



UNIVERSIDAD DE QUINTANA ROO

DIVISIÓN DE CIENCIAS POLÍTICAS Y ECONÓMICAS

---

PERCEPCIÓN DE RIESGO EN EL  
CONTAGIO DE VIH/SIDA EN JOVENES  
UNIVERSITARIOS DE OTHÓN P. BLANCO  
Y BACALAR, QUINTANA ROO. UNA  
PERSPECTIVA DE GÉNERO

---

TESIS

Para obtener el grado de

**LIC. GOBIERNO Y GESTIÓN PÚBLICA**

PRESENTA

**Alumno: Itzel Andrea Calderón Castro**

DIRECTOR DE TESIS

**Dr. Miguel Ángel Barrera Rojas**

ASESORES

**Dr. Jorge Enrique Figueroa Magaña**

**Dra. Eliana Cárdenas Méndez**

Chetumal Quintana Roo, México, septiembre de 2021



UNIVERSIDAD DE QUINTANA ROO

## DIVISIÓN DE CIENCIAS POLÍTICAS Y ECONÓMICAS

Tesis elaborada bajo la supervisión del Comité de Tesis del programa de licenciatura y aprobada como requisito para obtener el grado de:

# **LIC. GOBIERNO Y GESTIÓN PÚBLICA**

## COMITÉ DE TESIS

Director: Dr. Miguel Ángel Barrera Rojas

Asesor: Jorge Enrique Figueroa

Asesor: Eleana Cárdenas Méndez

Suplente 1: José Ricardo Hernández Gómez

Suplente 2: Raúl Sergio González Ramírez



UNIVERSIDAD DE QUINTANA ROO

DIVISIÓN DE CIENCIAS POLÍTICAS Y ECONÓMICAS

Percepción de riesgo en el contagio de VIH/SIDA en jóvenes universitarios de Othón P. Blanco y Bacalar, Quintana Roo. Una perspectiva de género.

Presenta:

Itzel Andrea Calderón Castro

Tesis para obtener el título de Licenciado (a) en Gobierno y Gestión Pública

COMITÉ DE SUPERVISIÓN

Director:

Dr. Miguel Angel Barrera Rojas

Sinodal propietario:

Dr. Jorge Enrique Figueroa Magaña

Sinodal propietario:

Dra. Eliana Cárdenas Méndez

Suplente:

MC. José Ricardo Hernández Gómez

Suplente:

Dr. Raúl Sergio González Ramírez

Suplente:



Chetumal, Quintana Roo, México, septiembre de 2021

## **Agradecimientos**

Antes que nada, quiero agradecer a Dios por permitirme llegar a este punto de mi vida. Agradezco haberme brindado la fortaleza y la capacidad de poder seguir caminando a pesar de las adversidades. Le agradezco por no dejarme sola y por darme todas las oportunidades necesarias para poder cumplir con una de las metas más importantes en mi vida y en la de mi familia, y que representa hasta hoy uno de mis más grandes orgullos.

Gracias a mi familia por haberme apoyado incondicionalmente en mis proyectos personales y académicos. Gracias a mi padre, quien con mucho esfuerzo y amor me ha regalado horas de trabajo para que nunca me hiciera falta nada durante todos mis años de estudiante. Gracias a mi madre, quien me ha sostenido y ha estado conmigo en cada etapa de este proceso, desde las mañanas en las que me despedía con ternura, hasta las noches en las que esperaba con paciencia mi retorno después de cada jornada escolar. Gracias, mamá y papá, por su amor y sostén. Este logró es por y para ustedes.

Le agradezco a mis hermanos: Alondra, Montse, Arturo y Regina, quienes me han visto y soportado todos estos años. Gracias por apoyarme, por darme palabras de aliento cuando las necesité; por abrazarme, comprenderme y amarme. Estoy feliz de compartir este logro con ustedes, siempre han sido y serán uno de mis más grandes motores en la vida. Los amo y sin importar las dificultades que podamos presentar, siempre estaré orgullosa y agradecida de compartir mi vida con cada uno de ustedes.

Quiero agradecer con todo el corazón a mi Alvarito, quien ha sido mi compañero y mejor amigo durante toda la carrera. Gracias por tu amor y tu apoyo incondicional, por escucharme y motivarme en esos días en los que quise rendirme. Gracias por recorrer este camino conmigo sin soltarme de la mano, estoy segura de que, sin ti hubiera sido menos divertido y más solitario.

De igual forma, le agradezco a quienes durante estos años han sido mi segunda familia en una ciudad lejos de casa. Gracias a Domi, Gaby, Rocío y a Mamá Carmela, porque durante este tiempo de universitaria siempre me brindaron un lugar seguro al cual asistir cuando

estaba cansada y con hambre. Gracias por abrirme las puertas de su hogar sin condiciones y por brindarme su apoyo siempre que lo necesité. Mi amor y agradecimiento siempre estarán con ustedes.

Doy gracias también, a mis amigos y amigas que conocí en los rincones de la universidad. Este caminar ha sido largo y gracias a ustedes fue más ligero y divertido. Gracias por todo lo que construimos estos años, amistades como las de Mayra, Erika, Moisés, Germán, Edson e Iván, son amistades que quisiera conservar por todo lo bueno que me han ofrecido y me siguen aportando el día de hoy.

Le agradezco a mi asesor de tesis, el Dr. Miguel Barrera, por haber puesto su confianza en mí y en mi capacidad para poder lograr este trabajo. Gracias por las horas y el esfuerzo dedicado, por haberme ayudado a darle dirección y sentido a cada una de las páginas aquí plasmadas.

Por último, quiero agradecer a mi alma mater, mi amada UQROO por haberme dado la oportunidad de ser parte de su historia. Le agradezco por brindarme experiencias, amigos y maestros que han marcado mi forma de ver la vida y el mundo. Siempre estaré orgullosa de representar a mi universidad ante la sociedad. ¡SIEMPRE UQROO!

# INDICE

<b>Agradecimientos</b> .....	4
<b>Introducción</b> .....	1
<b>CAPÍTULO 1. SOBRE EL OBJETO DE ESTUDIO</b> .....	2
<i>Justificación</i> .....	2
<i>Problemática de investigación: El VIH, pandemia, salud pública y género</i> .....	3
<i>VIH en México y Quintana Roo</i> .....	9
<i>Hipótesis</i> .....	17
<i>Objetivos</i> .....	17
<i>Pregunta de investigación</i> .....	17
<b>CAPÍTULO 2 MARCO TEÓRICO</b> .....	18
<i>Discusión conceptual</i> .....	18
<i>Política pública</i> .....	19
<i>Políticas públicas con perspectiva de género</i> .....	22
<i>Teoría de género</i> .....	27
<i>Vulnerabilidad</i> .....	36
<i>El amor romántico como factor</i> .....	46
<i>Percepción del riesgo</i> .....	49
<b>CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA</b> .....	52
<i>Contexto Internacional</i> .....	52
<i>Contexto nacional</i> .....	54
<i>Acerca del diseño y la estructura del instrumento</i> .....	56
<i>Sobre la muestra</i> .....	59
<i>Sobre la aplicación</i> .....	63
<b>CAPITULO 4. RESULTADOS</b> .....	65
<i>Caracterización de la muestra.</i> .....	65
<i>Caracterización de la muestra por genero</i> .....	71
<i>Análisis</i> .....	95
<b>CONCLUSIONES</b> .....	115
Referencias.....	121

## **Introducción**

En México y Quintana Roo, la vía de transmisión sexual es responsable de aproximadamente 95% de los contagios del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), los cuales tarde o temprano terminan evolucionando al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Los altos índices en tasas de nuevos casos de VIH y de SIDA en el estado dejan en evidencia un importante problema de salud pública.

A pesar de que, en los inicios de la enfermedad en la década de los 80's, el VIH era un problema que afectó notoriamente más a los hombres, durante la evolución de la pandemia las mujeres han sido cada vez más afectadas. Por ejemplo, en nuestro país la relación de enfermos entre hombres y mujeres ha cambiado en los últimos años. De ser de 8:1 en la década de 1990, paso a ser en la actualidad de 5:1, y alcanzado hasta 3:1 en estados como Quintana Roo (Centro Nacional Para La Prevención y El Control Del VIH y el SIDA, 2019). Las mujeres infectadas pasaron de representar aproximadamente el 16% del total de los casos a representar el 25%.

Si bien es cierto que, la falta de responsabilidad en la vida sexual de las personas es uno de los factores principales para que este problema público crezca, es importante determinar si hombres y mujeres tienen las mismas oportunidades de decidir sobre el pleno y sano disfrute de la sexualidad, reconociendo que, a pesar de ser el mismo problema, las formas de combatirlo y regularlo desde el ámbito público tienen que ser diferenciadas desde el género.

Así, esta tesis que busca abordar la percepción de riesgo en el contagio de VIH/SIDA en hombres y mujeres universitarios de Quintana Roo, se divide en 4 capítulos principales. En el primer capítulo se presenta el objeto de estudio; el segundo capítulo da soporte teórico y conceptual según la línea de investigación del trabajo. El tercer capítulo aborda la estrategia metodológica y la herramienta de investigación, y por último se abre el espacio para los resultados, análisis y conclusiones de la investigación.

# CAPÍTULO 1. SOBRE EL OBJETO DE ESTUDIO

## *Justificación*

Autores como McKercher y Bauer (2003); Rathe, Lora, y Rathe (2003); Bellenzani, Blessa, y Paiva (2008); Amador, Arroyo y Segrado (2010) han presentado investigaciones que se enfocan en las localidades del norte de Quintana Roo donde las localidades con alto potencial turístico de sol y playa, como lo son los principales destinos de la Riviera Maya: Cancún, Playa del Carmen y Cozumel, tienden a presentar elevadas tasas de contagio de VIH/SIDA. De igual forma, existe literatura que relaciona el turismo sexual con la propagación del virus poniendo a Cancún como un referente internacional de turismo sexual (Cantú, 2002), ejercido de manera legal (Amador, Arrollo y Segrado, 2010; García y Marín, 2014) e ilegal (Ruíz, Quesada, y Segura, 2010; Cacho, 2013). Sin embargo, estos trabajos no ayudan a explicar porque las personas de entre 15 y 29 años se infectan más que el resto de la población.

A pesar de esto y de que Quintana Roo posee las tasas de incidencia y de nuevos contagios más altas de VIH y de SIDA en el país, y que la población joven es la más afectada, no existe en la actualidad literatura suficiente a nivel nacional, estatal y/o local que le dé un enfoque de problema público y mucho menos trabajos en los que se involucren personas jóvenes y tengan enfoque de género. De hecho, sobre el origen de esta enfermedad a nivel estatal, el único registro se encuentra en una iniciativa de Ley (H. Congreso del Estado de Quintana Roo, 2016) donde se manifiesta que el primer caso en el estado “se diagnosticó en 1987, cuatro años después del primer caso en el país”.

En la Universidad de Quintana Roo, existen únicamente 7 tesis que hablan del problema del VIH/SIDA y todas pertenecen al área de medicina y ciencias de la salud. De ellas, únicamente dos son acerca de los niveles de conocimiento, actitudes y prácticas sexuales de riesgo de los jóvenes, pero ninguna acerca de percepción del riesgo que tienen ante la enfermedad. Una de estas investigaciones fue llevada a cabo en estudiantes de preparatoria hace ya más de 15 años (Carrión, 2003). La otra, más reciente (Quiroz, 2017) fue aplicada únicamente en estudiantes de medicina de primer y cuarto semestre.

Lo anterior quiere decir que este será el primer trabajo de tesis dentro de la Universidad de Quintana Roo y de la carrera de Gobierno y Gestión Pública que aborde el problema del VIH

como un problema público y desde la perspectiva de género. Dado que los problemas públicos se combaten a través de políticas públicas, la investigación encaja específicamente en esta área de la carrera, que es una de las más sólidas del plan de estudios.

A propósito de esto, las materias de Introducción a las Políticas Públicas y Políticas Públicas I y II despertaron mi interés por desenvolver mi proyecto de titulación en este campo. Asimismo, la materia de Política y Gobierno en México hizo decidirme querer trabajar desde una perspectiva de género. Creo que es importante mencionar, que fue la única materia en toda la carrera en la que se brindaron estos temas, pero fue suficiente para alimentar mi interés y tratar de aprender más sobre ello.

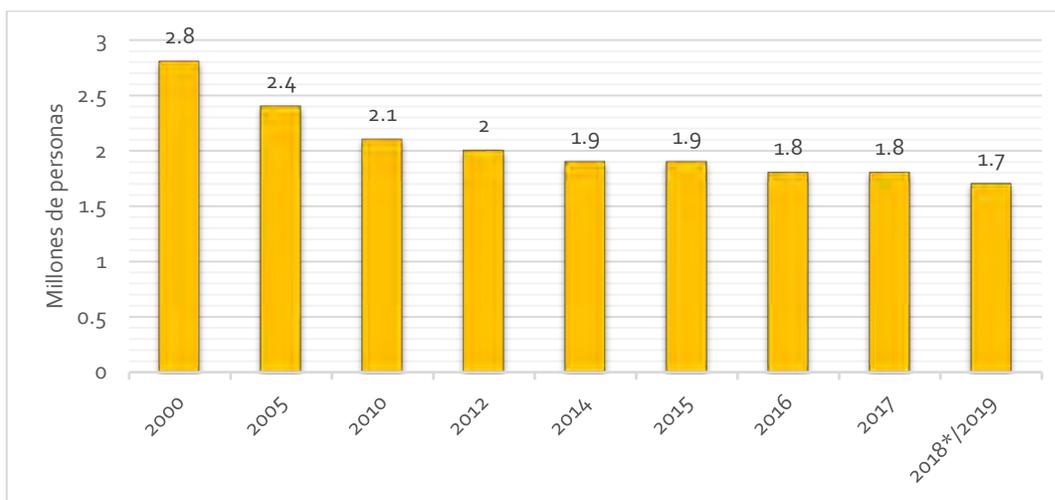
Durante la carrera comprendí que combatir los problemas públicos o tratar de minimizar sus impactos en la sociedad son algunos de los trabajos más complejos que el Estado realiza dentro de sus facultades. No sólo porque se tienen altas expectativas de los resultados, sino también porque hay muchos factores a considerar, muchos más de lo que suelen comentarse a la luz pública. Por eso, es importante incorporar la perspectiva de género en la atención de los inconvenientes, esto ayudará a expandir el entendimiento de dichos problemas, así como su entorno, su evolución, los obstáculos y sobre todos los medios efectivos de combate.

### ***Problemática de investigación: El VIH, pandemia, salud pública y género***

Según la Organización Mundial de la Salud (Organización Mundial de la Salud, 2019), el Virus de Inmunodeficiencia Humana ha sido y “continúa siendo uno de los mayores problemas para la salud pública mundial”, el cual hasta el 2015 había cobrado ya más de 32 millones de vidas.

En la gráfica 1, se observa el comportamiento de contagio que ha tenido el VIH durante los últimos 20 años a nivel mundial. En el 2000, alrededor de 2.8 millones de personas fueron infectadas de VIH. Para el 2020, la cifra de nuevos contagios ha disminuido a 1.7 millones de personas. Según ONUSIDA (2019), desde el pico alcanzado en 1997, las nuevas infecciones se han logrado reducir en un 40%.

*Gráfica 1. Nuevas infecciones de VIH en el mundo*



**Fuente:** Elaboración propia con base en Hoja Informativa de ONUSIDA 2019

El VIH es un virus que se contagia por tres vías conocidas: sexual, sanguínea y perinatal (Organización Mundial de la Salud, 2017). Una vez que el virus entra en el cuerpo causa el deterioro lento y progresivo del sistema inmunitario, debilitando al organismo y dejándolo indefenso ante infecciones y otras enfermedades. Esto es precisamente lo que vuelve tan letal al VIH, pues muchas veces las personas conocen de su condición hasta que se presentan los síntomas más graves, y esto es cuando llegan a la etapa más avanzada del virus. A esta etapa se le conoce como el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y es la fase final del virus en el sistema. A pesar de ser una condición controlable, aún no tiene cura y el tratamiento suele ser altamente costoso (Soberón, 1988).

A principios de la epidemia una persona desde su diagnóstico apenas tenía la posibilidad de vivir 5 años. Sin embargo, con los avances de la ciencia y la medicina, en la actualidad se puede vivir con el virus y tener una alta calidad de vida, gracias al Tratamiento Antirretroviral (TAR) “que evita que el VIH se multiplique en el organismo [...] así las células del sistema inmunitario pueden vivir más y proteger al organismo de las infecciones” (Organización Mundial de la Salud, 2017). Si el tratamiento es eficaz puede lograr que la carga vírica baje, disminuyendo casi por completo la posibilidad de transmitir el virus a la pareja sexual.

Según Soberón (1988, pág. 505), el VIH/SIDA cumple desde sus inicios los parámetros de alta “frecuencia, letalidad, costo y velocidad de expansión” para ser considerada como problema de salud pública, ya que desde su aparición se propago rápidamente en casi todos los países del mundo, por lo que su atención siempre ha sido de alta prioridad. El costo de atención a estos pacientes es elevado para el gobierno, e insostenible para muchos de quienes la padecen.

En México, el precio de cubrir el tratamiento de una persona oscila entre 6 y 20 mil pesos al mes, dependiendo de la marca y variedad de antirretrovirales, así como el grado de avance de la enfermedad de cada paciente (Ramos, 2019). Según el Centro Nacional para la prevención y el control del VIH y el SIDA (CENSIDA, 2019) el costo de un solo medicamento va desde los 99 hasta los 20,330 pesos mexicanos. En este punto, resulta importante mencionar que el tratamiento incluye un coctel de medicamentos, que no es el mismo para todos los pacientes. El costo del TAR va a depender de la persona y de sus especificaciones médicas.

Los altos costos de los medicamentos y el acceso a ellos tienen repercusiones como problema del ámbito público complejo, pues el VIH/SIDA genera costos al sistema de salud público y entona desigualdades. Por ejemplo, si se considera que los países de ingresos bajos y medios son los más perjudicados en términos de casos contagiados (OMS, 2017), y los que tienen mayor número de pobres y sistemas de salud pública frágiles, entonces el resultado es que el acceso a estos medicamentos puede ser difícil o casi imposible por su disponibilidad o precio.

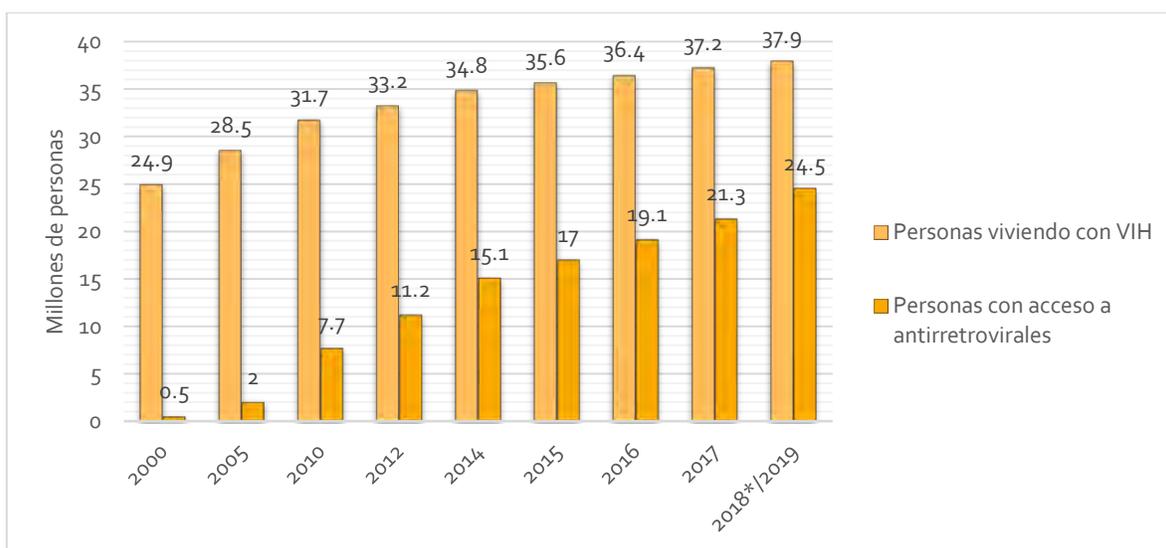
Respecto a los precios y el acceso a los medicamentos, México es uno de los países que está obligado a costear los TAR de todas las personas que viven con VIH y SIDA en el país. Esta población, tiene derecho a suministro de antirretrovirales y tratamientos médicos, así como están acompañados de tratamiento psicológicos, nutricionales y de reintegración social. Esto solo en cuanto la atención de los pacientes, pero cabe mencionar que también se destina presupuesto a la prevención y detección de nuevas infecciones por VIH.

El gobierno mexicano creó el programa de Prevención y Atención de VIH/SIDA y otras ITS, encargado de combatir el problema del VIH desde nivel federal. A través del CENSIDA, el programa recibió en el 2019 un presupuesto de poco más de 223 millones de pesos, de los cuales 110.9 millones fueron destinados a materiales y suministros en donde se encuentran

los productos químicos, farmacéuticos y de laboratorio, es decir, donde se encuentra el acceso a las pruebas de detección del virus, así como los tratamientos médicos y farmacéuticos de las personas infectadas. Según datos de COMPRANET (2020), entre el 2016 y el 2020 se destinaron entre 6 y 10 millones de pesos únicamente para costeo de los TAR.

En el panorama mundial, se calcula que en el 2015 cerca de 37 millones de personas estaban infectadas de VIH. De las cuales cerca del 62% (23.3 millones de personas) estaban en TAR, y aproximadamente el 79% conocían su estado serológico (gráfica 2) (Organización Mundial de la Salud, 2017).

**Gráfica 2. Personas viviendo con VIH y con acceso a TR en el mundo**



**Fuente:** Elaboración propia con base en Hoja Informativa de ONUSIDA 2019

De las personas infectadas, alrededor de 17,8 millones son mujeres mayores de 15 años, lo que representaba el 51% de la población total adulta contagiada, esto según ONU MUJERES (2016). En el mismo año se dieron 1,9 millones de infecciones por VIH, en donde las mujeres mayores de 15 años representaban el 48% del total de los contagios. De la población total adulta que hasta ese entonces vivía con el virus, el 60% correspondía a mujeres jóvenes y adolescentes de entre 15 y 24 años. Datos de ONUSIDA (2019) informan que cada semana, alrededor de 6.000 mujeres jóvenes de entre 15 y 24 años contraen la infección por el VIH.

A pesar de que el VIH es una enfermedad que representa un peligro para la población en general, existen condiciones estructurales que hacen a las mujeres más vulnerables ante su presencia y combate. Estas condiciones son biológicas, epidemiológicas, sociales y culturales (CENSIDA, 2014; Herrera y Campero, 2002), y marcan una importante tendencia en la forma que hombres y mujeres perciben el virus, por lo tanto, la forma de contraerlo y transmitirlo.

Desde el punto de vista **biológico**, las relaciones heterosexuales son de dos a cuatro veces más riesgosas para las mujeres, esto debido a que durante el coito vaginal el aparato genital de la mujer está más expuesto ante los fluidos de su compañero. Además, la concentración del virus es generalmente más alta en el semen que en las secreciones femeninas. Por otro lado, desde el punto de vista **epidemiológico**, gran parte de las mujeres que se infectan de VIH lo hacen a través de relaciones heterosexuales desprotegidas (ONU MUJERES, 2016; Saura, Jordi, Jorquera, Rodríguez, Mascort y Casellá, 20017), por lo que existe un patrón de contagio y un riesgo más elevado de contraer VIH/SIDA y otras Enfermedades e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) (Herrera y Campero, 2002).

Finalmente, existen estructuras **sociales y culturales** que dejan a las mujeres en desventaja y desigualdad frente a los hombres. Sobre todo, en países en vías de desarrollo, donde el acceso a la educación y al trabajo asalariado es aún reducido, lo que hace a las mujeres dependientes económicamente de los hombres. Las relaciones de poder, el acceso a la información y educación sexual, los roles de género, entre otros, son algunos de los tópicos de dichas estructuras.

Vale la pena rescatar la idea de los roles de género ya que juegan un papel importante en la sexualidad de las personas. Cada persona le dará el significado a su sexualidad dependiendo de los valores, las experiencias y el entorno en el que se desenvuelven. Este significado es lo que le va a moldear las actitudes, las prácticas y las conductas de riesgo en el desarrollo de sus vidas sexuales. Reglas y normas establecidas por las sociedades van a marcar, entonces, las experiencias sexuales de hombres y mujeres, sin olvidar que estos patrones históricamente han marcado desigualdades en las relaciones sexuales entre hombre y mujeres (Hernández y González, 2016).

De hecho, en la literatura abundan estudios sobre las desventajas, opresión y desigualdad que han vivido las mujeres históricamente. Por ejemplo, Vizcarra (2008) habla de la división

sexual del trabajo y la discriminación que sufren las mujeres, mencionando siempre como esto contribuye en la precariedad de empleo y desigualdades salariales; el acceso a propiedades y control de recursos; proceso familiares y libertad para decidir sobre la sexualidad. Asimismo, Mummert (1997) explica como en la construcción de las familias “las relaciones de poder tienen base en la edad y el género, las cuales implican un acceso diferencial a recursos estratégicos” (pág. 452).

Como es bien documentado, las mujeres no tienen el mismo acceso a oportunidades y recursos. Sobre todo, en temas relacionados con la sexualidad que aún están cargados de prejuicios y tabúes. Según (Aranda, 2000, pág. 186)

existen reglas sobre quién, cuándo, dónde y con quién hablar de sexualidad (...) se restringe al orden del cuerpo, lo cual repercute en la negación de la posibilidad de la negociación entre las parejas sobre sus deseos y sus límites y pone a las mujeres en riesgo de enfrentarse a situaciones de violencia, embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.

Autores como Faria et al (2019) argumentan que a pesar de que el preservativo es el único medio de protección para el embarazo, el VIH/SIDA y otras ITS, la negociación de su uso “es una de las experiencias más difíciles para la población femenina”. Otros autores como Villegas (2011, pág. s/p); Solari (1999); López (2001) y Faria (2019), sugieren una realidad importante: “las mujeres infectadas no tienen en su mayoría conducta sexual riesgosa”. El porcentaje elevado de mujeres con una sola o pocas parejas sexuales en toda su vida que ha sido contagiada de VIH y otras ITS nos lleva a pensar que es la conducta de riesgo de las parejas y no la de ellas mismas la que en muchos casos las lleva a contraer la infección.

Por otra parte, resultados de investigaciones llevadas a cabo en universidades de España, han demostrado que una importante cantidad de jóvenes tienen una baja percepción de riesgo ante el problema, lo que ocasiona que lleven a cabo prácticas de riesgo, donde las consecuencias más graves van desde embarazos no deseados hasta contraer VIH u otras ITS. Resulta entonces, la curiosidad y necesidad de ver el mismo problema en un contexto totalmente diferente como lo es el estado de Quintana Roo, donde la proximidad con las universidades permite el desarrollo de la investigación, tomando siempre en cuenta la

perspectiva de género y así ahondar en la realidad de desigualdad en la que están sumergidas las mujeres jóvenes.

### ***VIH en México y Quintana Roo***

En el contexto mexicano se tiene que el primer caso registrado de VIH fue dos años después de la aparición de la enfermedad en Estados Unidos. En 1983 comenzaron los registros y seguimiento de la enfermedad cuando aparecieron los primeros 7 casos de SIDA en el país (CENSIDA, 2012). El primer caso de SIDA en una mujer se dio un año después en 1984, y desde entonces el porcentaje de mujeres enfermas ha ido en aumento.

A principios de los 90, las mujeres con VIH y SIDA representaban el 13% del total de personas enfermas, y la relación de hombre por cada mujer enferma era de 6:1. Para el 2008, las mujeres ya representaban el 21% y por cada mujer infectada existían 4.8 hombres (4.8:1), “es decir que 1 de cada 4 personas que sabían o ignoraban que vivían con VIH era una mujer [...] siendo la transmisión heterosexual la responsable de estas novedades” (Magis, Bravo, Gayet, Rivera y De Luca, 2008, págs. 58-59).

El problema fue creciendo, pues para finales del 2013, según el CENSIDA (2014) habitaban en México aproximadamente 170'000 adultos mayores de 15 años con VIH y SIDA, donde las mujeres representaban ya el 26% y 17% de los casos, respectivamente. De hecho, según el propio CENSIDA (2014) la transmisión heterosexual fue responsable del 90% de estas transmisiones.

El problema de nuevos contagios ha ido avanzando considerablemente. Ya para el 2019 se presentan cifras realmente alarmantes, sobre todo considerando los nuevos contagios por grupos de edad (tabla 1). El 53.9% de los nuevos casos de VIH se dieron en personas de entre 15 y 29 años, en el caso del SIDA la cifra fue de 37%. El grupo de edad de entre 30 y 44 años fue el más afectado por el SIDA y considerando el tiempo de incubación del virus (de 5 a 10 años) es muy probable que se hallan enfermado en su juventud.

*Tabla 1. Nuevos contagios por grupo de edad, 2019*

	SIDA	VIH	SIDA	VIH	SIDA	VIH	SIDA	VIH	SIDA	VIH	Subtotal	
											SIDA	VIH
Grupo de edad	<=14		15-29		30-44		45-59		>60		5,825	9,828
Número de casos	35	38	2,160	5,297	2,465	3,410	974	928	191	155	Total de casos	
Porcentaje	0.6	0.4	37.1	<b>53.9</b>	<b>42.3</b>	34.7	16.7	9.4	3.3	1.6	15,653	

**Fuente:** elaboración propia con base en el Registro Nacional de Casos de VIH y SIDA, 2019

Históricamente, se han registrado más de 300'000 casos en el país. De estos, el 94.8% están asociados al contagio por la vía sexual; el 1.9% por transfusión sanguínea; el 1.4% por uso de drogas intravenosas (DUI) y el 1.9% fueron contagios perinatales. Cabe recalcar que el número de contagios por transfusión sanguínea y perinatal se han controlado casi por completo, ya que se fueron implementados mayores medios de control para la transfusión sanguínea y el tratamiento de mujeres embarazadas.

El control de mujeres embarazadas es una de las medidas más importantes debido a que todas las mujeres en gestación deben hacerse la prueba por protocolo como parte de su control prenatal para evitar la transmisión vertical (TV). A través de este control es como algunas mujeres se enteran de su estado serológico, entran al sistema y se adhieren al TAR.

Solo en el 2019 se aplicaron 582,282 pruebas a mujeres embarazadas que acudieron a cita por primera vez y 923,057 pruebas a mujeres en control (subsecuentes). Según el CENSIDA (2019, pág. 14):

De enero a diciembre del 2019, se han registrado 61 casos de VIH por transmisión vertical de forma acumulada, en 3 (5%) de los casos se tiene como año de nacimiento 2019, 13 (21%) en el 2018, 10 (16%) en 2017, 8 (13%) en 2016, 6 (10%) en 2015, 3 (5%) en 2014, 6 (10%) en 2013, 2 (3%) en 2012, 3 (5%) en 2011, 1 (2%) en 2009, 2(3%) en 2008, 1 (2%) en 2007 y 3 (5%) en 2006.

Si bien es cierto y como ya se mencionó, la transfusión sanguínea y vertical se han podido disminuir a 0 y a menos del 3% respectivamente, es importante señalar que la vía de transmisión sexual sigue representando 9 de cada 10 nuevos contagios.

Según datos de CENSIDA (2018), a nivel nacional las tasas más altas de incidencia de VIH y SIDA (número de casos por 100'000 habitantes) fueron en el 2018, cuando alcanzaron 8.7 y 5.3, respectivamente. Para el mismo año, estados de la Península de Yucatán como Quintana Roo, reportaron tasas de 18.3% en el caso del SIDA y 35.9% en el caso del VIH, esto es, casi el triple de las tasas nacionales.

En la tabla 2 se muestra el comportamiento de las tasas de incidencia a nivel nacional y estatal. Como se puede observar, Quintana Roo ha rebasado la media nacional desde el 2015 de manera significativa y preocupante, sobre todo en el año 2018.

*Tabla 2. Tasas de incidencia de SIDA y VIH*

Año	SIDA		VIH	
	Nacional	Estatad	Nacional	Estatad
2015	5.6	5.3	5.3	14.9
2016	5.5	10.9	6	13.5
2017	5.3	15.3	6.8	8.1
2018	5.2	18.3	8.7	35.6
2019	4.7	17	7.9	34.1

**Fuente:** elaboración propia con base en el Registro Nacional de Casos de VIH y SIDA, 2019

Al igual que las tasas de incidencia a nivel estatal son preocupantes comparadas con las tasas nacionales, las tasas de morbilidad por VIH y SIDA son mucho más altas en Quintana Roo. Estas cifras duplican y se triplican en el caso de algunos años (véase tabla 3).

*Tabla 3. Tasas de morbilidad por VIH y SIDA 2013 - 2018*

Año	SIDA		VIH	
	Nacional	Estatad	Nacional	Estatad
2013	5.4	7.9	4.2	11.6
2014	4.8	9.8	4.2	11.9
2015	4.8	4.5	5.3	15
2016	4.6	9.8	6	13.9
2017	4.6	13.5	6.7	7.7
2018	4.1	16.5	6.7	28.4

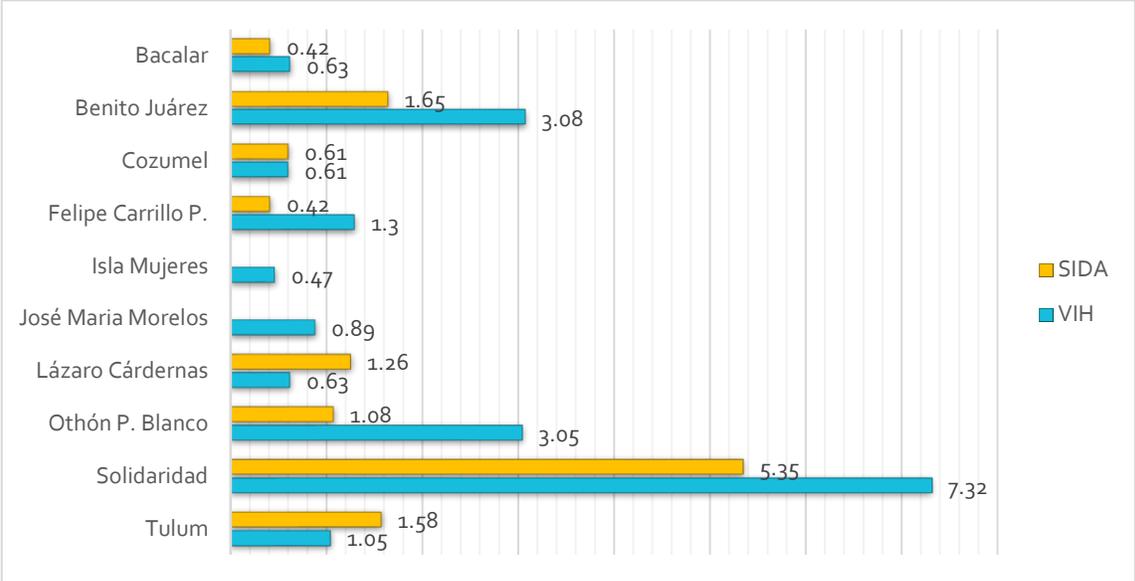
**Fuente:** elaboración propia con base en el Boletín Epidemiológico del CENSIDA 2019

Según estos datos y la base de datos del CENSIDA (2018) indican que el 2018 ha sido el año más alarmante para Quintana Roo. Dicho año cerro con 313 nuevos casos SIDA y 608 casos de VIH, las cifras más altas reportadas por el estado y de las más altas del país. Esto implica que, durante ese año, todos los días hubo al menos una persona nueva enferma de SIDA, y dos nuevos casos de transmisión del virus. Esta cifra es alarmante, sobre todo si se compara con estados con una población similar.

En Quintana Roo residen 1.3 millones de personas y en estados como Durango con 1.6 millones de habitantes; y Zacatecas con 1.4 millones (Instituto Nacional de Estadístico y Geografía, 2019), se reportaron en el mismo año un total de 20 casos de SIDA en cada entidad. Durango registro únicamente 41 nuevos casos de VIH (Centro Nacional para la prevención y el control del VIH y el SIDA, 2018).

En el ámbito estatal con desagregación municipal, se tiene que el primer caso en el estado fue reportado en 1986. Como se ejemplifica en la gráfica 3 los municipios de Benito Juárez, Solidaridad y Othón P. Blanco son los más afectados tomando encuentra los datos del 2018, siendo la transmisión por vía sexual el principal factor de contagio (Servicios Estatales de Salud del Estado de Quintana Roo, 2018).

*Gráfica 3. Tasas de incidencia de VIH y SIDA en Quintana Roo, 2018*

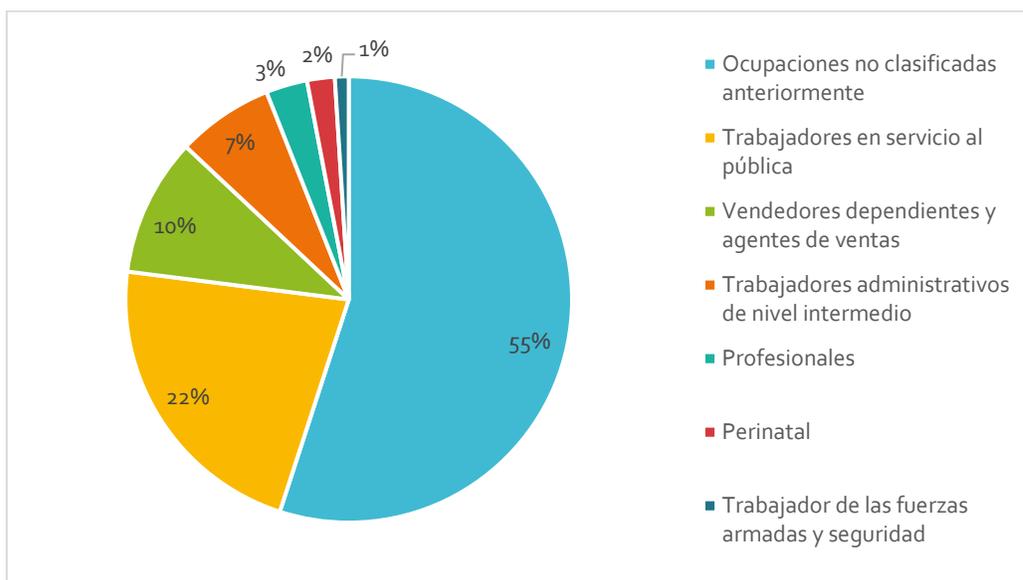


**Fuente:** Servicios Estatales de Salud del estado de Quintana Roo, 2018

A esta situación hay que agregar que se hecho notorio un importante aumento en el número casos de VIH y SIDA en mujeres. En el 2015 se reportaron únicamente 16 nuevos casos de SIDA en mujeres; 3 años después, en el 2018 esta cifra se había triplicado (49 nuevos casos). En tanto a nuevos casos de VIH, en el mismo periodo de tiempo las cifras se duplicaron, pasando de 42 a 86 casos. Desde el 2016, la relación de casos hombre-mujer es de 3:1, menor que la nacional (CENSIDA, 2019).

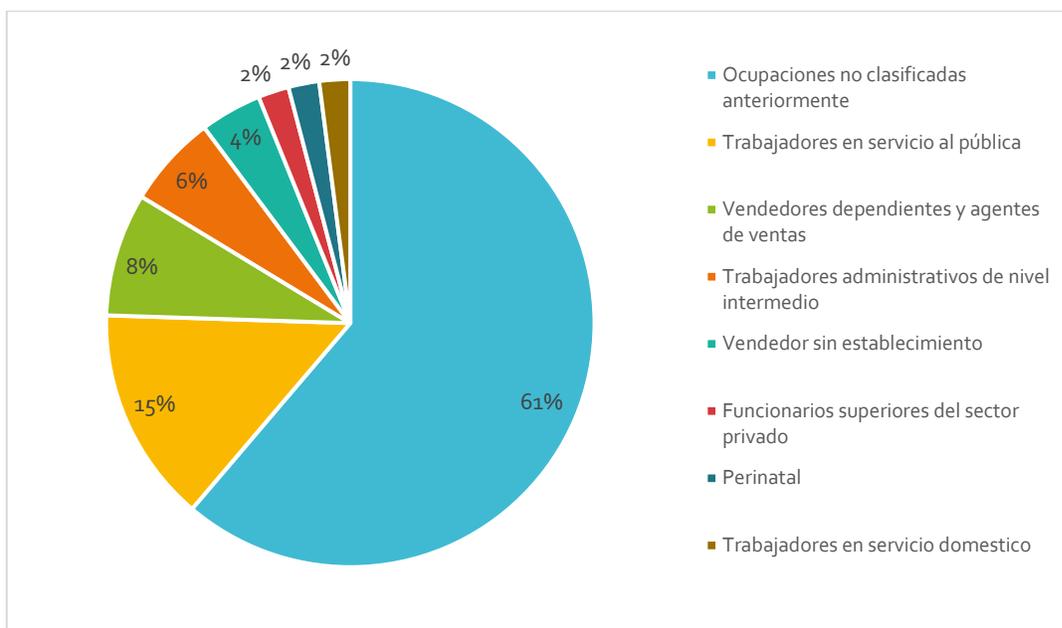
Algo igual o incluso más preocupante que el aumento en los nuevos casos en mujeres son el tipo de mujeres que se infectan (gráfica 4). Según datos la Secretaria de Salud obtenidos de la Base Nacional del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH/Sida del 2018, las mujeres amas de casa, desempleadas y estudiantes son las que más se infectan de VIH (55%) y de SIDA (61%).

*Gráfica 4. Ocupación en casos de VIH en mujeres, Quintana Roo, 2018*



**Fuente:** Servicios estatales de Salud del Estado de Quintana Roo, 2018

*Gráfica 5. Ocupación en casos de SIDA en mujeres, Quintana Roo, 2018*



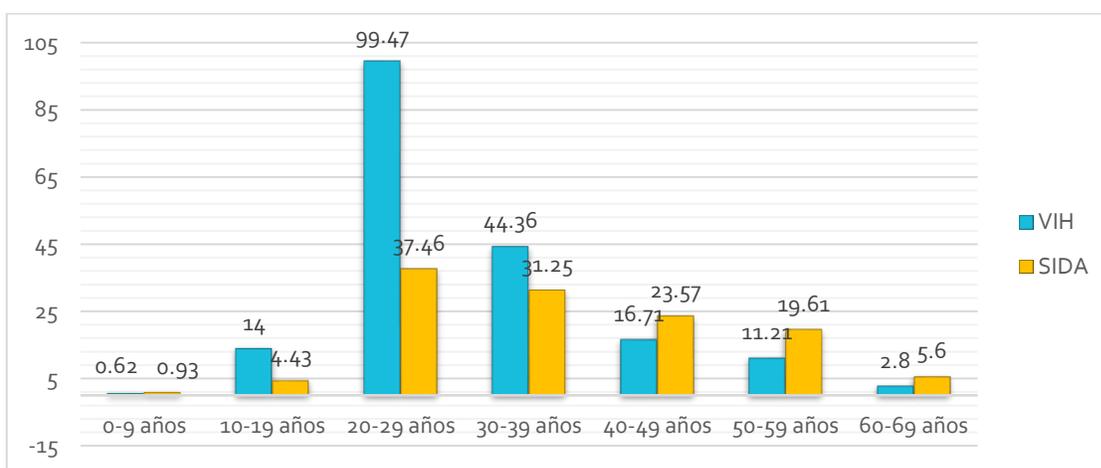
**Fuente:** Servicios estatales de Salud del Estado de Quintana Roo, 2018

En las clasificaciones dadas por la institución de salud estatal en las clasificaciones dadas se encuentran:

- Ocupaciones no clasificadas anteriormente: ama de casa, desempleada, estudiante
- Trabajadores en servicio al público: camarista, cocinera, limpieza
- Vendedores dependientes y agentes de ventas: comerciantes, vendedoras
- Vendedor sin establecimiento: ventas independientes, emprendedores
- Trabajadores del arte, espectáculo y deporte: otro trabajo de arte y deporte
- Funcionarios superiores del sector privado: empresaria
- Trabajadores administrativos de nivel intermedio: secretaria, auxiliar administrativo
- Profesionales: enfermera, médico, abogada, etc.
- Perinatal: infección vertical
- Trabajadores en servicio doméstico: limpieza

Por otra parte, de acuerdo los grupos de edad, en el estado existe una alta incidencia entre los jóvenes de entre 20 y 29 años. Según datos de los Servicios de Salud (2018), la tasa de incidencia de VIH entre las personas de esta edad es de casi 100 (recordemos que a nivel estatal es de 35.6). Estas cifras son sumamente elevadas y preocupantes pues se habla de una concentración importante de nuevos contagios entre personas jóvenes. En la gráfica 6 puede visualizarse el problema.

**Gráfica 6.** Tasas de incidencia por grupo de edad, Quintana Roo, 2018



**Fuente:** Servicios estatales de Salud del Estado de Quintana Roo, 2018

Actualmente, aproximadamente 3,590 personas se encuentran en TAR en el estado de Quintana Roo, de las cuales 950 (26.5%) representa a hombres y mujeres jóvenes de entre 15 y 29 años. En este rango de edad, el 20% los pacientes son adolescentes y mujeres jóvenes (CENSIDA, 2019).

El Programa de VIH, otras ITS y VHC dependiente de la Jurisdicción Sanitaria N. 1 (JS1) la cual es encargada del monitoreo en los municipios de Bacalar y Othón P. Blanco, accedió a proporcionar información estadística obtenida de sistema SALVAR (2020). En esta plataforma dependiente del CENSIDA, se tiene registro de manera acumulada de 1,158 pacientes positivos a VIH/SIDA, de los cuales 240 son jóvenes de entre 15 y 29 años (21%).

Al corte del 2020, 589 pacientes se encontraban con estatus de activo (es decir, en control); 139 (24%) eran personas del mismo rango de edad. El 86% fueron hombres y el 14% mujeres.

El problema del VIH/SIDA en Quintana Roo y en la JS1 representa, por un lado, un panorama que a todas luces urge atenderse por los interesados en temas de salud y políticas públicas y, por otro lado, presenta un reto enorme para resolver debido, entre otras cosas, a la limitación y disponibilidad de datos más allá de las estadísticas. Este tipo de datos trata el problema únicamente a través de distinción entre los enfermos hombres y mujeres.

Al tratar de responder al problema del VIH desde una perspectiva meramente estadística, se están dejando de lado realidades sociales, culturales y políticas, en las que los hombres y mujeres tienen marcadas diferencias que, como ya se ha visto hasta este punto, desembocan en desigualdades (Pérez, 2002).

En el 2011, la desigualdad de género fue declarada un factor clave para la propagación del VIH, esto según la Declaración Política sobre el VIH y el SIDA de las Naciones Unidas (2012). Las desigualdades de género se ven reflejadas en el acceso a recursos y bienes; en la dispareja remuneración por trabajos de igual valor y la subordinación de las mujeres en las relaciones domésticas y sexuales. Las prácticas culturales violentan los derechos humanos y limitan la capacidad de la mujer para la negociación de relaciones sexuales más seguras y la elección de cuándo y con quien llevarlas a cabo (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2012).

Si bien es cierto que como lo plantea la OMS (2019), la vida sexual pertenece a la esfera privada de cada individuo y fracturarla representa una conducta inaceptable “pues es contraria a la buena práctica de la salud pública y constituye una violación de los derechos humanos”, también es evidente que “la única manera efectiva de prevenir la transmisión del VIH es a través del cambio de comportamiento, es decir, la disminución o eliminación de las conductas de riesgo y la formación y generalización de conductas saludables” (Pérez, Soler, Pérez, López, y Leyva, 2016). Si se considera que las prácticas sexuales dependen del género y que las mujeres están en desventaja, la perspectiva de género representa un filtro importante para mirar y combatir el VIH desde los derechos humanos, la equidad y la justicia.

## ***Hipótesis***

Las mujeres universitarias de los municipios de Othón P. Blanco y Bacalar del estado de Quintana Roo tienen menor percepción de riesgo al contagio del Virus de Inmunodeficiencia Humana respecto a los hombres, debido a

1. En las relaciones sexo-afectivas no se acostumbra el uso/negociación del condón, lo que constituye una práctica de riesgo.
2. Los roles de género establecidos en la sociedad influyen en las prácticas sexuales de riesgo de hombres y mujeres.
3. Las políticas públicas para el combate al problema como problema de salud público carecen de enfoque de género.

## ***Objetivos***

### *General*

Comparar la percepción de riesgo en el contagio de VIH/SIDA entre hombres y mujeres universitarios de los municipios de Othón P. Blanco y Bacalar en Quintana Roo, México.

### *Específicos*

1. Interpretar como influyen las relaciones sexo-afectivas en las prácticas sexuales de riesgo desde la perspectiva de género.
2. Demostrar que las prácticas sexuales y la desigualdad causada por los roles de género establecidos son factores clave para la propagación del VIH/SIDA.
3. Argumentar que los programas públicos de atención al VIH/SIDA deben hacerse desde un enfoque de género.
- 4.

## ***Pregunta de investigación***

¿Por qué las mujeres jóvenes de los municipios de Bacalar y Othón P. Blanco del estado de Quintana Roo tienen menor percepción de riesgo que los hombres de infectarse de VIH/SIDA?

## CAPÍTULO 2 MARCO TEÓRICO

### *Discusión conceptual*

En definitiva, el VIH/SIDA es desde sus inicios un problema de salud pública. Así lo han reconocido distintos autores y organismos internacionales desde los inicios de la enfermedad hasta la actualidad (Soberón, 1998; Bayes, Pastells y Tuldrá, 1996; Urzua y Patricia, 2008; Garcia, 2020).

En México, dentro de la Secretaría de Salud Pública (SSP) existe el Centro Nacional para la Prevención y Atención del VIH y el SIDA (CENSIDA) que es el organismo encargado de la atención de los temas relacionados con la prevención y la atención de pacientes. A nivel regional, dependen del CENSIDA 76 Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención del SIDA y otras Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) que tienen entre algunos de sus servicios gratuitos: brindar pruebas rápidas de VIH/SIDA, atención médica, dotación de TAR y medicamentos, grupos de apoyo, laboratorios, etc. (Amigos Contra el SIDA. ORG, 2020).

En Quintana Roo existen 2 de estos centros ubicados en la Ciudad Capital de Chetumal y en la ciudad turística de Cancún. Además de esto, cada hospital público de México y el estado cuenta con los Servicios de Atención Integral Hospitalaria (SAIH) con la misma finalidad: prevención y atención de pacientes con VIH y SIDA, todo de manera gratuita y según el CENSIDA de manera amigable, integral, con calidad y perspectiva de género, libre de estigma, discriminación y homofobia (CENSIDA, 2020).

Estas son algunas de las muchas acciones que ha estructurado el Estado mexicano para combatir el VIH/SIDA. A través de las recomendaciones internacionales, México ha elaborado planes y estrategias cada vez más necesarias para hacer un trabajo eficaz. En tal sentido, el capítulo 2 de este trabajo de tesis tiene como finalidad brindar una discusión conceptual para entender el problema y las acciones que se han tomado desde el ámbito público. Para cumplir el objetivo del apartado, se presentarán 5 ejes principales: políticas

públicas, políticas públicas con perspectiva de género, teoría de género, vulnerabilidad y por último, pero no menos importante percepción del riesgo.

### Política pública

Vamos a empezar este apartado señalando que la investigación del campo de las políticas públicas ha acompañado y solidificado la construcción y evolución del Estado de bienestar o de Derecho. A partir de la década de 1950, las ciencias sociales, las políticas y las económicas comenzaron a interesarse por el estudio de la acción pública. Con el nombre de *Policy Sciences*, comienzan los estudios en Estados Unidos con Harold Laswell bajo la idea de reforzar la democracia, racionalizar el proceso político y hacer hincapié en el uso eficiente de los recursos (Gómez, 2019).

Después de las primeras manifestaciones, el movimiento se expandió progresivamente a algunas regiones del continente europeo. El estudio partió de la noción del gobierno y el arranque de políticas eficaces. Esto quiere decir que se esperaba que se cumplieran los objetivos trazados y al mismo tiempo economizar recursos para el Estados y los ciudadanos (Roth, 2002; Mejía, 2012). Esto derivó en que algunos autores como Dror (1989) y Bardach (2008) hicieran referencia a la necesidad de distinguir entre la ciencia política y la ciencia de las políticas, siendo esta última la que se avoca a analizar el origen, gestión y resultados de la toma de decisiones del gobierno, es decir, de las políticas públicas.

Para poder discutir la definición de política pública es necesario hacer una retrospectiva a la década de 1950 cuando Harold Laswell, el académico estadounidense considerado como el padre las políticas públicas define a la ciencia de las políticas “como el conjunto de disciplinas que se ocupan de explicar los procesos de elaboración y ejecución de las políticas, y se encargan de localizar datos y elaborar interpretaciones relevantes para los problemas de políticas de un periodo determinado (citado en Morales, 2020, pág. sp).

Yehezkel Dror (1989), sumo a este idea y definio el objetivo principal de la ciencia de las políticas públicas como el “contribuir a la mejora de las decisiones públicas a corto y largo plazo. Su primer objetivo, que es aportar su contribución a los procesos realidad de decisión,

marcará todas sus actividades, pero no impedirá que la investigación y la teoría pura sean un componente de éstas”. En otras palabras, el objetivo de las políticas públicas debe ser fortalecer la capacidad directiva más allá de la racionalidad de la toma de decisiones (Dror, 1989, pág. 7-8 citado en Morales, 2020, pág. sp).

En el habla hispana, el estudio de las políticas públicas se hizo presente hasta la última década del siglo XX, más de 30 años después de su origen en Estados Unidos. Luis Aguilar (2003), pionero en el estudio de las políticas en América Latina explica que “el distintivo de la política pública es el hecho de integrar un conjunto de acciones estructuradas, estables y sistemáticas”. Según el autor, las principales características de las políticas públicas son: 1) la orientación hacia objetivos de interés público y su idoneidad para hacerlos realidad; 2) la participación ciudadana con el gobierno para la definición de objetivos, instrumentos y acciones a realizar; 3) la decisión pública por el gobierno legítimo y dentro de la legalidad y 4) la implementación y evaluación de la política en cuestión (citado en Morales, 2020, pág. sp).

La naturaleza de las políticas públicas es la resolución de problemas públicos. Según Zevallos (2014, pág. 99), una problemática llega a la categorización de público “debido a la movilización de intereses que llevan a que se integre en la agenda sistémica del colectivo”. Del mismo modo, autores como Montecinos (2007) y Fuentes (2003) coinciden, pues explican que un problema público llega a serlo una vez que éste “se haya instalado en la agenda de gobierno, y haya sido calificado como ‘público’, sin perjuicio de que ya en la propia definición de la agenda pública el problema se haya comenzado a configurar y definir como tratable para un gobierno.

Aguilar (1993, pág. sp) define el problema público como el “proceso mediante el cual una cuestión, oportunidad o tendencia, ya aprobada y colocada en la agenda de la política pública, es estudiada, explorada, organizada y posiblemente cuantificada por los interesados”. Por su parte Morales (2017, pág. sp) hace referencia al problema público, desde una perspectiva política, como al “proceso por el cual una visión particular de un problema social logra formularse como un problema de interés público y formar parte de una agenda de gobierno”.

De este modo, se entiende entonces cómo política pública “al conjunto de objetivos, decisiones y acciones que lleva a cabo un gobierno para solucionar los problemas que en un

momento determinado los ciudadanos y el propio gobierno consideran prioritarios (Tamayo, 1997 citado en Fuentes, 2003). De hecho, Argüello (2006, pág. 234), menciona que las políticas “buscan el análisis de un conjunto de medios y acciones establecidos por el Estado, que tiene como fin generar un cambio total o parcial en la sociedad”.

Otra definición importante es la de Roth (2002, pág. 60), quien sostiene que “las políticas corresponden a las acciones decididas, llevadas a cabo y autorizadas por el Estado, representado por el Gobierno, de cara a proteger o promover un bien considerado como de interés público”. Mejía (2012, pág. 151) coincide con Roth, pues define a las políticas públicas como el “proceso mediante el cual el Estado diseña e implementa acciones a un sector mayoritario de la población”. El autor menciona que a pesar de que el proceso debe alcanzar asuntos de interés, no pueden dejar fuera los intereses de grupos minoritarios.

Franco (2013, pág. 86), se refiere a las políticas públicas como las “acciones de gobierno con objetivos de interés público que surgen de decisiones sustentadas en un proceso de diagnóstico y análisis de factibilidad, para la atención efectiva de problemas públicos específicos, en donde participa la ciudadanía en la definición de problemas y soluciones”. Este autor también constata que existe un gran número de definiciones de política pública, pero que todas ellas tienen un factor en común: el actuar del gobierno para solucionar problemas específicos. A esto, podríamos agregarle también el uso de presupuesto público y la interacción entre diferentes actores políticos y la sociedad.

Así, para fines del trabajo la definición que se va a tomar en consideración es la de Pérez (2007, pág. 58) quien se refiere a las políticas como al

Conjunto de acciones planeadas, ejecutadas y evaluadas por actores públicos y privados que, a partir de la lectura, la sistematización y el análisis de las demandas sociales, estructuran conceptual, operativa y financieramente un conjunto de planes, programas y proyectos que tienen por finalidad mitigar, y en ocasiones erradicar, los problemas a los que la sociedad les confiere el estatus de problema de interés general.

Antes de cerrar este apartado, es importante aterrizar la discusión en el panorama del trabajo de investigación. Recapitulando, se entiende que la pandemia del VIH/SIDA es desde hace muchos años, un problema de salud pública, por tal motivo, todas las acciones y programas

que el gobierno encamine para combatir la propagación del virus son consideradas políticas públicas.

El asertividad o fracaso de las decisiones públicas para combatir el VIH estará relacionada directamente con el trabajo de prevención (informar para evitar que más gente se contagie y trabajo de tamizaje a la población) y atención de la enfermedad (suministro de medicamentos y apoyo a las personas infectadas) que brinden las instituciones encargadas.

### *Políticas públicas con perspectiva de género*

En los años setenta, el feminismo anglosajón presento la perspectiva de género como una propuesta que “pretendía separar los aspectos biológicos que caracterizan a las personas - varones y mujeres- de la socialización que nos impone determinados estereotipos y roles” (Pérez A. , 2002, pág. 1005). Dicha perspectiva ha servido para identificar las formas en las que se interpretan, se simbolizan y se organizan socialmente los hombres y mujeres según las diferencias biológicas y culturales. De igual forma, ha sido una herramienta para criticarlas y avanzar en la comprensión de los factores (socioeconómicos, históricos y culturales) que definen lo que significa ser hombre y ser mujer

Tomar una postura de género ante una problemática de investigación quiere decir abrirse a nuevas posibilidades del origen y de la manera de tratar de resolver la incógnita. Nos permite identificar y hacer notar “las practicas e ideologías que provoca la participación diferenciada, jerárquica y desigual dentro de las instituciones sociales, políticas y económicas de mujeres y hombres” (Hernández y González, 2016, pág. 112). En ese sentido, Castro (2003, pág. 420), afirma que incluir la perspectiva de género en cualquier ámbito

es, por definición, interaccional y, por tanto, todo análisis de género debe centrarse no en un fenómeno que atañe sólo a las mujeres, sino en las condiciones y patrones de interacción que traducen que ese fenómeno sea desventajoso para las mujeres, o más aún, expresión de la desigualdad entre los sexos.

En muchas ocasiones el enfoque de género ha sido mal interpretado, por no decir minimizado en la discusión pública. La autora Pérez (2002. Pág. 1006), lamenta el hecho de que muchas veces “género se utiliza como sinónimo de sexo, y perspectiva de género como ‘cosa de mujeres’”. Es triste porque de esta forma los gobiernos han tratado de explicar y dar respuesta a los problemas de género, tomando los datos meramente estadísticos y dejando de lado las realidades sociales, culturales y políticas que marcan las diferencias desproporcionales entre hombres y mujeres en el acceso a los recursos, servicios e información.

Hacer una diferenciación estadística entre hombres y mujeres es apenas lo indispensable para el diseño de políticas y programas públicos con perspectiva de género. Autoras como Sánchez (2018, pág. 181), manifiestan que “las políticas de género deben ser una prioridad en la agenda política dominante y en las políticas generales”. Diferentes autores (Campos, 2020; Pérez, 2002) han hablado a cerca de como la perspectiva de género se ha ido colando a la agenda de las decisión públicas, pero lastimosamente la situación actual de desventaja de las mujeres detona que aún no han sido suficientes.

Las desigualdes entre hombres y mujeres han estado presentes en la agenda internacional desde los años setenta. El año de 1975 fue declarado como el año internacional de la mujer, y así en la decada de 1970 surgió la Organización de las Naciones Unidas para la Mujer (ONUMUJERES). De esta forma, se abrieron espacios de discusión de el problema en diferentes Conferencias Internacionales.

La necesidad de un enfoque de género para ayudar al desarrollo logró en la década de 1990 un gran avance en la conceptualización de “género”. No es sorpresa que en los Objetivos del Milenio y en los Objetivos de Desarrollo Sostenible resolver los problematicas de género sean prioridad. De hecho, en la Agenda 2030 esta ampliamente reconocida la necesidad de incluir políticas con corte de genero y de ofrecer orientación practica para el diseño y ejecución de políticas alertas al tema. Resulta importante resaltar que México, como miembro de las Naciones Unidas, está obligado a seguir las recomendaciones y agregarle dicho enfoque en las decisiones públicas (López, 2005; Naciones Unidas México, 2020; ONU MUJERES, 2020)

En México, los reclamos y demandas de las mujeres para la igualdad de derechos políticos y sociales están presentes desde la segunda mitad del siglo XX. A pesar de que ya era evidente

la necesidad de tomar cartas en el asunto, aún no se incorporaba una perspectiva que considerara la exclusión, discriminación y desigualdades de género como tal. Para los años 70's iniciaron las movilizaciones sociales, el problema empezó a tener más visibilidad y a través de la situación histórica de las mujeres, la crítica y la reflexión no se hicieron esperar (Guadarrama, 2010).

La década de los 80's destaca por las formas de organización y participación colectiva que tomaron las mujeres. Con la expansión del movimiento feminista los problemas de género se hacían cada vez más evidentes lo que ocasionó que el gobierno comenzara a impulsar acciones específicas considerando a las mujeres como un objeto de atención para las políticas públicas. Fue hasta inicios de los 90 cuando la intervención del gobierno comenzó a ser dirigida para “examinar y atender las condiciones estructurales reproductoras de la desigualdad, en función de las relaciones que se establecen entre hombre y mujeres” (Guadarrama, 2010).

De esta manera, en México las Políticas Públicas con corte de género han ido tomando cada vez más espacio en los trabajos académicos así como en la agenda pública y la agenda de gobierno, lo que ha terminado por institucionalizar dicha perspectiva. Para ejemplificar esto, volteamos a ver los Consejos Estatales de la Mujer presentes en todas las entidades federativas (Guadarrama, 2010).

Las decisiones con corte de género van más allá de poner a la mujer como una población receptora de beneficios sociales, sino, debe verse como sector con demandas sociales y políticas específicas. En palabras de Drullard (2019, pág. sr) la incorporación del enfoque de género en las políticas tiene que ver con “la necesidad de definir situaciones y problemas concretos que experimentan los sujetos a razón de su posición/condición sexo/genérica. Implica la obligación de responder cómo, por qué y qué efectos producen estos problemas en las personas, y qué consecuencias implicaría de parte del Estado tomar o no ciertas decisiones al respecto”.

Enfocados en la atención de problemas de salud como el VIH, autores como Quintero, Fonseca, Padilla y Velázquez (2012, pág. 12) añaden que incorporar esta perspectiva en el diseño de las políticas no solo podría combatir el problema de manera exitosa, sino, que también

Permite comprender mejor la realidad de mujeres y hombres, de las niñas y los niños cuya vida va a ser impactada por los proyectos de cooperación en salud [...]. La perspectiva de género examina los impactos del desarrollo en mujeres y hombres, y se utiliza como una estrategia para orientar las políticas públicas y acciones para cerrar las brechas de desigualdad.

En el caso específico de las políticas públicas y programas de salud basados en una perspectiva de género no solo deben pretender el estudio de los procesos de salud-enfermedad de hombres y mujeres y sus características sociodemográficas y culturales, sino, también reducir las desigualdades entre ellos, sobre todo en el acceso de la información y el manejo de los recursos públicos (Padilla, 2012, pág. 12). Por su parte, Bahmón, Viancha y Tobos (2014) coinciden, pues argumentan que está “ampliamente probada la efectividad de las estrategias de prevención que toman en cuenta el género y proponen su transformación”.

Según Padilla (2012), el éxito o fracaso de una política pública de salud con enfoque de género, tiene mucho que ver con que se puedan comprender las causas que explican las diferencias y desigualdades entre hombres y mujeres. Bajo estos términos, podemos deducir que, el VIH como problema de salud pública, debe combatirse desde las estrategias de género que permitan entender la dinámica social/cultural de propagación del virus.

A pesar de que el VIH/SIDA es un problema que afecta directamente a los servicios de salud, no quiere decir que los medios de combate sean exclusivos de este ramo. La prevención y atención del virus es un trabajo que se hace desde el ámbito de la salud, la educación, el desarrollo, los derechos humanos, entre otros. La dinámica de evolución del VIH/SIDA como problema público ha obligado a modificar la respuesta, de una estrategia de emergencia a una planeada que busque resultados a largo plazo. Para el diseño de estrategias eficaces y sostenibles, independientemente de la forma que adopten, es “de vital importancia abordar las dimensiones de género” (PNUD, 2012, pág. 9).

Según el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2012, pág. 10) incluir el término “género” en las estrategias públicas para el combate del VIH y el SIDA, hace referencia a “las diversas funciones socialmente determinadas que se asignan a mujeres y hombres en los diferentes contextos culturales, así como la relación entre ellos”. Integrar perspectiva de género no se trata de hablar de mujeres, sino que hace referencia a las

relaciones de poder y a las normas sociales establecidas de lo que significa masculinidad y feminidad, que sin darnos cuenta son dañinos para todos los miembros de la sociedad.

Tratar el problema de VIH desde una perspectiva de género se trata de diseñar programas públicos destinados a cambiar dichas prácticas culturales que determina los roles de género, con la finalidad de promover relaciones justas y equitativas en la distribución de beneficios y responsabilidades ante el problema. Las intervenciones públicas “también implican la reforma y derogación de políticas punitivas y discriminatorias” para avanzar a un marco legal y normativo, que defienda la salud pública, los derechos humanos y la igualdad de género (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2012. Pág. 14).

Especialmente en las intervenciones educativas y de atención a la salud para el VIH/SIDA, el enfoque de género está dirigida a cambiar las estructuras sociales (como los roles de género) que perjudican a las mujeres para tener relaciones equitativas. La perspectiva de género es indispensable en la atención de los problemas públicos ya que aporta calidad a las intervenciones, al mismo tiempo que ayuda al cumplimiento de las diferentes medidas y parámetros internacionales establecidos (Bolaños y Díaz, 2017).

El constante incremento de nuevos casos de VIH, dejan en evidencia que los programas tradicionales para el combate de ITS y VIH/SIDA no han dado resultados satisfactorios, por lo que es importante el diseño de nuevos programas que den respuesta al problema público, basándose en la óptica del género y centrándose en “los diferentes estatus, roles y expectativas sociales, que intervienen en los afectados de la pandemia” (Bolaños y Díaz, 2017, pág. sr).

Incluir políticas de salud o de cualquier otra rama con enfoque de género implica un gran desafío para las autoridades encargadas. A demás de una gran voluntad y disposición, se necesitan recursos, sistematización de la información, capacitación de personal, entre muchos otros aspectos. Hay que sumarle también, que es un proyecto que tiene que ir de la mano con la educación (como respuesta nacional), para poder cumplir los retos que implica identificar y cambiar los comportamientos sexuales y creencias transmitidas culturalmente que remarcan las desigualdades que sobresalen en la lucha contra la epidemia (Bolaños y Díaz, 2017).

A pesar de toda la información presentada, ni Quintana Roo ni México han hecho méritos suficientes para la recolección/construcción de datos relevantes que ayuden en el diseño de programas públicos con esta perspectiva, y el constante aumento de casos de VIH y SIDA en personas de entre 15 y 24 años en la entidad es prueba de ello.

Resulta pues, relevante llevar a cabo la investigación y análisis del problema de VIH/SIDA en la población desde una perspectiva de género teniendo presente que la investigación “es una estrategia indispensable para el diseño de programas de prevención”, y que sus resultados ayudarían a tener un panorama más amplio del problema, y por consiguiente nuevas estrategias para combatirlo (López, Vera y Orozco, 2001, pág. 33).

En lo que refiere a disponibilidad de información, es importante señalar que si bien, las bases de datos nacionales y estatales que existen del VIH/SIDA son muy fructíferas y útiles, y que, a través de ellas se puede interpretar un panorama general del problema y han brindado muchas políticas. También lo es decir que, son datos meramente estadísticos y muy generalizados, y como ya se ha dejado claro resulta difícil definir el problema y resolverlo basándose únicamente en ellos, sobre todo en un estado como Quintana Roo, donde el problema se puede valorar desde diferentes perspectivas.

Por tal motivo, autores como Guadarrama (2010, pág. 78) explican que las acciones públicas deben ir vinculadas con las características específicas de cada entidad federativa. Para finalizar este apartado se recuerda la importancia de trabajos de investigación que acerquen los esfuerzos del gobierno con la realidad social y política en la que viven los hombres y mujeres, sobre todo en etapas como la adolescencia y la juventud.

### *Teoría de género*

Cuando hablamos de *Teoría de género* es imposible mantenerse a raya del debate y la controversia. La discusión acerca de la existencia de bases sólidas o débiles de carácter científico para dar fe a una teoría sobre el género sigue sobre la mesa. En busca de enriquecer la discusión, el apartado tiene por objetivo presentar los puntos de vista de distintos autores

con opiniones un tanto divididas y encontradas sobre dicha Teoría. No obstante, las diferencias no cambian el hecho de que el bienestar de las mujeres es el principal objetivo de esta línea de investigación.

En el desarrollo de este apartado la *Teoría de género* tomará más bien el nombre de *Perspectiva de género*. Lagarde (1996) explica mejor esta idea en su trabajo "*El género*", *fragmento literal: 'La perspectiva de género'*.

En la academia, en los movimientos y organizaciones feministas, y ahora en los ámbitos de las políticas públicas, se ha desarrollado una visión crítica, explicativa, y alternativa a lo que acontece en el orden de géneros, se conoce como perspectiva de género a esta visión científica, analítica y política creada desde el feminismo. Ya es aceptado que cuando se usa el concepto perspectiva de género se hace referencia a la concepción académica, ilustrada y científica, que sintetiza la teoría y la filosofía liberadora, creadas por las mujeres y forma parte de la cultura feminista. (pág. 2)

Connell y Pearse (2018) plantean una postura parecida pues expresan que el género es una categoría de la teoría feminista. Las teorías de género surgen de situaciones cambiantes, bajo las ideas de personas distintas y con distinta formación. “Para comprender las teorías de género, es necesario ir al encuentro de las intelectuales que las han producido y reparar en los condicionantes a los que estas se enfrentaron para ellos” (pág. sp).

Según Lagarde (1996, pág. 1) la perspectiva de género es la simplificación de la teoría, y nace desde una mirada del mundo y de la vida desde la concepción del feminismo. Reconoce la diversidad de géneros y la existencia de hombres y mujeres “como un principio esencial en la construcción de una humanidad diversa y democrática”. La postura de género abarca categorías, hipótesis, interpretaciones y conocimientos que penden de las construcciones sociales que se han hecho respecto al sexo.

En ese sentido, los trabajos de Lagarde (1996) y Connell y Pearse (2018) contrarios a la postura de Guzmán y Pérez (2007); (2010) no niegan la existencia de la teoría de género, más bien hablan de que en realidad existen varias teorías dependientes del espacio-tiempo histórico. Este es uno de los principios por los que se inclina el trabajo.

A pesar de las fuertes críticas que hacen Guzmán y Pérez (2007) a la “teoría de género” no presentan una postura totalmente opuesta a la de Lagarde (1996) y Connell y Pearse (2018). Sin embargo, los primeros hablan abiertamente de las dudas que tienen de las epistemologías feministas, cuestionando su debilidad para explicar una filosofía propia del género, teorías científicas y métodos genuinos que resuelvan paradigmas epistémicos. A través de estos argumentos afirman que no puede haber “una auténtica filosofía de género y por ende una teoría de género que satisfaga las condiciones de científicidad propuestas por la epistemología tradicional” (pág. 283).

Al hacer referencia al término epistemologías feministas se hace referencia a un conjunto heterogéneo de trabajos multidisciplinarios tanto de la epistemología como del feminismo.

Lo que todos ellos tienen en común, radica en la puesta en tela de juicio de ciertas presuposiciones básicas de la epistemología tradicional, las cuales se podrían resumir en la defensa de que no es posible una teoría general del conocimiento que ignore el contexto social del sujeto cognoscente. Frente a la epistemología tradicional donde el sujeto es una abstracción con facultades universales e incontaminadas de razonamiento y sensación, desde el feminismo se defiende que el sujeto del conocimiento es un individuo histórico particular cuyo cuerpo, intereses, emociones y razón están constituidos por su contexto histórico concreto y son especialmente relevantes para la epistemología (Guzmán y Pérez, 2007, pág. 289).

El contexto social del sujeto cognoscente habla del condicionamiento al que están sujetos los conocimientos. La condición la marcan el sujeto y la situación de espacio temporal, histórico, cultural y social de la que se esté haciendo referencia. Los datos obtenidos serán casi siempre únicamente contextuales, por lo que lo que le resulto a un investigador puede no ser aplicable para el trabajo de otro.

Lagarde (1996) y Guzmán y Pérez (2007) coinciden en que uno de los principales rasgos de las epistemologías feministas y características distintivas a otros tipos de teorías de conocimiento es el compromiso político para lograr un cambio en la estructura de la sociedad. La acción gubernamental cobra especial relevancia en los discursos feministas y han logrado impactos en la vida política y social, así como han hecho aportaciones en el campo del conocimiento y la ciencia. No obstante, Guzmán y Pérez (2007) no se muestran muy

optimistas ante esta realidad, pues sostienen que una teoría científica no puede basarse únicamente en el discurso político:

La construcción de teoría dentro de los denominados estudios de género no satisfaga las condiciones de científicidad propuestas por la epistemología tradicional y, por lo tanto, mucho de lo que se denomina teoría de género, constituya de hecho, discursos que carecen de categorías, supuestos y axiomas, que son la trama con la que se construyen las teorías científicas. (pág. 283)

A pesar de que las afirmaciones de Guzmán y Pérez son válidas, no son completamente ciertas. En una revisión sobre literatura especializada en temas de teoría de género, se pueden encontrar textos que discuten sobre los orígenes y características de algunas denominadas "categorías" tales como la misma "categoría de género", el empoderamiento (Camberos, 2017) el techo de cristal (Camarena y Saavedra, 2018), la inequidad de género (Rojas, 2016), la violencia simbólica (Galarza, Cobo y Esquembre, 2016) y algunos otros términos que “en mayor o menor medida nacen con la discusión feminista y se han hecho parte de los discursos teóricos que abordan las cuestiones del género” (Guzmán y Pérez, 2005, pág. 284).

Existe basta literatura de diferentes disciplinas que han puesto sobre la mesa problemas y denunciado injusticias en diferentes rincones del mundo. Entre los campos de estudio se encuentran la antropología, la historia, la biología, la sociología, la psicología, las ciencias de la salud y desde hace un tiempo con mucha fuerza y donde se enfoca este trabajo, la esfera gubernamental. “En tanto el análisis no parta únicamente de investigaciones empíricas, a este tipo de documentos se les denomina teoría de género” (Guzmán y Pérez, 2007, pág. 284).

El movimiento feminista es considerado un movimiento político, y a través de la perspectiva de género ha encontrado una vía para crear propuestas, diseñar mecanismos, hacer alianzas, promover cambios legislativos, generar conciencia social y sobre todo ha ayudado y sigue trabajando en mejorar la calidad de vida de mujeres y niñas. “Las políticas públicas, los procesos participativos impulsados por las mujeres tienen a las mujeres como protagonistas, destinatarias y beneficiarias (Lagarde, 1996, pág. 5).

Lagarde (1996, pág. 3) añade que los análisis de género feministas buscan generar críticas a los aspectos nocivos, destructivos, opresivos y enajenantes productos de la desigualdad, la

injusticia y la jerarquización política de los ciudadanos basados en el género. La perspectiva de género se ha convertido en uno de los más valiosos procesos socioculturales pues a través de ella se han convocado movilizaciones sociales y han dado frutos que se ven reflejados en la sociedad.

Pérez (2002), por ejemplo, describe la perspectiva de género como “una metodología que se estructura a partir de las relaciones entre varones y mujeres y de su socialización conjunta [...] una metodología para hacer referencia a las relaciones de poder, equilibrio y desequilibrio entre varones y mujeres”. De esta manera, el enfoque de género se presenta como “un auxiliar” para evidenciar la simbolización cultural que se le ha atribuido a hombres y mujeres, y como estas influyen en las relaciones que giran en torno la sexualidad y la reproducción “así como los códigos de conducta que surgen de esa simbolización que ha permeado y ha sido introducida en el inconsciente colectivo de una verdad absoluta” (Pág. 1006).

Como bien lo plantea Cristian Gonzáles (2016) el género es una categoría de análisis (y también de acción) la cual se basa en la idea de que el significado del ser femenino y masculino está dictado por algo más que la biología. La antropología ayuda a explicar este rasgo característico de los estudios de género bajo la noción de que cada sociedad, pueblo, grupo y a su vez cada las personas, tienen una concepción diferente de lo que quiere decir género. El significado de ‘género’ es realmente relativo ya que depende de la visión particular de cada cultura (Lagarde, 1996). De hecho, en referencia a esta discusión sobre género, convendrá retomar a Simone de Beauvoir (1949 citado en González, 2016) quien fue una de las primeras teóricas en cuestionar las desigualdades y violencia en la que la vida de las mujeres estaba inmersa, señaló las desventajas a las que las mujeres se habían enfrentado históricamente. Bajo las frases célebres “las mujeres no nacen, se hacen” y “los hombres no nacen, se hacen” da pie a la aparición de nuevas discusiones, críticas y reflexiones entorno el género, (pág. 1156).

Según Bolaños y Díaz (2017, pág. sp) el género como concepto, hace referencia al “conjunto de atributos sociales que se le asignan a las personas (formas de comportarse, valores, normas, actividades a realizar, recompensas, su lugar en el mundo), según haya sido identificado como hombre o como mujer”. Los atributos son definidos por construcciones

sociales que a su vez lo son por la cultura, la época y el grupo social al que se pertenece. Dichos atributos le dan sentido a lo que significa ser hombre o mujer.

En otro trabajo, Bolaños (2019, pág. sp) conceptualiza al género como “la construcción simbólica que reside en identificar las expectativas y valores que una cultura concreta asociada al hecho de ser mujer u hombre”. Tales construcciones se expresan a través de símbolos, estereotipos, asignación de roles por género y en el modo que se espera que hombres y mujeres se comporten.

El género también ayuda a comprender las relaciones entre hombres y mujeres en cada aspecto de sus vidas, el género suele ser “una de las bases sobre las cuales descansa el poder, el privilegio y el estatus, dando lugar a desigualdades persistentes y generalizadas entre hombres y mujeres” (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2012, pág. 13). Bolaños y Díaz (2017) coinciden, ya que manifiestan que las relaciones actuales están aún lejos de ser relaciones neutras y por el contrario estas relaciones “son jerarquizadas y contradictorias y se estructuran alrededor de dinámicas de poder/subordinación” (pág. sp).

En este punto resulta interesante mencionar el trabajo de Romero y Romero (2018, pág. 118) quienes rescatan la idea de Joan Scott (2008) del género como “un elemento constitutivo de las relaciones sociales que se encuentra interrelacionado con símbolos, conceptos normativos, construido a través del parentesco (...) así como la formación de la identidad subjetiva”. La definición de Scott dada en el trabajo Romero y Romero (2018) es completada por González (2009) quien presenta al género como un medio por el cual se articula el poder, lo que causa la existencia de las relaciones de dominación y sumisión entre personas por el simple hecho de poseer un sexo determinado.

En el mismo hilo, Hernández y Gonzáles (2016) hablan del género como el hecho de que “socialmente existen un conjunto de ideas, representaciones y creencias basadas en que hay cosas propias de hombres y de mujeres”. En todas las sociedades estos significados son “transmitidos y reforzados en las personas como parte de su proceso de identidad” el cual tiene especial influencia en la juventud debido a que es la etapa en la que las personas aprenden y reproducen gran parte de las conductas que desarrollaran en su vida adulta.

En resumen, el género no es una noción dictada por el sexo biológico, el género es más bien una construcción social que le dicta normas y leyes de conducta y de decisiones de vida en hombres y mujeres. A lo largo de sus vidas, aprenden y reproducen conductas propias del género. Los “roles de género” nacen como consecuencia de lo aprendido, de la identidad que adopten y de las expectativas sociales del ser femenino y masculino. Sería un error no mencionar el peso que tienen en la toma de decisiones respecto la salud y la sexualidad, sobre todo en la juventud que es periodo de vida en el que se descubre y más se ejerce la sexualidad.

### *Sexualidad, roles de género, desigualdad y VIH*

El género es un elemento presente en toda relación. La sexualidad no es la excepción y juega un papel significativo en las decisiones de los individuos. Leyes y normativas fueron construidas bajo las sombras de los símbolos y representaciones de lo que significa ser mujer y ser hombre, la heterosexualidad ha sido aceptada como la única forma para la expresión de la sexualidad y la familia como el núcleo de la sociedad (Pérez, 2002, pág. 1007).

La juventud representa la etapa en la que las relaciones afectivas y sexuales cobran importancia y se convierten en espacio de conocimiento e interrelación con las personas que lo rodean. Según el INEGI (2013) en este periodo de la vida es cuando las personas más experimentan relaciones coitales. El inicio de una vida sexual activa viene acompañado de aprendizajes y sobre todo de obligaciones que son necesarias asumir para mantener una vida sexual sana y saludable (citado en Hernández y Gonzáles, 2016, pág. 113).

En el trabajo de Valles y otros (2011, pág. 134) se señala que los jóvenes son un grupo especialmente vulnerable ante el VIH y otras ITS, esto debido a que “se encuentran en un periodo de la vida donde existen múltiples cambios biopsicosociales que los llevan a la experiencia sexual en busca de la identidad”. Esta afirmación viene acompañada con el hecho de que a esta edad los jóvenes aún no cuentan con la madurez mental, social y emocional para enfrentar las responsabilidades que conllevan las relaciones coitales.

Las vivencias sexuales están fuertemente relacionadas con la edad y el género. En el caso del género femenino se esperan ciertos comportamientos los cuales “están cargados de un tinte

tradicional, donde se les asocia a la reproducción, la crianza, la labor doméstica y el cuidado de los otros (INEGI, 2011; Rocha Sánchez, 2013 citado en Hernández y Gonzáles, pág. 113).

La sexualidad “es un aspecto central de la condición humana durante toda la vida y abarca el sexo, la identidad y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción”. A través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas y roles, entre otros, los seres humanos experimentan y ejercen su sexualidad. Inevitablemente el género influye en la forma que se percibe la sexualidad (Hernández y González, 2016, pág. 2).

El género “se convierte en una especie de filtro que guiará los comportamientos eróticos, incluyendo los deseos, actitudes, significados, reglas y normas” que marcaran la vida sexual de las personas. De esta manera, el erotismo femenino se encierra en una serie de reglas y normas culturales, así como a deberes, límites y prohibiciones (Hernández y Gonzáles, 2016).

Las desigualdades de género, en cualquiera de sus formas, deben ser atendidas con cautela, basadas en el expediente histórico y geográfico de la región de la que estemos hablando. En la sexualidad, las desigualdades se ven reflejadas en las relaciones heterosexuales pues están fuertemente ligadas a los estereotipos de género tradiciones que proponen a hombres protectores, fuertes, dominantes, y a las mujeres frágiles, obedientes y sumisas (Hernández y Gonzáles, 2016).

La pérdida de autonomía de las mujeres para la toma de decisiones que pongan en riesgo su salud es un ejemplo de las dichas desigualdades. Los roles de género están tan arraigados a las sociedades que se transforman en un obstáculo para el pleno, sano y seguro disfrute de la sexualidad y de acceso a recursos e información de hombres y mujeres (Bolaños, 2019).

En este punto resulta importante señalar una realidad importante: en todas las sociedades los roles de género crean desigualdades que dejan a las mujeres en un contexto de suma vulnerabilidad frente al contagio del VIH/SIDA y otras ETS. La pobreza, la inequidad de género y la violencia que se ejerce sobre ellas son las principales amenazas a las que se enfrentan las mujeres en el mundo (ONUSIDA, 2012, citado en Bolaños, 2019).

Los roles de género marcan una importante diferencia en los comportamientos que aumentan el riesgo de contagiarse de VIH/SIDA. Las expresiones culturales producen desigualdades

en las relaciones lo que provoca dependencia de la mujer por el hombre, obligándola a someterse a las decisiones que tome su pareja, aunque esto implique riesgos para su salud.

La negociación del uso del condón muchas veces no llega a suceder, ya que es el hombre quien toma esta decisión. A pesar de que el preservativo es el único método anticonceptivo que protege de embarazos no deseados, del VIH/SIDA y de otras ITS, es uno de los temas con más resistencia al cambio. Según Hernández y Gonzáles (2016) esto se debe a que a través de su uso los hombres manifiestan y ejercen su poder sobre las mujeres.

En el 2011, la desigualdad de género fue declarada un factor clave para la propagación del VIH en la Declaración Política sobre el VIH y el SIDA de las Naciones Unidas. Las desigualdades de género se ven reflejadas en el acceso a recursos y bienes; en la disparidad de remuneración por trabajos de igual valor y la subordinación de las mujeres en las relaciones domésticas y sexuales. Las prácticas culturales que violentan los derechos humanos y limitan la capacidad de la mujer para la negociación de relaciones sexuales más seguras y la elección de cuándo y con quien llevarlas a cabo (PNUD, 2012. Pág. 19)

El VIH y el género han tenido un nexo de continua evolución. El género, se ha tomado como un factor que interviene en la vulnerabilidad de contraer VIH, así como sus consecuencias y la respuesta del sector salud y de otros sectores ante ello. La respuesta pública ante la respuesta al VIH influye en la desigualdad de género y los derechos humanos (positiva o negativamente). Además, el VIH y el género están relacionados con la equidad y la igualdad de las que se desprenden otras variables “como la educación, los ingresos, la etnia, la raza o la orientación sexual, entre otros” (PNUD, 2012. Pág. 9).

Para finalizar esta sección y dar pie a la siguiente se destaca que hablar de VIH y de género es indudablemente hablar de vulnerabilidad. Las dinámicas de contagio obligan a incluir el concepto en la investigación, pues es necesario responder ¿son las mujeres vulnerables al VIH?, ¿por qué? Para resolver estas interrogantes el siguiente apartado se dedica al estudio del concepto de vulnerabilidad, la evolución conceptual y las nuevas formas que ha adoptado.

## Vulnerabilidad

Las relaciones de género son un factor en los análisis de vulnerabilidad social. Existe voluminosa literatura acerca de las desventajas sociales de algunos grupos de la población con diversos enfoques y aproximaciones conceptuales. El Informe sobre Desarrollo Humano (PNUD, 2014) ubicó diferentes sectores de la población como más desfavorecidos que otros y los situó en un nivel mayor de vulnerabilidad frente a la pobreza multidimensional. En dicho informe, las mujeres fueron distinguidas como uno de los sectores más desprotegidos frente al riesgo de las desigualdades estructurales (Aguilar, 2018).

El apartado de vulnerabilidad tiene como intención indagar en la evolución del concepto, su transición a las ciencias sociales y como han incluido al género en los análisis del tema. En esta sección se incluye el género como un eje transversal en los análisis de vulnerabilidad social, específicamente en la vulnerabilidad que sufren las mujeres jóvenes frente el Virus de Inmunodeficiencia Humana.

La vulnerabilidad no es un concepto nuevo, en realidad ha sido parte de muchos trabajos académicos y ha cobrado especial atención en los últimos años. En las primeras acepciones en los años 50's, la vulnerabilidad fue abordada principalmente en temas medio ambientales y de catástrofes naturales. Las investigaciones plantearon a la población como los principales afectados a la llegada de fenómenos meteorológicos pues distorsiona su entorno, sus viviendas, sus estilos de vida y por lo regular también la distribución de servicios básicos (Cordona, 1993).

Los daños de un fenómeno natural se ven reflejados en la esfera sanitaria, económica, social, cultural y territorial. La población se vuelve entonces “vulnerable a diversos fenómenos que pueden ocasionar graves pérdidas o perturbaciones en la vida cotidiana” (Cordoso, 2017, pág. 157). Según Cordona (1993) de estos hechos se desprende la importancia de la participación de gobierno, pues es quien tiene la obligación de desarrollar planes y programas eficaces antes y después de la llegada de un desastre, esto con la finalidad de que el impacto sea el menor posible.

Los trabajos de catástrofes naturales y vulnerabilidad dieron pie a nuevas discusiones y formas de emplear el concepto con distintos métodos de análisis y de medición. De trabajos

como el de Cordona (1993) podemos rescatar 3 patrones de la vulnerabilidad: el primero, es que es un concepto multidisciplinario; el segundo es que el grado de vulnerabilidad depende de factores externos (en el caso de desastres naturales depende del entorno, el medio ambiente, el suelo, ubicación geográfica, las infraestructuras, medidas de protección y decisiones gubernamentales); y tercero es que está estrechamente relacionado con el concepto de riesgo, idea que se retomará más adelante.

La evolución conceptual de vulnerabilidad ha sido interesante y, como ya se mencionó, multidisciplinaria. En la definición siempre está presente “lo que” hace vulnerables a los individuos y ante que amenazas son vulnerables. Existe una amplia bibliografía de investigaciones y trabajos vinculados a temas económicos (González y Oliva, 2017), ambientales (Gómez, 2001), catástrofes naturales (Cordona, 1993) y de la salud física y mental de los individuos (Shamah, y otros, 2019). En tiempos más recientes con distintos grados de sintetización teórica se rescatan trabajos que hablan de la vulnerabilidad social (Sibalde, y otros, 2020), psicosocial (Gómez y Narváez, 2020), jurídica (García, 2020), política (González y Macías, 2007), cultural (Ruggiu, 2020) y demográfica (Cos y Requés, 2019).

El concepto de vulnerabilidad es tan amplio que de manera general puede pensarse que todos los seres humanos somos vulnerables, sin embargo, no es una afirmación que este del todo completa. A pesar de que todos los seres humanos podemos ser vulnerables por distintas razones (por patrimonio, por ingresos, por oportunidades, por género, etc.), no todos lo seríamos por las mismas causas ni con la misma intensidad. La vulnerabilidad afecta tanto a individuos, grupos y comunidades, pero en distintos planos del bienestar y en diversas formas.

Por tal motivo, Díaz (2018) sugiere métodos únicos adaptados a las características del caso que se esté estudiando. Aplicar los mismos métodos en diferentes contextos ocasionaría resultados erróneos y/o confusos. Los trabajos de conceptualización y medición de vulnerabilidad han sido utilizados en ramas como la antropología y la geografía, las ciencias sociales y ambientales; en temas del cambio climático, economía e incluso ciencias de la salud. La definición de la vulnerabilidad siempre va a depender del campo desde el cual se aborde.

Por otra parte, en estudios relacionados con la pobreza y el desarrollo, la vulnerabilidad comenzó a ser parte de los discursos en las décadas de los 80's y los 90's. En palabras de Aguilar (2018):

La introducción de conceptos tales como el de vulnerabilidad y el de marginación que contribuyeron al debate sobre la pobreza, ya que permitían salir de la dicotomía de pobre – no pobre, y se centran en los procesos dinámicos por un lado y por el otro, en posiciones generales de los sujetos, pensando en los componentes actitudinales y de comportamiento. La adopción de nuevos conceptos y de análisis diversos, dieron pie a la adopción de un enfoque complementario para reflexionar sobre el desarrollo social (pág. 1210).

Busso (2001) en un trabajo de vulnerabilidad social en América Latina (AL) menciona que la persistencia, diversificación y crecimiento de la pobreza durante las décadas de los 80's y los 90's ocasionó que los temas sociales (relacionados al bienestar y la pobreza) sean tomados en cuenta en la agenda nacional e internacional. Los nuevos indicadores de pobreza trazaron el camino de las políticas sociales y confirmaron la complejidad del concepto y ampliaron los foros de debate.

A finales de los años 90's la mayoría de los países de AL habían abierto sus mercados y adoptaban posturas capitalistas. Según Pizarro (2001, pág. 8) “lo más distintivo de la realidad social de fines de los años noventa es la vulnerabilidad”. Más allá de las condiciones de pobreza y desigualdad, características del capitalismo subdesarrollado, se obtuvo “un aumento de la indefensión y la inseguridad para una gran mayoría de personas y familias de ingresos medios y bajos”.

Los pobres son considerados una población especialmente vulnerable; la pobreza es considerada como un factor de riesgo. Sin embargo, no todas las personas vulnerables son pobres (una persona de clase alta puede ser vulnerable a la falta de información, por ejemplo), y no todos los pobres son vulnerables, al menos no en igual medida ni ante las mismas razones (Cordoso, 2017).

Con los estudios de análisis de Caroline Moser (1998), la vulnerabilidad comienza a posicionarse como perspectiva teórica. Su propuesta de enfoque de activos- vulnerabilidad

fue adaptada en la sociedad latinoamericana por Carlos Filgueira y Ruben Katzman (CEPAL) y crearon el modelo “activos-vulnerabilidades-estructura de oportunidades”. En este planteamiento introdujeron la vulnerabilidad social y la definieron como “la incapacidad de una persona o de un hogar para aprovechar las oportunidades, disponibles en distintos ámbitos socioeconómicos, para mejorar su situación de bienestar o impedir su desarrollo” (Katzman, 2000, pág. 13 citado en Aguilar, 2018, pág. 1211).

La vulnerabilidad social puede expresarse de distintas maneras. Por ejemplo, la *fragilidad e indefensión* se da ante cambios en el entorno; el *desamparo* institucional se da desde el Estado que no cumple con el cuidado de sus ciudadanos; la *debilidad interna* cuando se afronta concretamente los cambios del individuo u hogar para poder aprovechar las oportunidades que se presentan; y por último como *inseguridad*, “noción permanente, que paraliza, incapacita y desmotiva” las intenciones y posibilidades de estrategias para alcanzar el bienestar futuro (Bosso, 2001, pág. 8)

A través de la vulnerabilidad social se plantean las interrogantes de cómo y por qué diferentes grupos de la sociedad “están sometidos de forma dinámica y heterogénea a procesos que atentan contra su subsistencia y capacidad de acceso a mayores niveles de bienestar”. Los seres humanos y comunidades pueden ser vulnerables por razones de ingresos, patrimonio, por lugar de residencia, por origen étnico, **de género**, por discapacidad y enfermedad, así como por factores políticos, ambientales, entre muchos otros.

Según Busso (2001) la vulnerabilidad social se enfoca a la existencia y posibilidad de acceso a derechos básicos como: un trabajo asalariado, tiempo libre, seguridad, patrimonio económico, ciudadanía política, identidad cultural, autoestima e integración social, a esto le añadiríamos la capacidad para la toma de decisiones (pág. 9).

Al rescatar la perspectiva de Fosciatti (2010), Ledesma (2018) menciona dos condiciones del concepto: primero hace alusión a los “vulnerados” para hablar de aquellas personas que “ya padecen de una carencia afectiva que implica la imposibilidad actual de sostenimiento y desarrollo y una debilidad a futuro a partir de esta incapacidad”. La segunda condición hace referencia a los “vulnerables” para mencionar a aquellos que “el deterioro no está ya materializado, sino que aparece como una situación de alta probabilidad en un futuro cercano a partir de las condiciones de fragilidad que los afecte”. Desde este punto de vista la

vulnerabilidad considera “el grado de exposición al posible daño como las posibilidades de protección y de reconstrucción” (pág. 70).

Pizarro mantiene una postura similar, pues sostiene que:

La vulnerabilidad social atiende a dos componentes explicativos. Por una parte, la inseguridad e indefensión que experimentan las comunidades, familias e individuos en sus condiciones de vida a consecuencia del impacto provocado por algún tipo de evento económico, social, epidemiológico de carácter traumático y, por otra parte, el manejo de recursos y las estrategias que utilizan las comunidades, familias y personas para enfrentar los efectos de ese evento (Pizarro 2001 en Flores, 2014, pág. 43).

Según Pizarro (2001, pág. 7) la vulnerabilidad social “es el resultado de los impactos provocados por el patrón de desarrollo vigente pero también expresa la incapacidad de los grupos más débiles de la sociedad para enfrentarlos, neutralizarlos u obtener beneficios de ellos”. En cualquiera de sus nociones y tipologías, la vulnerabilidad está asociada con la incertidumbre, la fragilidad o el riesgo, así como a la (in) capacidad de respuesta (Aguilar, 2018).

La vulnerabilidad social adopta diferentes formas y métodos de estudio. La literatura y metodologías del tema son tan amplias y diversas como cada comunidad en el mundo. La generalidad del concepto en diversas ramas y la frecuencia de trabajos en las ciencias sociales, particularmente en la economía que abarcan la precariedad y la pobreza, suelen ser dominantes y no facilitan la aplicación del concepto en razones de género (Ledesma, 2018).

La vulnerabilidad femenina tiene origen en la estructura de la sociedad patriarcal. Por tales motivos, Aguilar (2018, pág. 1208) reflexiona “sobre la importancia de considerar las relaciones de género como un eje transversal en lo análisis sobre vulnerabilidad social”. Las mujeres son un sector de riesgo frente a las desigualdades estructurales, según el Informe de desarrollo Humano 2014. “La desigualdad basada en género afecta a los logros nacionales en materia de salud reproductiva, empoderamiento y participación en el mercado laboral” (IDH, 2014, pág. 45 en Aguilar, 2018, pág. 1213).

Como se ha mencionado antes “las prácticas y representaciones en torno a los varones y mujeres, están ligadas a relaciones de poder y dominación que no son naturales, sino

históricas y sociales”. Por tales motivos, los estudios sobre desarrollo y vulnerabilidad consideran al género y han incluido los aspectos políticos, sociales, culturales y estructurales sobre la desigualdad entre hombres y mujeres, así como “el peso que conlleva la delegación de la esfera de la reproducción social a las mujeres”, en particular en costos que conlleva la desinformación y la desigualdad para tomar y ejercer decisiones (Aguilar, 2018, pág. 1213-1214).

Para Ledesma (2018, pág. 71) “ser mujer es uno de los factores de incidencia en la determinación de la vulnerabilidad social, pero no el único”. Existen diversos factores que vuelven a las mujeres vulnerables y vulneradas frente distintas realidades sociales. Por ejemplo, existe evidencia en la academia de trabajos que relacionan la vulnerabilidad y el género dónde destacan los riesgos contextuales para las mujeres migrantes (Flores, 2014); los riesgos asociados al desempleo y la inactividad económica (Garavito, 2010); la pobreza y la marginación (CONEVAL, 2012); los riesgos a los que se enfrentan en prisión (Añaños y Jiménez, 2016) y en el hogar, en este último caso relacionados con temas de violencia (Pérez, 2005; Rodríguez, 2016).

Existen factores sociales, estructurales y personales que incrementan o disminuyen el riesgo de sufrir algún tipo de violencia. Tener redes de apoyo familiares y sociales es considerado como un factor que ayuda a disminuir la probabilidad de violencia y otros problemas relacionados. Sin embargo, muchos de los riesgos a los que se enfrentan las mujeres (como contraer VIH/SIDA u otra ITS) están, en realidad, dentro del seno de relaciones familiares y/o afectivas (Mujer y Salud Mental, 2020).

Según ONUSIDA, el 35% de las mujeres han padecido algún tipo de violencia física o sexual en algún punto de sus vidas. En algunas regiones del mundo, las mujeres que sufren violencia tienen 50% más posibilidades de contraer VIH/SIDA (ONUSIDA, 2017 en Romero y Romero, 2018). Estas afirmaciones nos llevan a pensar que las relaciones de poder forman parte esencial en los estudios sobre la pandemia del VIH/SIDA.

Según Quintal y Vera (2014, pág. sp) en la dinámica de propagación del virus, la vulnerabilidad se relaciona con “los factores sociales que propician la exposición al VIH/SIDA, que están fuera del ámbito de la elección personal [...], la parte del riesgo está estrechamente más vinculada con las estructuras sociales que con las conductas

individuales”. La vulnerabilidad puede ser entendida como “un indicador de inequidades y desigualdades sociales que exige respuestas en las estructuras socioeconómicas y políticas. La vulnerabilidad es determinante de los riesgos diferenciales que corren hombres y mujeres”.

Existen diferentes factores que convierten a las mujeres en población vulnerable al VIH/SIDA: la falta de reconocimiento de sus derechos; la falta de acceso a los recursos económicos y su control; los actos de violencia de género, el bajo valor que tienen las mujeres en algunas sociedades y la falta de acceso a la información respecto al VIH, entre otros. Estos factores denotan las desigualdades de género lo que afecta la capacidad de las mujeres para lidiar con el virus y para salir adelante en caso de verse afectadas (OMS, 2019).

Urzua y Patricia (2008) definen la vulnerabilidad de las mujeres frente al VIH como el hecho de “tener poco o ningún control sobre el propio riesgo de adquirir la infección o para aquellos que ya viven con el virus el no tener o tener acceso limitado a una asistencia o apoyo adecuado”. Asimismo “la vulnerabilidad de las mujeres por cuestiones de género se refuerza cuando, además, se suman otras desigualdades como la pobreza o la discriminación por razones étnicas o de preferencias sexuales, es decir, el VIH/SIDA afecta a todas las mujeres, pero no las afecta a todas por igual” (Herrera y Campero, 2002).

La idea de incorporar la vulnerabilidad en la discusión nace desde la visión de los derechos humanos. Incluir dicho concepto en el campo del estudio del VIH/SIDA agranda el terreno de acción gubernamental para combatir la pandemia, pues no solo se toman en cuenta los comportamientos individuales (comportamientos de riesgo), sino que se adentra a los motivos que fragilizan a los individuos para la protección o garantía de sus derechos fundamentales, tales como el acceso a la educación, a la salud, a recursos e información, solo por mencionar algunos (Herrera y Campero, 2002).

En la epidemiología moderna resalta el concepto de *riesgo* para explicar “las verdaderas causas de las enfermedades” (Álvarez, 2008, pág. 58, citado en Díaz, 2018, pág. 13). Sin embargo, autores como Díaz (2018); Piña y Urquidí (2004) y Herrera y Campero (2002) critican este modelo y manifiestan que los *factores de riesgo* son insuficientes para explicar la causa de las infecciones, sobre todo en una enfermedad que está tan ligada a la sexualidad y los estigmas sociales.

En trabajos de vulnerabilidad a infección de VIH en población joven como el de Piña y Urquidi (2004), encuentran desde la mirada epidemiológica que dicha población suele ponerse en riesgo a través de las conductas sexuales irresponsables (como el inicio temprano de relaciones sexuales y múltiples parejas, además de la ausencia del preservativo en algunas o casi todas las relaciones sexuales). Sin embargo, esta idea se fuerza con el planteamiento de Bayes, quien sostiene que “si bien es cierto que los seres humanos somos racionales, también lo es que nos comportamos influenciados por nuestras emociones y afectos, al igual que por factores ambientales relativos a las situaciones interactivas en las que las conductas de riesgo tienen lugar” (Bayes, 1992 citado en Piña y Urquidi, 2004, pág. 229).

Las prácticas de riesgo no son acciones ni decisiones aisladas, están relacionadas e impulsadas por motivos “que en un sentido teórico pueden incluso llegar a concebirse como un criterio adicional para evaluar el riesgo potencial en el que se colocan las personas frente al VIH/SIDA”. Tomar en cuenta únicamente los factores de riesgo es culpar al sujeto de enfermarse, dejando de lado interrogantes como por qué y bajo qué circunstancias las personas eligen llevar a cabo prácticas de riesgo en vez de tomar actitudes preventivas (Piña y Uriquini, 2004, pág. 235).

En resumen, según Herrera y Campero (2002) el riesgo y las prácticas sexuales hacen noción únicamente a comportamientos individuales, mientras que la vulnerabilidad es una muestra de inequidad y desigualdad social, lo que requiere una respuesta desde la estructura social y política. Para combatir la inequidad, las políticas públicas deben ir orientadas a cerrar las brechas de género entre hombres y mujeres “en materia de acceso a la educación, a recursos económicos, participación política y protección contra la violencia” (Geeta Gupta, 2000 citado en Herrera y Campero, 2002, pág. 560).

Piña y Uriquini (2004) hacen énfasis en que los programas sociales diseñados bajo el supuesto erróneo de únicamente informar y generar conocimientos son insuficientes para combatir el problema y para alejar a las mujeres de las vulnerabilidades relacionadas con el virus. Sobre los modelos preventivos de VIH orientados a cambiar los comportamientos individuales de las mujeres, la postura de género se posiciona como un método que propone el empoderamiento de las mujeres, tratando de llegar, por ejemplo, al punto en el que las mujeres puedan exigir el uso del preservativo a sus parejas.

El empoderamiento implica “trabajar para cambiar las condiciones de vida que colocan a las mujeres en riesgo de infección por el VIH. Esto requiere de una estrategia de fortalecimiento de grupos, conformación de redes y promoción y defensa pública, donde el tema del VIH se incorpore a la agenda del derecho a la salud sexual y reproductiva” (Herrera y Campero, 2002, pág. 561).

Las iniciativas de combate al VIH deben ir enfocadas a las mujeres como grupos vulnerables y no sólo como grupos de riesgo. La negociación del condón en las relaciones de pareja es la ejemplificación más importante en materia de desigualdad en el ejercicio de la sexualidad. El hecho de que los hombres sean quienes por lo general hayan llevado una vida promiscua y con múltiples parejas, y que al mismo tiempo quienes deciden el uso o rechazo del condón, hace dudar de la idea de igualdad en las relaciones y la negociación de sexos seguro (Herrera y Campero, 2002).

El trabajo de Herrera y Campero (2002) es valioso debido a que recoge las diferentes vulnerabilidades relacionadas al sexo y el género femenino frente al riesgo de contraer VIH/SIDA. Las vulnerabilidades que acechan a las mujeres toman diferentes formas, tales como: biológicas, epidemiológicas, sociales y culturales, como se explica a continuación.

- Las vulnerabilidades biológicas están ligadas al hecho de que en las relaciones heterosexuales las mujeres son de 2 a 4 veces más propensas a contraer el virus, esto debido a que el área de exposición durante las relaciones sexuales es mayor en las mujeres que los hombres y que la carga viral es más alta en los fluidos masculinos que femeninos. Además, las ETS (como co - factores para la infección por VIH), son comúnmente asintomáticas y menos tratadas en las mujeres, lo que debilita la mucosa vaginal facilitando la entrada al virus, sobre todo en adolescentes quienes aún cuentan con un aparato genital inmaduro.

Una vez que las mujeres adquieren el virus también tienen más riesgo de complicaciones como: infecciones vaginales frecuentes por candida, enfermedad inflamatoria pélvica severa, mayor riesgo de cáncer de cuello uterino, problemas con el ciclo menstrual, mayor riesgo de osteoporosis, así como una menopausia a temprana edad con sofocos más intensos. Además, los efectos secundarios por el

TAR suelen ser más graves en las mujeres y pueden presentar otras complicaciones al interactuar con algunos anticonceptivos.

- Desde la perspectiva epidemiológica, los patrones de formación de pareja (pareja estable o pareja sexual) de muchas sociedades es heterosexual entre mujeres jóvenes y hombres mucho más grandes. En las relaciones estables, los encuentros sexuales suelen ser de forma desprotegida (lo que constituye prácticas de riesgo), y sin tener oportunidad de negociación del preservativo. De igual forma, los hombres inician generalmente su vida sexual antes que las mujeres, por lo que han tenido más parejas sexuales y seguramente ha llevado a cabo más prácticas de riesgo. Ante estas situaciones, la mujer es vulnerable a contraer VIH y otras ITS.
- Respecto a vulnerabilidad social, en muchos contextos de países en vías de desarrollo siguen teniendo menor acceso a educación, información y a trabajo asalariado, lo que las vuelve dependientes a las mujeres de los hombres y con menor posibilidades de tomar decisiones y de acceder a servicios de salud.

El género como construcción social le ha marcado a la sociedad diferentes pautas de comportamiento para hombres y mujeres, los cuales marcan importancias en la vida de estas últimas. Ambos géneros “son tratados desigualmente en términos políticos, culturales y socioeconómicos, lo que puede observarse tanto en el ámbito de las parejas y familias, como de la sociedad o de las culturas nacionales o supranacionales” (Bastos. 2000, citado en Herrera y Campero, 2002, pág. 557).

Los ideales sexuales para hombres y mujeres aceptados culturalmente hacen a las mujeres más vulnerables de contraer VIH y otras ITS frente a los hombres. El sistema sexo-género demuestra la dominación masculina sobre la femenina en una sociedad determinada (la virginidad, la valoración de la maternidad, los ideales de matrimonio y amor romántico son algunos de los medios de control y sumisión) (Herrera y Campero, 2002).

Históricamente “la dominación masculina implicó la necesidad de controlar las capacidades reproductivas, productivas y sexuales de las mujeres, siendo probablemente las formas discursivas de control de estas últimas las más resistentes a los cambios sociales y culturales”. A través de ideales sexuales (la virginidad, la inocencia, la pasividad, el no reconocimiento o expresión de deseo sexual, la obligación para complacer a la pareja sexual sin importar la

voluntad y la reproducción como principal fin de la sexualidad) se crean formas de control sobre la vida reproductiva y sexual de las mujeres (Herrera y Campero, 2002, pág. 558).

Como se ha comprobado hasta ahora, las mujeres forman un sector de la población vulnerable ante distintas amenazas y desigualdades, la gran mayoría de ellas son estructurales. Ubicar los factores que vuelven vulnerables a las mujeres frente al contagio de VIH en un contexto histórico, social y geográfico determinado ayuda a comprender las dinámicas de contagio observados en los últimos años y con base en ellas, diseñar políticas públicas para contrarrestar el problema.

Con el paso del tiempo, se ha hecho más evidente la necesidad incorporar el género en los estudios de fenómenos sociales ya que identificar las razones que evitan y entorpecen el desarrollo pleno de las mujeres en todas las esferas es el primer paso para poder realizar cambios significativos. Para finalizar este apartado, distinguimos la importancia de elaborar políticas públicas con perspectiva de género que atiendan las vulnerabilidades biológicas, epidemiológicas, sociales y culturales que aquejan a las mujeres frente el riesgo de infección por VIH/SIDA.

### *El amor romántico como factor*

Recientemente, una publicación por AHF México (Aids Healthcare Foundation, 2020) declara que 9 de cada 10 mujeres infectadas por VIH en México, contrajeron el virus con una pareja estable. El 90% de las mujeres infectadas “confiaron su cuerpo al otro” (sp). Según este artículo la mayoría de las mujeres que se ha contagiado en México por prácticas heterosexuales no fueron capaces de identificar que se encontraban ante una situación de violación de sus derechos humanos y reproductivos. Estas mujeres tuvieron poco o nulo acceso a una educación sexual, sin tener las herramientas para prevenir el VIH y sin la plena libertad de decidir sobre sus cuerpos.

El amor romántico y sus mitos fortalecen las desigualdades que se dan entre hombres y mujeres, sobre todo en este escenario donde las mujeres se contagian al confiar en sus parejas sexuales y sentimentales estables. El amor romántico, esta desde luego, cargado de

estereotipos que caen sobre la vida y el comportamiento que se espera de las mujeres y los hombres.

En este tipo de amor idealizado, podemos encontrar a los “sentimientos” como el centro o el motor. Según Saura, Jorquera, Rodríguez, Mascort, Castilla y García (2017), para los jóvenes el preservativo es el método más confiable y seguro para evitar el VIH y otras ITS, sin embargo, también manifiestan que es el mejor método únicamente cuando no se cuenta con una pareja estable. El uso del preservativo se condiciona, entonces, por razones más allá, como lo son los estigmas que se asocian a la falta de confianza en pareja y estereotipos de género. Según el estudio de Saura y otros (2017), “la respuesta al riesgo se basa en construcciones simbólicas que emergen y se modifican en las interacciones sociales” (pág. 62).

Una de estas construcciones simbólicas que más afectan a las mujeres es precisamente la del amor romántico. Si bien los estereotipos de género por si solos son desventajosos para las mujeres y niñas, estos tienen más peso con la idealización del amor.

El amor romántico trae consigo muchos mitos que se interponen en la sexualidad de mujeres y hombres, ya que rige ciertas normas de comportamientos y sobre todo hace sentir a las mujeres como seres incompletos que necesitan a “su ser amado” para sentirse completa, plena y segura. Algunos de los mitos del amor romántico (Cruz Roja Española, 2020) dañinos son:

- El amor verdadero: se refiere a las relaciones que imitan a las superproducciones cinematográficas. Es aquel que es eterno, y que no considera los cambios que puedan surgir en la relación o en las personas en su individualidad.
- El amor lo puede todo: una idea de amor fantasiosa, donde el amor es capaz de solucionar todos los problemas como por arte de magia (y que orilla muchas veces a las mujeres a seguir en relaciones con violencia).
- Los celos: en el amor romántico los celos se ven como una virtud. “Si no te cela no te ama” se puede escuchar muy comúnmente. En este mito se trata a la pareja como si fuera propiedad, y no como una persona. Muchas veces sirve como pretexto para ejercer y/o aguantar prohibiciones y humillaciones, así como violencia psicológica o física.

- Mi media naranja: este mito enseña que se necesita de otra persona para poder estar completas como personas o como mujer. Este mito es dañino debido a que te obliga a buscar compañía (buena o mala) y depender de esta compañía para poder desenvolverte como persona. De igual forma, este tipo de enseñanzas obliga muchas veces a las mujeres a aguantar a una sola persona toda la vida, aún si hay violencias.
- El matrimonio: es la finalidad del amor romántico. El matrimonio es una unión que pretende ser “para toda la vida”. Es la materialización del amor romántico y en la mayoría de los casos incluye hijos y obligaciones que orillan a las mujeres a atender a otras personas antes que ellas mismas.
- Confianza ciega: este mito sostiene que se debe confiar fielmente en la pareja, por lo que no existe motivo para pensar que se pone en riesgo la vida sexual. Esta creencia trae consigo frases como “él/ella jamás me traicionaría” por lo que se confía ciegamente, sin considerar el peligro.

Como puede observarse, el amor romántico despoja, prácticamente, a las mujeres de sus voluntades, de sus deseos y necesidades para hacerse cargo de las necesidades de su pareja. “La ideología del amor romántico es visible en su discurso cuando hablan del otro amado como alguien que colma todas las necesidades y que compensa todas las carencias (...) lo que hace que su sentimiento de valía personal y autoestima sean fuertemente dependientes del comportamiento de sus parejas” (Saura y otros, 2017, pág. 67).

En las relaciones donde existe este tipo de “amor”, las mujeres muchas veces relacionan el dolor y el sufrimiento como parte indispensable de las relaciones, lo que les impide tener la autonomía para dejar relaciones no saludables (Saura y otros, 2017). Esta forma de vivir el amor, no les permite reconocer la realidad de la relación, en donde sus objetivos, planes y proyectos pueden quedar en segundo plano.

Debido a que la monogamia es el punto de partida del amor romántico, las mujeres ignoran que sus parejas muchas veces desempeñan su vida sexual fuera de las relaciones estable y confían ciegamente en la fidelidad de la pareja o el esposo. No solo eso, esta ideología del amor es peligrosa porque inclina a las mujeres que, a pesar de saber de las infidelidades se sobrepone que “el amor todo lo debe soportar” y que “el matrimonio es para toda la vida”, lo que las orilla a seguir en relaciones sexuales sin protección con sus parejas infieles.

En un contexto social donde el hombre es visto como un individuo de gran deseo sexual, las infidelidades no son muchas veces, razones suficientes para que las mujeres terminen los vínculos amorosos (Sánchez, 2021).

Hay que recordar que, según los estereotipos de género, en la masculinidad es aplaudido el hecho de que existan más de una pareja sexual (aunque haya una pareja sexual estable), mientras que para las mujeres el ajenamiento de la sexualidad tiene una connotación virtuosa y de castidad (AHF México, 2020). Si a esto le sumamos los mitos del amor romántico, en un contexto de poca educación sexual y de empoderamiento femenino, el resultado son relaciones heterosexuales con prácticas sexuales riesgosas, y donde peligrosamente las mujeres pierden autonomía, facultad para decidir y se convierten en dependientes sentimentales de sus parejas sentimentales y sexuales.

### Percepción del riesgo

Como se ha explicado, el riesgo implícito en la vulnerabilidad es amplio. Por tal motivo, es importante dejar clara la idea presente en el trabajo: las mujeres son vulnerables y vulneradas frente los riesgos de contraer VIH/SIDA y a todo lo que implica estar contagiada. Las vulnerabilidades de género se remarcan cuando además existen factores como la pobreza y la marginación. Pero ¿son las mujeres conscientes de los riesgos a los que están expuestas?

Ante este panorama sale a colación la percepción del riesgo. Por tal motivo, los siguientes párrafos tienen como intención explicar por qué este concepto no debe dejarse de lado en el diseño de estrategias para combatir el problema de salud pública. La percepción del riesgo ha sido y continúa siendo una de las piezas para comprender las dinámicas relacionadas con temas de salud, y la infección de VIH no ha sido la excepción.

La práctica y los errores han dejado en claro que las estrategias de promoción y educación sanitarias no han sido suficientes. Enfocarse únicamente en cambiar las prácticas sexuales de los individuos ha resultado una medida ineficaz para reducir la propagación del virus. Sin duda es cierto la importancia de informar a la población, sin embargo, es una falacia la deducción de que así cambiarán sus comportamientos de riesgo, cuando “factores sociales,

culturales y económicos son fundamentales para determinar la percepción que se tiene de los riesgos para la salud” (OMS, 2002, pág. 31).

Sánchez, Rubio, Páez y Blanco (1998) sostienen que la ausencia de percepción de riesgo en el entorno es uno de los factores que disminuye el estímulo de llevar a cabo conductas preventivas en las personas. Por el contrario, aumenta el riesgo de llevar a cabo acciones que puedan ocasionar daños en su salud o la salud de otras personas (Valle, Benavides y Álvarez, 2011, pág. 134).

García (2012) en un trabajo relacionado con la percepción del riesgo y la juventud sostiene que la percepción del riesgo es un proceso cognitivo individual en el cual interfieren distintos aspectos de la vida de los individuos. Gómez (2019, pág. 32) quien rescata esta idea y la aterriza en el riesgo del contagio del VIH, define la percepción del riesgo como

Un proceso cognitivo en el que la persona de manera inmediata organiza un juicio de valor desde diferentes fuentes de información como: la historia personal, el contexto, sus creencias y actitudes, los estereotipos y sus motivaciones, acerca de la posibilidad de adquirir dicha enfermedad.

Al mismo tiempo, García (2012) sostiene que en la adolescencia y la juventud se percibe el riesgo de una manera distinta a como se hace en la vida adulta. “En sentido estricto el riesgo se configura a partir de la información y de las experiencias que una persona va acumulando. De ahí que la percepción de riesgo vaya aumentando con la edad”. Según esta aseveración, los jóvenes aún no comprenden los riesgos que conlleva someterse a ciertos comportamientos, independiente de la percepción que se tenga sobre ellos (pág. 135-136).

Dentro de este marco, Gómez (2019) sostiene que las características y evolución sexual de los adolescentes y jóvenes se ve modificada por diferentes factores a medida que van creciendo. Algunos de estos factores son: la baja percepción del riesgo, la fragilidad emocional y el descubrimiento de nuevas necesidades sexuales (pág. 7).

La Organización Mundial de la Salud (2002), reconoce al género como otro de los factores importantes inmersos en la percepción del riesgo. Si se toma en consideración que la percepción del riesgo se construye a partir la historia personal, el contexto, las creencias y estereotipos hay que recordar que estos tienen base en el género. Como se dejó claro en el

apartado correspondiente, hombres y mujeres construyen percepciones ante los mismos problemas, sobre todo aquellos que tienen la sexualidad como eje principal, tal como lo es el problema del VIH/SIDA.

Al darle importancia al hecho de que las mujeres jóvenes deberían ser conscientes del riesgo al que están expuestas de contraer el VIH/SIDA (y otras ITS) se favorece la efectividad de los esfuerzos que se hagan para combatir el VIH, sobre todo para que quienes aún no saben que están infectados puedan acercarse a realizarse las pruebas correspondientes. Hasta el 2017, el 37% de las personas infectadas aún no conocía de su estado serológico (González, 2019; CENSIDA, 2019).

Después de la amplia discusión que se ha hecho en esta tesis, se tiene como resultado la evidente relación que existe entre cada eje conceptual: las mujeres son vulnerables biológica, epidemiológica, social y culturalmente ante el riesgo de contraer VIH/SIDA. La mayoría de las mujeres jóvenes no son conscientes de dicho peligro, por lo que eluden las prácticas preventivas y toman una postura contraria al llevar a cabo prácticas de riesgo.

En consecuencia, las políticas públicas que se diseñen para el combate del VIH y el SIDA deben hacerse primeramente desde una perspectiva de género, tomando en cuenta las desigualdades y la realidad social y política en la que están sumergidas las vidas de las mujeres. Las acciones del estado deben ir orientadas a cambiar la realidad de las personas a nivel individual y colectivo. Individual por una parte para influir en las decisiones que toman en torno la sexualidad y puedan ejercerla saludable y responsablemente, y colectivo por otro, ya que es necesario transformar el contexto desigual en el que se reproduce la pandemia, así como para contar con instituciones de salud con capacidad de respuesta.

## CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA

En la literatura académica, hay un gran número de trabajos que se avocan a analizar la percepción y las conductas sexuales de riesgo para contraer VIH/SIDAS y otras ITS. Estos trabajos enfocados en la percepción y como esta influye en las conductas que toman los individuos frente al VIH/SIDA son de gran ayuda para la materialización de la estrategia metodológica a utilizar en el presente.

### Contexto Internacional

A principios del siglo, Carey y otros (2000) realizaron un estudio clínico aleatorizado, en donde compararon el programa de reducción de riesgo con un control de promoción de la salud aplicado a mujeres en Syracuse, Nueva York. Para evaluar la percepción de riesgo, los autores formularon tres preguntas, en donde se tenía que calificar el porcentaje de riesgo percibido y la complejidad del problema del SIDA. Por otro lado, las participantes leyeron detalles de una situación sexual de alto riesgo e indicaron la probabilidad para realizar estrategias de autocontrol conductual e interpersonal para reducir el riesgo.

Otros trabajos como el de Chirinos, Bardales y Segura (2006) destacan el diseño de cuestionarios sobre el conocimiento de anticoncepción y protección contra el SIDA, primera y última relación sexual, conocimiento de ETS y auto-percepción de riesgo en Lima, Perú. Esta herramienta fue aplicada en 750 varones jóvenes. Entre los principales resultados, se encontró que una alta cantidad de ellos asignaron porcentajes de percepción de riesgo muy bajo principalmente porque sus relaciones sexuales se daban entre personas dentro de su círculo de confianza, aun cuando desconocían la vida sexual y las prácticas de éstas.

Por su parte Rodríguez y Álvarez (2006) realizaron una investigación documental para encontrar percepciones y comportamientos de riesgos sexuales y reproductivos en adolescentes de Cuba desde una perspectiva de género. Encontraron que en Cuba hay un comienzo temprano de la actividad sexual, sobre todo en los hombres, lo que se traduce en más parejas sexuales. Además, se encontró que la negociación del uso del preservativo y otros métodos anticonceptivos dependen de la pareja sexual para las mujeres y que la decisión

final es del varón. Se halló que la percepción de riesgo que tiene cada individuo respecto al SIDA estaba relacionada y dependía de factores como la edad y los roles de género.

Pérez y otros (2016), llevaron a cabo en la Facultad de Ciencias Técnicas de la Universidad de Ciencias Pedagógicas "Blas Roca Calderío" un estudio descriptivo de corte transversal, donde con el objetivo de conocer el nivel de conocimiento y actitudes respecto al VIH, de interpretar la percepción del riesgo ante la infección y de saber acerca del comportamiento sexual que los ponen en riesgo, se entrevistaron a 24 jóvenes universitarios del país de Cuba.

Se encontró que los jóvenes inician su vida sexual desde temprana edad, lo que alarga el tiempo de prácticas desprotegidas, y que a pesar de que los jóvenes tienen conocimiento sobre el VIH/SIDA y sus consecuencias, siguen llevando a cabo prácticas de riesgo que los deja expuestos ante el virus. Esto se explicó por la baja percepción que tienen de contraer la enfermedad, sobre todo cuando se encuentran en relaciones estables, donde suele tenerse una falsa expectativa de la fidelidad en pareja, por lo que suelen mantener relaciones sexuales desprotegidas.

Saura et al (2017), realizaron recientemente un trabajo de percepción del riesgo en jóvenes con enfoque de género. En su estudio aplicado a 36 jóvenes de entre 16 y 21 años en España, encontraron que la ideología del amor romántico influye en la capacidad de las mujeres para negociar el preservativo. Ante el discurso de confianza entre relaciones monógamas terminan rechazando su uso, ya que normalmente se asocia a infidelidad y/o prejuicios sexistas. El trabajo recomienda, entre muchas otras cosas, que los profesionales en el manejo de atención primaria conozcan la influencia de los procesos psicosociales en los riesgos asociados a la actividad sexual.

María Bolaños (2019) realizó un estudio descriptivo, de corte transversal en el país de Cuba en el 2016. Con el objetivo de identificar las barreras para el acceso y uso del condón desde una perspectiva de género, llevó a cabo revisión de la bibliografía y documental, así como realizó entrevistas semiestructuradas y grupos focales. Dentro de sus conclusiones, la autora nos presenta una realidad importante: en todas las sociedades los roles de género desembocan y marcan desigualdades que dejan a las mujeres en un contexto de suma vulnerabilidad frente al contagio del VIH/SIDA. La negociación del uso del preservativo muchas veces no llega a

sucedier, ya que es el hombre quien toma esta decisión, aunque esto implique riesgos para la salud de ambos.

Estudios como los de Josefa García (2020) demuestran que los jóvenes son una población que tiene mayor riesgo de contraer VIH y otras ITS. En esta etapa, las personas consolidan sus actitudes, valores y creencias que van a definir las prácticas sexuales que lleven a cabo. Según este trabajo, los hombres y mujeres jóvenes expresan su sexualidad de manera diferente. Mientras los hombres inician con su vida sexual a una edad más temprana y tienen más parejas ocasionales, las mujeres suelen tener relaciones sexuales en el seno de relaciones amorosas y de confianza.

### Contexto nacional

Théodore, Gutiérrez, Torres y Luna (2004) discutieron en un estudio cualitativo aplicado en Cuernavaca, Morelos, México las implicaciones de los riesgos de contagio de VIH/SIDA para las jóvenes mexicanas, específicamente aquellas que llevan a cabo prácticas de sexo a cambio de beneficios sociales o económicos. Concluyeron que lo anterior propicia que adopten comportamientos que se vuelven riesgosos para contraer infecciones de transmisión sexual debido principalmente a la incapacidad de negociar el uso del condón.

Caballero y Villaseñor (2003) mediante un análisis de consenso cultural describieron conocimientos sobre VIH en adolescentes en distintos estratos socioeconómicos. Para desarrollar su metodología, implementaron un cuestionario a 758 adolescentes de Guadalajara, Jalisco entre julio de 1995 y marzo de 1996. A través de lo anterior, encontraron la existencia de conocimientos relativamente homogéneos, el nivel de consenso fue mayor en los estratos superiores, es decir, existen niveles de conocimiento más altos sobre VIH/SIDA en espacios con mayores niveles socioeconómicos.

Piña y Urquidi (2004) realizaron un estudio en hombres y mujeres jóvenes adultos que vivían con pareja regular. 295 personas fueron elegidas de manera no intencional en una institución de nivel superior, 132 de ellos estaban en relaciones estables (legalmente casados o en unión libre). Los resultados encontrados son enriquecedores: las variables sociodemográficas,

conocimientos y creencias no tienen ninguna influencia en las conductas de riesgo analizadas. Los autores sostienen que, a pesar de que los individuos conocen a cerca del problema y tienen un pensamiento respecto a él, al parecer estas variables no influyen en la toma de decisiones cuando existen momentos donde las relaciones sexuales con penetración son parte de la negociación

Valle, Benavides y Álvarez (2011) llevaron a cabo un estudio de tipo transversal con 112 jóvenes del estado de Nuevo León, México. Todos eran estudiantes del nivel superior y tenían entre 18 y 24 años. El método que fue utilizado fue el instrumento *Sexual Behavior* Ingledey y Ferguson (2007), el cual fue aplicado por primera vez en la población mexicana. En este método, se aplicaron cuestionarios con preguntas y sus respectivas posibles respuestas. Cada respuesta tenía un valor determinado. Al terminar la encuesta se suma el valor obtenido en cada respuesta, mientras más alto sea el resultado final mayor y con más frecuencia son las conductas sexuales de riesgo.

Entre los resultados más interesantes, Valles y otros (2011. pág, 136) encontraron que el 80.4% de los jóvenes manifestó haber mantenido relaciones sexuales. El 60% de los entrevistados manifestaron haber mantenido relaciones sexuales con más de una pareja en el momento de conocerla, el 65% lo hizo sin protección. Respecto al número de parejas que ha tenido cada entrevistado, se encontró que quienes empezaron su vida sexual a temprana edad eran quienes llevaban vidas más promiscuas. Finalmente “la edad y el género fueron variables que se relacionaron significativamente con las variables de conducta sexual”. Este trabajo concluye con que el inicio sexual a temprana edad, múltiples parejas sexuales, relaciones sexuales por estar bajo los influjos del alcohol y sustancias y los encuentros sexuales desprotegidos son consideradas como conductas sexuales que los ponen en riesgo frente al VIH/SIDA.

Hernández y Gonzáles (2016) llevaron a cabo un estudio cualitativo bajo la Teoría Fundamentada de Strauss y Corbin (2002). A través de entrevistas presenciales se hicieron 4 preguntas en torno a los comportamientos esperados de los hombres y de las mujeres, que tan de acuerdo estaban con ellos y porqué. Las entrevistas se llevaron a cabo en el 2014 a 101 jóvenes de la Universidad Autónoma de Coahuila. Entre los resultados más

sobresalientes, se encontró que los roles de género en la sexualidad generan expectativas en los encuentros coitales heterosexuales.

Por un lado, las mujeres esperan que los hombres adopten una actitud de iniciativa y experiencia en el acto sexual, así como esperan recibir un tacto delicado, con responsabilidad y que el acto brinde satisfacción a ambos. Por otro lado, la mayor parte de los hombres espera que las mujeres tomen una actitud pasiva, dejándose guiar por ellos; una actitud sumisa, callada y también dulce y cariñosa.

Los jóvenes, también mostraron cierta preferencia por las mujeres que presentan iniciativa, que sean más abiertas de mente y con experiencia previa. Aun cuando los hombres jóvenes mostraron ser aparentemente más abiertos a las relaciones sexuales negociadas equitativas, también dejaron ver su preferencia por tomar el rol más activo, sin dejar que la iniciativa o la actuación sexual de las mujeres rebase u opaque la de los hombres.

Así, como se puede observar, en la literatura abunda la documentación de metodologías diversas para analizar desde distintas aristas al VIH/SIDA, ya sea desde la cuestión cultural, social, económica o de salud. Sin embargo, ningún trabajo de los consultados ha analizado la percepción del riesgo en población joven y menos desde una perspectiva de género en el estado, situación que se abordará principalmente en este trabajo de tesis.

### ***Acerca del diseño y la estructura del instrumento***

El instrumento de investigación consta de un cuestionario orientado a conocer las prácticas y percepciones de riesgo que tienen hombres y mujeres jóvenes de las universidades del estado. Para lograr esto, el instrumento fue estructurado en 3 partes principales (tabla 4).

*Tabla 4. Estructura del cuestionario y las intenciones a alcanzar*

<b>Dimensión</b>	<b>Intención</b>
Caracterización sociodemográfica	Conocer datos básicos del estudiante como edad, sexo, residencia, entre otros.
Costumbres y patrones sexuales	Conocer las prácticas sexuales de los jóvenes dentro de las relaciones sentimentales y en relaciones casuales.
Historias y percepción de riesgo	Identificar el nivel de riesgo que los jóvenes perciben al mantener relaciones sexuales dentro de relaciones sentimentales, relaciones extra pareja (infidelidad) y en relaciones casuales.

**Fuente:** Elaboración propia con base al instrumento de investigación

El primer parámetro utilizado en el cuestionario tiene como finalidad identificar a los individuos que se van a entrevistar. De esta manera, el universo de alumnos entrevistados se puede clasificar primeramente por edad y por género, los cuales como se ha resaltado a lo largo del trabajo, son factores importantes en la percepción y en la toma de decisiones de los individuos. De igual forma, se puede identificar la preferencia sexual, el lugar de residencia, la universidad a la que asisten, la rama de estudio a la que pertenecen, entre otros factores que se especifican en la tabla 2 más adelante. Además de ayudar a clasificar la información, estos factores también pueden ser tomados en cuenta para saber si influyen en la toma de decisiones respecto a la sexualidad.

Como se explicó en el segundo capítulo, las prácticas sexuales de riesgo están estrechamente relacionadas con la percepción del riesgo de cada individuo. Por tal motivo, la segunda sección del cuestionario está dedicada a indagar en los patrones y las costumbres de los jóvenes en la sexualidad. Con cuestionamientos acerca del uso y negociación del preservativo y otros métodos anticonceptivos dentro y fuera de la vida en pareja se pretende estudiar si la percepción del riesgo que manifiesten coincidirá con el tipo de vida sexual que estén llevando a cabo.

En esta parte del cuestionario la pregunta más importante es cuando se les pide que enlisten sus preocupaciones durante el acto sexual. Los jóvenes tuvieron las opciones de embarazo, ETS y remordimiento moral. Teniendo en cuenta que cada individuo ponderará estas opciones según sus criterios, Gómez (2019, pág. 11) sugiere que

Para conocer el desarrollo de esta percepción (...) es preciso saber a que temas se le das da una mayor importancia y a cuál una importancia menor. Este proceso precisa la implicación de todos aquellos factores o situaciones que puedan influir de una manera u otra en las decisiones de una persona.

En las relaciones sexuales llevadas en la juventud existen dos grandes riesgos: el embarazo y las ETS (entre ellas el SIDA). Sin embargo, el embarazo tiene mayor resonancia en la vida de esta población pues “asocian el uso del preservativo en mayor medida a este problema, dando una menor importancia a la probabilidad de contraer una ETS” (Gómez, 2019. Pág. 4)

La parte más importante del cuestionario es sin duda la última, teniendo como referencia metodológica el trabajo de Lameiras, Rodríguez y Dafonte (2002), quienes realizaron un estudio donde evaluaron la percepción de riesgo en universitarios españoles utilizando cuestionarios estructurados los cuales constaban de tres historias en las que se reproducen situaciones reales con las que el sujeto ha de identificarse con la o el protagonista.

Estas historias, fueron rescatadas para el diseño del último apartado del instrumento. Las historias presentan situaciones en las que los jóvenes con frecuencia se encuentran. En la historia 1 se relata la historia de un encuentro de sexo casual, la historia 2 es a cerca de las relaciones sexuales en una relación afectiva; y la última historia se relata una relación sexual extra - pareja, es decir infidelidad. Al final de cada historia, los entrevistados tendrán que responder que harían de estar en cada situación y que nivel de riesgo creen que corren los protagonistas (dado como bajo o alto riesgo).

Para finalizar esta sección, se les pide a los participantes que valoren el nivel de riesgo que creen que tienen (ninguno, poco, mucho o bastante riesgo) de contraer VIH/SIDA al tomar en cuenta sus prácticas y conductas sexuales llevadas a cabo hasta ese momento. De igual forma, se les cuestiona si alguna vez se han sometido a pruebas para detección del VIH o si

se las han pedido a sus parejas. Someterse a este tipo de experiencias indica un grado de conciencia frente al peligro de contagio.

### Sobre la muestra

Para llevar a cabo el trabajo de campo, se eligieron universidades de dos municipios de la zona sur del estado de Quintana Roo: Othón P. Blanco y Bacalar. Es importante destacar, que en ambos casos se elegirán universidades en las cabeceras municipales de dichos municipios (Chetumal y Bacalar, respectivamente). Esperando que por su cercanía el trabajo pueda desarrollarse de manera satisfactoria.

Para conocer el número de encuestas a levantar se tiene que, según datos de la Secretaría de Educación Pública (2017, p. 3) el universo de estudiantes universitarios matriculados en el Estado de Quintana Roo en el periodo 2018-2019 es de 47,609. En Othón P. Blanco y Bacalar son 12,276 alumnos matriculados en instituciones de educación superior.

Para poder representarlos se recurrirá a un muestreo aleatorio simple que tenga representatividad geográfica, dado por:

$$n = [z^2 * p(1 - p) \div e^2] \div 1 + [z^2 * p(1 - p) \div e^2 N]$$

#### **Donde:**

$n$  = tamaño de la muestra

$z$  = nivel de confianza = 95%

$e$  = margen de error = 5%

$p$  = probabilidad de éxito = 50%

$q$  = probabilidad de no éxito = 50%

$N$  = tamaño de la población = 12,276

$$n = 373$$

El esquema de preguntas es el que a continuación se presenta:

*Tabla 5. Esquema de preguntas del instrumento metodológico*

<b>Dimensión</b>	<b>Pregunta</b>	<b>Intención del reactivo</b>	<b>Tipo de reactivo</b>
<b>Caracterización sociodemográfica</b>	Edad	Conocer la edad del entrevistado	Abierta
	Sexo	Conocer el sexo de los encuestados	Dicotómica
	Religión	Conocer la ideología religiosa del encuestado	Abierta
	Estado sentimental	Conocer si la persona se encuentra en una relación	Abierta
	Preferencia sexual	Conocer la preferencia sexual del entrevistado	Opción múltiple
	Universidad de adscripción	Conocer a que institución académica asiste el encuestado	Abierta
	Años adscritos a la universidad	Conocer los años que el encuestado ha asistido a la universidad	Abierta
	Adscripción de carrera universitaria	Conocer el área de estudio del encuestado	Opción múltiple
	Personas que habitan en la misma casa	Conocer con quien vive el encuestado	Opción múltiple
	Número de personas que habitan en la casa	Conocer el número de personas con las que vive el entrevistado	Abierta
	Número de cuartos de la casa	Conocer la cantidad de cuartos que tiene la casa donde habita el encuestado	Opción múltiple
	Número de focos dentro de la casa	Saber el número de focos con los que cuenta la casa donde vive el encuestado	Opción múltiple
<b>Cos tu Gen eral</b>	Edad de inicio sexual	Saber la edad de inicio sexual	Abierta

	Número de parejas sexuales (mes)	Saber el número de parejas sexuales del entrevistado del último mes	Abierta
	Número de parejas sexuales (año)	Saber el número de parejas que el encuestado ha tenido en el último año	Abierta
	Número de parejas sexuales (semestral)	Saber el número de parejas que el encuestado ha tenido en los últimos 6 meses	Abierta
	Pareja sexual estable	Saber si el entrevistado cuenta con pareja sexual estable	Dicotómica
	Otras parejas sexuales	Saber si actualmente el entrevistado tiene más de una pareja sexual	Opción múltiple
	Sexo casual	Saber si el entrevistado ha tenido encuentros de sexo casual	Dicotómica
	Uso del preservativo en el acto sexual	Saber si el encuestado prescindiría del preservativo	Dicotómica
	Preocupaciones durante el acto sexual	Saber si el entrevistados se preocupan más por el embarazo, el remordimiento moral o las ETS durante la relación sexual	Opción múltiple
	Portadores de alguna ETS	Saber si el encuestado ha sido portador de alguna ETS	Dicotómica
Hombres	Relaciones homosexuales	Saber si el encuestado han tenido relaciones homosexuales protegidas	Opción múltiple
	Anticonceptivo con pareja estable	Saber si el entrevistados utilizan algún método anticonceptivo con su pareja estable	Opción múltiple
	Anticonceptivo con otras parejas	Saber si el encuestado utiliza algún método anticonceptivo con sus otras parejas	Opción múltiple
	Preservativo en el sexo casual	Saber si el entrevistado utiliza preservativo en los encuentros sexuales casuales	Dicotómica

		Uso de la píldora de emergencia	Saber si el entrevistado le ha pedido a sus parejas recurrir a la píldora de emergencia	Opción múltiple
<b>Mujeres</b>		Método anticonceptivo	Saber si la encuestada utiliza algún tipo de método anticonceptivo	Opción múltiple
		Método anticonceptivo con pareja estable	Saber si la encuestada utiliza algún método o métodos en la relación sexual estable	Opción múltiple
		Uso del preservativo	Saber si la encuestada le exige a su pareja estable el uso del preservativo	Dicotómica
		Uso del preservativo	Saber si la encuestada exige el uso del preservativo en las relaciones casuales	Dicotómica
		Píldora de emergencia	Saber si la encuestada ha hecho uso de la píldora de emergencia en el último año	Opción múltiple
<b>Historias y percepción de riesgo</b>		Historia 1	Conocer la postura que el entrevistado tomaría al estar en la situación del protagonista de la historia 1	Opción múltiple
		Historia 2	Conocer la postura que el entrevistado tomaría al estar en la situación del protagonista de la historia 2	Opción múltiple
		Historia 3	Conocer la postura que el entrevistado tomaría al estar en la situación del protagonista de la historia 3	Opción múltiple
		Presencial del VIH en las decisiones	Saber si el encuestado pensó en el VIH a la hora de tomar decisiones que incluyan prácticas sexuales	Dicotómica
		Grado de riesgo	Saber si el entrevistado identifica el riesgo de contraer VIH en las 3 situaciones	
		Temor al VIH	Saber si alguna vez el encuestado ha sentido miedo de haber contraído el virus	Dicotómica

	Pruebas de detección de VIH a la pareja sexual	Saber si el entrevistado le ha pedido a su pareja sexual pruebas de detección de VIH	Dicotómica
	Valoración del propio riesgo	Saber el grado de riesgo de contagiarse de VIH que el entrevistado cree que tiene basado en su comportamiento sexual	Opción múltiple

**Fuente:** Elaboración propia con base en el instrumento metodológico

### Sobre la aplicación

Para la ejecución de las entrevistas, se siguieron las recomendaciones dadas por Bayes, Pastells y Tuldrá (1996), quienes sugieren dejar en claro que las entrevistas son de carácter anónimo; que debe aplicarse a grupos pequeños para tener control sobre ellos; dar a los entrevistados espacio y tiempo suficiente para contestar la encuesta y solicitar que el cuestionario se responda con bolígrafo.

El instrumento de investigación ha sido aplicado en estudiantes de 5 universidades de los municipios de Bacalar y Othón P. Blanco: el Centro Regional de Educación Normal “Javier Rojo Gómez (CREN), la Universidad Politécnica de Bacalar (UPB), la Universidad de Quintana Roo (UQROO), el Instituto Tecnológico de Chetumal (ITCH) y la Universidad Modelo. Los alumnos entrevistados van desde el primer hasta el séptimo semestre de las carreras universitarias en ciencias exactas e ingeniería, ciencias de la salud, ciencias sociales y ciencias naturales.

Para aplicar las entrevistas fue necesario pedir permiso en las diferentes instituciones académicas. En las universidades que se encuentran en la ciudad de Chetumal, las entrevistas fueron aplicados en salones de no más de 25 alumnos. Se inició haciendo una presentación personal explicando quien soy, la institución a la que pertenezco y los fines y objetivos de la investigación. Seguidamente, se les explico a los alumnos la estructura del cuestionario y la forma de responderlo, puesto que les entregaron 3 hojas: 2 de ellas contenían las preguntas y una la hoja de respuestas. Se les pidió encarecidamente que no dejen preguntas en blanco,

que el cuestionario sea de manera individual, que respondan con tinta, que sean honestos y que a la menor duda se acerquen a resolverla.

Contestar los cuestionarios tomó de 15 a 25 minutos, dependiendo de los individuos y al finalizar las entrevistas, se les pidió de favor que doblen sus respectivas hojas de respuestas y las coloquen en una caja blanca que se les colocó en el escritorio, de esta forma se les garantizaba el anonimato de sus respuestas y ayudaba a que respondan de forma más honesta.

Por otro lado, la dinámica en las universidades del municipio de Bacalar fue un poco diferente. La presentación y explicación de la respuesta para los cuestionarios fue la misma, la diferencia se dio en que fueron aplicados en el marco internacional del día internacional de la lucha contra el VIH. Por este motivo, en colaboración con Jurisdicción 1 y el Centro de salud de Bacalar, después de que los alumnos respondieron los cuestionarios, se les otorgaron pláticas de prevención y atención del VIH/SIDA y los riesgos que implican para los jóvenes y su salud, de igual forma se ofrecieron preservativos y pruebas gratuitas de detección rápida de VIH.

Las actividades que se llevaron a cabo para la recolecta de información se llevaron a cabo durante los meses de octubre, noviembre y diciembre del 2019 y el mes de marzo del 2020. Debido a la contingencia sanitaria por COVID-19 el trabajo de campo no puede terminar de aplicarse de manera presencial. Por tal motivo, el cuestionario ha sido replanteado para aplicarse a través de plataformas digitales, lo que ha hecho la recoda de datos más ágil para los encuestados ya que ahora tardan 8 minutos aproximadamente.

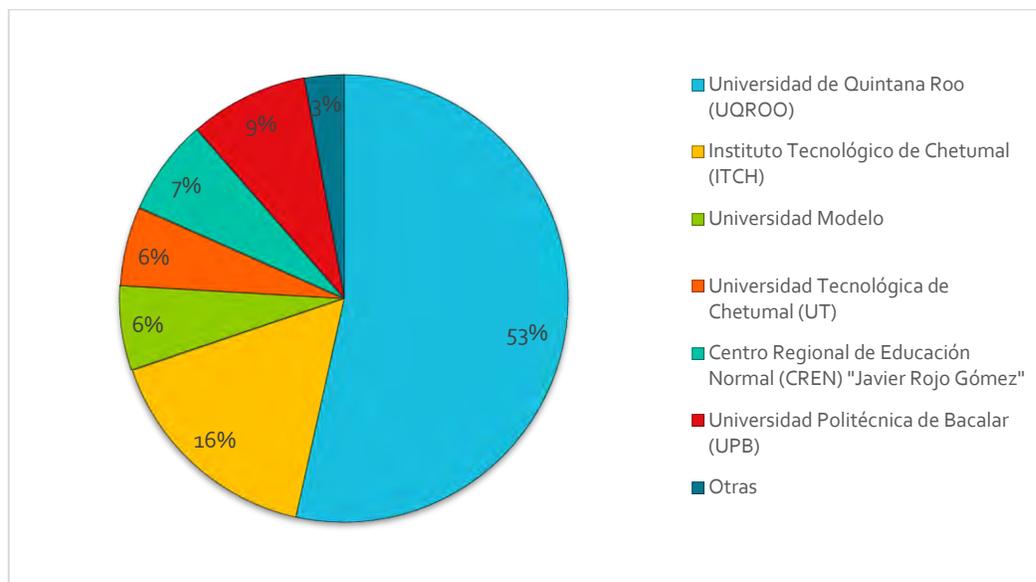
Para cerrar este apartado se presenta un resumen en imágenes de la aplicación de los cuestionarios en las instituciones académicas de nivel superior ya mencionadas.

## CAPITULO 4. RESULTADOS

### *Caracterización de la muestra.*

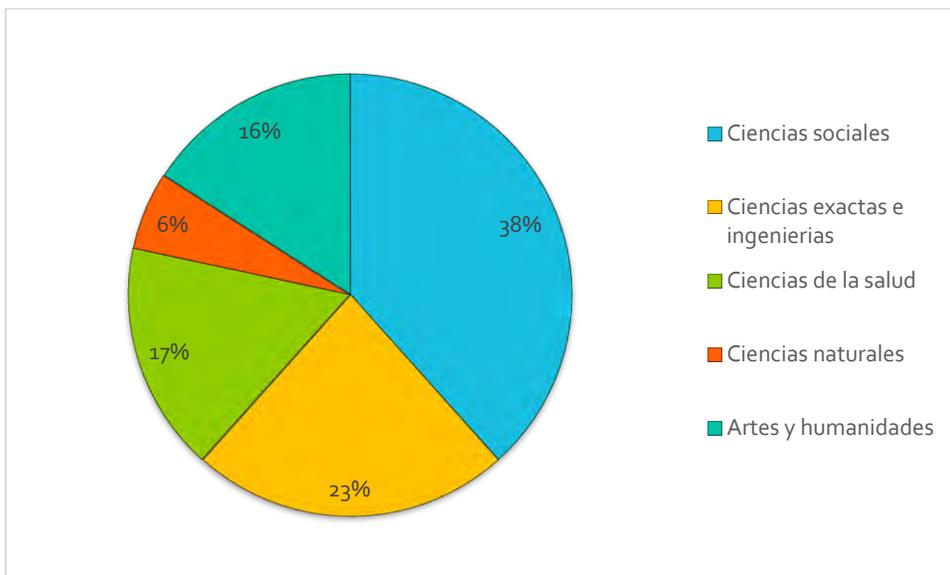
Fueron entrevistados 245 alumnos de 6 universidades de los municipios de Bacalar y Othón P. Blanco (OPB). La mitad de los entrevistados eran alumnos de la Universidad de Quintana Roo (UQROO) y la otra mitad fueron alumnos de 5 universidades: el Instituto Tecnológico de Chetumal (ITCH), la Universidad Modelo, la Universidad Tecnológica de Chetumal (UT), el Centro Regional de Educación Normal (CREN) “Javier Rojo Gómez” y la Universidad Politécnica de Bacalar. El 3% de los entrevistados pertenecen al Instituto de Estudios Superiores LAMAT, el Instituto Universitario Carl Rogers y el Tecnológico de la Zona Maya (gráfica 7)

*Gráfica 7. Origen universitario de la muestra*



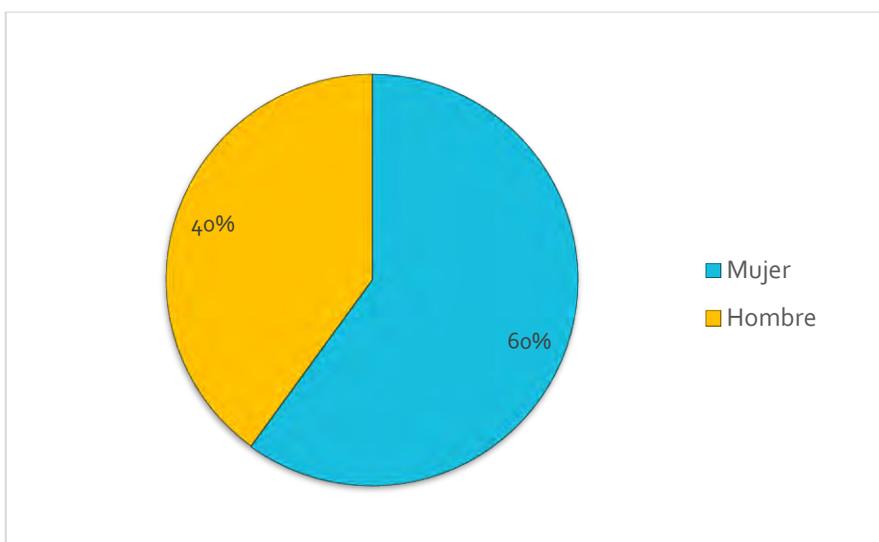
En cuanto las áreas de estudio de los entrevistados (gráfica 8) predominaron las ciencias sociales pues el 38% de ellos pertenecía a esta rama. El 23% a ciencias exactas e ingenierías. El restante corresponde al área de ciencias de la salud (17%), artes y humanidades (16%) y ciencias naturales (6%).

**Gráfica 8.** Origen de carreras universitarias de la muestra

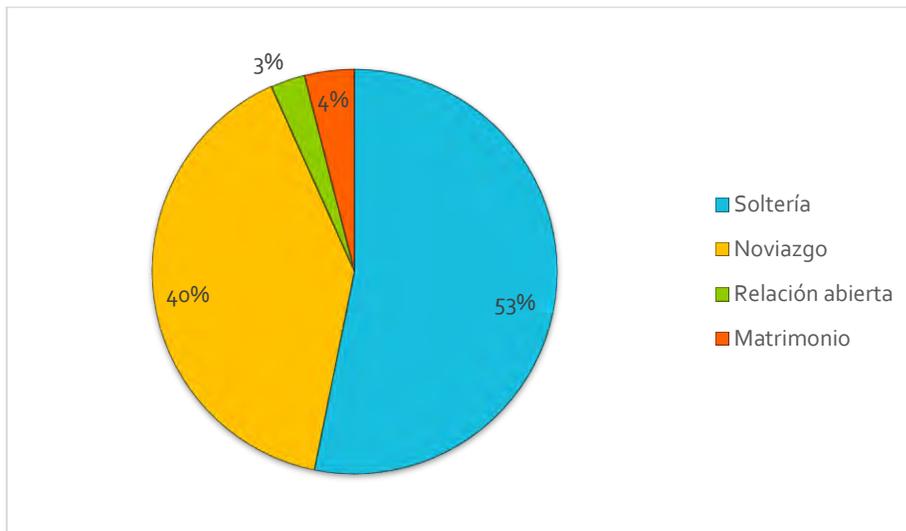


El 60% de los entrevistados fueron mujeres y el 40% hombres (gráfica 9). Poco más del 50% de los jóvenes se encontraba en soltería durante la encuesta, 40% en una relación de noviazgo; el 3% en una relación abierta y el 4% en matrimonio (gráfica 10).

**Gráfica 9.** Clasificación por género

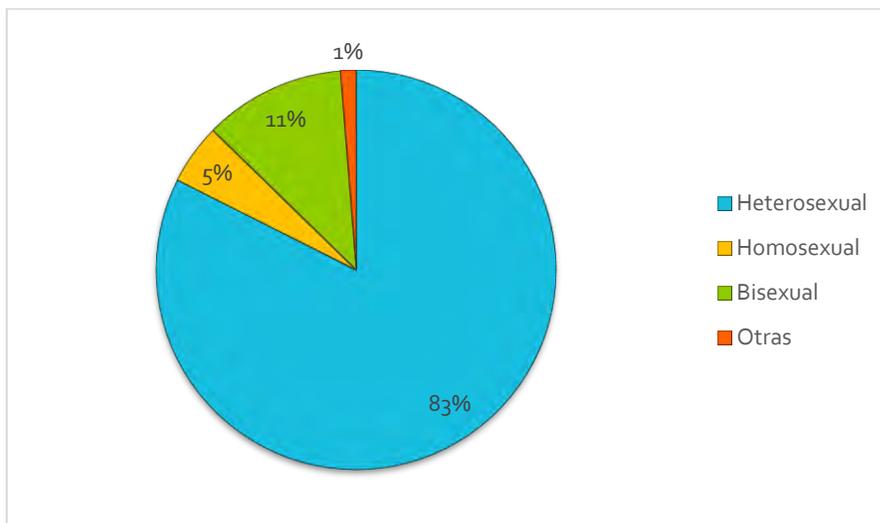


*Gráfica 10. Estado sentimental*



En cuanto la preferencia sexual se presenta la gráfica 11 en la cual se aprecia que la mayoría de los estudiantes se identificaron como heterosexuales (82%). El 11% manifestó ser bisexual, el 5% homosexual y el 1% se inclinó por otro tipo de preferencial sexual.

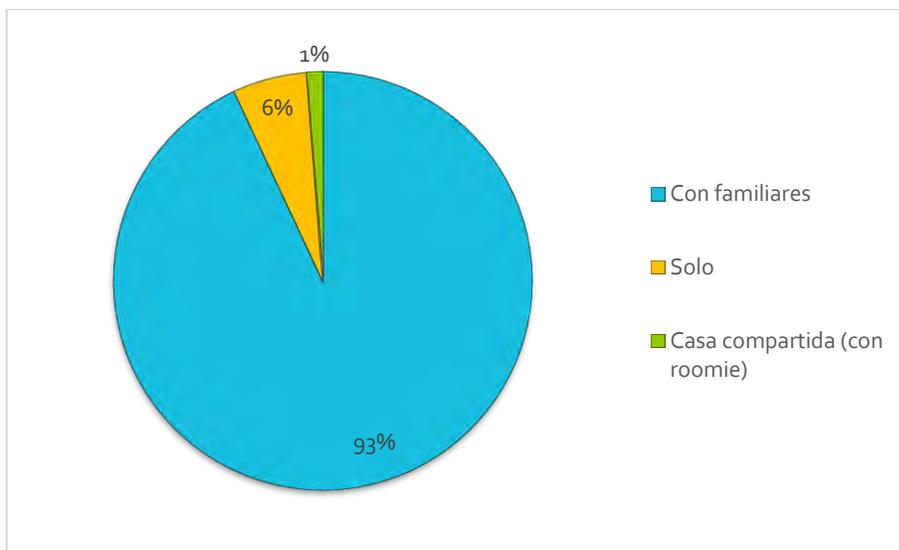
*Gráfica 11. Preferencia sexual*



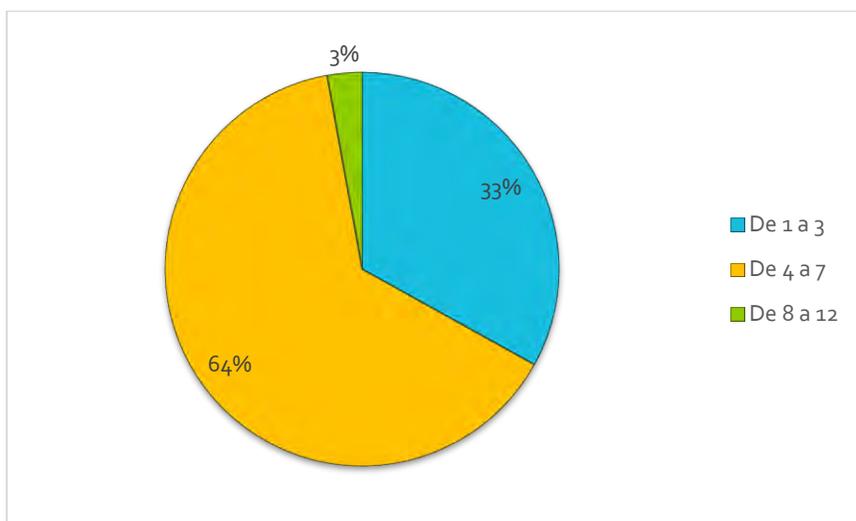
Parte de la caracterización de la población constó de saber las condiciones sociales y económicas en las que se vivían. A pesar de no haber profundizado mucho en este aspecto se encontró que la mayoría de los entrevistados vivían con familiares (93%), el 64% de quienes viven en familia comparten casa entre 4 y 7 personas, el 33% en familias de 1 a 3 integrantes y solo el 1% comparte hogar con más de 8 personas (gráfica 13).

En la gráfica 12 se puede apreciar que solo el 6% de los estudiantes viven solos y el 1% comparte casa con algún *roomie*. Cabe destacar que estos resultados pudieron haber sido alterados por la actual contingencia de salud puesto que muchos estudiantes tuvieron que dejar sus cuartos “de foráneos” y regresar a sus ciudades de origen con sus familias a continuar con las clases de manera virtual.

*Gráfica 12. Clasificación del número de personas con quienes comparten vivienda los encuestados*



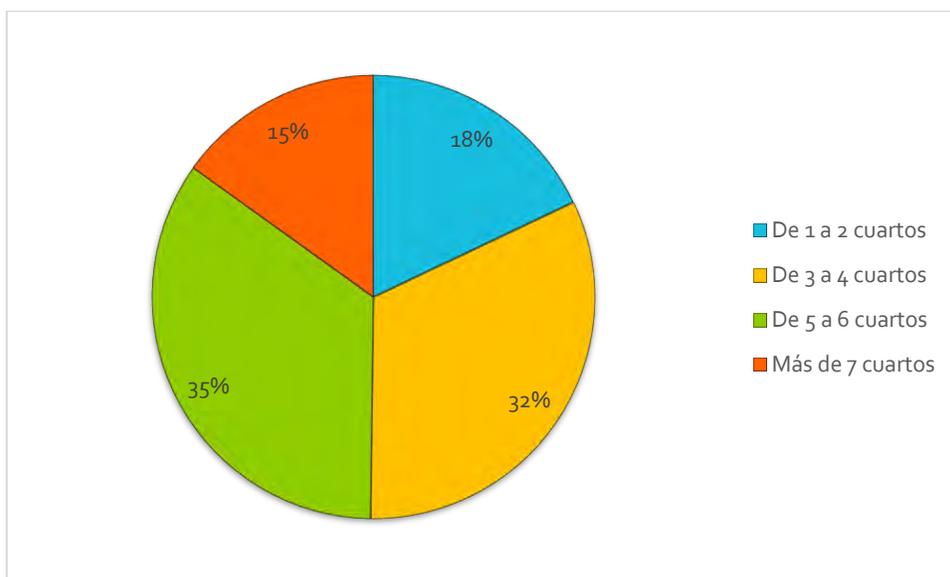
*Gráfica 13. Número de personas con quienes comparten casa los encuestados*



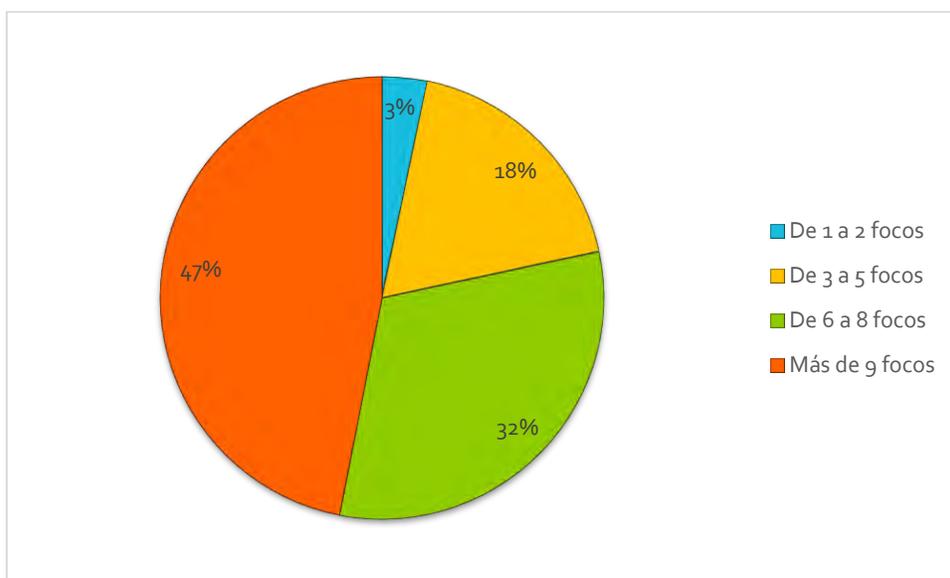
Para cerrar el apartado de los aspectos socio económicos se presenta la gráfica 14 y 15. Puede apreciarse que el 47% de los jóvenes dijo tener más de 9 focos y el 50% dijo tener en casa entre 5 y más de 7 cuartos, por consiguiente, puede deducirse que tienen una buena calidad de vida y un estatus económico, se entiende que la mitad de la muestra eran jóvenes con un estatus económico medio-alto.

El 32% dijo tener de 6 a 8 focos, el mismo porcentaje de ellos dijo tener de 3 a 4 cuartos por lo que puede entenderse que son clase media. El 21% dijo tener de solo 1 a 5 focos y el 18% dijo contar únicamente con 1 a 2 cuartos, este porcentaje de la muestra puede catalogarse en un estatus de adquisición económica media-baja o baja.

**Gráfica 14.** Número de cuartos en la vivienda



**Gráfica 15.** Número de focos en la vivienda

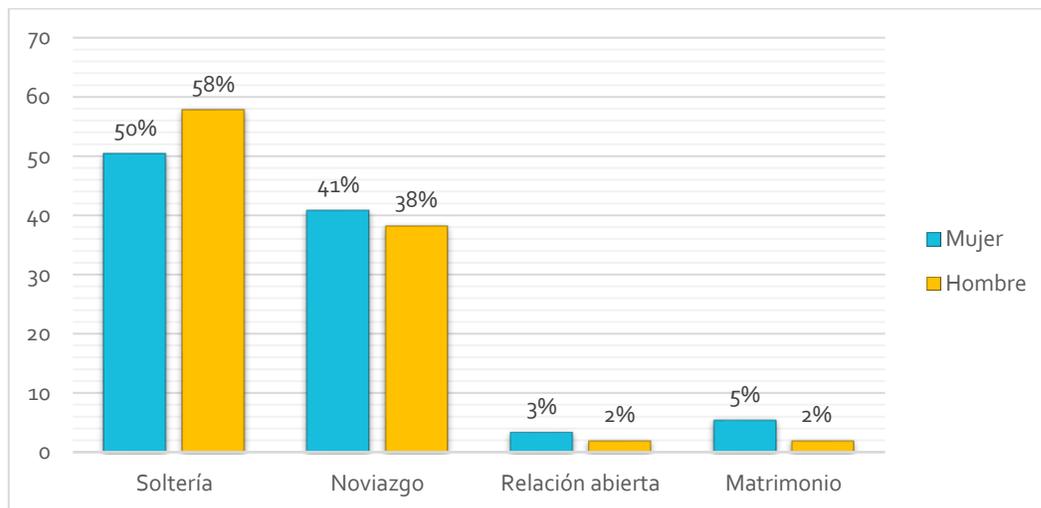


### Caracterización de la muestra por género

Una vez que se presentó la caracterización de la muestra de la primera parte del cuestionario y se hizo de manera general (sin diferenciar sexo), el resto de ella se presentará haciendo la separación del sexo biológico de los encuestados. Cabe destacar que los apartados restantes del cuestionario a presentar incluyen las prácticas sexuales y el uso de anticonceptivos, así como las respuestas de las 3 historias y la percepción del riesgo.

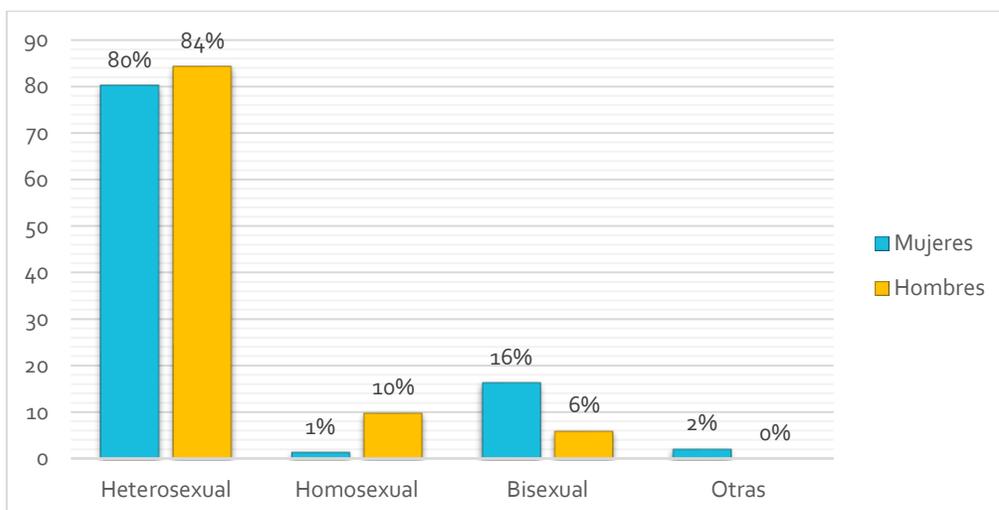
Para comenzar, en la gráfica 16 se visualiza que de las 147 mujeres entrevistadas el 50% se encontraba en situación de soltería, el 41% en una relación de noviazgo, el 3% en una relación abierta y el 5% se encontraba casada al momento de la entrevista. Asimismo, de los 98 estudiantes varones, el 58% se encontraba soltero, el 38% en una relación de noviazgo, el 2% en una relación abierta y sólo el 2% en matrimonio.

*Gráfica 16. Estado sentimental por género*

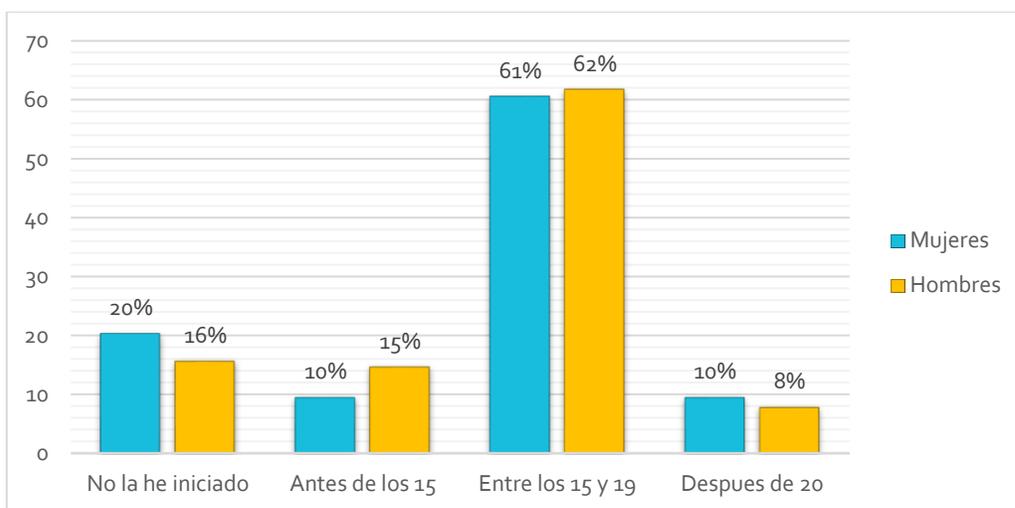


En cuanto la preferencia sexual (gráfica 17), el 80% de las mujeres se identificó como heterosexual frente el 84% de los hombres. El 10% de los varones declararon ser homosexuales y el 6% bisexuales, en cuanto las mujeres las respuestas fueron 1% como homosexuales y 16% como bisexuales. Solo en el caso de las mujeres (2%) declararon tener alguna otra preferencia sexual.

*Gráfica 17. Preferencia sexual por género*



*Gráfica 18. Inicio de vida sexual por género*



Respecto al inicio de vida sexual (gráfica 18) hubo similitud entre mujeres y hombres pues la mayoría de ellos (61% y 62%, respectivamente) indicó haber iniciado entre los 15 y los 19 años. El 20% de las mujeres dijo no haber iniciado su vida sexual frente el 16% de los hombres con la misma declaración. El 10% de las mujeres dijo haber iniciado antes de los 15 y en caso de los hombres esta opción represento el 15%. El 10% de las mujeres y el 6% de los hombres mencionaron haber empezado la actividad sexual después de los 20 años.

Sobre el número de parejas sexuales se les preguntó a los jóvenes por tres periodos de tiempo: último mes, últimos 6 meses y último año, los resultados se visualizan en la tabla 6. El 30% de las mujeres y el 31% de los hombres declararon no haber tenido parejas sexuales en el último mes. El 63% de las mujeres y el 54% de los varones tuvo solo una pareja en el mismo periodo de tiempo. El 6% de las encuestadas dijo haber tenido entre 2 y 4 parejas frente el 14% de los estudiantes con la misma respuesta. El 1 % de las mujeres mencionó haber tenido más de 4 parejas y el 4% de los hombres tuvo la misma respuesta durante este periodo de tiempo.

En los últimos 6 meses, el 30% de las mujeres mantuvo su postura de no haber tenido ninguna pareja sexual mientras que en el caso de los hombres está cifra descendió a 24%. El 54% de las mujeres y el 46% de los hombres tuvo únicamente una pareja. El 13% de las estudiantes dijo haber tenido entre 2 y 4 parejas y en el caso de los estudiantes la cifra fue casi el doble (24%). Sólo el 2% de las mujeres tuvo más de 4 parejas sexuales frente el 6% de los varones.

En el último año, el 30% de las mujeres siguió manteniendo su respuesta de no haber tenido pareja sexual alguna, para ellos bajo un poco más al 21%. El 52% de las jóvenes dijo haber tenido una sola pareja, en el caso de los jóvenes el porcentaje fue de 41%. En este mismo periodo de tiempo el 16% de ellas y el 28% de ellos dijeron haber tenido de 2 a 4 parejas. Únicamente el 2% de las mujeres declaró haber tenido más de 4 parejas y el 11% de los hombres declaró lo mismo.

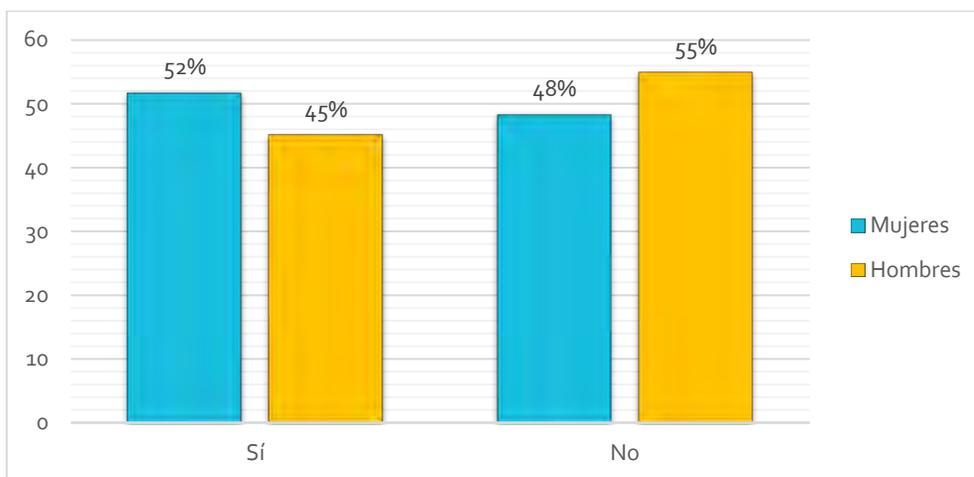
*Tabla 6. Número de parejas en hombres y mujeres en el último mes, últimos seis meses y último año*

Número de parejas	Último mes		Últimos 6 meses		Último año	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
0	31%	30%	31%	24%	30%	21%
1	63%	54%	54%	46%	52%	41%
2	4%	6%	9%	12%	10%	16%
3	1%	6%	3%	11%	5%	6%
4	1%	2%	1%	1%	1%	6%
5	0%	1%	0%	2%	1%	4%
6	0%	0%	0%	2%	0%	2%
7	0%	0%	0%	0%	1%	1%
8	0%	0%	1%	0%	0%	0%
Más de 8	0%	1%	1%	2%	0%	4%

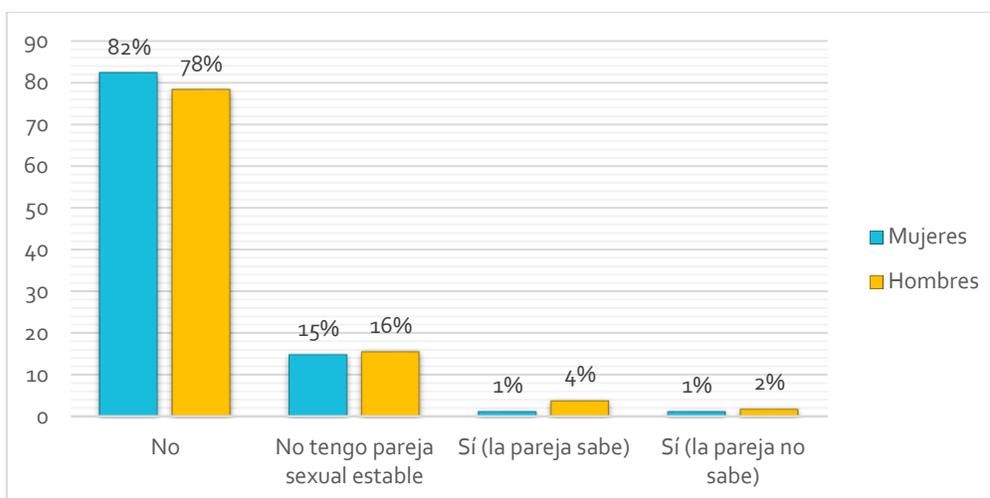
Con relación a la pregunta de si contaban con una pareja sexual estable (gráfica 19), el 52% de las mujeres y el 48% de los hombres dijeron sí contar con una; el 48% de las jóvenes contestó negativamente a esta pregunta y el 55% de los jóvenes tuvo la misma respuesta.

De igual forma, se les preguntó a los estudiantes si aparte de su pareja sexual estable contaban con otras parejas (gráfica 20). El 82% de las mujeres y el 78% de los hombres contestó negativamente. El 1% de las encuestadas y el 4% de los encuestados dijo tener otras parejas de manera consensuada; en el caso de parejas sexuales no consensuadas la respuesta de las jóvenes fue del 1% y la de los jóvenes del 2%.

*Gráfica 19. Porcentaje de hombres y mujeres con pareja sexual estable*

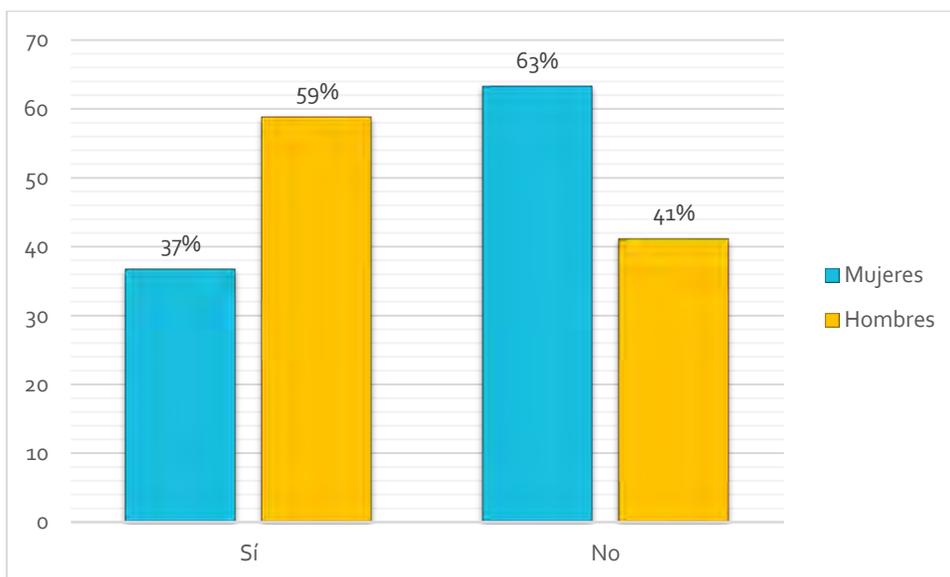


*Gráfica 20. Porcentaje de hombres y mujeres con otras parejas*



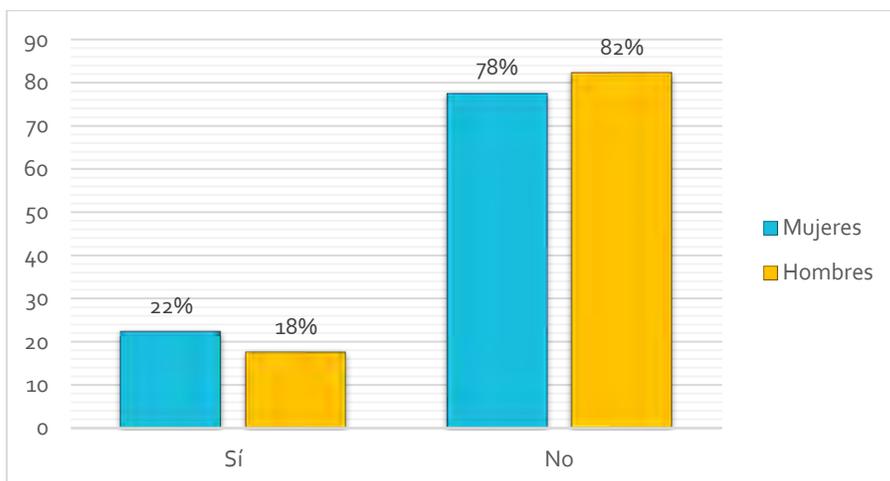
Otro tipo de pareja en la que se indagó en el cuestionario fueron las parejas casuales (gráfica 21). El 37% de las mujeres dijo haber tenido este tipo de parejas y el 63% contestó de manera negativa. En el caso de los hombres hubo una considerable diferencia pues el 59% dijo haber experimentado este tipo de encuentros frente al 41% de ellos quienes no.

**Gráfica 21.** Porcentaje de hombres y mujeres que han tenido episodios de sexo casual



Con relación a las prácticas sexuales, se les preguntó a los jóvenes si durante el acto sexual renunciarían al preservativo para tener mayor placer. El 78% de las mujeres y el 82% de los hombres declararon que sí. Las mujeres tuvieron una respuesta negativa ligeramente más alta, pues el 22% de ellas contestó que no, para los hombres el porcentaje fue de 18% (gráfica 22).

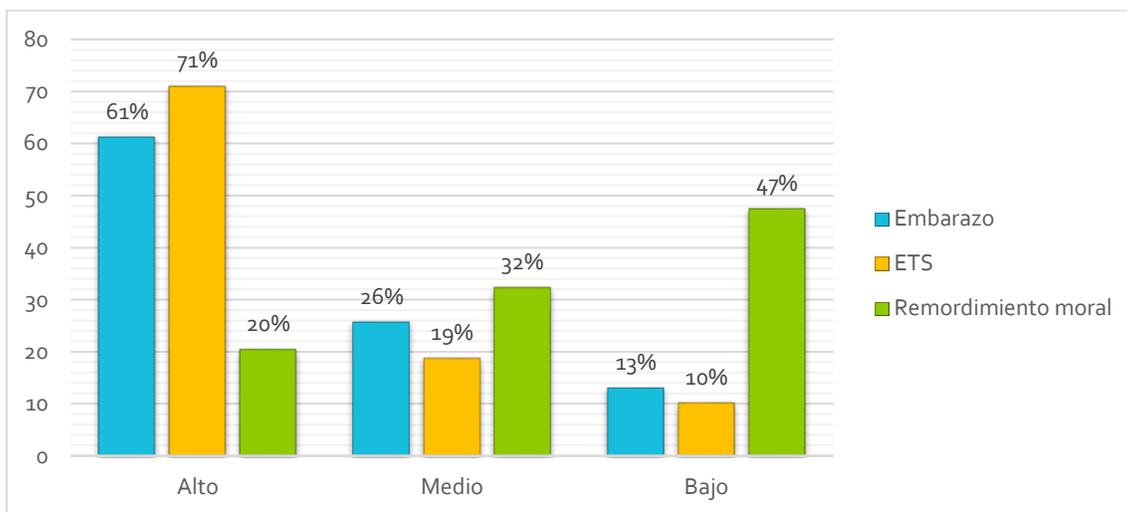
**Gráfica 22.** Porcentaje de hombres y mujeres que renunciarían al preservativo durante el acto sexual



En la gráfica 23, se tiene el resultado de haberle dado a los jóvenes 3 preocupaciones frecuentes durante la relación sexual: el embarazo no deseado, las Enfermedades e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el remordimiento moral. Al mismo tiempo, se les pidió que a cada opción le agreguen un valor de preocupación según su perspectiva.

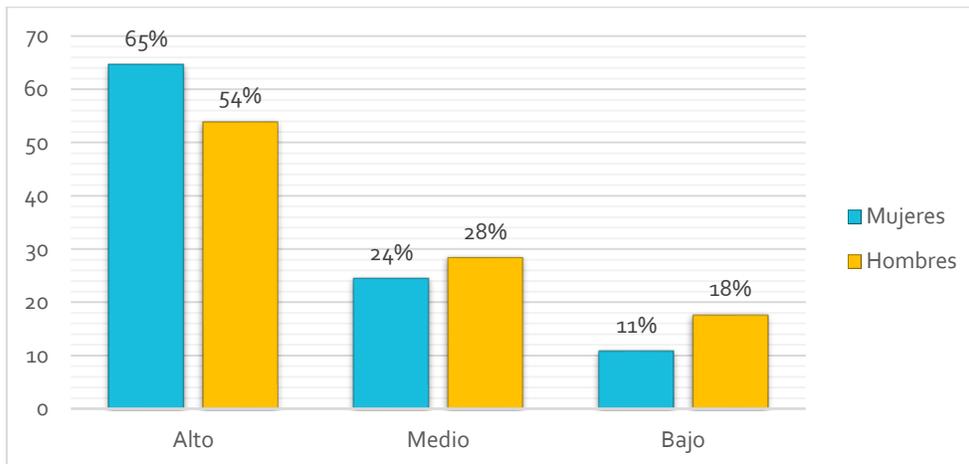
De manera general se tiene que, en el caso del embarazo no deseado, el 61% de los encuestados coincidió con una preocupación alta, mientras que el 13% le asignó una preocupación baja. En el caso de las ITS, el 71% mostró tener una alta preocupación mientras que solo el 10% dijo tener una preocupación baja. Finalmente, el remordimiento moral fue lo que menos preocupa a los encuestados ya que tan solo el 20% manifestó una preocupación alta y 47% una preocupación baja.

*Gráfica 23. Preocupaciones de hombres y mujeres durante el acto sexual*



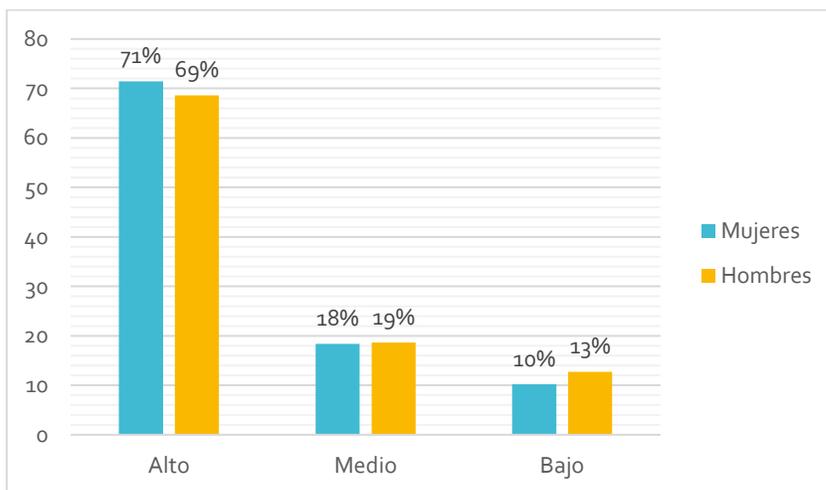
Ahora bien, con distinción de género se presentan 3 gráficas, una por cada preocupación. En la 24 se visualiza el caso del embarazo no deseado: el 65% de las mujeres le asignaron una alta preocupación frente al 54% de los hombres con la misma respuesta. Sólo el 11% de ellas le asignó una baja preocupación a esta opción mientras en el caso de ellos ascendió al 18% .

**Gráfica 24.** Nivel de preocupación por el embarazo por género



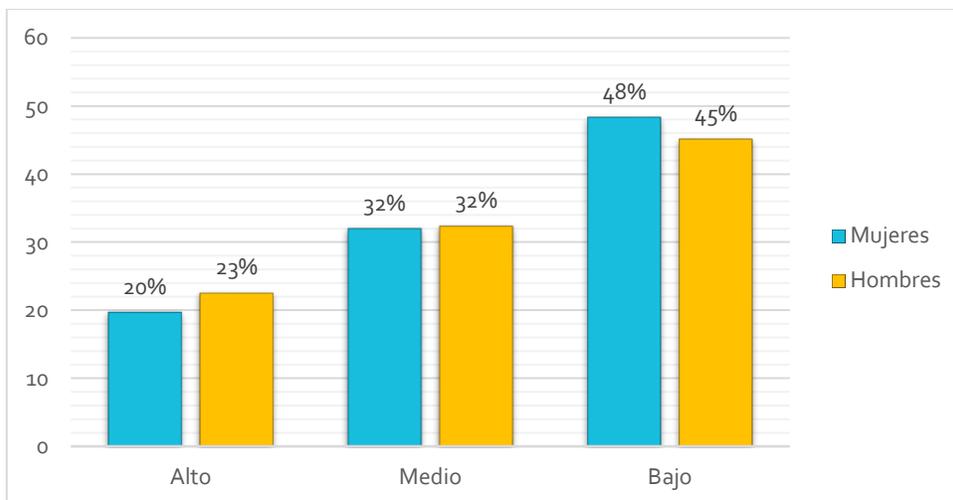
Referente las ITS (gráfica 25), el 71% de las mujeres encuestadas lo catalogo como una alta preocupación frente el 69% de los hombres. Únicamente el 10% de ellas y el 13% de ellos dijeron tener una baja preocupación frente esta situación.

**Gráfica 25.** Nivel de preocupación por las ITS por género



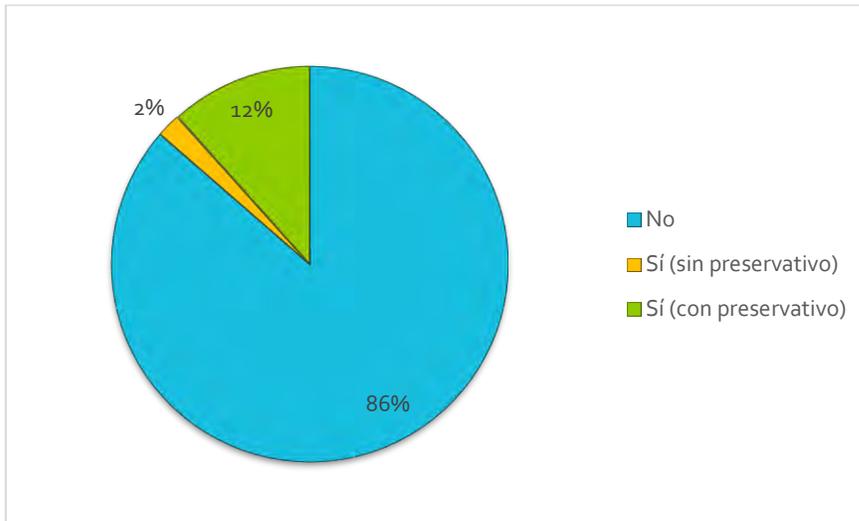
En cuanto el remordimiento moral los resultados son interesantes (gráfica 26). El 20% de las mujeres y el 23% de los hombres dijeron tener una alta preocupación por este aspecto mientras casi el 50% de las mujeres y los hombres (48% y 45%, respectivamente) declararon tener una baja preocupación.

*Gráfica 26. Nivel de preocupación por el remordimiento moral por género*



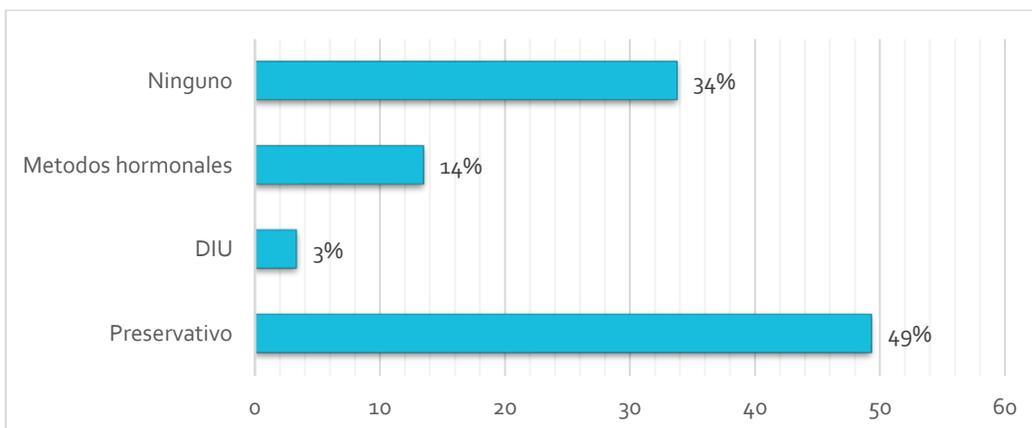
En el caso de los hombres se les cuestionó si alguna vez han tenido relaciones homosexuales (gráfica 27). El 86% de ellos respondió negativamente, el 12% dijo haberlas tenido usando preservativo y el 2% sin él.

*Gráfica 27. Porcentaje de hombres que han tenido sexo con otros hombres*



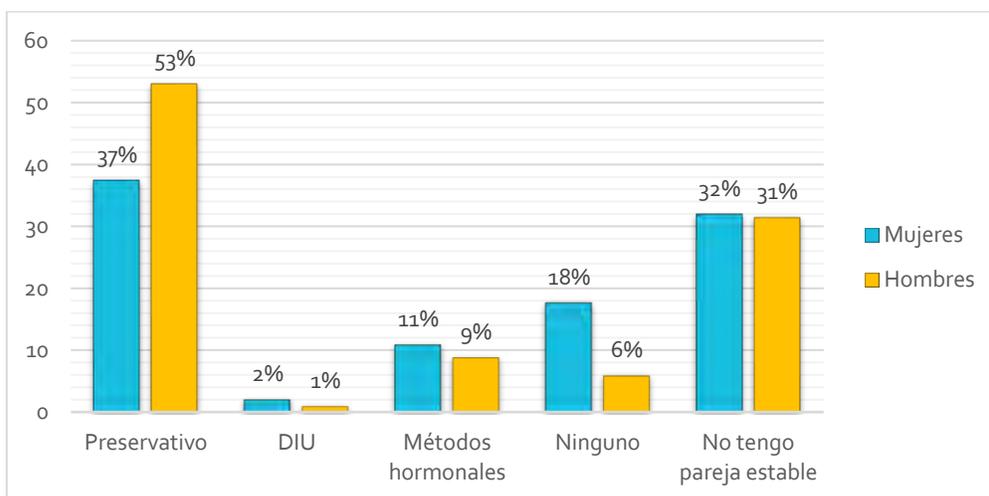
De manera general sin especificar el tipo de pareja, se les preguntó a las mujeres acerca del método anticonceptivo que utilizaban al momento de la encuesta. En la gráfica 28 se observa que el 34% de ellas no utilizaba ningún método; el 14% utilizaba métodos hormonales como pastillas, inyecciones, implante subdérmico, parches, etc. El 3% declaró utilizar el DIU y la mitad de ellas se inclinó por el preservativo.

*Gráfica 28. Principal método anticonceptivos en mujeres*



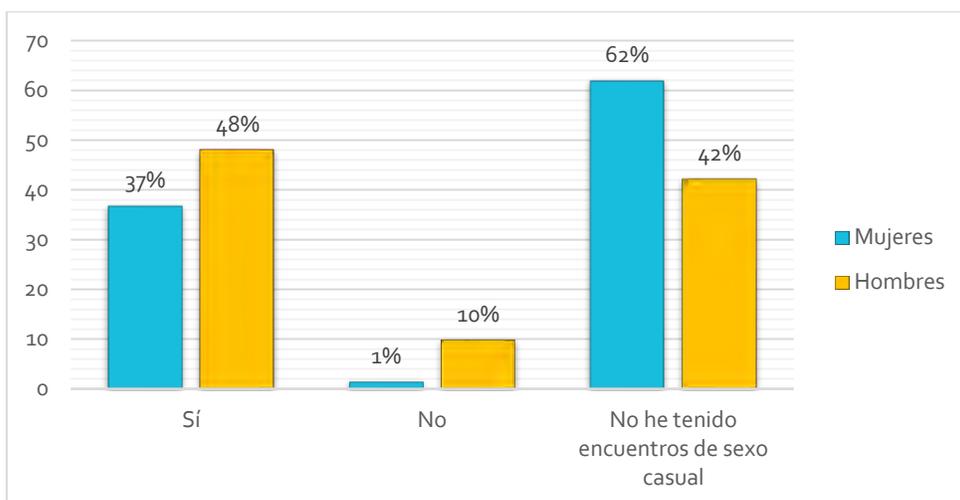
Tanto a hombres como mujeres se les preguntó por el método anticonceptivo que utilizaban con sus parejas sexuales estables, los resultados se muestran en la gráfica 29. Casi la misma cantidad de hombres y mujeres destacaron no contar con una pareja estable (32% y 31%). El 37% de las mujeres y el 53% de los hombres dijo utilizar el preservativo; el 11% de ellas y el 9% de ellos se inclinaron por métodos hormonales. Por su parte, el 18% de las mujeres declaró no utilizar método alguno cuando solo el 6% de los hombres seleccionó esta opción.

*Gráfica 29. Principal método anticonceptivo de hombres y mujeres con pareja estable*



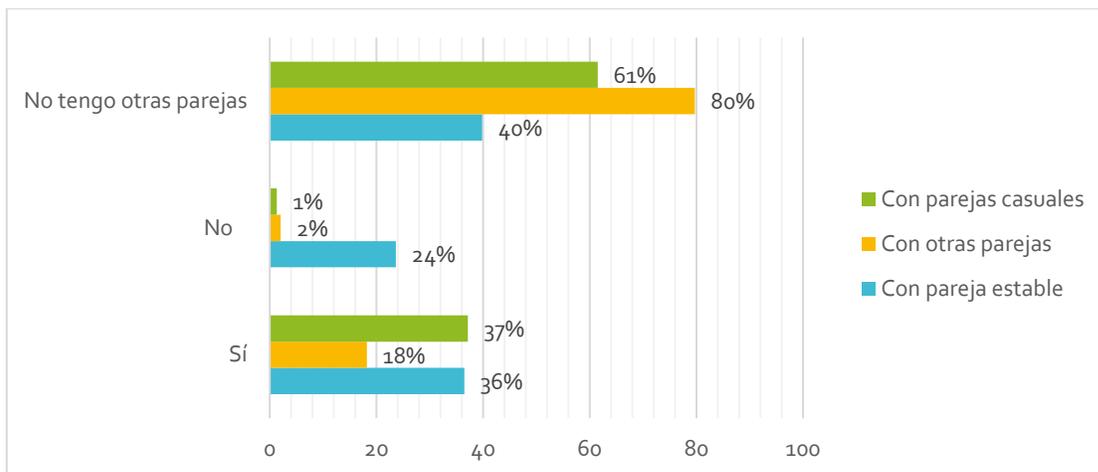
Otro de los cuestionamientos fue el uso del preservativo durante los encuentros de sexo casual. La gráfica 30 indica que el 37% de las mujeres lo utiliza en esta situación, en el caso de los hombres el porcentaje fue del 48%. Únicamente el 1% de las mujeres declaró no haberlo usado mientras el 10% de ellos hizo la misma declaración. El 62% de las mujeres y el 42% de los hombres dijo no haber participado en este tipo de encuentros.

**Gráfica 30.** Porcentaje de hombres y mujeres que utilizan preservativo durante episodios de sexo casual



En el caso de las mujeres se les preguntó explícitamente si exigen el uso del preservativo con los 3 tipos de pareja sexual: pareja estable, otras parejas, parejas casuales (gráfica 31). En el caso de la pareja estable el 40% declaró no contar con una. El 36% de las mujeres que si tenían dijeron exigir el uso del condón mientras el 24% dijo no exigirlo. En cuanto a otras parejas, el 80% dijo no contar con ellas. Del 20% de ellas quienes sí contaban con otras parejas, el 18% manifestó si exigirlo y sólo el 2% dijo que no. Por último, con las parejas sexuales casuales, el 61% dijo no haber tenido estos encuentros, mientras el 37% dijo si exigir el uso del preservativo y solo el 1% contesto de manera negativa.

**Gráfica 31.** Porcentaje de mujeres que exigen el uso de preservativo con tres tipos de parejas sexuales

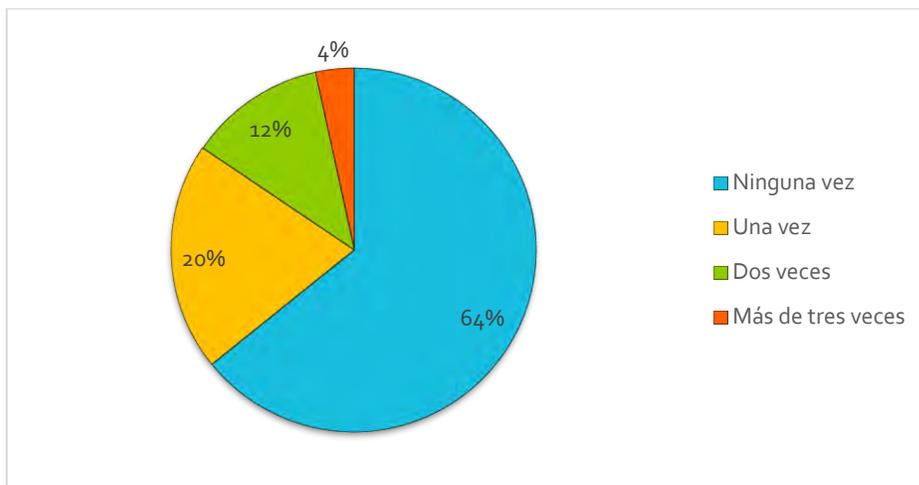


Tanto a hombres como mujeres se les preguntó acerca del uso de la píldora de emergencia o del día siguiente. En el caso de las mujeres se les cuestionó cuantas veces la habían usado en el último año, en el caso de los hombres cuantas veces le habían pedido a su pareja o a sus parejas su uso.

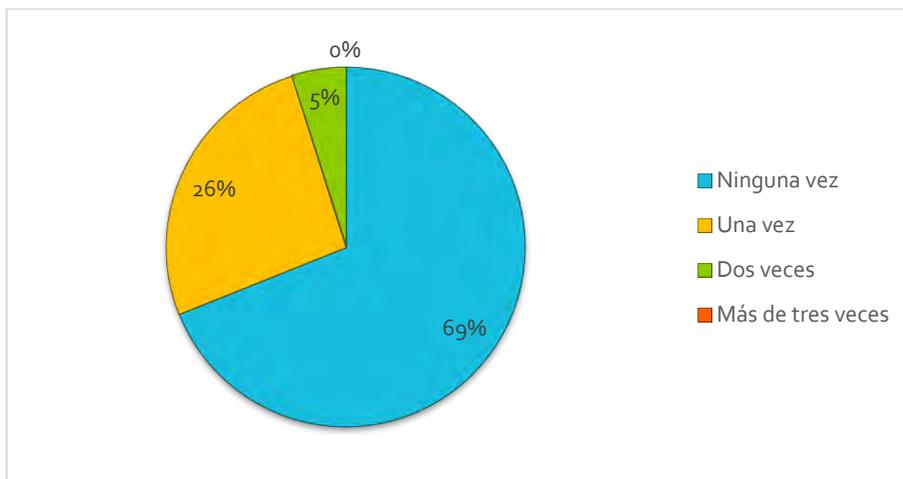
La gráfica 32 representa la respuesta de las mujeres donde el 64% declaró no haberla usado ni una vez; el 20% haber hecho uso de ella una vez; el 12% dos veces y el 4% más de 3 veces.

La gráfica 33 visualiza la respuesta de los varones, se tiene que el 69% de ellos no le pidieron a sus parejas su uso; el 26% lo hizo una vez; el 5% dos veces y ninguno de ellos dijo haberlo hecho más de 3 veces.

**Gráfica 32.** Porcentaje de mujeres que han hecho uso de la píldora de emergencia durante el último año



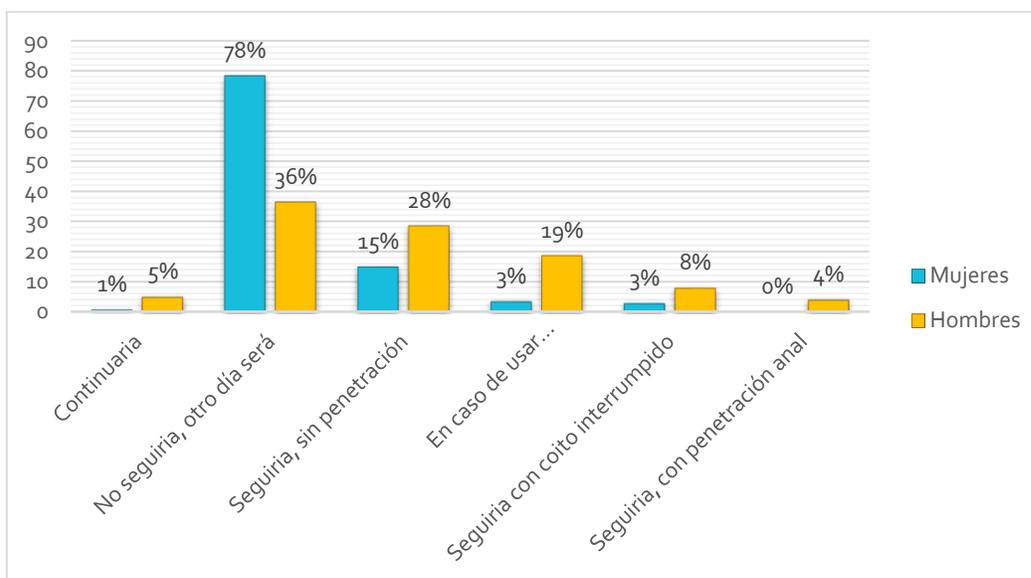
**Gráfica 33.** Porcentaje de hombres que le han pedido a sus parejas hacer uso de la píldora de emergencia durante el último año



A continuación, se presentan las gráficas que representan los resultados de las 3 historias dadas a los encuestados. Las respuestas de la historia 1 que se visualizan en la gráfica 34 representa una situación de sexo casual. De las 6 opciones dadas únicamente la número 2 (no seguiría, otro día será) representa una práctica sexual segura, las 5 opciones restantes corresponden a prácticas de riesgo.

Se obtuvo que el 78% de las mujeres eligieron abstenerse de la relación sexual y eligieron la opción 2, para los hombres la abstinencia representó solo al 36% de ellos. En la primera opción que corresponde a una práctica de riesgo, el 1% de las mujeres y el 5% de los hombres declararon que continuarían. El 15% de las mujeres dijeron que continuarían, pero sin penetración, en el caso de los hombres esta cifra casi se duplicó (28%). El 3% de las mujeres declaró que en caso de usar algún otro tipo de anticonceptivo seguiría con la relación sexual, para los hombres el porcentaje incrementó al 19%. El 3% de ellas y el 8% de ellos se inclinaron por llevar a cabo una relación sexual con coito interrumpido; ninguna de las encuestadas eligió practicar sexo anal, sin embargo, el 4% de los encuestados eligió esta opción.

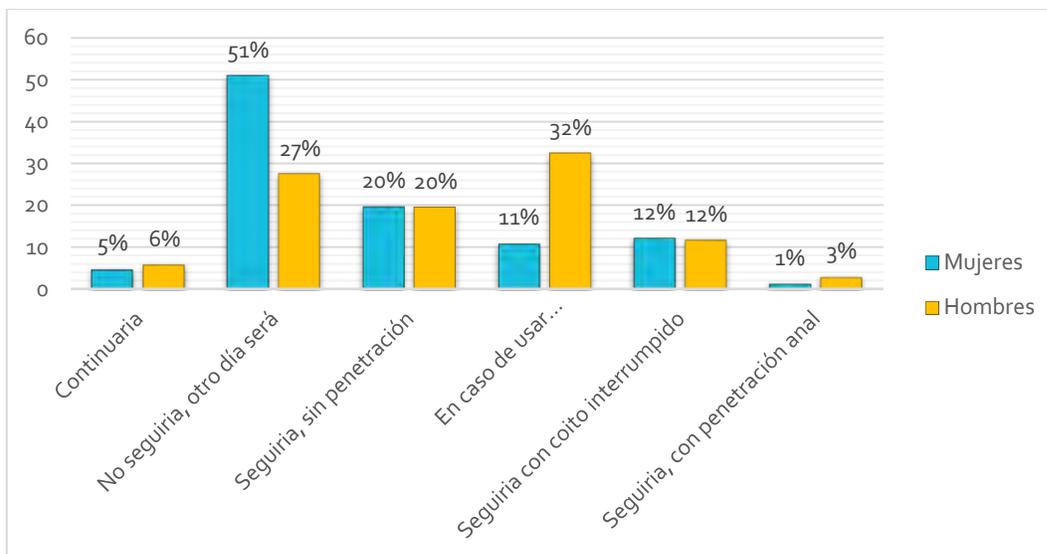
*Gráfica 34. Respuestas historia 1 por género*



Por lo que corresponde a la historia 2 se tienen las mismas opciones (gráfica 35), no obstante, el escenario que se les presentó fue el sexo en una nueva relación estable. En el caso de las mujeres descendió el 20% la opción de una práctica sexual segura, pues el 51% de ellas se inclinó por esta opción. Para los hombres, el porcentaje disminuyó al 27%. Es interesante que el 5% de las estudiantes y el 6% de los estudiantes decidieron seguir; el 20% tanto de hombres como de mujeres continuarían con la relación sexual, pero sin penetración. El 11%

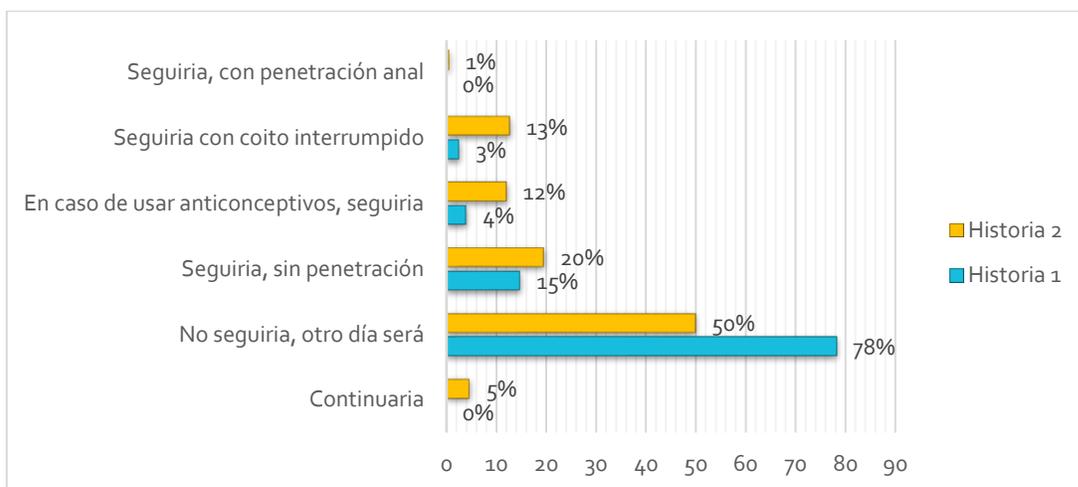
de las mujeres seguiría en caso de usar algún otro tipo de método anticonceptivo, en el caso de los hombres esta cifra casi se triplicó (32%). El 12% de hombres y mujeres seguiría con la opción de método anticonceptivo natural de coito interrumpido; el 1% de las mujeres accedería a tener sexo anal, para los hombres esta opción represento el 3%.

*Gráfica 35. Respuestas historia 2 por género*

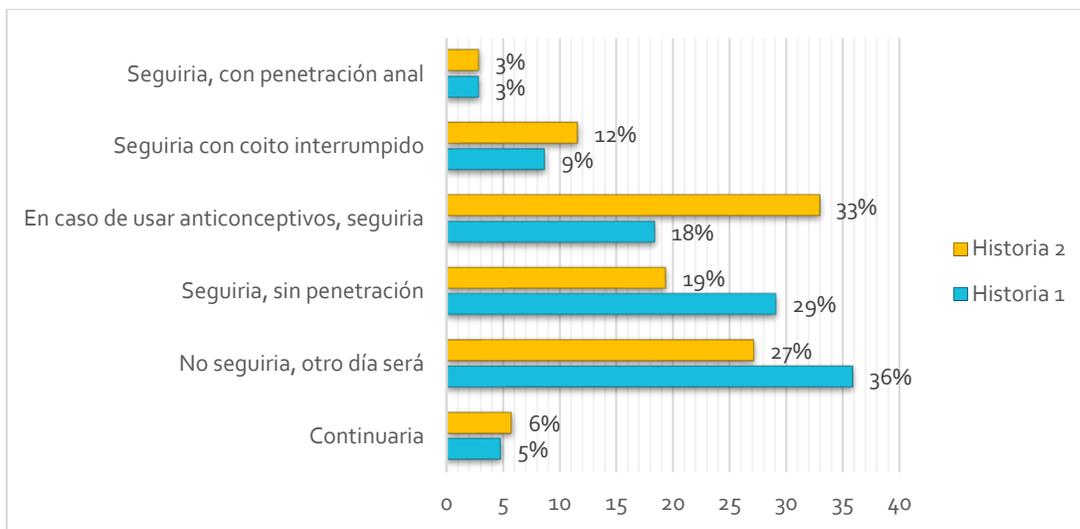


De manera complementaria se presentan las gráficas 36 y 37 en las cuales se visualizan las respuestas de las mujeres y de los hombres de ambas historias de manera separada.

**Gráfica 36. Mujeres. Respuestas de historias 1 y 2**

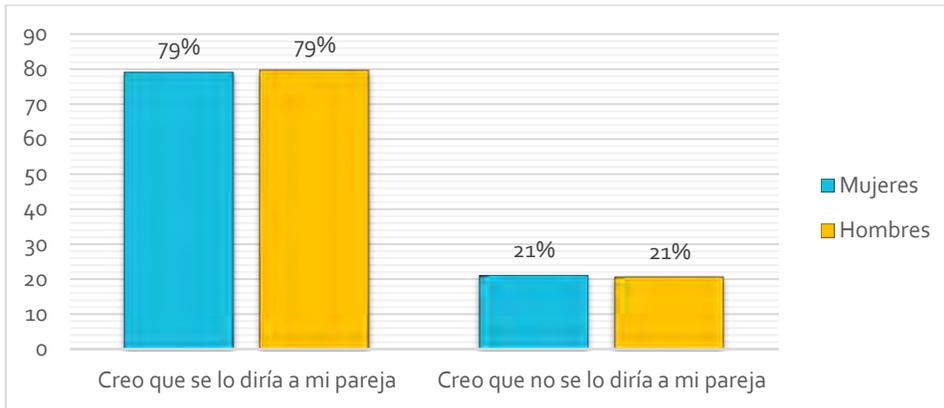


**Gráfica 37. Hombres. Respuestas de historias 1 y 2**



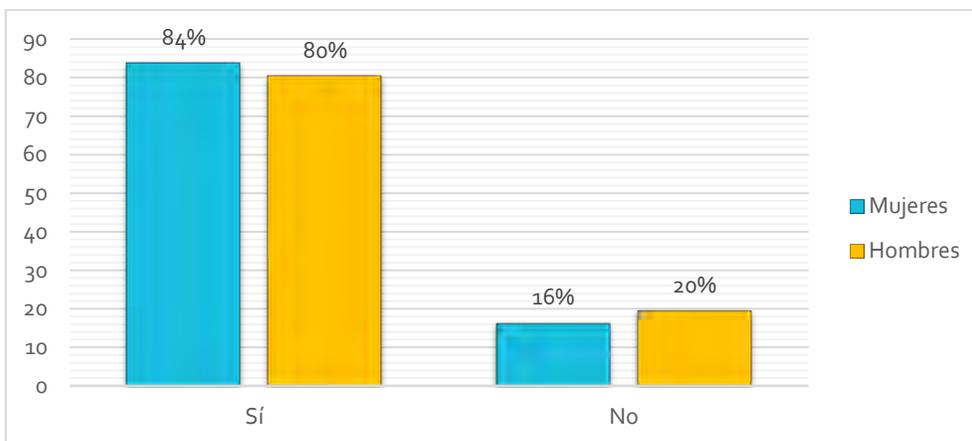
Por su parte, la historia 3 presenta una historia de infidelidad en la cual no se hizo uso del preservativo. En ella, los jóvenes tenían que elegir si le contaban a su pareja lo sucedido o no. En la gráfica 38 se observa que el 79% de ellas y ellos creen que serían honestos y se lo dirían a sus parejas mientras que, el 21% de ambos declararon que no creen poder contárselo a su pareja estable.

**Gráfica 38.** Respuestas historia 3 por género



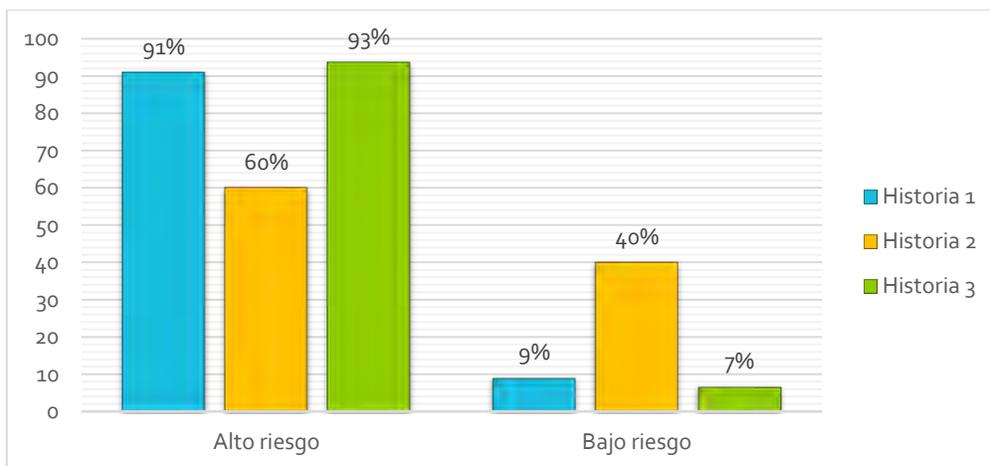
Al finalizar la parte de las historias se les hizo a los jóvenes otra serie de preguntas. Primero se les cuestionó a los jóvenes si en la identificación de estas historias había pensado en el VIH-SIDA, el 80% de ellas y de ellos dijeron que si y el resto contesto negativamente (gráfica 39).

**Gráfica 39.** Porcentaje de hombres y mujeres que pensaron en el VIH al contestar las historias



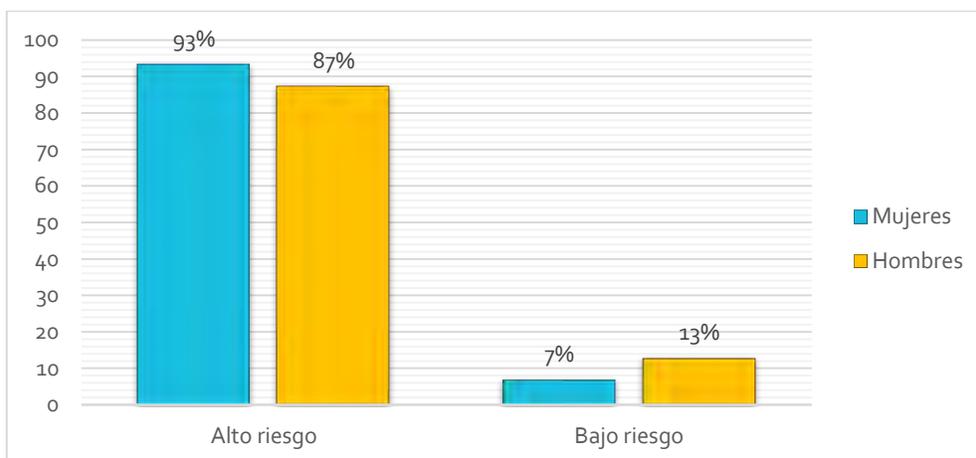
Seguidamente, se les pidió que asignen un grado de riesgo a cada historia dada. De manera general, los jóvenes asignaron el mayor grado de riesgo a la historia 3 (93%), seguido de la historia 1 con el 91%; mientras que en la historia 2 esta cifra descendió al 60%. Tenemos entonces, que el 7% asignó un bajo riesgo a la historia 3, un 9% con la misma situación a la historia 1. En el caso de la historia 2 la cifra fue de 40% (gráfica 40)

*Gráfica 40. Grado de riesgo asignado por los encuestados a cada historia*



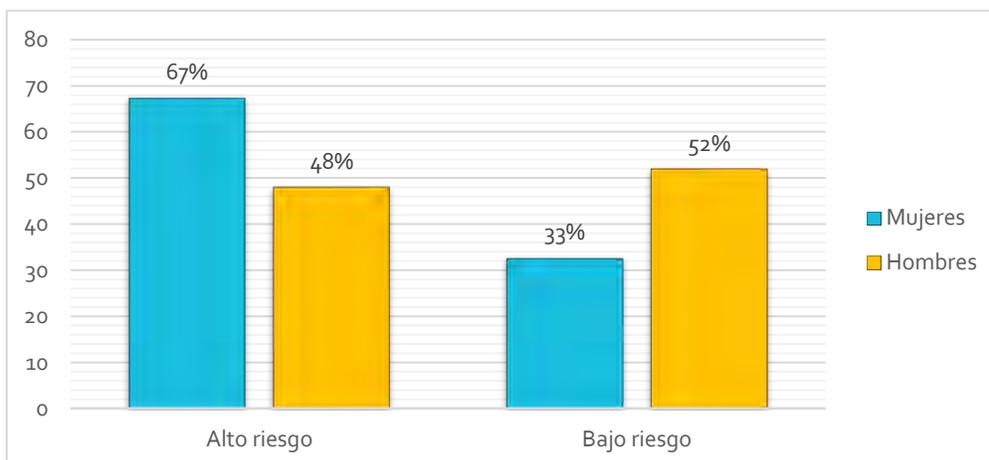
Ahora bien, diferenciado por género se presentan las gráficas por historia. En lo que respecta a la primera historia véase la gráfica 41 la cual muestra que el 93% de las mujeres y el 87% de los hombres la catalogaron como de alto riesgo; por consiguiente, el 7% de ellas y el 13% de ellos la calificaron como de bajo riesgo.

**Gráfica 41.** Grado de riesgo que otorgaron hombres y mujeres a la historia 1

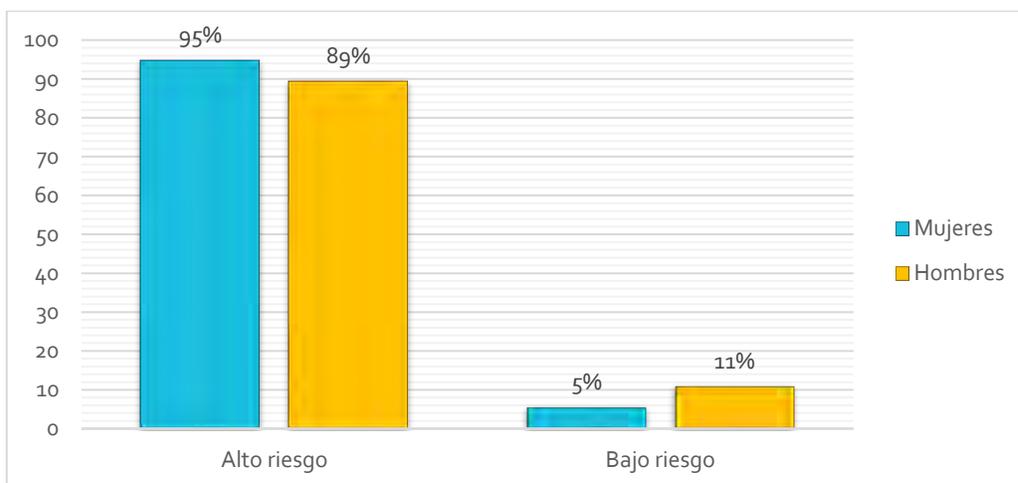


Acerca la historia 2 se visualiza en la gráfica 42 en donde se visualiza que el 67% de las mujeres calificaron esta situación como de alto riesgo, en el caso de los hombres esta cifra desciende casi 20 porcentuales hasta el 48%. Por consiguiente, el 33% de las jóvenes consideró esta historia de bajo riesgo frente el 52% de los varones con la misma respuesta.

**Gráfica 42.** Grado de riesgo que otorgaron hombres y mujeres a la historia 2



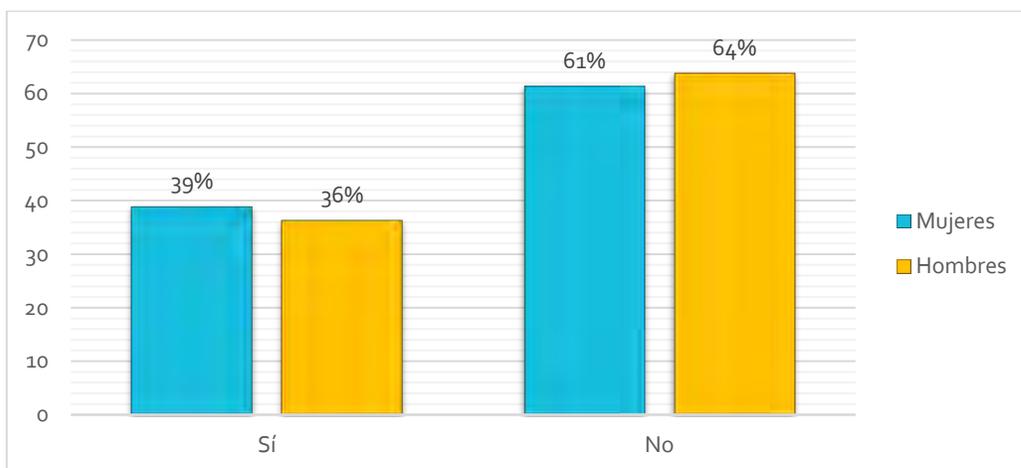
**Gráfica 43.** Grado de riesgo que hombres y mujeres otorgaron a la historia 3



En lo que respecta la última historia el 95% de las mujeres la catalogó como de alto riesgo y el 89% de los hombres eligieron la misma opción. Un 5% de ellas la catalogó como de bajo riesgo mientras que en el caso de los hombres el porcentaje aumenta al 11%.

Como parte de las preguntas que acompañaron las historias y para cerrar el cuestionario, los jóvenes respondieron si alguna vez han sentido miedo de infectarse de VIH, se les cuestionó también si alguna vez se han realizado pruebas para la detección del virus y si se las han pedido a sus parejas. Por último, se les pidió que con base su historial y prácticas sexuales cataloguen su propio riesgo de contraer el VIH/SIDA.

**Gráfica 44.** Porcentaje de hombres y mujeres que han tenido temor de contraer VIH

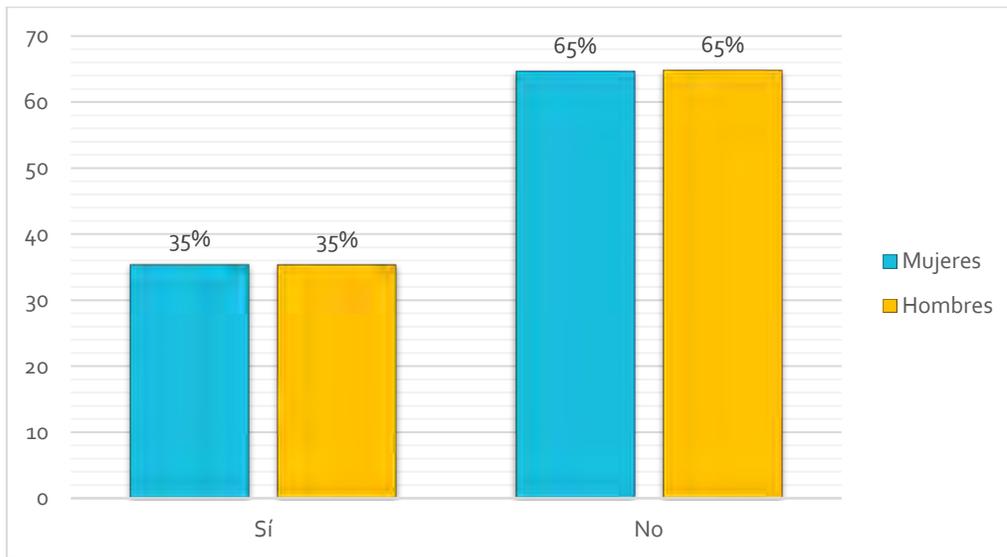


Se obtuvo que el 39% de las mujeres y el 36% de los hombres si han sentido miedo de haberse infectado de VIH. Por su parte, el 61% de ellas y el 64% de ellos declararon no haber sentido ese temor (gráfica 44).

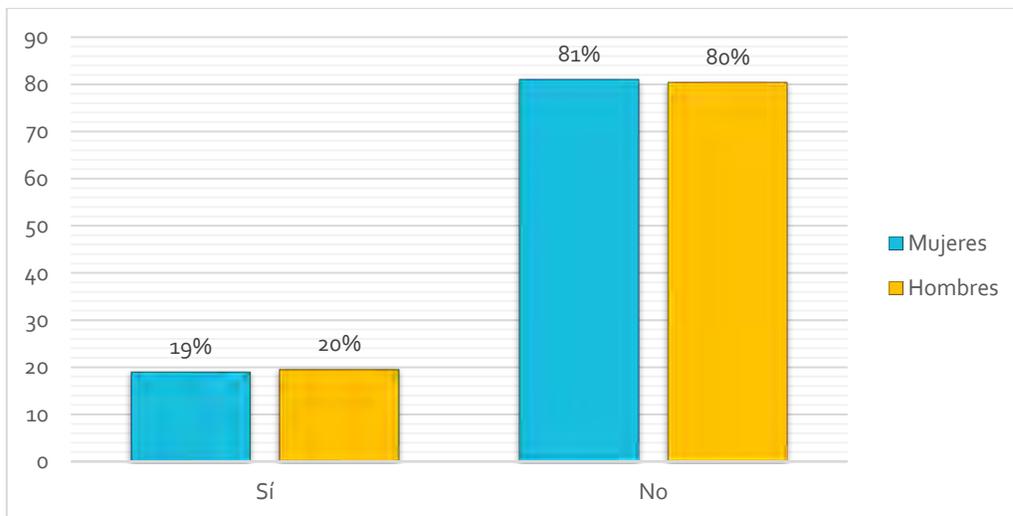
Con relación a las pruebas para la detección del VIH (gráfica 45) se tiene que el 35% de las mujeres y de los hombres se las han realizado, sin embargo, un alto porcentaje de ellos (65%) no se ha sometido a este tipo de pruebas.

Se obtuvo también que, un menor porcentaje de las y los jóvenes han pedido a sus parejas sexuales pruebas para detectar el virus (19% y 20%, respectivamente). Por consiguiente, el 81% de ellas y el 80% de ellos no han pedido nunca a sus parejas que se sometan a algún tipo de prueba que les permitan conocer el estado de salud de ellas (gráfica 46).

**Gráfica 45.** Porcentaje de hombres y mujeres que se han realizado pruebas de detección de VIH



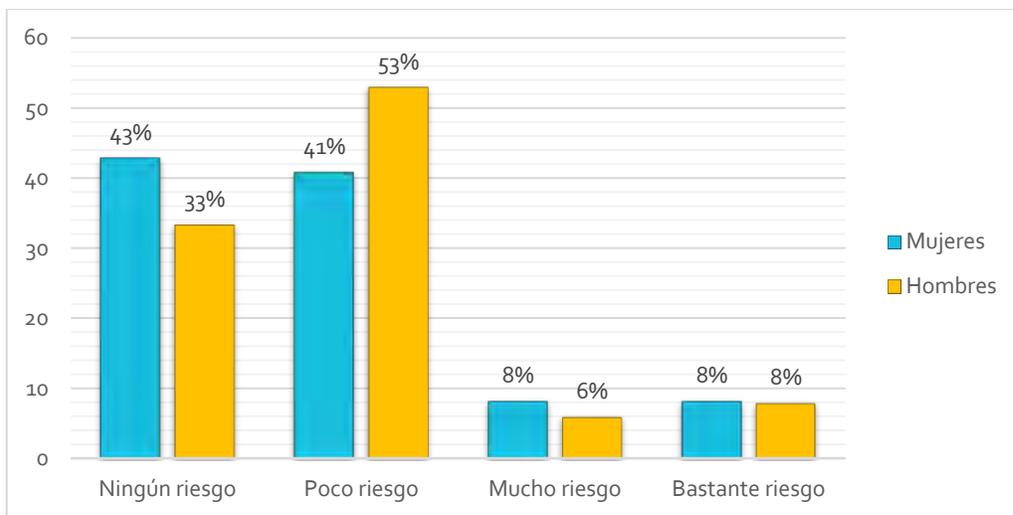
**Gráfica 46.** Porcentaje de hombres y mujeres que le han pedido a sus parejas pruebas de detección de VIH



Para finalizar esta sección se presenta la gráfica 47, fruto de la autovaloración que hicieron los jóvenes respecto su propio riesgo de contraer el virus. El 43% de las mujeres catalogó su

riesgo como ninguno, en el caso de los hombres hubo una disminución de 10 puntos porcentuales (33%). El 41% de las mujeres dijo tener poco riesgo, el 53% de los hombres eligió la misma opción. En la categoría de mucho riesgo se inclinaron el 8% de las mujeres y el 6% de los varones. El 8% tanto de ellas como de ellos consideró su riesgo como bastante.

*Gráfica 47. Autovaloración de riesgo frente el VIH por género*

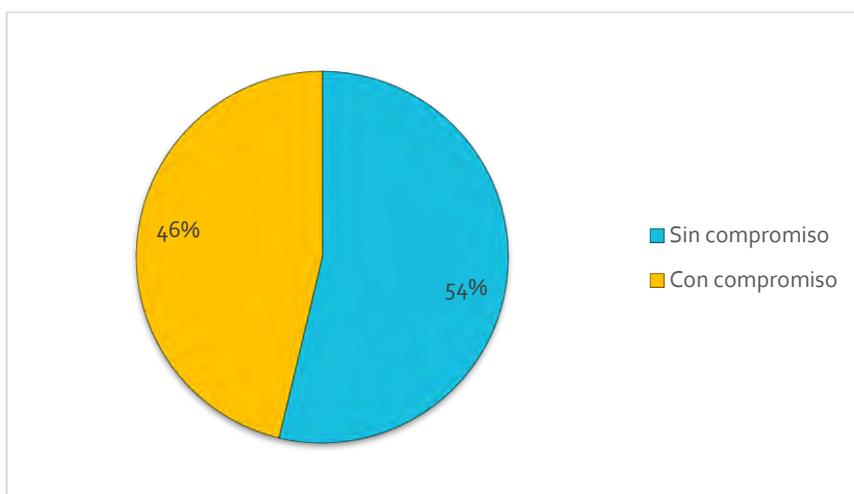


## ***Análisis***

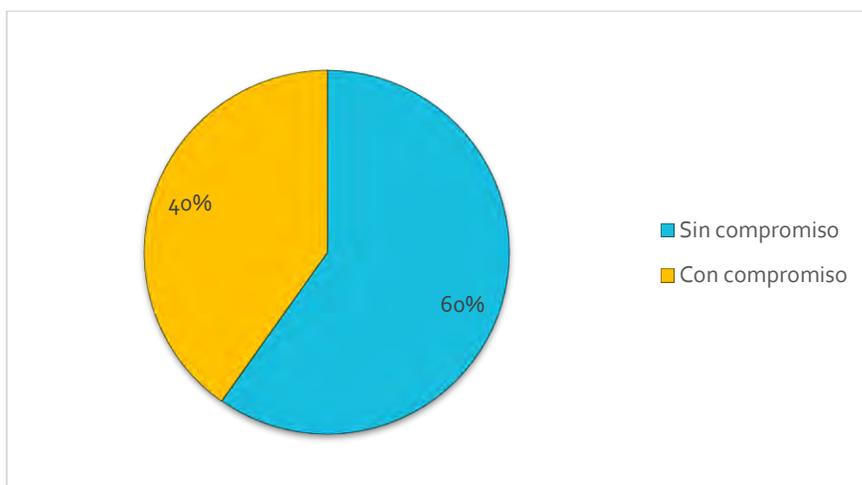
Esta sección está destinada a hacer un análisis de las respuestas de los jóvenes. El análisis se va a hacer diferenciando por género

En cuestión de relación sentimental, una mayor cantidad de hombres jóvenes (tres quintos) no tiene ningún compromiso sentimental con nadie, es decir, son solteros o tienen una relación abierta). A diferencia de las mujeres, fue menor el porcentaje que se encontraban sentimentalmente en alguna de estas situaciones (la mitad de ellas).

***Gráfica 48. Porcentaje de mujeres con compromiso sentimental***



*Gráfica 49. Porcentaje de hombre con compromiso sentimental*



En lo que concierne el inicio de vida sexual, indicador de gran valor para conocer la promiscuidad de los jóvenes, no se identificó mucha diferencia entre mujeres y hombres. Sin embargo, es ligeramente más alto el porcentaje de mujeres que no han iniciado su vida sexual y el porcentaje de mujeres que comenzaron antes de los 15. En el mismo sentido, 2% más de las mujeres comenzaron su vida sexual después de los 20. El grueso de las y los entrevistados (tres quintos) iniciaron su vida sexual entre los 15 y 19, lo que indica una edad temprana para el inicio de la vida sexual: antes de la edad en la que por lo general se ingresa a la universidad y durante el primer año de ella.

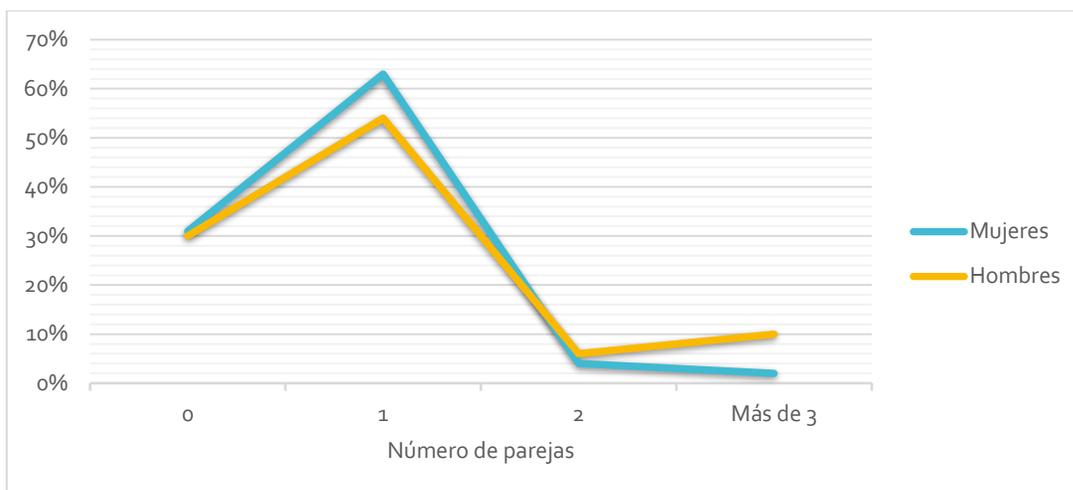
Otro de los indicadores que nos ayuda a conocer si los jóvenes son promiscuos es el número de parejas, en esta sección, el número de parejas fue más alto en los hombres que en las mujeres. La diferencia se hizo notoria al comparar el número de parejas que habían tenido en el último mes y el número de parejas durante el último año. Mientras el mismo porcentaje de mujeres sostuvo su postura de no haber tenido ninguna pareja sexual, en el caso de los hombres hubo una disminución de 10 puntos porcentuales de uno a otro periodo de tiempo.

Lo interesante del número de parejas entre hombres y mujeres sucede cuando se habla de más de 3 parejas sexuales. Un mínimo de mujeres dijo haber tenido más de 3 parejas en el último mes y esta postura se mantuvo durante el año pues en ambos periodos no se rebasa ni

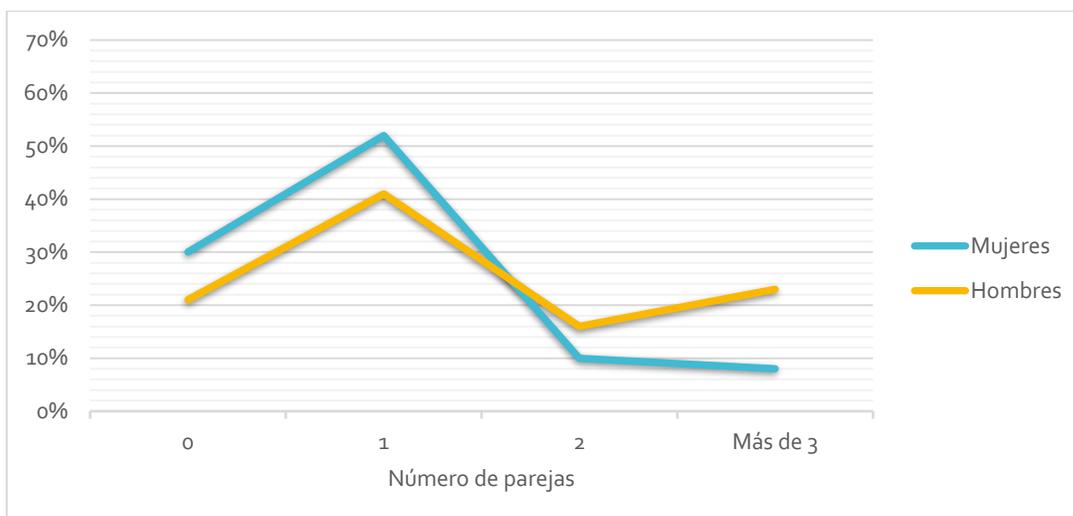
el 9% de ellas. En el caso de los hombres, el porcentaje que dijo haber tenido más de 3 parejas en el último mes se duplica respecto al de las mujeres en el mismo periodo. Casi un cuarto de los entrevistados dijo haber tenido más de 3 parejas sexuales en el transcurso del año.

En las gráficas 50 y 51 se visualiza la diferencia entre el número de parejas de mujeres y hombres y como aumentan para los hombres: en la gráfica 50 se observa que la curva de mujeres es más alta en el eje de una pareja, sin embargo, es más baja en las opciones de 2 y más de 3 parejas. La diferencia es aún mayor en la gráfica 51, la cual representa un mayor periodo de tiempo.

*Gráfica 50. Número de parejas de hombres y mujeres durante el último mes*

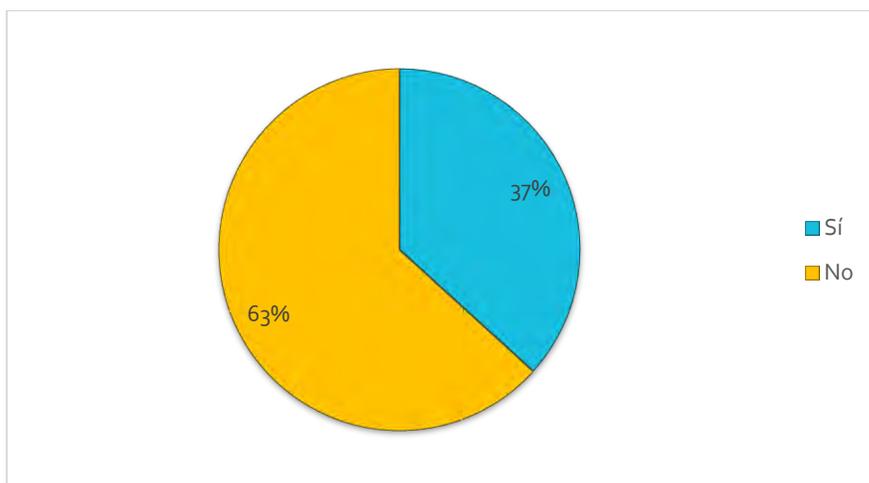


**Gráfica 51.** Número de parejas de hombres y mujeres durante el último año

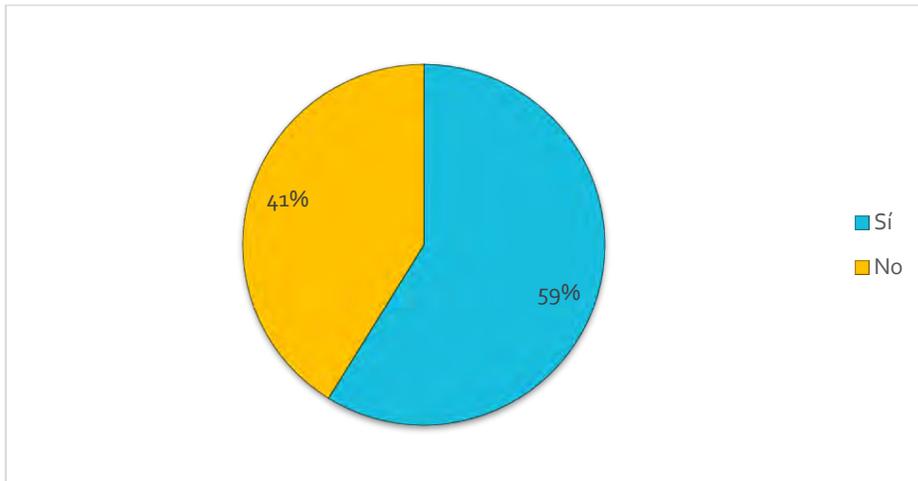


De igual forma, se observa que los varones son más abiertos respecto las relaciones sexuales con personas desconocidas. Se encontró que una mayor cantidad de hombres han tenido episodios de sexo casual a diferencia de las mujeres. Únicamente un tercio de las encuestadas ha tenido este tipo de encuentros con parejas ocasionales mientras en el caso de los hombres, la cifra casi se duplica a dos tercios (véanse gráficas 52 y 53)

**Gráfica 52.** Mujeres que han tenido episodios de sexo casual

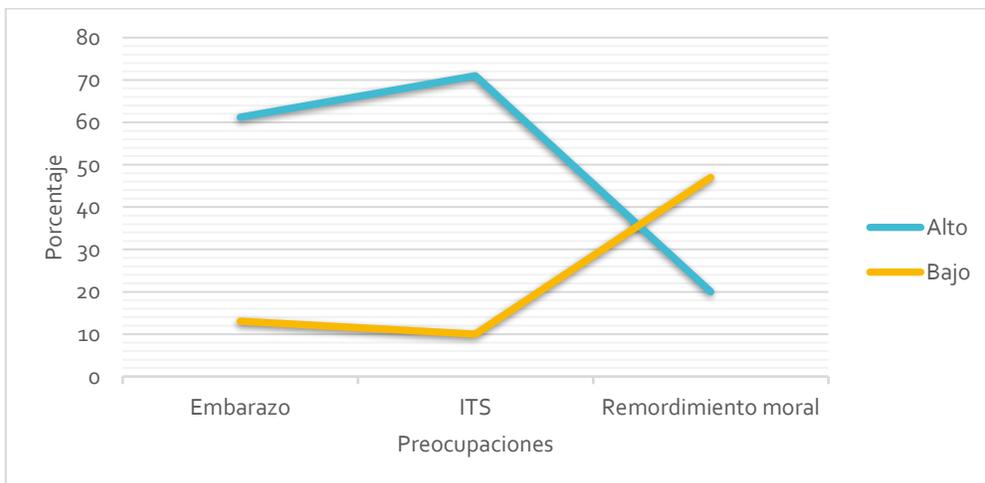


*Gráfica 53. Hombres que han tenido episodios de sexo casual*



Es de resaltar que, de manera general, los resultados indican que a los jóvenes lo que más les preocupa son las ITS, seguidamente el embarazo no deseado y lo que menos les preocupa con una gran diferencia es el remordimiento moral. En la gráfica 54 se observa que la línea de preocupación alta es ligeramente más elevada en las ITS que en el embarazo no deseado y la línea desciende drásticamente en el remordimiento moral. Naturalmente ocurre lo contrario con la línea de preocupación baja.

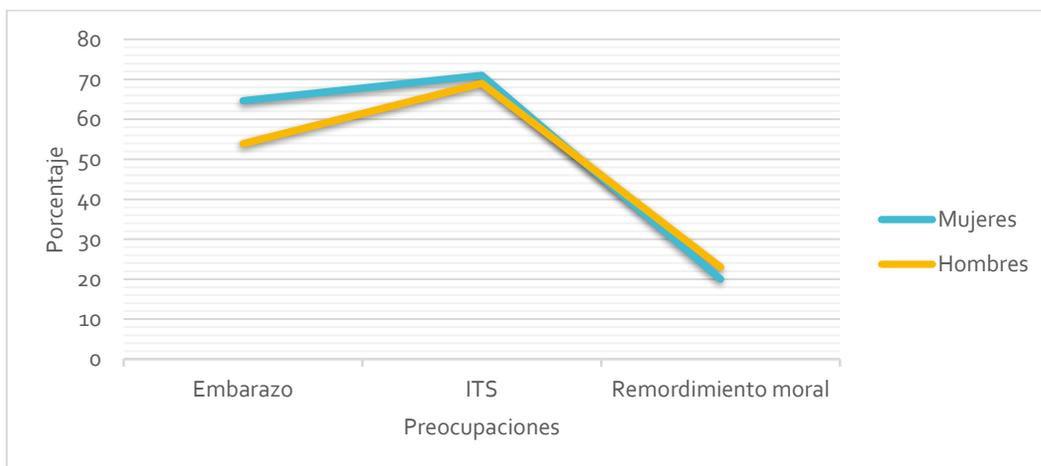
*Gráfica 54. Niveles de preocupación de 3 situaciones durante el acto sexual*



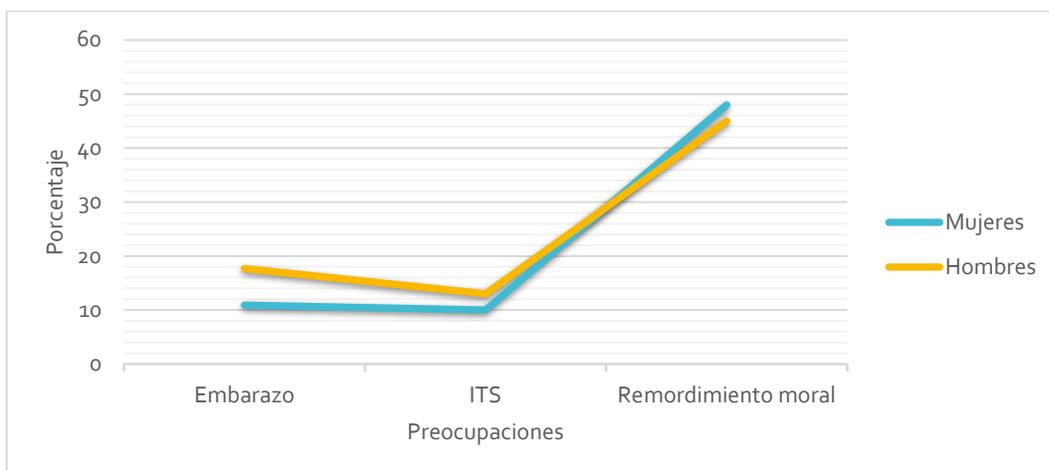
Cuando estas preocupaciones se distinguen por genero sucede algo interesante: a las mujeres les preocupa más el embarazo que a los hombres, de hecho, un quinto de ellos catalogo el embarazo como de baja preocupación, cuando en el caso de las mujeres fue de un décimo. Solo la mitad de los hombres clasificó esta preocupación como alta, para las mujeres la cifra asciende poco más de 10 puntos porcentuales.

En las gráficas 55 y 56 se puede observar que en la de mayor preocupación la línea de las mujeres es más alta en el embarazo que la de los hombres; en la gráfica que representa las bajas preocupaciones se invierte: la línea de las mujeres está más abajo que la de los hombres en la opción de embarazo. En el caso de las ITS y remordimiento moral las líneas de ambos sexos se encuentran muy cercanas.

*Gráfica 55. Mayor preocupación de hombres y mujeres durante la relación sexual*



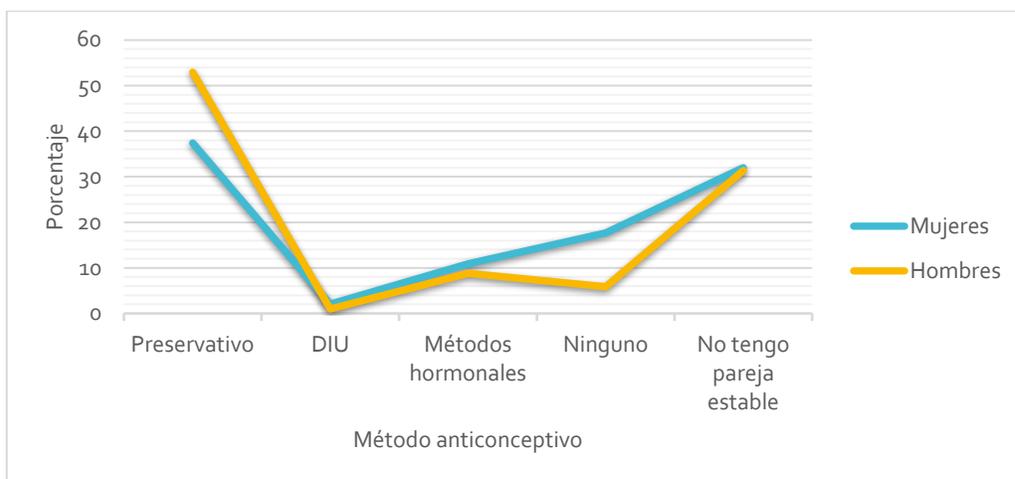
*Gráfica 56. Menor preocupación de hombres y mujeres durante el acto sexual*



A pesar de esta información, resulta preocupante que las mujeres dijeron usar menos el preservativo que los hombres con sus parejas sexuales estables. Poco más de un tercio de ellas dijo usar el preservativo como principal método con este tipo de pareja, en el caso de los hombres fueron más de la mitad de los encuestados. Lo más alarmante es que casi un quinto de las entrevistadas dijo no usar ningún método anticonceptivo con su pareja, cifra que en los hombres fue mucho menor.

En la gráfica 57 se observa que la línea de mujeres es menor la opción de preservativo y un espacio importante más arriba en la opción de “ninguno”. Un importante porcentaje de las mujeres jóvenes no utiliza ningún tipo de anticonceptivo y menos de la mitad utiliza el preservativo como principal método de protección con su pareja estable.

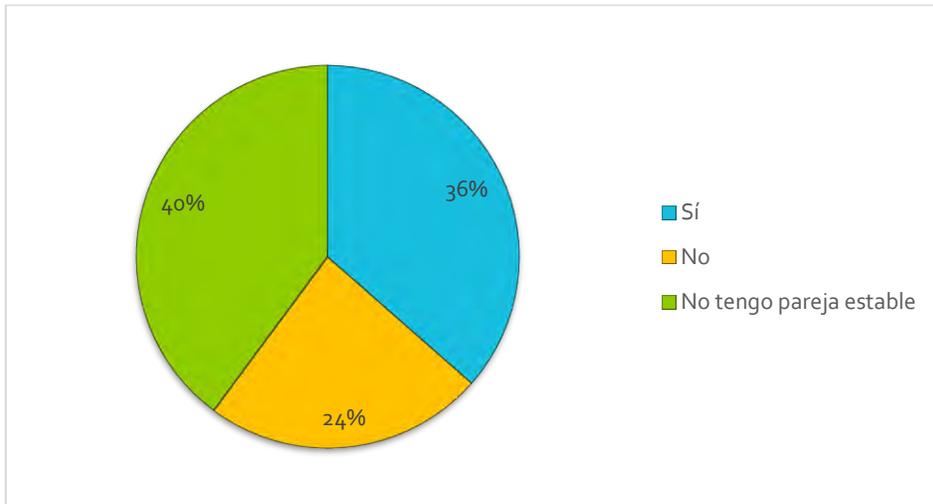
*Gráfica 57. Principales métodos anticonceptivos de hombres y mujeres*



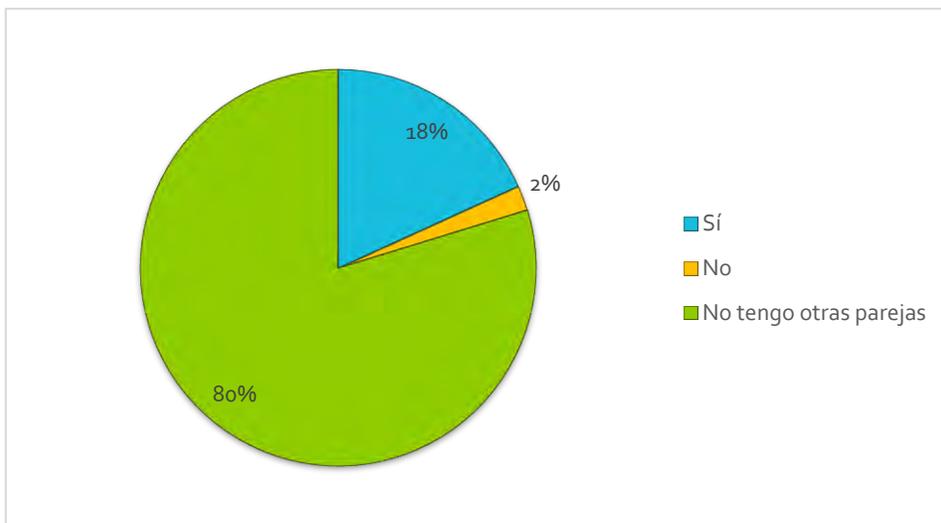
En este punto resulta importante destacar que a las mujeres se les preguntó acerca del uso del preservativo con los tres tipos de pareja. Ni un quinto de ellas dijo exigir el uso del preservativo con su pareja estable, en el caso de otras parejas y parejas casuales la cifra se duplicó. Casi ninguna de las mujeres dijo no exigirle el preservativo con estos dos últimos tipos de pareja, sin embargo, casi la cifra aumentó drásticamente a un tercio en el apartado de pareja estable.

En las gráficas 58, 59 y 60 se puede observar que únicamente en la 58, la opción de “no” resalta a diferencia de la 59 y 60. Esto se debe a que un número importante de mujeres NO exige el uso de preservativo con su pareja estable mientras declaran si hacerlo con otro tipo de parejas.

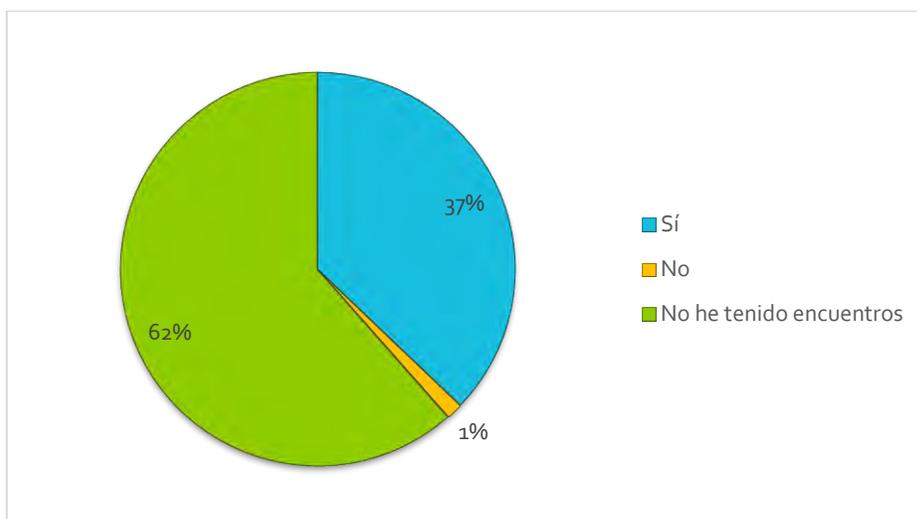
*Gráfica 58. Porcentaje de mujeres que exigen el uso de preservativo con pareja estable*



*Gráfica 59. Porcentaje de mujeres que exigen el uso de preservativo con otras parejas*



*Gráfica 60. Porcentaje de mujeres que exigen el uso de preservativo con pareja casual*



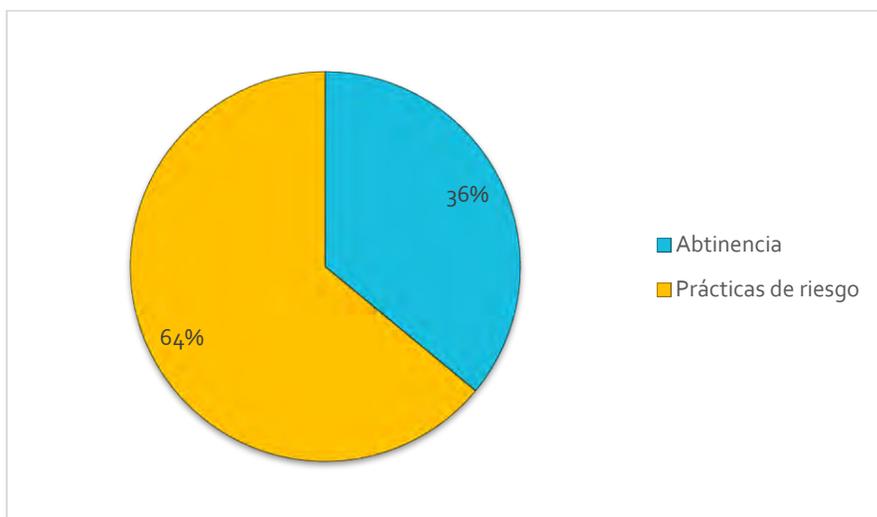
Aproximadamente un tercio de hombres y mujeres han hecho uso o han pedido a sus parejas el uso de la píldora de emergencia entre una y 3 veces durante el último año. Esto indica que, durante el último año, al menos un tercio de los hombres y mujeres han tenido relaciones sexuales desprotegidas con alguna de sus parejas.

En las respuestas de las historias se obtuvo información muy valiosa para este análisis. Referente a la primera historia que hablaba de una situación de sexo casual, se encontró que un tercio de los hombres se inclinó por la abstinencia de la relación sexual; los dos tercios restantes llevarían a cabo prácticas de riesgo. La mayoría de los jóvenes se inclinó por continuar la relación sexual sin penetración y por consumarla en caso de que su pareja sexual este bajo algún otro tipo de método anticonceptivo. Recordemos que, según las respuestas anteriores, los hombres dijeron preocuparse más por las ITS que por el embarazo, sin embargo, en las respuestas de esta historia las respuestas se ponen en duda, ya que al saber que pueden tener relaciones (desprotegidas) y evitar el embarazo siguen adelante con la relación sexual.

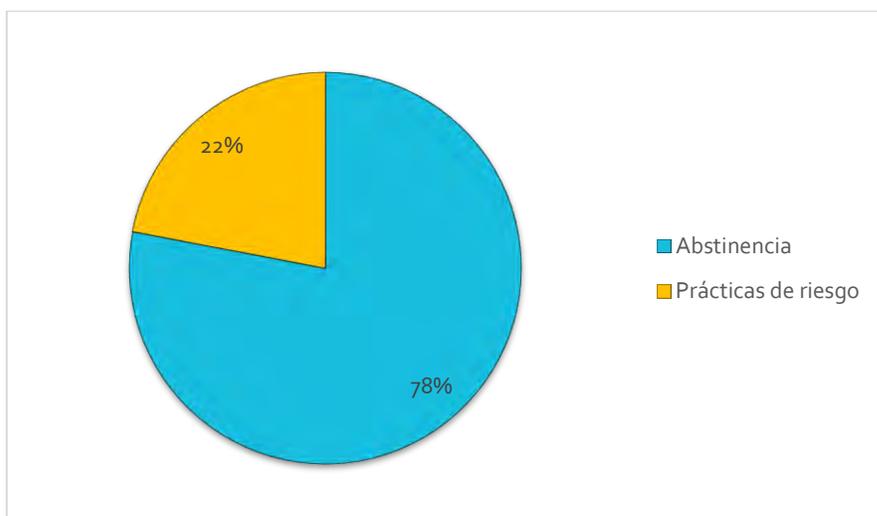
En el caso de las mujeres, fue mucho mayor el porcentaje que se decidieron por una práctica segura: más de dos tercios de ellas dijeron abstenerse de la relación sexual en una situación casual. Por consiguiente, menos de un tercio de ellas decidiría practicar sexo desprotegido. La mayoría de este sector se inclinó por continuar sin penetración. Casi ninguna mujer decidió seguir aún si estuviera bajo otro tratamiento anticonceptivo. Las mujeres son más desconfiadas de llevar a cabo prácticas sexuales con desconocidos comparándolo con los hombres.

En las gráficas 61 y 62 pueden visualizarse las diferencias explicadas.

*Gráfica 61. Historia 1. Porcentaje de hombres que tendrían prácticas de riesgo en acto sexual casual*



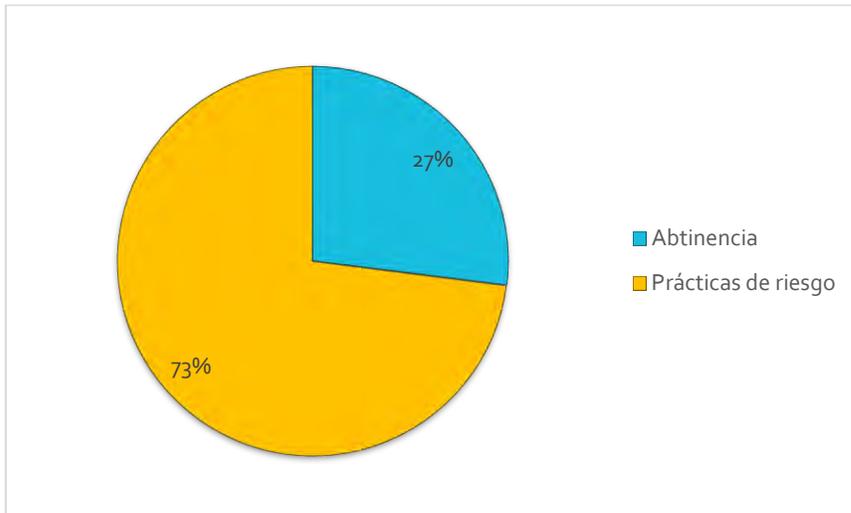
*Gráfica 62. Historia 1. Porcentaje de mujeres que tendrían prácticas de riesgo en acto sexual casual*



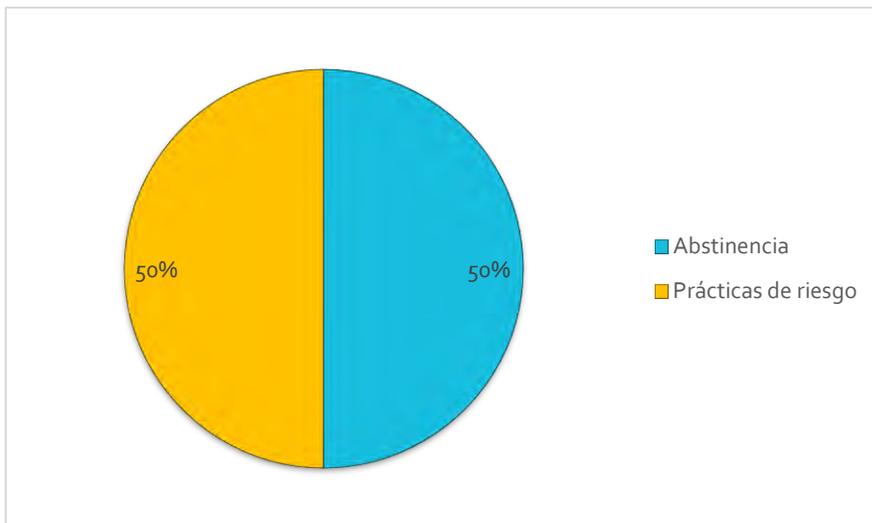
En lo que concierne a la segunda historia de sexo en una relación estable las cifras cambiaron considerablemente tanto en hombres y mujeres. La cifra de los hombres que se abstendrían de la relación sexual fue de lo solo un cuarto, el resto llevaría a cabo alguna práctica de riesgo. La práctica que más destacó fue la de consumir la relación en caso de que su pareja tome otro anticonceptivo pues en tercio de ellos eligió esta opción.

Considerando las respuestas de las mujeres en el cuestionamiento de sexo en una relación estable se tiene que el número de mujeres que elegiría prácticas seguras disminuyó 20 puntos porcentuales. Solo la mitad de las mujeres se abstendría de la relación, el resto se arriesgaría con alguna práctica de riesgo. La opción que más destacó y en la que se inclinó un quinto de ellas fue la de continuar sin penetración. Cabe resaltar que más mujeres tendrían relaciones en caso de usar algún otro tipo de anticonceptivo con este tipo de pareja, en comparación de que casi ninguna mujer se inclinó por esta opción con una pareja casual.

*Gráfica 63. Historia 2. Porcentaje de hombres que tendrían prácticas de riesgo en acto sexual casual*



*Gráfica 64. Historia 2. Porcentaje de mujeres que tendrían prácticas de riesgo en acto sexual casual*

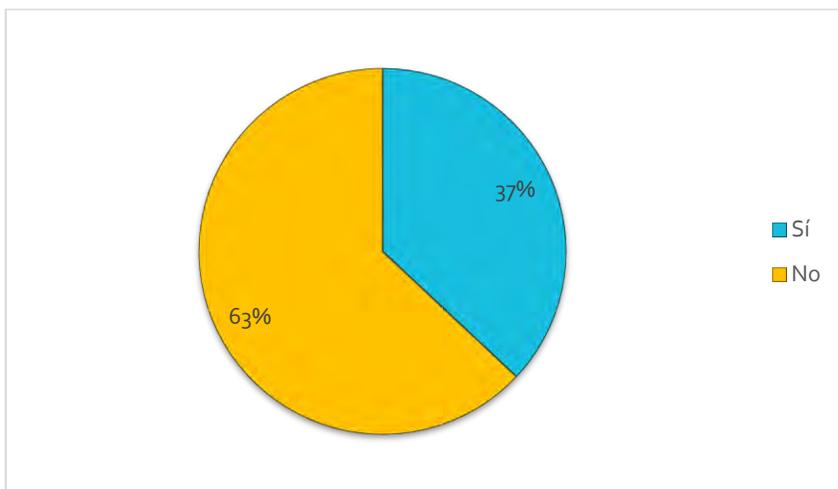


De ambas historias pueden notarse dos cosas: los hombres llevarían a cabo más prácticas de riesgo con parejas casuales y aún más con parejas estables. La concepción de “sexo seguro” disminuye considerablemente en ellos y sobre todo en el caso de las mujeres, quienes acceden al sexo desprotegido cuando se trata de una pareja con la que tienen algún vínculo sentimental.

En el mismo hilo de las historias, se analizan las respuestas de la historia 3 en la cual se les cuestiono acerca de hablar de una infidelidad con su pareja, 4 quintos de hombres y mujeres manifestaron que serían honestos con sus parejas y se lo contarían. Esta pregunta es importante porque en caso de una relación sexual desprotegida teniendo una pareja sexual estable, la pareja queda expuesta a contraer VIH/SIDA y otras ITS si la pareja infiel no se sincera y habla de lo sucedido.

A los jóvenes también se les pregunto si habían pensado en el SIDA al responder las historias. Es interesante que la misma cantidad de hombres y mujeres (cuatro quintos) afirmó haber sido consciente del riesgo de contraer SIDA en cada situación y que, aun así, un alto porcentaje de ellas y ellos se hayan inclinado por llevar a cabo prácticas de riesgo en caso de verse en alguna situación similar. Esto explica que los jóvenes sin conocen la enfermedad, pero no se ven como usuarios en riesgo de contraer la enfermedad (véase gráfica 65)

*Gráfica 65. Porcentaje de los encuestados que han tenido temor de contraer VIH*

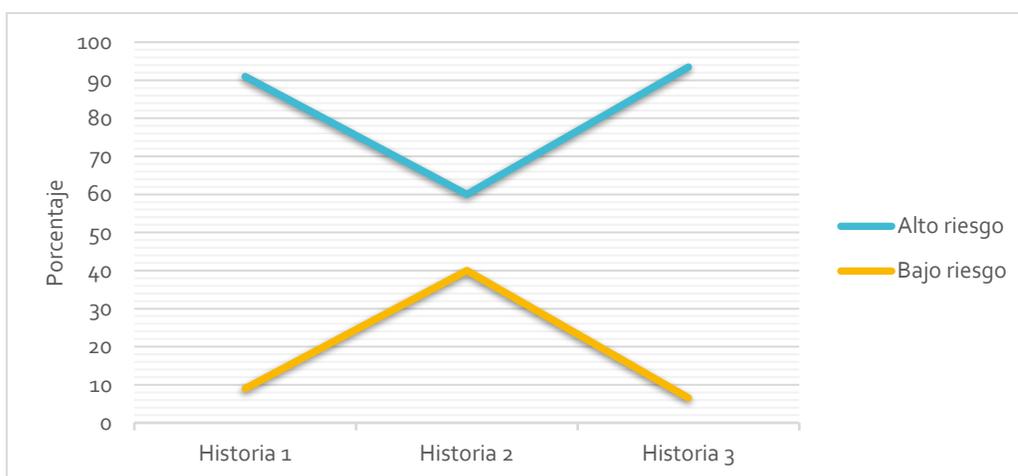


Los jóvenes le otorgaron un nivel de riesgo a cada historia consideran solo dos niveles: alto y bajo riesgo. Se les dio únicamente dos opciones con la intención de identificar si los jóvenes

eran realmente conscientes del peligro en el que se enfrentaban al llevar a cabo prácticas de riesgo o no. Se obtuvo que los entrevistados fueron conscientes del riesgo que implica tener sexo con desconocidos pues la gran mayoría de ellos catalogó como de alto riesgo las historia 1 y 3 (sexo casual e infidelidad). En la historia 2 esta noción de conciencia disminuyó (sexo en relación casual).

El comportamiento de la gráfica 66 explica la afirmación previamente dada. En la primera historia las líneas de alto y bajo riesgo se encuentran de extremo a extremo, esto debido a que la mayoría la considero de alto riesgo y la minoría restante como de bajo riesgo. Lo mismo sucedió con la historia 3. Sin embargo, las líneas de alto y bajo riesgo están muy cerca de toparse en la historia 2 debido a que una menor cantidad de jóvenes la consideró de alto riesgo, por consiguiente, quienes la consideraron como de bajo riesgo tuvo un comportamiento contrario y se refleja un aumento.

*Gráfica 66. Nivel de riesgo que los encuestados otorgaron a cada historia*

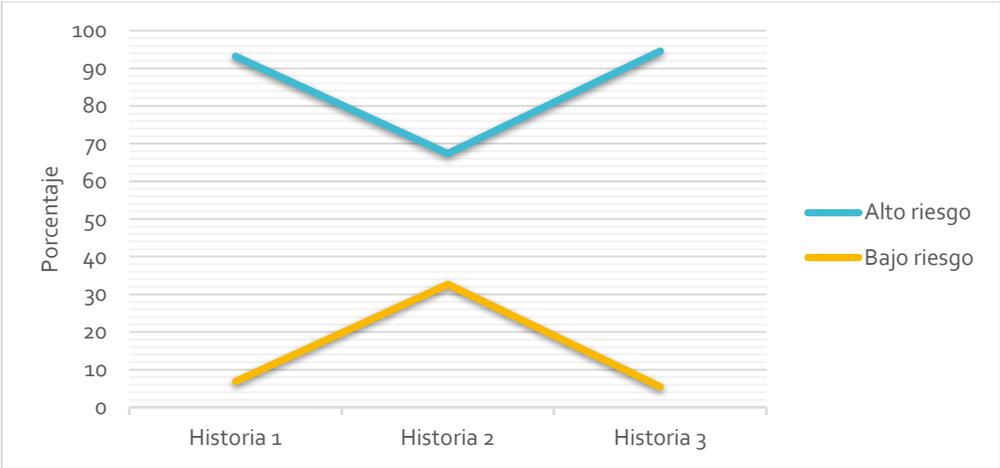


Con diferencia de género se tiene que en la primera y tercera historia menos de un décimo de las mujeres la catalogaron como de bajo riesgo. Esta situación cambió drásticamente en la historia dos pues subió a un tercio el porcentaje de mujeres que le otorgaron un bajo riesgo a la historia. La gráfica 67 que representa el nivel de riesgo que las mujeres le otorgaron a cada

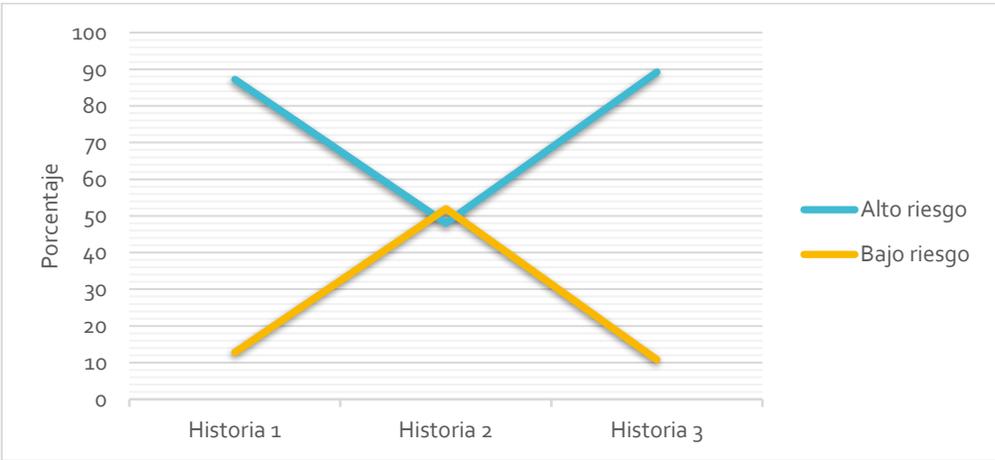
historia tiene un comportamiento similar a la gráfica que representa los grados de riesgo sin distinción de género.

Para los hombres esta situación fue aún más dramática: en la primera y tercera historia poco más de un décimo la catalogó como de bajo riesgo; en la segunda historia esta clasificación fue mayor a la mitad en la muestra masculina. De hecho, en la gráfica 67 que muestra el comportamiento del grado de riesgo que le otorgaron los hombres a cada historia se aprecia que fue mayor el porcentaje de hombres que catalogó la historia dos como de bajo riesgo que quienes la catalogaron como de alto, las líneas en esta opción se intersecan.

*Gráfica 67. Nivel de riesgo que las mujeres otorgaron a cada historia*



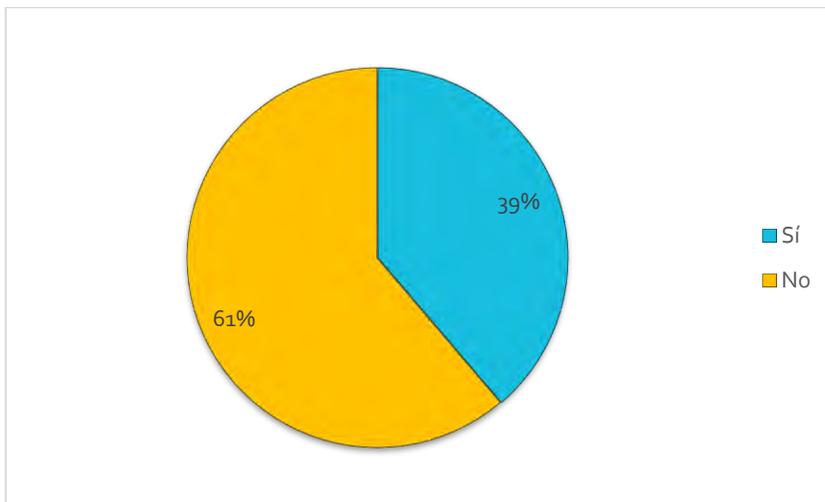
*Gráfica 68. Nivel de riesgo que los hombres otorgaron a cada historia*



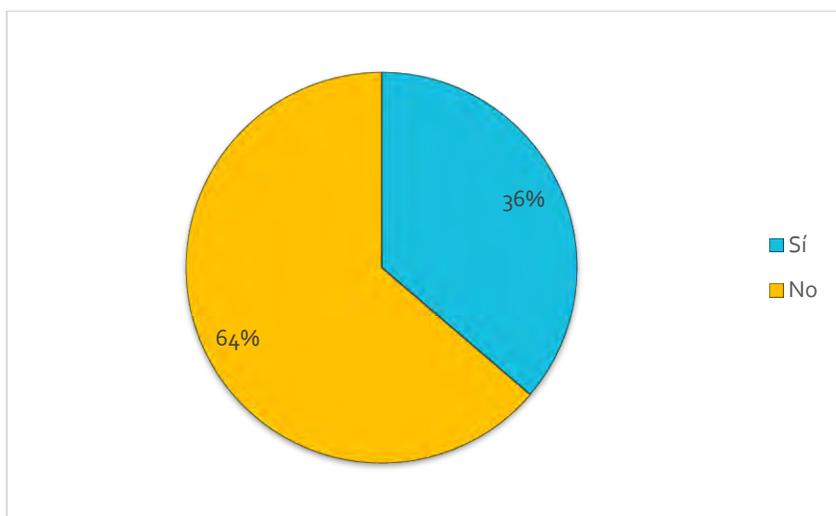
Con estos datos se comprueba que los jóvenes tienen menor noción del riesgo de contraer VIH cuando existe una relación de confianza, los hombres tuvieron menos capacidad de ver este peligro pues a diferencia de las mujeres, un mayor porcentaje de ellos catalogo ambas historias como de bajo riesgo. Sin embargo, es relevante mencionar que son los hombres quienes están más dispuestos a llevar a cabo prácticas sexuales de riesgo con diferentes tipos de parejas, a diferencia de las mujeres que solo lo están con parejas sentimentales.

Algunas de las preguntas con mayor relevancia que se les plantaron a los jóvenes fueron aquellas donde se les cuestionó si alguna vez habían tenido miedo de haberse infectado del VIH, la respuesta ambos fueron similares: aproximadamente un tercio de los hombres y mujeres dijeron que sí habían sentido dicho temor, no obstante, la gran mayoría de ellos dijo no haberse sentido en ese peligro (gráficas 69 y 70).

*Gráfica 69. Porcentaje de mujeres que han sentido temor de haber contraído VIH-SIDA*



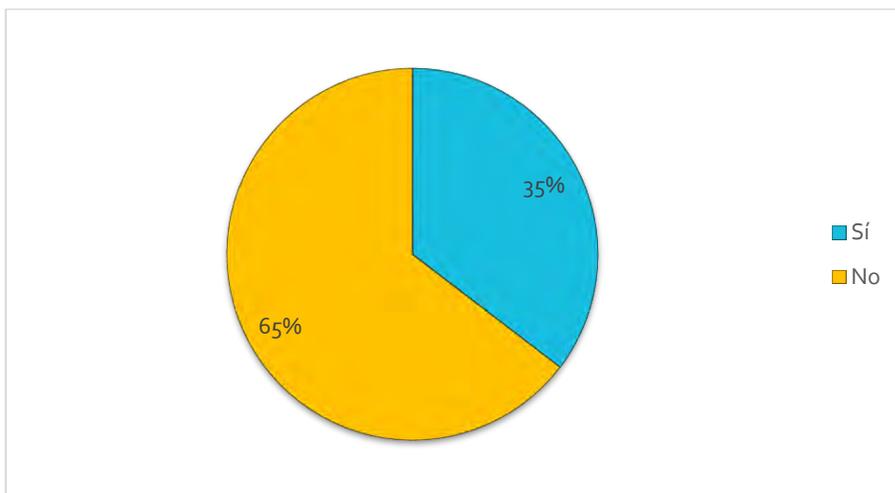
*Gráfica 70. Porcentaje de hombres que han sentido temor de haber contraído VIH-SIDA*



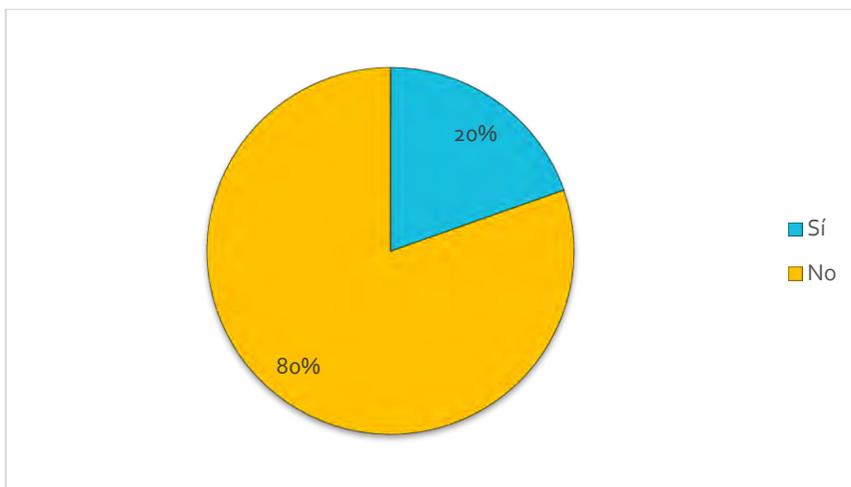
Este bajo temor de alguna vez haberse expuesto al virus se reflejó en las preguntas acerca de si alguna vez se habían realizado alguna prueba para detectarlo. Dos tercios del porcentaje de hombres y mujeres nunca se han sometido a alguna prueba, por lo que la gran mayoría de ellos aún no conocía con certeza su estado serológico al momento de la entrevista. De igual forma, es preocupante que una mayor cantidad de los y las entrevistadas (cuatro quintos), nunca le ha cuestionado a alguna de sus parejas sexuales su estado actual de salud, es decir, que nunca les han pedido que se sometieran a algún tipo de prueba para detectar el virus.

El porcentaje de entrevistados que dijo haberse realizado y pedido la prueba a su pareja fue el mismo para hombres y mujeres y puede visualizarse en las gráficas 71 y 72.

*Gráfica 71. Porcentaje de encuestados que conocen su estado serológico*



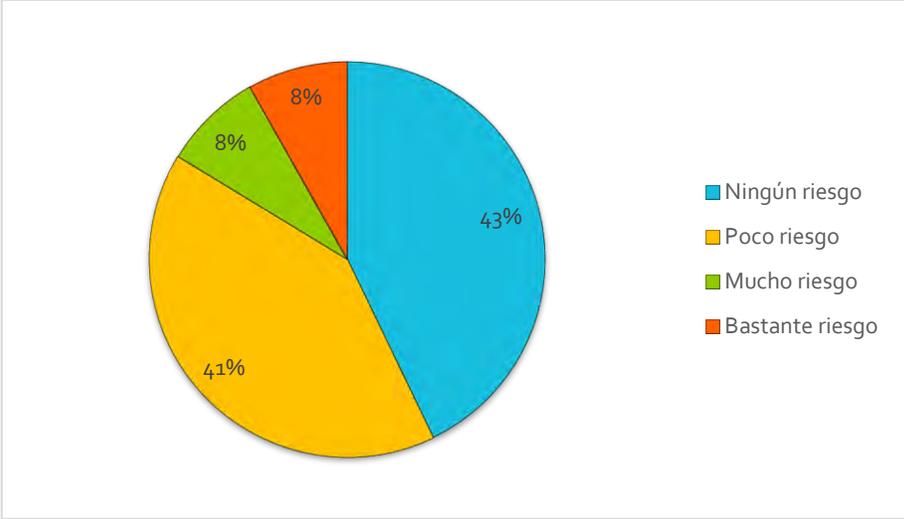
*Gráfica 72. Porcentaje de encuestados que conocen el estado serológico de sus parejas sexuales*



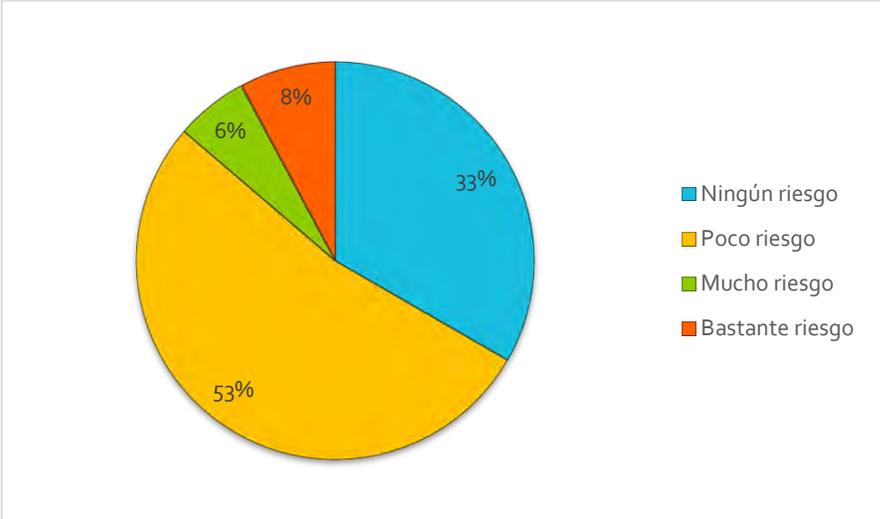
Para finalizar este apartado, se presenta la última pregunta que se le hizo a los jóvenes. En esta pregunta, donde ellos tenían que hacer una autovaloración del riesgo en el que se encuentran de contagiarse de VIH de acuerdo con sus prácticas sexuales. La mayor parte de las y los entrevistados dijeron tener ningún o poco riesgo de haber estado expuestos al virus. En el caso de las mujeres dos quintos dijeron tener ningún riesgo; dos quintos poco riesgo y el quinto restante se encontró en las categorías de mucho y bastante riesgo. Para los hombres,

la distribución fue un poco distinta: un tercio de ellos catalogaron su riesgo como ninguno; poco más de la mitad como poco riesgo; el resto se encontraron en la categoría de mucho y bastante riesgo.

Gráfica 73. Autovaloración del riesgo de las mujeres



Gráfica 74. Autovaloración de riesgo de los hombres



## ***CONCLUSIONES***

Al analizar toda la información obtenida en los cuestionarios estructurados se pudieron llegar a conclusiones interesantes referentes al panorama del VIH/SIDA en las y los estudiantes universitarios de los municipios de Bacalar y Chetumal, Quintana Roo. Si bien, las siguientes afirmaciones no representan a todos los universitarios la muestra fue suficientemente grande para cumplir los parámetros establecidos.

Primero, se afirma que los jóvenes si tienen una baja percepción del riesgo de contraer VIH/SIDA. En la hipótesis de este trabajo de tesis se plantea que las mujeres tienen una menor percepción que los hombres de contraerse de VIH/SIDA. Se descubrió que, de hecho, son los hombres quienes tienen menor percepción del riesgo pues llevan vidas más promiscuas que las mujeres. Los hombres, inician su vida sexual antes que las mujeres y también tienen más parejas sexuales. Los jóvenes varones son más abiertos a la sexualidad con personas desconocidas y lo son aún más con sus parejas sexuales estables, es decir, cuando conocen a la pareja.

Si bien es cierto que, las mujeres no tienen una baja percepción del riesgo con todo tipo de pareja sexual, también es cierto que la percepción sí disminuye considerablemente en el seno de relaciones sentimentales. Tal como se planteó en los supuestos de la hipótesis, las mujeres tienen baja percepción del riesgo de infectarse en relaciones sexo-afectivas ya que en ellas no se acostumbra la negociación y uso del preservativo. Según este estudio, las mujeres si exigen el uso del preservativo en las relaciones sexuales casuales y con parejas extra - relaciones, sin embargo, la noción del uso del preservativo con parejas estables prácticamente no existe. Una importante cantidad de mujeres afirmó no utilizar ningún tipo de protección con este tipo de parejas.

De hecho, la mayoría de las mujeres afirmó no contar con parejas fuera de la relación estable y también fue menor el porcentaje de mujeres que dijo no haber tenido encuentro de sexo casual, a diferencia de los hombres donde un porcentaje importante dijo si haber tenido este tipo de encuentros.

Como lo plantean Sánchez (2015) y Saura y otros (2020), este tipo de comportamientos está relacionado con la ideología del amor romántico y la extrema confianza que las mujeres

otorgan a sus parejas sexuales estable, aún cuando no conocen la vida sexual de estas. Este tipo de encuestas refuerza el hecho de que la ideología del amor romántico hace que las mujeres “bajen la guardia” poniendo en manos de sus parejas su salud y sus decisiones.

Uno de los resultados más interesantes que se encontraron y que muy probablemente tengan que ver con el género es que a las mujeres les preocupa más el embarazo que a los hombres. Las mujeres son quienes biológicamente cargan con todo lo que implica un embarazo, además de que social y culturalmente son las encargadas, por no decir obligadas, de la crianza de los niños, por lo tanto, es lógico que ellas sientan más temor de tener un embarazo no planeado.

De igual forma, es importante destacar que la transmisión vertical es la segunda más frecuente en México (1.5%). A pesar de que esta muy lejos de ser comparable con la transmisión sexual (94%), las mujeres deberían considerar lo que implica un embarazo no deseado en una relación donde aparte exista el riesgo de contraer VIH: Ya que de presentarse esta situación (y no ser consciente de ellos) tendría como resultado tener dos contagios en lugar de uno.

Siguiendo con las respuestas de los cuestionarios, al momento de tener la relación sexual, los hombres declararon preocuparse más por las ITS que por los embarazos no deseados sin embargo esta afirmación no puede tomarse del todo válida tomando en cuenta también las respuestas de las historias. En estas historias la abstinencia era la única práctica segura y el mínimo de los varones de inclinó por ella en una situación de sexo casual y fue aún menor el porcentaje en la situación de la relación sentimental estable. En estas respuestas, pudo apreciarse que los hombres lo que realmente evitaban era el embarazo puesto que decidieron continuar con la relación sexual; practicar el coito interrumpido; preguntar a las parejas si tomar algún método hormonal para poder seguir con la relación; practicar sexo anal o continuar con otro tipo de prácticas sin llegar a la penetración. Es cuestionable entonces que, si la mayoría de los jóvenes llevaría a cabo cualquiera de estas prácticas realmente este preocupado por las ITS, ya que la ejecución de cualquiera de ellas es de alto riesgo para contraerlas.

Como ya se mencionó las mujeres manifestaron preocuparse más por el embarazo que los hombres, sin embargo, también manifestaron una alta preocupación por las ITS. Sin

embargo, está información también puede ser cuestionada al analizar sus respuestas en los cuestionarios. En la primera historia, la mayoría de las jóvenes decidió abstenerse de culminar la relación sexual. Las pocas que accedieron fueron si tomaban otro tipo de anticonceptivo o accedieron a llevar prácticas sexuales sin llegar a la penetración, lo que indica que efectivamente están preocupadas por el embarazo, sin embargo, estas acciones equivalen a prácticas de riesgo. En la segunda historia con un escenario de relación sexo afectiva estable las respuestas cambiaron de una manera importante. Las mujeres cambiaron la abstinencia por ceder al coito, principalmente si estaban bajo otro tipo de método anticonceptivo. En este escenario, siguieron preocupándose por el embarazo, pero prácticamente eliminaron la preocupación de las ITS. Recordemos también, que la mayoría de quienes tienen pareja estable no exigen el uso del preservativo.

Como bien lo plantean los artículos de AHF México (2020) y de la Cruz Roja Española (2020), las relaciones estables condicionan el uso del preservativo bajo los mitos del amor romántico. Uno de los mitos más fuertes de esta ideología es la confianza ciega, donde no se cuestiona la vida sexual de la pareja cuando hay sentimientos de por medio, por que se entiende que dentro de la monogamia la fidelidad es parte crucial de la relación y manifestar las intenciones de utilizar preservativo sería cuestionarla. Esta idea puede verse aún más arraiga en las mujeres, y en contraste con los hombres, que son más abiertos a tener más parejas sexuales y más prácticas de riesgo con todo tipo de parejas.

Con esto, podemos concluir que los hombres tienen una menor percepción del riesgo porque llevan y son más abiertos a llevar a cabo prácticas de riesgo, y que las mujeres únicamente están dispuestas en relaciones estables. Esto es preocupante y se confirma la idea de Villegas (2011); Solari (1999); López (2001) y Faria (2019) de que las mujeres se enferman de VIH y otras ITS no por sus prácticas sexuales si no, por las prácticas sexuales de sus parejas. Las mujeres pueden tener una sola pareja sexual, pero si el hombre ha sido o llevar una vida promiscua son las prácticas de él que ponen en riesgo la salud de la mujer en una relación donde ninguno de los dos tiene percepción alguna del riesgo de contraer VIH.

Respondiendo la pregunta de investigación de esta tesis, las mujeres tienen baja percepción del riesgo debido a que no son conscientes de la vida sexual de sus compañeros y por lo tanto no se creen en riesgo de contraer VIH y otras ITS, cuando la realidad apunta lo contrario en

el estado. Esta baja percepción de riesgo esta asociada fuertemente con el género, como lo plantean Saura y otros, 2017, debido a los roles de género y a la ideología del amor romántico.

Esto se comprueba con las últimas preguntas planeadas en el cuestionario en las cuales el 80% de los jóvenes dijo no sentir ni haber sentido temor de haberse expuesto al VIH aun cuando la mayoría ya inicio su vida sexual hace varios años y ha tenido múltiples parejas sexuales. Debido al poco o nulo miedo que tienen también clasificaron su autopercepción de esta manera, sintiendo que no hay ninguna probabilidad o una muy baja de haberse infectado de VIH.

Las mujeres, y también los hombres jóvenes tienen una baja percepción del riesgo debido a que no conocen su estado serológico, es preocupante que con una vida sexual activa el 65% de los jóvenes no se preocupe por hacerse pruebas de detección de VIH y que el 80% de ellos nunca les haya pedido a sus parejas sexuales dichas pruebas. Los universitarios no tienen la cultura de cuidar su salud sexual cuando el acceso a las pruebas y a la información está muy cerca de su alcance. Sin embargo, este es un tema que amerita otro trabajo de investigación y que es igual de necesario.

En este trabajo se esperaba encontrar que las mujeres tienen menor percepción de riesgo que los hombres, sin embargo, se encontró que en las mujeres la percepción únicamente es baja en las relaciones sentimentales. No obstante, también se encontró que los jóvenes llevan más prácticas de riesgo con todo tipo de pareja y que al final del día las mujeres acceden a tener relaciones con ellos sin protección basadas en una falsa confianza, la cual tiene corte de género considerando los estereotipos y el amor romántico que pone en profunda desventaja a las mujeres restándoles autonomía y decisión de manera “inconsciente”.

La decisión de las jóvenes de realizar prácticas de riesgo con su pareja se debe a la dependencia que se tienen con sus parejas (emocional o económica), orillándolas a dejar de lado su salud, su autonomía y su placer en segundo plano, priorizando el bienestar de su pareja.

Se encontró también, que la mayoría de las mujeres no acostumbran la negociación del preservativo. Es relevante debido a que la negociación del preservativo es algo poco común

dentro de las relaciones románticas y de pareja, sobre todo en las mujeres. En este punto coincido con Nebot, García, Ruiz y Giménez (2018) de que mientras “más altos son los niveles de romanticismo, mayor es la tendencia a rechazar el uso del condón” (pág. 403).

En los trabajos realizados en otros países los jóvenes tenían una baja percepción del riesgo, sin embargo, el panorama del VIH no era tan grave como lo es en el estado de Quintana Roo, donde prácticamente diario hay 3 nuevos casos confirmados de VIH-SIDA y que más del 50% de estos se den en personas jóvenes de entre 15 y 29 años. Por tal motivo, es muy importante que se creen nuevas estrategias de prevención enfocadas en hacer consciencia de la situación para cambiar las prácticas de riesgo.

Los jóvenes si debiésemos tener miedo de infectarnos de VIH ya que es una realidad muy cercana en nuestras vidas sexuales. Las acciones deben ser preventivas y no solo enfocadas en tratar a los nuevos enfermos. Deben tener perspectiva de género reconociendo las vulnerabilidades de las mujeres y empoderándolas y enseñándolas al correcto uso del preservativo. Sobre todo, las estrategias deben ir enfocadas a inculcar una cultura de educación sexual, donde conocer nuestro estado serológico sea parte de nuestras responsabilidades de tener una vida sexual activa. Si nosotros no conocemos nuestro estado de salud (del SIDA y de otras ITS) es imposible cuidarnos y cuidar a nuestras parejas sexuales.

En la primera etapa de este proyecto, cuando se aplicaron los cuestionarios personalmente pude notar que las y los jóvenes sienten cierto fastidio por estos temas y esto es porque están enfocadas únicamente a informar acerca de la enfermedad. Esto ocasiona que los jóvenes sepan que el VIH/SIDA es una enfermedad mortal pero no los hace conscientes del peligro al que estamos expuestos al llevar una vida sexual irresponsable y menos se enseñan las estadísticas reales de los nuevos casos de VIH los cuales se concentran fuertemente en la población con quienes estamos acostumbrados a convivir.

Los Programas de VIH-SIDA y otras ITS a cargo de las jurisdicciones sanitarias del estado de Quintana Roo tienen un gran trabajo de prevención entre los jóvenes. Se necesitan estrategias que involucren a las escuelas preparatorias y universidades ya que son el mejor medio para llegar a la mayor cantidad de gente joven. Las estrategias deben ir más allá de informar y simplemente ofertar preservativos. Hay que ayudar a cambiar prácticas y sobre

todo enseñar la importancia del condón en toda práctica y relación sexual. Llegar a este punto sería imposible si no se llevan a cabo acciones que empoderen a las mujeres y que desmientan los mitos del amor romántico que con frecuencia nos ponen en riesgo.

Es importante que se enfatice en la educación emocional y sexo afectiva, para no caer en la trampa de que el amor todo lo puede solucionar y que todo lo debe aguantar. Para que esto suceda se les debe enseñar a mujeres y niñas a disfrutar del amor no idealizado y no dependiente, lo que ayudará a tener relaciones más sanas emocional y físicamente. De igual forma, las Políticas Públicas necesitan considerar el contexto en el que las mujeres crecemos y de que muchas de las vulnerabilidades son ajenas a nosotras.

Es indispensable, también, crear y formar masculinidades informadas. Con esta información al alcance los jóvenes serían más cuidados de su sexualidad y de con quien la ejercen, enseñándoles también a cuestionar su vida sexual a sus parejas y a normalizar la realización de exámenes médicos regulares para poder llevar una vida en pareja sana y responsable.

## Referencias

- Aguilar, L. (1993). *Estudio introductorio*. Porrúa.
- Aguilar, M. (2018). Vulnerabilidad y desigualdades de género: una mirada a partir de la subvaloración del trabajo del cuidado remunerado. En C. Bayón, S. Ochoa, & J. Rivera, *Las ciencias sociales y la agenda nacional. Reflexiones y propuestas desde las Ciencias Sociales* (págs. 1206-1227). Ciudad de México: COMECOSO. Obtenido de <https://www.comecso.com/ciencias-sociales-agenda-nacional/cs/issue/view/3/>
- Aids Healthcare Foundation, México. (6 de Marzo de 2020). *AHF México*. Obtenido de Mujeres y VIH: Empoderadas lejos de la victimización: <https://pruebadevih.com.mx/mujeres-y-vih-empoderadas-lejos-de-la-victimizacion/>
- Amador, K., Arrollo, L., Segrado, R. (2010). Turismo sexual, prostitución varonil y VIH-SIDA en Cancún. *Teoría y praxis*. 6 (7), 115-125. Obtenido de <http://risisbi.uqroo.mx/handle/20.500.12249/616>
- Amigos Contra el SIDA. ORG. (2020). *Directorio Nacional de CAPASITS*. Obtenido de <http://www.aids-sida.org/archivos/capasits/directoriocapa.html>
- Añaños, F., & Jiménez, F. (2016). Población y contextos sociales vulnerables: la prisión y el género al descubierto. *Papeles de población*, 22(87), 63-101. Obtenido de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-74252016000100063](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252016000100063)
- Aranda, P. (2000). Sexualidades en México: algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales. *Región y sociedad*, 12(9), 181-193. Obtenido de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-39252000000100006](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-39252000000100006)
- Argüello, A. (2006). Políticas públicas: formulación, implementación y evaluación. *Revista internacional de administración*, 233-237.
- Bahamon, M., Viancha, M. y Tobos, A. (2014). Prácticas y conductas sexuales de riesgo en jóvenes: una perspectiva de género. *Psicología desde el Caribe*. 31 (2), 327-353. Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0123-417X2014000200008&script=sci\\_abstract&lng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0123-417X2014000200008&script=sci_abstract&lng=es)
- Bayes, R., Pastells, S., & Tuldrá, A. (1996). Percepción de riesgo de transmisión del Virus Inmunodeficiencia Humana. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 39, 0-0.
- Bellenzani, R., Blessa, C., & Paiva, V. (2008). Scripts em cena: HIV e mercado sexual no contexto turístico. *Psicologia em Estudo*, 13(4), 653-662
- Bolaños, M. (2019). Barreras para el acceso y el uso del condón desde la perspectiva de género. *Horiz. Sanitario*, 18(1), 67-74. Obtenido de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-74592019000100067&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592019000100067&lng=es&nrm=iso)
- Bolaños, M., & Díaz, M. (2017). Integración de la perspectiva de género en la prevención de las ITS/VIH/SIDA en atención primaria a la salud. *Revista cubana de Educación Médica Superior*, 31(4), 1-8. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=81767>
- Busso, G. (2001). Vulnerabilidad social: nociones e implicancias de políticas para latinoamerica a inicios del siglo XXI. En C. E. CEPAL, *Seminario Internacional. Las diferentes expresiones de la vulnerabilidad social en América Latina y el Caribe* (págs. 3-29). Santiago de Chile. Obtenido de <http://www.derechoshumanos.unlp.edu.ar/assets/files/documentos/vulnerabilidad-social-nociones-e-implicancias-de-politicas-para-latinoamerica-a-inicios-del-siglo-xxi.pdf>
- Caballero, R., & Villaseñor, A. (2003). Conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes urbanos: consenso cultural de dudas e incertidumbres. *Salud Pública de México*, 45(1), 109-114.
- Cacho, L. (20 de junio de 2013). Escondite de pedófilos. Sin Embargo, pág. sp. Obtenido de <https://www.sinembargo.mx/20-06-2013/3015252>

- Cantú, L. (2002). De ambiente: Queer tourism and the shifting boundaries of Mexican male sexualities. *GLQ: A Journal of Lesbian and Gay Studies*, 8(1), 139-166
- Camarena, M., & Saavedra, M. (2018). El techo de cristal en México. *La ventana. Revista de estudios de género*, 5(47), 312-347. Obtenido de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-94362018000100312](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-94362018000100312)
- Camberos, M. (2017). Empoderamiento femenino y políticas públicas, una perspectiva desde las representaciones sociales de género. *Entramado*, 7(2), 40-53. Obtenido de <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/entramado/article/view/3400>
- Campos, L. (2020). La discusión de la violencia de género en la esfera pública. En L. Campos, *La interacción comunicativa en la búsqueda de soluciones para la violencia de género* (págs. 21-40). Nuevo León: Universidad Autónoma de Sinaloa.
- Carey, M., Braaten, L., Maisto, S., Gleason, J., Forsyth, A., Durant, L., & Jaworsky, B. (2000). Using Information, Motivational Enhancement, and Skills Training to Reduce the Risk of HIV Infection for Low-Income Urban Women: A Second Randomized Clinical Trial. *Health psychology*, 19(1), 3-11.
- Carrion, M. (2003). Nivel de conocimientos y prácticas de riesgo para VIH/SIDA en alumnos de nuevo ingreso en dos planteles de bachillerato de la ciudad de Cancún Q.Roo. En el ciclo escolar 2002-2003. Universidad de Quintana Roo
- Castro, R. (2003). Género y política en salud. *Salud pública México*, 45(5), 419-421. Obtenido de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342003000500016](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003000500016)
- CENSIDA. (2012). *Vigilancia epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Registro Nacional de casos de SIDA Actualización al Cierre del 2012*. Obtenido de [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/215918/RN\\_Cierre\\_2012.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/215918/RN_Cierre_2012.pdf)
- CENSIDA. (2014). *Mujeres y... el VIH y el sida en México*. México: Censida. Obtenido de [http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/M\\_V\\_S.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/M_V_S.pdf)
- Centro Nacional para la Atención y Prevención del VIH y el SIDA. (2020). *Centro de atención SAIH y CAPASITS*. Obtenido de <https://www.gob.mx/censida/acciones-y-programas/centros-de-atencion-sais-y-capasits>
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y SIDA. (2019). *Boletín de atención integral de personas con VIH. CARTA*. Obtenido de <https://www.gob.mx/censida/articulos/boletin-de-diagnostico-y-tratamiento-antirretroviral-censida?idiom=es>
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y SIDA. (2019) *Boletín de atención integral de personas con VIH. Día mundial del SIDA. 1 de diciembre*. Obtenido de [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/545616/Bolet\\_n\\_DAI\\_4to\\_trimestre\\_VF.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/545616/Bolet_n_DAI_4to_trimestre_VF.pdf)
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA. (2019). *Precios antirretrovirales ciclo 2019-2020*. Obtenido de <https://www.gob.mx/censida/documentos/precios-antirretrovirales-ciclo-2019-2020>
- Centro Nacional para la prevención y el control del VIH y el SIDA. (2018). *Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Registro Nacional de casos de SIDA. Actualización al cierre de 2018*. .
- Centro Nacional Para La Prevención y El Control Del VIH y el SIDA. (2019). *Vigilancia epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Registro nacional de casos de SIDA*.
- Chirinos, J., Bardales, O., & Segura, M. (2006). Las relaciones coitales y la percepción de riesgo de adquirir ETS/SIDA en adultos jóvenes varones de Lima, Perú. *Cad. Saúde Pública*, 22(1), 79-85. doi:<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000100009>
- COMPRANET. (2020). *Prevención y atención de VIH/SIDA y otras ITS*. Obtenido de <https://nptp.hacienda.gob.mx/programas/jsp/programas/fichaPrograma.jsp?id=12P016>

- Connell, R., & Pearse, R. (2018). *Género. Desde una perspectiva global*. Valencia: PUV. Obtenido de [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=5r10DwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT4&dq=teor%C3%ADa+g%C3%A9nero&ots=sDBB\\_Euad3&sig=\\_qTIWh29eMoSKbJhSmhuRX8WVqg#v=onepage&q=teor%C3%ADa%20g%C3%A9nero&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=5r10DwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT4&dq=teor%C3%ADa+g%C3%A9nero&ots=sDBB_Euad3&sig=_qTIWh29eMoSKbJhSmhuRX8WVqg#v=onepage&q=teor%C3%ADa%20g%C3%A9nero&f=false)
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2012). *Pobreza y género en México. Hacia un sistema de indicadores*. México, DF: CONEVAL. Obtenido de [https://www.coneval.org.mx/Informes/Coordinacion/INFORMES\\_Y\\_PUBLICACIONES\\_PDF/PobrezaGeneroenweb.pdf](https://www.coneval.org.mx/Informes/Coordinacion/INFORMES_Y_PUBLICACIONES_PDF/PobrezaGeneroenweb.pdf)
- Cordona, D. (1993). Evaluación de la amenaza, la vulnerabilidad y el riesgo. En A. Maskrey, *Los desastres no son naturales* (págs. 51-74). Lared.
- Cordoso, M. (2017). Estudio de la vulnerabilidad socio-ambiental a través de un índice sintética. Caso de distritos bajo riesgo de inundación: Santa Fe, Recreo y Monte Vera, Provincia de Santa Fe, Argentina. *Caderno de Geografía*, 27(48), 156-183. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/3332/333249827009.pdf>
- Cos, O. y Reques Velasco, P. (2019). Vulnerabilidad territorial y demográfica en España. Posibilidades del análisis multicriterio y la lógica difusa para la definición de patrones espaciales. *Investigaciones Regionales - Journal of Regional Research*, 45, 201-225. Recuperado de: <https://investigacionesregionales.org/es/article/vulnerabilidad-territorial-y-demografica-en-espana-posibilidades-del-analisis-multicriterio-y-la-logica-difusa-para-la-definicion-de-patrones-espaciales/>
- Cruz Roja Española. (12 de Mayo de 2020). *VIHTÁCORA, tu blog*. Obtenido de El amor romántico: [https://www2.cruzroja.es/info-vih/blog/detalle-blog-vih/-/asset\\_publisher/gvnCQN8dJc2f/content/el-amor-romantico?\\_com\\_liferay\\_asset\\_publisher\\_web\\_portlet\\_AssetPublisherPortlet\\_INSTANCE\\_gvnCQN8dJc2f\\_assetEntryId=231752635&\\_com\\_liferay\\_asset\\_publisher\\_web\\_p](https://www2.cruzroja.es/info-vih/blog/detalle-blog-vih/-/asset_publisher/gvnCQN8dJc2f/content/el-amor-romantico?_com_liferay_asset_publisher_web_portlet_AssetPublisherPortlet_INSTANCE_gvnCQN8dJc2f_assetEntryId=231752635&_com_liferay_asset_publisher_web_p)
- Díaz, R. (2018). Vulnerabilidad y riesgo como conceptos indisociables para el estudio del impacto del cambio climático en la salud. *Región y sociedad (online)*, 30(73), 1-33. Obtenido de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-39252018000300006](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-39252018000300006)
- Drullard, W. (19 de noviembre de 2019). Importancia de las políticas públicas con enfoque de género. *Animal político*, pág. sr. Obtenido de <https://www.animalpolitico.com/blog-invitado/importancia-de-las-politicas-publicas-con-enfoque-de-genero/>
- Faria, T., Milanes, L., De Jesus, G., Malta, J., Gir, E., & Reis, R. (2019). Factors associated with the consistent use of the male condom among women living with HIV/AIDS. *Text & context nursing*, 1-9. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0124>
- Flores, F. (2014). Vulnerabilidad y representación social de género en mujeres de una comunidad migrantes. *Península*, 9(2), 41-58. Obtenido de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-57662014000200002](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-57662014000200002)
- Franco, J. (2013). *Diseño de políticas públicas*. IEXE Editorial.
- Fuentes, D. (2003). Políticas públicas y seguridad ciudadana: la violencia como problema público. *Estudios fronterizos*, 4(8), 13-31. Obtenido de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0187-69612003000200001&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0187-69612003000200001&script=sci_arttext)
- Galarza, E., Cobo, R., & Esquembre, M. (2016). Medios y violencia simbólica contra las mujeres. *Revista Latina de Comunicación Social*(71), 818-832. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81943468042>
- Garavito, C. (2010). Vulnerabilidad en el empleo, género y etnicidad en el Perú. *Revistas PUCP*, 33(66), 89-127. Obtenido de <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/economia/article/view/798>

- García, J. (2012). Concepto de percepción de riesgo y su repercusión en las adicciones. *Salud y drogas*, 12(2), 133-151. Obtenido de <https://ojs.haaj.org/index.php/haaj/article/view/2>
- García, J. (2020). Conocimientos, prácticas y percepciones sobre VIH/SIDA y Hepatitis (B y C) en universitarios. *Universidad*. Obtenido de Conocimientos, prácticas y percepciones sobre VIH/SIDA y Hepatitis (B y C) en universitarios
- García, M. (2020). Riesgos de vulneración de los derechos fundamentales de las personas con discapacidad en relación con las crisis sanitarias. *Revista de Bioética y Derecho*, 50, 369-383. Obtenido de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1886-58872020000300022&lang=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872020000300022&lang=es)
- García, M., & Marín, H. (2014). Creación y apropiación de espacios sociales en el turismo gay: Identidad, consumo y mercado en el Caribe mexicano. *Culturales*, 2(1), 71-94.
- Gómez Tabares, A. S., & Narvaez Marin, M. (2020). Tendencias Prosociales y su Relación con la Empatía y la Autoeficacia Emocional en Adolescentes en Vulnerabilidad Psicosocial. *Revista Colombiana De Psicología*, 29(2), 125 - 148. <https://doi.org/10.15446/rcp.v29n2.78430>
- Gómez, I. (2019). Percepción de riesgo de los jóvenes universitarios frente a las ITS. *Universidad de Jaén*, 1-46. Obtenido de <http://tauja.ujaen.es/handle/10953.1/11328>
- Gómez, J. (2001). Vulnerabilidad y medio ambiente. En CEPAL, *Seminario Internacional "Las diferentes expresiones de la vulnerabilidad social en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: Celade, Cepal. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v17n69/v17n69a6.pdf>
- Gómez, L. (2019). ¿Qué conocimientos debe producir la investigación en políticas públicas en y desde América Latina? *Opera*(25), 75-96. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7017265>
- González, H. y Macías, A. Vulnerabilidad alimentaria y política alimentaria en México. (2017). *Desatados*. 25, 27-78. Obtenido de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1607-050X2007000300003&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1607-050X2007000300003&script=sci_abstract)
- González, C. (2016). Resignificando la masculinidad. La violencia hacia los hombres: un análisis desde la teoría de género. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 19(3), 1153-1177. Obtenido de [https://d1wqtxts1zle7.cloudfront.net/49355588/57278-164435-1-PB.pdf?1475617905=&response-contentdisposition=inline%3B+filename%3DRESIGNIFICANDO\\_LA\\_MASCULINIDAD\\_LA\\_VIOLEN.pdf&Expires=1604573610&Signature=VsVtodpXfGjZN56m1O-HvFxsELoYg~j84UpdATV-1Y099jyWG~](https://d1wqtxts1zle7.cloudfront.net/49355588/57278-164435-1-PB.pdf?1475617905=&response-contentdisposition=inline%3B+filename%3DRESIGNIFICANDO_LA_MASCULINIDAD_LA_VIOLEN.pdf&Expires=1604573610&Signature=VsVtodpXfGjZN56m1O-HvFxsELoYg~j84UpdATV-1Y099jyWG~)
- González, B. (2019). Prácticas sexuales y percepción del riesgo frente al VIH/SIDA en estudiantes de la Institución educativa Santa Rita de Cassia de San Vicente de Cañete, 2019. Cañete, Perú: Universidad Privada Sergio Bernales.
- González, R. (2009). Estudios de género en educación. Una rápida mirada. . 12(42). 681-699. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.ao?id=14011807002>
- González, S., & Oliva, E. (2017). Análisis de la vulnerabilidad y resiliencia económica de Baja California en el contexto de la crisis financiera internacional. *Frontera norte*, 29(58), 141-169. Obtenido de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0187-73722017000200141](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-73722017000200141)
- Guadarrama, G. (2010). El enfoque de género y la agenda de gobierno. Una aproximación al proceso de institucionalización en el Estado de México. *COFACTOR*, 1(2), 75-93. Obtenido de <https://www.fundacionhenrydunant.org/images/stories/biblioteca/Genero-Mujer-Desarrollo/enfoque%20de%20genero%20y%20agenda%20de%20gobierno.pdf>
- Guzmán, M., & Pérez, A. (2007). Epistemologías feministas y la teoría de género. Cuestionando su carga ideológica y política versus resolución de problemas concretos de la investigación científica. *Cinta de Moebio*, 22, 0. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.ao?id=10102207>

- H. Congreso del estado de Quintana Roo. (2016). Iniciativa de Ley para la prevención del Virus de Inmunodeficiencia Humana y de respuesta al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida del Estado de Quintana Roo.
- Hernández, A., & Gonzáles, J. (2016). Los roles y estereotipos de género en los comportamientos sexuales de jóvenes de Coahuila, México: aproximación desde la Teoría Fundamentada. *Ciencia Ergo Sum*, 112-120. Obtenido de <https://www.redalyc.org/jatsRepo/104/10446094003/index.html>
- Herrera, C., & Campero, L. (2002). La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. *Salud pública Mex*, 44(6), 554-564. Obtenido de <http://www.insp.mx/salud/index.html>
- Instituto Nacional de Estadístico y Geografía. (2019). *Población total por entidad federativa según sexo, 2000, 2005 y 2010*. Obtenido de <https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/default.html?nc=mdemo02>
- Lameiras, M., Rodríguez, Y., & Dafonte, F. (2002). Evolución de la percepción de riesgo de la transmisión heterosexual del VIH en universitarios/as. *psicothema*, 14(2), 255-261.
- Lagarde, M. (1996). Género y feminismo. España: Grafistaff., Recuperado de <https://desarmandolacultura.files.wordpress.com/2018/04/lagarde-marcela-genero-y-feminismo.pdf>
- Ledesma, M. (2018). La vulnerabilidad del género. Una mirada desde el diseño social. En C. d. Comunicación, *Presente y futuro del diseño latino* (págs. 69-80). Buenos Aires: Facultad de diseño y comunicación. Obtenido de [https://fido.palermo.edu/servicios\\_dyc/publicacionesdc/cuadernos/detalle\\_articulo.php?id\\_articulo=13901&id\\_libro=663](https://fido.palermo.edu/servicios_dyc/publicacionesdc/cuadernos/detalle_articulo.php?id_articulo=13901&id_libro=663)
- López, I. (2005). Género en la agenda internacional del desarrollo. Un enfoque de derechos humanos. *Revista Académica de Relaciones Internacionales*(2), 1-30. Obtenido de <https://repositorio.uam.es/>
- López, N., Vera, L., & Orozco, L. (2001). Diferencias en los conocimientos, actitudes y comportamientos sexuales relacionados con el SIDA, entre hombres y mujeres jóvenes de Bucaramanga. *Colombia Médica*, 32(1), 32-40.
- McKercher, B., & Bauer, T. (2003). Conceptual Framework of the Nexus between. En T. Bauer, & B. McKercher, *Sex and Tourism, Journeys of Romance, Love and Lust* (págs. 3-18). New York: Haworth.
- Magis, C., Bravo, E., Gayet, C., Rivera, P., & De Luca, M. (2008). *El VIH y el SIDA en México al 2008; hallazgos, tendencias y reflexiones*. Ciudad de México: Colección ángulos del SIDA. Obtenido de [http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/VIHSIDA\\_MEX2008.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/VIHSIDA_MEX2008.pdf)
- Mejía, J. (2012). Modelos de implementación de las políticas públicas en Colombia y su impacto en el bienestar social. *Analecta política*, 2(3), 141-164. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5206421>
- Medline Plus. (23 de Noviembre de 2020). *MedlinePlus*. Obtenido de VIH y el Sida en mujeres: <https://medlineplus.gov/spanish/hivaidsinwomen.html>
- Montecinos, E. (2007). Límites del enfoque de las políticas públicas para definir un "problema público". *Cuadernos de Administración*, 20(33), 323-335. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=20503314>
- Morales, S. (2017). *¿cómo se define un problema público? La dimensión política*. Obtenido de IEXE. Universidad: <https://www.iexe.edu.mx/administracion-publica/como-se-define-un-problema-publico-la-dimension-politica.html>
- Morales, S. (04 de octubre de 2020). *Definición clave de Política Pública: de la Teoría a la práctica*. Obtenido de IEXE. Universidad: <https://www.iexe.edu.mx/maestria-en-evaluacion-de-politicas-publicas/definiciones-clave-de-politica-publica-de-la-teoria-a-la-practica.html>

- Mujer y Salud Mental. (09 de Noviembre de 2020). *Factores de vulnerabilidad*. Obtenido de Mujerysaludmental.org: <https://www.mujerysaludmental.org/es/violencia-contra-la-mujer/analisis-de-la-situacion/factores-de-vulnerabilidad>
- Mummert, G. (1997). "Juntos o despartados": migración transaccional y la fundación del hogar. En G. Mummert, *Fronteras Fragmentadas* (págs. 451-473). Zamora, Michoacán: El Colegio de Michoacán. Obtenido de <http://colmich.repositorioinstitucional.mx/jspui/handle/1016/754>
- Naciones Unidas México. (05 de octubre de 2020). *Objetivos del Desarrollo del Milenio*. Obtenido de <https://www.onu.org.mx/agenda-2030/objetivos-de-desarrollo-del-milenio/>
- Nebot, J., García, M., Ruiz, E., & Giménez, C. (2018). Sexo y amor: cuando la forma de entender el amor se convierte en un riesgo para la salud sexual de los jóvenes. *Ágora de salud*, 401-409. Obtenido de <http://www.codajic.org/node/3541>
- ONU MUJERES. (junio de 2016). *Hechos y cifras: el VIH y el SIDA*. Obtenido de <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/hiv-and-aids/facts-and-figures>
- ONU MUJERES. (Octubre de 2020). *Hacer las promesas realidad: la igualdad de género en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Obtenido de <https://www.unwomen.org/es/digital-library/publications/2018/2/gender-equality-in-the-2030-agenda-for-sustainable-development-2018>
- ONUSIDA. (2019). *Hoja informativa - Día mundial del SIDA 2019*.
- Organización Mundial de la Salud. (15 de noviembre de 2019). *VIH/SIDA. Datos y cifras*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
- Organización Mundial de la Salud. (2002). Percepción de los riesgos. En O. M. Salud, *Informe sobre la salud en el mundo 2002* (pág. 33). Obtenido de <https://www.who.int/whr/2002/en/Chapter3S.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (noviembre de 2017). *10 datos sobre el VIH/sida*. Obtenido de <https://www.who.int/features/factfiles/hiv/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (Noviembre de 2017). *Preguntas y respuestas sobre el SIDA*. Obtenido de <https://www.who.int/features/qa/71/es/>
- Pérez, A. (2002). Una lectura de los derechos sexuales y reproductivos desde la perspectiva de género. Panorama internacional entre 1994 y 2001. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*(105), 1001-1027.
- Pérez, E., Soler, Y., Pérez, R., López, E., & Leyva, V. (2016). Conocimientos sobre VIH/SIDA, percepción de riesgo y comportamiento sexual en estudiantes universitarios. *Multimed*, 20(1). Obtenido de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=63845>
- Pérez, L. (2007). Desarrollo, derechos sociales y políticas públicas. En L. E. Pérez, R. Uprimny, & C. Rodríguez, *Los derechos sociales en serio. Hacia un diálogo entre derechos y políticas públicas*. Bogotá: DeJusticia. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=737590>
- Pérez, M. (2005). Aproximación a un estudio sobre vulnerabilidad y violencia familia. *Boletín mexicano de derecho comparado*, 38(113), 845-867. Obtenido de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0041-86332005000200009](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0041-86332005000200009)
- Piña, J., & Urquidi, L. (2004). Conductas de riesgo para la infección por VIH en adultos jóvenes con pareja regular. *Enseñanza e investigación en psicología*, 9(2), 227-236. Obtenido de [redalyc.org](http://redalyc.org)
- Pizarro, R. (2001). *La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina*. Santiago de Chile: Naciones Unidas. Obtenido de [file:///C:/Users/Andreita/Downloads/S0102116\\_es.pdf](file:///C:/Users/Andreita/Downloads/S0102116_es.pdf)
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2012). *EN CURSO: Integración de la perspectiva de género en los planes y estrategias nacionales de VIH/SIDA*. Obtenido de

<http://docplayer.es/15124443-En-curso-integracion-de-la-perspectiva-de-genero-en-los-planes-y-estrategias-nacionales-de-vih.html>

- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2014). *Informe sobre Desarrollo Humano, 2014*. Organización de las Naciones Unidas. Obtenido de <https://www.undp.org/content/undp/es/home/librarypage/hdr/2014-human-development-report.html>
- Quintal, R., & Vera, L. (2014). Migración, etnia y género: tres elementos claves en la comprensión de la vulnerabilidad social ante el VIH/SIDA en la población maya de Yucatán. *Península*, 9(2), 99-129. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1870576614718021>
- Quintero, M., Fonseca, C., Padilla, S., & Velázquez, E. (2012). La salud y la categoría de género. En S. Padilla, M. Quintero, & E. Velázquez, *Género y salud: visiones multireferenciales*. Editorial Miguel Ángel Porrúa.
- Quiroz, L. (2017). Actitudes, conductas y conocimiento hacia el VIH/SIDA de los estudiantes del primer y cuarto semestre de la carrera de medicina de la Universidad de Quintana Roo. Universidad de Quintana Roo.
- Rathe, M., Lora, D., & Rathe. (2003). Impacto socioeconómico del VIH-SIDA en el sector turístico de la República Dominicana: un estudio de caso en la costa Este. Santo Domingo: COPRESIDA/ PNUD/ Fundación Plenitud
- Ramos, M. (02 de mayo de 2019). Tratamiento para el VIH cuesta hasta 20 mil pesos. *Milenio 2020*, pág. s/r. Obtenido de <https://www.milenio.com/politica/comunidad/tratamiento-vih-cuesta-20-mil-pesos>
- Rodríguez, A., & Alvarez, L. (2006). Percepciones y comportamientos de riesgos en la vida sexual y reproductiva de los adolescentes. *Revista cubana de Salud Pública*, 32(1), 1-9.
- Rodríguez, E. (2016). Factores de riesgo o vulnerabilidad ante la violencia de género de las mujeres residentes en municipios pequeños o rurales desde una perspectiva ecológica. *Universidad Jaume I*. Obtenido de [http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/167050/TFM\\_2015\\_rodriguezE.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/167050/TFM_2015_rodriguezE.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Romero, M. y Romero, A. (2009). VIH: impacto en la vida de las mujeres. *Sidastudi*. 115-131. Recuperado de <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD61079.pdf>
- Rojas, O. (2016). Mujeres, hombres y vida familiar en México. Persistencia de la inequidad de género anclada en la desigualdad social. *Dialnet*, 2(3), 73-101. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5747339>
- Roth, A. (2002). *Políticas públicas. Formulación, implementación y evaluación*. Bogotá: Ediciones Aurora. Obtenido de <http://repositorio.colciencias.gov.co/handle/11146/519>
- Ruíz, P., Quesada, V., & Segura, J. (2010). Nuevas representaciones de la trata de personas y pornografía en internet. *Abaco: Revista de Cultura y Ciencias Sociales* (66), 108-114.
- Ruggiu, I. (2020). La diversidad cultural como bien común y como situación de vulnerabilidad en la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos sobre minorías culturales. En L. Ríos, & I. Spigno, *Estudios de casos líderes interamericanos y europeos* (págs. 463-490). Ciudad de México: Tirant Lo Blanch. Obtenido de <https://iris.unica.it/handle/11584/295509#.X6fD7GhKjIU>
- Sánchez, F., Rubio, J., Páez, D., & Blanco, A. (1998). Optimismo ilusorio y percepción del riesgo. *Boletín de psicología*(58), 7-17. Obtenido de <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N58-1.pdf>
- Sánchez, R. (2015). *Letra Ese*. Obtenido de Fidelidad, amor y VIH: <https://letraese.jornada.com.mx/2021/03/04/fidelidad-amor-y-vih-2655.html>
- Sánchez, T. (2018). Políticas sanitarias e igualdad entre mujeres y hombres. *Revista de Bioética y Derecho*, 43, 179-192. Obtenido de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1886-58872018000200013&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872018000200013&lng=es&tlng=es)

- Saura, S., Jorquera, V., Rodríguez, D., Mascort, C., Castellá, I., & Jordi, G. (2017). Percepción del riesgo de infecciones de transmisión sexual/VIH en jóvenes desde una perspectiva de género. *Atención primaria*, 51(2), 61-70. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656717300343>
- Servicios Estatales de Salud del Estado de Quintana Roo. (2018). *Boletín epidemiológico estatal*, 2018. Obtenido de <https://qroo.gob.mx/sesa/dss/sve/boletines-semanales-2018>
- Shamah, T., Campos, I., Cuevas, L., Hernández, L., Morales, M., Rivera, J., & Barquera, S. (2019). Sobrepeso y obesidad en población mexicana en codición de vulnerabilidad. Resultados de la Ensanut 100K. *Salud Pública de México*, 61(6), 852-865. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=90731>
- Sibalde, I., Sibalde, M., da Silva Santana, A., Scorsolini-Comin, F., Brandao, W., & Meirelles, E. (2020). Factores relacionados con la resiliencia adolescente en contextos de vulnerabilidad social: revisión integradora. *Enfermería global*, 19(59), 582-625. Obtenido de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412020000300582&lang=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412020000300582&lang=pt)
- Sistema SALVAR. Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA. Corte 2020
- Soberón, G. (1988). SIDA: características generales de un problema de salud pública. *Salud Pública Mex*, 30, 504-512. Obtenido de <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/dd4549.pdf>
- Solari, L., Valdez, L., Echeverria, J., & Gotuzzo, E. (1999). Mujeres con VIH/SIDA en el H. Nacional Cayetano Heredia en Lima, Perú. *Medica herediana*, 10(2), 89-96.
- Théodore, F., Gutierrez, J., Torres, P., & Luna, G. (2004). El sexo recompensado: una práctica en el centro de las vulnerabilidades (ITS, VIH, SIDA) de las jóvenes mexicanas. *Salud pública de México*, 37(5), 104-112.
- Urzua, A., & Patricia, B. (2008). Vulnerabilidad al VIH en mujeres en riesgo social. *Revista de salud pública*, 4(5), 822-829. Obtenido de [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102008000500006&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102008000500006&script=sci_arttext)
- Valle, M., Benavides, R., & Álvarez, A. (2011). Conducta sexual de riesgo para VIH/SIDA en jóvenes universitarios. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 9(3), 133-136. Obtenido de [http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista\\_enfermeria/article/view/460/465](http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/460/465)
- Villegas, N., Ferrer, L., & Peragallo, N. (2011). Conocimientos y autoeficacia asociados a la prevención del VIH y SIDA en mujeres chiles. *Investigación y educación*, 29(2), 222-229.
- Vizcarra, I. (2008). Entre las desigualdades de género: u lugar para las mujeres pobres en la seguridad alimentaria y el combate al hambre. *Argumentos (México, DF)*, 21(57), 141-173. Obtenido de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0187-57952008000200007](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-57952008000200007)
- Zevallos, N. (2014). Hoja de coca y la estrategia nacional de lucha contra las drogas 2007/2011: el problema público en el control de cultivos. *Revista de ciencia política y gobierno*, 1(1), 97-113. Obtenido de <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/cienciapolitica/article/view/11894>