

REVISIÓN

Conocimiento, percepción y actitudes acerca del VIH. Un estudio longitudinal en adultos jóvenes (1994-2001), Argentina

B. Goldstein^a y M. B. Castañera^b

^a *Instituto de Investigaciones de Ciencias de la Educación. Departamento de Ciencias de la Educación. Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Buenos Aires. Argentina.*

^b *Departamento de Biología. Facultad de Ciencias Exactas y Naturales. Universidad de Buenos Aires. Argentina.*

RESUMEN

Desde 1994 se desarrolla un programa dirigido a estudiantes de grado de Ciencias de la Educación, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires, Argentina. Se indagaron estrategias para capacitar multiplicadores «transmisores de salud sexual», implementando una investigación-acción acerca de la transmisión del VIH/sida. Este trabajo está centrado en el análisis y discusión de los cambios surgidos en el grupo meta durante 8 años (1994-2001), comparando su nivel de información, la variación de su percepción de riesgo y si la adquisición de dicho conocimiento se tradujo en cambios de actitud y de comportamientos de menos riesgo en tiempos de sida. Se observó un aumento significativo en el nivel de información respecto a qué es el sida. La definición de la enfermedad se fue enriqueciendo demostrando un mayor nivel de conocimiento entre los entrevistados. Las principales vías de transmisión del VIH (sangre, semen, flujo vaginal) han sido siempre reconocidas, pero otras vías, como el contacto con el líquido seminal durante la práctica del sexo oral permanecieron menos reconocidas. Se observaron dificultades para asociar conceptos mostrando un desajuste entre el saber experto y el de los entrevistados. Tener una pareja estable fue mencionado como una de las principales formas de cuidarse. El control serológico no es aún una práctica frecuente. De los resultados y la experiencia adquirida se sugieren estrategias para ayudar a aclarar o derribar mitos y conceptos erróneos que se traducen en prácticas sexuales peligrosas, intentando aportar en el esclarecimiento y prevención respecto del VIH/sida.

INTRODUCCIÓN

En Argentina el número de personas que viven actualmente con VIH y sida aumenta de una manera alarmante. Las campañas de prevención en nuestro país son aún escasas y discontinuas, y no están diseñadas para audiencias específicas. Frente a esta situación es fundamental compartir estrategias de prevención y promover la participación de la comunidad educativa en el proceso de ayudar a conocer, a tomar conciencia y a cambiar actitudes que lleven a adoptar conductas más saludables respecto al VIH y sida^{1,2}. La epidemia de sida plantea serios problemas al sistema socio-cultural que deberían integrarse a las nociones de salud y sexualidad. El sida es más que un fenómeno médico. Su construcción debería comprenderse en términos de símbolos, imágenes, ideas y percepciones asociadas. Si la población no conoce los riesgos respecto a cómo

cuidarse para no contraer el VIH no podrá evitar que la epidemia siga aumentando tanto a nivel personal como nacional.

Los datos mundiales, y en particular para Argentina, muestran cómo el impacto del VIH/sida en la vida cotidiana de las personas es dramática. A lo largo del año 1999, el VIH infectó a unos 5,6 millones de personas. La inmensa mayoría de las personas que viven con el VIH (un 95% del total mundial) lo hacen en países en desarrollo³. En Argentina se estimó que el número de personas que vivían con el VIH/sida a fines de 1999 alcanzaba 130.000 casos⁴. El total de los enfermos acumulados en 2000, desde el comienzo de la epidemia en 1982, se estima en 17.615 casos⁵. Entre los enfermos de sida el grupo más afectado es el de 25 a 29 años, seguido del grupo de 30 a 34 años⁵. Existe consenso acerca del papel fundamental que cumple la educación en la lucha contra la transmisión del VIH/sida⁶. La investigación acompaña las acciones educativas; ayuda a indagar y explicar el nivel de información, las prácticas, las ideas previas y las percepciones asociadas al VIH/sida⁷. De acuerdo con nuestra experiencia, sólo asociando investigación-acción participativa es posible fomentar la toma de conciencia grupal y el cambio de actitud promoviendo hábitos saludables en el individuo⁸. Por otra parte, como la educación es una de las herramientas más potentes con que contamos para luchar contra el sida, es importante asegurar una información adecuada a todos los integrantes de la comunidad educativa y de la sociedad en general, ya que si la gente *se informa, aún no cambia actitudes y comportamientos*^{9,11}.

Nuestro objetivo como docentes-investigadoras interesadas en la temática es ayudar a los individuos a aprender a cuidar su cuerpo y el de otros, y prevenirlo respecto del VIH/sida. ¿Es suficiente estar informados para cambiar actitudes y conductas? ¿Qué información suponemos que sí se debe tener para estar en condiciones de desarrollar comportamientos seguros preventivos que favorezcan no sólo la salud en general, sino la sexualmente transmisible? ¿Qué contenidos científicos-médicos-técnicos pensamos que es necesario transmitir para facilitar un cambio de actitud? ¿Cómo deberíamos transmitir esos contenidos para que puedan ser comprendidos, aprehendidos y construidos por nuestros interlocutores?

Como parte de nuestro proceso de investigación, de enseñanza y aprendizaje averiguamos los «saberes» de nuestros entrevistados/as¹², indagando qué contenidos científicos aún no son claros para la población con la que trabajamos y por qué. Nos preguntamos, ¿cómo abolir la distancia que separa el nivel de información de que dispo-

nen las personas del conocimiento del experto? ¿Cómo ayudar desde la educación y la comunicación a la población considerada en este trabajo, a utilizar conceptos científicos e integrar valores y saberes para adoptar *decisiones responsables* respecto de su propio cuerpo y el de otro/a? En el marco del programa que estamos desarrollando desde 1994, donde nos hemos propuesto indagar estrategias para capacitar multiplicadores transmisores de salud sexual, implementamos una investigación-acción acerca de la transmisión del VIH/sida. Este programa está dirigido a estudiantes de grado de la carrera de Ciencias de la Educación de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires. En este sentido, nos parece fundamental investigar qué saben, cómo lo explican y cómo nuestros interlocutores utilizan ese conocimiento. Nos preguntamos si el nivel de información, la percepción de riesgo y las actitudes respecto del VIH/sida habrían variado desde 1994 a 2001, y si así fuese, qué implicaciones tendría sobre el cambio de actitudes y de comportamientos o conductas. Para ello hemos comparado los conceptos, percepciones, actitudes que tienen nuestros estudiantes acerca de la transmisión del VIH/sida antes de trabajar la temática con ellos. En función de los resultados y de la experiencia adquirida en el desarrollo de nuestro programa sugerimos estrategias para ayudar a aclarar o derribar mitos y conceptos erróneos que se traducen en prácticas sexuales peligrosas, en el intento de aportar en el esclarecimiento y prevención respecto del VIH/sida.

METODOLOGÍA

Encuesta-entrevista

Evaluamos el nivel de información, la percepción del riesgo y las actitudes respecto del VIH/sida a partir de una encuesta-entrevista oral tomada al inicio (tiempo 0) de la investigación/acción con alumnos de grado de la carrera de Ciencias de la Educación, Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires, Argentina (grupo meta). El número de alumnos entrevistados en 1994 fue de 39 individuos (32 mujeres y 7 varones; 90% de 19-30 años de edad, 10% >30 años); en 1997 fue de 11 (10 mujeres y 1 varón; 91% de 23-30 años, 9% >30 años); en 1998 fue de 16 (todas mujeres, 88% de 23-30 años, 12% >30 años); en 2000 fue de 11 (todas mujeres, 100% de 18-30 años) y en 2001 fue de 37 (32 mujeres y 5 varones; 81% de 19-30 años, 19% >30 años). La encuesta como *herramienta metodológica* consistió en preguntas cerradas, semiabiertas y abiertas posibilitando su análisis cualitativo y cuantitativo. Para su diseño tuvimos en cuenta no sólo el vocabulario del grupo meta, sino cómo definían los conceptos en sus propios términos, para incluir lo que los mismos entrevistados/as tomaban como relevante. Nos enfocamos en los siguientes aspectos:

1) *Nivel de información*. Si define claramente qué es el sida, si puede explicar cómo se transmite el VIH/sida, qué vías de transmisión considera y si explica cómo se adquiere el virus.

2) *Sexualidad y métodos anticonceptivos*. Qué métodos anticonceptivos utiliza, qué considera como «sexo no protegido».

3) *Conductas de riesgo respecto al VIH/sida*. Si se cuida del sida y cómo, si conoce cuáles son las conductas de riesgo.

4) *Percepción del riesgo*. Si percibe que los heterosexuales

que no se inyectan drogas pueden contraer VIH/sida, si atribuye a las mujeres más riesgo de contagio que a los hombres, si atribuye a los adolescentes más riesgo de contagio que a los adultos, si los portadores asintomáticos o infectados contagian, si cree haber estado expuesto al virus del VIH.

5) *Cambios de actitud*. Si la prueba para la detección de anticuerpos del VIH (prueba anti-VIH) debiera ser obligatoria.

La estructura de la encuesta-entrevista se mantuvo desde 1994 a 2000. En 2001, al incorporar nuevos aspectos, algunas preguntas fueron modificadas o eliminadas. Detallaremos estos cambios en resultados cuando corresponda.

Análisis de los datos

En cada año y para cada pregunta (cerrada, semicerrada, abierta) estimamos el número y porcentaje de cada tipo de respuesta. Cuando las preguntas eran semiabiertas o abiertas, elaboramos categorías surgidas a partir de las respuestas espontáneas de los entrevistados/as. Aunque en 1997, 1998 y 2000 el tamaño de las muestras (n) fue relativamente pequeño, las muestras fueron homogéneas en cuanto a grupo de edad y nivel sociocultural, tratándose de personas que asistían a la misma universidad pública y que cursaban la misma carrera. Evaluamos los posibles cambios o tendencias temporales de los aspectos considerados comparando los resultados porcentuales obtenidos entre años. En forma simple, y sólo en algunos casos aplicamos la prueba exacta de Fisher ($p < 0,05$, a dos colas), para estimar si las diferencias en las frecuencias obtenidas entre 1994 y un año posterior resultaban significativas. Los aspectos cualitativos de la investigación, esenciales para discernir cómo y por qué los entrevistados/as dicen lo que dicen, se desarrollan en el cuerpo del trabajo.

RESULTADOS

Nivel de información

1) *¿Qué es el sida? ¿Puede definirlo?* En 1994, un 15% de los entrevistados/as reconocía no saber qué era el sida. Sin embargo, el conocimiento de la enfermedad y los intentos por definirla mejoraron significativamente al 2001 (tabla 1). La claridad con que definían la enfermedad sida

TABLE 1
¿Qué es el sida? ¿Puede definirlo? Comparación de las respuestas obtenidas entre los años 1994 y 2001. Buenos Aires, Argentina

Año	Sí	%	No	%	p ^a
1994	33	85	6	15	
1997	9	82	2	15	0,99
1998	16	100	0	0	0,16
2000	11	100	0	0	0,32
2001	37	100	0	0	0,02
Total	106	92	8	7	

^a Prueba exacta de Fisher ($p < 0,05$, a dos colas). Se comparó 1994 con cada uno de los años siguientes.

REVISIÓN

(nivel de información) aumentó desde 1994 hasta 2001 (fig. 1). Algunas de las definiciones que consideramos claras respecto a qué es el sida fueron: «Síndrome de inmunodeficiencia adquirida». «Es una enfermedad que agrede al sistema inmunológico provocado por el virus VIH». «Es una enfermedad que ataca al sistema inmunológico, provocada por un virus; el enfermo comienza a perder sus defensas».

¿Qué definiciones consideramos como no claras?: «Es un virus que se transmite por sangre». «Es un conjunto de síntomas y signos». «Es una enfermedad». «Consiste en que el virus afecta a la célula y entonces las defensas se resienten». «Un virus se come el sistema de defensas del cuerpo».

2) ¿Cómo se transmite el VIH? ¿Cuáles son las vías de transmisión del VIH? Desde 1994 hasta 2000, la sangre, el semen y en menor medida el flujo vaginal fueron reconocidos como las vías más importantes de transmisión del VIH. El líquido seminal sólo fue señalado en un 71% (rango: 63%-85%) (tabla 2). Esta marcada diferencia respecto del semen estaría indicando un desconocimiento acerca de qué es el líquido seminal. En 2001, investigamos cómo

se transmitía el VIH pero sin ofrecer opciones predeterminadas. En la tabla 3 se muestran las vías de transmisión reconocidas a partir de las respuestas espontáneas de los entrevistados, donde la sangre y en menor medida las vías sexual y vertical fueron las más indicadas. Algunas de las respuestas fueron: «Se transmite por sangre, por semen, flujos sexuales y madre-hijo». «Por fluidos del cuerpo, sangre, semen, flujo». «Se transmite por vía sexual, la vía sanguínea». «Por sangre o por fluidos sexuales». «Por vía sexual, embarazo, sanguínea». «Por sangre, leche materna, placenta, relaciones sexuales». «Sexual, sangre, semen». 3) ¿Cómo se adquiere el virus? El contagio se reconoció como la principal vía de adquisición del VIH (fig. 2). Sin embargo, aún en 2000, un 9% de individuos pensaba que el VIH/sida era hereditario. La vía congénita presentó una gran variación en los distintos años, lo que sugiere dificultades en la comprensión del concepto.

Sexualidad y métodos anticonceptivos

1) ¿Qué métodos anticonceptivos utiliza? En Argentina, tanto mujeres como varones pueden decir «me cuido usando preservativos» aun cuando utilicen solamente preservativos masculinos. El uso del preservativo como método anticonceptivo no mostró una tendencia positiva entre 1994 y 2000. Fue notable que algunos métodos de muy baja eficacia como el método del ritmo (o calendario) y el coito interrumpido pudieran llegar hasta el 13% (tabla 4).

2) ¿Qué considera como «sexo no protegido»? En la figura 3, las respuestas a esta pregunta abierta se agruparon en tres categorías según asociaran el concepto de sexo no protegido a no usar preservativos durante la relación sexual, a no evitar embarazos no deseados o a otras causas sin mencionar explícitamente las dos anteriores. Con excepción de 1997, el no usar preservativos fue la principal asociación encontrada. Algunas de las definiciones que agrupamos en la primera categoría fueron: «El que se practica sin usar preservativos». «Tener relaciones sin preservativo ni método anticonceptivo». «Sexo sin utilización de métodos anticonceptivos como el preservativo». En la segunda categoría encontramos: «Sexo sin utilización de métodos anticonceptivos». «Donde no se cuidan los embarazos». Finalmente, en la categoría «otras» consideramos respues-

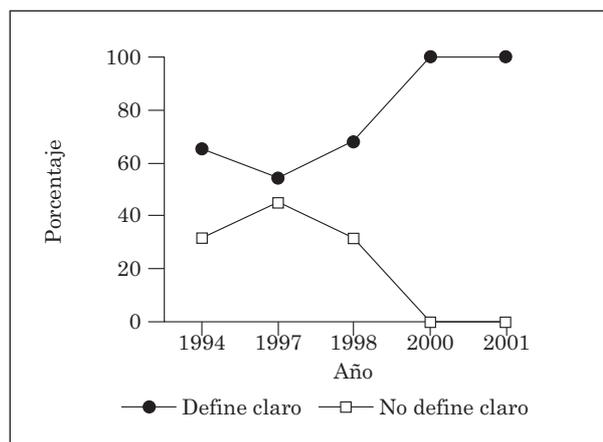


Fig. 1. Comparación del nivel de información encontrado en las definiciones de la enfermedad del sida entre los años 1994 y 2001 en Buenos Aires, Argentina. Las respuestas se agruparon según su claridad en dos categorías: define claro/no define claro.

TABLA 2

¿Cómo se transmite el VIH? ¿Cuáles son las vías de transmisión del VIH? Comparación de las respuestas obtenidas entre los años 1994 y 2000. Buenos Aires, Argentina

Vías de transmisión ^a	Porcentaje de respuestas positivas en el año				
	1994 (n=39)	1997 (n=11)	1998 (n=16)	2000 (n=11)	Total (n=77)
Sangre	100	100	100	100	100
Semen	100	100	88	100	97
Flujo vaginal	95	91	81	91	89
Líquido seminal	85	64	63	73	71
Sexo oral	74	45	44	45	52
Placenta	74	91	100	73	84
Leche materna	72	45	56	55	57
Lágrimas	8	0	0	0	2
Saliva	3	0	0	27	7

^a Cada vía correspondió a una opción predeterminada que podía elegirse de forma independiente.

TABLA 3
¿Cómo se transmite el VIH? ¿Cuáles son las vías de transmisión del VIH? Respuestas obtenidas en año 2001. Buenos Aires, Argentina

Vías de transmisión ^a	Porcentaje de respuestas positivas en el año
	2001 (n=37)
Vía sangre	86
Vía sexual	57
Vía vertical; madre-hijo; placenta embarazo	41
Semen	27
Lactancia	22
Fluidos sexuales	14
Transfusiones	14
Jeringas	11
Fluidos vaginales	8

^a Las vías se categorizan a partir de las respuestas espontáneas de los entrevistados.

tas como: «El que es irresponsable, entre personas que no se conocen, ocasional, donde las personas no se cuidan». «Aquel que no guarda los cuidados». «No conocer a la persona». «Ser promiscuo». «No cuidar las jeringas, ni al dentista». «Nada, no cuidarse a sí mismo». «El que tiene más riesgo de contraer la enfermedad».

Conductas de riesgo respecto al VIH-sida

1) ¿Se cuida del sida? El 81% (rango: 77%-94%) de los entrevistados/as afirmaron cuidarse del sida. No encontramos diferencias significativas ente años (tabla 5). Entre ellos, el 83% (rango: 56%-93%) afirmaron cuidarse siempre. ¿Cómo se cuidan los que se cuidan siempre? Las formas de cuidarse entre los que se cuidaron siempre se muestran en la tabla 6. Dentro de las prácticas sexuales, el uso de preservativos fue la principal medida de cuidado frente al

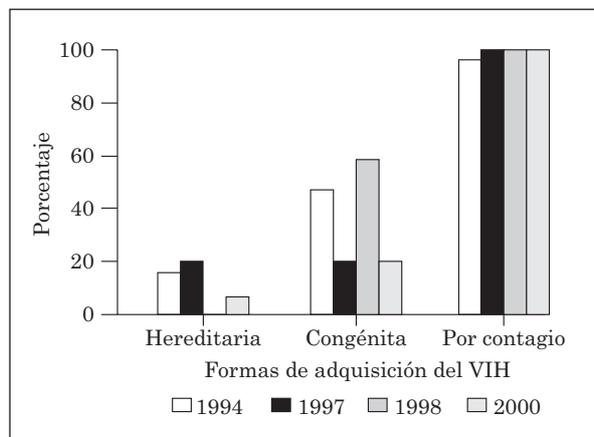


Fig. 2. ¿Cómo se adquiere el virus? Comparación de las respuestas obtenidas entre los años 1994 y 2000 en Buenos Aires, Argentina.

VIH/sida (46%) aunque muy variable entre años y sin mostrar una tendencia neta. Considerar como comportamiento de cuidado el tener una pareja estable (23%) también presentó una gran variabilidad. Hasta 1998, una proporción de los entrevistados que tenían pareja estable, también se realizaron la prueba anti-VIH junto con su pareja, pero esta correspondencia no se observó en los años siguientes. Otros tipos de comportamientos de cuidado que implicaban evitar el contacto de sangre, presentar grandes variaciones entre años aunque fue importante el cuidado respecto al uso de materiales descartables en las prácticas médicas. En 2001, en «otras» agrupamos respuestas no encontradas previamente y poco específicas tales como: «Tomando todas las precauciones». «Evitando el contagio». «Evitar situaciones de riesgo». «Teniendo cuidado en los accidentes». «Tomando los recaudos necesarios». ¿Cómo se cuidan los que no se cuidan? Su principal explicación es la de tener pareja estable (tabla 7). Este aspecto que consideramos de suma importancia será retomado especialmente en la discusión.

TABLA 4
¿Qué métodos anticonceptivos utiliza? Comparación de las respuestas obtenidas entre los años 1994 y 2000. Buenos Aires, Argentina

Métodos anticonceptivos utilizados ^a	Porcentaje de respuestas positivas en el año				
	1994 (n=39)	1997 (n=11)	1998 (n=16)	2000 (n=11)	Total (n=77)
Preservativo	64	73	69	64	67
Pildoras anticonceptivas	31	45	56	36	42
Diafragma	25	9	6	0	10
Espumas espermicidas	11	0	0	0	3
Dispositivo intrauterino (DIU)	8	9	6	0	6
Método del ritmo o calendario	8	0	13	0	5
Coito interrumpido	3	9	13	9	8
Ducha	3	0	0	0	1
Ninguno	22	9	0	9	10

^a Algunos entrevistados utilizaban más de un método.

REVISIÓN

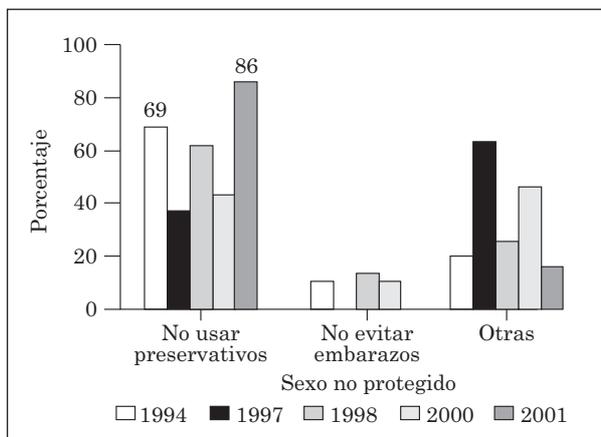


Fig. 3. ¿Qué considera como “sexo no protegido”? Comparación de las respuestas obtenidas entre los años 1994 y 2001 en Buenos Aires, Argentina. Las respuestas se agruparon en las tres categorías que se indican a partir de las respuestas espontáneas de los entrevistados.

2) ¿Conocen las conductas de riesgo? Distintas opciones predeterminadas que podrían o no ser consideradas conductas de riesgo de adquisición del VIH se presentan en la tabla 8. Reconocieron como conductas de riesgo a aque-

llas que implicaban un contacto con sangre (agujas, transfusión, material cortante) y aquellas que implicaban un contacto sexual. Consideraron más arriesgado el contagio del bebé por el embarazo de una madre infectada (vía placenta y/o parto) que a través de la lactancia.

Percepción del riesgo

1) ¿Los heterosexuales que no se inyectan drogas pueden contraer sida? En 1998 el 100% de los entrevistados reconocía el riesgo de los heterosexuales para contraer el VIH (fig. 4.a). Previamente, la conducta de mantener relaciones heterosexuales sin protección había sido considerada tan peligrosa como en las relaciones homosexuales (tabla 8).
 2) ¿Las mujeres tienen más riesgo de contagio que los hombres? En general, en todos los años, los entrevistados consideraron que las mujeres no tenían más riesgo de contraer VIH que los varones (fig. 4.b). «Existe la misma probabilidad». «Existe igual posibilidad de contagiarse la enfermedad». «No discrimina por sexo». «El contagio es el mismo»; fueron algunas de las respuestas más características. Sin embargo, algunos reconocieron que «Es menor probabilidad de contagio de mujer a hombre porque el fluido vaginal no le entra directo al hombre». «Hay más probabilidad de contagio de hombre a mujer ya que éstos transmiten el virus por el semen». «Es más factible que se transmita de hombre a mujer porque el semen del hombre tiene mayor cantidad del virus que los fluidos vaginales de la mujer».

TABLA 5
 ¿Se cuida del sida? Comparación de las respuestas obtenidas entre los años 1994 y 2001. Buenos Aires, Argentina

Año	Sí	%	Siempre	%	A veces	%	No	%	No contesta	%	p ^a
1994	30	77	28	93	2	7	4	10	5	13	
1997	9	82	5	56	4	44	2	18	0	0	1,00
1998	15	94	10	67	5	33	1	6	0	0	0,25
2000	10	91	9	90	1	10	1	9	0	0	0,42
2001	29	78	25	86	4	14	3	9	5	13	1,00
Total	93	81	77	83	16	17	11	10	10	9	

^a Prueba exacta de Fisher (p<0,05, a dos colas). Se comparó la frecuencia de “Sí” respecto de “No” más “No contesta” de 1994 con cada uno de los años siguientes.

TABLA 6
 ¿Cómo se cuidan los que se cuidan siempre? Comparación de las respuestas obtenidas entre los años 1994 y 2000. Buenos Aires, Argentina

Formas de cuidarse ^a	Porcentaje de respuestas positivas en el año					
	1994	1997	1998	2000	2001	Total
Uso preservativos	36	60	30	56	46	46
Tengo pareja estable	25	20	40	22	8	23
Uso material descartable	21	80	30	22	46	40
Me hice la prueba anti-VIH con mi pareja	18	20	30	0	0	14
No comparto objetos cortantes	11	40	10	11	0	14
Me cuidó en las relaciones sexuales	7	20	10	0	0	7
Me cuidó en el dentista	4	60	0	11	4	16
No toco heridas	4	0	0	0	4	2
Otras	0	0	0	0	29	6

^a Las formas de cuidarse se categorizaron a partir de las respuestas espontáneas de los entrevistados.

TABLA 7
¿Cómo se cuidan los que no se cuidan? Comparación de las respuestas obtenidas entre los años 1994 y 2000.
Buenos Aires, Argentina

Formas de cuidarse ^a	Porcentaje de respuestas positivas en el año					
	1994	1997	1998	2000	2001	Total
Tengo pareja estable	75	50	100	100	100	85
Uso material descartable	50	0	0	0	0	10
No comparto objetos cortantes	25	0	0	0	0	5
No me drogo con inyectables	0	0	0	0	3	1

^a Las formas de cuidarse se categorizaron a partir de las respuestas espontáneas de los entrevistados.

TABLA 8
¿Cuáles son las conductas de riesgo? Comparación de las respuestas obtenidas entre los años 1994 y 2001.
Buenos Aires, Argentina

Conductas de riesgo ^a	Porcentaje de respuestas positivas en el año					
	1994 (n=39)	1997 (n=11)	1998 (n=16)	2000 (n=11)	2001 (n=37)	Total (n=114)
Mantener relaciones heterosexuales sin protección	100	91	100	100	100	98
Mantener relaciones homosexuales sin protección	100	100	100	100	100	100
Hacerse tatuajes	100	100	100	100	100	100
Realizarse transfusiones	97	100	100	100	100	99
Compartir objetos cortantes	95	100	87	91	97	94
El embarazo de una madre infectada	95	91	100	91	97	95
Compartir agujas	90	100	100	100	100	98
Compartir el cepillo de dientes	69	36	44	54	92	59
Hacerse perforaciones para aros	67	55	69	45	73	62
La lactancia si la madre está infectada	56	54	56	54	68	58
Tener relaciones sexuales con preservativo	8	0	6	0	3	3
Sufrir picaduras de insectos	8	0	0	0	0	2
Bañarse con un infectado	5	0	0	0	3	2
Tocar lágrimas	3	0	0	0	0	1
Tocar un infectado	0	0	0	0	0	0

^a Cada conducta correspondió a una opción predeterminada que podía elegirse de forma independiente.

3) *¿Los adolescentes tienen más riesgo de contagio que los adultos?* Muchas veces se describe o se ve a los adolescentes o jóvenes como personas desinformadas, irresponsables y promiscuas. Así, de 1994 a 2000, entre los que dicen que los adolescentes tienen más riesgo de contagio que los adultos (fig. 4.c) encontramos explicaciones como: «*Son muy impulsivos*». «*Les falta información*». «*Toman menos precauciones*». «*Se sienten intocables*». «*Tienen relaciones sin usar preservativo*». «*Sí, porque muchos de los drogadictos son adolescentes*».

En 2001 se indagó en forma más general: *¿Qué responderías si uno de tus amigos te pregunta si actualmente hay personas o grupos de personas que tienen mayor probabilidad de infectarse? ¿Cómo justificarías tu respuesta?* De 37 personas, 21 respondieron que los drogadictos endovenosos tenían mayor probabilidad de infectarse; 9 consideraron que aquellas personas que *no tienen información o no se cuidan* tenían una mayor probabilidad de infectarse. En menor medida se consideró que trabajadores de la salud (un caso), personas promiscuas (tres casos), prostitutas

(un caso) y homosexuales (un caso) tenían mayor probabilidad de infectarse.

4) *¿Los «portadores asintomáticos» contagian? o ¿los infectados contagian?* Aunque en la actualidad hablamos de *infectados*, en 1994 aún se utilizaba la terminología *portadores asintomáticos*. En 1994 sólo el 81% reconocía que los infectados por VIH contagian. En 1997 y 1998 el porcentaje creció a 91% y 94%, respectivamente. El porcentaje llegó al 100% en 2000 y se mantuvo en 2001. Sin embargo, hasta 1998, el 6% de los entrevistados aún dudaba.

5) *¿Estuvo expuesto al virus del VIH?* En los diferentes años, un 25%-41% de los entrevistados/as consideraron que sí estuvieron expuestos al virus (fig. 5). Justificaron su posible exposición: «*Porque falta material descartable en prácticas médicas*». «*Porque siempre se está expuesto*». «*Porque mantuve una relación sexual sin cuidado con alguien que no conozco y sin precauciones*». «*Me puse aros sin cuidarme*». «*En el odontólogo*». Entre los que consideraron que no estuvieron expuestos, decían: «*No estuve expuesta a situaciones de riesgo*». «*Siempre nos cuidamos*». «*Nunca*

REVISIÓN

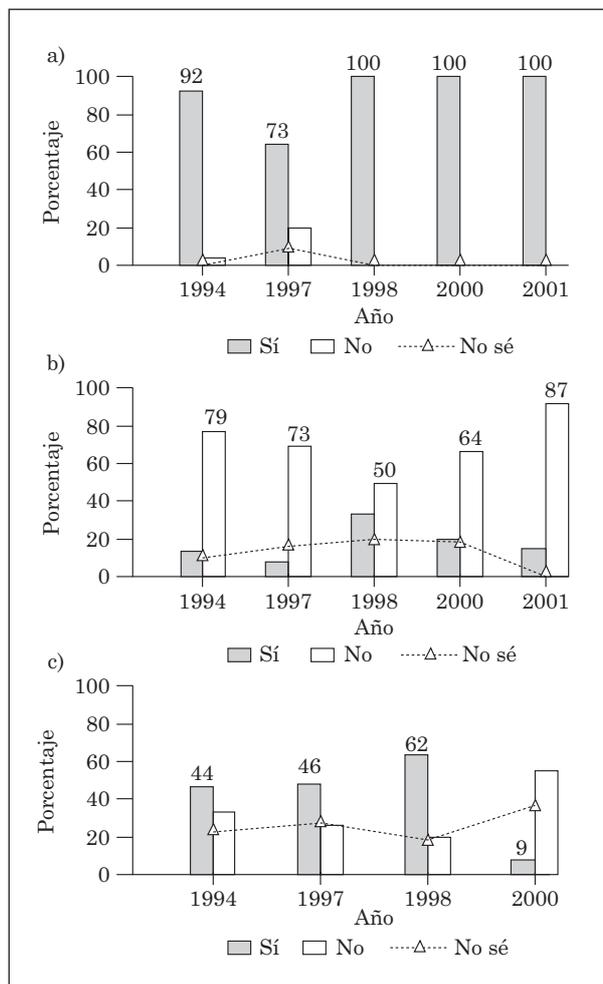


Fig. 4. Percepción del riesgo. (a) ¿Los homosexuales que no se inyectan drogas pueden contraer VIH/sida? (b) ¿Las mujeres tienen más riesgo de contagio que los hombres? (c) ¿Los adolescentes tienen más riesgo de contagio que los adultos? Comparación de las respuestas obtenidas entre los años 1994 y 2001 (a y b) y entre los años 1994 y 2000 (c) en Buenos Aires, Argentina.

se puede estar seguro de nada». «Todo el mundo está expuesto y sólo tomo medidas desde que tengo conocimiento de la enfermedad».

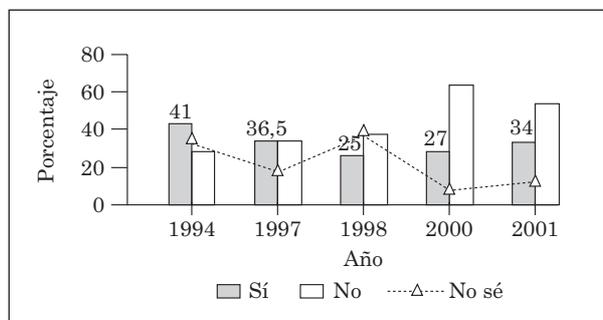


Fig. 5. ¿Estuvo expuesto al virus del VIH? Comparación de las respuestas obtenidas entre los años 1994 y 2001 en Buenos Aires, Argentina.

Cambios de actitud

¿La prueba anti-VIH debería ser obligatoria? Entre 1994 y 2000 preguntamos si para una pareja que deseara tener un hijo debería ser obligatoria la prueba anti-VIH. Otra pregunta fue si debería ser un examen obligatorio para la población en general. Considerando todos los años, más del 70% opinó que si una pareja va a tener un hijo debería realizarse la prueba anti-VIH (72%, 100%, 81% y 90%, desde 1994 a 2000). Lo justificaron así: «Porque los padres tienen que saberlo». «Para que la pareja decida qué hacer». «Para tener más claro el porcentaje de enfermos y evitar el contagio». «Para tomar conciencia y cuidarse». «Para lograr un buen tratamiento y disminuir el riesgo de contagio». «Porque muchas veces hay contagio porque la persona desconoce que posee sida». «Sí, siempre que esta obligación no implique discriminación». «Todos deberíamos saberlo». «Al ser obligatorio es gratuito y además esto ayuda a tener información y formación». «Para que se planifiquen si quieren tenerlo bajo cualquier circunstancia». «Así sabríamos qué parte de la población está infectada». El 6% en 1998 y el 10% en 2000 decían no saber si debería tratarse de un examen obligatorio ya que: «Hay que estar informados pero no sé si debería ser obligatorio, me preocupa el tema de la divulgación de esta información». «No sé, si la pareja se conoce hace años entonces sabe si hubo o no posibilidades de contraer el virus». El 25% en 1994 y el 13% en 1998 pensaban que no debería ser obligatorio porque «Se debería informar y concienciar a la gente sobre la enfermedad y la forma de prevención, pero no creo que deba ser obligatorio» «Sólo debería hacerse por prevención». Al considerar la posible obligatoriedad del examen para la población en general, la mayoría contestó afirmativamente (79%, 100%, 88%, 82% desde 1994 a 2000). Pero las razones fueron diversas: «Para desmitificar». «Para prevenir el contagio». «Por uno mismo». «Para que los enfermos de sida cuiden de no contagiar a otros». Entre los que consideraban que no debía tratarse de un examen obligatorio (21% en 1994; 12% en 1998 y 9% en 2000) opinaban que: «Tiene que ser un derecho y no una obligación». «Si no quieren, no». Entre los que no sabían (sólo el 9% en 2000) decían: «Creo que es una decisión personal». «Sería importante pero habría que tener en cuenta evitar la discriminación que se produce para los infectados».

Discusión

En esta investigación nos propusimos desvelando lo obvio, descubrir investigando qué conceptos y qué mecanismos aún no quedan claros a nuestros interlocutores y por qué, y cómo favorecer su comprensión y la deshabitación de conductas interiorizadas durante décadas, para poder construir aquellas que son necesarias en tiempos de sida. Hemos centrado este trabajo en el análisis y discusión de los posibles cambios o tendencias que se fueron dando en nuestro grupo meta a lo largo de 8 años (1994-2001), comparando su nivel de información, cómo fue variando su percepción de riesgo, y sobre todo si la adquisición de dicho conocimiento se tradujo en cambios de actitud y de comportamientos menos arriesgados en tiempos de VIH/sida. Las muestras han sido muy homogéneas en cuanto a grupo de edad, nivel sociocultural, y al hecho de tratarse de grupos de individuos que asistían a la misma universidad pública, cursando la misma carrera. El estrato de edad con el que trabajamos es el más afectado por el sida en nuestro país^{5,13}.

¿Qué cambios, qué actitudes y qué comportamientos fuimos encontrando a lo largo de estos últimos 8 años? ¿Cómo estos comportamientos siguen siendo inseguros en el contexto actual de la epidemia de VIH/sida en Argentina? Encontramos un aumento significativo en el nivel de información respecto a qué es el sida. En 1994 un 15% de los entrevistados decían no saber y no poder definir qué era el sida (tabla 1). La definición dada de la enfermedad se fue enriqueciendo hasta la actualidad demostrando un mayor nivel de conocimiento entre los entrevistados. Por otra parte, en el país también fue aumentando el número de personas que viven con el VIH/sida^{2,5}. Las principales vías de transmisión del VIH (sangre, semen, flujo vaginal) han sido reconocidas desde 1994 por el 89%-100% de los entrevistados (tabla 2). Es de notar que en 2001, los entrevistados incluyen entre las vías de transmisión (citadas espontáneamente) a los *fluidos sexuales*, además de *vía sexual, semen y fluidos vaginales*, en el 14% de los casos (tabla 3). Esto indicaría que no todos los entrevistados pueden utilizar la misma terminología que maneja el «saber experto» o que aún hay cierto pudor en nombrar lo que durante décadas aprendieron a no nombrar. En Argentina, la educación sexual aún no es un contenido que figure en el currículo escolar.

La práctica del sexo oral como una posible vía de transmisión se ha mantenido llamativamente baja, con un promedio del 52% (rango: 44%-47%) (tabla 2). Sería interesante averiguar si entre los jóvenes considerados como grupo meta el sexo oral constituye o no una práctica habitual. Es posible que muchos de ellos no lo estén considerando como una vía de transmisión importante del VIH porque o bien no lo practican o de eso no hablan. Nuestra investigación estaría indicando que la percepción de riesgo respecto a esta práctica no es suficiente. El sexo oral sin protección ni cuidados es una práctica de riesgo, de ahí que para ayudar a vencer lo peligroso de este riesgo se debería incorporar dentro de los programas educativos y preventivos como un punto muy importante a tratar. Asociado a lo anterior, encontramos que dependiendo del año, entre un 25%-37% no reconoce como vía de transmisión al líquido seminal (tabla 2). En nuestros talleres de reflexión surgía que muchas de las mujeres jóvenes desconocían qué era el líquido seminal, de manera que mal podían reconocer su posible riesgo en transmisión del VIH. Este dato podría explicar por qué no incluyen el sexo oral como una práctica de riesgo (tabla 3). Sugerimos que en las estrategias de educación y prevención dirigidas a jóvenes mujeres de 19 a 30 años, se explique cuáles son las razones por las que el preservativo debe ser colocado antes de practicar el sexo oral. Cuando se utilizan conceptos sintéticos que contienen conceptos más específicos o de menor grado que no se aclaran detalladamente, es frecuente generar malentendidos. Por ejemplo, una definición de congénito es aquella que se refiere a la existencia de defectos o de enfermedades de origen ambiental y no hereditario que se dan antes o durante el nacimiento¹⁴. Si se comprendiera el significado del concepto congénito, debería asociarse al de embarazo. En el contexto de la transmisión del VIH la noción de congénito y el concepto de embarazo de madre infectada como conducta de riesgo no se encuentran fuertemente asociados. Mientras que en 2000 el 91% de los entrevistados consideran que el embarazo de una madre infectada implica un alto riesgo, sólo el 18% cree que el virus se puede adquirir por vía congénita (tabla 8) (fig. 2). De acuerdo a nuestra experiencia en talle-

res de capacitación es necesario explicar que congénito deriva de gestación, y que por tanto se asocia a embarazo de madre infectada y a transmisión vertical. Aunque suele parecerlo, congénito y genes no están asociados, sino que congénito deriva del término gestación. Los genes están implicados al considerar lo hereditario. Comprender estos conceptos evita caer en la trampa del determinismo hereditario, del nada puedo hacer y ayudar a que las personas se hagan responsables de su propio cuidado y del de su embarazo.

Proponemos la integración del conocimiento «no experto» con el conocimiento de «expertos» (científicos-técnicos-médicos). Todo aprendizaje significativo parte y se relaciona con los saberes previos del individuo. Nos parece necesario operar sobre ellos para que un individuo pueda aprender a construir nuevos conceptos relacionados con enfermedades «nuevas», como el sida, de las cuales sus familiares y docentes no han tenido experiencia previa.

¿Las prácticas sexuales aseguran sexo protegido o seguro? En general no observamos una fuerte asociación entre sexo no protegido y prevención de embarazo (fig. 3). En las entrevistas surge que sexo no protegido se asoció fundamentalmente al uso de preservativos para evitar contraer el VIH. Encontramos una débil asociación entre anticoncepción/embarazos no deseados y sexo no protegido. Algunos de los entrevistados/as afirman: *«El sexo no protegido es el que se hace sin usar preservativo con una pareja inestable»*. *«Es no tomar conciencia de las consecuencias que puede tener el sexo ocasional»*. *«Tener sexo oral con parejas ocasionales»*.

¿Cuántas parejas? ¿Cuánto tiempo duran? ¿Son parejas estables? Los varones tienen mayor oportunidad tanto de contraer como de transmitir VIH ya que en promedio, tienen mayor número de parejas sexuales, y porque la transmisión varón-mujer tiene el doble de eficiencia respecto a la transmisión mujer-varón¹⁵. Este aspecto constituye uno de los desafíos en la prevención del VIH de acuerdo a lo que surge en nuestros talleres de capacitación⁸. Los varones aún ejercen cierta autoridad o convencimiento sobre sus parejas y rechazan el uso de preservativo, minimizando o no considerando la seguridad con expresiones como *«Con preservativo no se siente nada»*. *«Es ridículo»*. *«Por una vez no pasa nada»*. *«Si ella trae los preservativos es porque es una cualquiera»* o como un riesgo que vale la pena tomar.

Pero, ¿cuántas parejas consideran estables en un año los jóvenes que dicen no usar preservativo porque tienen pareja estable? ¿Son esas «parejas estables» una relación mutuamente monógama? Muchos de los entrevistados/as dicen cuidarse del sida teniendo *«relaciones estables»*: *«Pienso que no estuve expuesta al virus VIH porque siempre uso preservativos y tengo pareja estable»*. *«Me cuidé del sida usando preservativos mientras no tuve pareja estable, ahora que la tengo me cuido para no quedar embarazada pero no del sida»*. *«Me cuido del sida porque tengo pareja estable»*. Es posible que aquellas personas con pareja estable subestimen su grado de exposición al VIH. Cambiar estas actitudes que pueden ser arriesgadas es uno de los esfuerzos que consideramos fundamentales en nuestro trabajo para enfrentar esta epidemia de sida. El abandono del uso del preservativo entre los miembros de una pareja estable puede permitir un mejor desarrollo de la sexualidad, pero no está exento de riesgos, ya que una parte importante de las parejas estables puede desconocer su estado serológico respecto al VIH. Además, las relaciones estables a menudo no son exclusivas. Todo esto muestra la ne-

REVISIÓN

cesidad de diversificar las intervenciones preventivas en función del tipo de relación de la mujer con la pareja masculina (estable y ocasional). Un cambio para superar las vergüenzas y temores es instrumentar talleres con dinámicas activas y lúdicas⁸. Consideramos que se puede facilitar el aprendizaje de establecer una comunicación más fluida entre las parejas jóvenes respecto a la práctica de compartir un sexo más seguro.

¿Cómo perciben el riesgo de contraer el VIH/sida? Los entrevistados perciben que las mujeres tienen igual riesgo de contraer VIH/sida que los varones (fig. 4). Sin embargo, la epidemia ha tenido un impacto diferente según el sexo a través de los años. En Argentina la razón de número de enfermos ha sido de 4 varones por mujer. Esta relación fue variando con los años desde 12 varones en 1989, a tres varones por cada mujer enferma en el año 2000¹³. Las mujeres heterosexuales y, particularmente las jóvenes, constituyen en la actualidad un grupo altamente vulnerable⁵. Esta información no se refleja en las justificaciones de nuestros entrevistados. Sólo una minoría tuvo en cuenta que si sólo consideráramos las relaciones sexuales entre heterosexuales, la probabilidad de transmisión del VIH de varón a mujer es más efectiva que la de mujer a varón, ya que el semen tiene mayor concentración de VIH que el flujo vaginal. Por otra parte, no consideraron que las mujeres tienen dificultad de solicitar o negociar el uso de preservativos en una relación heterosexual. Un 62% de los entrevistados perciben que los adolescentes tenían mayor riesgo de contraer el VIH que los adultos (fig. 4.c) dando múltiples causas: «Son más inconscientes». «Tienen relaciones más inestables». Sin embargo, en Argentina las estadísticas muestran que los adolescentes se infectan fundamentalmente a través de compartir agujas y jeringas al inyectarse drogas^{13,16}.

¿Como cambió la actitud de los entrevistados respecto a la prueba anti-VIH? En 1994, en Argentina, la gente no sabía qué era la prueba anti-VIH¹⁴. Aún no es habitual que una pareja se realice esta prueba (tabla 6); sí parece haber un cambio de actitud respecto a lo que consideran adecuado en caso de que una pareja desee tener un hijo.

En el campo de la prevención del VIH/sida, los *comportamientos sexuales responsables* se caracterizan por su autonomía, mutualidad, honestidad, respeto, consentimiento, protección, logrando placer y bienestar^{17,20}. No incluye causar daño, explotación, manipulación ni discriminación. La estrategia educativa debería incluir la responsabilidad como valor a promover «qué sé y qué debo hacer en cada posibilidad de riesgo de contagio». Proponemos una educación basada en la verdad y no en los prejuicios que explique todo lo que tiene que explicar, y que las acciones sean lo suficientemente profundas para ayudar a cambiar actitudes, valores y comportamientos. Insistimos en asociar: sexualidad-sida-vida.

AGRADECIMIENTOS

La presente investigación ha sido financiada por la Universidad de Buenos Aires (UBACyT-TF57, 748/98). Agra-

decemos a Claudio Glejzer, docente de la Cátedra de Biología, Departamento de Ciencias de la Educación, FFyL-UBA y a los estudiantes participantes de los Talleres de Investigación-Acción (VIH/sida).

BIBLIOGRAFÍA

1. Goldstein B, Castañera M, Ladisa H. Sida, del Dicho al Hecho. Buenos Aires: Extensión Universitaria FFYL-UBA; 1995.
2. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Programa Regional de SIDA/ITS, Grupo de trabajo de OMS/OPS/ONUSIDA. Vigilancia del SIDA en las Américas. Informe Bianual 2000. Febrero 2000. Disponible en: <http://165.158.1.110/spanish/aid/aidm0497.htm>.
3. Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población. Cuestiones de población 1999. Nueva York: FNUAP; 1999. Disponible en: <http://www.unfpa.org/>.
4. Frontera L. Argentina: País H.I.V. Primera Encuesta Nacional sobre Sexualidad y Prevención del SIDA. Buenos Aires: Editorial Galerna; 1995.
5. Ministerio de Salud Unidad Coordinadora Ejecutora VIH/SIDA y ETS. Argentina. 31-08-2000. Se encuentra en: <http://www.msal.gov.ar/>.
6. Goldstein B, Glejzer C, Castañera M. SIDA: del dicho al hecho hay un gran trecho. Buenos Aires: Oficina de Publicaciones del CBC-Universidad de Buenos Aires; 1996.
7. Goldstein B, Castañera M, SIDA-Educación-Salud. IICE (Revista del Instituto de Ciencias de la Educación, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires), 1998; 13:44-9.
8. Goldstein B, Castañera M, Ladisa H. Talleres vivenciales, participativos y reflexivos. SASH (Revista Argentina de Sexualidad Humana) 1996; X (2): 19-23.
9. Goldstein B, Castañera M, Glejzer C. VIH/SIDA. Salud, Educación y Prevención. Buenos Aires: Editorial Novedades Educativas; 1999.
10. Cahn P. PSIDA. Buenos Aires: Editorial Paidós; 1992.
11. Goldstein B, Castañera M. SIDA... del dicho al hecho II. SASH (Revista Argentina de Sexología Humana), 1996; X (1):21-37.
12. Vosniadou S. Capturing and modeling the process of conceptual change. Learning and Instruction 1994; 4(1):45-70.
13. Fundación Huésped. Argentina; 2000. Disponible en: <http://www.huesped.org.ar/>.
14. Hale WG, Morgham JP, Saunders VA. Dictionary of Biology. Gran Bretaña: Harper Collins Publishers; 1995.
15. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). 2000 World AIDS Campaign. Men and AIDS-a gendered approach. Génova, 2000. Disponible en: <http://www.who.ch/emc/diseases/hiv> y en <http://www.unaids.org>.
16. Dragui, C. Es alta la tasa de infección por HIV en Argentina [reseña]. La Nación 2001, 14 de agosto; sección «Ciencia/Salud»: 10. Disponible en: www.lanacion.com.ar/01/08/14sl_327425.asp.
17. Pan American Health Organization, World Health Organization, World Association for Sexology. Promotion of Sexual Health. Recommendations for Action 2000, Antigua Guatemala, Guatemala, May 19-22,2000. Disponible en: <http://www.tc.umn.edu/nlhome/m201/cole001/was/> y en <http://www.rki.de/GESUND/ARCHIV/HOME.HTM>.
18. Aller Atucha LM. Pedagogía de la Sexualidad Humana. Buenos Aires: Editorial Galerna; 1991.
19. Casas Martínez ML, Varela Guerrero GA. Formación de la Sexualidad en el Adolescente. México: Editorial Trillas; 1998.
20. Aggleton P, Rivers K, Warwick I. AIDS. Working with young people. West Sussex: AVERT Publishers; 1993.