y de comunicación, entre otras.

## 2.3 Modelo de las Creencias de la Salud<sup>7</sup>

Para entender la forma en que los individuos perciben los beneficios personales o la importancia de evitar la enfermedad o recuperar la salud, así como para conocer las expectativas que tienen sobre una medida de prevención de enfermedad, se propone el Modelo de las Creencias de la Salud. Éste considera que es más probable que las personas tomen medidas para prevenir o controlar un trastorno de salud cuando piensan que tiene consecuencias potencialmente graves y que la medida que puedan tomar sería beneficiosa para reducir su vulnerabilidad a la enfermedad o la gravedad de ésta.

Algunos conceptos fundamentales que plantea son:

*La vulnerabilidad percibida:* La percepción de las personas de su probabilidad de sufrir un trastorno, como un embarazo o la infección por el VIH.

*La gravedad percibida:* Las opiniones acerca de qué tan graves son las consecuencias médicas, sociales o económicas de un trastorno de salud.

*Los beneficios percibidos:* Las percepciones de la eficacia de la medida recomendada para reducir los riesgos a la salud.

*Las barreras percibidas:* Las percepciones de los costos psicológicos, sociales o económicos de adoptar el nuevo comportamiento vinculado con la salud.

*Los factores que estimulan o desencadenan la acción:* Los acontecimientos que aumentan la probabilidad de la adopción de la medida, entre ellos los síntomas de una infección o la exposición a mensajes radiofónicos.

*La eficiencia personal:* La convicción de que uno puede aplicar con éxito una medida.

*Otras variables:* En especial factores sociodemográficos como el grado de escolaridad, que afectan las percepciones del individuo y por consiguiente influyen indirectamente en el comportamiento vinculado con la salud.

## 2.4 Modelo de la Reducción del Riesgo de SIDA

Proporciona un marco para explicar el cambio de comportamiento en relación con la transmisión sexual del VIH/SIDA. Postula tres etapas del cambio:

- El reconocimiento y la caracterización del propio comportamiento como de alto riesgo.
- El compromiso de reducir los contactos sexuales de alto riesgo y de aumentar las prácticas de bajo riesgo.
- La acción, que se refiere a la obtención de remedios y la puesta en práctica de soluciones.

Las variables que influyen a través de estas etapas incluyen el conocimiento de actividades sexuales asociadas con la transmisión del SIDA; la creencia en la vulnerabilidad personal; la opinión de que el SIDA es indeseable; el conocimiento de la conveniencia de la buena salud y el placer de una práctica sexual; las redes sociales y

la ayuda para resolver problemas; la autoestima; la comunicación verbal con la pareja sexual; así como las creencias y los comportamientos de la pareja; entre otras.

## 2.5 Modelo Político-Económico

Parte de la idea de que las desigualdades socioeconómicas son la base de la epidemia y que constituyen importantes obstáculos estructurales para los cambios de comportamiento hacia conductas saludables. Incorpora los conceptos de vulnerabilidad social e individual y exclusión social.

Además lleva a una reacción frente a la epidemia del VIH/SIDA, incentivando un cambio social capaz de hacer posible la reforma de las estructuras de desigualdad y propone que la prevención debe integrarse a la atención de las personas, no sólo por razones humanitarias y de derecho, sino también de salud pública. Esto trae como consecuencia la propuesta de integralidad en los programas de prevención-atención.<sup>8</sup>

## 2.6 Teoría de la Percepción del Riesgo

Dicha teoría explica que la percepción del peligro de las personas es una variable en función de lo que ellas mismas conocen sobre el riesgo que puede presentarse en ese momento y lugar; es decir, cada individuo o sociedad percibe y valora de diferente manera manifestaciones, efectos y consecuencias de los riesgos.

## 2.7 Conceptos básicos

Como anteriormente se mencionó, estas teorías aportan elementos importantes para la comprensión del estudio; asimismo, resulta necesario definir algunos conceptos para la contextualización del estudio, como saber qué son el VIH y el SIDA, además de una breve descripción de los mismos.

### 2.7.1 Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)

Ataca el sistema inmunológico del cuerpo humano destruyendo específicamente los linfocitos T o CD4 y es causante del SIDA. Actúa por años sin que se presente algún síntoma, por lo cual los portadores del virus son llamados portador sin síntomas, portador asintomático o portador seropositivos.<sup>9</sup>

Este virus pertenece a la familia de los retrovirus humanos (*retroviridae*) dentro de la subfamilia *lentivirus*. Se reconocen dos tipos: el VIH-1 y el VIH-2. La patogenicidad del VIH-2 es menor que la del VIH-1; tiene una evolución más lenta y la transmisión materno infantil es menor.<sup>1</sup>

### 2.7.2 Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)

Es un término de vigilancia definido por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos de América y el Centro Europeo para la Vigilancia Epidemiológica del SIDA (EuroVIH).<sup>10</sup> Se refiere a la etapa final de la infección por VIH.

El cuadro clínico se presenta entre siete y diez años después de que la persona ha sido "portador asintomático" del VIH. Se caracteriza por un deterioro progresivo del sistema inmunitario, lo que ocasiona un conjunto de graves enfermedades que causan la muerte.<sup>9</sup>

### 2.7.3 Clasificación del VIH/SIDA

En 1983 se revisó el sistema de clasificación para la definición de casos de adolescentes y adultos con infección por el VIH y vigilancia extendida del SIDA, el cual se basa en tres niveles de recuento de los linfocitos T o CD4 y en tres categorías clínicas. Está representado por una matriz de nueve categorías mutuamente excluyentes. (Ver Cuadro 1.)

Con este sistema, un paciente con infección por el VIH con recuento de linfocitos T CD4+ menor de 200/ $\mu$ l sufre SIDA, sin importar si presenta o no los síntomas de enfermedades oportunistas. Una vez que los enfermos entran en la situación clínica definida como categoría B, su enfermedad no vuelve ya a la categoría A, ni siquiera en caso de que el cuadro ceda; lo mismo sucede con la categoría C en relación con la B.<sup>11</sup>

Cuadro 1. Clasificación del VIH/SIDA de acuerdo con las tres categorías clínicas determinadas por el Sistema de clasificación para la definición de casos de adolescentes y adultos con infección por el VIH y vigilancia extendida del SIDA, emitido en 1983.

Célula T CD4 + Categorías	A Asintomático, Aguda (primaria) VIH o PGL*	B Sintomático, Cuadros no A ni C	C Cuadros Definidores de SIDA
>500/µl	A1	B1	C1
200-499/ µl	A2	B2	C2
<200/ µl	A3	B3	C3

\* PGL, Linfadenopatía Generalizada Persistente (Progressive Generalized Lymphadenopathy).

Fuente: MMWR 42 (No. RR-17), 18 de diciembre de 1992.

#### 2.7.4 Transmisión del VIH

Se transmite/transmitirse por las relaciones sexuales vaginales, anales u orales con una Persona que Vive con el Virus del VIH (PVVIH); así como la transfusión de sangre contaminada o el uso compartido de agujas, jeringuillas u otros instrumentos punzantes. Asimismo, puede transmitirse de la madre al hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia.<sup>11</sup>

#### 2.7.5 Diagnóstico del VIH

El diagnóstico se apoya en estudios de laboratorio, que desarrollaron la Prueba de Inmunoabsorbente Ligado a Enzimas (Enzymelinked Immunosorbent Assay, ELISA) para la detección de antígenos y el método de ELISA para la detección de la IgM. Éstos permiten realizar el diagnóstico en pocas horas con una sola muestra de suero y son útiles especialmente en los casos graves.

Las pruebas más sensibles basadas en el Análisis de la Reacción en Cadena de la Polimerasa con Transcripción Inversa (Reverse-Transcription Polymerase Chain Reaction, RT-PCR) permiten establecer el diagnóstico con muestras sin antígeno detectable y proporcionan información genética útil sobre el virus. También se puede diagnosticar la presencia de VIH en saliva.<sup>11</sup>

#### 2.7.6 Tratamiento del VIH/SIDA

Para tratar el VIH/SIDA se recomiendan antirretrovirales específicos, antimicrobianos y profilácticos, esenciales para brindar a los pacientes infectados una mejor calidad de vida. Asimismo, se les debe dar el asesoramiento y la educación adecuadas acerca de su enfermedad

e informarlos sobre el riesgo de contagio hacia los demás. En necesario instruirlos sobre la evolución de la enfermedad, así como escuchar y ser sensible a sus temores y preocupaciones.<sup>11</sup>

Tomando en cuenta que este trabajo el enfocado a conocer el nivel de conocimientos que la población indígena de la región de Zongolica, Veracruz, tiene sobre el VIH/SIDA, es conveniente mencionar a qué nos referimos con población indígena, por lo que a continuación se presenta la definición.

#### 2.7.7 Población nahua

Entendemos por población nahua todos aquellos individuos que se declaren a sí mismos pertenecientes a este grupo étnico o son hablantes de la lengua náhuatl. Se considera municipio nahua aquél que esté compuesto en 40% o más de la población total por miembros de esta etnia.<sup>12</sup>

### 3. MARCO EMPÍRICO

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre los más graves problemas de salud pública en todo el mundo se encuentran la infección por VIH y el SIDA.<sup>13</sup>

El texto "25 años de SIDA en México, logros, desaciertos y retos" presenta un estudio basado en la integración de información proveniente de fuentes primarias, secundarias y datos estadísticos,<sup>9</sup> en el que, de acuerdo con el número total de casos registrados, México ocupa el tercer lugar en el continente americano. Según estas cifras, desde el primer caso registrado de SIDA en México en 1983 hasta el 15 de noviembre del 2007, la incidencia acumulada era de 115,651 casos de los que 83% son hombres y 17% mujeres, observándose así una razón hombre/mujer de 5:1. Del total de los casos 50% se concentraba en cinco entidades federativas: Distrito Federal, 20,881; Estado de México, 12,183; Veracruz, 10,420; Jalisco, 9,911 y Puebla, 5,676 casos.

Este estudio también presenta datos de casos rurales en 1994, los cuales ocupaban 4.7% del total de casos registrados ese año. A partir de entonces se observa una tendencia importante de crecimiento relativo de los

a Registro Nacional de casos de SIDA, estudios centinela, estudios de Segunda Generación, censos, conteos, estimaciones elaborados por el Instituto Nacional de Geografía e Informática (INEGI) y el Consejo Nacional de Población (CONAPO), entre otros.

casos rurales, dando como resultado para 1999 8% de los casos diagnosticados en ese año.

Si bien es cierto que estos casos no tienen un peso relativo, representan un problema en el momento de instrumentar las estrategias de prevención y atención utilizadas en las urbes en los municipios indígenas, pues con frecuencia la población rural tiene menor escolaridad; no domina la lengua española; hay deficiente comprensión de ésta o padece desigualdad de género. Todo ello interfiere en el instante de interpretar adecuadamente la información sobre la enfermedad.<sup>2</sup>

En concreto, la epidemia del VIH ha continuado su expansión, en gran parte porque no se han resuelto las condiciones sociales que aumentan el riesgo y la vulnerabilidad relacionadas con el virus.

Las etnias que componen la comunidad indígena están sujetas a mayor vulnerabilidad ante el VIH/SIDA, pues además de que enfrentan muchos de los mismos obstáculos económicos de otros grupos, existen otras barreras sociales y culturales particulares. Suelen tener menor escolaridad y mayor analfabetismo que la población en general (siendo más grave la situación entre las mujeres) y están sujetos(as) a la discriminación racial fuera de sus comunidades.

De acuerdo con la información obtenida en un Taller llevado a cabo en Antigua, Guatemala, en Mayo de 2004, algunos factores culturales que inciden en la infección del VIH entre los diversos grupos étnicos de la región son:<sup>14</sup>

- Conocimiento limitado sobre salud sexual y reproductiva.
- Influencia de la Iglesia en los hábitos sexuales.
- Consumo de alcohol y otras drogas.
- La pobreza como potenciador del riesgo.
- La migración aumenta el riesgo de infección.
- Las relaciones de poder y la construcción cultural de género como potenciadores de riesgo.
- Dificultades durante la negociación con la pareja del uso del preservativo.
- Mitos y resistencias en cuanto al uso del preservativo o condón.
- Acceso y uso de condón restringido, dependiendo de la comunidad.
- Violencia doméstica y sexual.
- Mitificación de la fidelidad como factor.
- Discriminación a pueblos indígenas al proveer servicios

de salud pública.

- Atención diferenciada de acuerdo con actitudes discriminatorias.
- Falta de educación formal y específicamente en prevención.
- Políticas gubernamentales limitantes para personas que viven con VIH/SIDA.
- Estigmatización y discriminación de las diferentes formas de expresión de la diversidad.
- Fracaso de las campañas de prevención e información por desconocimiento del idioma de la población.

Existe otro factor que no se considera las más de las veces y son los conceptos de enfermedad y de salud que tienen estas comunidades y que facilitan pero también dificultan la comprensión y apropiación de los conocimientos sobre nuevas enfermedades. Por tanto, afecta la percepción o no del hecho patológico, así como la gravedad y el grado de riesgo que se le otorgan si es reconocida como "enfermedad".

En el documento "Abya-Yala Kuyarinakui", los pueblos indígenas generalmente distinguen las enfermedades del Campo o de la Tierra, que pueden ser curadas por los terapeutas indígenas; de aquellas enfermedades introducidas recientemente y que se solucionan con la atención de los médicos universitarios. Algunos pueblos las llaman enfermedades de Dios, al considerarlas una especie de castigo divino por haber transgredido algunas leyes propias o haber entrado en un contacto no apropiado con las costumbres de otros pueblos. Para ellos son "microbiosas" (o castigos enviados por Dios) a las enfermedades venéreas, entre éstas el SIDA.<sup>15</sup>

Los quechuas de la sierra sur de Ecuador llaman a la sífilis "enfermedad del hombre y de la mujer" y la relacionan con las "malas costumbres" de los blancos y con el clima cálido y húmedo de la costa.<sup>15</sup>

Los garífunas relacionan las enfermedades venéreas con las concepciones que tienen sobre el cuerpo y sus emanaciones, considerando que el contagio es a través del sudor, el olor, la sangre, el semen o la leche materna.<sup>16</sup>

Los miskitos asocian directamente al SIDA con la debilidad del organismo y del pueblo, considerando que si se come bien y se tiene el cuerpo fuerte no se enfermará la persona; sin embargo, una vez cogido por el virus, nadie ni nada lo salva porque no es el SIDA el que mata, sino la brujería y el envenenamiento los que causan la muerte del enfermo.<sup>17</sup>

Los marrones de Surinam creen que una persona contrae una Infección de Transmisión Sexual (ITS) de maneras diferentes de una relación sexual. Por ejemplo: los hombres atribuyen su *droipi* (gonorrea) a levantar algo pesado o al agotamiento; las mujeres creen que la ITS se contrajo después de que ellas se golpearon el dedo del pie en una piedra o como el resultado de una caída al llevar una carga pesada (principalmente una cesta con casave) en su cabeza.<sup>18</sup>

En México, según los datos de la organización Comunicación e Información de la Mujer A.C. (CIMAC),<sup>19</sup> un grupo de mujeres indígenas participantes en un taller sobre derechos sexuales y reproductivos, provenientes de diversos estados de la República como Guerrero, Veracruz y Querétaro, denunciaron que el cáncer y el VIH/SIDA son las enfermedades más comunes de sus lugares de origen, situación que se agrava debido a la extrema pobreza en la que viven.

Existen algunos estudios que muestran la relación de la migración hacia Estados Unidos con el aumento de los casos de VIH/SIDA en amas de casa de municipios rurales en México. Un ejemplo es el Estado de México, donde el patrón de la enfermedad muestra que por cada 11 casos en las ciudades del Valle de México, hay por lo menos uno en las zonas rurales de la entidad y están relacionados con esposas de trabajadores migrantes.<sup>20</sup>

En febrero del 2004 y en diciembre del 2005 se realizó un estudio en localidades indígenas de Michoacán y Oaxaca, con altos niveles de expulsión migratoria, con rezago comunitario y casos registrados de VIH/SIDA. Titledo "Migración y ruralización del SIDA: relatos de vulnerabilidad en comunidades indígenas de México" tuvo como objetivo analizar la vulnerabilidad para ITS/VIH entre mujeres purépechas y zapotecas unidas en concubinato con varones que practican sexo sin protección.

Los resultados obtenidos señalaron que la ruralización de ITS/VIH puede relacionarse con las prácticas de iniciación sexual femeninas, pero sobre todo con el miedo del migrante a que su concubina tenga relaciones extraconyugales en su ausencia. El embarazo y la crianza son recursos masculinos de control de las esposas, lo cual implica formas de vulnerabilidad para las mujeres indígenas en las localidades estudiadas, cuya sexualidad tiene un remarcado carácter reproductivo.<sup>21</sup>

En 2007 la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) realizó una consulta con la

finalidad de tener una aproximación sobre la percepción que la población indígena tiene acerca del VIH/SIDA en seis estados de la República Mexicana. En Veracruz se consultó a 851 personas procedentes de 18 municipios con población indígena; la edad de los consultados estaba comprendida entre 14 y 78 años. A estas personas se les aplicó un cuestionario conformado por tres apartados:

- Datos generales: nombre, edad, lugar de nacimiento, si habla castellano, lengua indígena que entiende, habla, lee o escribe, género y escolaridad.
- Situación de riesgo: si ha trabajado fuera del municipio, del estado o del país.
- Percepción e información del tema: conocimientos acerca del VIH/SIDA.

Los resultados mostraron que 37.2% de los consultados refirieron haber trabajado fuera de su municipio, 31.5% fuera del Estado y 9.3% fuera del país; también se refirió que 18% de la población consultada no tenía información sobre el SIDA, 8.4 % no sabía qué era el SIDA y 13% no se protegía para evitar ITS; asimismo 27.8% manifestó que en su comunidad existe rechazo a los enfermos de SIDA.<sup>22</sup>

Por último, en el marco de la Segunda Preconferencia Mundial de Pueblos Indígenas/Originarios y Afrodescendientes frente al VIH/SIDA, las Sexualidades y los Derechos Humanos, realizada del 31 de julio al 2 de agosto de 2008 en la ciudad de México, se llevó a cabo una mesa de trabajo donde se presentaron los resultados de estudios realizados sobre el VIH/SIDA en población indígena de diferentes países de Latinoamérica. A continuación se presentan los resultados más sobresalientes de dichos estudios.

En el 2004 y parte del 2005 se realizó el proyecto 386 "La problemática del VIH/SIDA en poblaciones migrantes étnicas en contexto de pobreza urbana de la ciudad de Rosario", encontrándose que los factores que inciden en la problemática de las enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA de los pueblos migrantes indígenas de Rosario son:

- La situación de pobreza extrema;
- La discriminación y estigmatización;
- La falta de capacitación de los profesionales de la salud respecto a nociones básicas de la salud intercultural;
- La no inclusión de la lengua indígena en las políticas preventivas de salud y
- El desconocimiento por parte de los que diseñan

las políticas públicas de salud, de la cosmovisión, concepción de salud y saberes tradicionales de los pueblos indígenas.

Asimismo, se observó un notable desconocimiento de representaciones, creencias y prácticas de los indígenas sobre su sexualidad por parte de los servicios públicos de salud, además de falta de accesibilidad al sistema de salud, presentándose problemas de comunicación o falta de comprensión de las prescripciones médicas, aunado a que la perspectiva biomédica secundariza algunas concepciones de "enfermedad", que para la comunidad son visualizadas como tales.<sup>23</sup>

Otro estudio realizado en las comunidades tobas de Argentina reveló que el VIH-SIDA es considerado "*una enfermedad*" (*nalolagá*) "*que se lleva en la sangre*", siendo migrantes de contextos rurales las personas que dijeron desconocer por completo qué es el VIH-SIDA. También se encontró asociación entre los consumos de alcohol y de drogas y VIH-SIDA siendo manifestada principalmente por los jóvenes, dentro de este grupo las más "proclives" a enfermar de VIH-SIDA eran las mujeres.<sup>24</sup>

En un estudio de las comunidades indígenas en Colombia se identificó que en el contexto sociocultural afloran evidencias de una epidemia que amenaza con ser más profunda y dramática de lo que a simple vista parece y en la que confluyen la vulnerabilidad étnica, el género, el estigma, la discriminación, la pobreza, el conflicto armado, la falta de oportunidades, el desconocimiento, los crecientes procesos de aculturación y el choque con una cultura occidental intolerante.<sup>25</sup>

Finalmente en el estudio "VIH y SIDA, pueblos indígenas y originarios e interculturalidad en Bolivia" se identificó que no existe información sistematizada sobre aspectos socioculturales como la lengua, las concepciones de salud y de enfermedad, los roles de género, entre otros, susceptibles de generar mayor vulnerabilidad a las ITS y el VIH entre los pueblos indígenas y originarios, además que se observó en algunas comunidades indígenas una fuerte estigmatización hacia las personas que viven con el VIH y/o el SIDA.<sup>26</sup>

#### 4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La prevención y atención del VIH han sido hasta la fecha relativamente insuficientes, pues a pesar de que existe una conciencia del peligro en el plano mundial no resulta suficiente para llevar a las personas a cambiar de forma

significativa su comportamiento sexual respecto de la prevención y la atención. Ello se debe a factores que no son médicos ni sanitarios, pero deben entenderse y tenerse en cuenta en las nuevas estrategias. Además, los medios de información no suelen estar adaptados a la capacidad de comprensión de la población.

La determinación de las diversas situaciones de alto riesgo plantea dos problemas paralelos al enfoque epidemiológico y son de índole social y cultural:<sup>27</sup>

- La conciencia personal, familiar y colectiva del riesgo de infección y sus consecuencias y, en situaciones óptimas, la decisión consiguiente de protegerse durante el contacto o de abstenerse.
- La aceptación pública y el reconocimiento oficial del riesgo y sus consecuencias y/o la revelación de la infección por parte del grupo, la comunidad, la sociedad o las autoridades públicas en contraposición al silencio y la negación.

En este sentido, la población indígena se encuentra en una condición de alta vulnerabilidad frente al VIH/SIDA y las ITS con relación a la población en general al no tener las mismas oportunidades y condiciones de educación, salud, económicas, demográficas e informativas. A esta situación contribuyen asimismo prácticas de riesgo, marginación, migración, uso de alcohol y drogas, así como relaciones sexuales de alto riesgo al carecer de la práctica del uso del condón. Pero también a las propias creencias y teorías con las que explican el complejo de signos, dolencias y enfermedades que se asocian al VIH, lo que da una dimensión intercultural al problema de la información, la sensibilización y la concienciación ante el problema y las acciones que se desencadenan para su prevención y tratamiento.

La situación de las comunidades indígenas frente al VIH es compleja y de difícil diagnóstico debido a la diversidad de factores asociados y por no concebirse las relaciones ITS-VIH/SIDA-comunidades indígenas como un fenómeno relevante en el panorama de la epidemia.

Además el VIH/SIDA aún parece ser un padecimiento que no es visto como una amenaza personal, se trata de un peligro para otros, es parte de la construcción de la otredad. Asimismo la comunidad se construye como un lugar donde los riesgos frente a ITS/VIH/SIDA son prácticamente inexistentes; al contrario de la ciudad que se construye como un lugar donde existen mayores peligros vinculados al ejercicio sexual.

El panorama es más grave si se considera el hecho de que en muchas comunidades no se conoce a alguien que esté enfermo de SIDA o haya muerto por dicho padecimiento, lo cual hace todavía más improbable que se reconozca al SIDA como una realidad cercana que a su vez posibilite la construcción de un riesgo próximo.

Por lo anterior debemos tomar en cuenta que para prevenir y tratar la epidemia del VIH/SIDA no bastan las consideraciones médicas o la simple comunicación de conocimientos y la educación, pues se trata de un fenómeno socioeconómico y cultural para el cual es necesario adoptar un enfoque intercultural que considere referencias y recursos culturales de la población (llámense estilos de vida, sistemas de valores, tradiciones, creencias y derechos humanos), como parte de los criterios y fundamentos para la planificación de respuestas pertinentes de prevención y atención, lo cual permitirá cambios profundos y a largo plazo en el comportamiento de las personas.

De este modo, al considerar las especificidades culturales en la elaboración de políticas y métodos de prevención y atención del VIH/SIDA, estos serán más eficaces, pues habrá un mejor entendimiento al propiciar una nueva conciencia de responsabilidad, motivando una adecuada disposición para la movilización contra la propagación de la epidemia.<sup>27</sup>

#### 4.1 Justificación

En el año 2005 el estado de Veracruz tenía una población de 7,110,214 habitantes, de los que 969,439 (13.6%) eran de procedencia indígena y de éstos 9.5 % se identificaron como monolingües, 28.9% eran analfabetas y 26.1% no contaba con instrucción primaria.<sup>28</sup>

A pesar de ser un porcentaje significativo de población, es importante mencionar que no existe información precisa sobre la prevalencia de VIH/SIDA y su relación con otras variables como etnicidad, nivel de competencia comunicativa y otros factores culturales que están presentes en los diferentes grupos étnicos del Estado de Veracruz.

Por lo anterior, resulta importante que se conozcan y se consideren las particularidades socioculturales de los pueblos indígenas, el perfil epidemiológico que presentan, así como los factores protectores y de riesgo y la atención que reciben por parte de los Servicios de Salud; con la finalidad de diseñar y poner en marcha estrategias y programas adecuados a esta población

que garanticen una mayor efectividad en la prevención del VIH/SIDA.

El presente estudio pretendió conocer el nivel de conocimiento y las opiniones que la población nahua de la región de Zongolica tiene sobre el VIH/SIDA, con la finalidad de aportar información precisa para elaborar programas que consideren las características socioculturales de esta población y, a través del diseño e instrumentación de estrategias adecuadas, lograr que esta población identifique cuáles son las actividades sexuales asociadas con la transmisión del VIH/SIDA y se consideren vulnerables a contraer la infección y de esta manera prevenir el contagio y su propagación.

#### 4.2 Pregunta de Investigación

Con base en lo anteriormente explicado, para este estudio se planteó la siguiente pregunta:

¿Qué conoce y opina sobre el VIH/SIDA la población nahua de la región de Zongolica?

### 5. OBJETIVOS

#### 5.1 Objetivo General

Conocer el nivel de conocimientos y tipo de opiniones que tiene la población nahua de la región de Zongolica, Veracruz sobre el VIH/SIDA.

#### 5.2 Objetivos Específicos

1. Diseñar y validar un instrumento que permita identificar el nivel de conocimientos que la población indígena tiene sobre el VIH/SIDA.
2. Describir la población de estudio, sus características demográficas, socioeconómicas y epidemiológicas.
3. Identificar el nivel de conocimientos que la población nahua tiene sobre el VIH/SIDA.
4. Identificar las opiniones que la población nahua tiene sobre el VIH/SIDA.

### 6. PARADIGMA DE INVESTIGACIÓN

El paradigma de investigación que apoyó este estudio fue el positivista, pues describió y explicó el tipo y nivel de conocimientos y opiniones que la población nahua de la región de Zongolica, Veracruz tiene sobre el VIH/SIDA, a través de la elaboración de un instrumento que contuvo variables cuyas dimensiones se cuantificaron y analizaron.



Es conveniente mencionar que la relación sujeto-objeto fue independiente, neutral y libre de valores. La explicación obtenida del estudio estuvo basada en las causas reales para lograr la objetividad, validez y fiabilidad. El análisis de la información se apoyó en estadística analítica e inferencial.

## 7. DISEÑO DE ESTUDIO

Dado que la epidemiología raramente estudia la población en su totalidad, es necesario desarrollar estrategias de análisis muestral y de medición que estudien subgrupos de la población y hacer extrapolaciones del conocimiento generado hacia el total de la población.<sup>29</sup>

### 7.1 Tipo de estudio

Fue de tipo transversal, también llamado encuesta transversal o encuesta de prevalencia, cuyo diseño de investigación epidemiológica es de uso frecuente. De acuerdo con la interferencia del investigador en el fenómeno que se analizó fue un estudio observacional, pues éste sólo describe o mide el fenómeno estudiado, por tanto no modifica alguno de los factores que intervinieron en el proceso.<sup>30</sup>

En este estudio no fue posible establecer causalidad entre exposición y efecto, salvo en el caso de exposiciones que no cambian con el tiempo. Su limitación para establecer causalidad se compensó por su flexibilidad para explorar asociaciones entre múltiples exposiciones y efectos. En este caso se buscó comparar los niveles de conocimiento y opiniones que la población nahua de la región de Zongolica, Veracruz tiene sobre el VIH/SIDA, por tanto fue un estudio analítico. Además de comparativo, dado que se consideró la inclusión de dos poblaciones, las cuales se describieron en función de un grupo de variables.

A pesar de sus limitaciones, los estudios transversales son comunes y útiles, porque su costo es relativamente inferior al de otros diseños epidemiológicos, como los estudios de cohorte. Además proporcionan información importante para la planificación y administración de los servicios de salud.

## 8. UNIVERSO Y MUESTRA

### 8.1 Tipo de Muestreo

En las encuestas transversales se define una población para fines del estudio y los datos se recolectan de los sujetos

sin estratificarlos *a priori*, de acuerdo con la presencia o ausencia de la variable que se desee estudiar. Además se debe definir la unidad de observación del estudio, es decir, la unidad sobre la cual se capta información.

Esta investigación se centró en el estudio de una comunidad nahua, cuya población constituyó el universo de estudio. Este caso se eligió con base en algunas variables de la región en la que se sitúa, tales como existencia de comunidades hablantes de lengua náhuatl, grado de analfabetismo, nivel de marginalidad y pobreza, entre otras.

El tipo de muestreo a utilizar fue bietápico. En la primera etapa se determinó el universo, en este caso elegido por conveniencia. La segunda etapa consistió en la selección de viviendas a encuestar dentro de la comunidad seleccionada.

A continuación se presentan los criterios para la selección de la muestra, los cuales estuvieron divididos en criterios para seleccionar la comunidad, criterios para seleccionar las viviendas y criterios para seleccionar a los individuos a encuestar.

### 8.2 Criterios para selección de comunidades

#### 8.2.1 Criterios de inclusión

- Comunidades del estado de Veracruz en la región de Zongolica que, de acuerdo con el II Censo de Población y Vivienda, México. 2005 de INEGI, registraron más de 90% de su población total como indígena.
- Comunidades que tuvieran muy alto grado de marginalidad de acuerdo con el Sistema de indicadores sobre la población indígena de México con base en el II Censo de Población y Vivienda, México. 2005 de INEGI.
- Comunidades con grado de analfabetismo superior a 35% según el Sistema de indicadores sobre la población indígena de México, basado en el II Censo de Población y Vivienda, México. 2005 de INEGI.
- Comunidades cuya población sin instrucción primaria fuera superior a 30% según el Sistema de indicadores sobre la población indígena de México, basado en el II Censo de Población y Vivienda, México. 2005 de INEGI.
- Comunidad con al menos 50% de población nahua.

#### 8.2.2 Criterios de exclusión

- Comunidades que no tuvieran registro del porcentaje de población indígena con relación a su población

total, grados de monolingüismo y de analfabetismo, nivel de marginalidad, entre otras variables.

- Comunidad que a pesar de cumplir con los criterios de inclusión fuera de difícil acceso.

### 8.2.3 Criterios de eliminación

- Comunidades que durante la negociación con las autoridades correspondientes, éstas se negaron a participar o dificultaron la realización del estudio.

### 8.2.4 Criterios de sustitución

- Se sustituyó la comunidad que no deseó participar en el estudio por otra comunidad seleccionada a conveniencia pero que cumpliera con los criterios de inclusión.

## 8.3 Criterios para selección de individuos

### 8.3.1 Criterios de inclusión

- Personas que al momento de la entrevista se declararon residentes de la vivienda.
- Personas mayores de 15 años que vivían en la casa seleccionada.

### 8.3.2 Criterios de exclusión

- Personas mayores de 15 años que en el momento de la encuesta se encontraban en la casa pero no se declararon residentes.
- Personas con alguna discapacidad que les impidió participar en la encuesta.

### 8.3.3 Criterios de eliminación

- Personas que refirieron tener dificultades para comprender el planteamiento de las preguntas.
- Personas con alguna discapacidad que no garantizó la respuesta correcta a la encuesta.

Para cumplir con la primera etapa del diseño de estudio que corresponde a la selección del universo de estudio, se realizó una revisión preliminar de algunos indicadores

para los 49 municipios indígenas del Estado de Veracruz,<sup>b</sup> a partir de los cuales se consideró la región de Zongolica como la de estudio. Con base en esta revisión y tomando en cuenta los criterios de selección de la comunidad antes mencionados, se elaboró una relación de los municipios que cumplían con dichos criterios.

Posteriormente se realizó una visita exploratoria a la región para verificar el acceso a las comunidades, la distancia entre éstas y la ciudad más cercana (en este caso Orizaba). En tres de ellas, las de mayor interés para el estudio por sus características, se contactó al personal responsable de la clínica de salud para presentar brevemente el proyecto de tesis e indagar si tenían con información que pudiera apoyarnos en dicho estudio.

La primera de estas comunidades fue Mixtla de Altamirano, considerado uno de los municipios más pobres del país y con una distancia aproximada de dos horas de recorrido en automóvil de la ciudad de Orizaba. Catalogado como de muy alto grado de marginalidad, ahí vivían 9,572 habitantes, de los que 9,550 son indígenas (99.8%) y 3,571 eran monolingües. La lengua indígena es el náhuatl. Había 3,472 personas analfabetas (62.7%) y 3,272 sin instrucción primaria (59.1%).

La siguiente comunidad visitada fue Tequila, aproximadamente a una hora de recorrido en automóvil de la ciudad de Orizaba. También es considerado un municipio con muy alto grado de marginalidad; con 12,206 habitantes de los que 11,960 era población indígena (98%), siendo el náhuatl la principal lengua indígena. De la población de 15 años y más, 2,476 eran analfabetas (34.2%) y 2,164 no tenían instrucción primaria (30%).

Por último, se visitó el municipio de Ixhuatlancillo, a 20 minutos por carretera de la ciudad de Orizaba. Considerado un municipio con alto grado de marginalidad tenía 15,644 habitantes; de los cuales 6,557 eran indígenas (41.9%) y de éstos 231 eran monolingües (1.5%). Su población analfabeta era de 2,378 personas

<sup>b</sup> Estos municipios son: Astacinga, Atlahuilco, Benito Juárez, Chalma, Chiconamel, Chicontepec, Chontla, Chumatlán, Citlaltépetl, Coahuiltán, Coetzala, Coxquihui, Coyutla, Espinal, Filomeno Mata, Ilimatlán, Ixcatepec, Ixhuatlán de Madero, Ixhuatlancillo, Los Reyes, Magdalena, Mecatlán, Mecayapan, Mixtla de Altamirano, Pajapan, Papanitla, Platón Sánchez, Playa Vicente, Rafael Delgado, San Andrés Tenejapan, Santiago Sochiapan, Soledad Atzompa, Sotapan, Tantoyuca, Tatahuicapan de Juárez, Tehuipango, Tepetzintla, Tequila, Texcatepec, Texhuacán, Tlachichilco, Tlaquilpa, Tlilapan, Uxpanapa, Xoxocotla, Zaragoza, Zongolica, Zontecomatlán de López y Fuentes y Zozocolco de Hidalgo.

(15.2%) y 2,370 no tenían instrucción primaria (15.1%). Como este municipio no cumplía los criterios antes establecidos no se consideró de primera intención como posible universo de estudio.

Es conveniente mencionar que esta visita fue meramente exploratoria, por lo que para definir formalmente la comunidad fue necesario verificar la viabilidad de llevar a cabo el trabajo de campo (autorización de las autoridades de la comunidad; permisos y apoyos de las instituciones de salud y autoridades administrativas que colaboraron; medios materiales así como recursos económicos y humanos, entre otros) y que hicieran posible la investigación.

La segunda etapa consistió en seleccionar la muestra de las personas a quienes se les aplicó el instrumento. Se realizó muestreo determinístico, en el que se utilizaron los datos de los estratos de la población (sexo, religión u otros), con la finalidad de seleccionar sujetos que fueran representativos de la población. En este tipo de muestreo se asignan cuotas o proporciones a cada estrato.<sup>31</sup>

En el caso de esta investigación, los estratos estuvieron conformados por grupos de edad, considerando que uno de los criterios de inclusión para el estudio era tener igual o más de 15 años de edad.

Es importante mencionar que la muestra se obtuvo del total de la población de la cabecera municipal y no del total de población de cada municipio, pues fue ahí donde se hizo el estudio. Asimismo, se presenta el número de muestra por cada una de las dos localidades anteriormente descritas, con la distribución de la población por grupo de edad (2005) y la cuota asignada a cada grupo, obtenida a través del porcentaje que representa cada grupo de edad en relación con el grupo de 15 años y más. (Ver Cuadros 2 y 3.)

Cuadro 2. Distribución de la población y cuota por grupo de edad de Mixtla de Altamirano (cabecera municipal).

Grupos de edad	Mixtla de Altamirano	Total de población ≥ 15 años N= 315	Porcentaje de la población por sexo		Cuotas	
			Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
15-24		129	20.5	20.5	6	6
25-49		13	2.1	2.1	1	1
50-59		150	23.8	23.8	8	8
60-64		13	2.1	2.1	1	1
65 y más		10	1.6	1.6	1	1
Total		315	50.0	50.0	17	17

Cuadro 3. Distribución de la población y cuota por grupo de edad de Tequila (cabecera municipal).

Grupos de edad	Tequila	Total de población ≥ 15 años N= 2105	Porcentaje de la población por sexo		Cuotas	
			Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
15-24		708	16.8	16.8	35	35
25-49		191	4.5	4.5	10	10
50-59		954	22.7	22.7	48	48
60-64		88	2.1	2.1	4	4
65 y más		164	3.9	3.9	8	8
Total		2105	50.0	50.0	105	105

## 9. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

Las variables son atributos o características de los eventos, de las personas o de los grupos de estudio que cambian de una situación a otra o de un tiempo a otro y que, por tanto, toman diferentes valores. Se clasifican en:<sup>32</sup>

- Variables dependientes o respuesta (efecto).
- Variables independientes o explicativas (causa).

Para la realización de este estudio se plantearon algunas variables, que se clasificaron en tres grupos:

- Para el análisis demográfico se proponen las variables:
  - Edad
  - Sexo
  - Lugar de residencia
  - Condición de alfabetismo
  - Nivel de instrucción (escolar)
- Para el análisis etnolingüístico se proponen las variables:
  - Condición de habla española
  - Condición de habla de lengua indígena
  - Identidad étnica autoasignada
- Para el análisis de las condiciones socioeconómicas de la población de estudio se consideran las variables:
  - Condición de actividad económica
  - Ingresos económicos
  - Pobreza
  - Migración
  - Religión
  - Poblaciones vulnerables
- Se proponen las siguientes variables para saber el nivel de conocimiento sobre el VIH/SIDA en la población de estudio:
  - Conocimiento de lo qué es el VIH/SIDA
  - Opinión:
    - ◊ Actitud hacia el VIH/SIDA
    - ◊ Percepción del riesgo de VIH/SIDA
  - Uso de condón

## 9.1 Variables demográficas

Tabla 1. Variables e indicadores demográficos.

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Fuente	Escala de Medición	Indicador
Edad <sup>c</sup>	Años cumplidos que tiene la persona desde la fecha de su nacimiento hasta el momento de la entrevista.	Edad proporcionada por el entrevistado.	Cuestionario	Discreta	Años cumplidos
Sexo <sup>c</sup>	Condición biológica que distingue a las personas en hombres y mujeres.	Sexo declarado por el entrevistado: Hombre Mujer	Cuestionario	Nominal	Razón: hombre, mujer. Porcentaje de la población por sexo.
Lugar de residencia <sup>c</sup>	Localidad donde reside la persona.	Localidad donde se localiza la vivienda de la persona encuestada.	Cuestionario	Nominal	Nombre de la comunidad.

Condición de alfabetismo <sup>d</sup>	Situación que distingue a la población de quince años y más, según declare saber leer y escribir un recado.	Personas que declaren saber leer o escribir en el momento de la encuesta.	Cuestionario	Nominal	Porcentaje de la población que sepa leer y escribir.
Nivel de instrucción <sup>d</sup>	Grado de estudio más alto aprobado por la población de cinco años y más de edad, en cualquiera de los niveles del Sistema Educativo Nacional o su equivalente en el caso de estudios en el extranjero.	Nivel de estudios cursados declarado por el encuestado.	Cuestionario	Ordinal: preescolar, primaria, secundaria, preparatoria o bachillerato, normal básica, carrera técnica o comercial, profesional, maestría o doctorado.	Porcentaje de personas según nivel de instrucción.
Condición de habla española <sup>d</sup>	Situación que distingue a la población de cinco años y más respecto del conocimiento y uso competente de la lengua española.	Personas que en el momento de la entrevista declaren comprender la lengua española.	Cuestionario	Nominal	Porcentaje de la población que comprenda de modo satisfactorio la lengua española.
Condición de habla de lengua indígena <sup>d</sup>	Situación que distingue a la población de cinco años y más, según declare conocer y usar competentemente o no alguna lengua indígena.	Personas que en el momento de la entrevista declaren hablar alguna lengua indígena.	Cuestionario	Nominal	Porcentaje de la población que comprenda de modo satisfactorio alguna lengua indígena.
Religión <sup>d</sup>	Creencia o preferencia espiritual que declare la población, sin tener en cuenta si está representada o no por un grupo organizado.	Creencia o preferencia espiritual que declare tener la persona en el momento de la encuesta.	Cuestionario	Nominal	Porcentaje de la población según su religión.

<sup>c</sup> Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Glosario [Internet]. México: INEGI. 2007 [Consultado Oct 28]; 14p. Disponible en [http://www.ine.es/prodyser/pubweb/disc\\_inf05/disc\\_a\\_ig\\_glo.pdf](http://www.ine.es/prodyser/pubweb/disc_inf05/disc_a_ig_glo.pdf).

<sup>d</sup> Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. Glosario [Internet]. México: CDI. Disponible en: [http://www.cdi.gob.mx/index.php?id\\_seccion=400](http://www.cdi.gob.mx/index.php?id_seccion=400).

## 9.2 Variables socio económicas

Tabla 2. Variables e indicadores socioeconómicos.

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Fuente	Escala de Medición	Indicador
Condición de actividad económica	Situación que distingue a la población de doce años y más, según haya realizado o no alguna actividad económica en la semana previa al momento de captación. Se clasifica en población económicamente activa y población económicamente inactiva.	Personas que hayan declarado realizar alguna actividad económica, buscaron empleo o se encontraban en cualquiera de las siguientes categorías: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajador por cuenta propia</li> <li>• Trabajador empleado               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estudiantes</li> <li>- Desempleado</li> <li>- Incapacitados permanentemente para trabajar</li> <li>- Jubilados o pensionados</li> </ul> </li> <li>• Personas dedicadas a los quehaceres del Hogar</li> </ul>		Nominal	Porcentaje de personas de 12 años y más según condición de actividad: Inactivas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudiantes</li> <li>• Incapacitados permanentemente para trabajar</li> <li>• Jubilados o pensionados</li> <li>• Personas dedicadas a los quehaceres del hogar</li> </ul> Activas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ocupados</li> <li>• Desocupados</li> </ul>
Ingreso económico	Ingreso promedio anual del hogar (suma de los ingresos de la población económicamente activa incluida en el hogar y se pondera de acuerdo con el número de ocupantes del hogar). <sup>o</sup>	Dinero aportado por los miembros de la familia para el sostenimiento diario y el patrimonio económico.		Ordinal: Nivel alto Nivel medio Nivel bajo	Porcentaje de la población según su ingreso económico anual.

<sup>o</sup> Arredondo A, Nájera P, Leyva R. Atención médica ambulatoria en México: el costo para los usuarios. *Salud Públ Mex.* 1999; 41 (1): 18-26.

### 9.3 Variables sobre percepción y factores asociados al VIH/SIDA

Tabla 3. Variables sobre percepción y factores asociados al VIH/SIDA.

Variable	Dimensiones	Definición Operacional	Fuente	Escala de Medición	Indicador
Conocimiento de lo que es el VIH/SIDA	Conocimiento de los mecanismos de transmisión del VIH.	Personas que al momento de la encuesta manifiesten saber qué es el VIH/SIDA, cómo se transmite o adquiere, cómo se manifiesta, cómo se trata, y formas de prevención		Ordinal	Porcentaje de personas que tengan conocimiento sobre los mecanismos de transmisión del VIH.
	Conocimiento de las manifestaciones clínicas del VIH/SIDA.				Porcentaje de personas que tengan conocimiento sobre las manifestaciones clínicas del VIH/SIDA.
	Conocimiento del tratamiento para el VIH/SIDA.				Porcentaje de personas que tengan conocimiento sobre el tratamiento del VIH/SIDA.
	Conocimiento sobre formas de prevención del VIH.				Porcentaje de personas que tengan conocimiento sobre las formas de prevención del VIH.
Opinión	Actitud hacia el VIH/SIDA.	Disposición para actuar de una forma determinada frente al VIH/SIDA.		Ordinal	Porcentaje de personas según su actitud frente al VIH/SIDA.
	Percepción del riesgo de VIH/SIDA.	Valoración de la gravedad, virulencia, patogenicidad de la enfermedad y la situación de vulnerabilidad ante la misma.	Opinión que emite la persona entrevistada sobre la virulencia de la enfermedad, el riesgo propio de ser contagiada con VIH y enfermarse de SIDA.	Ordinal: Alto, medio, bajo, nulo	Número, tipo de situaciones y prácticas consideradas de riesgo.
Uso de condón <sup>f</sup>	Método que se utiliza para evitar el contagio de ITS y VIH/SIDA.	Personas que manifiestan conocer y utilizar condones como medio de protección contra el VIH/SIDA y otras ITS.		Nominal	Porcentaje de personas que manifiestan usar preservativos.

Pobreza <sup>g</sup>	1. Pobreza alimentaria: es la población que cuenta con un ingreso per cápita insuficiente como para adquirir una alimentación mínimamente aceptable. 2. Pobreza de capacidades: es la población que si bien puede cubrir sus necesidades mínimas de alimentación, cuenta con un ingreso per cápita insuficiente como para realizar las inversiones mínimamente aceptables en la educación y la salud de cada uno de los miembros del hogar. 3. Pobreza patrimonial: es la población que si bien puede cubrir sus necesidades mínimas de alimentación, educación y salud, cuenta con un ingreso per cápita que no le es suficiente para adquirir mínimos indispensables de vivienda, vestido, calzado y transporte para cada uno de los miembros del hogar.	Personas que en el momento de la entrevista refieren que su ingreso per cápita es:  Menos de 1,500 pesos Entre 1,501 y 3,000 pesos Entre 3,001 y 4,500 pesos Más de 4,501 pesos		Ordinal	Porcentaje de la población según nivel de pobreza.
Migración <sup>h</sup>	Es el cambio de residencia de una o varias personas de manera temporal o definitiva, generalmente con la intención de mejorar su situación económica, así como su desarrollo personal y familiar.	Cuando una persona deja el municipio, el estado o el país donde reside para irse a vivir o trabajar en otro lugar.		Nominal	Porcentaje de personas que han migrado.

<sup>f</sup> Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar. NOM-005-SSA2-1993. [Internet]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unideades/cdi/nom/rm005ssa293.html>.

<sup>g</sup> Pobreza. Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. Disponible en: <http://pnd.calderon.presidencia.gob.mx/index.php?page=suoperacion-de-la-pobreza>.

<sup>h</sup> Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Mujeres y Hombres en México 2005 [Internet]. Disponible en: [http://www.ine.es/produser/pubweb/disc\\_info05/disc\\_aig\\_glo.pdf](http://www.ine.es/produser/pubweb/disc_info05/disc_aig_glo.pdf).

## 10. TÉCNICA DE OBTENCIÓN DE DATOS

Una vez diseñado el estudio y las variables a investigar, se definieron los instrumentos para recolectar la información. Para este estudio se elaboró un cuestionario que permitiera conocer el nivel de conocimientos de la población nahua de la región de Zongolica, Veracruz sobre el VIH/SIDA, cuya aplicación se hizo a través de un encuestador. Este cuestionario estuvo conformado por un total de 69 ítems distribuidos en los siguientes apartados:

**Datos generales.** Constó de nueve ítems, cuya finalidad fue conocer el dominio del castellano y de la lengua indígena de la localidad; también se preguntó la ocupación del encuestado y la condición de migración del mismo.

**Servicios de salud.** Aquí se plantearon nueve ítems, cuya intención fue indagar sobre los servicios médicos con que cuenta la comunidad; la condición de derechohabencia de los habitantes de las viviendas encuestadas; el servicio médico de preferencia para las personas que respondieron el cuestionario y su situación dentro del programa Oportunidades.

**Percepción, conocimientos y actitud.** Exploró las principales variables de este estudio y constó de 37 ítems para conocer el nivel de conocimiento, la percepción y la actitud que las personas encuestadas tienen sobre el VIH/SIDA.

**Ficha de identificación.** Estuvo conformado por 14 ítems relacionados con los datos personales del encuestado. Se colocó al final del cuestionario pues se consideró que algunos ítems como estado civil o religión sesgarían la información en caso de preguntarse al inicio de la encuesta.

También contenía una hoja de presentación con celdas para registrar datos del encuestador, fecha, hora de inicio y término de la encuesta, dirección de la vivienda encuestada e instrucciones claras de acuerdo con cada pregunta para la recolección adecuada de la información.



### 10.1 Plan para establecer la validación de los instrumentos

El término validez se refiere “al grado en que un instrumento mide realmente la variable que se desea medir”.<sup>33</sup> En este estudio para obtener la validez de contenido se realizaron grupos de discusión conformados por habitantes de la comunidad de estudio, los cuales se eligieron a conveniencia con la finalidad de revisar, discutir y aportar conocimientos que permitieran la adecuación del instrumento a la comunidad, lo cual pretendía disminuir la posibilidad de sesgos en la respuesta a las preguntas.

Una vez obtenida la versión final del instrumento utilizado para recolectar la información, fue necesario realizar una prueba piloto para detectar fallas en la claridad en las indicaciones; verificar que el planteamiento de cada cuestionamiento fuera correcto para la adecuada comprensión de los ítems, la fácil recolección de la información y, en general, comprobar su funcionalidad.

En este caso se propuso aplicar el cuestionario a un aproximado de cinco personas, cuyas características fueran semejantes a la población donde se realizó el estudio; de igual manera, durante esta prueba se hizo un registro escrito de dificultades o problemas observados durante la misma, con la finalidad de corregir errores y problemas en el cuestionario y su procedimiento de aplicación. Posterior a esto se hicieron las correcciones pertinentes para su aplicación a la muestra poblacional del estudio.

### 10.2 Plan para determinar la confiabilidad de los instrumentos

“La confiabilidad de un instrumento de medición se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto produce resultados iguales”.<sup>32</sup> Ésta se determina a través de diversas técnicas.

En el caso de este estudio se utilizó el método de formas alternativas o paralelas que consiste en aplicar dos o más versiones equivalentes al instrumento de medición, similares en contenido, instrucciones y duración, entre otras características. Estas versiones se aplican a un grupo de personas simultáneamente o dentro de un periodo relativamente corto. Si los resultados de ambas aplicaciones muestran una correlación positiva de manera significativa, el instrumento es confiable.

### 10.3 Recolección de la información

Por otra parte y dada la importancia de realizar una adecuada recolección de la información se consideró, una vez definidos población y tamaño de muestra, se capacitaran a los encuestadores que apoyaron en la aplicación del cuestionario, con la finalidad de evitar errores u omisiones en el momento de recolectar la información.

Para ello fue necesario que conocieran a fondo el cuestionario, el esquema de muestreo a utilizar y el procedimiento a seguir en caso de que no se aplicara la encuesta, ya sea porque la casa estaba deshabitada, no hubiera quien respondiera a los criterios de inclusión para la encuesta o porque los habitantes de la vivienda se negaron a participar en el estudio.

También se consideró la estandarización de encuestadores con la finalidad de reducir sesgos como el hecho de que un mismo encuestador midiera de diferente manera la variable de interés (variabilidad intraobservador) o que los encuestadores midieran de diferente forma dicha variable (variabilidad entre observadores).

Es importante mencionar que dentro de este plan de recolección de la información, también se incluyó la participación de supervisores, quienes una vez recolectada la información, por parte de los encuestadores, revisaron el llenado del cuestionario y en caso de detectar anomalías u omisiones se les pidió regresar con la persona encuestada para completar o corregir la información, la cual fue nuevamente verificada.

## 11. PLAN DE PROCESAMIENTO

En este apartado se describe la forma en que se tabuló la información recolectada a través del cuestionario aplicado a la población de estudio. Para esto, se diseñó una base de datos en el programa Microsoft Office Excel 2007, la cual debió responder a las necesidades de la investigación, es decir, dicha base de datos debió permitir el análisis de la información tal y como se planteó en el plan de análisis.

Una vez diseñada la base de datos, se inició la captura de la información cuidando que tuviera un mínimo de errores. Para ello se realizaron algunas pruebas de control de calidad para verificar que la captura se efectuaba correctamente.

Después de verificar la calidad de la captura de información en el programa Excel, se diseñó una base de datos en el programa estadístico SPSS versión 17, la cual debía cumplir los requerimientos de la investigación y se exportó a ella la información de la base de datos de Excel.

Para la validación de esta última base de datos se hicieron exploraciones y análisis preliminares para verificar que los datos hubieran sido codificados apropiadamente y en general la funcionalidad de la base respecto de las necesidades de la investigación.

Cumplidos estos requisitos se diseñó una estrategia de análisis de información que cumpliera con los objetivos del estudio.

## 12. PLAN DE ANÁLISIS

El análisis de la información obtenida en un estudio transversal como el presente, dependió de los objetivos del mismo.

El objetivo general del estudio fue conocer el nivel de conocimientos que tiene la población nahua de la región de Zongolica, Veracruz sobre el VIH/SIDA. A partir de éste se derivaron los siguientes objetivos específicos, los cuales para fines de la descripción del plan de análisis se presentan sólo aquellos que involucran un análisis estadístico.

Objetivo específico:

- Describir la población de estudio.

Plan de análisis:<sup>34</sup>

Para cumplir con este objetivo que permitió conocer las características generales de la población de estudio, se propuso la aplicación de estadística descriptiva; es decir, se obtuvo **frecuencia y distribución** de edades, sexo, lugar de residencia, condición de alfabetismo, nivel de instrucción escolar, condición de habla española, condición de habla de lengua indígena, religión, condición de actividad económica, pobreza, migración, uso de condón.

Para la variable edad, se obtuvo también la media.

Objetivo específico:

- Identificar el nivel de conocimientos y la opinión que la población indígena tiene sobre el VIH/SIDA.

Plan de análisis:

Para cumplir con este objetivo, primero se categorizaron las respuestas a las preguntas derivadas de las variables: ingresos económicos, percepción del VIH/SIDA, conocimiento de lo que es el VIH/SIDA. Posteriormente se obtuvo la **distribución de frecuencias y frecuencias relativas** para conocer el número de observaciones y la distribución porcentual de las observaciones dentro de las categorías de cada variable. También se obtuvieron **proporciones**.

Finalmente, para hacer comparación de proporciones se utilizó la prueba  **$\chi^2$  significativa** (en caso necesario se empleó la Prueba Exacta de Fisher). En el caso de variables de resultado continuas y variables de exposición categóricas se empleó la prueba **t** para diferencia de proporciones (**T de Student**). En estas pruebas se buscó una índice de confianza (IC) de 95% y un valor de  $p=0.05$ .

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud: El control de las enfermedades transmisibles, 18.a edición. Washington, DC: OPS; 2005. (Publicación Científica y Técnica No. 613) Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA: Situación de la epidemia de SIDA, 2005.
2. Córdova J, Ponce de León S, Valdespino J, editores. 25 años de SIDA en México logros, desaciertos y retos. México; Instituto Nacional de Salud Pública; 2008.
3. Maguis-Rodríguez C, Del Rio-Zolezzi A, Valdespino-Gómez JL, García-García L. Casos de SIDA en el área rural en México. Salud Pub Mex. 1995; 37(6): 615-623.
4. Szasz I. El discurso de las ciencias sociales sobre las sexualidades. Temas de Salud Reproductiva. 2004;(2): 121-131.
5. Rodríguez F, Banegas J.R, Herruzo R, Calero J. Causalidad en epidemiología. En Piédrola Gil Medicina preventiva y Salud Pública. 10ª. ed. Barcelona: Masson S.A; 2001. p. 167.
6. Sebastia, J.M. El constructivismo: un marco teórico problemático. Enseñanza de las ciencias.1989;

- 7(2):158-16.
7. Ulin P, Robinson E, Tolley E. Investigación aplicada en salud pública métodos cualitativos. Publicación Científica y Técnica No. 614. Organización Panamericana de la Salud. 2006; 216-17.
  8. Estrada J. Modelos de prevención en la lucha contra el VIH/SIDA. *Acta Bioethica*;2006;12(1)
  9. La infancia y el VIH/SIDA Colocando a la niñez y la adolescencia en el centro de la respuesta del VIH/SIDA. UNICEF. 2008; Ago 21.
  10. Organización Mundial de la Salud [página de internet] VIH/SIDA; [citado 2008 oct 03] Disponible en. <http://www.who.int/hiv/universalaccess2010/es/index.html>
  11. Kasper D, Braunwald E, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson J, et al. Enfermedad por el virus de la inmunodeficiencia humana: SIDA y trastornos relacionados. En: Harrison Principios de Medicina Interna. 16ª. Edición. E.U. 2005. p. 6099- 6241
  12. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. [página de internet] México: Glosario; [citado 2008 oct 05]. Disponible en [http://www.cdi.gob.mx/index.php?id\\_seccion=400](http://www.cdi.gob.mx/index.php?id_seccion=400)
  13. Barros T, Barreto D, Pérez F. Un modelo de prevención primaria de las enfermedades de transmisión, sexual y de VIH/SIDA en adolescentes. *Rev Panam Salud Publica*. 2001;10(2):86-94
  14. Montijo J, Gottsbacher M. Un enfoque cultural de la prevención y la atención del VIH/SIDA. División de Políticas Culturales y Diálogo Intercultural UNESCO. 2004;21
  15. Muñoz-Bernard C. Enfermedad, daño e ideología. *Abya-Yala*.1986; 65-6
  16. Tercero G. Cosmovisión, comportamiento y SIDA. Un estudio de Antropología Médica entre los Garífunas. Banco Interamericano de Desarrollo. 2001; 21-22.
  17. Pérez-Chiriboga I. Cosmovisión, comportamiento y SIDA. Un estudio de Antropología Médica entre los Miskitu. *BID*. 2002; 23-27.
  18. Terborg J. Sexual behavior and sexually transmitted diseases among Saramaka and Ndjuka Maroons in the hinterland of Surinam. *Pro Health*, w/d 2003; 48-9.
  19. Comunicación e Información de la mujer, A. C. 14 junio 2004. Disponible en: <http://www.cimacnoticias.com/noticias/04jun/04061405.html>. Denuncian mujeres en taller de salud sexual y reproductiva: Aumenta cáncer y sida en comunidades indígenas.
  20. Montañó T. *El Universal*. México. 2004 May 30. Disponible en: <http://www.sergay.com.mx/sidasemuda.shtml>.
  21. Hernández-Rosete D, Maya O, Bernal E, Castañeda X, Lemp G. Migración y ruralización del SIDA en México. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(1):131-8
  22. Indicadores socio demográficos [base de datos]. Consulta en el Estado de Veracruz 2007. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas
  23. Fernández F. Políticas públicas interculturales, la experiencia del proyecto de prevención de VIH/SIDA con la comunidad qom en Rosario, Argentina. Segunda Pre-conferencia Mundial de Pueblos Indígenas/Originarios y Afrodescendientes frente al VIH/SIDA, las Sexualidades y los Derechos Humanos [ponencia]; 2008 Jul 31-02; México, DF.
  24. Stival M. VIH-SIDA y poblaciones indígenas. Un estudio antropológico del problema VIH-SIDA en los grupos tobas (qom) de Rosario, Argentina. Segunda Pre-conferencia Mundial de Pueblos Indígenas/ Originarios y Afrodescendientes frente al VIH/SIDA, las Sexualidades y los Derechos Humanos [ponencia]; 2008 Jul 31-02; México, DF.
  25. Betancourt C, Pinilla M. Apreciaciones sobre el contexto sociocultural del VIH/Sida en las comunidades indígenas en Colombia. Segunda Pre-conferencia Mundial de Pueblos Indígenas/ Originarios y Afrodescendientes frente al VIH/SIDA, las Sexualidades y los Derechos Humanos [ponencia]; 2008 Jul 31-02; México, DF.

26. Infecciones de transmisión sexual, VIH y SIDA en comunidades indígenas de Pando: una aproximación a conocimientos, actitudes y prácticas de poblaciones adultas y jóvenes. Segunda Pre-conferencia Mundial de Pueblos Indígenas/ Originarios y Afrodescendientes frente al VIH/SIDA, las Sexualidades y los Derechos Humanos [ponencia]; 2008 Jul 31-02; México, DF.
27. Información, educación y comunicación culturalmente adecuadas. División de Políticas Culturales y Diálogo Intercultural UNESCO [serie en internet] 2003 [citado 2008 oct 03] 1. Disponible en: [http://www.accionensida.org.pe/descarga\\_detalle.php?id=M027](http://www.accionensida.org.pe/descarga_detalle.php?id=M027)
28. Indicadores socio demográficos de la población total y la población indígena, 2005, Veracruz [base de datos en internet]. CDI-PNUD Sistema de indicadores sobre la población indígena de México con base en: INEGI II Conteo de Población y Vivienda, México. 2005. [citado 2008 oct 20]. Disponible en: Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas <http://www.cdi.gob.mx>
29. Hernández-Avila M, Garrido-Latorre F, López-Moreno S. Diseño de estudios epidemiológicos. Salud Pub Mex. 2000; 42 (2)
30. Hernández G.E. El proceso de investigación. Perspectiva cuantitativa. Guía práctica para su realización. 2001 Mar; 28-9.
31. Alvira F. La encuesta: una perspectiva general metodológica. Cuadernos metodológicos 35. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas; 2004.p.34-6
32. Moreno-Altamirano A, López-Moreno S, Corcho-Berdugo A. Principales medidas en epidemiología. Salud Pub Mex. 2000;42(4)
33. Hernández R, Fernández –Collado C, Baptista P. Metodología de la investigación. 4ª edición. México: McGraw-Hill; 2008. p.277-92
34. Hernández B, Velasco-Mondragón H.E. Encuestas transversales. Salud Pub Mex. 2000; 42(5) 447-55