



Universidad Veracruzana
Instituto de Salud Pública



**Conocimiento y opinión que tiene la
población nahua de la Región
de Zongolica Veracruz sobre el VIH/SIDA**

Tesis

Que para obtener el grado de:

Maestra en Salud Pública

Área disciplinar:

Epidemiología

Presenta:

Claudia Suárez Tepetla

Director de tesis

Dr. Miguel Figueroa-Saavedra Ruiz

Co-directora de tesis

Dra. Martha Patricia Ponce Jiménez

Xalapa Ver., a 06 de noviembre de 2009.

Dr. Raúl Arias Lovillo
Rector

Dr. Porfirio Carrillo Castilla
Secretario Académico

Dr. Jesús Samuel Cruz Sánchez
Director General de Investigaciones

Mtra. Margarita Vela Ruiz
Director General del Área Académica de Ciencias de la Salud

Dr. Mario Miguel Ojeda Ramírez
Director General de la Unidad de Estudios de Posgrado

Mtra. Ma. Cristina Ortiz León
Encargada de la Dirección del Instituto de Salud Pública

JURADO

Dr. Jaime Morales Romero

Presidente

Dra. Martha Patricia Ponce Jiménez

Secretaria

Mtro. Uriel Andrade Camacho

Vocal

Mtra. Andréa Isunza Vera

Secretaria Suplente

Dr. Francisco Domingo Vázquez Martínez

Vocal Suplente

Dr. Miguel Figueroa-Saavedra Ruiz

Director de tesis

Dra. Martha Patricia Ponce Jiménez

Co-directora de tesis

A mis padres por su interminable amor, comprensión y motivación, a mi hermana por ser la mejor que pude tener, a mi familia por el gran ejemplo de unidad y apoyo, a mis amigos y a quienes me han acompañado en este andar.

A los integrantes de mi comité de tesis, por creer en mi proyecto, por apoyarme y por compartir conmigo no solo sus conocimientos, sino también su amistad.

A quienes colaboraron en este trabajo, por su disponibilidad y apoyo.

AGRADECIMIENTOS

Paulina Teresa Zepahua Tehuintle
Juana Coxcahua Cuaquehua
Gabriela Coyohua Díaz
Cándido Yopihua Tzóntehua
Grupo de discusión (Tequila, Ver.)

Flora Hernández Zepahua
Luisa Mayahua de la Cruz
Angélica Hernández Vásquez
Cándido Yopihua Tzóntehua
Miguel Figueroa-Saavedra Ruiz
Equipo de traductores

Eugenia Quiahua Sánchez
Gonzálo Zopiyactle Temoxtla
José Tepole Zopiyactle
Pedro Mayahua de la Cruz
Encuestadores originarios de Mixtla de Altamirano

Judith del Carmen Hernández Silíceo
Laura Suárez Tepetla
Aurelio Rojas Rodríguez
Oscar Hiroshi Takahashi Velázquez
Equipo de encuestadores en castellano

ÍNDICE

Lista de Abreviaturas.....	1
RESUMEN	2
INTRODUCCIÓN	3
1. MARCO REFERENCIAL	5
1.1. MARCO TEÓRICO	5
1.1.1. Modelo Determinista Modificado.....	5
1.1.2. Teoría Constructivista.....	5
1.1.3. Modelo de las Creencias de la Salud	6
1.1.4. Modelo de la Reducción del Riesgo de SIDA ⁷	7
1.1.5. Modelo Político-Económico	8
1.1.6. Teoría de la percepción del riesgo.....	8
1.2. MARCO EMPÍRICO.....	12
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
2.1. JUSTIFICACIÓN.....	21
2.2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	22
3. OBJETIVOS	23
3.1. OBJETIVO GENERAL	23
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	23
3.3. PARADIGMA DE INVESTIGACIÓN	24
4. METODOLOGÍA.....	25
4.1. DISEÑO DE ESTUDIO	25
4.1.1. Tipo de estudio	25
4.2. UNIVERSO Y MUESTRA	26
4.2.1. Tipo de muestreo	26
4.3. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES	32

4.3.1. Variables demográficas	34
4.3.2. Variables etnolingüísticas	36
4.3.3. Variables socio económicas	37
4.3.4. Variables sobre percepción y factores asociados al VIH/SIDA....	38
4.4. TÉCNICA DE OBTENCIÓN DE DATOS.....	40
4.4.1. Plan para establecer la validación de los instrumentos	43
4.4.2. Plan para determinar la confiabilidad de los instrumentos.....	44
4.4.3. Recolección de la información.....	44
4.5. PLAN DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	47
4.6. PLAN DE ANÁLISIS	48
5. RESULTADOS	50
5.1. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO	50
5.1.1. Características demográficas	50
5.1.2. Características socioeconómicas	58
5.1.3. Características epidemiológicas	61
5.2. NIVEL DE CONOCIMIENTOS QUE LA POBLACIÓN NAHUA TIENE SOBRE EL VIH/SIDA	75
5.3. OPINIONES QUE LA POBLACIÓN NAHUA TIENE SOBRE EL VIH/SIDA	79
5.4. ASOCIACIÓN DE VARIABLES CON EL NIVEL DE CONOCIMIENTO QUE LA POBLACIÓN NAHUA TIENE SOBRE EL VIH/SIDA	83
6. DISCUSIÓN	88
7. CONCLUSIONES.....	93
8. RECOMENDACIONES	94
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	96
ANEXOS	101

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla No. 1. Descripción demográfica de los municipios de Mixtla de Altamirano y Tequila Veracruz. Febrero-julio de 2009.....	52
Tabla No. 2. Datos migratorios de los municipios de Mixtla de Altamirano y Tequila Veracruz. Febrero-julio de 2009.....	54
Tabla No. 3. Situación dentro del programa Oportunidades de la población de estudio de los municipios de Mixtla de Altamirano y Tequila Veracruz. Febrero-julio de 2009.....	55
Tabla No. 4. Datos etnolingüísticos de los municipios de Mixtla de Altamirano y Tequila Veracruz. Febrero-julio de 2009.....	57
Tabla No. 5. Datos socioeconómicos de los municipios de Mixtla de Altamirano y Tequila Veracruz. Febrero-julio de 2009.....	60
Tabla No. 6. Conocimiento que tiene la población de los municipios de Mixtla de Altamirano y Tequila Veracruz sobre el VIH/SIDA. Febrero-julio de 2009.....	68
Tabla No. 7. Conocimiento que tiene la población de los municipios de Mixtla de Altamirano y Tequila Veracruz sobre el VIH/SIDA. Febrero-julio de 2009.....	78
Tabla No. 8. Opinión que tiene la población de los municipios de Mixtla de Altamirano y Tequila Veracruz sobre el VIH/SIDA. Febrero-julio de 2009	82
Tabla No. 9. Variables asociadas al nivel de conocimiento que tiene la población de los municipios de Mixtla de Altamirano y Tequila Veracruz sobre el VIH/SIDA. Febrero-julio de 2009.....	87
Tabla No. 10. Municipios indígenas del estado de Veracruz con porcentaje de población indígena, grado de marginalidad, porcentaje de monolingüismo, porcentaje de analfabetismo y porcentaje de población sin instrucción primaria, similares entre sí.....	102

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro No. 1. Clasificación clínica del VIH/SIDA de acuerdo al sistema de clasificación para la definición de casos de adolescentes y adultos con infección por el VIH y vigilancia extendida del SIDA (1983)	10
Cuadro No. 2. Distribución de la población y cuota por grupo de edad de Mixtla de Altamirano (cabecera municipal)	31
Cuadro No. 3. Distribución de la población y cuota por grupo de edad de Tequila (cabecera municipal).....	31
Cuadro No. 4. Variables e indicadores demográficos	34
Cuadro No. 5. Variables e indicadores etnolingüísticas	36
Cuadro No. 6. Variables e indicadores socioeconómicos	37
Cuadro No. 7. Variables sobre conocimiento y opinión sobre el VIH/SIDA.....	38

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1a. Distribución porcentual de las Instituciones que brindan el servicio médico a la población de estudio de Mixtla de Altamirano, Veracruz....	61
Figura 1b. Distribución porcentual de las Instituciones que brindan el servicio médico a la población de estudio de Tequila, Veracruz.....	62
Figura 2a. Distribución porcentual del tipo de derechohabiencia de la población de estudio de Mixtla de Altamirano, Veracruz.	63
Figura 2b. Distribución porcentual del tipo de derechohabiencia de la población de estudio de Tequila, Veracruz.	63
Figura 3a. Distribución porcentual de los servicios médicos que la población de estudio de Mixtla de Altamirano prefiere para su atención.	64
Figura 3b. Distribución porcentual de los servicios médicos que la población de estudio de Tequila prefiere para su atención.....	65
Figura 4a. Distribución porcentual de los servicios médicos que proporcionan pláticas para prevención de enfermedades, en la población de estudio de Mixtla de Altamirano, Veracruz.....	66
Figura 4b. Distribución porcentual de los servicios médicos que proporcionan pláticas para prevención de enfermedades, en la población de estudio de Tequila, Veracruz.....	66
Figura 5a. Distribución porcentual de la opinión que la población de estudio de Mixtla de Altamirano tiene sobre lo que es el VIH.	69
Figura 5b. Distribución porcentual de la opinión que la población de estudio de Tequila tiene sobre lo que es el VIH.....	69
Figura 6a. Distribución porcentual de la opinión que la población de estudio de Mixtla de Altamirano tiene sobre lo que es el SIDA.....	70
Figura 6b. Distribución porcentual de la opinión que la población de estudio de Tequila tiene sobre lo que es el SIDA.....	71
Figura 7a. Distribución porcentual de la clasificación del SIDA de acuerdo a la opinión de la población de estudio de Mixtla de Altamirano, Veracruz..	72

Figura 7b. Distribución porcentual de la clasificación del SIDA de acuerdo a la opinión de la población de estudio de Tequila, Veracruz.....	72
Figura 8a. Distribución porcentual de lo que la población de estudio de Mixtla de Altamirano opina que son las vías de trasmisión de VIH/SIDA	73
Figura 8b. Distribución porcentual de lo que la población de estudio opina que son las vías de trasmisión de VIH/SIDA	74

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1. UNIVERSO DE ESTUDIO	102
ANEXO 2. INSTRUMENTO.....	110

Lista de Abreviaturas

CIESAS	Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social
CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention)
CDI	Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas
CIMAC	Comunicación e Información de la Mujer A.C.
CONAPO	Consejo Nacional de Población
ELISA	<i>Enzyme-Linked Immunosorbent Assay</i>
EuroVIH	Centro Europeo para la Vigilancia Epidemiológica del SIDA
IDU	<i>Injection Drug Users</i>
INEGI	Instituto Nacional de Geografía e Informática
ITS	Infección de Transmisión Sexual
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
PVVIH	Personas que viven con el Virus de Inmunodeficiencia Humana
RT-PCR	Reverse-Transcription Polymerase Chain Reaction
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
UVI	Universidad Veracruzana Intercultural
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue conocer el nivel de conocimientos y tipo de opiniones que tiene la población nahua de la región de Zongolica Veracruz sobre el VIH/SIDA.

Para esto se diseñó una encuesta multilingüe (español/náhuatl), la cual fue aplicada a una población de 94 personas, 32 de ellas habitantes de Mixtla de Altamirano y 64 de Tequila, y que fueron seleccionadas a través de un muestreo por cuotas.

Los principales resultados encontrados reflejan que existe asociación entre el nivel no satisfactorio de conocimientos sobre el VIH/SIDA y el nivel no satisfactorio del dominio del castellano; el nivel no satisfactorio de alfabetismo en castellano y náhuatl; tener una escolaridad de primaria o menos; cuando la ocupación principal es la agricultura; si el ingreso familiar y por persona es bajo; cuando no se ha recibido información sobre el uso del condón y la forma en que se utiliza y si se ha emigrado de la comunidad.

Estos resultados son similares a los encontrados en estudios realizados en diferentes partes del continente y sugieren que además de los factores fisiológicos, también existen condiciones sociales que determinan la propagación del VIH/SIDA, sobre todo en poblaciones como las de este estudio, donde las desigualdades sociales, educativas y económicas limitan el acceso a mejores condiciones de salud, y que se suman a la ausencia de políticas y estrategias de atención adecuadas a las particularidades culturales y sobre todo lingüísticas de la comunidad, dificultando el establecimiento de una comunicación con calidad y eficacia entre la población y quienes promueven y atienden la salud.

INTRODUCCIÓN

En la ciudad de Los Ángeles en junio de 1981 se conoció por primera vez el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), al reportarse la presencia anormal de neumonía por *Pneumocystis carinii* en cinco pacientes homosexuales y que sugería una posible asociación de la enfermedad con la identidad homosexual o con la adquisición de *Pneumocystis carinii* por contacto sexual. Pocos meses después, la enfermedad comenzó a aparecer en varones y mujeres adictos a drogas por vía parenteral (*injection drug users*, IDU) y en receptores de transfusiones sanguíneas y hemofílicos.

A medida que se fue conociendo el patrón epidemiológico de la enfermedad, se consideró que el agente etiológico más probable de la epidemia era un microorganismo que se transmitía por contacto sexual, por la sangre y los hemoderivados.

En 1983 se aisló el VIH y en 1984 se demostró que este virus era el agente causal del SIDA. En 1985 se desarrolló la prueba de inmunoabsorbente ligado a enzimas (*enzyme-linked immunosorbent assay*, ELISA) que permitió percatarse del alcance y la evolución de la epidemia de infección por el VIH¹.

En México comenzaron a notificarse los primeros casos de SIDA en 1983, los cuales se considera que iniciaron en 1981². En 1986 se registraron los primeros casos de SIDA en localidades rurales³. A finales del año 2000 se habían registrado 2,089 casos (4.6% del total) de procedencia rural. En estos casos se observó que la principal vía de transmisión era la heterosexual (43%), por lo que la razón de casos hombre/mujer fue de 4:1 en comparación con el área urbana que fue de 6:1.

El surgimiento de la epidemia del VIH/SIDA amplió el interés de la epidemiología hacia el estudio de los comportamientos sexuales y el espectro de los mismos. Sin embargo, para comprender esto es necesario conocer los

contextos socio-culturales, las prácticas, creencias e identidades sexuales. En este sentido las ciencias sociales han aportado el concepto de *contextos de vulnerabilidad* para denominar a “grupos de riesgo” o “prácticas de riesgo”, y de acuerdo con este concepto, un mismo comportamiento puede ser riesgoso en un contexto (cultural, ambiental o social) y en otros no⁴. Sin embargo, dicho comportamiento puede ser percibido como de riesgo o no, de acuerdo con el conocimiento que se tenga de la enfermedad.

1. MARCO REFERENCIAL

1.1. MARCO TEÓRICO

En este estudio se pretende conocer el nivel de conocimiento y las opiniones que la población nahua de la región de Zongolica tiene sobre el VIH/SIDA, y para ello nos basamos en algunas teorías y modelos los cuales mencionamos a continuación.

1.1.1. Modelo Determinista Modificado

En primer lugar se propuso como una de las teorías que explican la infección por VIH/SIDA al Modelo Determinista Modificado, el cual fue propuesto por Rothman⁵. Dicho modelo de causación permite relacionar algunos principios epidemiológicos, tales como fuerza de los efectos, interacción entre causas, proporciones de la enfermedad debidas a causas específicas, período de incubación entre otras y en él se define a la causa como el suceso, la condición o la característica que inicia o permite, sola o con otras causas, una secuencia de sucesos que tienen como resultado un efecto. Es determinista porque supone que una enfermedad puede tener una o más causas suficientes, cada una por sí misma determina la enfermedad en un individuo.

Este modelo considera que cada causa suficiente está conformada por varias causas componentes, tomando en cuenta qué causa necesaria es la causa componente sin la cual la enfermedad no se produce. Este modelo introduce probabilidades, es decir, considera que una causa componente aumenta la probabilidad de que una enfermedad se produzca. Así mismo, da cabida al azar en forma de factores o causas componentes aún no identificados.

1.1.2. Teoría Constructivista

Para explicar el comportamiento que las personas de la población de estudio, presentan ante el VIH/SIDA, se propuso la Teoría Constructivista. Esta teoría

considera que el conocimiento que una persona tiene respecto a algo en particular deriva de la idea que mantiene el individuo de ese algo y que está relacionada con factores cognitivos y sociales del comportamiento, así como de factores afectivos, es decir, se trata de la construcción propia que se va produciendo día a día. De este modo, se considera que el conocimiento es una construcción del ser humano con los esquemas que ya posee en su relación con el medio que le rodea⁶.

En otras palabras, el constructivismo, explica las percepciones sociales a partir de una serie de referentes históricos, culturales, sociales y familiares como un "proceso" inacabado con diferentes grados de conciencia del individuo o los grupos, es decir, que son éstas dimensiones las que construyen y reconstruyen las diferentes percepciones hacia diferentes cosas, por ejemplo la idea de salud-enfermedad. El constructivismo considera que sí es posible modificar las percepciones, a partir de crear nuevas percepciones y arraigarlas en nuevos hábitos. ¿Con qué se va a modificar esas percepciones? Pues para esto se puede recurrir a diferentes estrategias formativas, educativas, psicológicas, de comunicación, entre otras.

1.1.3. Modelo de las Creencias de la Salud⁷

Para entender la forma en que los individuos perciben los beneficios personales o la importancia de evitar la enfermedad o recuperar la salud, así como para conocer las expectativas que tienen sobre una medida de prevención de enfermedad, se propuso el Modelo de las Creencias de la Salud, el cual considera que es más probable que las personas tomen medidas para prevenir o controlar un trastorno de salud cuando piensan que éste tiene consecuencias potencialmente graves y que una medida que pueden tomar sería beneficiosa para reducir su propia vulnerabilidad a la enfermedad o la gravedad de ésta. Este modelo presenta algunos conceptos fundamentales tales como:

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

- *La gravedad percibida*: se refiere a las opiniones acerca de que tan graves son las consecuencias médicas, sociales o económicas de un trastorno de salud.
- *Los beneficios percibidos*: son las percepciones de la eficacia de la medida recomendada para reducir los riesgos para la salud.
- *Las barreras percibidas*: son las percepciones de los costos psicológicos, sociales o económicos de adoptar el nuevo comportamiento vinculado con la salud.
- *Los factores que estimulan o desencadenan la acción*: es decir, los acontecimientos que aumentan la probabilidad de la adopción de la medida, entre ellos los síntomas de una infección o la exposición a mensajes radiofónicos.
- *La eficiencia personal*: se refiere a la convicción de que uno puede aplicar con éxito una medida.

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

1.1.4. Modelo de la Reducción del Riesgo de SIDA ⁷

También se propuso el Modelo de la Reducción del Riesgo de SIDA, el cual proporciona un marco para explicar el cambio de comportamiento en relación con la transmisión sexual del VIH/SIDA. Este modelo postula tres etapas del cambio:

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

Las variables que influyen a través de estas etapas incluyen el conocimiento de actividades sexuales asociadas con la transmisión del SIDA, la creencia en la

vulnerabilidad personal, la opinión de que el SIDA es indeseable; el conocimiento de la conveniencia de la buena salud y el placer de una práctica sexual; las redes sociales y la ayuda para resolver problemas, la autoestima, la comunicación verbal con la pareja sexual, las creencias y comportamientos de la pareja, entre otras.

1.1.5. Modelo Político-Económico

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

Además lleva a una reacción frente a la epidemia del VIH/SIDA, incentivando un cambio social capaz de hacer posible la reforma de las estructuras de desigualdad y propone que la prevención debe integrarse a la atención de las personas, no sólo por razones humanitarias y de derecho, sino también de salud pública, lo cual trae como consecuencia la propuesta de integralidad en los programas de prevención-atención⁸.

1.1.6. Teoría de la percepción del riesgo

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

Como anteriormente se mencionó, estas teorías aportaron elementos importantes para la comprensión del estudio, así mismo, resultó necesario definir algunos conceptos que fueron abordados y que se consideraron importantes para la contextualización del estudio. Se iniciará definiendo qué es el VIH y el SIDA y se dará una breve descripción de los mismos.

Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)

Es un virus que ataca el sistema inmunológico del cuerpo humano destruyendo específicamente los linfocitos T o CD4 y es causante del SIDA. Actúa por años sin que se presente ningún síntoma, por lo cual los portadores del virus son llamados portadores sin síntomas, portador asintomático o portadores seropositivos⁹. Este virus pertenece a la familia de los retrovirus humanos (*retroviridae*) dentro de la subfamilia *lentivirus*. Se reconocen dos tipos, el VIH-1 y el VIH-2. La patogenicidad del VIH-2 puede ser menor que la del VIH-1; la enfermedad por el VIH-2 tiene una evolución más lenta, y la transmisión materno infantil es menor¹.

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)

Es un término de vigilancia definido por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos de América y el Centro Europeo para la Vigilancia Epidemiológica del SIDA (EuroVIH)¹⁰. Se refiere a la etapa final de la infección por VIH. El cuadro clínico se presenta entre 7 y 10 años después de que la persona ha sido “portador asintomático” del VIH. Se caracteriza por un deterioro progresivo del sistema inmunitario, lo que ocasiona un conjunto de graves enfermedades que pueden causar la muerte⁹.

Clasificación del VIH/SIDA

En 1983 se revisó el sistema de clasificación para la definición de casos de adolescentes y adultos con infección por el VIH y vigilancia extendida del SIDA, el cual se basa en tres niveles de recuento de los linfocitos T o CD4 y en tres categorías clínicas, y está representado por una matriz de nueve categorías mutuamente excluyentes (cuadro No. 1). Con este sistema, un paciente con infección por el VIH con recuento de linfocitos T CD4+ menor de 200/μl sufre el SIDA, sin importar si presenta o no los síntomas de enfermedades oportunistas. Una vez que los enfermos entran en la situación clínica definida como categoría B, su enfermedad no puede volver ya a la categoría A, ni

siquiera en caso de que el cuadro ceda; lo mismo sucede con la categoría C en relación con la B¹¹.

Cuadro No. 1. Clasificación clínica del VIH/SIDA de acuerdo al sistema de clasificación para la definición de casos de adolescentes y adultos con infección por el VIH y vigilancia extendida del SIDA (1983)

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

* PGL, linfadenopatía generalizada persistente (progressive generalized lymphadenopathy).

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

Transmisión del VIH

El VIH puede transmitirse por las relaciones sexuales vaginales, anales u orales con una persona que vive con el virus del VIH (PVVIH), la transfusión de sangre contaminada o el uso compartido de agujas, jeringuillas u otros instrumentos punzantes. Asimismo, puede transmitirse de la madre al hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia¹¹.

Diagnóstico del VIH

El diagnóstico se apoya en estudios de laboratorio. Se ha desarrollado una prueba de inmunosorbente ligado a enzimas (enzyme linked immunosorbent assay, ELISA) para la detección de antígenos y un método de ELISA para la detección de la IgM que permiten realizar el diagnóstico en pocas horas con una sola muestra de suero y que son útiles especialmente en los casos graves. Las pruebas más sensibles basadas en el análisis de la reacción en cadena de la polimerasa con transcripción inversa (reverse-transcription polymerase chain reaction, RT-PCR) permiten establecer el diagnóstico utilizando muestras sin

antígeno detectable y pueden proporcionar información genética útil sobre el virus. También se puede diagnosticar la presencia de VIH en saliva¹¹.

Tratamiento del VIH/SIDA

Para tratar el VIH/SIDA se recomiendan antirretrovirales específicos, antimicrobianos y profilácticos, los cuales resultan esenciales para brindar a los pacientes infectados una mejor calidad de vida, así mismo, se les debe dar asesoramiento y la educación adecuadas acerca de su enfermedad e informarlos sobre el riesgo de contagio hacia los demás, también se les debe instruir acerca de la evolución de la enfermedad y escuchar y ser sensible a sus temores y preocupaciones¹¹.

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

Población nahua

Entendemos por población nahua todos aquellos individuos que se declaran así mismo pertenecientes a este grupo étnico, caracterizado generalmente como hablantes de la lengua náhuatl. Así mismo se considera como municipio nahua aquél cuya composición poblacional está compuesta en un 40% o más de la población total por miembros de esta etnia¹².

1.2. MARCO EMPÍRICO

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre los más graves problemas de salud pública en todo el mundo se encuentra la infección por VIH y el SIDA¹³.

En el texto “25 años de SIDA en México, logros, desaciertos y retos”, se presentó un estudio basado en la integración de información proveniente de fuentes primarias, secundarias y datos estadísticos,^a donde se observa que de acuerdo al número total de casos registrados, México ocupa el tercer lugar en el continente americano. De acuerdo a estas cifras, a partir del primer caso registrado de SIDA en México en 1983 hasta el 15 de noviembre del 2007, la incidencia acumulada es de 115,651 casos de SIDA, de los cuales el 83% son hombres y el 17% mujeres, observándose así una razón hombre/mujer de 5:1. Del total de los casos el 50% se concentra en cinco entidades federativas las cuales son el Distrito Federal con 20,881, el estado de México con 12,183, el estado de Veracruz con 10,420, el estado de Jalisco con 9,911 y el estado de Puebla con 5,676 casos.

Este estudio también presenta datos de casos rurales en 1994, los cuales ocupaban el 4.7% del total de casos registrados ese año. A partir de entonces se observa una tendencia importante de crecimiento relativo de los casos rurales, dando como resultado para 1999 el 8% de los casos diagnosticados en ese año.

Si bien es cierto que estos casos no tienen un peso relativo, representan un problema al momento de implementar las estrategias de prevención y atención utilizadas en las urbes en los municipios indígenas, ya que con frecuencia la población rural cuenta con menor escolaridad, no se domina la lengua española o se muestra deficiente comprensión de ésta, y se padece desigualdad de género, lo cual interfiere en el momento de interpretar adecuadamente la información sobre la enfermedad².

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

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

En este sentido, las etnias indígenas como integrantes principales de las comunidades rurales están sujetas a mayor vulnerabilidad ante el VIH/SIDA. Los indígenas enfrentan muchos de los mismos obstáculos económicos que enfrentan otros grupos del campo, más otras barreras sociales y culturales particulares, ya que suelen tener menor escolaridad y mayor analfabetismo que la población en general (siendo más grave la situación entre las mujeres).

De acuerdo a la información obtenida en un taller llevado a cabo en Antigua, Guatemala, en Mayo de 2004, algunos de los factores culturales que inciden en la infección del VIH entre los diversos grupos étnicos de la región son los siguientes¹⁴:

- Conocimiento limitado sobre salud sexual y reproductiva.
- La influencia de la Iglesia en los hábitos sexuales.
- Consumo de alcohol y otras drogas.
- La pobreza como potenciador del riesgo.
- La migración que aumenta el riesgo de infección.
- Las relaciones de poder y la construcción cultural de género como potenciador de riesgo.
- Dificultades durante la negociación con la pareja del uso del preservativo.
- Mitos y resistencias en cuanto al uso del preservativo o condón.
- Acceso y uso de condón restringido, dependiendo de la comunidad.
- Violencia doméstica y sexual.
- La mitificación de la fidelidad como factor.
- Discriminación a pueblos indígenas al proveer servicios de salud pública.
- Atención diferenciada de acuerdo con actitudes discriminatorias.
- La falta de educación formal y específicamente en prevención.
- Políticas gubernamentales limitantes para personas que viven con el VIH/SIDA.

- Estigmatización y discriminación de las diferentes formas de expresión de la diversidad.
- El fracaso de las campañas de prevención e información por desconocimiento del idioma de la población.

Existe otro factor que no se considera las más de las veces y es el concepto de enfermedad y salud que tienen estas comunidades y que puede facilitar pero también dificultar la comprensión y apropiación de los conocimientos sobre nuevas enfermedades. Esto, por tanto, afecta a la percepción o no del hecho patológico y la gravedad y grado de riesgo que se le puede otorgar si es reconocida como “enfermedad”.

Según el documento *Abya-Yala Kuyarinakui*, los pueblos indígenas generalmente distinguen las enfermedades del Campo o de la Tierra que pueden ser curadas por los terapeutas indígenas, de aquellas enfermedades introducidas recientemente y que se solucionan con la atención de los médicos universitarios, por lo que algunos pueblos llaman a estas últimas enfermedades de Dios, pues las consideran una especie de castigo divino por haber transgredido algunas leyes propias o por haber entrado en un contacto no apropiado con las costumbres de otros pueblos, de esta manera consideran como “microbiosas” (o como castigos enviados por Dios) a las enfermedades venéreas entre éstas el SIDA¹⁵.

Los quechua de la sierra sur de Ecuador, llaman a la sífilis “enfermedad del hombre y de la mujer” y la relacionan con las “malas costumbres” de los blancos y con el clima cálido y húmedo de la costa¹⁵.

En Centroamérica, los garífunas, asocian las enfermedades venéreas con las concepciones que tienen sobre el cuerpo y sus emanaciones, considerando que el contagio es a través del sudor, el olor, la sangre, el semen o la leche materna¹⁶. También los misquitos, asocian directamente al SIDA con la debilidad del organismo y del pueblo, considerando que si se come bien y se tiene el cuerpo fuerte no se enfermará la persona, sin embargo, una vez cogido por el virus, nadie ni nada lo puede salvar porque no es el SIDA el que mata,

sino que es la brujería y el envenenamiento lo que causa la muerte del enfermo¹⁷.

Los marrones de Surinam, creen que una persona puede contraer una Infección de Transmisión Sexual (ITS) de maneras diferentes de una relación sexual, por ejemplo: los hombres atribuyen su *droipi* (gonorrea) a levantar algo pesado, o al agotamiento y las mujeres creen que la ITS se contrajo después de que ellas se golpearon el dedo del pie en una piedra o como el resultado de una caída al llevar una carga pesada (principalmente una cesta con casabe) en su cabeza¹⁸.

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

Por otro lado, existen algunos estudios que muestran la relación de la migración hacia Estados Unidos con el aumento de los casos de VIH/SIDA en amas de casa de municipios rurales en México. Un ejemplo, es el Estado de México, donde el patrón de la enfermedad muestra que por cada 11 casos en las ciudades del valle de México, hay por lo menos uno en las zonas rurales de la entidad, y que están relacionados con esposas de trabajadores migrantes²⁰.

En febrero del 2004 y en diciembre del 2005 se realizó un estudio en localidades indígenas de Michoacán y Oaxaca, México con altos niveles de expulsión migratoria, con rezago comunitario y casos registrados de VIH/SIDA; dicho estudio titulado “Migración y ruralización del SIDA: relatos de vulnerabilidad en comunidades indígenas de México”, tuvo como objetivo analizar la vulnerabilidad para ITS/VIH entre mujeres purépechas y zapotecas unidas en concubinato con varones que practican sexo sin protección. Los resultados obtenidos señalaron que la ruralización de ITS/VIH puede relacionarse con las prácticas de iniciación sexual femeninas, pero sobre todo

con el miedo del migrante a que su concubina tenga relaciones extraconyugales en su ausencia. El embarazo y la crianza son recursos masculinos de control de las esposas, lo cual implica formas de vulnerabilidad para las mujeres indígenas en las localidades estudiadas, cuya sexualidad tiene un remarcado carácter reproductivo²¹.

En 2007 la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), realizó una consulta con la finalidad de tener una aproximación sobre la percepción que la población indígena tiene acerca del VIH/SIDA en seis estados de la República Mexicana, entre estos Veracruz, donde se consultó a 851 personas procedentes de 18 municipios con población indígena; la edad de los consultados estaba comprendida entre 14 y 78 años. A estas personas se les aplicó un cuestionario, el cual estaba conformado por tres apartados:

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

Los resultados mostraron que el 37.2% de los consultados refirieron haber trabajado fuera de su municipio, el 31.5% fuera del Estado y el 9.3% fuera del país; también se refirió que el 18% de la población consultada no tenía información sobre el SIDA, el 8.4 % no sabe qué es el SIDA, y el 13% no se protege para evitar infecciones de transmisión sexual; así mismo el 27.8% manifestó que en su comunidad rechaza a los enfermos de SIDA²².

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

En el año 2004 y parte de 2005, se realizó el Proyecto 386 *“La problemática del VIH/SIDA en poblaciones migrantes étnicas en contexto de pobreza urbana de la ciudad de Rosario”*, en éste se encontró que los factores que inciden en la problemática de las enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA de los pueblos migrantes indígenas de Rosario son:

- La situación de pobreza extrema.
- La discriminación y estigmatización.
- La falta de capacitación de los profesionales de la salud respecto a nociones básicas de la salud intercultural.
- La no inclusión de la lengua indígena en las políticas preventivas de salud.
- El desconocimiento por parte de los que diseñan las políticas públicas de salud, de la cosmovisión, concepción de salud y saberes tradicionales de los pueblos indígenas.

Así mismo, se observó un notable desconocimiento respecto a las representaciones, creencias y prácticas de los indígenas sobre su sexualidad por parte de los servicios de salud públicos, además de la falta de accesibilidad al sistema de salud ya que se presentan problemas de comunicación o falta de comprensión de las prescripciones médicas, aunado a que la perspectiva biomédica secundariza algunas concepciones de “enfermedad”, que para la comunidad son visualizadas como tales²³.

Otro estudio realizado en las comunidades tobas de Argentina reveló que el VIH-SIDA es considerado como *“una enfermedad” (nalolagá) “que se lleva en la sangre”*, siendo migrantes de contextos rurales las personas que dijeron desconocer por completo el VIH-SIDA. También se encontró asociación entre el consumo de alcohol y drogas y VIH-SIDA siendo manifestada principalmente por los jóvenes, y que dentro de los jóvenes tobas, las más “proclives” a enfermar de VIH-SIDA son las mujeres²⁴.

En un estudio de las comunidades indígenas en Colombia se identificó que en el contexto sociocultural afloran evidencias de una epidemia que amenaza con ser más profunda y dramática de lo que a simple vista parece y en la que confluyen la vulnerabilidad étnica, el género, el estigma, la discriminación, la

pobreza, el conflicto armado, la falta de oportunidades, el desconocimiento, los crecientes procesos de aculturación y el choque con una cultura occidental intolerante²⁵.

Finalmente en el estudio "*VIH y SIDA, pueblos indígenas y originarios e interculturalidad en Bolivia*" se identificó que no existe información sistematizada sobre aspectos socio-culturales como la lengua, la concepción de salud y enfermedad, los roles de género, entre otros, que son susceptibles de generar mayor vulnerabilidad a las ITS y el VIH entre los pueblos indígenas. Además que se observó en algunas comunidades indígenas una fuerte estigmatización hacia las personas que viven con el VIH y/o el SIDA²⁶.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La prevención y atención del VIH han sido hasta la fecha relativamente insuficientes, pues a pesar de que existe una conciencia del peligro en el plano mundial, en México y a nivel individual no existe conciencia del riesgo como para que cambien de forma significativa las personas su comportamiento sexual respecto a la prevención y la atención. Ello se debe a factores que no son médicos ni sanitarios, pero que deben entenderse y tenerse en cuenta en las nuevas estrategias. Además, los medios y las campañas de información no suelen estar adaptados al tipo de lenguaje y a la capacidad de comprensión de la población.

La determinación de las diversas situaciones de alto riesgo plantea dos problemas paralelos al enfoque epidemiológico y son de índole social y cultural²⁷:

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

En este sentido, la población indígena se encuentra en una condición de alta vulnerabilidad frente al VIH/SIDA con relación a la población en general al no contar con las mismas oportunidades y condiciones de educación, salud, socioeconómicas e informativas; esto los hace altamente susceptibles a la presencia de las infecciones de transmisión sexual que pudieran llegar a ser de gran impacto para este grupo poblacional.

Esta situación está relacionada con prácticas de riesgo, marginación, migración, uso de alcohol y drogas, así como relaciones sexuales del alto riesgo al carecer de la práctica del uso del condón.

Pero también a las propias creencias y teorías con las que dan explicación al complejo de signos, dolencias y enfermedades que se asocian al VIH, lo que da una dimensión intercultural al problema de la información, la sensibilización y la concientización ante el problema y las acciones que se desencadenan para su prevención y tratamiento.

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

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

Esta situación es más grave si es considerado el hecho de que en muchas comunidades no se conoce a nadie que esté enfermo de SIDA o haya muerto por esta enfermedad, pues esto hace todavía más improbable que se reconozca al SIDA como una realidad cercana que a su vez posibilite la construcción de un riesgo próximo.

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

permitirá lograr cambios profundos y a largo plazo en el comportamiento de las personas.

De este modo, al considerar las especificidades culturales (el idioma entre las más importantes) en la elaboración de políticas y métodos de prevención y atención del VIH/SIDA, estos serán más eficaces al lograr una mejor calidad en la comunicación y en la trasmisión y comprensión de la información, propiciando una nueva conciencia de responsabilidad y motivando una adecuada disposición para la movilización en contra de la propagación de la epidemia, con miras al mejoramiento del panorama epidemiológico²⁷.

2.1. JUSTIFICACIÓN

En el año 2005 el estado de Veracruz contaba con una población de 7, 110,214 habitantes de los cuales 969,439 (13.6%) eran de procedencia indígena y de estos el 9.5 % se identificaron como monolingües, el 28.9% eran analfabetas el 26.1 no contaban con instrucción primaria²⁸.

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

Por lo anterior, resulta importante que se conozcan y se consideren las particularidades socioculturales de los pueblos indígenas, el perfil epidemiológico que presentan, así como los factores protectores y de riesgo y la atención que reciben por parte de los Servicios de Salud; con la finalidad de diseñar e implementar estrategias y programas adecuados a esta población que garanticen una mayor efectividad en la prevención del VIH/SIDA.

El presente estudio pretendió conocer el nivel de conocimiento y las opiniones que la población nahua de la región de Zongolica tiene sobre el VIH/SIDA, con la finalidad de aportar información precisa que permita elaborar programas que consideren las características socioculturales de esta población, y a través del

diseño e implementación de estrategias adecuadas lograr que esta población identifique cuales son las actividades sexuales asociadas con la transmisión del VIH/SIDA y se consideren vulnerables a contraer la infección y de esta manera prevenir el contagio y su propagación.

2.2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

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

¿Cuál es el nivel de conocimiento y opinión que tiene la población nahua de la Región de Zongolica sobre el VIH/SIDA?

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

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

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

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

3.3. PARADIGMA DE INVESTIGACIÓN

El paradigma de investigación que apoyó este estudio es el positivista, ya que en este se pretendió describir y explicar el tipo y nivel de conocimientos y opiniones que la población nahua de la región de Zongolica Veracruz tiene sobre el VIH/SIDA, a través de la elaboración de un instrumento que contenía variables cuyas dimensiones pudieran cuantificarse y analizarse.

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

4. METODOLOGÍA

4.1. DISEÑO DE ESTUDIO

En epidemiología, cuando no es posible estudiar a la totalidad de una población, es necesario seleccionar a través de algún método estadístico, una muestra representativa que permita obtener información confiable y cuyos resultados puedan extrapolarse hacia toda la población de estudio²⁹.

4.1.1. Tipo de estudio

El presente estudio es de tipo transversal. De acuerdo con la interferencia del investigador en el fenómeno que se analiza, es un estudio observacional, pues se trata de que el investigador sólo describa o mida el fenómeno estudiado, por tanto, no modifica a voluntad propia ninguno de los factores que intervienen en el proceso³⁰.

En este caso se buscó comparar los niveles de conocimiento y opiniones que la población nahua de la región de Zongolica tiene sobre el VIH/SIDA, por lo tanto fue un estudio analítico. Además fue comparativo, dado que se contempló la inclusión de dos poblaciones, las cuales se describieron en función de un grupo de variables.

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

4.2. UNIVERSO Y MUESTRA

4.2.1. Tipo de muestreo

Esta investigación, se centró en el estudio de dos comunidades nahuas cuya población constituyó el universo de estudio. En este caso se eligieron con base a algunas variables de la región en la que se sitúan, tales como la existencia de comunidades hablantes de lengua náhuatl, el grado de analfabetismo, nivel de marginalidad y pobreza, entre otras.

El tipo de muestreo utilizado fue bietápico. En la primera etapa se determinó el universo. La segunda etapa consistió en la selección por conveniencia de la muestra de los individuos a encuestar dentro de las comunidades elegidas.

A continuación se presentan los criterios para la selección de la muestra, los cuales están divididos en criterios para seleccionar la comunidad y criterios para seleccionar a los sujetos de estudio.

I. Criterios para la selección de las comunidades:

Criterios de inclusión

- Comunidades del estado de Veracruz en la región de Zongolica que de acuerdo al II Censo de Población y Vivienda, México, 2005 de INEGI, registren más del 90% de su población total como población indígena.
- Comunidades que tengan muy alto grado de marginalidad de acuerdo al Sistema de indicadores sobre la población indígena de México con base en el *II Censo de Población y Vivienda, 2005*, del INEGI.
- Comunidades con un grado de analfabetismo superior al 35% de acuerdo al Sistema de indicadores sobre la población indígena de México con base en el *II Censo de Población y Vivienda, 2005*, del INEGI.
- Comunidades cuya población sin instrucción primaria sea superior al 30% de acuerdo al Sistema de indicadores sobre la población indígena

- Comunidad con al menos el 50% de población nahua.

Criterios de exclusión

- Comunidad de difícil acceso.

Criterios de eliminación

- Comunidades cuyas autoridades correspondientes, se nieguen a participar o dificulten la realización del estudio.

Criterios de sustitución

- Se sustituirá aquella comunidad eliminada del estudio por otra comunidad seleccionada a conveniencia siempre y cuando cumpla con los criterios de inclusión.

II. Criterios para selección de individuos:

Criterios de inclusión

- Personas que al momento de la entrevista, se declaren residentes de la comunidad.
- Personas mayores de 15 años que acepten participar en la encuesta.

Criterios de exclusión

- Personas con alguna discapacidad que les impida participar en la encuesta.

Criterios de eliminación

- Personas que refieran tener dificultades para comprender el planteamiento de las preguntas.

- Personas con alguna discapacidad que no le permita responder a las preguntas.

Etapa I: selección del universo

Para cumplir con la primera etapa del diseño de estudio que corresponde a la selección del universo de estudio, se realizó una revisión preliminar de algunos indicadores para los 49 municipios indígenas del Estado de Veracruz^b, a partir de los cuales se ha considerado la región de Zongolica como la región de estudio. Según esta revisión y tomando en cuenta los criterios de selección de la comunidad antes mencionados, se elaboró una relación de los municipios que cumplieran con dichos criterios (anexo 1)²⁸.

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

La primera de estas comunidades fue Mixtla de Altamirano, considerada uno de los municipios más pobres del país. Tiene una distancia aproximada de dos horas de recorrido en automóvil hasta la ciudad de Orizaba. Catalogado como de muy alto grado de marginalidad, es un municipio que cuenta con 9,572 habitantes de los cuales 9,550 son población indígena (99.8%) y 3,571 son monolingües, la lengua indígena es el náhuatl. Existen 3,472 personas analfabetas (62.7%) y 3,272 sin instrucción primaria (59.1%)²⁸.

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

La siguiente comunidad visitada fue Tequila, la cual se encuentra aproximadamente a una hora de recorrido en automóvil de la ciudad de Orizaba. También es considerado un municipio con muy alto grado de marginalidad, cuenta con 12,206 de los cuales 11,960 son población indígena (98%), siendo el náhuatl la principal lengua indígena. De la población de 15 años y más 2,476 son analfabetas (34.2%) y 2,164 no tienen instrucción primaria (30%)²⁸.

Por último fue visitado el municipio de Ixhuatlancillo, el cual se encuentra a 20 minutos por carretera de la ciudad de Orizaba. Es considerado un municipio con alto grado de marginalidad; cuenta con 15,644 de los cuales 6,557 son indígenas (41.9%), 231 son monolingües (1.5%). La población analfabeta de este municipio es de 2,378 personas (15.2%) y 2,370 no tienen instrucción primaria (15.1%). Sin embargo este municipio no cumple los criterios antes establecidos por lo que no fue considerado como parte del universo de estudio²⁸.

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

Etapa II: selección de la muestra

La segunda etapa consistió en seleccionar la muestra de las personas a quienes se les aplicó el instrumento, este muestreo se realizó por cuotas (muestreo determinístico).

En este tipo de muestreo se utilizan los datos de los estratos de la población (que pueden ser por sexo, religión u otros), con la finalidad de seleccionar sujetos que sean representativos de la población. En otras palabras, se asignan cuotas o proporciones a cada estrato³¹.

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

Es importante mencionar que la muestra se obtuvo del total de la población de la cabecera municipal y no del total de población de cada municipio, ya que es ahí donde se realizó el estudio.

A continuación se muestran una tabla por cada una de las dos localidades seleccionadas para el estudio (Mixtla de Altamirano y Tequila), con la distribución de la población por grupo de edad (2005) y la cuota asignada a cada grupo, la cual fue obtenida a través del porcentaje que representa cada grupo de edad en relación al grupo de 15 años y más.

Cuadro No. 2. Distribución de la población y cuota por grupo de edad de Mixtla de Altamirano (cabecera municipal)

Grupos de edad	Mixtla de Altamirano	Total de población ≥ 15 años n= 315	Porcentaje de la población por sexo		Cuotas	
			Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
15-24		129	20.5	20.5	6	6
25-49		13	2.1	2.1	1	1
50-59		150	23.8	23.8	7	7
60-64		13	2.1	2.1	1	1
65 y más		10	1.6	1.6	1	1
Total		315	50.0	50.0	16	16

Fuente: INEGI II Censo de Población y Vivienda, México. 2005.

Cuadro No. 3. Distribución de la población y cuota por grupo de edad de Tequila (cabecera municipal)

Grupos de edad	Tequila	Total de población ≥ 15 años n= 2105	Porcentaje de la población por sexo		Cuotas	
			Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
15-24		708	16.8	16.8	11	11
25-49		191	4.5	4.5	3	3
50-59		954	22.7	22.7	14	14
60-64		88	2.1	2.1	1	1
65 y más		164	3.9	3.9	2	2
Total		315	50.0	50.0	31	31

Fuente: INEGI II Censo de Población y Vivienda, México. 2005.

4.3. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

Como sabemos, las variables son atributos o características de los eventos, de las personas o de los grupos de estudio que cambian de una situación a otra o de un tiempo a otro y que, por lo tanto pueden tomar diferentes valores. Se clasifican en³²:

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

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

- Para el análisis demográfico se propusieron las variables:
 - Edad
 - Sexo
 - Lugar de residencia
 - Condición de alfabetismo
 - Nivel de instrucción (escolar)
 - Migración
 - Religión
- Para el análisis etnolingüístico se propusieron las variables:
 - Condición de habla española
 - Condición de habla de lengua indígena (náhuatl)
 - Identidad étnica autoasignada
- Para el análisis de las condiciones socioeconómicas de la población de estudio se propusieron las variables:
 - Ocupación
 - Ingresos económicos
- Se propusieron las siguientes variables para saber el nivel de conocimiento y opinión sobre el VIH/SIDA en la población de estudio:
 - Conocimiento de lo que es el VIH/SIDA
 - Opinión:

- Actitud hacia el VIH/SIDA
- Percepción del riesgo de VIH/SIDA
- Conocimiento y actitud ante el uso de condón

4.3.1. Variables demográficas

Cuadro No. 4. Variables e indicadores demográficos

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Fuente	Escala de medición	Indicador
Edad ^c	Años cumplidos que tiene la persona desde la fecha de su nacimiento hasta el momento de la entrevista.	Edad proporcionada por el entrevistado	Cuestionario	Discreta	Años cumplidos.
Sexo ^c	Condición biológica que distingue a las personas en hombres y mujeres.	Sexo declarado por el entrevistado.	Cuestionario	Nominal	Porcentaje de la población por sexo.
Lugar de residencia ^c	Localidad donde reside la persona.	Comunidad donde se localiza la vivienda de la persona encuestada.	Cuestionario	Nominal	Nombre de la comunidad.
Condición de alfabetismo ^d	Situación que distingue a la población de quince años y más, según declare saber leer y escribir un recado.	Personas que declaren saber leer o escribir al momento de la encuesta.	Cuestionario	Ordinal Satisfactorio Medianamente satisfactorio No satisfactorio	Porcentaje de la población que sepa leer y escribir.

^c Instituto Nacional de Estadística (Glosario) 2007. (14 páginas). Disponible en INEGI (base de datos en internet). México: Instituto Nacional de Estadística. (acceso 28 de octubre de 2008) (Glosario completo). (14 páginas). Disponible en http://www.ine.es/prodyser/pubweb/disc_inf05/disca_ig_glo.pdf

^d Glosario. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. En: http://www.cdi.gob.mx/index.php?id_seccion=400

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Fuente	Escala de medición	Indicador
Nivel de instrucción ^d	Grado de estudio más alto aprobado por la población de cinco años y más de edad, en cualquiera de los niveles del Sistema Educativo Nacional o su equivalente en el caso de estudios en el extranjero.	Nivel de estudios cursados declarado por el encuestado	Cuestionario	Ordinal: preescolar, primaria, secundaria, preparatoria o bachillerato, normal básica, carrera técnica o comercial, profesional, maestría o doctorado	Porcentaje de personas según nivel de instrucción.
Religión ^d	Creencia o preferencia espiritual que declare la población, sin tener en cuenta si está representada o no por un grupo organizado.	Creencia o preferencia espiritual que declare tener la persona al momento de la encuesta	Cuestionario	Nominal	Porcentaje de la población según su religión.
Migración ^e	Es el cambio de residencia de una o varias personas de manera temporal o definitiva, generalmente con la intención de mejorar su situación económica así como su desarrollo personal y familiar.	Cuando una persona deja el municipio, el estado o el país donde reside para irse a vivir a otro lugar.	Cuestionario	Nominal	Porcentaje de personas que han migrado

^c Instituto Nacional de Estadística (Glosario) 2007. (14 páginas). Disponible en INEGI (base de datos en internet). México: Instituto Nacional de Estadística. (Acceso 28 de octubre de 2008) (Glosario completo). (14 páginas). Disponible en http://www.ine.es/prodyser/pubweb/disc_inf05/disca_ig_glo.pdf

^d Glosario. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. En: http://www.cdi.gob.mx/index.php?id_seccion=400

^e Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. INEGI. Mujeres y Hombres en México 2005. Disponible en: http://www.ine.es/prodyser/pubweb/disc_inf05/disca_ig_glo.pdf

4.3.2. Variables etnolingüísticas

Cuadro No. 5. Variables e indicadores etnolingüísticas

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Fuente	Escala de medición	Indicador
Condición de habla española ^d	Situación que distingue a la población de cinco años y más respecto al conocimiento y uso competente de la lengua española.	Personas que al momento de la entrevista declare hablar y comprender la lengua española.	Cuestionario	Nominal	Porcentaje de la población que comprenda de modo satisfactorio la lengua española.
Condición de habla de lengua indígena ^d	Situación que distingue a la población de cinco años y más, según declare conocer y usar competentemente o no alguna lengua indígena.	Personas que al momento de la entrevista declare hablar y comprender alguna lengua indígena.	Cuestionario	Nominal	Porcentaje de la población que comprenda de modo satisfactorio alguna lengua indígena.
Identidad auto-asignada ^f	Conjunto de rasgos propios de un individuo o de una colectividad que los caracteriza frente a los demás.	Individuos que se declaran así mismo pertenecientes al grupo étnico nahua, y que son hablantes de la lengua náhuatl.	Cuestionario	Nominal	Porcentaje de la población que se declare perteneciente a la etnia nahua.

^d Glosario. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. En: http://www.cdi.gob.mx/index.php?id_seccion=400

^f Diccionario de la lengua española, Vigésima segunda edición. Disponible en: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=identidad

4.3.3. Variables socio económicas

Cuadro No. 6. Variables e indicadores socioeconómicos

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Fuente	Escala de medición	Indicador
Ocupación	Conjunto de funciones, obligaciones y tareas específicas que desempeñan las personas de 12 años y más, en su trabajo.	Personas que hayan declarado realizar alguna de las siguientes actividades: <ul style="list-style-type: none"> • Estudiar • Quehaceres del Hogar • Trabajar 	Cuestionario	Nominal	Porcentaje de personas de 15 años y más según condición de actividad: <ul style="list-style-type: none"> • Estudiantes • Personas dedicadas a los quehaceres del hogar. • Trabajo • Desocupados
Ingreso económico	Ingreso promedio anual del hogar (suma los ingresos de la población económicamente activa incluida en el hogar y se pondera de acuerdo con el número de ocupantes del hogar) ⁹ .	Dinero aportado semanalmente por los miembros de la familia para el sostenimiento diario y el patrimonio económico.	Cuestionario	Ordinal Nivel alto Nivel bajo	Porcentaje de la población según su ingreso económico semanal.
Renta per cápita	-	Ingreso semanal de la familia, promediado entre todos los integrantes de la misma.	Cuestionario	Ordinal Nivel alto Nivel bajo	Porcentaje de la población según su renta per cápita.

⁹ Arredondo A, Nájera P, Leyva R. Atención médica ambulatoria en México: el costo para los usuarios. Salud Pub Méx. 1999; Vol. 41(1):18-26

4.3.4. Variables sobre percepción y factores asociados al VIH/SIDA

Cuadro No. 7. Variables sobre conocimiento y opinión sobre el VIH/SIDA

Variable	Dimensiones	Definición Operacional	Fuente	Escala de medición	Indicador
Conocimiento de lo que es el VIH/SIDA	Conocimiento de los mecanismos de transmisión del VIH.	Personas que al momento de la encuesta, declaren saber qué es el VIH/SIDA, cómo se transmite o adquiere, cómo se manifiesta, cómo se trata, y formas de prevención.	Cuestionario	Ordinal Satisfactorio Medianamente satisfactorio No satisfactorio	Porcentaje de personas que tengan conocimiento sobre los mecanismos de transmisión del VIH.
	Conocimiento de las manifestaciones clínicas del VIH/SIDA.				Porcentaje de personas que tengan conocimiento sobre las manifestaciones clínicas del VIH/SIDA.
	Conocimiento del tratamiento para el VIH/SIDA.				Porcentaje de personas que tengan conocimiento sobre el tratamiento del VIH/SIDA.
	Conocimiento sobre formas de prevención del VIH.				Porcentaje de personas que tengan conocimiento sobre las formas de prevención del VIH.

Variable		Definición conceptual	Definición operacional	Fuente	Escala de medición	Indicador
Opinión	Actitud hacia el VIH/SIDA	Disposición para actuar de una forma determinada frente al VIH/SIDA.	Disposición para actuar de manera satisfactoria, medianamente satisfactoria, no satisfactoria, frente al riesgo de infectarse por VIH/SIDA.	Cuestionario	Ordinal Satisfactorio Medianamente satisfactorio No satisfactorio	Porcentaje de personas según su actitud frente al VIH/SIDA.
	Percepción del riesgo de VIH/SIDA	Valoración de la gravedad, virulencia, patogenicidad de la enfermedad y la situación de vulnerabilidad ante la misma.	Opinión que emite la persona entrevistada sobre la virulencia de la enfermedad, el riesgo propio de ser contagiada con VIH y enfermarse de SIDA.	Cuestionario	Ordinal Satisfactorio Medianamente satisfactorio No satisfactorio	Número y tipo de situaciones y prácticas consideradas de riesgo.
Conocimiento y actitud ante el uso del condón ^h		Método que se utiliza para evitar el contagio de ITS y VIH/SIDA.	Personas que manifiestan conocer y utilizar condones como medio de protección contra el VIH/SIDA y otras ITS.	Cuestionario	Ordinal Satisfactorio Medianamente satisfactorio No satisfactorio	Porcentaje de personas que saben sobre el uso del condón. Porcentaje de personas con actitud positiva hacia el uso del condón.

^h NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-005-SSA2-1993, DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/rm005ssa293.html>

4.4. TÉCNICA DE OBTENCIÓN DE DATOS

Una vez diseñado el estudio y las variables a investigar, fue necesario definir los instrumentos que se utilizaron para recolectar la información. Para este estudio se diseñóⁱ un cuestionario que permitiera conocer el nivel de conocimientos de la población nahua de la región de Zongolica Veracruz sobre el VIH/SIDA (anexo 2), cuya aplicación se hizo a través de encuestadores. Este cuestionario está conformado por un total de 89 ítems distribuidos en los siguientes apartados:

Datos generales

Este apartado consta de veinticinco ítems, cuya finalidad es conocer el dominio del castellano así como de la lengua indígena de la localidad, también se pregunta por la ocupación del encuestado, sus ingresos económicos, la religión que profesa y la condición de migración del mismo.

Servicios de salud

Aquí se plantean nueve ítems cuya intención es indagar sobre los servicios médicos con que cuenta la comunidad, la condición de derechohabencia de las personas encuestadas, y cuál es el servicio médico de su elección, así como su situación dentro del programa Oportunidades.

ⁱ Una parte del diseño de este cuestionario se basó en la adaptación castellana de las escalas sobre: conocimientos del VIH e ITS; sobre preocupación sobre ETS y SIDA; sobre actitudes hacia el preservativo, todas estas de Bermúdez, MP; así como en la escala sobre locus de control de salud adaptada para SIDA, de Bermúdez, Sánchez y Buena-Casal en el año 2000. Estos instrumentos fueron obtenidos a través de la Mtra. Liliana López, quien en diciembre de 2008 realizó un trabajo de investigación para obtener el grado de máster en la Universidad de Granada, y el cual lleva por título “Locus de control, preocupación, actitudes y conocimiento sobre el VIH. Análisis comparativo entre adolescentes indígenas y mestizos mexicanos”.

Conocimientos y opinión

En este apartado se busca explorar las principales variables de este estudio y consta de 49 ítems a través de los cuales se busca conocer el nivel de conocimiento y la opinión que las personas encuestadas tienen sobre el VIH/SIDA³³.

También contiene una hoja de presentación que incluye celdas para registrar los datos del encuestador, la fecha, la hora de inicio y término de la encuesta, y la dirección de la persona encuestada, así como instrucciones claras de acuerdo a cada pregunta para la recolección adecuada de la información.

A la par de la elaboración del cuestionario en español, se hizo una adaptación de éste al náhuatl en las dos variantes de acuerdo a la localidad donde se aplicó dicho instrumento. Esta adaptación al náhuatl pasó por diversas dificultades, pues además de las necesidades y requisitos que exige la adecuación de una encuesta a la lengua de uso del entrevistado, en las dos comunidades donde se aplicó el cuestionario la lengua náhuatl manifiesta un fuerte proceso de dialectalización.

Esta ha sido la razón por la cual se realizaron versiones diferentes para las dos localidades donde se realizó la encuesta (Mixtla de Altamirano y Tequila), sin embargo, a pesar de encontrar similitudes en el léxico, hay diferencias de uso que no permitieron (al menos por el tiempo con el que se contó para la investigación y con los medios que se dispusieron), realizar una versión estándar para ambos municipios.

Es importante comentar que además de las diferencias de léxico, también se enfrentaron problemas terminológicos en la adaptación de los conceptos que se querían explorar y preguntar al compararlo con el protocolo y diseño en español, ya que se buscaban palabras que en náhuatl tuvieran un significado

similar en español y no solo una “mera traducción” que condujera a la incompreensión de lo que se deseaba preguntar.

Por lo tanto, se partió de un proceso de construcción paralelo, para las tres versiones del cuestionario siguiendo los mismos pasos de principio a fin. Evitando hacer una mera traducción, realizando un trabajo paralelo en cuya fase final se verificó que las preguntas en náhuatl llevaran a las mismas respuestas esperables en el cuestionario en español y que comprobaran que se hablaba de lo mismo desde usos de la lengua y estructuras conceptuales diferentes.

Durante el proceso de adaptación se observó que algunas preguntas plantearon graves problemas por la dificultad de encontrar categorías similares en aspectos como:

- Las relaciones sexuales
- Las relaciones de pareja (estado civil, modos de relación íntima)
- La clasificación y nominación de tipos de enfermedades
- La concepción de procesos de transmisión epidémica

Igualmente, en la redacción de “afirmaciones”, se buscó como objetivo indispensable conservar el concepto sobre la forma, de modo que la información tenga significación y validez semántica. En muchas ocasiones las traducciones producen alteraciones que ponen en náhuatl textos escritos en español como lengua de origen y que no tienen sentido para el nahuahablante por no tener una construcción gramatical lógica y correcta. En ese sentido, el proceso ha sido riguroso, aunque por el contrario muy trabajoso.

4.4.1. Plan para establecer la validación de los instrumentos

El término validez se refiere “*al grado en que un instrumento mide realmente la variable que se desea medir*”³⁴. En esta investigación para obtener la validez de contenido se realizó en primer lugar un grupo de discusión, conformado por habitantes de la comunidad de estudio, quienes fueron elegidos a conveniencia con la finalidad de revisar, discutir y aportar conocimientos que permitieran la adecuación del instrumento en español a la comunidad, esto con la finalidad de disminuir la posibilidad de sesgos en la respuesta a las preguntas.

Posteriormente, y a medida que se avanzaba en el proceso de adaptación de las encuestas en español y las dos variantes del náhuatl, se solicitó la colaboración de un grupo de personas originarias de las comunidades de estudio con buen dominio del náhuatl, quienes conformaron un equipo coordinado por un experto en dicha lengua, para la revisión y mejoramiento de la encuesta.

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

En este caso se aplicó el cuestionario a ocho personas, cuyas características fueran semejantes a la población donde se realizaría el estudio (cuatro de ellas con buen dominio del español y otras cuatro con buen dominio del náhuatl). De igual manera, durante esta prueba se hizo un registro escrito de las dificultades o problemas que se observaron durante la misma, lo anterior

con la finalidad de corregir errores y problemas en el cuestionario y su procedimiento de aplicación.

Entre los resultados obtenidos se advirtió entre las personas a las que se administró como prueba el cuestionario, que existían en ese sentido problemas de comprensión. Sin embargo, algunas cuestiones sobre el uso del léxico no se debían tanto a que la palabra no fuera de uso por la comunidad, como al deficiente grado de uso y conocimiento de la lengua por jóvenes sujetos a un proceso de abandono de su lengua materna o a falta de cuidado y cultivo de la misma. Igualmente algunas observaciones sobre el no uso de algunos términos respondía a criterios personales de los hablantes de acuerdo a cierto purismo o gusto personal, pero no a su ininteligibilidad.

Posterior a esto se hicieron las correcciones pertinentes para su aplicación a la muestra poblacional del estudio.

4.4.2. Plan para determinar la confiabilidad de los instrumentos

“La confiabilidad de un instrumento de medición se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto produce resultados iguales”³². La confiabilidad puede determinarse a través de diversas técnicas, en el caso de este estudio se consideró utilizar el método de formas alternativas o paralelas, la cual consistió en aplicar las tres versiones del instrumento de medición a un grupo de ocho personas simultáneamente, y cuyos resultados mostraron que el instrumento era confiable.

4.4.3. Recolección de la información

Una vez definida la población y el tamaño de muestra y dada la importancia de realizar una adecuada recolección de la información, se integró un equipo

de encuestadores quienes fueron capacitados previamente con la finalidad de evitar errores u omisiones al momento de recolectar la información. El equipo estuvo conformado por cuatro personas con buen dominio del español y cuatro personas con buen dominio del náhuatl para la comunidad de Mixtla de Altamirano y dos para Tequila.

La capacitación consistió en dar a conocer a fondo el cuestionario en sus tres versiones, la estructura del mismo y la secuencia de aplicación, así como algunas recomendaciones para interrogar dentro del apartado de conocimiento y opinión. También se explicó el esquema de muestreo a utilizar (por cuotas) y el procedimiento a seguir en caso de que no se pudiera aplicar la encuesta, ya sea porque la persona encontrada no cumpliera con los criterios de inclusión o porque se negara a participar en el estudio.

Es importante mencionar que dentro de este plan de recolección de la información, también se incluyó la participación de un supervisor, quién una vez recolectada la información por parte de los encuestadores, revisó el llenado de los cuestionarios para evitar anomalías u omisiones. La recolección de la información se realizó en dos etapas:

En la primera etapa se aplicó el cuestionario el día 31 de mayo en Mixtla de Altamirano, donde se contó con el apoyo de cuatro nahuahablantes del lugar, ya que la finalidad de diseñar un cuestionario en español y adaptarlo al náhuatl, era para que en el momento de la aplicación de dicho instrumento, el encuestado pudiera elegir según su dominio del idioma, aquella versión idiomática que le permitiera la adecuada comprensión de las preguntas. Por lo tanto, previa capacitación de los encuestadores, se organizaron por parejas (uno con buen dominio del castellano y otro con buen dominio del náhuatl) y se les asignó el grupo de edad a encuestar. Una vez iniciada la recolección de la información, se fueron identificando a las personas que

cumplieran con los criterios de inclusión y se les preguntó si preferían ser interrogadas en español o en náhuatl.

De esta forma se aplicaron las 32 encuestas en un tiempo aproximado de 3 horas y media, siendo la cuota de los varones la que tardó en completarse un poco más en relación a la de las mujeres. Al completar cada quien su cuota, se regresó al punto de reunión, se entregaron los cuestionarios aplicados al supervisor para su revisión. En general y de acuerdo a las impresiones recabadas de cada uno de los encuestadores, fue una actividad que se llevó a cabo sin problemas y que el único factor desfavorable fue la distancia que hay entre casa y casa y la irregularidad del terreno, lo cual además exigió un gran esfuerzo físico.

En la segunda etapa, se recolectó la información el día 9 de junio en la cabecera municipal de Tequila con el apoyo de dos habitantes del lugar, donde se inició la aplicación de los cuestionarios con el inconveniente de que las autoridades municipales convocaron a las mujeres a asistir a un auditorio para que les fueran entregados algunos presentes como regalo por el día de las madres, por lo que fue un poco complicado encontrarlas en su vivienda.

Con un poco de dificultad se fueron aplicando los cuestionarios, ya que, con respecto a los hombres fue complicado encontrarlos en sus hogares, pues se encontraban también en sus sitios de trabajo. En cuanto a las mujeres, algunas fueron captadas de regreso a su vivienda, pues venían de recoger sus obsequios. Finalmente, después de casi siete horas de trabajo se logró completar la cuota para ambos sexos. Al recolectar las observaciones de los encuestadores, manifestaron que el único problema presentado son las distancias que fue necesario recorrer y lo accidentado del terreno, así como cierta dificultad para localizar a las personas en su vivienda pues la mayoría se encontraba realizando sus actividades laborales.

4.5. PLAN DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

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

También se diseñó una base de datos en el programa estadístico SPSS versión 17 la cual cumplió con los requerimientos de la investigación. Para la validación de esta última base de datos se realizaron exploraciones y análisis preliminares para verificar que los datos habían sido codificados apropiadamente y en general la funcionalidad de la base con respecto a las necesidades de la investigación.

Cumplidos estos requisitos se diseñó un plan de análisis de información que cumplió con los objetivos del estudio.

4.6. PLAN DE ANÁLISIS

El análisis estadístico se realizó considerando cada uno de los objetivos específicos siguiendo las recomendaciones de Hernández B, y Col. ³⁵.

Objetivo específico:

- Describir la población de estudio

Plan de análisis

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

Objetivo específico:

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

Plan de análisis:

Para este cumplir con este objetivo, primero se categorizaron las respuestas a las preguntas derivadas de las variables: conocimiento de lo que es el VIH/SIDA, percepción del riesgo a contraer VIH/SIDA, actitud ante el riesgo de contraer VIH/SIDA, discriminación hacia las personas que viven con VIH/SIDA y actitud ante el uso del condón, posteriormente se obtuvo la **distribución de frecuencias y frecuencias relativas** para conocer el número de observaciones y la distribución porcentual de las observaciones dentro de las categorías de cada variable.

Finalmente para hacer comparación de proporciones se utilizó la prueba χ^2 **significativa** (y en los casos necesarios se utilizó la prueba exacta de Fisher), y en el caso de variables de resultado continuas y variables de exposición categóricas, se empleo la prueba t para diferencia de proporciones (**t de Student**). En estas pruebas se buscó un índice de confianza (IC) de 95% y un valor de $p=0.05$.

Objetivo específico:

- Identificar los factores asociados al nivel de conocimiento y opinión que la población nahua tiene sobre el VIH/SIDA.

Plan de análisis:

Se calculó la razón de momios, a través de la formula $(a/b)/(c/d)$ o con la razón de productos cruzados $(a*d)/(b*c)$. Para obtener este cálculo se diseñaron tablas tetracóricas donde se organizaron los datos colocando en las columnas la distribución del nivel de conocimiento y en las filas fueron colocadas las variables con las cuales se buscó asociación. A continuación se presenta un ejemplo:

	Con nivel de conocimiento satisfactorio/medianamente satisfactorio	Con nivel de conocimiento no satisfactorio
Sexo femenino	a	b
Sexo masculino	c	d

Si el resultado muestra un valor mayor de uno significa que existe mayor posibilidad de que haya más personas con un nivel de conocimiento no satisfactorio en el grupo de las mujeres en relación con el de los hombres. Un valor menor a uno significa que la posibilidad de que haya más personas con un nivel de conocimiento no satisfactorio es menor en el grupo de los hombres que en el grupo de las mujeres

5. RESULTADOS

5.1. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

5.1.1. Características demográficas

En este estudio se incluyó una muestra de 94 personas, 32 de ellas habitantes de Mixtla de Altamirano y 62 originarias de Tequila. Es importante mencionar que pese a que la información se recolectó a través de un muestreo por cuotas donde ambos sexos estarían representados por el mismo porcentaje de participantes, el análisis se realizó sólo de la información obtenida de aquellas personas que se identificaron como pertenecientes al grupo nahua, las cuales para Mixtla de Altamirano fueron 29 (90.6%) y para tequila 60 (96.8%), observándose una diferencia de 6%, y cuyos datos demográficos se presentan en la tabla No.1.

Para este grupo la edad promedio de los habitantes de Mixtla de Altamirano fue de 41.3 con una desviación estándar de 17.9 años, no observándose diferencia significativa ($p=0.95$) con respecto a los habitantes de Tequila, cuya edad promedio fue de 41.1 con una desviación estándar de 17.9 años. Con respecto a la distribución por sexo, se observó mayor participación de los hombres en Mixtla de Altamirano con 16 (55.2%) en relación con las mujeres 13 (44.8%), y 30 (50%) de cada sexo en Tequila con un valor de $p=0.66$.

En cuanto al grado escolar, se crearon dos categorías, la primera de ellas representa a las personas que manifestaron tener ningún grado escolar o solo primaria y cuyas cifras son las siguientes: 15 (51.7%) de Mixtla de Altamirano y 15 (25.0%) de Tequila se declararon sin ningún grado de

escolaridad, además se observó que 8 (27.6%) de Mixtla de Altamirano y 20 (33.3%) de Tequila manifestaron tener primaria, observándose una diferencia porcentual del 5.7%. La segunda categoría incluye a quienes tienen una escolaridad igual o superior a la de secundaria, observándose que: con grado de secundaria se manifestaron 4 (13.8%) en Mixtla de Altamirano y 14 (23.3%) en Tequila con una diferencia de 9.5%; con bachillerato se manifestaron 2 (6.9%) de Mixtla de Altamirano y 9 (15.0%) de Tequila, con una diferencia de 8.1%; en cuanto al grado universitario y algún otro grado de escolaridad sólo en Tequila se registró 1 (1.7%) para cada uno de estos grados. El valor de p entre estas dos categorías es de 0.06 lo cual sugiere que comparando las dos comunidades, en Tequila se observa un nivel educativo más amplio con respecto a Mixtla del Altamirano, donde más del 50% no tienen escolaridad y quienes la tienen se encuentran en los grados básicos de primaria, secundaria y bachillerato, sin poder acceder a la educación universitaria.

Con respecto a la relación en pareja (noviazgo, unión libre o matrimonio) se registró que en Mixtla de Altamirano 15 (51.7%) manifestaron tener pareja observándose una diferencia de 20% en relación con Tequila donde se registró que 43 (71.7%) de las personas encuestadas manifestaron tener alguna relación de pareja. La diferencia estadística entre estas dos variables fue de <0.001 .

Sobre la religión profesada por los encuestados, 26 (89.7%) de Mixtla de Altamirano y 54 (90.0%) de Tequila se manifestaron como católicos. Entre quienes manifestaron pertenecer a otras confesiones cristianas, tenemos que en Tequila 6 (10.0%) se identificaron como evangélicos y en Mixtla de Altamirano 3 (10.3%). Esto nos indica que hay un predominio de la religión católica en ambas localidades. Para esta variable el valor de $p=0.99$

Tabla No. 1. Descripción demográfica de los municipios de Mixtla de Altamirano y Tequila Veracruz. Febrero-julio de 2009

Datos demográficos	Mixtla de Altamirano n=29	Tequila n=60	P
Edad (años), media \pm DE	41.3 \pm 17.9	41.1 \pm 17.9	0.95
Sexo masculino n (%)	16 (55.2)	30 (50.0)	0.66
Identidad autoasignada (nahua) n (%)	29 (90.6)	60 (96.8)	
Grado escolar n (%)			
\leq Primaria	23 (79.3)	35 (58.3)	0.06
\geq Primaria	6 (20.7)	25 (41.7)	
Con pareja n (%)	15 (51.7)	43 (71.7)	< 0.001
Religión n (%)			
Católica	26 (89.7)	54 (90.0)	0.99
Evangélica y otras confesiones cristianas	3 (10.3)	6 (10.0)	

n: total de sujetos DE: Desviación estándar (%) porcentajes
 Proporciones comparadas mediante X² o prueba Exacta de Fisher.
 Medias comparadas mediante t de Student.

En la tabla No. 2 se continúa con la descripción demográfica de la población de estudio, en este caso para presentar datos de migración. Así tenemos que de la población encuestada que manifestó haber vivido fuera de su comunidad, 14 (48.3%) son de Mixtla de Altamirano y 23 (39.0%) de Tequila, con una diferencia de 9.3% menor en Tequila. El tiempo de permanencia fuera de su comunidad se distribuyó en dos categorías. En la primera se incluyen quienes han vivido fuera de su comunidad por un periodo menor a un año y que se divide de la siguiente manera: de 1 a 3 meses 7 (24.1%) son de Mixtla de Altamirano y 7 (11.7%) de Tequila; de 3 a 6 meses 3 (10.3%) son de Mixtla de Altamirano y 5 (8.3%) de Tequila; de 6 meses a 1 año 2(6.3%) son de Mixtla de Altamirano y 3 (4.8%) de Tequila. La segunda categoría incluye a quienes han vivido fuera de su comunidad por un periodo mayor a 1 año y donde se observó que 2 (6.9%) son de Mixtla de Altamirano y 6 (10.0%) de Tequila. Esto nos permite observar que temporalmente existe

menor permanencia de los habitantes de Mixtla de Altamirano fuera de la comunidad en relación con los de Tequila. Para estas variables el valor de $p=0.68$.

Los principales lugares a los que manifestaron migrar se han dividido en dos categorías. En la primera se encuentran quienes han migrado a lugares dentro del Estado de Veracruz y donde se observaron los siguientes resultados: a Córdoba con 1 (3.4%) de Mixtla de Altamirano y 2 (3.3%) de Tequila; Orizaba con 10 (17.0%) de Tequila; y Tezonapa con 2 (6.9%) de Mixtla de Altamirano. La segunda categoría incluye a quienes han migrado fuera del Estado de Veracruz y que son México con 3 (10.3%) habitantes de Mixtla de Altamirano y 1 (1.7%) de Tequila; y La Paz con 2 (3.3%) de Tequila. Para estas variables el valor de $p= 0.49$. Estas cifras muestran que los habitantes de Mixtla de Altamirano prefieren migrar hacia lugares más lejanos con relación a los de Tequila que en su mayoría prefieren lugares aledaños a su comunidad (a excepción de los que migran hacia La Paz).

Los motivos por los que manifestaron salir de su comunidad se dividieron en dos categorías. En la primera se encuentran quienes manifestaron como motivo principal de migración el trabajo con 12 (41.4%) de los habitantes de Mixtla de Altamirano y 20 (33.3%) de Tequila, con una diferencia de 8.1%. En la segunda categoría se encuentran quienes han salido de su comunidad por motivos diferentes al trabajo, entre estos tenemos que de los habitantes de Tequila 2 (3.3%) manifestaron salir de su comunidad para estudiar; y 4 (6.9%) de Mixtla de Altamirano y 1 (1.7%) de Tequila declararon salir de su comunidad por otros motivos. Lo anterior demuestra que el principal motivo que tienen los habitantes para migrar de sus lugares de origen es para trabajar y esto puede indicar que el nivel económico de su comunidad es muy bajo. El valor encontrado para esta variable es de 0.99.

Tabla No. 2. Datos migratorios de los municipios de Mixtla de Altamirano y Tequila Veracruz. Febrero-julio de 2009

Datos migratorios	Mixtla de Altamirano n=29	Tequila n=60	P
Emigración, n (%)	14 (48.3)	23 (39.0)	0.49
Tiempo que ha vivido fuera de su comunidad n (%)			
≤ 1 año	12 (85.7)	17 (73.9)	0.68
≥ 1 año	2 (14.3)	6 (26.1)	
Lugar de destino, n (%)			
Dentro del Estado de Veracruz	7 (50.0)	15 (65.2)	0.49
Fuera del Estado de Veracruz	7 (50.0)	8 (34.8)	
Causa o motivo para emigrar n (%)			
Para trabajar	12 (85.7)	20 (87.0)	0.99
Para estudiar u otros	2 (14.3)	3 (13.0)	

n: total de sujetos

(%) porcentajes

Proporciones comparadas mediante X2 o prueba Exacta de Fisher.

Medias comparadas mediante t de Student.

En la tabla No. 3 se presenta la situación de la población de estudio dentro del programa oportunidades, observándose que 25 (86.2%) de Mixtla de Altamirano y 31(51.7%) de Tequila manifestaron pertenecer a dicho programa, con un valor de p de 0.002; de estos quienes reciben el apoyo se han dividido en dos categorías. La primera donde se incluye como beneficiaria a la persona encuestada y cuyos resultados son: 11 (44.0%) encuestadas de Mixtla de Altamirano y 11 (35.5%) encuestadas de Tequila, con una diferencia de 8.5%; y la segunda categoría que incluye como beneficiario a familiares de la persona encuestada, entre los cuales se observaron los siguientes resultados: de 10 (40.0%) encuestados de Mixtla de Altamirano y 10 (32.3%) de Tequila es la pareja quien recibe el beneficio, con una diferencia de 7.7%; y de 4(16.0%) de Mixtla de Altamirano y 7 (22.6%) de Tequila, es la madre del encuestado la beneficiada, con una diferencia de 6.6%; y sólo para 1 (3.2%) encuestados de Tequila, son los hijos los que reciben el apoyo. El valor de p obtenido fue de 0.58. Como se

puede apreciar, son los encuestados de Mixtla de Altamirano quienes reciben en mayor número los beneficios del programa Oportunidades.

Tabla No. 3. Situación dentro del programa Oportunidades de la población de estudio de los municipios de Mixtla de Altamirano y Tequila Veracruz. Febrero-julio de 2009

Datos del programa Oportunidades	Mixtla de Altamirano n=29	Tequila n=60	P
Cuentan con programa Oportunidades n (%)	25 (86.2)	31 (51.7)	0.002
Beneficiario n (%)			0.36
El encuestado (mujeres)	11 (44.0)	11 (35.5)	0.58
Familiares del encuestado	14 (56.0)	20 (64.5)	
n: total de sujetos	(%) porcentajes		

Con respecto a la situación etnolingüística de la población de estudio, se ha distribuido el dominio del castellano y del náhuatl en nivel satisfactorio ($\geq 85\%$), nivel medianamente satisfactorio ($\geq 65\%$ a 84%) y nivel no satisfactorio ($\leq 64\%$). También se utilizaron estos indicadores para la distribución de la población de estudio según su condición de alfabetismo en ambas lenguas.

En la tabla No. 4 se presentan para cada variable dos categorías: en la primera se incluyen los porcentajes sumados de los niveles satisfactorio y medianamente satisfactorio y la segunda categoría corresponde al nivel no satisfactorio. A continuación se detallan los porcentajes obtenidos en cada variable y por nivel; así tenemos que de la población encuestada de Mixtla de Altamirano 9 (31.0%) tienen un nivel satisfactorio del dominio del castellano en comparación con Tequila que manifestó 41 (68.3%), observándose una diferencia porcentual de 37.3 %; con nivel medianamente satisfactorio se observó 5 (17.2%) en Mixtla de Altamirano y 9 (15.0%) en Tequila, con una diferencia de 2.2%; y con nivel no satisfactorio se registró 15 (51.7%) en Mixtla de Altamirano y 10 (16.7%) en Tequila, con una diferencia de 35 %. El valor de p obtenido para esta variable es de <0.001 . Esto deja ver que casi el

70% de los encuestados de Tequila manifiestan dominio satisfactorio del castellano con relación a Mixtla de Altamirano, donde solo el 31% tiene este nivel. Sin embargo más del 50% no lo domina en comparación con Tequila que tiene un 15% en este nivel, no observándose diferencias significativas en el nivel medianamente satisfactorio, lo cual puede repercutir en la trasmisión y recepción adecuada de la información relacionada con aspectos de salud.

En cuanto al dominio del náhuatl, se observó mayor número de encuestados con un nivel satisfactorio en 26 (89.7%) en Mixtla de Altamirano y 40 (66.7%) de Tequila, con una diferencia de 23%; en cuanto al nivel medianamente satisfactorio se observó en 3 (10.3%) de Mixtla de Altamirano y 8 (13.3%) de Tequila con una diferencia de 3%; y con nivel no satisfactorio se observó sólo para Tequila 12 (20.0%). Se obtuvo para esta variable un valor de $p=0.007$. Estas cifras, junto con las obtenidas en el dominio del castellano, nos muestran el nivel de monolingüismo que existe en Mixtla de Altamirano en comparación con Tequila donde va en descenso y que de no ser tomado en cuenta en el momento de la planeación de estrategias de prevención y atención de enfermedades, pueden repercutir en su éxito o fracaso.

Respecto al alfabetismo del castellano, se observó un nivel satisfactorio en 7 (24.1%) de Mixtla de Altamirano y 33 (55.0%) de Tequila con una diferencia de 30.9%; con nivel medianamente satisfactorio se observó 3 (10.3%) de Mixtla de Altamirano y 9 (15.0%) de Tequila; y con nivel no satisfactorio se registró 19 (65.5%) en Mixtla de Altamirano y 18 (30.0%) en Tequila. El valor de p para esta variable es de 0.003. Se puede observar un alto nivel de analfabetismo en castellano para los encuestados de Mixtla de Altamirano en más del 65% con relación a Tequila, donde el nivel no satisfactorio es del 30%, esto es importante tomar en cuenta para el diseño de material de información, pues a pesar de que se le proporcionara ésta a través de medios impresos, no todas podrían recibirla adecuadamente.

En cuanto al alfabetismo en náhuatl, se observó un nivel satisfactorio en 4 (13.8%) de Mixtla de Altamirano y 8 (13.3%) no observándose diferencia significativa; con nivel medianamente satisfactorio se registró 2 (6.9%) en Mixtla de Altamirano y 9 (15.0%) de Tequila con una diferencia de 8.1%; y con nivel no satisfactorio se manifestaron 23 (79.3%) de Mixtla de Altamirano y 43 (71.7%) de Tequila, con una diferencia de 7.6%. El valor de p es de 0.606. Se puede observar que existe un nivel satisfactorio de alfabetismo en náhuatl mayor en Tequila, pero el nivel no satisfactorio es superior en Mixtla de Altamirano con relación a Tequila, que puede deberse al grado de escolaridad de los encuestados del lugar y que a pesar de que en Mixtla existe un mejor dominio del náhuatl solo se trasmite verbalmente y no en escritura por no contar con los medios adecuados y necesarios para este fin. Esto indica que los medios escritos tampoco tendrían impacto favorable si son elaborados en náhuatl, pues como sucede con el castellano, existe un alto nivel de analfabetismo de ambas lenguas.

Tabla No. 4. Datos etnolingüísticos de los municipios de Mixtla de Altamirano y Tequila Veracruz. Febrero-julio de 2009

Datos etnolingüísticos	Mixtla de Altamirano n=29	Tequila n=60	p
Dominio del castellano n (%)			
Satisfactorio*	14 (48.3)	50 (83.3)	<0.001
No satisfactorio	15 (51.7)	10 (16.7)	
Dominio del náhuatl n (%)			
Satisfactorio	29 (100.0)	48 (80.0)	0.007
No satisfactorio	0	12 (20.0)	
Alfabeto del castellano n (%)			
Satisfactorio	10 (34.5)	42 (70.0)	0.003
No satisfactorio	19 (65.5)	18 (30.0)	
Alfabeto del náhuatl (%)			
Satisfactorio	6 (20.7)	17 (28.3)	0.606
No satisfactorio	23 (79.3)	43 (71.7)	
n: total de sujetos	(%) porcentajes		

*La categoría Satisfactorio incluye los niveles: satisfactorio y medianamente satisfactorio.

5.1.2. Características socioeconómicas

En la tabla No.5 se presentan las características socioeconómicas de la población de estudio, las cuales se describen a continuación.

Con respecto a las actividades que realizan cotidianamente, se han agrupado en dos categorías. La primera reúne a las actividades remuneradas cuyos porcentajes se presentan a continuación: 16 (55.2%) de los habitantes de Mixtla de Altamirano manifestaron trabajar, en relación con 34 (56.7%) en Tequila. La segunda categoría incluye a las actividades no remuneradas, en este caso encontramos que el 11 (37.9%) de las personas de Mixtla de Altamirano y el 21 (35.0%) de Tequila se dedican al hogar, mientras que 2 (6.9%) de Mixtla de Altamirano y 4 (6.7%) de tequila son estudiantes, no observándose diferencia significativa en estos apartados (valor de $p=0.99$); sólo 1 (1.7%) de Tequila manifestó no realizar ninguna actividad de las anteriores. Estos datos muestran que más del 50% de las poblaciones encuestadas se dedican a realizar alguna actividad encaminada a obtener los ingresos necesarios para la manutención de su familia, mientras que alrededor del 35% realiza actividades relacionadas con el hogar y un bajo porcentaje para ambas comunidades está dedicado a estudiar y con respecto a la persona de Tequila declarada como desempleada, podemos atribuir que esta situación se debe a que la información se levantó en un día laboral por lo tanto algunas personas fueron captadas dentro de sus sitios de trabajo, dejando a un lado la aleatorización de las personas que pudieran reflejar una tasa real de desempleo.

Dentro de las principales actividades que realizan las personas que manifestaron trabajar, se presentan dos categorías; en la primera se encuentra la agricultura en 16 (100%) de Mixtla de Altamirano lo que quiere decir que ésta es su principal actividad laboral, mientras que para Tequila es de 9 (28.1%), y el resto de las personas encuestadas de Tequila que

trabajan, están incluidas en la segunda categoría que agrupa a las actividades en otros sectores tales como el comercio con 7 (21.9%), la construcción con 7(21.9%); servicios con 8 25.0%); y la industria con 1(3.1%). El valor de p obtenido para esta variable fue de <0.001 . Esto puede indicar el nivel de desarrollo de cada localidad.

Con respecto a los ingresos obtenidos por las familias de las comunidades de estudio, se encontró que el promedio de ingreso semanal por familia en Mixtla de Altamirano es de \$305.36, con una desviación estándar de más menos 130.76, mientras que para Tequila el promedio de ingreso semanal por familia es de \$758.75 con una desviación estándar de más menos 620.1. El valor de $p=<0.001$. En cuanto al ingreso semanal para cada integrante de la familia, el promedio para Mixtla de Altamirano es de \$84.51 con una desviación estándar de más menos 62.49, mientras que para Tequila el promedio es de \$192.1 con una desviación estándar de 186.52 y con un valor de $p=<0.001$. Como se puede observar, existe una gran diferencia de los ingresos entre las dos localidades, lo cual deja ver que existe un nivel económico inferior en Mixtla de Altamirano con relación a Tequila, el cual puede repercutir en el acceso a servicios de salud, de educación, y en el desarrollo de la propia comunidad.

Tabla No. 5. Datos socioeconómicos de los municipios de Mixtla de Altamirano y Tequila Veracruz. Febrero-julio de 2009

Datos socioeconómicos	Mixtla de Altamirano n=29	Tequila n=60	p
Situación ocupacional n (%)			
Actividad remunerada	16 (55.2)	34 (56.7)	0.99
Actividad no remunerada	13 (44.8)	26 (43.3)	
Sector ocupacional n (%)			
Agricultura	16 (100.0)	9 (26.5)	<0.001
Otros sectores	0	25 (73.5)	
Ingreso económico familiar (\$), media ± DE			
Promedio de ingresos económicos por semana	305.36 ± 130.76	758.75 ±620.1	<0.001
Promedio de ingresos económicos por persona	84.51 ±62.49	192.1 ±186.52	<0.001
<p>n: total de sujetos DE: Desviación estándar (%) porcentajes Proporciones comparadas mediante X^2 o prueba Exacta de Fisher. Medias comparadas mediante t de Student.</p>			

5.1.3. Características epidemiológicas

En las siguientes figuras se presentan las instituciones que brindan el servicio médico en las comunidades de estudio, pudiéndose observar que para Mixtla de Altamirano (figura 1a) el IMSS es quién ofrece en mayor porcentaje el servicio médico (89.6%), esto es porque en la cabecera municipal se encuentra una Unidad de Medicina Rural, y cuando no pueden ser atendidos en ella, acuden hasta el Hospital de Rio Blanco, a esto obedece el 3.4% registrado para la Secretaría de Salud. En cuanto al servicio médico ofrecido en Tequila (figura 1b), se observa mayor porcentaje de oferta por parte de la Secretaría de Salud (85%), pues la clínica que se encuentra en la cabecera municipal pertenece a esta dependencia y tiene una cobertura hacia las comunidades aledañas. En este lugar también ofrecen sus servicios médicos particulares (25.5%), y cuando no son atendidos en la localidad acuden a Zongolica donde reciben atención del IMSS (3.4%), o en el caso de una persona encuestada en este estudio que es derechohabiente del ISSSTE, se dirige a la ciudad. de Orizaba a recibir la atención médica en esta institución.

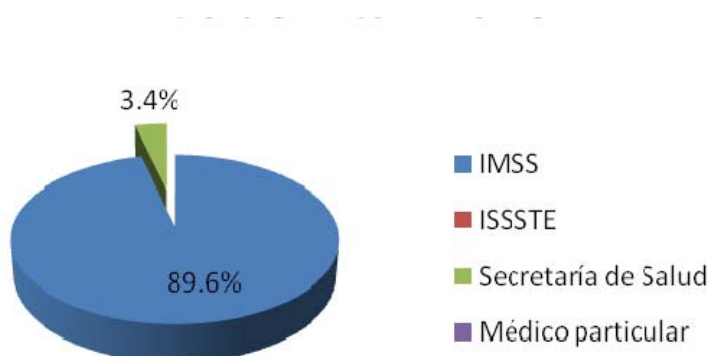


Figura 1a. Distribución porcentual de las Instituciones que brindan el servicio médico a la población de estudio de Mixtla de Altamirano, Veracruz.

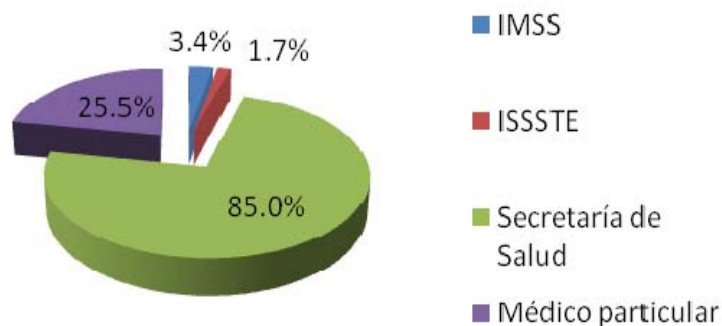


Figura 1b. Distribución porcentual de las Instituciones que brindan el servicio médico a la población de estudio de Tequila, Veracruz.

Con respecto a la situación de derechohabiencia de las personas encuestadas en este estudio, se observó que en Mixtla de Altamirano (figura 2a) el 78.2% es derechohabiente del IMSS, ya que a través de esta institución reciben el beneficio médico del programa Oportunidades; y el 3.4% son derechohabientes del Seguro Popular.

En Tequila (figura 2b) se observó que el 49.3% tiene derecho a recibir atención médica a través de la Secretaría de Salud, esto debe aclararse porque si bien es cierto que ésta es una institución que brinda atención a la población abierta, la derechohabiencia que manifestaron los encuestados de este estudio está relacionada con la atención médica que se les brinda como beneficiarios del programa Oportunidades a través de esta institución. También en Tequila el 17% declaró derechohabiencia en el Seguro Popular, 10.2% con médicos particulares, el 6.7% con el IMSS y 1.7% en el ISSSTE. Se puede apreciar a través de la información descrita, que existen mayores alternativas de atención a la salud en Tequila en comparación con Mixtla de Altamirano, lo cual se puede atribuir a la ocupación y/o al nivel económico de

los encuestados que les permite el acceso a instituciones de salud incluso particulares.

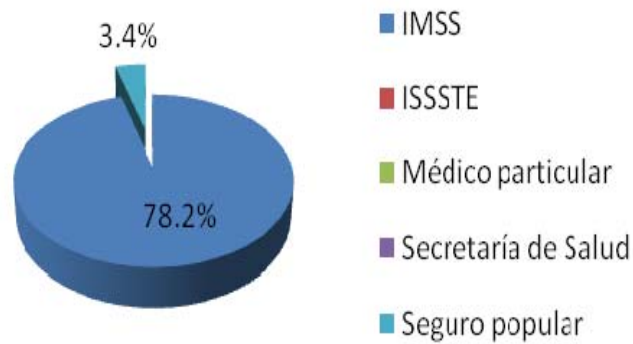


Figura 2a. Distribución porcentual del tipo de derechohabiencia de la población de estudio de Mixtla de Altamirano, Veracruz.

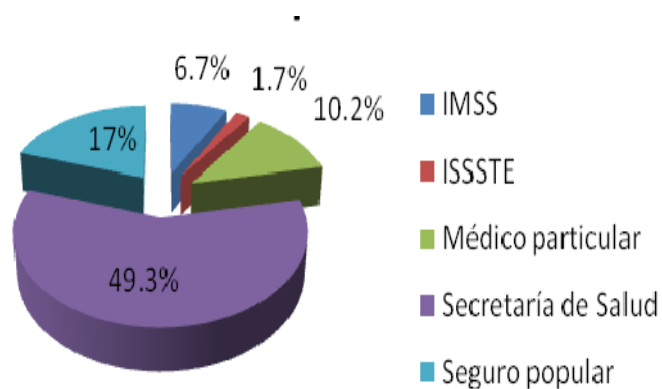


Figura 2b. Distribución porcentual del tipo de derechohabiencia de la población de estudio de Tequila, Veracruz.

De las instituciones que ofrecen los servicios médicos la población encuestada de Mixtla de Altamirano (figura 3a), prefiere acudir al IMSS en un 88.4%, seguido por la Secretaría de Salud en 13.6 % y en igual porcentaje

con el médico particular (13.6%); y un 3.4% prefiere ir con el médico tradicional y al igual que un 3.4% con el curandero y también 3.4% con otro servicio médico.

En Tequila (figura 3b) el 66.1% de los encuestados prefiere recibir atención médica por parte de la Secretaría de Salud, el 49.3% prefiere acudir con el médico particular, el 13.6% va al IMSS, el 6.7% con el médico tradicional, el 1.7% con el curandero, 1.7% al IMSS, el 1.7% acude al ISSSTE y también 1.7% a otro servicio médico. Se puede observar cómo a pesar de contar con los servicios de instituciones de salud, los encuestados acuden en un alto porcentaje a solicitar la atención médica con médicos particulares.

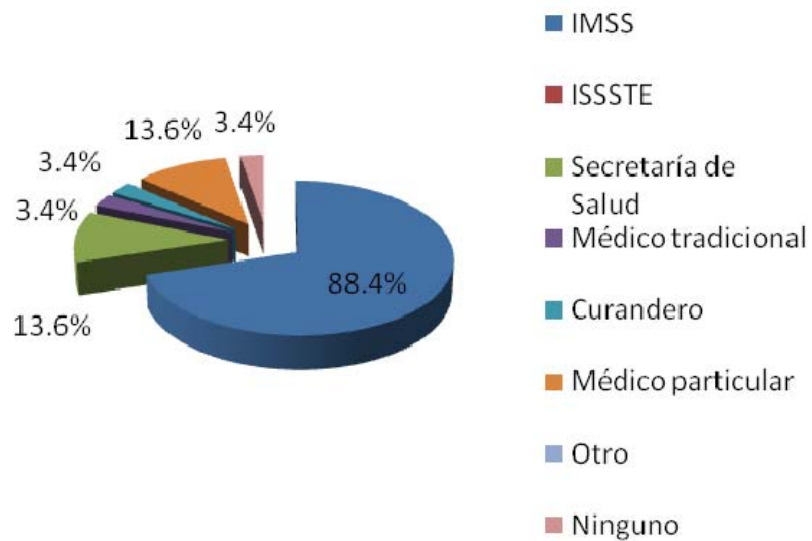


Figura 3a. Distribución porcentual de los servicios médicos que la población de estudio de Mixtla de Altamirano prefiere para su atención.

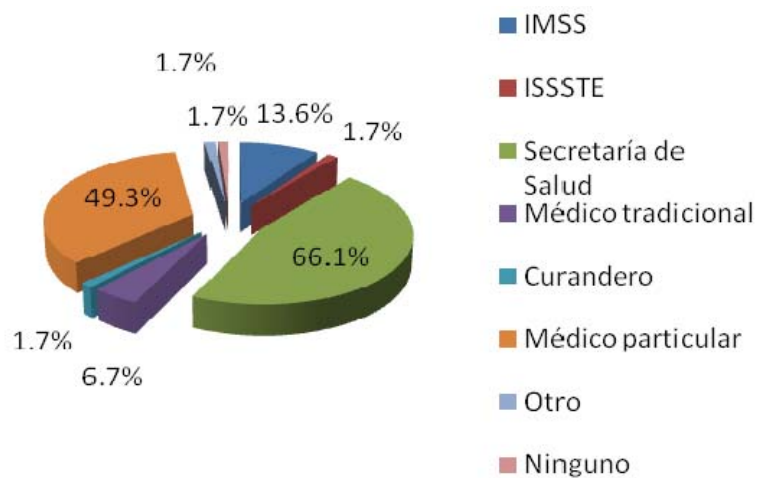


Figura 3b. Distribución porcentual de los servicios médicos que la población de estudio de Tequila prefiere para su atención.

En cuanto a las instituciones que han brindado pláticas en las comunidades de estudio para prevenir enfermedades (figura 4a), el 62.1% de los encuestados de Mixtla de Altamirano declararon haber recibido estas pláticas a través del IMSS; el 6.9% a través de la Secretaría de Salud; y el 31% declaró no haber recibido pláticas para prevenir enfermedades por parte de ninguna institución.

De los encuestados de Tequila (figura 4b) que recibieron pláticas para prevenir enfermedades, el 44.2% lo hizo a través de la Secretaría de Salud; el 6.7% por medio del Seguro Popular; el 6.7% a través de otras instituciones; el 1.7% por el ISSSTE; y el un 41.7 manifestaron no haber recibido pláticas para prevenir enfermedades de ninguna institución.

Se puede observar que quienes han proporcionado las pláticas para prevenir enfermedades dentro de la población bajo su responsabilidad, son las mismas instituciones que tienen alguna clínica establecida dentro del área de estudio.

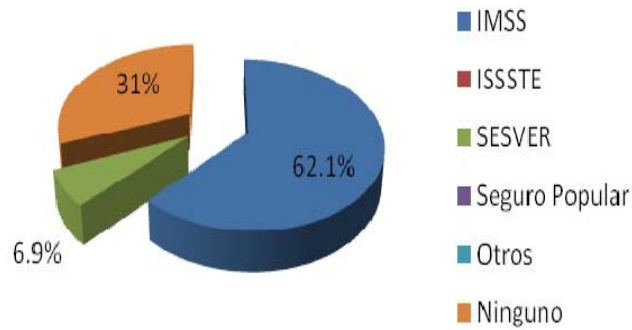


Figura 4a. Distribución porcentual de los servicios médicos que proporcionan pláticas para prevención de enfermedades, en la población de estudio de Mixtla de Altamirano, Veracruz.

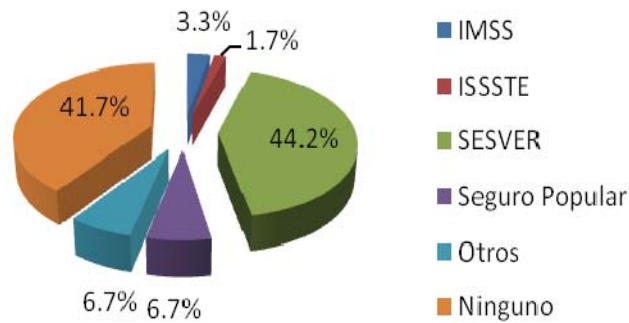


Figura 4b. Distribución porcentual de los servicios médicos que proporcionan pláticas para prevención de enfermedades, en la población de estudio de Tequila, Veracruz.

En la tabla No. 6 se presentan los resultados en frecuencia y porcentajes de las personas que respondieron satisfactoriamente a los cuestionamientos sobre el uso del condón y conocimiento general del VIH/SIDA.

De las personas encuestadas en Mixtla de Altamirano, 18 (62.1%) manifestaron que sí le han hablado sobre el uso del condón, observándose una diferencia porcentual de 6.2% en relación con Tequila, donde respondieron positivamente a este cuestionamiento 41(68.3%), con un valor de $p= 0.81$. En Mixtla de Altamirano a 12 (41.4%) le han enseñado a utilizar

el condón, en tanto que en Tequila 25 (41.7) respondió positivamente, no observándose diferencia significativa ($p=0.99$). En Mixtla de Altamirano 21 (72.4%) ha escuchado hablar del SIDA, y en Tequila el 48 (80.0%) lo ha hecho, con una diferencia de 7.6% ($p=0.57$).

Con respecto a los nombres otorgados al SIDA en las comunidades de estudio, se observó que en Mixtla de Altamirano 21 (72.4%) le llaman “sida” al igual que 48 (80.0%) de Tequila; otra denominación es “VIH/SIDA” en 3 (10.2%) de Mixtla de Altamirano y 2 (3.3%) en Tequila, con una diferencia de 6.9%; el 1 (1,7%) en Tequila le denominan “VIH”; y en Mixtla de Altamirano 5 (17.2%) manifestó no saber cómo se le llama a esta enfermedad en su comunidad, en relación con Tequila donde se obtuvo la misma respuesta en 9 (15.0%), observándose una diferencia de 2.2%. Estos datos muestran que en ambas comunidades utilizan la palabra “sida” para denominar a esta enfermedad, ya que no se ha generado a partir de su lengua un nombre para ella.

Otro dato importante es que el SIDA en Mixtla de Altamirano es considerado como un problema de salud en su comunidad en 23 (79.3%) en comparación con Tequila, quienes solo 21 (35.0%) lo consideran así, con una diferencia de 44.3% y un valor de $p=<0.001$. Lo anterior pudiera atribuirse a que en Tequila consideran que el SIDA es una enfermedad de “la gente de fuera”, por lo tanto no está dentro de la comunidad y no puede ser un problema de salud para los habitantes de la misma. No así en Mixtla de Altamirano, donde consideran que es una enfermedad que puede llegar a la comunidad a través de la gente de fuera o de la gente de la comunidad que regresa después de estar fuera de ella. Por lo tanto se observa una mayor percepción del riesgo en esta comunidad.

Tabla No. 6. Conocimiento que tiene la población de los municipios de Mixtla de Altamirano y Tequila Veracruz sobre el VIH/SIDA. Febrero-julio de 2009

Conocimiento sobre el VIH/SIDA	Mixtla de Altamirano n=29	Tequila n=60	p
Personas informadas sobre el uso del condón n (%)	18 (62.1)	41 (68.3)	0.81
Personas a las que se ha enseñado el uso del condón n (%)	12 (41.4)	25 (41.7)	0.99
Si ha escuchado hablar del SIDA, n (%)	21 (72.4)	48 (80.0)	0.57
Termino local para referirse al SIDA n (%)			
SIDA	21 (72.4)	48 (80.0)	
VIH	-	1 (1.7)	
VIH/SIDA	3 (10.2)	2 (3.3)	
No sabe	5 (17.2)	9 (15.0)	
Creencia del que el SIDA es un problema de salud local n (%)	23(79.3)	21 (35.0)	<0.001

n: total de sujetos DE: Desviación estándar (%) porcentajes
 Proporciones comparadas mediante X2 o prueba Exacta de Fisher.

Medias comparadas mediante t de Student.

En las siguientes figuras, se presentan cuatro categorías en las que han sido distribuidas —de acuerdo a la respuesta esperada para este estudio— las diferentes creencias que tienen los encuestados sobre lo que es el VIH, en este caso la primera categoría incluye a todas aquellas respuestas que clasifican al VIH como una enfermedad, así tenemos que en Mixtla de Altamirano (figuras 5a) el 31.0% consideran que el VIH es una enfermedad, ya sea de transmisión sexual, enfermedad contagiosa, enfermedad incurable o lo consideran como SIDA. En Tequila (figura 5b) dentro de esta misma categoría se encuentra el 36.7% , quienes consideran que el VIH es una enfermedad (de transmisión sexual, contagiosa, incurable o SIDA).

La segunda categoría incluye aquellas respuestas que clasifican al VIH como un virus, en la cual encontramos un 6.9% en Mixtla de Altamirano y en Tequila el 10.0%. La tercera categoría incluye a todas aquellas respuestas que no clasifican al VIH como una enfermedad o un virus y que corresponden

al 13.8% de los encuestados de Mixtla de Altamirano y 8.3% de Tequila. Por último, la cuarta categoría hace referencia a quienes manifestaron no saber que es el VIH y que en Mixtla de Altamirano corresponde al 48.3% y en Tequila al 45.0%. Se puede notar el desconocimiento de lo que es el virus al no relacionarlo con la manifestación clínica del mismo, pues la aparición de cualquier enfermedad oportunista no es vista como posible signo del SIDA, sino que ya tiene una causa atribuible, y al no tener una idea clara hace a la población más vulnerable al contagio, sobre todo el Mixtla de Altamirano, donde se observa mayor desconocimiento.

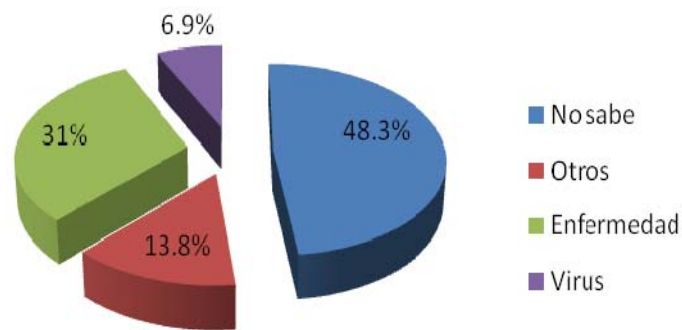


Figura 5a. Distribución porcentual de la opinión que la población de estudio de Mixtla de Altamirano tiene sobre lo que es el VIH.

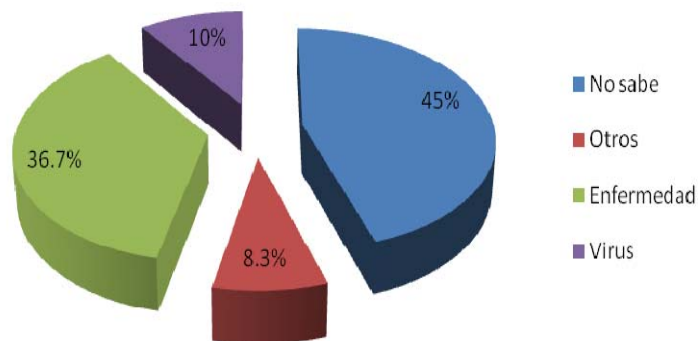


Figura 5b. Distribución porcentual de la opinión que la población de estudio de Tequila tiene sobre lo que es el VIH.

En las siguientes figuras, se observan las diferentes opiniones que los encuestados tienen sobre lo que es el SIDA, las cuales están distribuidas en tres categorías. Así tenemos la primera categoría, donde se incluyen aquellas respuestas que clasifican al SIDA como una enfermedad y que son las siguientes: en Mixtla de Altamirano (figura 6a) el 23.8% cree que es una enfermedad, al igual que el 11.9% de Tequila (figura 6b); el 20.4% de Mixtla de Altamirano considera que es una enfermedad mortal, mientras que en Tequila el 28.9% opina lo mismo; el 6.8% de Mixtla de Altamirano dicen que es una enfermedad de transmisión sexual al igual que el 11.9% de Tequila; el 6.8% de Mixtla de Altamirano y el 10.2% de Tequila creen que es una enfermedad contagiosa. La segunda categoría incluye a quienes consideran que el SIDA es un virus encontrando el 3.4% de Mixtla de Altamirano y el 5.1% de Tequila. Y en la tercera categoría se encuentran quienes manifestaron no saber que es el SIDA y que son 31% de Mixtla de Altamirano y el 16.7% de Tequila, así como quienes no respondieron a esta pregunta, que son 7.8% de Mixtla de Altamirano y 15.3% de Tequila. Como se puede observar, existe un mayor desconocimiento de la enfermedad en Mixtla de Altamirano con relación a Tequila.

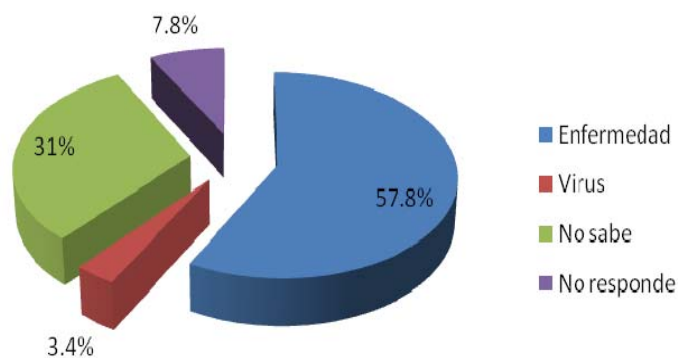


Figura 6a. Distribución porcentual de la opinión que la población de estudio de Mixtla de Altamirano tiene sobre lo que es el SIDA.

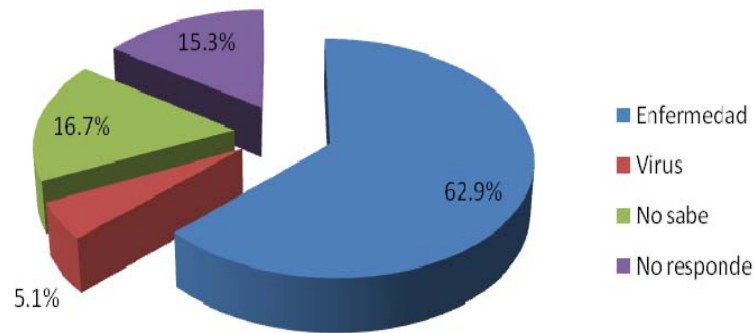


Figura 6b. Distribución porcentual de la opinión que la población de estudio de Tequila tiene sobre lo que es el SIDA.

En las figuras 7a y 7b, se presenta la clasificación que los encuestados han dado al SIDA y que se han agrupado en tres categorías; en la primera se incluyen las respuestas que clasifican al SIDA como una enfermedad contagiosa encontrando que en Mixtla de Altamirano el 30.8% la han clasificado como una enfermedad de trasmisión sexual, al igual que el 12.4% de los encuestados de Tequila; el 10.4% de Mixtla de Altamirano y el 14.6% de Tequila consideran que es una enfermedad contagiosa; En la segunda categoría se encuentran quienes consideran al SIDA como una enfermedad severa y que son el 3.4% de Mixtla de Altamirano lo mismo que el 5.0% de Tequila; así mismo el 10.2% de los encuestados de Tequila la clasifican como una enfermedad mortal y el 5.0% como una enfermedad inmunológica. La tercera categoría corresponde a quienes no saben qué tipo de enfermedad es el SIDA y que son el 55.4% de Mixtla de Altamirano y el 52.0% de Tequila, lo cual puede influir en la prevención para evitar la trasmisión y por consiguiente el contagio de la enfermedad.

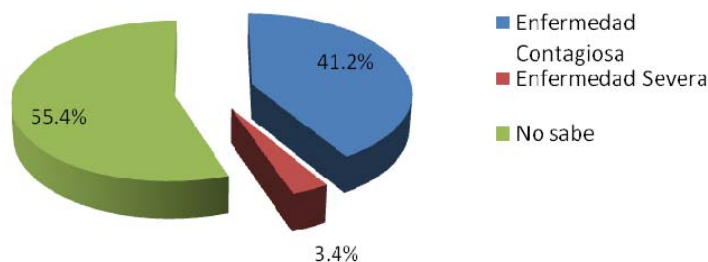


Figura 7a. Distribución porcentual de la clasificación del SIDA de acuerdo a la opinión de la población de estudio de Mixtla de Altamirano, Veracruz.

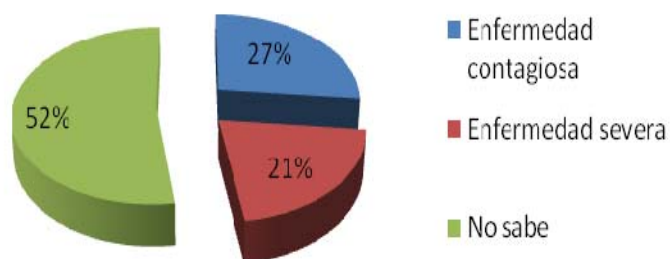


Figura 7b. Distribución porcentual de la clasificación del SIDA de acuerdo a la opinión de la población de estudio de Tequila, Veracruz.

La figura 8a y 8b, muestra las vías de trasmisión del VIH/SIDA que la población encuestada conoce, así tenemos que el 37.4% de Mixtla de Altamirano considera que se trasmite a través de las relaciones sexuales, al igual que el 72.8% de Tequila; el 10.3 % de Mixtla de Altamirano dicen que se trasmite por tener varias parejas sexuales, lo mismo que opina el 3.3% de Tequila; el 6.8% de Mixtla dice que se trasmite por vía sanguínea al igual que el 6.6% de Tequila; el 3.4% de Mixtla de Altamirano dice que se trasmite a través del uso de jeringas contaminadas al igual que el 5.0% de Tequila; el 3.3% de Tequila dice que se trasmite por no utilizar condón en las relaciones

sexuales; el 3.4% de Mixtla de Altamirano dice que se trasmite en una peluquería; el 3.3% de Tequila dice que se trasmite por saliva; el 41.4% de Mixtla de Altamirano y el 18.3% de Tequila dijeron no saber cómo se trasmite el SIDA y el 6.9% de Mixtla de Altamirano no respondió a la pregunta al igual que el 3.3% de Tequila.

Como se puede ver, en ambos municipios son identificadas las vías de transmisión del VIH/SIDA, aunque en Mixtla de Altamirano con un menor porcentaje de opinión, lo cual, como se ha venido mencionando, pone en riesgo a la población ante la presencia del virus y la falta de conocimiento para evitar el contagio.

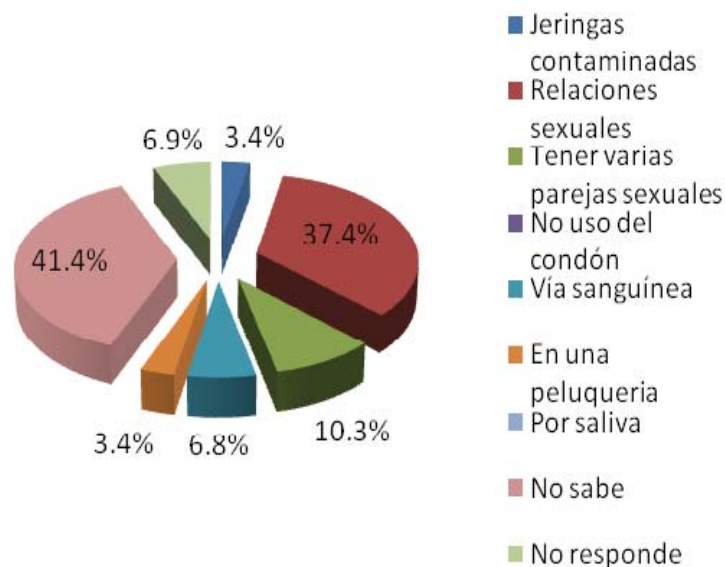


Figura 8a. Distribución porcentual de lo que la población de estudio de Mixtla de Altamirano opina que son las vías de transmisión de VIH/SIDA

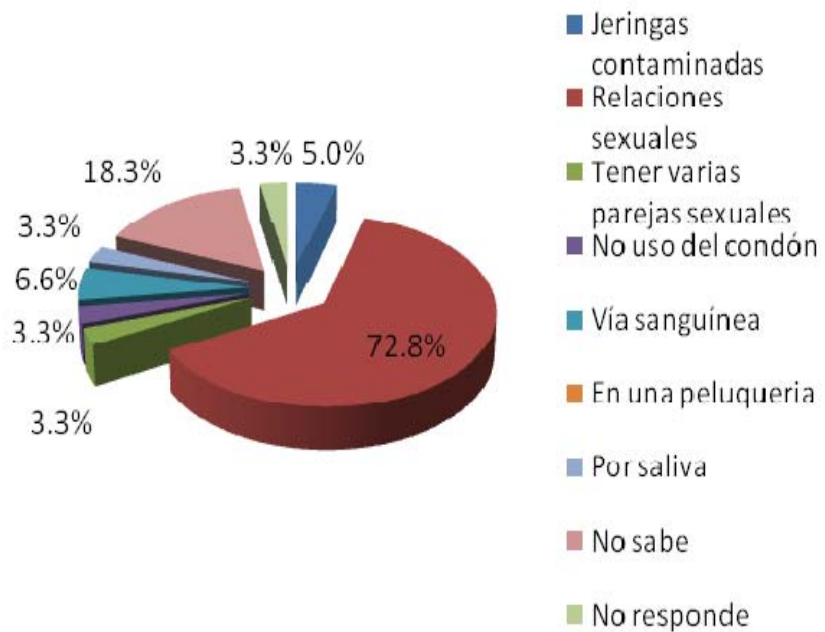


Figura 8b. Distribución porcentual de lo que la población de estudio de Tequila opina que son las vías de trasmisión de VIH/SIDA

5.2. NIVEL DE CONOCIMIENTOS QUE LA POBLACIÓN NAHUA TIENE SOBRE EL VIH/SIDA.

En la tabla No. 7 se presentan los niveles de conocimiento que la población de estudio tiene sobre el VIH/SIDA, los cuales han sido distribuidos en dos categorías, la primera agrupa el nivel satisfactorio para quienes tuvieron un porcentaje $\geq 85\%$, y el nivel medianamente satisfactorio $\geq 65\%$ a 84% ; la segunda categoría representa el nivel no satisfactorio $\leq 64\%$. A continuación se presentan los porcentajes obtenidos para cada nivel.

Con respecto al conocimiento sobre las formas de transmisión del VIH/SIDA, se encontró que en Mixtla de Altamirano ninguno de los encuestados de ambos sexos tuvo un nivel satisfactorio, en tanto que en Tequila 6 (20.0%) de los hombres tuvo un nivel satisfactorio, con una diferencia de 13.3% en relación con las mujeres quienes tuvieron 2 (6.7%); con respecto al nivel medianamente satisfactorio, se observó un menor porcentaje en ambos sexos de los encuestados de Mixtla de Altamirano con 3 (18.8%) para los hombres y 2 (15.4%) para las mujeres y sin diferencias significativas, en cuanto a los encuestados de Tequila, 11 (36.7%) de los hombres tuvo un nivel medianamente satisfactorio así como 10 (33.3%) de las mujeres, sin diferencias significativas entre sí, pero con una diferencia de aproximadamente 15% con respecto a Mixtla de Altamirano.

En cuanto al nivel no satisfactorio, no hubo diferencia entre ambos sexos de Mixtla de Altamirano, observándose 13 (81.3%) para los hombres y 11 (84.6%) para las mujeres. Con respecto a este mismo nivel de conocimiento en Tequila, 13 (43.3%) se observó en hombres con una diferencia de 16.7% por debajo de 18 (60.0%) de las mujeres; y con una diferencia de más del 20% con relación a los encuestados de Mixtla de Altamirano.

Los datos anteriormente descritos, indican que existe más conocimiento de las formas de transmisión del VIH/SIDA entre los encuestados de Tequila, específicamente en los hombres ($p= 0.30$), mientras que en Mixtla de Altamirano más del 80% desconocen las vías de transmisión de esta enfermedad ($p=0.99$).

En cuanto al conocimiento sobre los síntomas del VIH/SIDA, se observó que 2 (12.5%) de los hombres de Mixtla de Altamirano tienen un nivel satisfactorio, mientras que las mujeres 6 (46.2%); este mismo nivel de conocimiento se observó en 4 (13.3%) de los hombres de Tequila y 7(23.3%) de las mujeres del mismo lugar. Ninguno de los encuestados de las dos localidades registró un nivel medianamente satisfactorio, sin embargo en el nivel no satisfactorio se observó 14 (87.5%) en los hombres de Mixtla de Altamirano y 7 (53.8%) en las mujeres, en tanto que en Tequila se registró 26 (86.7%) en los hombres y 23 (76.7%) en las mujeres.

Las diferencias porcentuales en los dos niveles registrados para los cuatro grupos superaron el 10%, observándose un mejor nivel de conocimiento entre las mujeres de ambas comunidades, y un porcentaje mayor de hombres con un conocimiento no adecuado. Sin embargo, las diferencias entre las dos comunidades sugieren menor conocimiento de la sintomatología del VIH/SIDA entre los habitantes de Tequila ($p= 0.51$), con relación a los de Mixtla de Altamirano ($p=0.09$).

Sobre el conocimiento de las formas de prevención del VIH/SIDA, se encontró con nivel satisfactorio a 4 (25.0%) de los hombres de Mixtla de Altamirano y 3 (23.1%) de las mujeres del mismo lugar; con respecto a los encuestados de Tequila, 13 (43.3%) de los hombres tuvo nivel satisfactorio así como 7 (23.3%) de las mujeres; ninguno de los encuestados de las dos comunidades registró nivel medianamente adecuado, pero con nivel no adecuado se observó en 12 (75.0%) de los hombres de Mixtla de Altamirano

y en 10 (76.9%) de las mujeres de ese mismo lugar; también en los encuestados de Tequila se observó un nivel no adecuado en 17 (56.7%) de los hombres y 23 (76.7%) de las mujeres. Entre los habitantes de Mixtla de Altamirano no se observaron diferencias significativas ($p=0.99$), no así para los de Tequila, donde las diferencias fueron del 20% ($p=0.17$). Sin embargo se observó un mejor nivel de conocimiento sobre prevención del VIH/SIDA entre los hombres de Tequila, y un nivel inadecuado homogéneo entre los encuestados de los tres grupos restantes.

A partir de la información obtenida de los tres apartados anteriores, se obtuvo el nivel de conocimiento general sobre el VIH/SIDA, observándose los siguientes resultados:

Con nivel satisfactorio 1 (6.3%) de los hombres de Mixtla de Altamirano; 4 (13.3%) de los hombres de Tequila y 3 (10.0%) de las mujeres de Tequila observándose que ninguna mujer de Mixtla presenta nivel satisfactorio. Con nivel medianamente satisfactorio 1 (7.7%) de las mujeres de Mixtla de Altamirano y 1 (3.3%) de las mujeres de Tequila; ningún hombre de los dos municipios se encontró con este nivel. Con nivel no satisfactorio 15 (93.8%) de los hombres de Mixtla de Altamirano y 12 (92.3%) de las mujeres del mismo lugar, así como 26 (86.7%) de los hombres de Tequila y 26 (86.7%) de las mujeres también de Tequila. La diferencia porcentual máxima fue de 7.1% entre los cuatro grupos, observándose que en Tequila existe un mayor porcentaje de personas con nivel satisfactorio de conocimiento general sobre el VIH/SIDA ($p= 0.99$), específicamente los hombres, en comparación con Mixtla de Altamirano, con más del 90% de encuestados con nivel no satisfactorio de conocimiento general sobre el VIH/SIDA ($p= 0.99$), siendo el grupo de mujeres las que no registraron ningún caso con nivel satisfactorio.

Tabla No. 7. Conocimiento que tiene la población de los municipios de Mixtla de Altamirano y Tequila Veracruz sobre el VIH/SIDA. Febrero-julio de 2009

Niveles de conocimiento sobre el VIH/SIDA	Mixtla de Altamirano		p	Tequila		p
	Hombres n=16	Mujeres n=13		Hombres n=30	Mujeres n=30	
Conocimiento sobre las formas de trasmisión del VIH/SIDA n (%)						
Satisfactorio*	3 (18.8)	2 (15.4)	0.99	17 (56.7)	12 (40.0)	0.30
No satisfactorio	13 (81.3)	11 (84.6)		13 (43.3)	18 (60)	
Conocimiento sobre los síntomas del VIH/SIDA n (%)						
Satisfactorio	2 (12.5)	6 (46.2)	0.09	4 (13.3)	7 (23.3)	0.51
No satisfactorio	14 (87.5)	7 (53.8)		26 (86.7)	23 (76.7)	
Conocimiento sobre las formas de prevención del VIH/SIDA n (%)						
Satisfactorio	4 (25.0)	3 (23.1)	0.99	13 (43.3)	7 (23.3)	0.17
No satisfactorio	12 (75.0)	10 (76.9)		17 (56.7)	23 (76.7)	
Conocimiento general sobre el VIH/SIDA n (%)						
Satisfactorio	1 (6.3)	1 (7.7)	0.99	4 (13.3)	4 (13.3)	0.99
No satisfactorio	15 (93.8)	12 (92.3)		26 (86.7)	26 (86.7)	

n= total de sujetos (%) porcentajes

*La categoría Satisfactorio incluye los niveles: satisfactorio y medianamente satisfactorio.

5.3. OPINIONES QUE LA POBLACIÓN NAHUA TIENE SOBRE EL VIH/SIDA

En la Tabla No 8, se presentan los niveles de opinión que la población de estudio tiene hacia el VIH/SIDA agrupados en dos categorías (satisfactorio: nivel satisfactorio y medianamente satisfactorio, y no satisfactorio: nivel no satisfactorio), así como la actitud hacia el uso del condón y la discriminación que manifestaron hacia las personas que viven con VIH/SIDA.

Con respecto a la actitud frente al riesgo de contraer VIH/SIDA, se observó un nivel satisfactorio en 3 (18.8%) de los hombres de Mixtla de Altamirano, 1 (3.3%) en hombres de Tequila y 1 (3.3%) en mujeres también de Tequila. El nivel medianamente satisfactorio se observó en 1 (6.3%) de los hombres y 2 (15.4%) de las mujeres de Mixtla de Altamirano, así como en 11 (36.7%) en hombres y 10 (33.3%) en mujeres de Tequila. Un nivel no satisfactorio se registró en 12 (75.0%) de los hombres de Mixtla de Altamirano y 11 (84.6%) de mujeres del mismo lugar, y también en 18 (60.0%) de hombres y 19 (63.3%) de mujeres de Tequila. Los valores de p para esta variable fueron en Mixtla de Altamirano de 0.23, y en Tequila de 0.99.

Como se puede apreciar, existe mayor porcentaje (15.5% más) de hombres con nivel satisfactorio en Mixtla de Altamirano en comparación con Tequila, sin embargo no hay mujeres de Mixtla de Altamirano que hayan registrado ese nivel en comparación con el 3.3 % de Tequila; así mismo, existe mayor porcentaje de encuestados de Tequila con nivel medianamente satisfactorio en relación a los de Mixtla de Altamirano, con diferencia porcentual de hasta 30.4% entre los varones de ambos grupos. Con respecto al nivel no satisfactorio, existe mayor porcentaje de encuestados con este nivel en Mixtla de Altamirano, siendo más acentuado en las mujeres. Por tanto existe una mejor actitud frente al riesgo de contraer VIH/SIDA entre los encuestados de Tequila.

En cuanto al nivel satisfactorio de la percepción del riesgo de contraer VIH/SIDA, se observó 5 (31.3%) entre los hombres y 5 (38.5%) entre las mujeres de Mixtla de Altamirano, también se observó nivel satisfactorio entre los encuestados de Tequila, a decir, 6 (53.3%) entre los hombres y 15 (50.0%) entre las mujeres. El nivel medianamente satisfactorio se observó en 4 (25.0%) de los hombres y 6 (46.2%) de las mujeres de Mixtla de Altamirano; y entre los encuestados en Tequila, 6 (20.0%) en los hombres y 12 (40.0%) en las mujeres. Con nivel no satisfactorio se registraron 7 (43.8%) en hombres y 2 (15.3%) en mujeres de Mixtla de Altamirano; y en 8 (26.7%) en hombres y 3 (10.0%) en mujeres de Tequila. El valor de p para Mixtla de Altamirano fue de 0.71 y para tequila fue de 0.99.

De acuerdo a los datos presentados, se puede notar que existe mayor porcentaje de personas con un nivel adecuado de percepción del riesgo a contraer VIH/SIDA en Tequila con relación a Mixtla de Altamirano. Con respecto al nivel medianamente satisfactorio, se observa mayor número de encuestados del sexo femenino de los dos grupos dentro de este nivel, siendo superior el de Mixtla de Altamirano en un 6.2% con relación a las mujeres de Tequila, sin embargo ambos grupos superan el porcentaje de hombres con este nivel, de los cuales el de Mixtla de Altamirano también es superior por 5% al de Tequila; Sin embargo más del 40% de los hombres del Mixtla de Altamirano se encuentra ubicado en el nivel no satisfactorio, seguido por el grupo de hombres de Tequila, y con menos porcentaje en este nivel de las mujeres de ambas localidades con una diferencia porcentual de 5.4% menor en Tequila.

Sobre la actitud hacia el uso del condón, se observaron con nivel satisfactorio 4 (25.0%) de los hombres y 4 (30.8%) de las mujeres de Mixtla de Altamirano, así como 12 (40.0%) de hombres y 8 (27.9%) de mujeres de Tequila. No hubo encuestados que registraran nivel medianamente

satisfactorio, pero con nivel no satisfactorio se observó 12 (75.0%) de los hombres y 9 (69.2%) de mujeres de Mixtla de Altamirano, así como 18 (60.0%) de hombres y 22 (73.3%) de mujeres de Tequila. El valor de p para Mixtla de Altamirano fue de 0.99, mientras que para Tequila fue de 0.41.

La diferencia porcentual máxima en el nivel satisfactorio fue del 15%, observado entre los hombres de Tequila quienes registraron mayor nivel satisfactorio de actitud ante el uso del condón; los tres grupos restantes registraron porcentajes similares de encuestados dentro de este nivel. Por otra parte, los hombres de Mixtla de Altamirano y las mujeres de Tequila son quienes tienen nivel no satisfactorio de actitud hacia el uso del condón.

Con respecto a la discriminación hacia las personas que viven con VIH/SIDA, 14 (87.5%) de hombres y 12 (92.3%) de mujeres de Mixtla de Altamirano manifestaron un nivel alto de discriminación, en tanto que 26 (86.7%) y 25 (83.3%) de mujeres de Tequila, manifestaron también nivel alto de discriminación; Así mismo 2 (12.5%) de hombres de Mixtla de Altamirano, 3 (10.0%) de hombres y 5 (16.7%) de mujeres de Tequila, manifestaron un nivel regular de discriminación; y sólo 1 (1.7%) de mujeres de Mixtla de Altamirano y 1 (3.3%) de hombres de Tequila, manifestaron un nivel bajo de discriminación. En ambas localidades se obtuvo un valor de $p= 0.99$.

A partir de estos datos, se puede observar que existe un alto porcentaje de discriminación de los cuatro grupos de encuestados hacia las personas que viven con VIH/SIDA, siendo más acentuado en los hombres de Mixtla de Altamirano y de Tequila con 100%, observándose una diferencia de 7.7% con las mujeres de Mixtla de Altamirano y de 3.3% con las de Tequila quienes registraron un porcentaje mínimo de nivel bajo de discriminación hacia las personas que viven con VIH/SIDA.

Tabla No. 8. Opinión que tiene la población de los municipios de Mixtla de Altamirano y Tequila Veracruz sobre el VIH/SIDA. Febrero-julio de 2009

Niveles de opinión sobre el VIH/SIDA	Mixtla de Altamirano		p	Tequila		p
	Hombres n=16	Mujeres n=13		Hombres n=30	Mujeres n=30	
Actitud frente al riesgo de contraer VIH/SIDA n (%)						
Satisfactorio*	4 (25.1)	2 (15.4)	0.23	12 (40.0)	13 (36.6)	0.99
No satisfactorio	12 (75.0)	11 (84.6)		18 (60.0)	19 (63.3)	
Percepción del riesgo de contraer VIH/SIDA n (%)						
Satisfactorio	9 (56.3)	11 (84.7)	0.71	12 (73.3)	27 (90.0)	0.99
No satisfactorio	7 (43.7)	2 (15.3)		8 (26.7)	3 (10.0)	
Actitud hacia el uso del condón n (%)						
Satisfactorio	4 (25.0)	4 (30.8)	0.99	12 (40.0)	8 (27.7)	0.41
No satisfactorio	12 (75.0)	9 (69.2)		18 (60.0)	22 (73.3)	
Discriminación hacia las personas que viven con VIH/SIDA n (%)						
Alto / regular	16 (100.0)	12 (92.3)	0.99	29 (96.7)	30 (100.0)	0.99
Bajo	-	1 (7.7)		1 (3.3)	-	
	n= total de sujetos			(%) porcentajes		

*La categoría Satisfactorio incluye los niveles: satisfactorio y medianamente satisfactorio.

5.4. ASOCIACIÓN DE VARIABLES CON EL NIVEL DE CONOCIMIENTO QUE LA POBLACIÓN NAHUA TIENE SOBRE EL VIH/SIDA

En la tabla No. 9 se presentan algunas variables con las cuales se ha buscado asociación con el nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA en la población de estudio. Para obtener los valores de asociación se utilizó la prueba de χ^2 y en caso necesario la prueba exacta de Fisher de dos caras.

Para la variable sexo, se encontró que los hombres tienen más posibilidad de presentar un conocimiento general inadecuado de lo que es el VIH/SIDA, con un OR de 1.08 en comparación con las mujeres, con intervalos de confianza de 0.24 a 4.76 y un valor de p de 0.99, por lo que se puede decir que esta asociación se debe al azar. Sin embargo para este estudio consideramos que tal debilidad se debe al tamaño de muestra.

Respecto a la variable edad, se encontró que las personas mayores de 40 años tienen más posibilidad de presentar un nivel de conocimiento general no satisfactorio sobre lo que es el VIH/SIDA, con un OR de 1.89, e intervalos de confianza de 0.42 a 8.7 y un valor de p de 0.50, lo cual indica que esta asociación se debe al azar, sin embargo este resultado se lo atribuimos al tamaño de muestra del estudio.

Con respecto al dominio del castellano, se obtuvo que quienes tienen un dominio inadecuado tienen 3.93 veces más posibilidad de tener un nivel bajo de conocimiento general sobre el VIH/SIDA, con un intervalo de confianza que va de 0.46 a 87.33 y un valor de p de 0.27, lo cual indica que esta asociación no es estadísticamente significativa y que puede deberse al azar o al tamaño de la muestra.

Con la variable dominio del náhuatl, se encontró que quienes tienen un dominio inadecuado, pueden tener 1.46 veces más posibilidad de presentar un nivel inadecuado de conocimiento general sobre VIH/SIDA, con un intervalo de confianza de 0.16 a 33.66 y un valor de p de 0.99, lo cual puede indicar que esta asociación se debe al azar, pero para este estudio suponemos que se debe al tamaño de muestra.

En cuanto a la variable alfabeta del castellano, se encontró que quienes tienen un nivel no satisfactorio pueden tener 3.25 veces más posibilidad de presentar un nivel inadecuado de conocimiento general sobre el VIH/SIDA, con un valor de p de 0.10, lo cual puede indicar que esta asociación se debe al azar o a que el tamaño de muestra fue muy pequeño.

Para la variable alfabeta del náhuatl, se encontró un OR de 0.69 lo cual puede sugerir que no dominar el náhuatl, aumenta la posibilidad de tener un conocimiento adecuado de lo que es el VIH/SIDA, sin embargo el valor de p es de 0.99 lo cual quiere decir que esta asociación se debe al azar o a que la muestra es muy pequeña.

Con respecto a las actividades realizadas por los encuestados, se encontró que quienes realizan una actividad remunerada tienen 2.09 mas posibilidad de presentar un conocimiento general inadecuado sobre el VIH/SIDA, pero el valor de p encontrado es de 0.32 lo cual señala que esta asociación se debe al azar o al tamaño de la muestra.

Respecto a la variable ocupación se observó que ser hombre y dedicarse a la agricultura otorga 3.27 veces más de posibilidad de tener un nivel de conocimiento general bajo sobre el VIH/SIDA, con un intervalo de confianza de 0.27 a 88.28 y un valor de p de 0.60, lo cual puede indicar que esta asociación se debe al azar o al tamaño de la muestra.

Sobre la variable de escolaridad, se encontró que quienes estudiaron la primaria o menos tienen 3.24 veces más posibilidad de tener un nivel bajo de conocimientos generales sobre el VIH/SIDA, con un intervalo de confianza de 0.72 a 15.3 y un valor de p de 0.09, lo cual presume que dicha asociación se debe al azar, sin embargo al buscar la asociación por sexo, se obtuvo que las mujeres con escolaridad de primaria o menos tienen 9.82 veces más posibilidades de presentar un nivel bajo de conocimientos generales sobre el VIH/SIDA, con un intervalo de confianza de 0.85 a 259.6 y un valor de p de 0.42, lo cual se traduce en que esta asociación sí es estadísticamente significativa.

En cuanto a la variable migración, se encontró que quienes han salido de su comunidad tienen 3.26 veces más posibilidad de presentar un nivel bajo de conocimientos sobre el VIH/SIDA en comparación de los que han permanecido dentro de la comunidad, en esta asociación se observó un intervalo de confianza de 0.58 a 23.8 con un valor de p de 0.18, lo cual puede indicar que dicha asociación se debe al azar o que la muestra fue muy pequeña.

Sobre la variable religión, se encontró que quienes profesan una religión diferente a la católica pueden tener 1.01 veces más posibilidad de presentar un nivel inadecuado de conocimiento general sobre el VIH/SIDA, con un intervalo de confianza de 0.10 a 24.10 y un valor de p de 0.99, lo cual indica que esta asociación puede deberse al azar.

Se encontró también que quienes no son beneficiarios del programa Oportunidades, pueden tener 1.43 veces más posibilidad de presentar un conocimiento inadecuado de lo que es el VIH/SIDA, con un intervalo de confianza de 0.30 a 7.63 y un valor de p de 0.73, lo cual indica que dicha asociación puede deberse al azar o al tamaño de la muestra.

Para las variables relacionadas al uso del condón, se encontró que quienes no han recibido información tienen 1.96 veces más posibilidades de tener un nivel bajo de conocimientos generales sobre el VIH/SIDA, con un intervalo de confianza de 0.34 a 14.50 y un valor de p de 0.49, lo cual puede deberse al tamaño de la muestra. También se encontró que a quienes no se les ha enseñado a usar el condón, tienen 2.13 veces más posibilidad de presentar un nivel bajo de conocimientos sobre el VIH/SIDA con un intervalo de confianza de 0.48 a 9.97 y un valor de p de 0.31, también atribuible al tamaño de muestra.

Sobre el ingreso semanal por familia se encontró que quienes tienen un ingreso familiar bajo pueden tener casi dos veces más de posibilidades de tener un nivel bajo de conocimientos generales sobre el VIH/SIDA, con un intervalo de confianza de 0.38 a 8.31 y un valor de p de 0.16, lo que parece indicar que esta asociación no es estadísticamente significativa, aunque para este estudio se considera que se debe a que la muestra fue muy pequeña.

Por último, sobre el ingreso semanal por persona se encontró que quienes perciben un ingreso bajo, tienen 2.43 veces más posibilidad de presentar un nivel bajo de conocimientos generales sobre lo que es el VIH/SIDA, con un intervalo de confianza de 0.50 a 11.4 y un valor de p de 0.15, lo cual se atribuye a que la muestra no fue suficiente para obtener la significancia estadística.

Es importante mencionar que a pesar de la poca significancia estadística encontrada a través de los cruces de las variables de estudio, este ejercicio sirvió para validar el instrumento en cuanto a la parte analítica, ya que permitió realizar diferentes pruebas estadísticas que si bien no arrojaron resultados significativamente estadísticos, no fue por causa del diseño del instrumento si no por el tamaño de la muestra.

Tabla No. 9. Variables asociadas al nivel de conocimiento que tiene la población de los municipios de Mixtla de Altamirano y Tequila Veracruz sobre el VIH/SIDA. Febrero-julio de 2009

Variable	Nivel de conocimiento general medio o alto n = 10	Nivel de conocimiento general bajo n= 79	OR	IC95%	p
Sexo (masculino), n (%)	5 (10.9)	41 (89.1)	1.08	0.24-4.76	0.99
Edad > 40 años, n (%)	4 (8.3)	44 (91.7)	1.89	0.42-8.70	0.50
Dominio del castellano (nivel inadecuado), n (%)	1 (4.0)	24 (96.0)	3.93	0.46-87.33	0.27
Dominio del náhuatl, n (%)	1 (8.3)	11 (91.7)	1.46	0.16-33.66	0.99
Alfabeta del castellano (nivel inadecuado), n (%)	3 (6.1)	46 (93.9)	3.25	0.68-17.34	0.10
Alfabeta del náhuatl (nivel inadecuado), n (%)	9 (11.7)	68 (88.3)	0.69	0.03-6.37	0.99
Actividad remunerada, n (%)	4 (8.0)	46 (92.0)	2.09	0.47-9.73	0.32
Ocupación (agricultura sexo masculino), n (%)	1 (4.0)	24 (96.0)	3.27	0.27-88.28	0.60
≤ Primaria	4 (6.9)	54 (93.1)	3.24	0.72-15.30	0.09
Migración, n (%)	2 (5.4)	35 (94.6)	3.26	0.58-23.84	0.18
Religión (diferente a la católica), n (%)	1 (11.1)	8 (88.9)	1.01	0.10-24.10	0.99
Programa oportunidades (no beneficiarios), n (%)	3 (9.1)	30 (90.9)	1.43	0.30-7.63	0.73
No información sobre el uso del condón, n (%)	2 (7.4)	25 (92.6)	1.96	0.34-14.50	0.49
Uso del condón	4 (8.3)	44 (91.7)	2.13	0.48-9.97	0.31
Ingreso semanal por familia (media DE)	9 (10.1)	75 (84.2)	1.81	0.38-8.31	0.16
Ingreso semanal por persona	9 (10.1)	75 (84.2)	2.43	0.50-11.40	0.15

n= total de sujetos

DE: Desviación estándar

(%) porcentajes

Proporciones comparadas mediante X2 o prueba Exacta de Fisher.

Medias comparadas mediante t de Student.

6. DISCUSIÓN

Con base en el modelo determinista modificado, se planteó que el VIH/SIDA tiene como causa necesaria la entrada del virus al organismo, sin embargo, también deben estar presentes otras causas componentes para que esto suceda y pueda trascender no solo a la siguiente etapa de la enfermedad, sino a la propagación de la misma. Estas causas pueden ser de tipo clínico pero también de carácter ambiental y social, es decir, no solo se necesitan mecanismos fisiológicos para infectarse con el virus, sino también otras condiciones tales como el nivel de conocimientos que se tiene para evitar el contagio, la percepción del riesgo a infectarse, la actitud para realizar acciones que impidan el contagio, entre otras.

Sin embargo, existen diferentes factores que determinan que las personas tengamos o no el nivel satisfactorio de conocimientos, la actitud y percepción del riesgo, que permitan prevenir la enfermedad. Algunas de estas causas son descritas en estudios consultados para este trabajo pero cuyas cifras no podrán compararse ya que se trata de estudios cualitativos, pues hasta el momento del diseño de este estudio, no se encontró en la literatura un estudio similar a este. Sin embargo, no por eso consideramos menos importante las aportaciones que hemos encontrado hacia nuestra investigación.

Así, tenemos que en este estudio se encontró que en Mixtla de Altamirano más del 50% de los encuestados tienen un nivel no satisfactorio del dominio del castellano, en relación con el 16.7 % que se observó en Tequila, lo cual al momento de buscar asociación con el nivel de conocimiento general sobre el VIH/SIDA, se encontró un OR de 3.93, lo que significa que, los habitantes de Mixtla de Altamirano tienen casi cuatro veces más posibilidad de presentar un nivel bajo de conocimiento sobre VIH/SIDA. Este resultado es similar a lo encontrado entre la comunidad *toba* de Argentina²⁴, donde se observó un desconocimiento total sobre el VIH/SIDA en esta población. El resultado de

esta asociación puede representar un problema al momento de implementar estrategias de prevención si no son adaptadas a la lengua de mayor dominio de la población, pues la comunicación resultante sería deficiente e ineficaz, como sucede en la comunidad *qom* de Rosario Argentina²³, donde se encontró que existen problemas de comunicación y comprensión deficiente de las prescripciones médicas, debido a que los profesionales de la salud no son capacitados para adecuar la información según el lugar donde se encuentren.

Además en este estudio se encontró que ser mujer con escolaridad de primaria o menos da 9.82 veces más posibilidad de tener un nivel bajo de conocimientos sobre el VIH/SIDA. Este resultado es también similar al encontrado entre los *toba* de Rosario Argentina²⁴, donde se observó que son las mujeres las más vulnerables al desconocimiento del VIH/SIDA.

La agricultura como actividad laboral predominante en los hombres del grupo de estudio, presuntamente otorga 3.27 veces más posibilidad de tener un bajo nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA, esto se relaciona con el nivel de ingresos que tienen las personas dedicadas a esta labor; en este sentido se obtuvo que tener un ingreso familiar bajo da 1.81 veces más posibilidad de tener bajo nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA. Así mismo, tener un ingreso bajo por persona proporciona 2.43 veces más de posibilidades de tener bajo nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA, esto se debe a que los ingresos adquiridos no les permiten el acceso a la información, ya sea a través de medios de comunicación, de instituciones de salud o a una educación que les permita comprender la información, lo cual se relaciona con los resultados obtenidos en estudios realizados en Argentina²³, México²⁰ y Colombia²⁵ que mencionan a la pobreza como factor que influye en el desconocimiento de lo que es el VIH/SIDA y que son reforzados por el Modelo político económico que dice que las desigualdades sociales y económicas son obstáculos para el acceso a información ya que los programas o estrategias de prevención y atención de enfermedades no son adaptados a estas poblaciones, desfavoreciendo cambios del comportamiento hacia conductas saludables.

También se encontró en las personas que informaron haber vivido fuera de su comunidad un OR de 3.26 lo cual indica que tienen más de tres veces

posibilidad de presentar un nivel bajo de conocimientos sobre el VIH/SIDA, en comparación con las que han permanecido en la comunidad; dichos resultados son comparables con los encontrados en un taller llevado a cabo en Antigua, Guatemala¹⁴, y que son apoyados por la teoría constructivista que explica cómo las costumbres y creencias que tenemos nos llevan construir nuestros propios significados de salud y enfermedad, pero estos pueden ser modificados según el contexto donde nos encontremos (dentro o fuera de la comunidad) y a tomar ciertas actitudes, ya sean positivas o negativas con respecto a la adopción de medidas de prevención de enfermedades, que generalmente van de la mano según el grado de riesgo que percibimos de padecer o no una enfermedad, y la gravedad de la misma (Modelo de las creencias de la Salud).

Debemos mencionar que en este estudio se encontró que las personas encuestadas que manifestaron no haber recibido información sobre el uso del condón presentan 1.96 veces más posibilidades de tener un nivel bajo de conocimientos sobre el VIH/SIDA, así mismo, quienes informaron no saber cómo usarlo presentan 2.13 veces más posibilidades de tener un bajo conocimiento sobre el VIH/SIDA. Esto se ve reflejado en los niveles de actitud hacia el uso del condón, donde se observó que sólo alrededor del 30% de las personas encuestadas presentaron un nivel satisfactorio de actitud ante el uso del condón, en comparación del 70% que presentó una actitud no satisfactoria.

Si bien es cierto que aunque a nivel estadístico el grado de asociación es reducido, los datos complementarios que aporta la observación y el conocimiento del contexto de la aplicación de la encuesta, nos hacen suponer que puede deberse a que una parte de la población de estudio le asigna al condón una utilidad exclusiva para evitar la concepción, situación que no es indeseable entre las mujeres, pues algunas manifestaron que de ser utilizados por su pareja, previamente los “agujerarían” para quedar embarazadas. Sin embargo, otras lo consideran como una señal de infidelidad de su pareja, pues si lo utiliza está manifestando que le ha sido infiel. Esta situación ha sido encontrada en otros estudios como el de la Antigua Guatemala¹⁴, donde existe un limitado conocimiento sobre la salud sexual y reproductiva, así mismo en un estudio en México²⁰, se encontró una resistencia al uso del condón a causa de

mitos y de la pobreza extrema lo cual conduce a un aumento del riesgo de infección (Modelo de las creencias de la Salud).

Lo anterior conduce a que se haya encontrado en más del 70% de la población encuestada un nivel no satisfactorio de actitud frente al riesgo de contraer VIH/SIDA, situación que es más visible entre las mujeres; y que puede ser causado por el nivel de desconocimiento del VIH/SIDA, de sus manifestaciones, efectos y consecuencias, lo cual no les permite valorar el riesgo que pudieran tener frente a la enfermedad (Teoría de la percepción del riesgo y Modelo de las creencias de la salud). Sin embargo, resulta curioso observar que alrededor del 75% de los encuestados manifiesten un nivel satisfactorio de percepción del riesgo a contraer VIH/SIDA, en comparación con el 24 % que presentó un nivel no satisfactorio. La causa pudiera ser que a pesar de no conocer con precisión la enfermedad, se siente cierto grado de vulnerabilidad a lo que no se conoce pero que se sabe puede modificar de manera sustancial la propia salud. Esto puede ser la causa de que se haya observado en más del 90% de los encuestados un alto nivel de discriminación hacia las personas que viven con VIH/SIDA, pues no saben a ciencia cierta qué es lo que tiene, pero sí se perciben vulnerables a ser contagiados.

En general, este estudio permitió conocer el nivel de conocimientos y opiniones que la población de Mixtla de Altamirano y Tequila tienen sobre el VIH/SIDA. Dentro de los posibles sesgos, se encuentran los introducidos durante el levantamiento de la información en Tequila, pues a pesar de que se diseñó una encuesta en la lengua local y del rigor metodológico con el cual se llevo a cabo este trabajo, la aplicación de cuestionarios se hizo en un día laboral y no en domingo como se hizo en Mixtla de Altamirano, esto impidió que se llevara a cabo la recolección de la información a través de una selección aleatoria de los encuestados pues en su mayoría fueron captados de regreso a sus hogares o en algunos sitios de trabajo, además de que sólo se contó con el apoyo de dos personas nahuahablantes con quienes se trato de controlar dichos sesgos al verificar que tuvieran buen dominio de la lengua y un nivel satisfactorio de alfabetismo de la misma.

Es conveniente mencionar, que el estudio tuvo como limitaciones el tiempo, los recursos económicos para realizar un trabajo de campo más prolongado con la colaboración de un equipo más amplio de encuestadores que permitiera incluir una muestra mayor y con lo cual se pudieran encontrar más asociaciones significativas al nivel de conocimientos y opinión sobre el VIH/SIDA, y que pudieran aportar más conocimientos sobre el tema. Otra limitante fue la reducida colaboración de encuestadores originarios del lugar de estudio, por lo cual no se pudo aplicar en un mayor número de muestra las versiones del cuestionario que fueron adaptadas al náhuatl y que hubiesen enriquecido la información presentada.

Dentro de las fortalezas del estudio, se puede considerar como la principal el hecho de que no haya otros similares al menos con diseño epidemiológico, donde se haya utilizado una encuesta multilingüe (con una adaptación propia del equipo de trabajo), y cuyo análisis se realizara a través de pruebas estadísticas, además del rigor metodológico que trató de conservarse al máximo en el diseño y aplicación de la técnica.

En este sentido, se pueden considerar como aportaciones, la metodología para la adaptación de una encuesta a la lengua predominante del lugar de estudio (náhuatl en dos variantes), así como el conocimiento generado sobre la zona de estudio que se espera pueda ser punto de partida para análisis más precisos de los datos y futuras investigaciones, que tomen en cuenta los errores cometidos para poder evitarlos y así generar más conocimientos del tema que tengan como objetivo beneficiar a la población de estudio e incluso que se puedan realizar proyectos de intervención que logren la concientización de la población de sus comportamientos de riesgo, para que los reduzcan y busquen posibles soluciones a la problemática (Modelo de la Reducción del Riesgo de SIDA).

7. CONCLUSIONES

A través de este estudio se pudo conocer que el existe un nivel no satisfactorio de conocimiento sobre el VIH/SIDA en la región nahua de la zona de Zongolica, y cuyas probables causas principales son el nivel no satisfactorio de dominio del castellano, tener un nivel no satisfactorio de alfabetismo en castellano, tener una escolaridad de primaria o menor, tener como ocupación principal la agricultura, haber vivido fuera de la comunidad, tener un ingreso promedio familiar bajo, así como un ingreso promedio personal bajo además de no haber recibido información sobre el uso del condón y no saber utilizarlo.

Estos mismos factores parecen estar asociados también al tipo de opinión que se tienen en la población de estudio sobre el VIH/SIDA y que puede conocerse a través del nivel no satisfactorio de actitud frente al riesgo de contraer VIH/SIDA, encontrado en un alto porcentaje de la población encuestada, en contraparte con un nivel satisfactorio de percepción del riesgo de contraer VIH/SIDA en más de la tercera parte de la población encuestada, pero que presumimos puede deberse a otros factores no definidos en este estudio.

También se encontró un nivel no satisfactorio de actitud frente al uso del condón, atribuido a los factores antes mencionados y con las creencias que aún existen en la comunidad.

Por último se encontró un alto nivel de discriminación hacia las personas que viven con VIH/SIDA lo cual atribuimos al desconocimiento de la enfermedad, a las vías de trasmisión, sus manifestaciones y las formas de prevenirla.

En general se han podido cumplir los objetivos establecidos y se ha logrado responder a la pregunta planteada, además de que se logró implementar una encuesta multilingüe con resultados similares a los obtenidos a través de una encuesta en español, lo cual nos permitió obtener información de mejor calidad.

8. RECOMENDACIONES

Este trabajo de investigación no estaría completo si no se hicieran algunas sugerencias como parte de las oportunidades de mejora para futuras investigaciones.

A los investigadores:

1. Mejorar el instrumento en su versión en español y adecuar las preguntas de acuerdo a las necesidades de la investigación, ya que se observó que algunos ítems no ofrecieron información significativa y en cambio no fueron incluidos otros que pudieran enriquecer el trabajo.
2. Adaptar el cuestionario siempre que sea posible a la lengua predominante del lugar donde se realizará el estudio.
3. Considerar un tamaño de muestra mayor.
4. Diseñar un estudio de casos y controles para identificar factores asociados al nivel de conocimiento y opinión sobre el VIH/SIDA.
5. Considerar la inclusión dentro del equipo de encuestadores a personas originarias del lugar, las cuales deben tener buen dominio de la lengua de uso común en el lugar y un buen nivel de alfabetismo de la misma.
6. Levantar la información en días similares.

A los responsables de brindar los servicios de salud.

1. Incluir a las poblaciones indígenas dentro de las políticas de salud.
2. Tomar en cuenta el idioma de uso común y el lenguaje popular del lugar donde se ofrezcan servicios de salud, con la finalidad de generar una comunicación de mejor calidad y eficacia.

3. Considerar las características y particularidades de cada población en el momento de diseñar estrategias de prevención y atención a la salud.
4. De no ser posible capacitarse en el uso de la lengua de la comunidad, apoyarse con personas con buen dominio de la misma, previa capacitación que permita mejorar la comunicación con la población.
5. Transmitir la información de una manera clara y sencilla que permita su adecuada comprensión.
6. Ofrecer la atención médica con un trato digno y respetuoso, sin discriminar, ofender o humillar.
7. Garantizar el respeto y confianza de ambas partes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Organización Panamericana de la Salud: El control de las enfermedades transmisibles, 18.a edición. Washington, DC: OPS; 2005. (Publicación Científica y Técnica No. 613) Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA: Situación de la epidemia de SIDA, 2005.
- ² Córdova J, Ponce de León S, Valdespino J, editores. 25 años de SIDA en México logros, desaciertos y retos. México; Instituto Nacional de Salud Pública; 2008.
- ³ Maguis-Rodríguez C, Del Rio-Zolezzi A, Valdespino-Gómez JL, García-García L. Casos de SIDA en el área rural en México. Salud Pub Mex. 1995; 37(6): 615-623.
- ⁴ Szasz I. El discurso de las ciencias sociales sobre las sexualidades. Temas de Salud Reproductiva. 2004;(2): 121-131.
- ⁵ Rodríguez F, Banegas J.R, Herruzo R, Calero J. Causalidad en epidemiología. En Piédrola Gil Medicina preventiva y Salud Pública. 10ª. ed. Barcelona: Masson S.A; 2001. p. 167.
- ⁶ Sebastia J.M. El constructivismo: un marco teórico problemático. Enseñanza de las ciencias.1989; 7(2):158-16.
- ⁷ Ulin P, Robinson E, Tolley E. Investigación aplicada en salud pública métodos cualitativos. Publicación Científica y Técnica No. 614. Organización Panamericana de la Salud. 2006; 216-17.
- ⁸ Estrada J. Modelos de prevención en la lucha contra el VIH/SIDA. Acta Bioethica;2006;12(1)

⁹ La infancia y el VIH/SIDA Colocando a la niñez y la adolescencia en el centro de la respuesta del VIH/SIDA. UNICEF. 2008; Ago 21.

¹⁰ Organización Mundial de la Salud [página de internet] VIH/SIDA; [citado 2008 oct 03] Disponible en. <http://www.who.int/hiv/universalaccess2010/es/index.html>

¹¹ Kasper D, Braunwald E, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson J, et al. Enfermedad por el virus de la inmunodeficiencia humana: SIDA y trastornos relacionados. En: Harrison Principios de Medicina Interna. 16ª. Edición. E.U. 2005. p. 6099- 6241

¹² Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. [página de internet] México: Glosario; [citado 2008 oct 05]. Disponible en http://www.cdi.gob.mx/index.php?id_seccion=400

¹³ Barros T, Barreto D, Pérez F. Un modelo de prevención primaria de las enfermedades de transmisión, sexual y de VIH/SIDA en adolescentes. Rev Panam Salud Publica. 2001;10(2):86-94

¹⁴ Montijo J, Gottsbacher M. Un enfoque cultural de la prevención y la atención del VIH/SIDA. División de Políticas Culturales y Diálogo Intercultural UNESCO. 2004;21

¹⁵ Muñoz-Bernard C. Enfermedad, daño e ideología. Abya-Yala.1986; 65-6

¹⁶ Tercero G. Cosmovisión, comportamiento y SIDA. Un estudio de Antropología Médica entre los Garífunas. Banco Interamericano de Desarrollo. 2001; 21-22.

¹⁷ Pérez-Chiriboga I. Cosmovisión, comportamiento y SIDA. Un estudio de Antropología Médica entre los Miskitu. BID. 2002; 23-27.

¹⁸ Terborg J. Sexual behavior and sexually transmitted diseases among Saramaka and Ndjuka Maroons in the hinterland of Surinam. Pro Health, w/d 2003; 48-9.

¹⁹ Comunicación e Información de la mujer, A. C. 14 junio 2004. Disponible en: <http://www.cimacnoticias.com/noticias/04jun/04061405.html>. Denuncian mujeres en taller de salud sexual y reproductiva: Aumenta cáncer y sida en comunidades indígenas.

²⁰ Montaña T. El Universal. México. 2004 May 30. Disponible en: <http://www.sergay.com.mx/sidasemuda.shtml>.

²¹ Hernández-Rosete D, Maya O, Bernal E, Castañeda X, Lemp G. Migración y ruralización del SIDA en México. Rev Saúde Pública. 2008;42(1):131-8

²² Indicadores socio demográficos [base de datos]. Consulta en el Estado de Veracruz 2007. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas

²³ Fernández F. Políticas públicas interculturales, la experiencia del proyecto de prevención de VIH/SIDA con la comunidad *qom* en Rosario, Argentina. Segunda Pre-conferencia Mundial de Pueblos Indígenas/Originarios y Afrodescendientes frente al VIH/SIDA, las Sexualidades y los Derechos Humanos [ponencia]; 2008 Jul 31-02; México, DF.

²⁴ Stival M. VIH-SIDA y poblaciones indígenas. Un estudio antropológico del problema VIH-SIDA en los grupos *tobas (qom)* de Rosario, Argentina. Segunda Pre-conferencia Mundial de Pueblos Indígenas/Originarios y Afrodescendientes frente al VIH/SIDA, las Sexualidades y los Derechos Humanos [ponencia]; 2008 Jul 31-02; México, DF.

²⁵ Betancourt C, Pinilla M. Apreciaciones sobre el contexto sociocultural del VIH/Sida en las comunidades indígenas en Colombia. Segunda Pre-conferencia Mundial de Pueblos Indígenas/Originarios y Afrodescendientes frente al VIH/SIDA, las Sexualidades y los Derechos Humanos [ponencia]; 2008 Jul 31-02; México, DF.

²⁶ Infecciones de transmisión sexual, VIH y SIDA en comunidades indígenas de Pando: una aproximación a conocimientos, actitudes y prácticas de poblaciones adultas y jóvenes. Segunda Pre-conferencia Mundial de Pueblos

Indígenas/Originarios y Afrodescendientes frente al VIH/SIDA, las Sexualidades y los Derechos Humanos [ponencia]; 2008 Jul 31-02; México, DF.

²⁷ *Información, educación y comunicación culturalmente adecuadas*. División de Políticas Culturales y Diálogo Intercultural UNESCO [serie en internet] 2003 [citado 2008 oct 03] 1. Disponible en: http://www.accionensida.org.pe/descarga_detalle.php?id=M027

²⁸ Indicadores socio demográficos de la población total y la población indígena, 2005, Veracruz [base de datos en internet]. CDI-PNUD Sistema de indicadores sobre la población indígena de México con base en: INEGI II Censo de Población y Vivienda, México. 2005. [citado 2008 oct 20]. Disponible en: Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas <http://www.cdi.gob.mx>

²⁹ Hernández-Avila M, Garrido-Latorre F, López-Moreno S. Diseño de estudios epidemiológicos. *Salud Pub Mex*. 2000; 42 (2)

³⁰ Hernández G.E. El proceso de investigación. Perspectiva cuantitativa. Guía práctica para su realización. 2001 Mar; 28-9.

³¹ Alvira F. La encuesta: una perspectiva general metodológica. Cuadernos metodológicos 35. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas; 2004. p.34-6.

³² Moreno-Altamirano A, López-Moreno S, Corcho-Berdugo A. Principales medidas en epidemiología. *Salud Pub Mex*. 2000;42(4)

³³ López L. Trabajo de investigación: *Locus* de control, preocupación, actitudes y conocimiento sobre el VIH. Análisis comparativo entre adolescentes indígenas y mestizos mexicanos. Universidad de Granada, diciembre de 2008.

³⁴ Hernández R, Fernández –Collado C, Baptista P. Metodología de la investigación. 4ª edición. México: McGraw-Hill; 2008. p.277-92

³⁵ Hernández B, Velasco-Mondragón H.E. Encuestas transversales. Salud Pub Mex. 2000; 42(5) 447-55