

# UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

## FACULTAD DE PSICOLOGÍA

*Estudio descriptivo de las características de los infectados de V.I.H que concurren al Hospital Interzonal General de Agudos (H.I.G.A) "Dr. Oscar E. Alende"*

Informe Final del Trabajo de Investigación correspondiente al requisito curricular conforme O.C.S 143/89

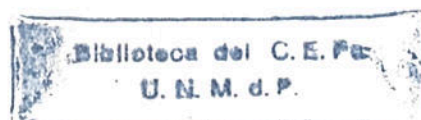
<b><u>Alumnas:</u></b>	Appugliese, Ana Laura	Mat. 3284/95	DNI. 23.706.417
	Colombo, María Laura	Mat. 3008/94	DNI. 24.734.417

**SUPERVISOR:** Lic. Raquel Peltzer

**CO-SUPERVISOR:** Lic. Eduardo Zamorano


**Cátedra de Radicación:** Psicología Social

*Mar del Plata. Octubre de 2004*



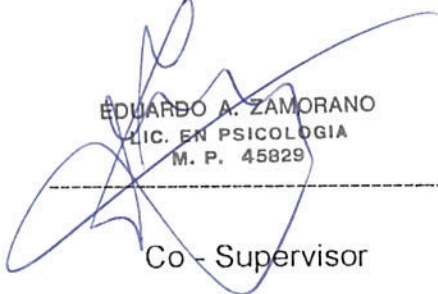
" Este Informe Final corresponde al requisito curricular de Investigación y como tal es propiedad exclusiva de Ana Laura Appugliese y María Laura Colombo de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito de las autoras".

"El que suscribe manifiesta que el presente Informe Final ha sido elaborado por Ana Laura Appugliese Mat. 3284/95 y María Laura Colombo Mat. 3008/94, conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los 13 días del mes de octubre del año 2004".



---

Lic. Hoquel Luis Peltz  
Supervisor



EDUARDO A. ZAMORANO  
LIC. EN PSICOLOGIA  
M. P. 45829

---

Co - Supervisor

## Informe de Evaluación del Supervisor

Por la presente deajo constancia que las alumnas ***Maria Laura Colombo y Ana Laura Appugliese*** han cumplido los objetivos especificados en el Plan de Trabajo, oportunamente presentado, excediéndose en el alcance de los mismos.

En cuanto a las dificultades presentadas, especialmente en relación a la imposibilidad de la recolección de los datos en el lugar programado, fueron resueltas adecuadamente.

Respecto al grado de coherencia entre las actividades planificadas y las realizadas durante el transcurso del proyecto, el estudio no se aparta de los objetivos ni del cronograma propuestos, demostrando coherencia entre ambos aspectos.

El presente trabajo de investigación aporta conocimientos específicos acerca de la problemática del VHI en nuestra ciudad, brindando un perfil de los consultantes al servicio específico del HIGA.

En cuanto al compromiso con la tarea han manifestando un genuino interés, demostrando una alta responsabilidad en el cumplimiento de lo programado.



Supervisor: Lic. Raquel Peltzer

## Informe de Evaluación del Co-supervisor

### ***a) El grado de cumplimiento de los objetivos especificados en el plan de trabajo.***

Las alumnas *Maria Laura Colombo* y *Ana Laura Appugliese* han cumplido, tanto con el Objetivo General, como con los particulares, habiendo demostrado contar con la plasticidad necesaria para, sin apartarse de los objetivos previstos, responder a la demanda institucional de ampliar los alcances del instrumento de recolección de datos.

### ***b) Las dificultades que se hubieran presentado e incidido en los resultados del proyecto.***

Las autoras idearon el Proyecto de Investigación, a partir de un compromiso verbal con una institución en la que habían participado como "residentes" (requisito del Plan Curricular). Llegado el momento de comenzar la Investigación propiamente dicha, surgió la negativa de dicha institución, por lo que debieron gestionar una nueva sede de referencia para la búsqueda de la información. Fue así que tomaron contacto con "la Red de personas que conviven con VIH"; con el Hospital Materno Infantil, y el Hospital Interzonal General de Agudos. (H.I.G.A.) "Dr. Oscar E. Alende", donde finalmente se pudo realizar el estudio.

### ***c) El grado de coherencia entre las actividades planificadas y las realizadas durante el transcurso del proyecto.***

Existe total coherencia entre ambas, ya que el estudio no se aparta de los objetivos ni del cronograma propuestos.

**d) Los aportes del trabajo**

Al poseer un alcance exploratorio y descriptivo, la investigación aporta conocimientos específicos sobre la problemática del VIH. También deja abierta la posibilidad de avanzar en la construcción de un mapa epidemiológico de las características sociodemográficas y psicosociales de los infectados de HIV en la Región Sanitaria de referencia.

Propone y aporta información adecuada para la realización de programas preventivos y de capacitación, al tiempo que sugiere la creación de un sistema integrado de comunicación interinstitucional.

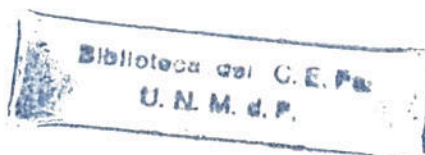
**e) la articulación y consistencia en la presentación del informe.**

El informe, no hace más que poner en evidencia el énfasis y la dedicación brindada a la tarea. Como testigo privilegiado del proceso de investigación, me siento en la obligación de manifestar la pasión que las alumnas evidencian por la problemática.

De las conclusiones se desprende un genuino interés, por un definido campo de la realidad, sobre el que se puede operar, y sobre el que las autoras proyectan su futuro e ineludible compromiso profesional.

EDUARDO A. ZAMORANO  
LIC. EN PSICOLOGIA  
M. P. 45829

Lic. Eduardo Zamorano



“ Atento al cumplimiento de los requisitos prescritos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por las Ana Laura Appugliese Mat. 3284/95 y María Laura Colombo Mat. 3008/94”

---

Comisión Asesora

---

Comisión Asesora

---

Comisión Asesora

---

Comisión Asesora

Fecha de aprobación:

# PLAN DE TRABAJO

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN –REQUISITO CURRICULAR**  
**PLAN DE ESTUDIOS O.C.S.586/85 –O.C.S. 143/89**

**NOMBRES Y APELLIDO / MATRICULA:**

- ❖ Ana Laura Appugliese Matr. N 3284 / 95
- ❖ María Laura Colombo Matr. N 3008 / 94

**CATEDRA O SEMINARIO DE RADICACIÓN:** Psicología Social

**SUPERVISOR:** Lic. Raquel Peltzer.

**CO-SUPERVISOR:** Lic. Eduardo Zamorano.

**CONSIGNAR SI EL PROYECTO FORMA PARTE DE UNO MAYOR**  
**EN DESARROLLO: SI..... NO..X.....**

**TITULO DEL PROYECTO:**

**Estudio descriptivo de las características de los infectados de VIH que**  
**concurren al Hospital Interzonal General de Agudos (H.I.G.A.)**  
**“Dr. Oscar E. Alende”**

## **DESCRIPCIÓN RESUMIDA:**

El HIV-SIDA a nivel mundial, se presenta como una problemática de muy complejo alcance y de repercusión en estos últimos veinte años. Sin embargo, se ha vuelto una enfermedad controlada mediante la información y estrategias de prevención apropiadas. Por ello, es que se torna imprescindible realizar una descripción detallada de los factores que intervienen en la forma de infección del virus, como para poder en un futuro, prevenirla. El presente estudio, se propone realizar una descripción de las variables sociodemográficas y psicosociales de infectados de VIH en la ciudad de Mar del Plata, que concurren a Servicio Social del H.I.G.A. en este ultimo periodo, así como de las formas de contagio del virus.

Para ello, se extraerán datos de encuestas elaboradas para tales fines, administradas a pacientes que concurren al Hospital, información que será de valor para poder dar cuenta de los posibles factores incidentes en la contracción del virus.

Los resultados arrojados, pretenden servir de apoyatura para posteriores investigaciones e implementaciones en programas de asistencia y prevención en la misma Institución.

## **PALABRAS CLAVE (hasta cinco):**

Epidemiología- Síndrome de Inmune Deficiencia Adquirida- Riesgo- H.I.G.A.-  
Prevención.

## DESCRIPCIÓN DETALLADA

### **MOTIVO Y ANTECEDENTES:**

La infección por el virus de inmunodeficiencia adquirida (HIV) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) determinan, sin lugar a dudas, en todo el mundo, un problema acuciante y sus amplias dimensiones y repercusiones exceden lo puramente biomédico, para abarcar en sus variados enfoques lo sexológico, lo psicológico, social, cultural, económico y político. .

ONUSIDA y OMS estiman que a finales del 2000 el número de personas que vivían con SIDA o HIV en el mundo ascendía a 361 millones. Cifra superior en un 50% a la estimada en 1991 por el Programa Mundial sobre el SIDA de la OMS a partir de los datos disponibles entonces. (Ministerio de Salud Nacional, 2001). Se estima que 150.000 adultos y niños contrajeron la infección en la región a lo largo del 2000. (Ministerio de Salud Nacional, 2001.)

En América Latina, la epidemia es un mosaico complejo de patrones de transmisión en el que el HIV continúa propagándose a través de las relaciones sexuales entre varones y mujeres, las relaciones sexuales entre varones y el uso de drogas intravenosas.

En el plano nacional, hasta el 31 de marzo de 2001 se notificaron en la Unidad Coordinadora Ejecutora de VIH/SIDA y ETS del Ministerio de Salud de la Nación, un total de 22.500 enfermos diagnosticados. Desde los primeros años hasta 1996 se observa un crecimiento sostenido del número de enfermos, casi 75 enfermos por millón de habitantes en 1996 con una disminución paulatina en los últimos años. Actualmente la tasa de incidencia acumulada para la Argentina es de 50,6 por cien mil habitantes (Ministerio de Salud Nacional, 2001).

En nuestra ciudad, se desconoce la tasa de prevalencia para esta enfermedad, si bien sabemos perfectamente que son numerosos los casos de V.I.H. positivos.

Inicialmente tomamos como marco para abordar este caso concreto, al estudio realizado en el Programa de Enfermedades de Transmisión Sexual (E.T.S) y SIDA del I.N.E. "Dr. Juan H. Jara", el que recibe una demanda proveniente en su mayoría de

111

personas de conductas de riesgo de contraer esta patología. Este trabajo fue realizado por profesionales del Servicio Social del I.N.E y abarcó cuatro períodos, desde octubre de 1989 hasta diciembre de 1994 incluyendo 222 pacientes infectados por HIV. (Pérez L., Alfei B., Molina, M. 1994.) con el objeto de elaborar un perfil social del infectado que sirviera a fines de planificar estrategias de prevención apropiadas para esos años. Lo que no existiría hasta el momento, es una re-actualización de esa información; y es ello lo que pretendemos en este trabajo realizar; ya que como dijimos anteriormente, este es un problema que excede el alcance de las investigaciones biomedicas, y la detección y la descripción de los factores de riesgo psicosociales y demográficos serian una forma muy apropiada de prevenir la propagación de la infección.

Entendemos que el análisis y monitoreo de la evolución de la epidemia de VIH/SIDA y la descripción de las variables sociodemográficas y psicosociales intervinientes, así como las formas de contagio, son un aspecto clave para la toma de decisiones respecto a la respuesta frente a la epidemia, a las intervenciones que deben realizarse para su control y a la evaluación del impacto de dichas intervenciones.

Es por ello que nuestra intención es poder retomar esa información existente como punto de partida, y realizar una descripción detallada de los factores y formas de contagio actualmente intervinientes; pero tomando ahora como Institución referente al Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. Oscar E. Alende" por la numerosa demanda recibida en cuanto a esta problemática, y por lo significativo que puede resultar ser una muestra de estudio allí. Lo dicho está justificado si observamos el numero de consultantes al H.I.G.A. y su diversidad, en cuanto a características psicosociales y socioeconómicas.

**OBJETIVOS GENERALES Y PARTICULARES** (Alcances de la investigación: exploratoria, descriptiva y/o explicativa): El estudio será de tipo exploratorio y descriptivo.

Objetivo General: Realizar una descripción de las variables sociodemográficas y psicosociales de los infectados de HIV en la ciudad de Mar del Plata, que concurren al Hospital Interzonal General de Agudos en este último periodo, así como las formas de contagio del virus.

Objetivos Particulares:

- Identificar las variables sociodemográficas asociadas a la problemática como: sexo, edad, zona de residencia, estado civil, grado de instrucción, etc.
- Estudiar los factores psicosociales de los consultantes infectados por HIV, tales como: conductas de riesgo (uso de profilácticos, conducta sexual, alcohol, drogas, etc.).
- Describir las diferentes formas de contagio del HIV en los casos comprendidos por los pacientes en el periodo tomado.

**METODOS Y TÉCNICAS** (Fuentes, procedimientos y análisis de datos):

- ◆ Fuentes: Se elaborará una herramienta exploratoria en la forma de encuesta cerrada y discreta de acuerdo a los datos pertinentes a la investigación.
- ◆ Muestra: Todos los pacientes infectados de V.I.H. que asistan a Servicio Social del H.I.G.A, en un periodo de tiempo contemplado para extraer la muestra.
- ◆ Análisis de datos: se utilizarán técnicas de análisis multivariados.

**LUGAR DONDE SE REALIZARA EL TRABAJO:**

Hospital Interzonal General de Agudos (H.I.G.A.). "Dr. Oscar Eduardo Alende".

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

	1° Mes	2° Mes	3° Mes	4° Mes	5° Mes
Búsqueda Bibliográfica	X				
Recolección de datos	X	X			
Análisis de datos		X	X		
Elaboración de conclusiones			X	X	
Consulta colaboradores H.I.G.A..	X	X	X	X	X
Consulta con el supervisor y co-supervisor	X	X	X	X	X
Elaboración del informe final				X	X

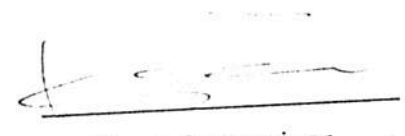
## BIBLIOGRAFÍA BASICA DE REFERENCIA:


- Cahn, Pedro. : "PSIDA". Paidós Psiquiatría. Bs. As.
- Bordieu, Pierre.: "La dominación masculina".
- Lipovetski, Gilles.: "La era del vacío".
- Duesberg, Peter.: "Repensar el SIDA". AMC. Madrid.1994.
- Curso de Introducción a la Epidemiología. Módulos. I.N.E.2003.
- Boletín sobre el SIDA República Argentina-Junio 2001-Ministerio de SALUD. Unidad Coordinadora Ejecutora VIH/SIDA y ETS. Año VIII.Número20. Junio2001. Publicación Semestral. Perfil Social del infectado por HIV.
- Aspectos Sociales y Económicos: Instituto Nacional de Epidemiología "Dr. Juan H. Jara". Programa de ETS y SIDA.1994.
- Pérez L., Alfei B., Molina, M.: "Perfil social del paciente infectado por HIV". Instituto Nacional de Epidemiología "Dr. Juan H. Jara". Programa de ETS y SIDA.1994.
- Joffe, H. : Papers on social representations, Universitat Linz, Austria. Vol IV. 1995.

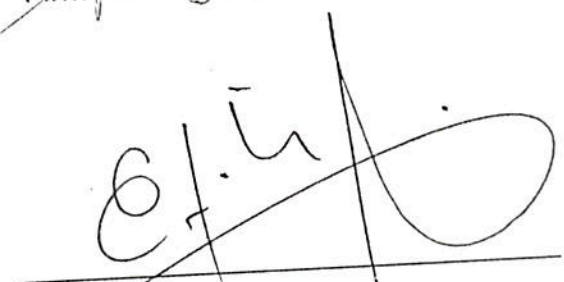
Se emprenderá una revisión bibliográfica empleando como fuentes las obras de referencia mencionadas, acompañando dicha exploración con los datos obtenidos de la búsqueda en Internet de material, artículos, notas etc.

  
Firma alumno

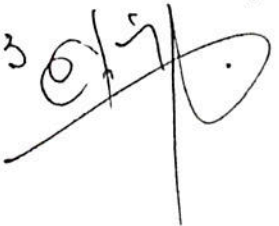
  
Firma alumno

  
Firma Supervisor  
Guillermo Rentería

  
Firma Co-supervisor.

  
Comité de Investigación  
E. Filad

\_\_\_\_\_  
Comité de Investigación

Fecha de Conformidad: 1/5/03 Aprobado.  


St. Gustavo Fernández Acevedo.

De nuestra consideración:

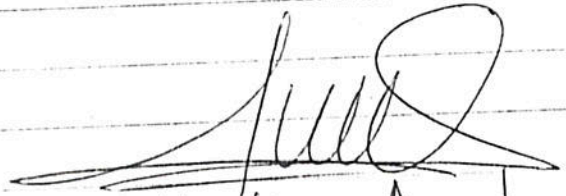
El presente ante proyecto es la modificación que instrumentamos del preproyecto ya aprobado en el mes de octubre del año pasado.

Por motivos institucionales hubo que cambiar la muestra y confeccionar un instrumento (encuesta) para la obtención de datos.

Aguardando una respuesta favorable, saludamos a Ud., muy atentamente



Ma. Laura Caombo  
MAT. 3008/94.



Appugliese Ana Laura  
MAT 3284 / 95.

## Indice General

Nota de agradecimientos

### **INTRODUCCION**

Presentación de la problemática .....3

### **MARCO TEORICO**

Primer aproximación al SIDA .....6

Reseña histórica del V.I.H.....7

SIDA y Sexualidad.....12

Mujer y V.I.H ..... 20

### **METODOLOGIA**

Instrumento exploratorio ..... 31

Detalle de los ítems ..... 32

Administración ..... 38

Observaciones .....41

Análisis de la información ..... 42

- Edad ..... 42

- Sexo..... 42

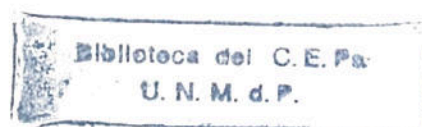
- Obra social ..... 43

- Condición sexual..... 44

- Zona de residencia ..... 45

- Grado de instrucción..... 47

- Situación laboral..... 50



- Estado civil y convivencia .....	52
- V.I.H. en la pareja y uso de preservativos.....	53
- Hijos y V.I.H. ....	54
- Tabaco .....	54
- Alcohol .....	55
- Drogas .....	56
- Motivo de contracción de V.I.H. ....	59
- Tratamiento médico: ¿cumple con las pautas indicadas? ...	63
- Atención médica .....	64

**CONCLUSIONES**

Discusión .....	65
Conclusiones .....	71
Recomendaciones .....	74

**ANEXOS**

Anexo I .....	77
Anexo II .....	92
Bibliografía .....	94

## Nota de agradecimientos

*En realidad, tenemos mucho que agradecer a todos aquellos que de una forma u otra, han hecho posible este trabajo. Solo con el fin de mantener el orden ajustado a los tiempos en que fue elaborado el mismo, nos referiremos a las personas que fueron aportando su ayuda, conocimiento, contención y amistad, así como la buena predisposición cuando otras puertas se han cerrado.*

*En primer instancia, queremos resaltar la colaboración de Elizabeth Maiorini, médica pediatra e infectóloga del Hospital Materno Infantil; puesto que nos guió en la búsqueda de los contactos necesarios y pertinentes para la realización del presente.*

*A los miembros de La Red de personas que viven con VIH (la Red de Pvvvs) por el impulso que nos otorgaron, así como la información brindada sobre los aspectos humanos de esta problemática.*

*A la Lic. Gabriela Re, Jefa del Area de Servicio Social del Hospital Interzonal General de Agudos. (H.I.G.A.) "Dr. Oscar E. Alende", y a su equipo de colaboradores: Cecilia, Beatriz, Gonzalo, Mimi, y voluntarios por la manera en que nos recepcionaron, dándonos la oportunidad, de expresar nuestras inquietudes, y de planificar dentro del Sector de la Institución, esta investigación.*

*A nuestros supervisores, Lic. Raquel Peltzer, Lic. Eduardo Zamorano, quienes supieron acompañarnos en todo momento y encaminarnos hacia los objetivos, siempre con buen ánimo y calidez.*

*A nuestras familias, por todo.*

# INTRODUCCION

Como resultado de la labor en carácter de residentes de pre-grado en el Instituto Nacional de Epidemiología (I.N.E.); es que surgió la inquietud de profundizar sobre la problemática del V.I.H. Esta residencia se encuadró en el servicio ETS/SIDA (enfermedades de transmisión sexual y SIDA); lo que hizo que las tareas consistiesen en la recepción de la demanda de consultantes que efectuaran allí sus análisis.

Tal experiencia fue el disparador en la inquietud de profundizar más sobre la temática y continuar con un estudio descriptivo realizado dentro de la ciudad de Mar del Plata, de las características sociodemográficas y psicosociales de los infectados por el virus.

Esta labor, sumada a las investigaciones hechas en el transcurso de este tiempo, contribuyeron enriqueciendo el caudal informativo que se tenía; sobre todo en cuanto al saber básico y pertinente de este cuadro epidémico: su compromiso a escala biológica, sus implicancias psicosociales y factores comúnmente declarados como de riesgo para contraer la enfermedad.

En este contexto surgió la posibilidad de reactualizar los datos existentes en el instituto. Para ello, se utilizarían las fichas epidemiológicas, la herramienta exploratoria implementada en el servicio ETS/SIDA.

Luego de un arduo trabajo de exploración en el tema, fueron limitaciones institucionales las que imposibilitaron en el I.N.E. la concreción de tal investigación. Pero como la problemática del V.I.H. había pasado a ser parte de una inquietud personal, más que la oportunidad cedida por dicha institución de completar los estudios universitarios, se decidió continuar con la búsqueda de información contemplando otras opciones. Se comenzó, por

este motivo, a establecer lazos con otras entidades que abordan la misma afección; dando con profesionales del Hospital Interzonal General de Agudos (H.I.G.A), quienes frente a la propuesta de concretar este proyecto, se mostraron dispuestos a colaborar, cediendo el espacio institucional para la realización del mismo.

## Presentación de la problemática

La infección por el virus de inmunodeficiencia adquirida (V.I.H.) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) determinan, sin lugar a dudas en todo el mundo, un problema acuciante. Sus amplias dimensiones y repercusiones, por las características particulares de esta problemática, exceden el campo de la medicina, para abarcar en sus más variados enfoques a lo sexológico, lo psicológico, social, cultural, económico y político. Se presenta de este modo el V.I.H. como una enfermedad de muy complejo alcance y repercusión en estos últimos veinte años, pero que sin embargo, podría volverse una afección controlada mediante apropiadas estrategias de prevención y un manejo de información claro.

Para diciembre de 2003, se estimó que en todo el mundo, el número de personas que conviven con el V.I.H./SIDA es de un total de 40 millones de habitantes, repartidos entre, 37 millones en población adulta y 2,5 millones en menores de 15 años; siendo que, 5 millones de personas han contraído el virus en este último periodo, y para el mismo año, 3 millones han muerto a causa de esta enfermedad.

([http://www.huesped.org.ar/HuespedWeb/sida/est\\_mundo01.html](http://www.huesped.org.ar/HuespedWeb/sida/est_mundo01.html))

En el plano nacional, hasta el 31 de marzo de 2001 se notificaron en la Unidad Coordinadora Ejecutora de VIH/SIDA y ETS del Ministerio de Salud de la Nación, un total de 22.500 enfermos diagnosticados. Desde los primeros años hasta 1996 se observa un crecimiento sostenido del número

de enfermos, actualmente la tasa de incidencia acumulada para la Argentina sería de 50,6 por cien mil habitantes (Ministerio de Salud Nacional, 2001).

Durante el mes de Mayo del año 2002, LUSIDA desarrolló una investigación sobre el conocimiento, creencias y actitudes que tiene la población sobre el V.I.H/SIDA con la finalidad de planificar una campaña de prevención, que por intermedio de esta Organización, se está llevando a cabo. El estudio fue realizado por las consultoras Mori y Ogilvy Social Connections en las localidades de Córdoba, Rosario, Capital Federal y Gran Buenos Aires. (LUSIDA, 2002).

Este estudio concluyó que gran parte de las personas que declaran tener pareja, afirman que ésta se basa en una relación estable, fiel y heterosexual. La mayoría de los entrevistados, el 89%, manifiesta tener pareja estable, y considera al mismo tiempo que donde hay confianza es improbable que haya V.I.H.

Los resultados arribados mostraron además que, aunque gran parte de la población tendría vasta información sobre transmisión y prevención del V.I.H/SIDA, ello no parece alcanzar para llevar adelante una conducta responsable en este sentido; ya que sólo un porcentaje de la misma, adopta conductas efectivas de prevención (LUSIDA, 2002).

En nuestra ciudad, se desconoce la tasa de prevalencia para esta enfermedad, si bien se sabe perfectamente que son numerosos los casos de V.I.H. positivos. Con el fin de profundizar cuestiones relacionadas con esta problemática es que se realizó un "Perfil social de la persona que vive con V.I.H./SIDA" encuadrado en el Programa de Enfermedades de Transmisión

Sexual (E.T.S) y SIDA del I.N.E. "Dr. Juan H. Jara". El mismo, tenía como objetivos específicos: "1- *Identificar en la persona infectada por el VIH, algunos aspectos que permitan conformar un perfil social del mismo.* 2- *Explorar posibles cambios de conducta social, sexual y/o de adicción en infectados, a partir del diagnóstico, según conducta de riesgo.* 3- *Estimar el grado de interés de las personas entrevistadas por contribuir a la solución del problema del S.I.D.A. como hecho social"* (Anexo I).

El presente estudio tiene como objetivo general realizar una descripción de las variables sociodemográficas y psicosociales de los infectados de V.I.H en la ciudad de Mar del Plata, que concurren al Hospital Interzonal General de Agudos en este último periodo, así como las formas de contagio del virus. Entre los objetivos particulares se encuentran:

- Identificar las variables sociodemográficas asociadas a la problemática como: sexo, edad, zona de residencia, estado civil, grado de instrucción, etc.
- Estudiar los factores psicosociales de los consultantes infectados por V.I.H, tales como: conductas de riesgo (uso de profilácticos, conducta sexual, alcohol, drogas, etc.).
- Describir las diferentes formas de contagio del V.I.H en los casos comprendidos por los pacientes en el periodo tomado.

# MARCO TEORICO

## Primer aproximación al SIDA

"SIDA" es una enfermedad mortal relativamente nueva que se transmite principalmente por vía sexual. Propagándose por el coito a través del semen y las secreciones vaginales; por agujas contaminadas con el virus; o al pasar de la madre al hijo en el embarazo y/o parto. Esta afección estaría directamente relacionada con las edades de mayor actividad sexual del ser humano, presentándose con más frecuencia entre los 20 a 49 años (Univ. Católica de Chile, 2004).

El SIDA podría ser para algunos una revelación escandalosa que emanaría, como otro síntoma más, característico de la post-modernidad. Múltiples son las fantasías que han rondado en torno a esta enfermedad; todas ellas relacionadas con la homosexualidad, la droga y la vida promiscua; aunque entendidos en la materia aseveren que su modo de transmisión incluya principalmente a las relaciones heterosexuales, aún a las comúnmente nombradas como relaciones estables (LUSIDA, 2002).

A continuación se expondrá la irrupción vertiginosa del V.I.H. en el mundo, y la manera como se ha dado a la luz hacia la década del '80, este particular cuadro epidémico.

## Reseña histórica del V.I.H.

Existe una cierta complejidad en cuanto se refiere al conocimiento sobre el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).

Las investigaciones del norteamericano Roberto Gallo (descubridor de uno de los virus de la enfermedad), señalarían que el SIDA surgió en 1977, en Zaire, África, específicamente en los alrededores del lago Victoria. Otro de los descubridores del virus sería el médico francés, Luc Montagnier.

D. Miller (1989) comienza su libro "Viviendo con SIDA y H.I.V." con esta afirmación: "El agente causal del SIDA-Virus H.I.V. es un retrovirus" Cuando el autor comenta en el mismo texto el descubrimiento de los retrovirus indica que "se aislaron y caracterizaron en animales por primera vez en 1970" y que a fines de la década del '70 se encuentra que los retrovirus también infectan al hombre. Los primeros casos de SIDA, se diagnosticaron en 1977 en Estados Unidos, Haití y África. En Estados Unidos el primer caso se habría detectado en 1981 (Junio 2004, pág. Web: [http://www.utem.cl/trilogia/Volumen\\_16\\_n\\_25\\_26/p\\_16\\_1.htm](http://www.utem.cl/trilogia/Volumen_16_n_25_26/p_16_1.htm))

Ya en 1988 se aceptaba que había más de ciento cincuenta mil casos de SIDA en ciento cuarenta y cinco países y se suponía que había más de diez millones de infectados. Al promediar el año 1991, las cifras definitivas de la Organización Mundial de la Salud se referían, en el mundo, a unos nueve a once millones de afectados. De ese número, unos tres millones corresponderían a mujeres.

La misma Organización Mundial de la Salud (OMS) afirmaba que el setenta por ciento de los infectados había contraído el virus como consecuencia de relaciones heterosexuales, y se dice que la proyección aumentaría al ochenta por ciento en lo que resta del siglo. ONUSIDA y OMS estiman que a finales del 2000 el número de personas que vivían con SIDA o HIV en el mundo ascendía a 361 millones. Cifra superior en un 50% a la estimada en 1991 por el Programa Mundial sobre el SIDA de la OMS a partir de los datos disponibles entonces. Se estima que 150.000 adultos y niños contrajeron la infección a lo largo del 2000 (Ministerio de Salud de la Nación, 2001).

Desde que fuera descubierto, el virus ha tenido distintas denominaciones; en 1983 y 1984 los franceses y norteamericanos le llamaron virus LAV, que significa linfadenopatía; en 1985 en Estados Unidos le nominaron como virus HTVL (Human - T - Inmuno Deficiency - Virus), nombre actualmente más generalizado.

Hasta la fecha, por lo que se sabe, serían dos los virus del SIDA conocidos, cada uno con una "sui generis" distribución territorial. Mientras el VIH-1 se extiende por América, África Central y Europa, el VIH-2 es endémico en África Occidental, con difusión relativamente rara en Europa y Brasil. En la actualidad, el mayor número de casos de SIDA se ha declarado en: Estados Unidos, Europa Occidental, África Central, Brasil y Haití. Siendo las tasas más altas en Estados Unidos: New York, San Francisco y Miami. En Europa se da en Bélgica, Dinamarca y Suiza. En Centro América en Haití; en Sud América: Brasil; y en África Central, en Zaire.

Hasta aquí, se ha brindado un panorama global de lo que constituiría el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida, y la manera en como éste apareció en el mundo; pero para comprender con mayor profundidad esta enfermedad, se propone una aproximación a la misma, adentrándose en la etimología y epidemiología del virus que la provoca.

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.) es un retrovirus, que presenta hebras de ARN y una enzima, la transcriptasa reversa. Posee, además, una proteína específica, la GP120, membranolítica en su capa externa, que le ayuda a perforar la membrana de la célula atacada y penetrar en ella. En el caso del V.I.H. la célula parasitada es el linfocito T4.

La especificidad del retrovirus del SIDA por el linfocito T4 se debe a que éste presenta en su superficie un marcador específico que le permite al virus reconocerlo. El proceso posterior a la invasión es el típico de infección por virus: transcripción de su genoma al ADN del huésped, obligando a éste a réplicas sucesivas hasta destruirlo, saliendo luego un gran número de individuos a parasitar a otros linfocitos T4. Esto conlleva a una linfopenia cuyas consecuencias dramáticas se pueden medir por la importancia de los linfocitos T4 en el sistema inmune.

El V.I.H. también agota las células sobrevivientes las que al funcionar mal, son incapaces de reconocer sustancias extrañas, lo que hace disminuir la inmunidad.

Por dañar al sistema inmunológico, el organismo no puede defenderse contra infecciones que para otros (sin V.I.H.) no son graves, como neumonía, sarcoma de Kaposi y herpes.

Un período de incubación promedio de la enfermedad, sería de dos a seis años; pero como es una infección crónica las personas infectadas aun sin saberlo (porque no tienen síntomas de la enfermedad), transmiten el virus.

En realidad, esta patología no sería altamente contagiosa. No va por el aire, no la transportan los insectos, ni el agua, ni los alimentos, sólo se transmite por contacto con el semen y la sangre; con menor frecuencia en lágrimas, saliva, leche materna, calostro, orina y secreción vaginal. Hasta ahora, sólo se ha comprobado la transmisión del V.I.H a través de la sangre y del semen.

La evolución de la enfermedad varía grandemente de persona a persona, por lo que muchas de las variables que afectan su progresión aún no están totalmente claras. Factores que extralimitan a lo biológico, serían los causantes de la aparición de la enfermedad y el desarrollo de sus síntomas, así como también los que pudieron haber intervenido en la contracción del virus. Con este concepto, se plantearía la existencia de variables psicosociales y de comportamiento que afectarían el desarrollo de la infección en la persona, tales como la depresión y niveles altos de ansiedad (Carvajal Sancho, 2001).

Una vez que aparecen los primeros síntomas de la enfermedad, las secuelas siguientes se desencadenan en forma rápida y también conservando cierta constante. En los resultados de laboratorio el número de linfocitos disminuye. Los T4 (que normalmente alcanzan un porcentaje de más del 50%) en los afectados baja al 10%. Otro parámetro es el aumento

de anticuerpos, "inmunoglobulinas", producida por los linfocitos B que son estimulados por proteínas estructurales del virus.

El virus herpes, la invasión por *Cándida Albicans* en la boca y en la primera porción del tracto digestivo, son algunas características. A ello se suceden complicaciones más graves: tuberculosis, neumonía, encefalitis con alteración de los núcleos corticales que llevan a la demencia. Otra característica bien generalizada de la infección por SIDA es la presencia de una dermatitis pruriginosa con pápulas eritematosas que se extienden por el surco nasogeniano y por brazos y tronco.

## SIDA y Sexualidad

Para poder hablar calificadamente y de manera fundada de la enfermedad del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida, es preciso introducirse indefectiblemente, en el delicado y urticante terreno de la sexualidad.

Se sabe que la misma ha ido evolucionado a lo largo de todos estos años junto con la mentalidad del ser humano; constituiría una "*construcción social*" que ha caracterizado las diferentes épocas de la evolución humana. En parte, porque "los seres humanos actúan como miembros de grupos, toman a sus grupos de referencia y no puede afirmarse que sus opiniones, actitudes, creencias, comportamientos sean independientes de sus contextos de identificación, más aún el sujeto es producto, se ha constituido como tal, en el contexto de referencia" (Baldrés Parajón 1998, pág.84)

Con lo dicho, se podría empezar a delinear la manera en como el hombre, desde que se tiene registro de su existencia, se ha relacionado en términos sexuales.

En la Prehistoria, se dijo que la sexualidad representaba exclusivamente la simple satisfacción del impulso reproductivo. Es probable que en ese tiempo, la preocupación por la sexualidad no contara demasiado en aquellas comunidades cavernarias, muy posiblemente debido al ritmo de vida totalmente inseguro que data de los primeros hombres.

Durante esa época, existió en apariencia una promiscuidad sexual primitiva. Otra conjetura que existe sobre las formas de apareamiento está

estrechamente ligada a la postura asumida por el hombre de ese entonces. Al mantenerse apoyado sobre sus extremidades superiores, del mismo modo que lo haría cualquier primate, se supone que el instinto sexual allí estaría regido por el sentido del olfato; el que se agudizaría con lo que llamamos la menstruación femenina. Este período menstrual es lo que estaría condicionando en gran parte, el contacto sexual entre hombres y mujeres (Freud, 1920).

El advenimiento de la agricultura y ganadería motivó el surgimiento de la propiedad privada. Así, la monogamia pasaría a tener como finalidad el asegurar el patrimonio familiar (Instituto Mexicano de Sexología, 1995).

En ese momento, la humanidad ha identificado a la mujer con la tierra; metafóricamente como la que otorga vida dando sus frutos. Así es como nace un culto a la sexualidad femenina; la que en un futuro, relegarían las religiones judaica, cristiana, e islámica.

Posteriormente, en las culturas helénica y latina el acto sexual llegó a ser una manifestación religiosa. Los hombres, pasaron a ocupar el lugar privilegiado en el plano de la sexualidad, y el culto se rendía a la virilidad. Así, la creencia de la divinidad femenina perdió su base religiosa y se transformó en exceso hedonista, consolidándose la exaltación del potencial sexual masculino.

Una costumbre de aquellos tiempos, fue la prostitución sagrada. La mujer debía ofrecer su virginidad y fertilidad a la diosa Venus o a algún de sus equivalentes, a través de la unión con un sacerdote o un extranjero; el forastero, en este caso, debía pagar a su vez con una ofrenda en especie o

en metálico para costear los cuidados del templo de la diosa. Esa costumbre ritual degeneró en la simple venta del cuerpo femenino.

Entre los múltiples descubrimientos e invenciones de estas culturas no podía faltar la educación sexual. Griegos y latinos conocían la importancia de desarrollar una sexualidad plena. Igualmente, la noción de hombría que se manejaba en la época grecolatina no excluía las conductas homosexuales, las que no constituían gran menoscabo para la virilidad.

La introducción de la moral estoica, en plena época del Imperio, condujo a varios pensadores y gobernantes a condenar las conductas homosexuales. Las imágenes de desenfreno y perversión sexual con que se identifica a griegos y romanos sin embargo, resultan exageradas. (Inst. Mexicano de Sexología, 1995).

Hasta aquí podemos observar como la sexualidad dio un giro en su presentación y representación para el hombre desde los primeros indicios de vida humana hasta la época grecolatina. Pero a partir del cristianismo, la misma ha tomado otras dimensiones.

La religión judía fue de las primeras en reprimir la sexualidad, particularmente la de las mujeres que eran consideradas simples objetos sexuales. En el Antiguo Testamento, la función de la mujer era procrear y servir a los hijos. No está de mas decir que la influencia del judeo-cristianismo persiste, de manera solapada o abiertamente en algunos casos, hasta nuestros días.

El cristianismo cambió de visión pasando a ser religión oficial del imperio romano, cuando se convirtió en una fuerza política y represiva. Este

designó a la sexualidad, contrariamente al momento hedonista grecolatino, como algo impuro.

En la Edad Media, la Iglesia consolidó su poder, de modo tal que la teología se equiparaba a la ley civil. En esta época aparecieron los famosos cinturones de castidad, y se hicieron evidentes muchos problemas sexuales, por lo que la Iglesia, para reafirmarse, refrenda el matrimonio monógamo y declara al instinto sexual como demoníaco dando origen así a la Santa Inquisición.

El islamismo reprimió aún más ferozmente a las mujeres, continuando inalterablemente esa injusta práctica, hasta nuestros días (lo prueban los velos y pesados ropajes que les obligan a llevar en los países donde esta es la religión oficial). En la India en cambio, son famosos los libros sagrados del erotismo, como el "Kama Sutra", que enseñaba las maneras de convertir el goce de la sexualidad en una experiencia casi mística. Esto no quiere decir que aquí el desarrollo de la sexualidad triunfara.

Recién para fines del siglo XV aparecen en Europa los primeros indicios de enfermedades de transmisión sexual, conocidas en ese entonces como enfermedades venéreas. Estas fueron consideradas un castigo celestial por los excesos sexuales vividos hasta el momento (Cerruti, 1992).

No obstante, con el surgimiento de la familia patriarcal se había dado ya, una serie de dualidades en lo sexual: una doble norma establecida: permisividad al varón y represión a la mujer a la que se le exige virginidad y fidelidad al marido sin importar su propio placer (Del Río Chiriboga, 1996).

Las conveniencias políticas y las concepciones machistas mantenían gran número de costumbres atroces y represivas contra las mujeres y las clases más humildes. Entre los peores aspectos de sus ideas sexuales por ejemplo, se encuentra la costumbre del *suti*; por la cual, la viuda de un hombre debía incinerarse viva en la pira funeraria de su esposo. Esta práctica, afortunadamente, fue virtualmente erradicada por los cambios sociales que se experimentaron en este siglo.

Pronto, durante los siglos XVIII y XIX o época victoriana, en donde se podría rotular a este periodo con el nombre de "puritanismo", las conductas sexuales (como la masturbación) eran consideradas inapropiadas y se las culpaba como causantes de diferentes desórdenes, como es el caso de la epilepsia.

En 1882 aparece el trabajo de Richard Kraft-Ebing "*Psychopathia Sexualis*", donde describe diferentes tipos de comportamiento sexual etiquetándolos como patológicos. De allí surge el término de desviación sexual (Caruso, 1993). En ese tiempo, cualquier acto sexual que no tuviera como fin la reproducción se consideraba de "sexualidad anormal". Con regularidad se considera a este autor como el fundador de la Sexología Moderna.

Asimismo, en esa época las actitudes ante la sexualidad diferían de acuerdo a la clase social. La representatividad de la época estaba dada por la clase media, la que se sintió obligada a fingir que se comportaba de acuerdo a la moral rígida imperante de entonces. El pensamiento religioso daba gran importancia a la familia, pero no permitía olvidar que el sexo era

una desafortunada necesidad y no algo de lo que se pudiera disfrutar. También desde la medicina se avalaba esta posición (Calderone,1978).

En la clase alta, por el contrario, se disfrutaba del amor libre y las grandes ciudades de Europa contaban con ejércitos de prostitutas, sin olvidar que ya desde entonces existía la prostitución infantil.

En resumen, se podría decir que por centurias las creencias religiosas dominaron el comportamiento sexual, reduciéndolo al proceso de reproducción (Calderone,1978). En Occidente, se mantuvo esta represión político-religiosa de la sexualidad y sus manifestaciones hasta entrado el siglo XX. Sin embargo, entre el siglo XVIII y el actual, se dieron diferentes cambios en la mentalidad social. Algunos fueron espectaculares y otros poco perceptibles, pero todos marcaron el camino hacia la revolución sexual, que ocurrió en la década de 1960 y desembocó en las actuales concepciones sobre este tema.

El inicio del siglo XX fue también el principio del importante movimiento de liberación femenina, para situar a la mujer en un plano de igualdad con el hombre. Así empezaron a desecharse los tabúes sobre el cuerpo y su capacidad sexual.

Por la misma época, Sigmund Freud (1856-1939), demostró la trascendencia que la sexualidad tiene para la humanidad. A su vez, en "Psicopatología de la vida cotidiana" (Freud, 1910) plantea la relación entre sexualidad y muerte, donde el olvido se asocia con aquello que trata de mantenerse bajo represión. En "El malestar de la cultura" (Freud, 1920) sostiene que la sociedad surge frente a la necesidad de los individuos de

retener un objeto sexual. El agrupamiento social implicaba una regulación respecto de la circulación de los objetos sexuales y de las tendencias agresivas, regulación que se marcará desde el "no te acostarás con tu madre" y "no matarás". Así las pulsiones serían sofocadas y reprimidas.

Puede decirse que con este autor se inició el modernismo sexual, el que surgió en respuesta a las rígidas normas victorianas.

En Inglaterra, el médico Havellock Ellis publica su obra "Psychology of Sex". En su obra él menciona que el deseo sexual es igual para hombres y mujeres y refuta el concepto de que la masturbación ocasionaba insania.

Las dos guerras mundiales a su vez, aumentaron la permisividad sexual en la sociedad, la que a corto plazo propiciaría una liberación conceptual sobre el sexo. Pensemos que las carencias socioeconómicas y la exigencia de una mano de obra en un mercado laboral (falta de la fuerza bruta de hombres que en ese entonces participaban de las contiendas), fueron en gran medida, los condicionantes del ingreso de la mujer al mundo público con su participación en cuestiones de ámbito social.

Los años 60, trajeron un cambio decisivo con sus movimientos juveniles de transformación política, económica y ética. Con Alfred Kinsey (zoólogo), se inició el estudio sistemático de la sexualidad; el mismo, ha permitido ir develando los mitos y tabúes que rodeaban a la misma con su obra "Sexual Behavior the Human Male". A partir de estos datos descubre que lo "normal" de la conducta sexual es mucho más amplia de lo que se podía pensar.

Poco después y emparejado a estos sucesos redactados, se dieron a conocer las investigaciones modernas que permitieron el nacimiento de la sexología como ciencia. De naturaleza ínter y multidisciplinaria, es una disciplina que a partir de 1974 fue considerada por la Organización Mundial de la Salud dentro del concepto integral de salud del ser humano.

Este breve repaso por la historia de la sexualidad demuestra que el comportamiento sexual no es simple, ya que dependerá del contexto sociohistórico y cultural en que se desarrolla.

Ahora bien, no es pertinente aquí cuestionar el origen del SIDA, qué o quien lo causó; sino pensar los condicionantes para la infección del V.I.H. en los que se vino a insertar con relación a la satisfacción sexual del hombre.

La enfermedad del SIDA aparece íntimamente ligada no solo a la sexualidad, sino también a la drogadicción, al alcoholismo, la desnutrición, la contaminación ambiental, etc. Resulta paradójico, que dos fluidos tan vitales como la sangre y el semen, sean considerados como los portadores, a la vez, de la vida y de la muerte.

Enrique Pichón Riviere (Videla, 2000) expresa: *"la lucha por la salud es un proceso de liberación, no es luchar contra la enfermedad, sino contra los factores que la generan y refuerzan"*. En tal sentido se orienta este estudio, tomando a la sexualidad como un elemento clave en el contexto del V.I.H./SIDA y reflexionando, a través de su historia, sobre aquellos condicionantes socioculturales que intervinieron en el retraso de la incorporación de la sexualidad como un eje importante en la vida del hombre y de la lucha contra esta epidemia.

## Mujer y V.I.H.

Existe un creciente número de mujeres infectadas por V.I.H. Las mismas tienen mucho en común con los hombres afectados, pero también habría aspectos que solamente implicarían a las mujeres. Por ejemplo, los síntomas más comunes de infección temprana en las mujeres son la micción dolorosa, secreciones vaginales y la aparición de cicatrices en las trompas de Falopio. Se ha considerado que la transmisión de hombre a mujer es de 2 a 4 veces más eficiente que la de mujer a hombre. La extendida tradición de la mutilación genital femenina, así como el sexo "seco" (insertan en la vagina diversos productos para dar mayor placer al varón) son costumbres que aumentan la exposición y vulnerabilidad de las mujeres al contagio. Se ha comprobado también, que en la relación heterosexual la mujer es biológicamente más vulnerable por varios motivos. Primero, la zona de exposición al virus durante la relación coital es de mayor superficie en la mujer. Segundo, ésta por lo general asume la posición pasiva en la relación. Tercera, la carga viral es mayor en el semen que en los fluidos vaginales que se ponen en contacto al mantener relaciones sexuales (Gómez, 1998).

Antes, a las mujeres no se las consideraba en peligro de contraer el V.I.H./SIDA, y por lo tanto no eran contempladas en los programas de prevención y tratamientos. Esto produjo que las mujeres fuesen diagnosticadas mucho más tarde que los hombres y en consecuencia recibiesen menos servicios médicos. Tal vez esa sea la razón por la cual el diagnóstico de la enfermedad en el género femenino sea tardío y por ende,

las cifras estadísticas arrojadas por Instituciones de Salud, cuenten con un amplio margen de error.

(<http://www.sfaf.org/espanol/informaciondelvih/mujeres.html>).

Existen otros factores sociales que estarían contribuyendo a este fenómeno: la escolaridad sería uno de los indicadores más sensibles con el que se cuenta para estimar el nivel socioeconómico de la población afectada. Observando el nivel de instrucción se podría establecer la tendencia que cada vez más, los casos de SIDA están asociados a bajo nivel de escolaridad (LUSIDA, 2002). Si bien esta realidad contempla a ambos sexos, las mujeres por su situación sociocultural desventajosa, accederían en menor medida al sistema educativo y en cambio tenderían a dedicarse, o sentirse obligadas, a cuidar de los demás. Con frecuencia se ocuparían de atender a sus parejas, hijos, trabajos, casas, etc. y no buscarían cuidado médico hasta que sus síntomas sean extremos.

Culturalmente, la ideología tradicional de las relaciones de género dificulta una mejor posición de la mujer para negociar prácticas de sexo más seguras con sus parejas. En esta cultura, se admiten tres formas de identidad sexual en la mujer: virgen, madre y prostituta. Por ende, cuanto más sujeta se encuentra la mujer a representar un rol tradicional de género, que impone la subordinación y la dependencia afectiva - sexual del hombre, que obliga a mantener carencia de autoestima e incapacidad de decisión, más lejos de su alcance estarán las medidas para protegerse en la transmisión sexual.

(<http://www.sfaf.org/espanol/informaciondelvih/mujeres.html>)

Dentro de la esfera sexual se deben incluir las luchas por el poder político, económico, social, religioso y cotidiano que caracterizan en el fondo, la búsqueda del placer, tanto carnal como espiritual en el hombre. Pierre Bourdieu (1998) se pregunta al respecto: "¿cuáles serán los mecanismos históricos responsables de la deshistorización y de la eternización relativas de las estructuras de la división sexual y de los principios de división correspondientes?".

El solo hecho de ser mujer en este mundo actual, es prácticamente sinónimo de explotación múltiple: discriminación sexual, laboral y política. Esto, enmarcado además en una situación de pobreza con ribetes de dramatismo, sobre todo en los países del Tercer Mundo. Nora Castañeda (en Rivery, 2000) decía que los llamados ajustes estructurales (neoliberalismo) han traído consecuencias fatales para la región latinoamericana. La estrategia laboral de esta línea económica buscaba mano de obra barata, y la más barata es la femenina.

La aparente revolución femenina y la reivindicación de sus derechos, no bastarían para desarticular esas "viejas" estructuras, las que presentan la diferencia de sexos como ahistóricamente contemplados; como un (y en palabras de Pierre Bourdieu) *"prolongado trabajo colectivo de socialización de lo biológico y de biologización de lo social (que) se conjugan para invertir la relación entre las causas y efectos y hacer aparecer una construcción social naturalizada (los géneros en cuanto hábitos sexuados) como el fundamento natural de la división arbitraria que está en el principio tanto de*

*la realidad como de la representación de la realidad que se impone a veces a la propia investigación” (Pierre Bourdieu, 1998.Pg.13).*

La pobreza que afecta en primer lugar a las mujeres en la etapa actual, se encuentra en la misma esencia del sistema que impera: el capitalismo, y sobre todo de la imposición neoliberal a una globalización objetiva. No se puede limitar un análisis de este tipo a las determinaciones impuestas por la realidad socioeconómica; se debe ir entonces, más allá y buscar las respuestas en las profundidades de la esfera social y del pensamiento que en torno a esta problemática ha circulado, o en tal caso, se ha quedado obturado sin posibilidades de ilación.

([http://www.cdc.gov/spanish/vih/pubs/facts/s\\_women.htm](http://www.cdc.gov/spanish/vih/pubs/facts/s_women.htm))

Con lo antes observado, se arribaría a una posible conclusión: la mujer, no solo poseería por sus cualidades biológicas mayor vulnerabilidad y predisposición para el riesgo de infección del V.I.H., sino, serían sus mayores determinantes la sumisión y el papel desmerecido en el ámbito sociocultural, ya que los mandatos de género colocan a la mujer en el lugar de un ser pasivo/receptor, sometiendo su propio deseo al del otro y quedando así en una situación de vulnerabilidad e indefensión.

# METODOLOGÍA

A partir de la información existente y expuesta sobre la problemática del V.I.H., y luego de haberse explicado las razones por las que se decidió abordar esta temática, se da pie al proyecto investigativo, que de tales antecedentes surge.

El presente trabajo de investigación, tiene por objeto realizar un análisis de situación con criterio de enfoque de riesgo, tendiente a identificar las principales características asociadas con la transmisión del V.I.H. Para ello, se tomaron como base bibliográfica inicial e informativa, al "Perfil social de la persona que vive con VIH/SIDA" de las Licenciadas Alfei Beatriz, Mónica Molina y Pérez María Laura (1989 -1996).

Tal informe, refleja las características particulares de una población que en su momento, se ha ubicado en una posición de cierta vulnerabilidad para contraer este virus (Información disponible en anexo 1).

Allí, se contemplaron tanto variables socio-demográficas como psicosociales. Entre las primeras se tomaron: edad, estado civil, sexo, zona de residencia, grado de instrucción, etc. En el segundo grupo (las conductuales): dependencia al alcohol y/o a las drogas, tipo de conducta sexual, etc.

Las conclusiones arribadas en ese entonces fueron:

Que... "Se trata de una población joven, concentrada entre los 20 y 29 años, con leve predominio del sexo masculino, evidenciándose un aumento regular del sexo femenino; y en su mayoría solteros, oriundos de la ciudad de Mar del Plata.

\* El nivel de escolaridad agrupa a la mayoría entre los que no terminaron la enseñanza media. En cambio, los padres que llegaron a un nivel secundario lo completaron la mayoría.

\* En cuanto a la ocupación, es evidente un importante sector que carece de ella, concentrándose los ocupados entre los empleados, trabajadores individuales independientes y otros. En cuanto a sus padres, en cambio, se detectó plena ocupación, desarrollando preferentemente también actividades de trabajadores independientes y obreros especializados.

\* Respecto a la conducta en riesgo de los infectados, la mayoría corresponde a drogadependientes, en segundo lugar se encuentra la conducta heterosexual y en tercer lugar la conducta homosexual. Se observa una importante disminución en el primer grupo y un notable aumento en la población heterosexual.

\* Se observó una mayor distribución de los domicilios de las personas entrevistadas en barrios de buen y muy buen nivel socioeconómico (NBI de 0 a 20 %). Esto indica solo el lugar de residencia, no que los entrevistados posean ese grado de satisfacción de necesidades básicas. En su gran mayoría, la población entrevistada comparte la vivienda con familia de origen o conformada posteriormente.

Entre los pacientes reentrevistados, a quienes se les consultó sobre algún cambio de conducta efectuado a partir del diagnóstico, se observó que una mayoría modificó en algún aspecto su conducta. Entre los que cambiaron se notó un mayor porcentaje entre las conductas adictivas seguidas de las sexuales y sociales”.

Ahora bien, como ya se ha dicho, si el objetivo general, es poder llegar a delimitar y describir las características de la población infectada de V.I.H., para ello fue preciso realizar una exploración vigente y actualizada de aquellas variables, las que han sido tomadas en cuenta en dicho trabajo.

Una vez demarcado el objeto, y expuestos los resultados generales de la tarea realizada por profesionales del I.N.E., podemos dimensionar los objetivos particulares:

- Identificar las variables sociodemográficas asociadas a la problemática como: sexo, edad, zona de residencia, estado civil, grado de instrucción, etc.
- Estudiar los factores psicosociales de los consultantes infectados por V.I.H., tales como: conductas de riesgo, uso de profilácticos, conducta sexual, alcohol, drogas, etc.; así como también observar la adherencia al tratamiento, sus respuestas y actitudes para con el mismo.
- Describir las diferentes formas de contagio del V.I.H.

Población: todos los pacientes con V.I.H. que concurren al Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA). "Dr. Oscar E. Alende", al Servicio de Infectología.

Muestra de estudio: aquellos que asistieron en busca de sus medicamentos o atención clínica, en un periodo que abarcó desde el 10 de mayo, hasta el 8 de junio del corriente año. De los que resultaron 147 encuestados.

Operacionalización de las variables:

A propósito de la encuesta confeccionada para recabar la información pertinente, se clasificaron los datos en tres grupos, según sea su naturaleza y el tipo de información que contenga:

- ✓ *Variables sociodemográficas.* En ellas se incluyó: la edad, sexo, estado civil, zona de residencia, si el paciente posee o no obra social, etc.
- ✓ *Factores psicosociales* posiblemente intervinientes, éstos tomados como dato de mucho interés a los fines investigativos. Los que están relacionados con la conducta y actitudes del paciente, ya sea de cuidado de sí, o sus conductas de riesgo. En este rango se agruparon: uso de preservativo en sus relaciones sexuales; la condición sexual, los hábitos adictivos, como ser: al tabaco, al alcohol o consumo indebido de drogas.

- ✓ *Las variables informativas*, ubicadas en tercer lugar, son las que informan acerca del conocimiento sobre V.I.H. con el que contaba el paciente previamente, o en el momento de la infección; si el mismo actualmente puede reconocer o adjudicar el posible motivo de contracción del virus; la manera en que éste responde a algún tratamiento recomendado por el médico de acuerdo al resultado del último CD4 y carga viral; si recuerda o no, la nomenclatura de esa medicación; y por último, puntualmente, si está cumpliendo con estas pautas de tratamiento, tal como son indicadas por el médico.

Una vez señalados los tres agrupamientos de variables, se explicitará a continuación, la razón, o el porqué de la necesidad de realizar tal clasificación.

Para poder arribar a una descripción lo más detallada y acertada posible de las variables intervinientes en la contracción del V.I.H. se debe tener en cuenta primero, los factores socio-demográficos estrechamente relacionados con la problemática. Discriminar las principales características poblacionales asociadas al V.I.H, en cuanto a: edad promedio, estado civil, clase sociocultural predominante, junto al grado de instrucción o la situación laboral, será útil, a la hora de delimitar el grupo social que posiblemente resultaría más vulnerable a encontrarse en situaciones de riesgo para esta afección.

Así por ejemplo, y mediante una comparación con resultados de estudios anteriores, se podría llegar a conjeturar, que la franja etaria de la población habría envejecido... o no; que perteneciendo a tal o cual estrato social, existiría una mayor posibilidad de contraer el virus; o que el grupo de solteros (por solo mencionar uno), sería propenso a encontrarse en situaciones de mayor exposición.

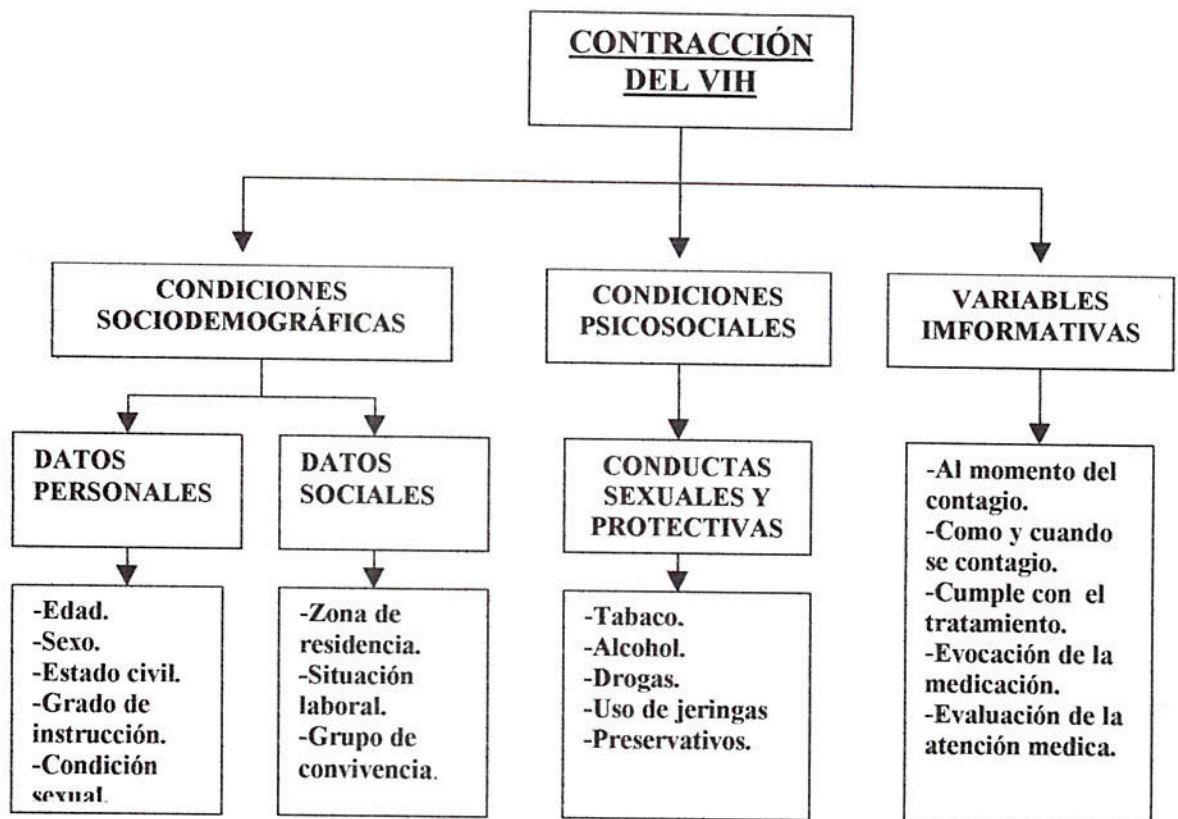
Entonces, es claro que los primeros datos a recoger, y de gran interés para la concreción de este análisis, fueron aquellos que hablaban de los aspectos sociodemográficos de una determinada población. Con ellos, fue plausible hacer un primer recorte, adjudicándole a ciertos valores de las variables poblacionales un tenor de riesgo a contraer el virus en cuestión.

También resultaron de suma importancia, obviamente por su relación con la disciplina que nos incumbe, los factores psicosociales y conductuales intervinientes en la propagación del V.I.H./SIDA. Poder conocer acerca de las situaciones en las que se expuso el paciente antes de contraer V.I.H., como las conductas que adopta desde que tomó conocimiento de su enfermedad, fue determinante para la descripción que se pretendía realizar. Estos datos dieron la posibilidad de lograr un acercamiento descriptivo a las características de la persona que se encontraba con mayor posibilidad de contraer el virus. Así pues, y de esta manera, se pudo llegar a advertir que problemáticas sociales y características psicológicas convergentes, serían las que tendrían una estrecha relación con esta afección en particular.

El uso de preservativos o el cumplimiento del tratamiento señalado por el médico, estaría indicando en cambio, aquellos aspectos saludables

del paciente. Otra cualidad tomada en cuenta es la evocación espontánea del nombre de la medicación suministrada, puesto que ello da la pauta del grado de conciencia que posee el encuestado de (las cuestiones relacionadas con) su enfermedad.

En razón de lo dicho, y con el propósito de lograr la descripción de los factores operacionalizados de la forma más acertada y detallada posible, fue que se realiza la siguiente ilustración:



### Instrumento exploratorio:

A partir de lo dicho, es que se tomaron los recaudos necesarios para construir el instrumento que recolectó esta información.

Estos datos, que integrados en un todo conforman un panorama más o menos claro de cómo pueden ser dadas actualmente las condiciones sociodemográficas y psicosociales que sirven de factores en la contracción del virus, fueron obtenidos, gracias a la encuesta que pasamos a detallar:

Se trató entonces, de confeccionar una herramienta exploratoria con un tipo de indagación cerrado, con fines discretos y ajustada a la información que fuera pertinente a la problemática. Que diera cuenta de todos los factores intervinientes, pero que no por lograrlo, cayera en la invasión imprudente de la intimidad del encuestado. Es claro entonces, que no solo debía ser tenido en cuenta la forma escrita en como se plantearon sus ítems, sino también, como la misma debía ser verbalmente administrada.

### Detalle de los ítems

Se trata de una herramienta que desde un principio sufrió modificaciones acorde a los intereses u objetivos particulares de la investigación, y obviamente, a las expectativas del plantel médico del Servicio de Infectología y de Servicio Social del mismo Hospital (H.I.G.A.). Al primer modelo hubo que agregarle ítems que recogieran datos totalmente relacionados con cuestiones de la clínica médica. Igualmente, esta información, y aunque no era una tónica de plena incumbencia, facilitó la posibilidad de observar desde otro ángulo, aspectos relacionados con la conciencia de enfermedad y las conductas de cuidado de sí adoptadas por los encuestados a partir del momento en que tomaron conocimiento de su afección.

Sería propicio, para aclarar más esta cuestión, describir la encuesta tal y como ha sido convenida, con las modificaciones ya efectuadas por las autoridades del H.I.G.A.

Con un membrete que menciona a las Instituciones intervinientes en dicha investigación (Hospital Interzonal General de Agudos (H.I.G.A.): "Oscar Eduardo Alende". Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Psicología) se dio pie al encabezado de la misma.

Debajo, en letra clara y legible, se dieron las indicaciones básicas para llevar a cabo dicha encuesta y se expresó formalmente aquello relacionado con el secreto profesional. Esto, como una forma de garantizar al sujeto de estudio, total reserva y confidencialidad.

“Por favor complete, y marque con una cruz la opción correcta.

El dato que usted aporta es totalmente anónimo; será utilizado en forma seria, responsable y reservada con fines investigativos. Agradeceremos su colaboración y sinceridad.”

A ello le sigue un espacio destinado a cuantificar las encuestas por número y fecha de realización; sumado a los datos personales del paciente, los que han sido codificados como: F o M según sea su sexo, las dos primeras letras de su nombre y las dos de su apellido; el DNI.; y su fecha de nacimiento. Estos datos no habían surgido en el modelo inicial de encuesta presentado al H.I.G.A., pero fueron requeridos por dichos profesionales, lógicamente y entre otras cosas, por razones de control y manejo de información interno. De todas maneras, esta sección de la encuesta (alusiva a los datos personales y de identidad de los pacientes) no será empleada e incluida en el posterior análisis investigativo.

La misma posee como ya se ha dicho, un diseño cerrado; por ende, los ítems enumerados ofrecen varias alternativas, como para que el paciente opte por una, marcando con una cruz la que corresponda. En pocos casos puntualmente, hubo que agregar información a la que ya ha sido impresa en la encuesta (este es el ejemplo de la zona de residencia en donde se pide que el paciente especifique escribiendo con su puño y letra, el barrio, en caso de encontrarse residiendo en Mar del Plata, o la localidad si proviene de las afueras de la misma).

Los datos que siguen serán enumerados, y detalladas a continuación:

1. Edad: expresada en años.
2. Obra social: SÍ / NO (luego hubo que agregar en caso afirmativo, cuál).
3. Sexo: Femenino / Masculino.
4. Condición sexual: aceptando como tres posibilidades, la condición heterosexual, la posición homosexual o la bisexualidad.
5. Zona de residencia: discriminado si el paciente proviene de la ciudad de Mar del Plata, y en que barrio se ubica; o si reside en las afueras. (Se agregó solo a los fines de enriquecer lo aportado, la información de la localidad de la que arriba).
6. Grado de instrucción: diferenciando entre la asistencia a diferentes niveles educativos, ya sea primario, secundario, nivel terciario o universitario, en el cumplimiento total del ciclo o no (completo o incompleto).
7. Situación laboral: pudiendo reconocer si el encuestado conserva un empleo estable, si se considera subempleado, o por el contrario, si actualmente no esta trabajando. Con los dos últimos ítems se pide al sujeto que especifique, si busca o no trabajo.
8. Estado civil: Casado / Soltero / Separado-divorciado / En pareja.
9. Convive con: Solo / Cónyuge / Pareja / Familia de origen / Amigos / Otros (en este último caso, se da lugar a que se declare con quienes).
10. En caso de estar en pareja, ¿él / ella, es V.I.H. positivo?: SÍ / NO.

11. Usa preservativos en sus relaciones sexuales: Todas las veces / En ocasiones / Nunca. (si el sujeto confesó no mantener relaciones sexuales, se computó como que la respuesta no corresponde)
12. Hijos?: SÍ / NO (en caso de ser la respuesta afirmativa, cuantos? De este ítems se desprenden dos puntos a responder; a) si los mismos están Infectados con V.I.H.: SÍ / NO, y cuantos; b) si estos reciben un tratamiento médico: SÍ / NO.
13. Fuma tabaco: NO / NO PERO FUMABA / SI. Marcando el segundo o tercer ítem, se debe responder, la edad de inicio y cuántos cigarrillos por día consume / consumió.
14. Consume alcohol: NO / NO PERO CONSUMIA / SI. Al igual que el punto anterior la edad de inicio también aquí se considera, pero se agrega en la forma de sub-items b) si el consumo fue, o es cotidiano (siempre), o si se da / daba solo en ocasiones.
15. Consume drogas: NO / NO, PERO CONSUMIA / SI. Con igual criterio, se explora edad de inicio de la adicción. Un sub-items b) especifica el tipo de droga utilizada, dando diferentes opciones (marihuana, cocaína, inhalantes, psicofármacos, otras); otro punto c) la forma en que fue consumida (oral, fumada, inhalada, inyectada, otros); y d) en caso de haberse inyectado alguna vez, si ha compartido la jeringa.
16. Motivo de contracción de V.I.H.: pudiendo diferenciar como motivos posibles, a las relaciones sexuales con infectado/a; a la transfusión sanguínea (en intervenciones médicas); por compartir jeringas contaminadas o, si manifiesta desconocimiento de la causa. (En este

ítems, y respondiendo a una necesidad propia de profundizar más sobre los motivos y el momento de la infección, se completó la información con el pedido estimado del tiempo desde que se ha tomado conocimiento o detectado el virus en sangre; o si recordara, o adjudicara en todo caso, una fecha aproximada a la infección (expresado en años).

17. Al momento de contraer V.I.H. ¿Cuánta información tenía sobre la problemática?: Mucha / Alguna / Ninguna.
18. Cumple con las pautas de tratamiento indicadas por el equipo de atención?: Siempre / A veces / Nunca.
19. Ultimo CD4: si puede recordar el mes y el año en que dicho análisis se ha efectuado y sus resultados. Ultima carga viral: (ídem al punto anterior). Ultimo esquema: detallando el nombre de la medicación recibida. Esta información específica es la que luego a la primer presentación del modelo de encuesta, fue agregada por las autoridades del Servicio de Infectología del H.I.G.A. Descartando no obstante, la dosificación de la medicación, solo pide la nomenclatura de la droga prescrita.
20. El último punto se refiere a la conformidad del paciente para con el equipo médico que lo asiste. Se clasifica a la atención como: Buena / Regular / Mala. En caso que el encuestado ha deseado expresar alguna crítica u observación en particular, se agregó sobre el final de la encuesta.

El orden seguido por esta operacionalización es el mismo volcado en la encuesta, pero para mejorar la apreciación del lector se ofrece un modelo fiel de la misma en el anexo II.

### Administración:

Durante un mes aproximadamente, se concurrió al Hospital Interzonal General de Agudos. "Dr. Oscar E. Alende" (H.I.G.A.) con el fin de administrar la encuesta a todos los individuos con V.I.H. que asistieron al establecimiento. El Sector de Infectología dentro del mismo Hospital fue el espacio cedido para efectuar dicho trabajo.

Sobre un total aproximado de 240 pacientes que concurren mes a mes en busca de atención clínica, renovación de recetas, o medicación específica para V.I.H., se han encuestado efectivamente a 147 personas.

Como dato descriptivo, en un primer momento, se rescató la buena predisposición de los pacientes a contestar la encuesta, el clima en el que allí se trabaja y las acciones resolutivas tramitadas por el personal de este sector ante la demanda de la comunidad.

Cada paciente es individualizado en el trato personal con los recepcionistas y voluntarios de este servicio. A su vez, el pasillo de espera resulta ser el punto de encuentro de quienes comparten la misma problemática y es allí donde se genera un espacio en donde la espera se haría más amena y sostenible.

El hecho de realizar una encuesta, parecía que acortaba sus tiempos, y ante la imperiosa necesidad de hablar de algunos, la misma, pudo ser el vehículo que mediaba entre, un interlocutor capacitado para la escucha y este paciente que venía en busca de... algo más que su medicación.

Se tuvo bien en claro, que explicitar cuestiones relacionadas con la sexualidad (o las adicciones) de una persona, implicaba abordar un tema muy delicado, que no todo sujeto estaba dispuesto a exponer, y que el fin de esta labor investigativa no debía derivar, de forma alguna, en un perjuicio moral o psíquico del sujeto de estudio.

Hubo que pensar, por lo expuesto, la manera en que las encuestas fueran llevadas a cabo: tal vez era abordando la temática de la forma más natural posible, y sin provocar sentimientos de intromisión o imposición en los pacientes.

La consigna fue, que luego de la presentación del encuestador, se dieran las razones por las cuales se realizaba dicho trabajo; haciendo participe al paciente de sus beneficios, y se explicara sobre el anonimato y confidencialidad del mismo; ello, acompañado con pautas conductuales, que demostraran la libertad de prejuicios que en el encuestador existía.

Propiciar una buena empatía con los pacientes, fue una tarea crucial a llevar a cabo; abordar las temáticas con la mayor soltura posible y de manera espontánea, era otra; obviamente guardando un respeto por los tiempos (y tipos) de reacción del paciente, su predisposición a responder a las consignas y el valor que éste daba a la información confiada.

Es para tener en cuenta que, si bien hablar de lo que le sucede, puede (y de hecho ocurre) tener un efecto terapéutico en el paciente, este espacio creado, el dispositivo, no era precisamente reparador; y no habría motivo alguno para profundizar en la historia del encuestado o pretender que mediante catarsis éste pudiera resolver algo de sí. Solo si el encuestado

solicitaba algún tipo de información, ésta era puesta a su alcance en la medida de lo posible. No obstante, el encuentro fue en todos los casos individualizado, constó del tiempo suficiente como para que éste contestara cómodamente a las consignas, con un trato cordial y una posición abierta por parte de las encuestadoras; sobretodo, dejando ver que el curso de la encuesta podría darse en un clima de distensión y de respeto mutuo. De esta forma se cree, que se ha concedido, cierta seguridad como para compartir su intimidad y no sentir demasiadas molestias por ello. Además, y es para consignar, el modelo de dicha herramienta ofrecía la posibilidad de que el encuestado optara por contestar a los ítems de manera individual y libre de nuestra presencia (la encuesta podía ser autoadministrada). Esta posibilidad se brindó, mediante una previa aclaración en el momento de la presentación del trabajo.

## Observaciones

El éxito de esta instancia investigativa es adjudicado, no solo al aporte brindado por el personal de salud del H.I.G.A. que se esmeró en que se concretaran la mayor cantidad de encuestas, sino también a las razones antedichas. Hubo casos en que el mismo paciente se presentó espontáneamente para completar la encuesta, porque un conocido le había comentado que en el Hospital se estaba haciendo “un censo”. Otros, solicitaron información sobre grupos de autoayuda, abogados que trabajaran con el tema; o han planteado alguna problemática en particular que resolver.

Se ha trabajado durante ese mes, en un clima cordial, sin presiones, limitaciones, e imposición alguna; teniendo la libertad de mentar la forma en que se llevara a cabo el curso de las encuestas; también la oportunidad de acercar todas las dudas sobre el tema al personal calificado o a los médicos infectólogos; e inclusive, presenciar un día de atención en el consultorio como para adentrarse más sobre cuestiones referidas a los efectos de la medicación.

## Análisis de la información:

### Principales Resultados:

#### **1) Edad:**

El tramo de edad comprendido en la muestra base de este estudio, fue entre los 21 y los 67 años, lo que nos arroja un promedio de 38,2 años de edad y una mediana de 37 años; coincidiendo a su vez, el modo con el promedio. Concluyendo que, si bien los valores de la variable edad han oscilado entre dos extremos alejados (21 y 67 años), la edad que se presenta con mayor frecuencia es de 38 años.

#### **2) Sexo:**

Uno de los sesgos menos pronunciados de la muestra con la que se llevó a cabo esta investigación es el de sexo. De un total de 147 encuestados, 65 fueron mujeres, en tanto que 82 hombres participaron de esta experiencia.

Teniendo en cuenta los estudios en cuanto a diferencia de género antes mencionados, se puede inferir que el grupo de mujeres ascendería; deduciendo por medio de los mismos, que un buen número de ellas serían más reticentes al control médico, evitando concurrir al Hospital por asistencia, hasta que sus síntomas se vuelvan extremos.

TABLA N° 1: Varones y mujeres de la muestra.

<b>Sexo</b>	<b>Cantidad Sujetos</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Femenino</b>	<b>65</b>	<b>44,22 %</b>
<b>Masculino</b>	<b>82</b>	<b>55,78 %</b>

### 3) Obra Social:

En este contexto aparece una primacía del hospital público ante la ausencia de cobertura médica privada. La utilización del hospital público es mayoritaria, y este se cuenta como único recurso posible. Del total de la muestra solo 36 sujetos respondieron que tienen algún tipo de cobertura médica en tanto que 111 concurren por asistencia médica, tratamiento y medicación al hospital.

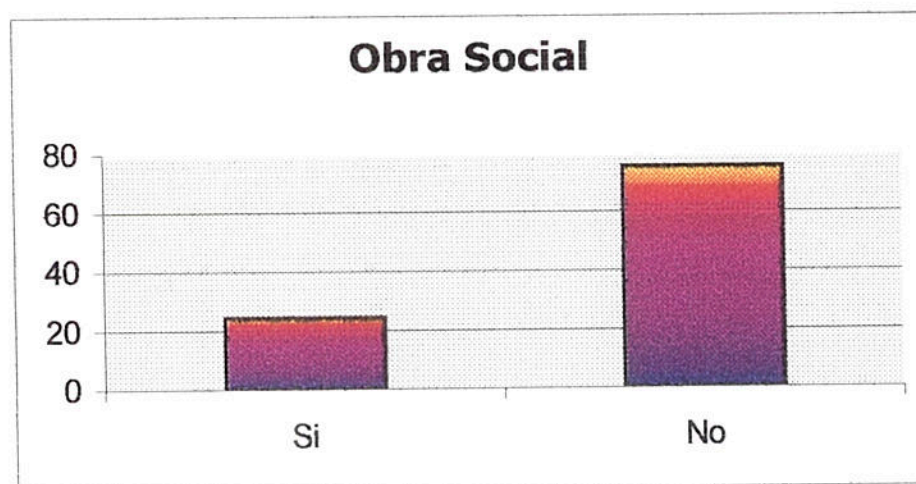


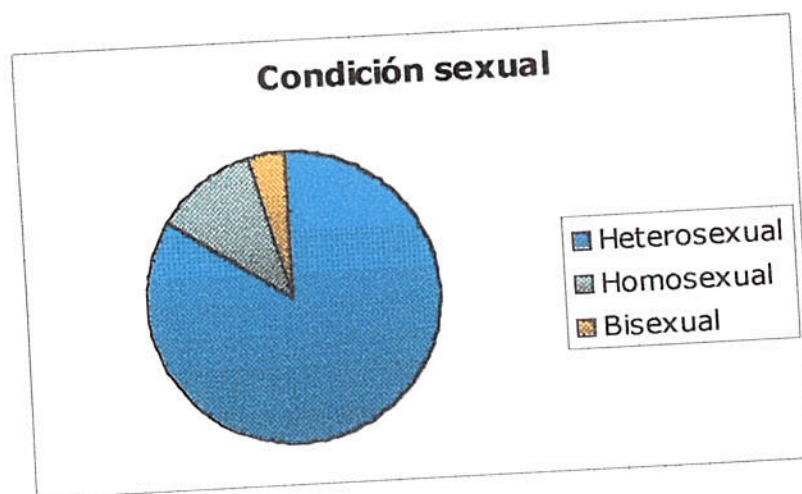
GRAFICO N° 1: Cobertura médica (obra social) expresado en porcentajes.

Si (tienen obra social) 24,49%, No (tienen obra social) 75,51 %.

#### 4) Condición Sexual:

En cuanto a la consigna que indaga sobre la orientación sexual de los entrevistados 124 de los 147 se manifestaron como heterosexuales (hay que tener en cuenta que aquí se engloba a la totalidad de las mujeres que se incluyeron dentro de esta categoría), en tanto: 17 varones respondieron ser homosexuales y 6 bisexuales. Este ítem se hace particularmente relevante cuando lo leemos en función de las primeras campañas e informaciones que se generaron respecto al VIH / SIDA y que apuntaban a la homosexualidad y a los homosexuales como grupo de riesgo y de contagio del virus, en tanto que con el correr de las investigaciones y los años, se va comprobando que la población heterosexual se encuentra tanto o más expuesta a infectarse.

GRAFICO N°2: Condición sexual de la muestra representada en porcentajes: heterosexual (84,35%), homosexual (11,56%), bisexual (4,08%).



## 5) Zona de residencia:

Conociendo de antemano la amplia cobertura zonal que tiene el H.I.G.A., se tuvo en cuenta el lugar de residencia de los asistentes al hospital, en el caso de los que vivían en Mar del Plata, el barrio de procedencia y para aquellos que no pertenecen a la ciudad, su localidad de origen.

De acuerdo a los puntos cardinales, se han distribuido los barrios de la ciudad de Mar del Plata en cuatro grandes zonas:

- Zona centro (barrios que comprenden el centro de la ciudad y sus alrededores)
- Zona sur (Puerto y barrios que se extienden desde Punta Mogotes hasta la localidad de Miramar)
- Zona norte (Alto Camet, Parque Luro y barrios aledaños a Aeroparque)
- Zona oeste (comprende los barrios que circundan al Hospital Interzonal)

Los resultados obtenidos son los siguientes: 125 encuestados residen en Mar del Plata (el 85,03%) distribuyéndose por barrios de la siguiente manera:

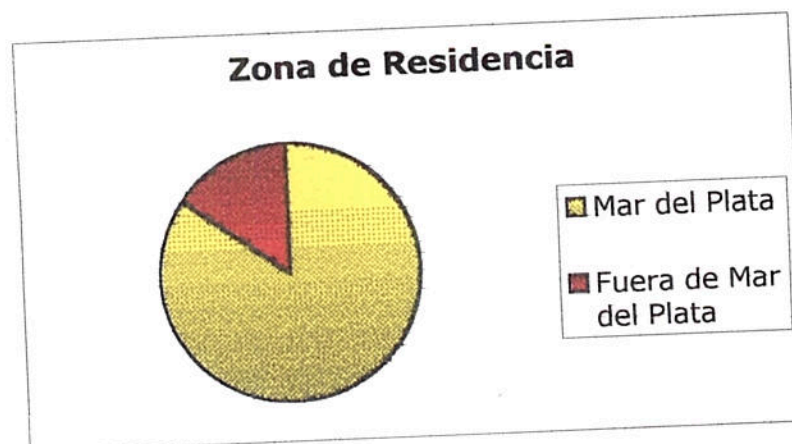
- ✓ 24% de las personas residen en la zona centro.
- ✓ 21% de las personas, en la zona sur.
- ✓ 8% de las personas habitan en la zona norte.

✓ 47% de las personas lo hacen en la zona oeste.

Entre aquellos que habitan en localidades fuera de la ciudad, se registraron 22 sujetos (14,97%) provenientes de: Necochea; Batán; Capital Federal; Partido de la Costa; Miramar; Otamendi; General Madariaga; Benito Juárez; Villa La Angostura; Villa Gesell; y Córdoba Capital.

Si bien, parece ser dispersa la muestra en cuanto a su zona de residencia, vemos una notoria tendencia de personas que concurren desde las cercanías del Hospital. Esto puede deberse a las condiciones socioeconómicas que atraviesa a la situación actual, lo que impide que personas que residan en lugares más lejanos puedan acercarse al mismo. Entre aquellos que manifestaron recurrir desde otras localidades, era común oír que lo hacían ya sea porque, no hay un establecimiento estatal que atienda específicamente esta afección, o por cuestiones de privacidad.

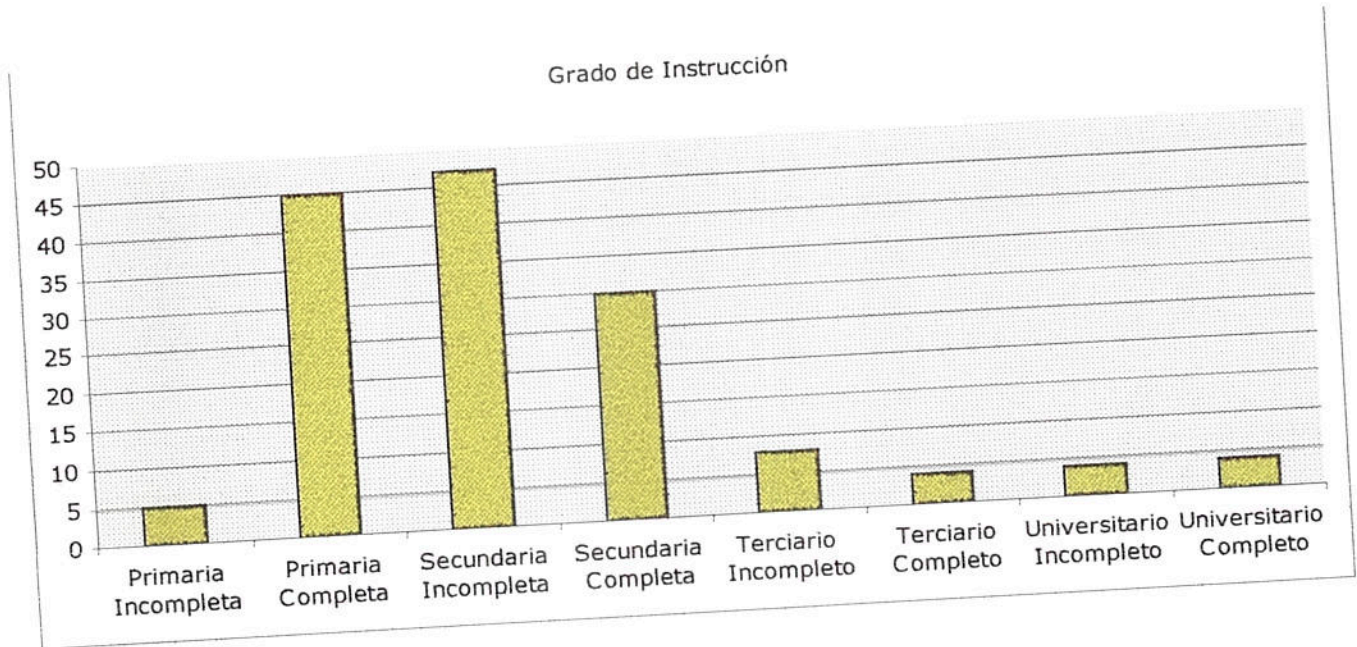
GRAFICO N° 3: Distribución de la muestra por zona de residencia expresado en porcentajes. Mar del Plata: 85,03%; fuera de Mar del Plata: 14,97%.



## 6) Grado de Instrucción:

La muestra se distribuyó predominantemente para este ítem entre las categorías de "Secundario Incompleto" (47 sujetos) y "Primaria Completa" (45 sujetos), siguiendo el siguiente orden decreciente: Secundaria Completa (30 casos), Terciario Incompleto (8 casos), Primaria Incompleta (5 casos) y 4 sujetos para cada categoría: Terciario completo, Universitario incompleto y Universitario Completo. Se puede observar entonces que habría un gran porcentaje de encuestados que no han terminado sus estudios secundarios (el 31,97% del total), y otro (30,61%) que han asistido solo al nivel básico (primaria). Se siguen, aquellos que han completado sus estudios secundarios con un 20,41% del total de la muestra, y en escala muy reducida, los que han cursado estudios terciarios en forma incompleta (5,44%); primaria incompleta (3,40%); terciario completo y universitario (ya sea en forma parcial o no) obteniendo un valor de 2,72% para cada rango.

**GRAFICO N° 4:** Distribución de la muestra por grado de instrucción, expresada en cantidad de sujetos por variable.



**Relación entre: grado de instrucción e información recibida sobre V.I.H.**

Es interesante la correlación hecha sobre los valores de estas variables, con el indicador que expresa el grado de información acerca del VIH al momento de contracción del mismo.

La variable que responde al grado de instrucción ha sido reagrupada manteniendo el criterio de aunar estudios de un mismo nivel, ya sea que estos se hayan completado o no (estudios primarios, estudios secundarios, terciarios / universitarios).

Luego del análisis detallado de las variables intervinientes obtuvimos los siguientes valores:

Mucha Información	24	(16,33%)
Alguna Información	62	(42,18%)
Ninguna Información	61	(41,50%)

El nivel de instrucción se ha sub-agrupado en tres categorías:

Primaria incompleta	5 (3,40%)	<b>Total: 50 casos</b>
Primaria completa	45 (30,61%)	

Secundaria incompleta	47 (31,97%)	<b>Total: 77 casos</b>
Secundaria completa	30 (20,41%)	

Terciario incompleto	8 (5,44%)	<b>Total: 20 casos</b>
Terciario completo	4 (2,72%)	
Universitario incompleto	4 (2,72%)	
Universitario completo	4 (2,72%)	

TABLA N°2: Relación entre el grado de instrucción de los encuestados y el conocimiento sobre VIH en el momento de infección.

	Estudios primarios	Estudios secundarios	Estudios terciarios y universitarios	Totales
<b>Mucha información</b>	5	14	5	24
<b>Alguna información</b>	19	34	9	62
<b>Ninguna información</b>	26	29	6	61
<b>Totales</b>	50	77	20	147

Concluimos entonces, que no habría una relación directa entre el nivel de instrucción alcanzado y la "accesibilidad / receptividad" de la información disponible o circulante, en el momento de contracción del virus de estos sujetos. Habría que replantear, que tipo de campañas preventivas se implementaban entonces (posiblemente alguna dirigida a los "grupos de riesgo"), como para que esos contenidos referidos al V.I.H. no hayan impactado a sujetos.

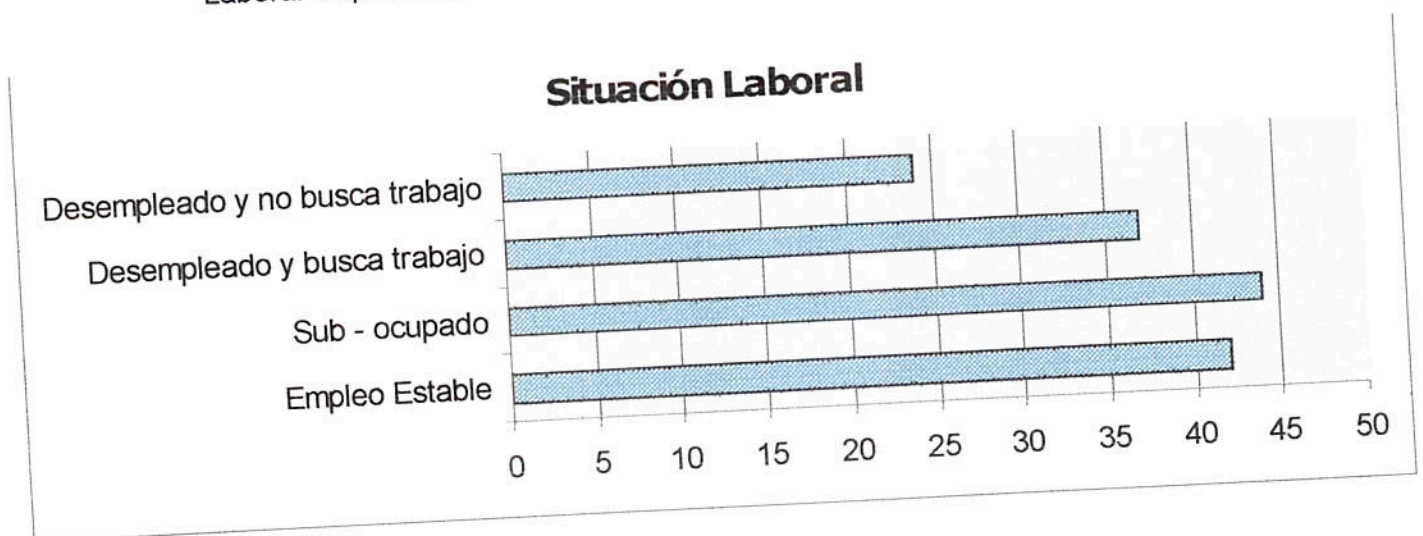
### **7) Situación Laboral:**

La precariedad de las relaciones laborales (desocupación, subocupación y empleos no calificados) constituye una constante que atraviesa la vida de los encuestados. En un alto porcentaje los mismos transmitieron que el ser portador de V.I.H. opera como una dificultad extra, en la tarea de mantener o conseguir un empleo.

**Varones:** los hombres se desempeñan, en general, realizando "changas" en el rubro de la construcción, en servicios, y algunos con experiencia de institucionalización por sus "problemas", trabajan de manera informal como voluntarios en instituciones públicas y ONG. También se encuestaron varios individuos beneficiarios del "Plan Trabajar" que no están realizando ninguna otra actividad.

**Mujeres:** las mujeres se desempeñan en algunos casos como empleadas domésticas, muchas oscilan entre la desocupación y diversas formas de "cuentapropismo".

GRAFICO N° 5: Distribución de la muestra para la variable "Situación Laboral" expresada en cantidad de individuos.



Como anteriormente se plantea en este análisis la categoría de mayor presencia es de los "sub-ocupados" con 44 casos, le siguen los que manifestaron tener un "empleo estable" con 42 casos, y dentro de los que se encuentran desempleados 37 de ellos expresan estar buscando trabajo en tanto que 24 en la actualidad no esta emprendiendo una búsqueda laboral sistemática.

## **8) Estado civil y convivencia:**

54 sujetos de los encuestados respondieron ser solteros (36, 73%); se sigue por orden decreciente, aquellos que manifestaron encontrarse en una relación de pareja estable (45 personas, lo que implica un 30,61% del total); 17% que se caracterizaron como separados; y 15,65% casados.

De acuerdo a las cifras obtenidas del ítem que evaluaba la situación de convivencia, podemos conjeturar, que si bien el porcentaje de solteros es significativo en relación a las demás variables (36,73%), habría muchas "relaciones afectivas estables", ya que la suma entre los que conviven con su cónyuge y los que lo hacen con su pareja da por resultado a 87 sujetos (traduciéndose esto, en 57,82%). En el mismo orden, se continúan aquellos que comparten su vivienda con la familia de origen: 40 personas (27,21%) y por ultimo, aquellos que viven solos: 18 sujetos (12,24%).

Tomando esta última cifra (12,24% que viven solos), y relacionándola con las obtenidas de aquellos que conviven con amigos (2,05%) u otras personas (0,68%), podemos llegar a conjeturar (al menos en un primer momento), que si nos referimos a redes de contención, en cuanto a lo que significa contar con un familiar, allegado, pareja, etc., los pacientes que se atienden en el Hospital estarían, en su mayor parte, "acompañados". Estos datos no hablan de las cualidades de las relaciones afectivas entabladas, ni de la seguridad que puede implicar convivir con un allegado directo (como puede ser la familia de origen o la pareja) pero si, pueden brindar un panorama descriptivo general.

### **9) V.I.H. en la pareja y uso de preservativos:**

Profundizamos en esta problemática y consultamos a los encuestados acerca del estado de salud (en cuanto a V.I.H) de sus parejas / cónyuges; y observamos que: un 58% respondió negativamente (en este grupo, se encuentran aquellos que manifestaron desconocimiento real de la situación de su pareja, pero dan por supuesto que no), en tanto que un 42% contestó afirmativamente.

A la consigna que hace referencia al hábito de cuidarse en sus relaciones sexuales con preservativos, 89 personas (63,12%) manifestaron haber experimentado un cambio positivo a partir del conocimiento de su situación a favor del uso de los mismos, en lo que afirman recurrir a estos siempre; 36 sujetos expresaron proteger/se solo en ocasiones (25,53%), y 16 nunca (11,35%). De todas maneras, se observó por medio de comentarios, un desconocimiento (o desvalorización de la información existente) acerca de la re-infección que suele producirse entre dos personas con V.I.H. La mayoría respondió a este ítem reaccionando como si el encuestador estuviese ejecutándole una prueba, o cuestionando su moral. Cuando se producían situaciones de mayor confianza, o si se replanteaba la pregunta, en ocasiones, sujetos expresaron que: "me cuidó con preservativos siempre... ¡bueno!, en realidad, no siempre.. pero igual, marca con una cruz ahí! (siempre)".

Podríamos inferir a partir de estos datos que, posiblemente habría mayor cantidad de sujetos que todavía, y a pesar del conocimiento de su

situación, de las consecuencias que acarrea el no-cuidado debido, etc., no pueden conformar el hábito de uso correcto de preservativos.

### **10) Hijos y V.I.H:**

103 sujetos, el 70,7% de encuestados respondieron afirmativamente a la consigna que evaluó la existencia de hijos en los pacientes. Esta, es una cifra elevada. Pero si establecemos una comparación con los resultados de los análisis de esos hijos, vemos que solo 12,62% (13 personas) manifestaron un resultado positivo, y 90 casos negativo.

Recordemos que la franja etaria de infectados de V.I.H es alta, y que muy probablemente, estos han contraído el virus luego de haber tenido (engendrado en caso de ser mujeres) a sus hijos.

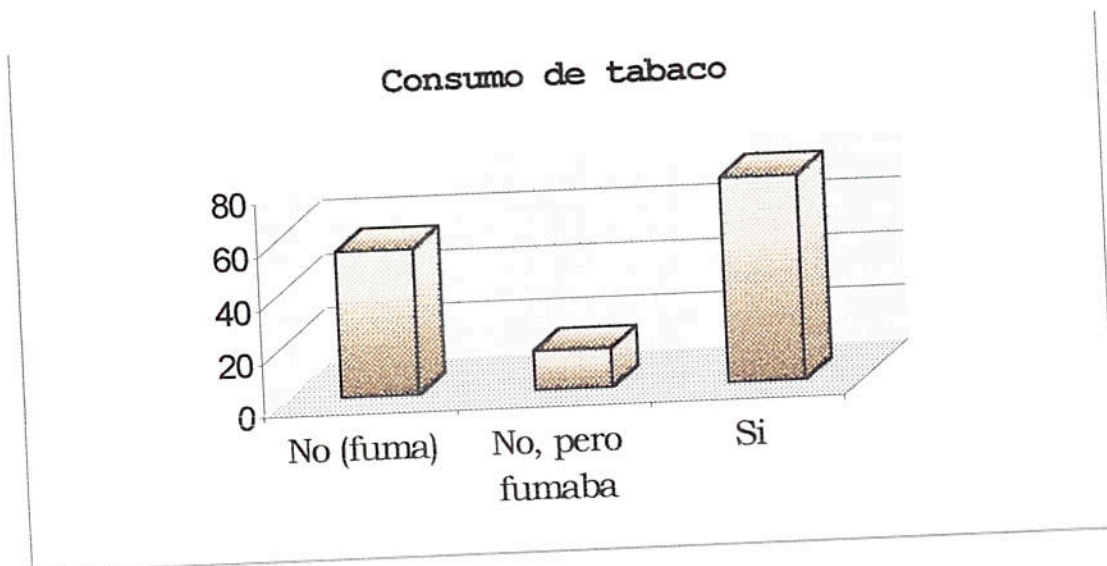
### **11) Tabaco:**

Al indagar acerca del consumo de tabaco en los encuestados el 52,38% (77 sujetos) respondieron fumar en la actualidad en tanto que el 10,20% (15 individuos) admitieron haber abandonado este hábito al momento de participar de la encuesta y finalmente el 37,41% (55 encuestados) dijeron nunca haber fumado. Es significativa la justificación

dada por una gran parte de los encuestados, al manifestar que abandonaron el hábito de fumar por estar bajo tratamiento médico.

El promedio para la edad de iniciación en el consumo fue de 15 años, en tanto que 14 es la media de cigarrillos que fuman diariamente aquellos que aun conservan el hábito.

GRAFICO N° 6: Consumo de tabaco, reflejado en cantidad de casos.



## 12) Alcohol:

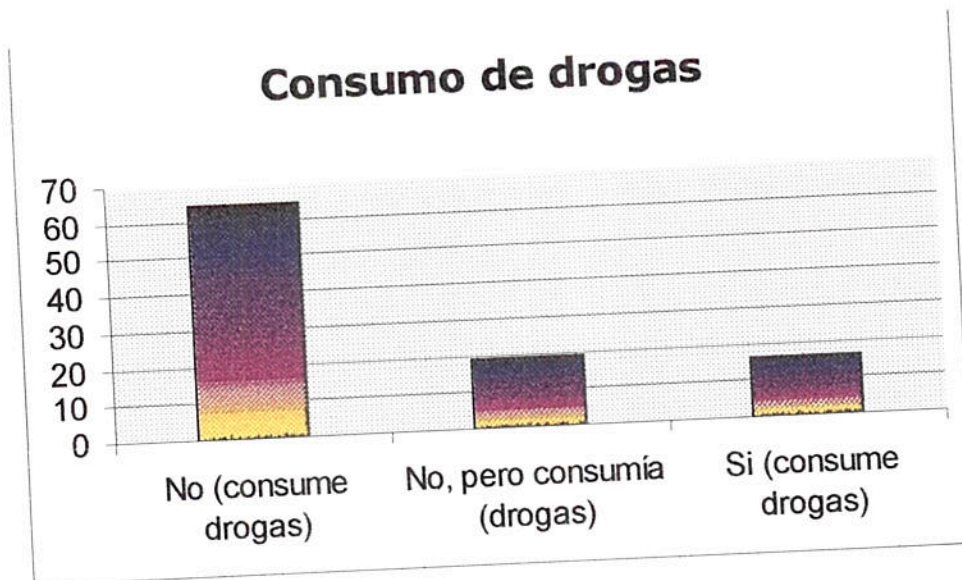
El número de aquellos que afirmaron consumir alcohol en la actualidad ha sido relativamente bajo: 25 personas, en tanto, 26 sujetos admitieron haber tenido una conducta adictiva en el pasado; la cifra más alta le corresponde a los encuestados que respondieron no tomar alcohol: 96 personas. De aquellos que manifestaron tomar alcohol el 58,82% dijo

hacerlo solo en ocasiones, en tanto que el 41,18 % lo reconoce como una conducta habitual.

### **13) Drogas:**

Sobre un total de 147 encuestados, 95 sujetos (64,63%) respondieron que nunca han consumido ningún tipo de droga más que la actual medicación suministrada por los médicos del Hospital (los comentarios referidos a ello, se producían en su gran mayoría, con un tono irónico); 28 en cambio (19,05%), comunicaron que han consumido, pero que actualmente no lo hacen (adjudicando casi todos la abstinencia, a fin de maximizar los efectos –positivos- de los medicamentos). Los pacientes que manifestaron estar consumiendo actualmente algún tipo de droga, fueron 24 (16,33%). Si nos valemos por estos resultados, podemos decir que es muy bajo el grado de relación entre el consumo de droga y la contracción de V.I.H. El promedio para la edad de inicio de esta conducta adictiva es: 17 años.

GRAFICO N° 7: Consumo de drogas, expresada en porcentajes.



#### Tipos de droga consumida:

Los resultados obtenidos a continuación serán expuestos, según la frecuencia con que mayormente aparecen las sustancias en las encuestas:

- ✓ Marihuana: en 47 encuestas.
- ✓ Cocaína: en 36 encuestas.
- ✓ Inhalantes: en 16 encuestas.
- ✓ Psicofármacos: en 9 encuestas.
- ✓ Otras: en 2 encuestas.

**Modo de consumo:** (se sigue el mismo criterio):

- Fumada: en 48 encuestas.
- Oral: en 32 encuestas.
- Inhalada: en 23 encuestas.
- Inyectada: en 13 encuestas.
- Otros: no se registra ningún otro modo de consumo.

### **Compartió jeringa**

De las 36 personas que manifestaron haberse inyectado, 15 sujetos (41,67%) respondieron que nunca han compartido su jeringa, y 21 (58,33%) contestaron afirmativamente.

Tanto el consumo de tabaco, cualquier tipo de droga o la adicción al alcohol, resultan ser factores significativos que hablan de las conductas de riesgo del paciente. Teniendo en cuenta que todos los encuestados se encuentran en tratamiento médico, el cual prescribe el no consumo de estas sustancias por intervenir negativamente en los efectos de la medicación, se puede observar que muchos, de una manera u otra, estarían infringiendo las pautas indicadas por los profesionales.

La mayoría de los sujetos no tuvo reparo en expresar su dependencia al tabaco (droga socialmente permitida). En menor medida, admiten consumir, o haber recurrido en algún momento al alcohol, aunque el 59% de ellos afirmó "hacerlo solo en ocasiones", como si de esta manera se minimizara la conducta adictiva en cuestión.

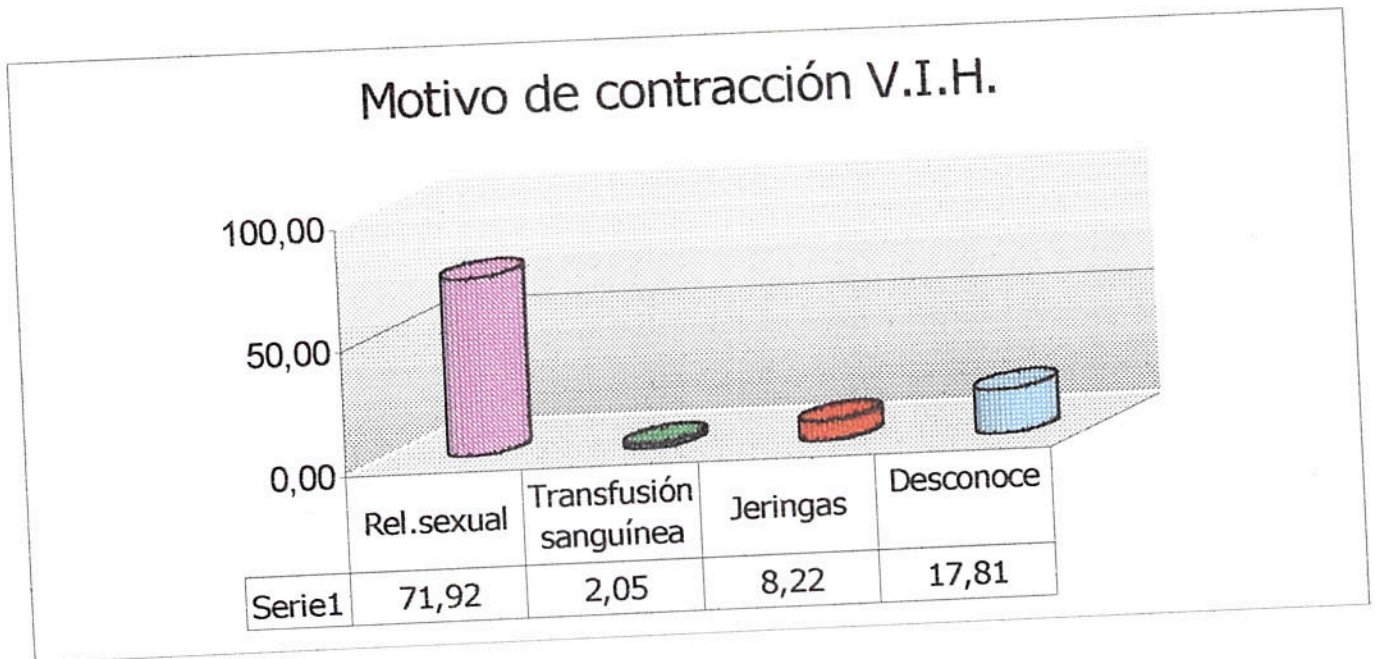
Por último, y en lo que se refiere al consumo de drogas, se observó que solo una porción muy pequeña de la muestra manifestó hacer actualmente uso de las mismas; en tanto que otra cifra similar admitió haber consumido en un pasado (predominantemente marihuana).

Con ello se concluye que si bien habría una tendencia a negar este tipo de adicción y una predisposición más clara a "confesar" su dependencia a otros tipos de sustancias, un alto porcentaje de ellos, estaría incurriendo de una manera u otra en conductas de descuido.

#### **14) Motivo de contracción de V.I.H.**

Los resultados de la muestra estuvieron divididos en el siguiente orden: un 71,92% (105 sujetos) expresaron que han contraído el virus mediante relaciones sexuales con un/a infectado/a; mientras que un 17,81% desconoce la causa (26 personas). De los grupos restantes, el mayor número lo alcanzó aquellos que adjudicaron como motivo de contracción, al hecho de haber compartido jeringas, con 8,22% (12 sujetos); y una cifra muy reducida: 2,05% (solo 2 personas del total) refieren a una intervención médica (transfusión sanguínea) como la responsable de su situación.

**GRAFICO N° 8:** Motivo de contracción según los encuestados, expresado en porcentajes

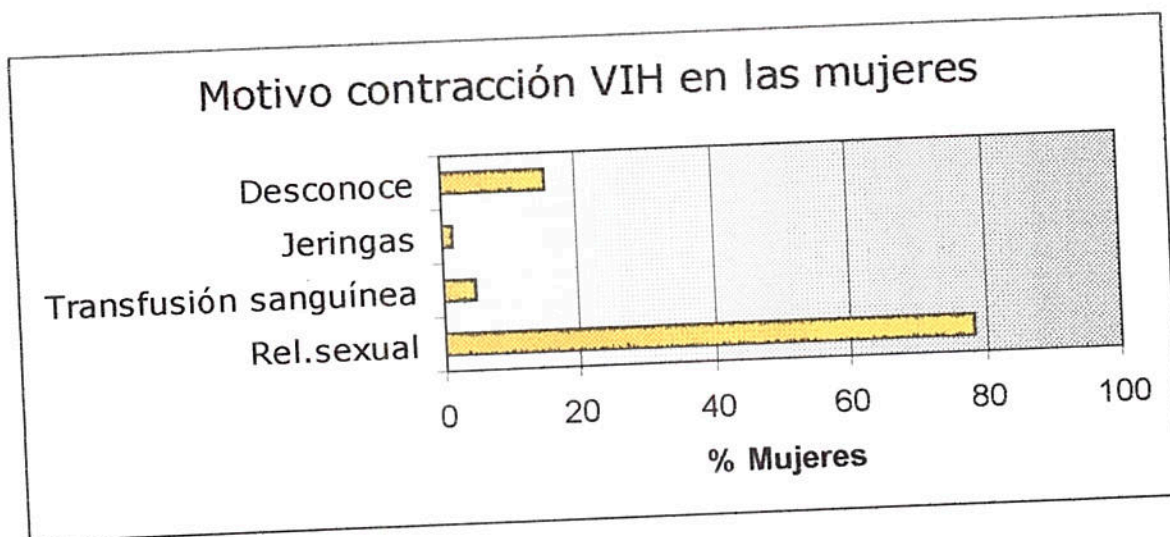


**Correlación entre motivo de infección en el sexo femenino, y cantidad de información manejada (sobre V.I.H.) al momento del contagio:**

Resultó interesante realizar una lectura sobre el comportamiento de la muestra diferenciando a la misma por sexo y seleccionando el rango que corresponde a las mujeres. Se encuentra, que en un total de 65 encuestadas 51 respondieron que estiman que contrajeron el virus por relaciones sexuales (78,46%), en tanto que también es significativa la existencia de 10 casos donde se manifiesta desconocer el motivo del contagio (15,38%). 3 encuestadas, lo que equivale al 4,61% dijeron haber contraído el VIH por

transfusión sanguínea (éstos resultan ser los únicos casos registrados para esa modalidad) y finalmente 1 solo sujeto responde al ítem "contagio por compartir jeringas contaminadas" (1,5 %).

GRAFICO N° 9: Motivo de contracción de VIH según las encuestadas. Expresado en porcentajes.



Ahora bien, contando con estos datos se intentó correlacionar una nueva variable que fue la de cantidad de información sobre VIH con la que contaban las encuestadas al momento de contraer el virus. Los resultados son los siguientes: solo 10 mujeres respondieron haber tenido mucha información sobre la problemática al momento del contagio, en tanto que la mayoría de los casos oscilaron entre tener "alguna" información sobre el tema (27 casos) y "ninguna", que fue la respuesta más obtenida, con 28 casos. Se extrae de estos datos varias vertientes posibles de lectura: habría

un considerable número de mujeres (para esta muestra), que manipulaban, al momento de producirse su contagio con el virus, algún tipo de información sobre VIH; al parecer, no existiendo en la misma, la posibilidad de ser vinculada con los riesgos de mantener relaciones sexuales (heterosexuales) sin protección.

Es recurrente en las encuestadas hacer referencia al tema de la fidelidad en el ítem correspondiente al motivo del contagio, así como a la existencia de una relación estable de pareja (lo que deriva en el no uso del preservativo). Habría en este argumento un grado de vulnerabilidad en este género en particular, en tanto “la pareja”, el “estar enamorada” funcionan como reaseguro, instituyendo las vinculaciones de nociones ambiguas como: “conocimiento del otro”, “confianza mutua” y “seguridad para el V.I.H.” generando una ecuación efectiva en el momento del descuido.

En segundo lugar aparece esta conexión que se escucha en forma repetida: “V.I.H. – promiscuidad - jeringas contaminadas – adicciones”, y que es planteada por las mujeres como asociaciones que se derivan naturalmente cuando se indaga por el acercamiento que ellas habían tenido históricamente a la problemática.

### **15) Tratamiento médico: ¿cumple con las pautas indicadas?**

Los resultados podrían resultar previsibles desde el momento en que las encuestas se administraron dentro del sector en donde el sujeto comúnmente se atiende (Infectología), por dos personas desconocidas, y que además, llevaron puesto sus guardapolvos blancos. La fantasía de que esos datos podían ser revisados uno a uno, individualizando a cada paciente, también podría jugar un papel importante. Por ende, 121 (87,68%) sujetos afirmaron cumplir con el tratamiento en cuanto a horarios y dosis de la medicación siempre. 15 en cambio (un 10,87%), reconocieron tener momentos de descuidos y olvidos, lo que hacía que su tratamiento no adquiriera una continuidad rigurosa (a veces). Solo 2 personas de 147 (1,45%) manifestaron que nunca tomaban la medicación.

En lo referente a la evocación espontánea de la medicación que cada encuestado consume, se observó que gran parte de ellos, recurre a las recetas medicas para especificar sus nombres. Hay que consignar que los esquemas (tratamiento y drogas administradas) tienen una duración, que se extiende desde tres meses hasta varios años, en caso de que el sujeto responda favorablemente al mismo. Este sería un indicador que posiblemente refleje una escasa conciencia de enfermedad en los consultados, constituyendo otra conducta más que se sumaría al descuido.

## **16) Atención médica.**

Calificaron la atención médica como buena 137 sujetos, un 93,84% del total. En orden decreciente 7 (4,79%), se refirieron a la atención como regular, debido mayormente a los problemas e inconvenientes sufridos para pedir turnos, y solo 2 personas (1,37%) describieron a la misma como mala.

# CONCLUSIONES

## DISCUSIÓN

El propósito del siguiente apartado consiste en señalar aquellos resultados más destacados de la investigación, confrontándolos con los estudios que se han tomado como referencia en la misma.

### ➤ Edad Promedio de los infectados:

Con respecto a la edad actual de los encuestados se observa que el promedio general es de 38 años oscilando la muestra entre 21 y 67 años.

Comparando estos resultados con el estudio realizado por el INE, el promedio de edad de los encuestados se encontraba entre los 15 y 30 años (el 85 %), siendo el 98% menor de 40 años (Alfei, Molina, Pérez, 1996). Por ende, allí se le atribuiría la infección a personas que se encuentran en una edad sexualmente activa.

En el presente estudio, de los 147 encuestados, el 35,4 % de las personas poseen 40 o más años de edad y entre ellos, un 13 % supera los 50. Se debe aclarar que habría una diferencia entre la edad que los sujetos tenían al momento del contagio, y la edad que estos poseen cuando asisten al H.I.G.A. (para la fecha en que se registraron estos datos).

Es un dato a consignar que la expectativa de vida del paciente V.I.H. se habría extendido por el avance de la medicina. No se puede derivar

con ello, que se haya elevado la calidad de vida en los sujetos; puesto que lo que frecuentemente se comenta en referencia a la medicación, es que la misma provoca reacciones orgánicas que limitan a la persona para seguir un ritmo de vida habitual. Por ejemplo: "... el "Kaletra" si bien me subió las defensas, cada vez que lo tomo me causa mareos, vómitos y diarrea; esto es lo que me impide cumplir con una serie de exigencias diarias..."; "... son como ocho pastillas por día, y cada vez que las tomo, me descompongo, ¿cómo me van a "banca" en un trabajo así?".

Con lo dicho anteriormente, se deriva que: muy posiblemente, no se han registrado casos con un promedio de edad (en la consulta) de 20 años (Alfei, Molina Y Pérez, 1996), no porque la gente no se infecte, sino porque no existiría (al menos a escala local) en los jóvenes una conciencia de riesgo instaurada para el V.I.H. Los mismos serían quienes menos se realizan los análisis y, por ende, son los que seguirían manteniendo conductas de descuido infectando a quienes con ellos se relacionen. En cambio, la población recurrente al hospital, estaría conformada por quienes poseen el virus desde hace años y en algún momento de su vida han arribado al mismo en busca de asistencia, en la mayoría de los casos, en ocasión de alguna enfermedad oportunista. Un dato que posiblemente resulte interesante consignar aquí es la edad de diagnóstico de los encuestados. De todos los pacientes que han contestado al ítem que indaga el año en que estiman haberse infectado con el virus (35,4 % de los sujetos sobre el total), un solo paciente actualmente de 67 años, menciona que tendría 46 al

momento del contagio, siendo que el promedio de edad de la totalidad de pacientes que respondieron a este ítem era de 35 años.

➤ Sexo y vías de transmisión:

Tanto el estudio de las Lic. Alfei, Molina y Pérez (1996) como el Boletín sobre SIDA de la República Argentina (Ministerio de Salud. Unidad Coordinadora Ejecutora V.I.H. / SIDA y ETS. Junio 2001), coinciden en señalar como medio de transmisión mas frecuente al uso compartido del material de inyección entre usuarios de drogas intravenosas; si se toman en cuenta a todos los enfermos en conjunto. No obstante, estos estudios señalan que en el sexo femenino la vía más frecuente sería la transmisión heterosexual, que ha crecido de manera sostenida desde el inicio de la epidemia.

En el presente trabajo, se ha observado que el motivo principal de contagio para V.I.H. es la infección a través de relaciones heterosexuales sin protección; ya que casi el 72 % de los encuestados han adjudicado su contagio a este medio de transmisión. En este caso, no habría una coincidencia con los resultados publicados en el Boletín sobre SIDA (Junio, 2000) así como tampoco con el trabajo de las Lic. Alfei, Molina y Pérez (1996).

Se observó un leve aumento de la población femenina enferma (44,22% del total de encuestados), en comparación con el estudio del INE donde el resultado para el año 1996 fue de 42%.

En 78,46 % de la muestra femenina, declaró haberse contagiado mediante una relación sexual con un infectado. Esta cifra es superior a la arrojada en el estudio realizado en el año 2001 por el Ministerio de Salud donde el porcentaje de mujeres infectadas por vía de transmisión heterosexual era de 63 %.

Estos resultados acompañarían la idea inicialmente expuesta acerca de la vulnerabilidad del sexo femenino. La mujer no solo poseería por sus cualidades biológicas mayor predisposición para el riesgo de infección del V.I.H., sino también, sería la sumisión y el papel desmerecido en el ámbito sociocultural un importante determinante en el contagio, ya que los mandatos de género han colocado a la mujer en el lugar de un ser pasivo/receptor, sometiendo su propio deseo al del otro y quedando así en una situación de vulnerabilidad e indefensión.

A la luz de los resultados de la investigación realizada (LUSIDA, 2002) y de los datos arrojados en el presente estudio que hacen referencia al contexto de contagio femenino (en la relación heterosexual) en el cual las mujeres manifestaron que "cuando hay confianza en la pareja es improbable que haya VIH", habría que resignificar la idea de "pareja estable" considerando que elementos valorativos tales como la "confianza" y la decisión de no protegerse en las relaciones sexuales "matrimoniales y

monogámicas” constituyen también situaciones de exposición y vulnerabilidad sobre las que opera el riesgo presente de contagio.

➤ Grado de instrucción y manejo de información:

En cuanto al nivel de educación, los resultados reflejan un amplio porcentaje de la muestra que ha completado sus estudios básicos destacándose además, que un tercio de los encuestados no han terminado sus estudios secundarios (31,97% del total).

Observando el nivel de instrucción (como uno de los indicadores de nivel socio-económico) se podría establecer una tendencia: serían cada vez más numerosos los casos de infectados de SIDA que presentan un bajo nivel de escolaridad. En los infectados la escolaridad de nivel primario incompleto en la Argentina ha pasado del 2 % en 1990 al 18 % en 1998. Por su parte, mientras que aquellos que habían finalizado el colegio secundario alcanzaban al 55 % del total de los casos al comienzo de la década del 90, sólo el 22 % habían alcanzado dicho nivel de instrucción para 1998 (LUSIDA, 2002).

Resulta importante consignar que en la misma población de infectados, habría habido un manejo escaso de la información. Muchos de ellos, no tenían conocimiento acerca de conceptos como la re-infección en las prácticas sexuales entre dos sujetos con V.I.H. Si se intentara establecer una relación entre este dato y el nivel de educación alcanzado por los

encuestados se observaría que si bien un importante porcentaje de estos ha completado la educación básica esto no se refleja o bien no es suficiente para la incorporación de información acerca del tema.

A partir de estos datos, sería interesante poder revisar los objetivos y alcances de campañas oficiales preventivas llevadas a cabo hasta el momento. Se observa como las mismas han propiciado en cierta manera, la asociación de los términos SIDA – Droga – Promiscuidad – Homosexualidad, creando estereotipos que han permitido la supervivencia de la noción de grupos de riesgo y han encubierto a un gran número de sujetos sociales en situación de vulnerabilidad.

En cuanto a información circulante, habría que dotar a la comunidad de conocimientos que faciliten la deconstrucción de los mensajes que vinculan la transmisión del V.I.H y el padecimiento de la enfermedad con prácticas moral y penalmente sancionadas (ser usuario de drogas endovenosas, "promiscuidad sexual").

Las campañas deberían estar programadas para grupos de destinatarios heterogéneos, comenzando desde la más temprana edad, priorizando el trabajo en prevención comunitaria con grupos de púberes y adolescentes. La pubertad y la adolescencia constituyen momentos claves a la hora de definir un perfil poblacional para la prevención de enfermedades de transmisión sexual, ya que éste es el momento en que se producen las primeras experiencias sexuales, en la mayoría de los casos, sin protección alguna.

## CONCLUSIONES

El proyecto de investigación que aquí se presenta, fue el producto de un largo recorrido y desarrollo en la temática, así como el resultado de un pasaje por diferentes Instituciones de Salud, las que aportaron de una manera u otra, los conocimientos que aquí se arribaron.

En cuanto al cumplimiento de los objetivos especificados en el plan de trabajo, se podría decir que estos se han logrado. A pesar de las limitaciones institucionales y las modificaciones surgidas en la marcha (las que obligaron a un cambio de institución/sede, y por ende de población), se pudo indagar la información requerida para concretar tal investigación, mediante la construcción de una herramienta exploratoria. Una limitación en el diseño de la misma se presentó a la hora de ser administrada, al omitir (en un primer momento) un dato relevante para el análisis, como lo es el año en que los sujetos entrevistados estiman haber contraído el V.I.H. Este dato igualmente se agregó a posteriori para ser utilizado en forma alternativa.

Se trató siempre de mantener una coherencia entre las actividades planificadas y las realizadas, mediante una continua autocrítica y revisión de las tareas con el apoyo de la supervisión, que sirvió como guía para mantener un criterio unificado en las prácticas que implicaron al mismo.

Este quehacer estuvo en parte signado por la coyuntura que afecta a las instituciones del país. La misma se traduce en una total desarticulación de los proyectos institucionales, en la falta de comunicación entre las

entidades abocadas a un mismo objetivo, rivalidades de vieja data, y confrontaciones jurisdiccionales.

No obstante, y ante la situación crítica, económica y política que amenaza al H.I.G.A., se observó la operatividad de los recursos de los que se dispone, mediante el esfuerzo de los integrantes del equipo de salud del sector que alojó el presente proyecto.

Este trabajo pretende servir como base para futuras indagaciones sobre el tema y la planificación de posibles intervenciones comunitarias fundadas sobre un saber más acertado de la problemática. Los datos estadísticos obtenidos y el informe final de los mismos, serán entregados a los responsables del Servicio Social del Hospital Interzonal General de Agudos, quienes han asumido el compromiso de continuar con la tarea que instauró un registro sistematizado de la información hasta el momento, inexistente.

Los resultados arrojados a partir del presente estudio, en conformidad con el objetivo general, mediante el cual se pretendió realizar una descripción de las variables sociodemográficas y psicosociales de los infectados de V.I.H, así como las formas de contagio del virus (dentro de la ciudad de Mar del Plata: en el Hospital Interzonal General de Agudos), permiten caracterizar a una población de mediana edad que promedia los 38 años, con un leve predominio del sexo masculino, evidenciándose, al igual que lo observado en otros estudios, un aumento regular del sexo femenino (Ministerio de Salud de la Nación, 2001).

La mayoría, oriundos de la ciudad de Mar del Plata, siendo no obstante significativo, el número relativo que proviene de localidades vecinas.

Una gran parte de los encuestados comparten la vivienda con su familia de origen, o la conformada a posteriori.

El grado de instrucción se encuentra concentrado entre los que finalizaron sus estudios primarios y los que no terminaron la enseñanza media; no habiendo una directa asociación entre el nivel de educación alcanzado y la información manipulada sobre la problemática en cuestión.

En cuanto a la situación laboral, un importante sector carece de ocupación calificada y estable, destacándose entre ellos, los empleados, cuentapropistas, obreros y otros.

Respecto al motivo de contagio de los infectados, en primer lugar se encuentra como causa principal de la infección del virus, la adjudicación a las relaciones heterosexuales sin uso de preservativos. En cuanto a las conductas adictivas y su relación con el contagio del V.I.H.; se puede conjeturar que los efectos provocados por la intoxicación (sea de alcohol o drogas) conducirían a situaciones de riesgo y mayor exposición.

## Recomendaciones

Desde el momento en que se analizaron los resultados, se confirma que el SIDA aparece como una enfermedad que ha demostrado ser una de las mayores resistencias a la prevención con un alto perfil de morbilidad, planteando conflictos que van de lo individual a lo social.

Los expertos coinciden que la educación y la prevención son herramientas fundamentales para combatir la enfermedad y que las campañas oficiales resultarían hasta aquí, incompletas, escasas y poco efectivas, ya que las mismas carecen de conocimiento sobre las variables psicológicas y sociales en juego (Baldrés, Parajón, 1998).

El presente estudio sostiene que el análisis y monitoreo de la evolución de la epidemia de V.I.H / SIDA y la descripción de las variables sociodemográficas y psicosociales intervinientes, así como las formas de contagio, son un aspecto clave para la toma de decisiones respecto a la respuesta frente a la epidemia, a las intervenciones que deben realizarse para su control y a la evaluación del impacto de dichas intervenciones. Los resultados arrojados, pretenden servir de apoyatura para posteriores investigaciones e implementaciones en programas de asistencia y prevención tratando de superar los obstáculos conceptuales y prácticos que se han presentado en las campañas oficiales hasta el momento.

Al respecto, Baldrés y Parajón (1998) subrayan tres restricciones importantes en estas campañas:

- Restricción ideológica: hay posturas contrapuestas al respecto, éstas en general, giran en torno al temor, la moralidad, el puritanismo, la marginación, los prejuicios, etc., tendiendo a negar o reducir el papel de la sociedad en el desarrollo de ciertas enfermedades, y acentuando fundamentalmente, el papel individual, uniendo la responsabilidad y la culpa de cada agente social.
- Restricción económica: del presupuesto global del Sistema Sanitario de un país como éste, los mayores recursos van destinados a atender los gastos de la enfermedad. La prevención es una inversión a largo plazo, es por eso que generalmente no se destinan a este fin recursos suficientes.
- La tercera de las restricciones, es que solo se atiende a un segmento de la población: "grupo de riesgo", desatendiendo otros sectores que en materia preventiva pueden ser muy importantes, como el de la infancia.

Sería propicio a partir de estos conocimientos, que se pueda diseñar e implementar proyectos de prevención y promoción comunitarios destinados a la población, profesionales de salud y educación, como así también, generar mensajes y campañas de índole masiva y localizada. Los mismos tendrían que considerar por ejemplo, los componentes generacionales; a los

fines de efectivizar el trabajo realizado con destinatarios heterogéneos en términos de: edad, medio social y contexto histórico.

En materia de educación sexual, resultaría relevante por lo ya visto, la posibilidad de construir marcos de referencia que contemplen, no solo los aspectos biológicos y reproductivos, sino que integren la noción de la sexualidad y el placer con la profilaxis, informando sobre la importancia del uso de preservativos en las relaciones sexuales y haciendo hincapié en que la "entrega" en un vínculo amoroso, no es equivalente al "descuido".

Por último, restaría remarcar la necesidad de contar con un sistema integrado de comunicación interinstitucional, al menos local, que permitiese, compartir la información y las experiencias obtenidas en materia de salud.

# ANEXOS

## ANEXO I

### Perfil social de la persona que vive con VIH/SIDA. (1986-1996)

Autores: Lic. Alfei Beatriz  
Lic. Molina Mónica  
Lic. Pérez María Laura

Colaboradores: Lic. Batista Celina  
Srita. Caldera Laura

#### Introducción:

La problemática del S.I.D.A. pone al sector salud frente a un nuevo desafío que involucra, no solo la explicación biológica del fenómeno, sino que agrega el estudio de procesos sociales que explican la aparición de grupos humanos con condiciones diferenciales de enfermar y morir por esta patología.

Dadas las características de la enfermedad y lo reciente de su historia, el conocimiento científico existente sobre el problema abunda con preferencia en el área de lo biológico y de la distribución de la enfermedad sobre lo que en inicio de la epidemiología se llamó grupos de riesgo. Este conocimiento útil pero parcializado, genera la necesidad de impulsar la

búsqueda de información del problema, con implicaciones directas para la práctica sanitaria: "... el reto entonces, consiste en construir un objeto científico que efectivamente permita dilucidar su articulación en los procesos sociales sin que pierda su especificidad propia..."(1)

Cada sociedad y dentro de ella cada grupo crea su propio perfil patológico, el que asume características distintas según su relación con los otros grupos.

"...En el plano de la administración y la planificación, la gran cantidad de instrumentos de que se dispone para comprender las realidades sociales y las de salud, se basan en el supuesto de que los hechos del futuro o del presente pueden ser explicados en función del conocimiento del pasado. Pero los fenómenos sociales, y en particular los de salud, son generalmente transitorios: cada momento condiciona un cambio en las relaciones que definen el momento siguiente y cada acción realizada cambia las relaciones observadas en el momento anterior. Ninguno de los modelos teóricos disponibles basta por si mismo para explicar ese comportamiento.

El esfuerzo por comprender la situación presente en términos de la manera en que afectará el futuro, va más allá de la aplicación de los instrumentos conocidos de que se dispone. Este esfuerzo debe construir la inteligencia del sector Salud, y en general de los sectores directivos de las sociedades, para hacer frente a los tremendos desafíos que ya existen y los que están por venir.

El conocimiento epidemiológico o la epidemiología y sus instrumentos tienen un papel extraordinario que cumplir en el logro de esos propósitos, no solo en lo que respecta a la dimensión útil y necesaria de la vigilancia -esencial para el control de enfermedades- sino, particularmente, en el ámbito mayor de la percepción de la salud como un todo; de la epidemiología como un instrumento para la evaluación, no solo de los programas y servicios de salud, sino del contexto integral en que se producen los fenómenos de salud; la epidemiología que va más allá de los problemas de salud específicos, para considerar a la sociedad como fuente de explicación de los mismos y como recurso para su solución; la epidemiología que proyecta el conocimiento de las necesidades, identifica y califica las condiciones de riesgo, y que debe orientar la definición de prioridades y la utilización de los recursos disponibles, convirtiéndose así en instrumentos para la planificación y para la conducción de los sistemas de salud..."(2)

Este enfoque conduce a abordar el problema como fenómeno colectivo y como hecho social, y hace que asuma importancia el conocimiento del perfil social del paciente, ya que dichas circunstancias determinan cierta probabilidad de que éste enferme de un modo particular.

La metodología a utilizar para este fin debe contemplar el análisis continuo de la situación de salud, es decir, reunir la información local que permita prever el desarrollo futuro y contribuya a la toma de decisiones en cuanto a las prestaciones a realizar.

Partiendo de este marco conceptual de la Epidemiología, abordamos el caso concreto del S.I.D.A. a nivel local a partir del Programa de Enfermedades de Transmisión Sexual (E.T.S.) del I.N.E. "Dr. Juan H. Jara", el que recibe una demanda proveniente en su mayoría de los grupos con conductas de riesgo de contraer esta patología. Es por eso que el enfoque epidemiológico del problema debe apuntar en principio, a la descripción de algunos aspectos que permitan conocer la distribución de estos pacientes en relación con ciertas categorías sociales y psicológicas, para relacionarlo inmediatamente después en un estudio analítico, con el contexto en que se desarrolla esta problemática en nuestra ciudad.

Si bien no se parte de una hipótesis explícita de causa-efecto, los aspectos a estudiar apuntan al conocimiento de factores relacionados fundamentalmente con los grupos de pertenencia familia y social del infectados por H.I.V., considerados básicos en la determinación de este emergente biológico.

El conocimiento de esas características facilitará no solo la continuidad de la investigación en el marco que rodea al infectado, sino que permitirá además orientar acciones preventivas de salud tendientes a debilitar la cadena de transmisión, y a establecer una estrategia de abordaje del problema tendiente a utilizar los recursos existentes tanto en el sector como fuera de él.

En relación con este propósito y con criterio exploratorio, se introducen en el estudio algunos aspectos relacionados con la participación

de la persona implicada directamente con la problemática, que es quien vive con el virus, y es el principal protagonista y dueño de un saber que, compartido con los profesionales que lo asisten, puede llegar a optimizar los recursos existentes.

A tal efecto se cree conveniente comenzar por la incorporación del saber del propio infectado en cuanto a recursos preventivos sobre esta problemática, con la consigna de partir de las limitaciones presentes del sector salud para encarar la solución.

#### Objetivos:

- General:

Efectuar un análisis de situación con criterio de enfoque de riesgo, tendiente a identificar algunas características asociadas con la transmisión del VIH.

- Específicos:

1.- Identificar en la persona infectada por el VIH, algunos aspectos que permitan conformar un perfil social del mismo.

2.- Explorar posibles cambios de conducta social, sexual y/o de adicción en infectados, a partir del diagnóstico, según conducta de riesgo.

3.- Estimar el grado de interés de las personas entrevistadas por contribuir a la solución del problema del S.I.D.A. como hecho social.

### Especificación de conceptos:

- Perfil social: Incluye: a) Datos demográficos del infectado; b) Ocupación y utilización del tiempo libre; c) Extracción social, según inserción del principal responsable del grupo familiar de pertenencia, en el aparato productivo; d) Grupo de convivientes actuales; e) Grupo social de pertenencia.
- Cambios de conducta: Se entiende por tal a cualquier cambio total o parcial de algunas de las conductas relacionadas con aspectos sexuales, de adicción a la droga y/o que estén relacionadas con su vinculación social (laboral, de utilización del tiempo libre, etc.)
- Conducta de riesgo: Para este estudio se establecieron seis categorías para agrupar a los consultantes: drogadependientes endovenosos, homosexuales, trabajadoras sexuales, heterosexuales y politransfundidos.
- Grado de interés de los infectados: Se releva la opinión de los infectados respecto al problema del V.I.H/ S.I.D.A. como hecho social, cómo debiera encararse su solución y si estaría dispuesto a participar en el logro de dicha solución.

### Material y Método:

En este estudio se incluyó a la población que consultó al servicio por esta patología, y que resultó infectada por el VIH

Entre octubre de 1989 y diciembre de 1996 se entrevistaron 328 personas en estas condiciones, y se reentrevistaron 190 para evaluar posibles cambios de conducta; esta actividad fue llevada a cabo por profesionales del Servicio Social del I.N.E.

### Resultados:

Con respecto a la edad de los entrevistados se observa una mayor concentración entre los 15 y 30 años (85%). El 98% es menor de 40 años.

Comparando los lotes en estudio se observa que existe un ascenso en la edad de los entrevistados  $X=23$  años en el primer lote (1989) a un  $X=30$  años en el último (1996). En cuanto al sexo se observa una mayoría del masculino, el 58.7%, situación que se mantiene a lo largo del estudio, aunque la población femenina estuvo presente en forma significativa y tiende a aumentar (34% en el primer lote y 42% en el último). (Ver Anexos: Gráfico N°1 y 2).

El análisis por estado civil es coincidente con la distribución por edad; el predominio es de los solteros (55.9%), por tratarse de una población joven. Comparando los periodos se comprueba que disminuyó en los últimos lotes el número de solteros, en el primer lote el porcentaje era

del 70 % y en el último desciende al 55%., y aumenta el de los casados(de un 2% a un 20%).(Ver Anexos: Gráfico N°3)

Dadas las características locales, por tratarse de una ciudad turística, se estudio la procedencia de los infectados. Los resultados muestran que el 50% es oriundo de Mar del Plata, y entre los provenientes de otras localidades el 35% corresponden al resto de la Provincia de Buenos Aires y el 13% provienen de otros puntos del país. El principal motivo de traslado fue por cuestiones de índole familiar y luego por razones laborales.

Se observa una disminución de los consultantes oriundos de la ciudad de Mar del Plata (64% al 44%).

Para medir el nivel de instrucción alcanzado se establecieron ocho categorías, de las mismas surge que alrededor del 64% inició estudios secundarios, sólo el 30% los completaron. Interrumpió su instrucción al terminar la primaria el 27%. Alrededor del 10% ingresó a la Universidad, completó ese nivel el 2,5%. (Ver Anexos: Gráfico N°4)

En lo referente a la situación ocupacional se pudo observar un importante grupo de desocupados, casi el 37%. De los ocupados el 40% eran empleados en relación de dependencia y el 38.4% eran trabajadores independientes, el resto son grupos con frecuencias menores. Se observa un incremento en la categoría de trabajadores sexuales.

Respecto a las profesiones u oficios mencionadas más frecuentemente figuran comerciantes, artesanos, empleados de la

construcción. El 27% de los encuestados manifestó no tener profesión alguna.

Respecto a la conducta sexual observada los heterosexuales llegan casi al 80%, el 11% son homosexuales y el 8% bisexuales.

El porcentaje de drogadependientes entre los entrevistados llega al 57%. Los pacientes que se agrupan en esta categoría no necesariamente se hallan consumiendo actualmente, sino que se sospecha, por sus apreciaciones, que pudieron haber adquirido la infección por esa vía. Comparando los períodos en estudio se comprobó que disminuyó el riesgo por droga y aumentó el riesgo por relación heterosexual (variando el riesgo por drogadependencia de un 88% al inicio, hasta un 26% en el último grupo); y el riesgo por relación heterosexual varió de un 4% al 49%. (Ver Anexos: Gráfico 5)

Con relación a la religión que profesan los encuestados el 50% dijo pertenecer a la religión católica (aunque no son practicantes la mayoría). El 30% aproximadamente manifestó no adherir a ninguna religión, alrededor del 7% son evangelistas y el resto profesan la religión mormona, testigos de Jehová y otras.

Otro aspecto considerado de interés en este trabajo es el referido a la extracción social del infectado (situación analizada en 159 casos). Para ello, solo con el fin de obtener una información que permita una ubicación aproximada, se estudió la situación ocupacional y la escolaridad del padre o principal responsable del grupo familiar de

pertenencia en los tres primeros lotes (1989-1993). En lo que hace a la ocupación se observó una concentración del 33% en el grupo de trabajadores independientes y el 26% agrupó a empleados y trabajadores especializados. El 9% corresponde a peones y personal de maestranza y sólo el 1.8% no posee ocupación, situación antagónica con la población entrevistada, en la que el grupo de desocupados alcanza el 37%.

De la información obtenida, en cuanto a la escolaridad alcanzada por el principal responsable, completó la escolaridad primaria el 78%, no la completó el 12%. El 38% accedió al nivel secundario y lo completó el 65%. El grupo de universitarios con estudios completos y terciarios llegó al 9%.

Otro aspecto investigado fue el vinculado a los convivientes de la persona infectada, el mayor porcentaje, alrededor del 90% refirió compartir la vivienda con familiares; el resto lo hacen con amigos o viven solos.

De los entrevistados que tenían el domicilio fijado en el radio de la ciudad el 60% vivía en zonas de buen y muy buen nivel socio-económico (con necesidades básicas insatisfechas de 0 a 20%). El 17% se ubicaba en zonas de nivel medio. El 5% vive en zonas de más de un 75% de NBI., y el resto registró su domicilio fuera del Partido de General Pueyrredón. (Esto no significa que los encuestados tengan ese porcentaje de NBI, sólo que residen en esos barrios).

El 86% (164) de los pacientes reentrevistados manifestaron haber modificado su conducta, en algún aspecto, luego de haber sido informados sobre su situación de infectados, el 41% modificó en el área social, se

acercaron más a sus familias y amigos intentando una mejor comunicación con sus padres, hijos, hermanos, etc., alrededor del 50% modificó aspectos relacionados con su conducta sexual, los cambios se refieren a la disminución del número de relaciones sexuales, algunos absteniéndose de las mismas, de parejas sexuales, y la revalorización del uso del preservativo.

En lo que se refiere a conductas adictivas modificó el 58% y los cambios se refieren a la incorporación a Programas de rehabilitación, otros se alejaron por su cuenta de la droga, o cambiaron su adicción a formas de menor riesgo, menos destructivas, muchos dejaron de "picarse".(reducción del daño)(Ver Anexos: Gráfico N° 8)..

En cuanto a las respuestas mencionadas con relación al criterio por el cual se infectaron, existen dos niveles de análisis:

1.- Se refieren a vías de transmisión: contacto sexual y drogas (alrededor de un 30%), sin poder efectuar un análisis más profundo.

2.- La persona puede efectuar un análisis más detallado y referirse a las cuestiones más mediatas, tales como: falta de cuidado, relaciones familiares conflictivas, desvalorización personal, relaciones de pareja riesgosas. Se menciona, por ejemplo, "quise contagiarme de mi esposo porque lo quería"; también, en distintas oportunidades se dice "por curiosidad". Un pequeño grupo no sabe la razón y atribuye al destino, "algo debería de otra vida", la mala suerte, la casualidad", sin reconocer su protagonismo.

Por último se preguntó cómo solucionarían el problema del VIH/SIDA y la respuesta más frecuente fue: más información, educación y prevención, con un mayor compromiso; en segunda instancia se menciona el apoyo y cuidado del infectado y/o enfermo, insistiendo en la solidaridad y no discriminación del mismo. En tercera instancia se mencionaron aspectos referidos a la investigación en general y la investigación de vacunas y tratamientos que eviten la transmisión y permitan lograr la cura de la enfermedad. También se menciona la importancia de la implementación de campañas de publicidad que informen sin asustar, "sin inculcar miedo". Insistiendo en una mejor comunicación y afecto en las relaciones, uso de preservativos, apuntando a una vida más sana.

En cuanto a su disposición para colaborar en la solución de la problemática más del 35% de los entrevistados, se manifestó en forma positiva, efectuándose derivaciones a distintas ONG, entidades religiosas, etc., siendo incorporados a actividades diversas como voluntarios, donde fueron capacitados para actividades preventivas, de difusión, recaudación de fondos, asistencia, etc.

Entre las actividades mencionadas referentes a la utilización del tiempo libre se encuentran: las actividades de recreación relacionadas con la familia, especialmente con los hijos, los deportes, lecturas y especialmente lecturas de tipo espiritual y filosóficas; algunos estudian y existe un porcentaje elevado de los que realizan actividades artísticas y culturales (por ejemplo música, dibujo, fotografía)

Comparando los distintos lotes se observó que en los primeros, la actividad más frecuente era la práctica de algún deporte y en las últimas la utilización del tiempo libre se destina a actividades recreativas compartidas con familia, revalorizando la importancia de la misma.

### CONCLUSIONES:

\* Se trata de una población joven, concentrada entre los 20-29 años, con leve predominio del sexo masculino, evidenciándose un aumento regular del sexo femenino; y en su mayoría solteros, oriundos de la ciudad de Mar del Plata.

\* El nivel de escolaridad agrupa a la mayoría entre los que no terminaron la enseñanza media. En cambio, los padres que llegaron a un nivel secundario lo completaron la mayoría.

\* En cuanto a la ocupación, es evidente un importante sector que carece de ella, concentrándose los ocupados entre los empleados, trabajadores individuales independientes y otros. En cuanto a sus padres, en cambio, se detectó plena ocupación, desarrollando preferentemente también actividades de trabajadores independientes y obreros especializados.

\* Respecto a la conducta en riesgo de los infectados, la mayoría corresponde a drogadependientes, en segundo lugar se encuentra la conducta heterosexual y en tercer lugar la conducta homosexual. Se

observa una importante disminución en el primer grupo y un notable aumento en la población heterosexual.

\* Se observó una mayor distribución de los domicilios de las personas entrevistadas en barrios de buen y muy buen nivel socioeconómico (NBI de 0 a 20 %). Esto indica solo el lugar de residencia, no que los entrevistados posean ese grado de satisfacción de necesidades básicas.

En su gran mayoría, la población entrevistada comparte la vivienda con familia de origen o conformada posteriormente.

Entre los pacientes reentrevistados, a quienes se les consultó sobre algún cambio de conducta efectuado a partir del diagnóstico, se observó que una mayoría modificó en algún aspecto su conducta. Entre los que cambiaron se notó un mayor porcentaje entre las conductas adictivas seguidas de las sexuales y sociales.

Un hallazgo importante fue el relacionado con la actividad compartida con la familia como respuesta a la utilización del tiempo libre

## BIBLIOGRAFIA:

- "Aspectos Teóricos de las Ciencias Sociales Aplicadas a la Medicina"  
Facultad de Ciencias de la Salud - Cuenca, Ecuador - Mayo 1972.-
  - Coe Rodney M. "Sociología de la Medicina" Alianza Editorial. Madrid, 1973.-
  - García, Juan C. "Medicina y Sociedad, las corrientes del pensamiento en el campo de la Salud" Educación Médica Social. Vol 17 N°4 (1983).
  - Guerrero, R.; Gonzalez, C.; Medina, E. "Epidemiología". Fondo Educativo Interamericano. 1981.-
  - Kumate, Jesús. "Las enfermedades infecciosas en México, Vida y Muerte del Mexicano" México - Folios - 1982.-
  - "Epidemiología de la desigualdad" O.P.S. - Victoria, Cesar; Barros, Fernando; Vangham, Patrick.-
- (1) Laurell, Elsa Cristina.- "La Salud-enfermedad como proceso social"1986.-
- (2) Boletín Epidemiológico O.P.S.

ANEXO II

**Hospital Interzonal General de Agudos (H.I.G.A.): "Oscar Eduardo Alende".  
Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Psicología**

Por favor complete, y marque con una cruz la opción correcta.  
El dato que usted aporta es totalmente anónimo; será utilizado en forma seria, responsable y reservada con fines investigativos. Agradeceremos su colaboración y sinceridad.

Encuesta Nro.: .....

Código:.....

DNI: .....

1. Edad: ..... años

8. Estado civil:

2. Obra social?

- Si
- No

- Casado
- Soltero
- Divorciado/separado
- En pareja

3. Sexo:

- Femenino
- Masculino

9. Convive con:

- Solo
- Cónyuge
- En pareja
- Familia de origen
- Amigos
- Otros

4. Condición sexual:

- Heterosexual
- Homosexual
- Bisexual

10. En caso de estar en pareja, el/ella es VIH+?

- Si
- No

5. Zona de residencia:

- En Mar del Plata  
Barrio: .....
- Fuera de Mar del Plata

11. Usa preservativos en sus relaciones sexuales:

- Todas las veces
- En ocasiones
- Nunca

6. Grado de instrucción:

- Primaria incompleta
- Primaria completa
- Secundaria incompleta
- Secundaria completa
- Terciario incompleto
- Terciario completo
- Universitario incompleto
- Universitario completo

12. Hijos?

- Si - Cuántos?.....
- No

7. Situación laboral:

- Empleo estable
- Sub-ocupado (changas, trabajo temporario, etc.)
- Desempleado y busca trabajo
- Desempleado y no busca trabajo

- Si - Cuántos?.....
- No

b. Reciben tratamiento medico?

- Si
- No

**13. Fuma Tabaco?**

- No.
- No, pero fumaba.
- Si
  - a. Edad de inicio:.....
  - b. N\* cigarrillos x día.....

**14. Consume alcohol?**

- No.
- No, pero consumía.
- Si
  - a. Edad de inicio:..... años
  - b. Siempre
  - Solo en ocasiones

**15. Consume drogas:**

- No.
- No, pero consumía.
- Si
  - a. Edad de inicio: .....años
  - b. (si la respuesta es afirmativa, marcar con una cruz en lo que sigue) cual /es ?
    - Marihuana
    - Cocaína
    - Inhalantes
    - Psicofármacos
    - Otras .....
  - c. Modo de Consumo
    - Fumada
    - Oral
    - Inhalada
    - Inyectada
    - Otros .....
  - d. Si se ha inyectado alguna vez ¿Compartió la jeringa?
    - No
    - Si

**16. Motivo de contracción del VIH**

- Relación sexual con infectado/a
- Transfusión sanguínea (en intervenciones medicas)
- Por compartir jeringas contaminadas
- Desconoce la causa

**17. Al momento de contraer el V.I.H., ¿cuanta información tenía sobre la problemática?**

- Mucha
- Alguna
- Ninguna

**18. ¿Cumple con las pautas de tratamiento indicadas por el equipo de atención?**

- Siempre
- A veces
- Nunca

**19. Tratamiento:**

Ultimo CD4: .....

Ultima carga viral: .....

Ultimo esquema: .....

.....

**20. Siente que la atención que recibe por parte del equipo de salud es:**

- Buena
- Regular
- Mala

## BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA

- ANONIMO. (1995). "La Sexualidad Victoriana". En : Secretos de la pareja. Barcelona. Planeta De- Agostini; p. 884-86.
- ANONIMO. (1995). "La Revolución Sexual". En: Secretos de la pareja. Barcelona. Planeta De Agostini. p. 1028-30.
- ANONIMO. (1995) "Los sexólogos". En: Secretos de la pareja. Barcelona. Planeta- De Agostini; p 2056-59.
- BALDRES, N.; PARAJON, F. (1998). "Metodologías participativas en la prevención del SIDA". Trabajo presentado en el II Congreso Iberoamericano de Psicología: Simposio de Psicología Comunitaria. Madrid. Julio 1998.
- BECERRA, H. (1994). "SIDA. Mas allá del H.I.V" Buenos Aires. Ed. Fundación Alberto Espariz.
- BOLETIN SOBRE EL SIDA. República Argentina (2001). Ministerio de Salud. Unidad Coordinadora Ejecutora V.I.H./SIDA y ETS. Año VIII. Número 20. Publicación Semestral. Junio 2001.
- BOURDIEU, P. (1998). "La dominación masculina". Paris. Ed. Anagrama.

- BOURDIEU, P.; WACQUANT, L. (1992). "Responses". París. Ed. Senil.
- CAHN, P. (1996) "PSIDA. Un enfoque integral". Buenos Aires. Ed. Paidós  
Psiquiatría
- CALDERONE, M. (1978). "Historical perspectives on the human sexuality movement: hindsight, insights and foresights." En: Rosenzweig N, Pearsell. New York. Ed. Sexual Education for the Health Professional. p. 5-22.
- CARPINTERO, E. (1994). "El SIDA, una enfermedad paradigma de nuestra cultura". Revista Topía. Número 11 Buenos Aires. Agosto – Octubre 1994.
- CARUSO, K. S. (1993). " Female sexuality and sexual counseling". Curr Prob. Obstet Gynecol Fértil. Cap.16: 107-34.
- CARVAJAL SANCHO, Adriana. (2001) "Efectos del ejercicio aeróbico en los niveles de ansiedad y depresión en las personas seropositivas para la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)". Rev. costarric. Salud Pública, Julio 2001, vol.10, no.18-19, p.26-33. ISSN 1409-1429.
- CERRUTI, B. S. (1992) "Sociedad y Sexualidad". En: Sexualidad Humana. Aspectos para desarrollar docencia en educación sexual. Montevideo. Ed. Organización Panamericana de la Salud. O.M.S. p. 27-67.

- Equipo colaboradores Programa de ETS y SIDA I.N.E. (1994). "Aspectos Sociales y Económicos": Instituto Nacional de Epidemiología "Dr. Juan H. Jara".
- FREUD, S. (1910). "Psicopatología de la vida cotidiana". En Obras Completas. Amorrortu.
- FREUD, S. (1920) "El malestar de la cultura". En Obras Completas. Amorrortu.
- GOMEZ, A. (1998). "Mujeres, Vulnerabilidad y HIV/SIDA". Ed. Cuadernos Mujer - Salud / 3 RSMLAC. Revista de Comunicación Interactiva- Mujer y Salud.
- HERNANDEZ, M; VANDALE, S; LIGUAN, A. (1995) "Enfoques de Investigación sobre el V.I.H. - SIDA y la salud reproductiva de las mujeres". México. Instituto Nacional de Salud Pública, Perspectivas. Núm. 19.
- Instituto Mexicano de Sexología (1995) "La sexualidad en la historia". Documento inédito. "Judeo cristianismo y sexualidad".
- JOFFE, H. (1995) "Papers on social representations". Austria. Ed. Universitat Linz. Vol. IV.
- KINSEY, A; POMEROY, W; MARTIN, C. (1948) "Sexual Behavior in the

- human Male". Philadelphia: WB Saunders.
- LIPOVETSKI, G. (1986) "La era del vacío". Ensayos sobre el individualismo contemporáneo. Ed. Anagrama. Colección Argumentos S.A.
  - LOPEZ, H. (1994). "SIDA, goce y muerte. Un ensayo de introducción al sido-masochismo. SIDA más allá del HIV". Editorial Fundación Alberto Espariz.
  - Manual de Apoyo en Prevención y Asistencia del HIV / SIDA para el Equipo de Salud. (1997). Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.
  - MILLER, D. (1989). "Viviendo con SIDA y H.I.V." México. Ed. El manual moderno.
  - PEREZ, L., ALFEI, B.; MOLINA, M.; (1994). "Perfil social del paciente infectado por HIV". Instituto Nacional de Epidemiología "Dr. Juan H. Jara". Programa de E.T.S y SIDA.
  - RIVERY, J. (2000). "Miseria, rostro de mujer y nombre femenino". Diario Ganma. Fecha 24 de octubre del 2000.

- TENDLARZ, S.; MATTA, C.; (1996). "Psicoanálisis y SIDA". Buenos Aires. Ediciones el Otro.
  
- WALLACE, S. (2000) "Consumo de drogas y V.I.H-SIDA. Representaciones y prácticas sociales". Buenos Aires. Proyecto LUSIDA.

### Recursos Electrónicos:

- Gestión de riesgo de contagio de VIH-SIDA en alumnos de la Universidad Católica del Norte, IIª Región de Antofagasta, Chile [en línea].  
<http://www.monografias.com/trabajos6/geri/geri.shtml>. [Consulta: 16 mayo 2004 ].
  
- Gravira, Sandra. "La mujer, el género y el V.I.H / SIDA"[en línea]. PMSIDA 3 Programa Municipal de SIDA Secretaria de Salud Publica Secretaria de Salud Publica 2000. Municipalidad de Rosario.  
[http://www.pmsida.gov.ar/mujeres/uuhsc.utah/healthinfo/spanish/travel/aids,html](http://www.pmsida.gov.ar/mujeres/uuhsc.utah/healthinfo/spanish/travel/aids.htm). "[Consulta: 20 abril 2003].
  
- Vivanco Carrillo, Adolfo. Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida. SIDA: Mayo 2003. Chile.[http://www.utem.cl/trilogia/Volumen16\\_n25\\_1.htm](http://www.utem.cl/trilogia/Volumen16_n25_1.htm)  
(<http://www.sfaf.org/espanol/informaciondelvih/mujeres.html>)
  
- Programa nacional de lucha contra el retrovirus Humano VIH SIDA y ETS  
[www.lusida.org.ar](http://www.lusida.org.ar)" preguntas Frecuentes"  
[http://www.huesped.org.ar/HuespedWeb/sida/est\\_mundo01.html](http://www.huesped.org.ar/HuespedWeb/sida/est_mundo01.html)

