



Enero 2009

## MUJER Y SIDA: UN DOLOR SOCIAL

**DR. FRANCISCO BIJARRO HERNANDEZ**  
CENTRO DE INVESTIGACION SOCIAL  
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE TAMAULIPAS, MEXICO  
fbajarro@uat.edu.mx

**MTRA. SUSANA MENDIOLA INFANTE**  
FACULTAD DE ENFERMERIA VICTORIA  
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE TAMAULIPAS, MEXICO  
mendiolainfante@hotmail.com

**MTRO GERARDO FLORES SANCHEZ**  
SECRETARIA DE SALUD EN TAMAULIPAS MEXICO  
geromen@hotmail.com

Para citar este artículo puede utilizar el siguiente formato:

**Bijarro Hernández, Mendiola Infante y Flores Sánchez:** *Mujer y sida: un dolor social*, en Contribuciones a las Ciencias Sociales, enero 2009.  
[www.eumed.net/rev/cccss/03/his.htm](http://www.eumed.net/rev/cccss/03/his.htm)

---

## **INTRODUCCIÓN**

Esta investigación se encuentra enmarcada dentro de una línea de la cultura de los cuidados, específicamente se refiere a la interrelación que existe entre cuidados y calidad de vida en personas con VIH/SIDA. Se enfoca en el grupo de población de mujeres, por lo cual se trata también de un estudio con enfoque de género. Desde esta perspectiva esta investigación se ocupa del VIH/SIDA como problema de salud emergente que plantea retos a la sociedad en el campo científico y humanístico.

Por lo que se pretende conocer cual es la cultura de los cuidados en las mujeres con VIH/SIDA en Cd Victoria Tamaulipas y la interrelación con su calidad de vida.

Esto implica abordar la calidad de los cuidados, la cultura de los cuidados, la calidad de vida, la situación epidemiológica del VIH/SIDA en las mujeres de Cd Victoria Tamaulipas, sus contextos culturales de su vulnerabilidad epidemiológica, de la calidad de los cuidados de su salud y de su calidad de vida, así como la percepción o representación social que el personal de salud y las mujeres afectadas tiene de su propio estatus de salud/enfermedad y cual es la respuesta individual y social de las mismas mujeres ante tal situación.

Por otra parte en cuanto a la calidad de vida, esta investigación se plantea contribuir al desarrollo de concepciones que amplían su comprensión y medición más allá de los aspectos físicos para considerar las necesidades emocionales y aún espirituales de las mujeres con VIH/SIDA, con un abordaje humanista.

Aunque la investigación es descriptiva y exploratoria, se busca aportar evidencias de cómo la epidemia del VIH/SIDA en las mujeres de Cd Victoria Tamaulipas, plantea retos no solo científico-técnicos al Sistema de Salud del estado para el cuidado de la salud de las afectadas por este padecimiento, sino fundamentalmente desafíos a la cultura que conforma un contexto desfavorable a las mujeres para el control de la epidemia y para mejorar su calidad de vida.

Abordar los factores que hacen a las mujeres más vulnerables al VIH y el SIDA constituyen un reto pendiente. La vulnerabilidad de la mujer ante el SIDA, la violencia y la pobreza, comparten una base común que tiene que ver con las relaciones desiguales de poder y que puede explicar también el porque la mujer con VIH/SIDA es sobrecargada con las tareas de cuidadora a sus familiares enfermos de SIDA y puesta en condiciones en que ella misma posterga el reconocimiento, la demanda y recepción de cuidados como paciente

### **ANTECEDENTES:**

#### *Situación del VIH/SIDA en mujeres de América Latina*

La OPS reporta que las mujeres son el grupo de población con el crecimiento más rápido en infectados por el VIH en América Latina y el Caribe. Cada día se infectan por el VIH 150 mujeres de esta región, según la OMS y el ONUSIDA. En los adultos la proporción de mujeres es ahora de 40% en el caribe, y de 36% en los países de América latina. A nivel mundial, las mujeres constituyen el casi la mitad de los casos en adultos de 15 a 49 años, lo que corresponde a cerca de 20 millones de infectadas.

Se puede afirmar que el avance de la pandemia del SIDA se encuentra en un franco proceso de feminización por la combinación de diversos factores, entre los que tienen mayor peso los sociales como la pobreza, el bajo nivel educativo, la dependencia económica al hombre, entre otros, que se entrelazan con aspectos culturales como el machismo y la violencia. Las mujeres mas jóvenes tienen 1.6 veces más probabilidad de infectarse por el VIH que los hombres jóvenes. Al mismo tiempo las mujeres jóvenes y las niñas reciben menos información sobre el SIDA y su transmisión que los hombres, lo cual dificulta que se auto identifiquen en riesgo, haciéndolas aún más vulnerables.

Para lo anterior contribuyó como se ha señalado, que en la primera década de la pandemia se impulso el concepto androcéntrico de grupos de

riesgo, en el que el hombre fue identificado como la población prioritaria a atender.

Por otra parte si se consideran las mujeres de todas las edades el riesgo de contraer VIH/SIDA es de 2 a 4 veces mayor que en los hombres, también de todas las edades.

Actualmente, además de las adolescentes, se han identificado claramente subgrupos de mujeres que son más vulnerables que otros como las compañeras de hombres migrantes o de usuarios de drogas inyectables, mujeres que intercambian sexo por dinero o drogas, mujeres de sectores sociales en pobreza y pobreza extrema, mujeres indígenas y mujeres con compañeros que tienen múltiples parejas sexuales.

El impacto del SIDA sobre las mujeres en nuestra región amenaza la capacidad social del cuidado de los enfermos, puesto que ellas son las principales proveedoras de cuidado en la familia. También aumentan el riesgo de la presentación de la transmisión peri natal del VIH a los hijos de madres infectadas.

Por esta razón ONUSIDA ha señalado que a menos que las políticas y programas de prevención del SIDA se enfrenten a la desigualdad entre los sexos, los esfuerzos para detener la epidemia y reducir su impacto, resultaran en vano.

En 2004 las agencias de la Organización de las Naciones Unidas exhortaron a los gobiernos de las naciones de esta región a que adoptaran e implementaran. Políticas que cambien los factores que hacen a las mujeres y a las niñas especialmente vulnerables al VIH. Entre las recomendaciones formuladas para revertir esta situación desfavorable de las mujeres de América Latina ante la epidemia del SIDA, están:

- Promover y proteger los derechos humanos de las mujeres y las niñas y luchar contra el estigma y la discriminación.
- Integrar el tema de mujeres y VIH en la planificación nacional del desarrollo.
- Aumentar la capacidad de decisión de las niñas, niños, mujeres y hombres incrementando el acceso a la educación, la alfabetización y la información acerca de la salud reproductiva.
- Mejorar los servicios de salud sexual y reproductiva para todos mediante la ampliación de la cobertura y la accesibilidad y una mayor sensibilidad respecto a las diferencias entre hombre y mujeres.
- Garantizar el acceso igualitario y universal a la atención integral y los tratamientos del VIH/SIDA para las mujeres.
- Aumentar la facilidad para conseguir preservativos femeninos y acelerar la investigación sobre otros métodos de prevención controlados por las mujeres, como los microbicidas.
- Trabajar con otros grupos vulnerables a la infección por el VIH, incluidos las personas profesionales del sexo, las que consumen drogas inyectables, los hombres que tiene sexo con otros hombres y los adolescentes.
- No aceptar ninguna forma de violencia contra mujeres y niñas.

- Elaborar estrategias que tengan en cuenta las necesidades y particularidades de género para aquellos que prestan cuidados a personas con VIH/SIDA.
- Asegurar que los fondos de la respuesta al VIH/SIDA en la región generen los máximos beneficios para las mujeres.

VIH/SIDA en Tamaulipas, México, tiene una extensión de 79 mil kilómetros cuadrados, que lo coloca en el 7º. Lugar en el país por su superficie. Al norte limita con EEUU, a través de 470 Km. de longitud. Al sur con el estado de Veracruz y San Luis Potosí. Al este tiene un litoral de 440 kilómetros de longitud, la mitad del cual está ocupado por lagunas salobres. El trópico de Cáncer cruza la entidad en el paralelo 23 grados 27 minutos 15 segundos.

Tiene una población de 2 850 000 habitantes. El 85% vive en las ciudades, las cuales tienen una magnitud media y están distribuidas en la frontera el centro y sur del estado. La densidad mayor se encuentra en la zona conurbada de Tampico-madero-Altamira, que es el municipio de mayor velocidad en su crecimiento.

En la frontera existe una proporción que llega hasta el 15% de su población que es flotante o migrante, sobretodo en Reynosa, Nvo. Laredo es la ciudad que tiene el mayor número de cruces fronterizos tanto de personas como de bienes para el comercio binacional.

Todo lo anterior expone al estado a un alto nivel de riesgo para la expansión de la epidemia y crea retos financieros, científico-técnicos y culturales para atender la demanda de prevención y cuidados a las personas afectadas por la epidemia.

En el Estado de Tamaulipas, los primeros casos de personas infectadas por el VIH se conocieron en 1987, los cuales fueron reportados a la Jurisdicción

Sanitaria N° II de Tampico. Estos correspondieron a pacientes que estaban siendo hemodializados y recibiendo transfusiones de sangre que muy probablemente provenía de donadores remunerados infectados. Ese mismo año se constituye en Tamaulipas el Comité Estatal de Prevención de SIDA y la Secretaría de Salud a Nivel Federal reglamenta y prohíbe la comercialización de la sangre a través del Programa “Sangre Segura”, emitiendo normas sobre los Bancos de Sangre, los cuales quedan bajo estricto control de la Secretaría de salud, esto permitió en Tamaulipas el descenso drástico y prácticamente la eliminación de la propagación VIH/SIDA por este mecanismo de transmisión desde 1993, hace 13 años.

De 1987 a Marzo del 2002 la epidemia registró en nuestro Estado 1,848 infectados. Las Jurisdicciones de Tampico (688), Reynosa (462), Matamoros (289) y Nuevo Laredo (192), registraron el mayor número de estos infectados, seguidas de las Jurisdicciones de Victoria (152), Mante (53), Jaumave (7) y San Fernando (5). Del total de infectados, 851 (46%) corresponden a seropositivos y 997 (53.9%) a casos de SIDA. De acuerdo al Registro Nominal Estatal de VIH/SIDA, 722 (39%) han muerto y 1126 (61%) les sobreviven. Si consideramos que las defunciones solo ocurren en los casos de SIDA, significa que la letalidad en los casos es de es de 72.4%. Se ha podido verificar que hasta el 50% de las notificaciones mensuales corresponden a defunciones, de las cuales el 60% son extemporáneas. Por lo tanto la mortalidad podría llegar

hasta el 80% y los sobrevivientes serían alrededor de 200, la mitad de los cuales se considera, son atendidos por la Seguridad Social y quedarían según estas estimaciones 100 enfermos de SIDA en la población abierta.

El grupo de edad más afectado es el de 25 a 44 años de edad con un 63% (1169) infectados, seguida del grupo de 15 a 24 años de edad con un 21% (379), es decir en conjunto el 84% de los infectados, corresponde a la población económicamente productiva. El grupo de adolescentes y jóvenes tiene aún más

importancia si se considera que los adultos se infectaron diez años antes, cuando la mayoría eran menores de 18 años.

Al inicio de la epidemia se observó una relación hombre mujer de 17:1, con el transcurso de los años esta relación se acortó actualmente a 4.3: 1. En la zona conurbada de Tampico-Madero esta relación es ya cercana a 1:1 en los grupos más urbanos y jóvenes, lo que significa una tendencia de franco comportamiento heterosexual de la Epidemia en el centro y sur del Estado. En el análisis de los infectados nuevos, se puede apreciar que son los grupos de población de jóvenes y de mujeres casadas los que están aportando actualmente el mayor número de nuevos infectados, lo que en el futuro mediano se podría expresar en un incremento de embarazadas infectadas, casos de VIH pediátricos y defunciones en mujeres adultas jóvenes (esposas y madres).

Desde 1987 al iniciar la epidemia, el mecanismo de transmisión que mayor número de casos aporta es el sexual (80%); en un porcentaje importante se desconoce su mecanismo de transmisión (18%). La transmisión peri natal hasta el momento no ha registrado el incremento esperado, probablemente por razones de subregistro, se estima que con la prevalencia nacional del VIH en embarazadas, deberían de registrarse anualmente en nuestro Estado de 20 a 23 casos peri natales, sin embargo en 14 años solo se han conocido 25. Por otra parte, como ya se señaló, desde 1993 no se registran casos transmitidos por hemotransfusión. Es importante analizar el comportamiento en los grupos de riesgo, es decir, al inicio de la epidemia, el mayor número se registraba en homosexuales, en 1990 se observó que se incrementan los casos en heterosexuales y bisexuales, probablemente este relacionado con la disminución de la relación hombre mujer.

La transmisión del VIH por medio del uso de drogas inyectables no ha sido aún bien estudiada en Tamaulipas. A fines del año 1999 se realizó con la Dirección de Investigación del CONASIDA una encuesta centinela en el



CERESO 2 (penal) de la ciudad fronteriza de Nuevo Laredo enfocada a los usuarios de drogas inyectables (UDI). De los 111 internos que aceptaron participar (el 85% de la muestra), el 79% consumieron drogas por lo menos una vez en su vida; el 45.4% fue por vía inyectable; el 50% ha usado heroína inyectable; el 26% usaron cocaína y heroína también por esa vía; el 83% acudieron a “picaderos” donde les rentan las jeringas; sólo el 18.6% usó cloro para “limpiar” sus jeringas y sólo el 19% habían usado condón en los últimos 6 meses. Se detectaron 2 internos con VIH, lo que representa una prevalencia de 1.8 por 100 en los internos participantes y de 3.6 por 100 entre los usuarios de drogas inyectables. Como ambos fueron varones, la prevalencia en 52 hombres internos del CERESO usuarios de drogas inyectables alcanza el 3.8 por 100. Es importante destacar que el 45% de los usuarios de drogas inyectables declararon tener pareja sexual estable.

En la comparación de estos resultados con investigaciones en poblaciones similares de Tijuana y Cd. Juárez, el porcentaje de usuarios de esta droga inyectable en Nvo. Laredo es superior, llegando a ser el doble de la de

Juárez (25.1%). Para cocaína es 7 veces superior que la del consumo en Tijuana y 3 veces superior que el consumo en Nvo. Laredo.

Considerando que los penales del país y sobretodo los de la frontera siguen siendo un centro muy importante de la circulación y consumo de drogas, entre ellas las inyectables, los resultados antes mencionados confirman que la población de internos es un grupo de alto prioridad para intervenciones de vigilancia epidemiológica, preventivas y de mitigación del daño respecto al binomio UDI-VIH.

La caracterización de la Epidemia del VIH/SIDA en Tamaulipas con base en los registros de 14 años, muestra que se pueden distinguir 3 etapas en su desarrollo: en la primera, de 1987-1989 avanzó con menor velocidad infectando personas de la zona conurbada de Tampico que recibieron sangre contaminada. Los casos por transmisión sexual fueron en homosexuales (bisexuales); en la segunda etapa: de 1990 a 1996 ocurrieron casos por hemotransfusión y se incrementó moderadamente la velocidad de la epidemia, tendiendo a igualarse la proporción de homosexuales y heterosexuales; surgieron casos por transfusión peri natal y adquirió más importancia la proporción (que va del 25-40%) de infectados en que se ignora el mecanismo de transmisión; finalmente de 1997 a la fecha, la tercera etapa, se está mostrando una aceleración en el incremento de los casos, duplicándose prácticamente cada dos años, con una proporción significativa entre homosexuales y heterosexuales, con un constante aumento de casos en mujeres y una distribución en todo el estado en la que destacan además de Tampico y Victoria, las ciudades fronterizas, particularmente Reynosa y Matamoros. Llama la atención que más del 50% de casos notificados es extemporáneo y muchos casos se están conociéndose hasta que fallecen.

Por otra parte pese a la creciente movilidad de los jornaleros agrícolas que emigran temporalmente a EE.UU., son escasas las notificaciones en las jurisdicciones más rurales del Estado como son Jaumave, San Fernando y Mante, por lo cual es altamente probable que la subnotificación sea muy importante y que sus parejas femeninas estén siendo infectadas. En 1998 la epidemia del VIH/SIDA en Tamaulipas empezó a mostrar una tendencia a desacelerarse el número absoluto de casos al año con relación a los años anteriores. Debido a que no se hay estudios sistemáticos y actualizados de la seroprevalencia en los diversos grupos de población y no se ha consolidado el sistema de registro de casos con base a la fecha de diagnóstico y aún no se ha

mejorado sustancialmente la oportunidad y completividad del mismo, la información solo es una aproximación a la realidad.

Las estimaciones hechas de acuerdo a los indicadores que propone el Centro Nacional para la Prevención del SIDA, para considerar el retraso y el subregistro, indican que para finales del año 2004, en nuestro Estado había de 3 290 a 3 758 personas infectadas por el VIH (entre seropositivos y casos).

Las condiciones demográficas y geográficas en el estado, así como la cultura y el tránsito de migrantes hacia los Estados Unidos, han colocado a Tamaulipas en el 15° lugar nacional, con una tasa de 2.27 x 100,000 hab. , por debajo de la media nacional de 3.87 x 100,000 habitantes.

En 1999 se inicia en Tamaulipas la Red Estatal de Módulos de Atención Especializada de SIDA con servicio de atención especializada estableciéndose en el Hospital general de CD. Victoria atendiendo 5 casos. En el año 2000 se abrió otro servicio al que se llamó Módulo de Atención especializada de SIDA (MAES) en el Hospital General de Tampico, con el que se acumulo un total de 18 pacientes que ascendieron a 54 al final de ese año.

Actualmente, con el uso de la terapia antirretroviral altamente activa (TAARA) que aumenta la expectativa de vida de los pacientes, el número de casos en tratamiento ascendió a 136, que incluían a 12 embarazadas y 12 menores hijos de estas madres con VIH.

A Junio del presente año el número de casos en tratamiento ARV de esta Red Estatal de MAES es de 220 personas, de las cuales 152 son hombres y 68 mujeres. Además se da un seguimiento clínico a 75 personas infectadas con el VIH pero sin síntomas (seropositivos) y sin tratamiento; de estas 47 son hombres y 31 mujeres.

En relación al Marco jurídico para la cultura de los cuidados a las mujeres con VIH La ICW fue fundada en 1992, como respuesta a la necesidad de las mujeres de impulsar a la situación precaria de la mujer y su necesidad de atención y cuidado frente al SIDA presentada en la octava Conferencia Internacional de SIDA en Ámsterdam.

En su primera preconferencia la ICW, redactó la “Declaración de los 12 principios” La ICW en sus 12 principios y Plan estratégico, para mejorar la situación global de mujeres viviendo VIH/SIDA en todo el mundo, señala respecto al cuidado de las mujeres que: *“Necesitamos acceso fácil y asequible a los servicios de salud integral (convencionales y complementarios) e investigación acerca de cómo el virus afecta a la mujer.”* Punto 3.

*“Necesitamos educación y capacitación a los proveedores de asistencia sanitaria y a la comunidad en general sobre, los riesgos en la mujer y nuestras necesidades. Información actualizada y precisa sobre todos los problemas que afectan a las mujeres viviendo con el VIH debería estar disponible de manera fácil y gratuita.”. Punto 8.*

*“Necesitamos incluir en cualquier definición de SIDA los síntomas y las manifestaciones clínicas específicas de la mujer” No. 12.*

En el Plan Estratégico, señala en sus estrategias y resultados propuestos para 2007:

- En su inciso No. 2: Apoyar a las mujeres VIH positivas en la exigencia activa de una mejor calidad de vida y en la utilización de todos los medios a su alcance para mejorar el cuidado y el tratamiento.
- En su inciso No. 4: Abogar por el derecho al acceso a la seguridad social (servicios de salud), seguros para mujeres VIH positivas, y el cuidado comprensivo, así como medicinas adecuadas.
- En su inciso No. 5: Educar a PVVS y personal médico acerca de drogas medicinales, efectos secundarios y problemas de adherencia.

En los resultados se espera que:

- Se logre mejor cuidado y mayor acceso al tratamiento para mujeres VIH positivas.
- En cuanto a las cuestiones consideradas en el cuidado y tratamiento, el Plan estratégico señala:
  - Infecciones oportunistas- diagnóstico y tratamiento
  - Tratamiento antirretroviral, con acceso a la información sobre dosificación y efectos secundarios.
  - Exámenes ginecológicos
  - Vacunas
- Distribución equitativa con el hombre para el trabajo del cuidado y de las labores del hogar para reducir la carga de la mujer a fin de que dedique más atención a su propio cuidado.

### **UN ESCENARIO, UNA REALIDAD**

El conocimiento de la situación que vive la mujer con VIH/SIDA en Cd. Victoria Tamaulipas, en los últimos 17 años entre infectados por VIH hombres y mujeres a pasado de 17:1 en 1987 a 3:1 en el año 2005. Esto significa que las mujeres son una población crecientemente afectada por la epidemia. El contexto de la vulnerabilidad de la mujer tamaulipeca ante el VIH/SIDA tiene un componente cultural que no ha sido suficientemente abordado con metodología científica. El contraste entre el avance del VIH/SIDA entre las mujeres de Cd Victoria Tamaulipas y la insuficiente atención y respuesta social para proveerla de los cuidados que requiere en tal situación, hace necesario el desarrollo de productos de investigación que enfatizen la importancia del problema y orienten las intervenciones.

Por lo que en esta investigación se pretende aplicar la metodología y las herramientas para el estudio de la cultura de los cuidados en el ámbito institucional.

Este estudio responde a motivaciones de carácter bioético y humanista, ya que el VIH/SIDA ha develado tanto aspectos oscuros como luminosos del corazón y de la conducta humana, lo cual establece un compromiso de solidaridad y construcción de soluciones a través del conocimiento. Esta investigación permitirá fortalecer en la Universidad Autónoma de Tamaulipas las líneas de investigación sobre VIH/SIDA desde la perspectiva de género. Y aportará a las instituciones de salud y otras de desarrollo social la Fundamentación de intervenciones en el ámbito individual, de organización de la sociedad civil, del sector salud y del gobierno en materia social. Este estudio contribuirán a dar voz y expresión a las necesidades de los pacientes afectados por esta epidemia del VIH/SIDA: especialmente a las mujeres.

La prioridad de la mujer frente a la epidemia del VIH/SIDA *“La especificidad del VIH/SIDA en las mujeres esta lejos de ser un problema unánimemente reconocido y de ser considerado una prioridad dentro de las políticas de salud dirigidas a la atención y prevención de la epidemia”*

El concepto de grupo de riesgo acuñado en la primera década de la epidemia (80's) dejo fuera a las mujeres, lo que afecto la percepción pública de su vulnerabilidad y por lo tanto de asignarle un lugar prioritario en las políticas públicas para la atención al SIDA

Actualmente persiste una disputa por la prioridad entre la atención que necesita el grupo de Hombres que tienen sexo con otros hombres y la atención que requiere el grupo de las mujeres. Una tercera propuesta más acorde con la realidad epidemiológica, señala que aunque la prevalencia siga siendo más alta en la población masculina, urbana y que tiene sexo con otros hombres, la tendencia internacional muestra que la epidemia cada vez afecta más a las mujeres, en especial las pobres y carentes de poder.

La desigualdad de las mujeres se expresa en su dificultad para acceder al mercado de trabajo, para mejorar sus ingresos, para elevar su nivel educativo, para recibir la información, la atención y el cuidado necesarios para su salud: Estos y otros diversos factores se combinan para que las mujeres en general tengan escasa capacidad para hacer visible su situación y negociar sus derechos tanto en el ámbito familiar, como el comunitario y político.

Actualmente la vulnerabilidad biológica, epidemiológica, social y cultural de la mujer ha sido ampliamente documentada por especialistas en estudios de género y activistas de los derechos de las mujeres.

La ideología de género impone el concepto de la mujer como agente activo para la trasmisión y proveedora de cuidados, reduciendo al mismo tiempo la importancia de su papel como víctima y receptora de cuidados.

## **CUESTIONES DE INVESTIGACION**

En el desarrollo de este trabajo de investigación se responderá a los siguientes planteamientos

- 1.- ¿como es la calidad de vida de las mujeres que viven con el VIH/ SIDA en Cd Victoria Tamaulipas, México?
- 2.- ¿Cuál es la percepción social (representación) y auto percepción del VIH/SIDA para estas mujeres?
- 3.- ¿de que manera la calidad del cuidado integral que reciben la mujeres con VIH/SIDA por parte del sector salud inciden en su calidad de vida.

## **OBJETIVO GENERAL**

Determinar la calidad del cuidado de las mujeres que viven con VIH/SIDA en Cd. Victoria Tamaulipas mexico

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Analizar la situación epidemiológica del VIH/SIDA en las mujeres de Cd Victoria Tamaulipas, México.
2. Identificar los contextos culturales en donde se da la vulnerabilidad de la mujer tamaulipeca ante el VIH/SIDA y los cuidados que se le otorgan
3. Conocer las necesidades de atención a la salud de las mujeres con VIH/SIDA en Cd. Victoria Tamaulipas con la finalidad de diseñar políticas que fomenten una calidad de vida optima

## **HIPOTESIS**

- -La calidad del cuidado fomentada en Cd. Victoria Tamaulipas, México esta relacionada con la vulnerabilidad de las mujeres de la localidad que viven con el VIH/SIDA y al déficit de sus cuidados, Esto puede contribuir a una calidad y nivel de vida poco saludable

## **ESTADO DE LA CUESTIÓN**

Estado del arte de la investigación de VIH/SIDA en mujeres al inicio de la década de los 80's cuando en EEUU se identificaron los primeros casos y aún al principio de la década de los 90's cuando la pandemia ya afectaba a nuestro país, la comunidad científica afirmaba que la trasmisión afectaba solo o principalmente a los hombres homosexuales, luego se amplió el concepto a usuarios de drogas inyectables y receptores de sangre no controlada y hemofílicos. Luego las investigaciones epidemiológicas mostraron el papel que tenían los hombres bisexuales para que la trasmisión alcanzara a las mujeres y a través de ellas a los recién nacidos. Sin embargo estas evidencias no



modificaron radicalmente el enfoque hacia los hombres que hasta el 2002 tuvieron las políticas y programas de lucha contra el SIDA en el mundo.

En consecuencia, el tema de investigación de la mujer y SIDA seguía en un segundo plano respecto al del hombre.

Por más de dos décadas la problemática del SIDA en las mujeres se invisibilizó y la investigación de su relación con el VIH/SIDA solo era abordada considerándola como pareja de usuarios de drogas, sexo servidoras que podían infectar a hombres sanos o desde el punto de vista reproductivo como agente activo en la trasmisión perinatal del VIH.

En cada caso se enfocaba a la mujer no como principal víctima de la epidemia, sino como factor contribuyente o causante de su expansión (sexoservidora o madre embarazada infectada), lo que involucraba el concepto de “hábitos sexuales promiscuos” en la mujer.

Sin embargo para el año 2002 la información de los registros estadísticos de los casos y de investigaciones seroepidemiológicas y epidemiológicas de factores de riesgo (vigilancia epidemiológica de segunda generación), revelaron que se había incrementado la transmisión heterosexual y que las mayoría de mujeres infectadas eran casadas o con pareja estable y monógamas. En América latina se encontró que del 60 al 70% de las mujeres infectadas por VIH, no han tenido relaciones sexuales con otros hombres que no sean sus esposos. Otra generación de investigaciones con enfoque social, económico y cultural ha mostrado que la diseminación y el impacto del SIDA afectaban más a las Mujeres por ser más vulnerables económica, social y culturalmente. Revelaron además que las mujeres eran doblemente discriminadas, tanto por el trato no humano y digno en los servicios de salud como por el abandono y marginación social.

Con el advenimiento de los antirretrovirales (ARV) y el reconocimiento del derecho al acceso universal a la terapia antirretroviral y a la atención integral especializada en SIDA, en nuestro país se iniciaron investigaciones sobre modelos de atención y calidad de la atención.

A partir del surgimiento de la terapia antirretroviral altamente activa (TAARA o HAART), se logro aumentar sustancialmente la expectativa de los enfermos de SIDA y darle condiciones para mejorar su calidad de vida. Pero al mismo tiempo los antirretrovirales introdujeron a la historia natural del SIDA y a su cuadro clínico los síntomas y signos de los efectos colaterales o secundarios. Como resultado de esto a la sintomatología del SIDA sin ARV se empezaron a considerar la causada por ellos.

En ese contexto la investigación que tomo auge fue la farmacológica para evaluar los resultados de los diversos esquemas de tratamiento y orientar el manejo clínico y los cuidados de los pacientes.

Sin embargo el impulso de la investigación clínica, de cuidados y de calidad de vida, se enfoco inicialmente al conjunto de pacientes sin diferencias de género, en parte porque la mayoría de casos en tratamiento siguen siendo hombres y en parte porque se consideraba que la fisiología, la farmacocinética y la expresión clínica de la infección por VIH y la enfermedad del SIDA no tienen porque ser distintos en cada género.

Actualmente hay un reconocimiento de que las características biológicas, psicológicas y sociales de la mujer hacen que la expresión clínica y la percepción de los síntomas por el SIDA y por la terapia antirretroviral si resulta en diferencias de género.

Lo anterior ha justificado el desarrollo de investigación y generación de instrumentos sobre la sintomatología específica de las mujeres. Esto ha puesto las bases para evaluar la atención y los cuidados de la mujer con VIH/SIDA. La consideración de los aspectos sociales y culturales para explicar la postergación del reconocimiento de la importancia de la mujer como grupo especialmente vulnerable, han justificado también estudios sobre la relación de la condición subordinada de la mujer y su acceso a la atención y cuidados, así

como de lo que esto resulta en su calidad de vida. Estos estudios se están haciendo principalmente en EEUU y Europa y aunque se han reconocido en México son todavía incipientes en nuestro medio.

Por todo lo anterior, a este nivel del avance en nuestro país de la investigación sobre la mujer y el VIH/SIDA y en particular de los cuidados y su calidad de vida, se hace necesaria la investigación en Cd. Victoria Tamaulipas de la relación entre cuidados a las mujeres con VIH/SIDA y calidad de vida.

En este campo y punto de avance de la investigación es precisamente en el que se plantea trabajar este estudio.

### **ESTUDIOS RELACIONADOS**

Nicholas, P. (2005) señaló que en las mujeres con VIH en las cuales no se detectan y tratan los síntomas las mujeres pueden ver afectada su adherencia, tener complicaciones, incrementar su sufrimiento emocional y deteriorada su calidad de vida.

Por ello recomendó que en todo plan terapéutico debe incorporarse un conjunto de métodos de cuidado personal, que debe basarse en la colaboración entre la mujer con VIH y sus proveedores de salud.

Pero además encontró que es frecuente que las mujeres no comprendan con claridad porque surgen los síntomas y qué curso pueden tomar. Por ello la

Sutileza de algunos síntomas requiere que exista una muy buena comunicación entre el personal de salud y las mujeres con VIH a quienes atienden. Silverberg, M. (2004) de la Johns Hopkins University de Baltimore, analizó la prevalencia de síntomas clínicos asociados con la terapia antirretroviral. Su estudio revisó los datos de 1256 mujeres con VIH y 364 negativas a VIH atendidas en centros estadounidenses.

Se formaron tres grupos, uno de mujeres con VIH y terapia antirretroviral (ARV), otro de mujeres con VIH pero sin terapia ARV y otro de mujeres sin VIH. La prevalencia de síntomas fue de 69%, 67% y 49% respectivamente.

Los síntomas reconocidos por las pacientes fueron: dolor abdominal, diarrea, anorexia, náuseas, vómito, cansancio, fiebre, lipotrofia, trastorno de autoimagen corporal, mareo, cefalea, parestesias, xerostomía, cálculos renales y erupción cutánea.

Silverger encontró que las mujeres que cambiaron de régimen de terapia ARV, fueron más propensas a sufrir síntomas (diarrea, náuseas, vómito, lipotrofia, dolores musculares y parestesias), que en las mujeres que tomaron ARV en forma más estable.

También concluyó que la mayor prevalencia de síntomas en mujeres con VIH y terapia ARV que en los otros dos grupos sugiere que la terapia ARV es uno de los factores contribuyentes para la aparición de síntomas.

Miles, M. (2003) y su equipo de la University of North Carolina en Chapel Hill y cols. En un estudio intervención diseñó para ayudar a mujeres afroamericanas en el manejo de sus síntomas, con medidas educativas sobre cuidado personal, medicamentos, consultas periódicas a domicilio, encontró que con la Intervención las mujeres tuvieron menos sensación de estigma social, mejor función física, menos depresión y ansiedad.

## **VULNERABILIDAD Y VIH/SIDA**

La vulnerabilidad de las mujeres y el impacto de la epidemia en sus vidas ha estado cercada, casi siempre, por el silencio asociado con la sexualidad y la salud femenina. (Grimber, 1998).

Numerosos estudios (Gupta & Weiss, 1993; Gogna, 2000) aportan evidencias de que los estereotipos de género y las relaciones de poder entre varones y mujeres afectan centralmente la capacidad y potencialidad de las personas de adoptar conductas seguras para prevenir la infección del VIH y ETS, puesto que, tradicionalmente se refuerzan estereotipos que representan a las mujeres de forma pasiva, como víctima de la sexualidad masculina y reproductiva. Este concepto del rol de la mujer en estas relaciones de poder pueden sustentar también la explicación de porque las mujeres posponen su propio cuidado cuando están infectadas o enfermas de SIDA.

Mujer dispensadora de cuidados en la familia con VIH. En los países en desarrollo, la revelación de las mujeres a su familia y a su comunidad de que están infectadas por el VIH las puede hacer víctimas del estigma, del aislamiento, abandono y de la violencia. En un estudio sobre

servicios de asesoramiento en mujeres con VIH realizado en Tanzania, reveló que solo el 57% de las mujeres que revelaron su condición de infectadas recibieron después apoyo y comprensión por parte de sus parejas. (Maman et, al., 2002)

En esos contextos, las mujeres jóvenes abandonan la escuela para cuidar a sus padres enfermos de SIDA. Las mujeres que pierden a sus esposos a causa del SIDA, tienen más probabilidades que hacerse cargo de sus hijos, que el hombre en caso de que ella falleciera antes. Las mujeres también están más dispuestas a adoptar niños huérfanos de padres que murieron por SIDA. Las Mujeres ancianas son también las que soportan más la carga asistencial cuando sus hijos adultos enferman y fallecen por esta enfermedad (HelpAge, 2003). Frecuentemente estas mujeres ancianas son discriminadas y aisladas socialmente por hacerse cargo y cuidar a sus hijos y nietos afectados por el SIDA. Sus comunidades llegan a negarles todo apoyo psicosocial y económico.

Adicionalmente cuando las mujeres pierden a sus maridos por el SIDA es frecuente que sean despojadas de su patrimonio (tierra, vivienda, bienes). Toda esta situación de la mujer a causa del SIDA la señalan como la principal fuente social de cuidados a los enfermos por esta enfermedad y al mismo tiempo víctima de la negación de sus derechos humanos básico, lo que aumenta la vulnerabilidad de las mujeres a la explotación sexual, el abuso y el VIH. (ONUSIDA, Informe sobre la epidemia, 2004)

En otro estudio cualitativo desde una perspectiva antropológica realizado por Ramos, R. (2002) en mujeres con VIH/SIDA de la frontera del estado de Chihuahua con Nuevo México, EEUU, en el que investigó la relación entre la cultura de mujer transfronteriza y sus necesidades de atención encontró que éstas tienen particularidades culturales que las hacen más vulnerables. Por lo cual recomendó que para entender y dar atención a las necesidades de las mujeres de la frontera que son afectadas por el VIH/SIDA, se debe hacer desde su estilo de vida lo cual significa ofrecer servicios que sean más sensibles tanto al género, como a la cultura de esas mujeres.

En las historias de vida que elaboró encontró:

- Las mujeres saben que el VIH existe y que sus parejas tienen comportamientos de riesgo.
- Las mujeres ven que sus responsabilidades primarias son como esposa y madre; su propia salud se ve como algo necesario para poder cumplir con esas responsabilidades.
- La necesidad de cuidar a sus esposos e hijos es más importante que su propio cuidado.
- Sus necesidades de su propio cuidado, reconocen una vez que se enferman o cuando ven que sus hijos o esposos enferman y no cuando ellas o sus esposos son funcionales.
- La separación de la familia puede ser el resultado de la búsqueda de tratamiento para el VIH/SIDA.

- Las mujeres postergan o nunca usan los servicios y apoyo debido al miedo de revelar su estado serológico o por temor a ser rechazadas.

## **AUTEVALUACIÓN Y AUTOCUIDADO**

Frecuentemente la autoevaluación y el autocuidado personal de las mismas mujeres con VIH es el primero y único métodos para identificar y tratar sus síntomas.

Holzemer, W.L (2004), en un estudio sobre cultura y autocuidado en mujeres con VIH, encontró que en donde la cultura en general y la de los cuidados en particular establece que son las mujeres las responsables del cuidados de los miembros de la familia y de la crianza de los hijos, es más difícil que las mujeres reciban los cuidados necesarios de parte de los otros miembros de su familia. Las tareas inherentes a la jornada de trabajo en el hogar y de las dobles o triples jornadas cuando la mujer trabaja adicionalmente fuera del hogar hacen que las pacientes falten a sus consultas y no demanden los cuidados que requieren para mejorar su salud, expectativa y calidad de vida. El estigma por ser mujer con VIH/SIDA es otro factor que le limita para demandar y recibir la atención a sus síntomas y a un nivel óptimo de cuidados a su salud.

Conocimiento del personal de salud sobre el VIH en la muje. En este contexto de las necesidades de atención y cuidados de las mujeres con VIH, el personal de salud y particularmente las mujeres pueden ser unos aliados muy valiosos, en contraste los resultados de algunas investigaciones muestran lo contrario que a pesar de que en la profesión de enfermería la presencia de la mujer en esta profesión es dominante y de que se espera que tengan un alto conocimiento del VIH /SIDA y de la vulnerabilidad de la mujer ante esta enfermedad.

Flores, Q.S. Et. al. En su estudio realizado en un hospital del IMSS en Chihuahua encontró que existe un bajo nivel de conocimiento entre el personal de enfermería sobre el tema del VIH/SIDA, sobre todo en los aspectos sobre el riesgo de transmisión y de los cuidados de enfermería que se deben de otorgar a los pacientes con ese padecimiento. En el mismo estudio destacó el que solo el 6% de las encuestadas había recibido algún curso sobre el SIDA y los cuidados que se requieren.

Políticas de cuidado a las mujeres con VIH en 1997. En 1997 la Dra. Sandra Thurman directora de política nacional sobre SIDA presentó un informe sobre la epidemia en EEU, en el que señaló que el SIDA ya se había convertido en la tercera causa de mortalidad en las mujeres de 25 a 44 años en ese país.

El CDC informó de una disminución del 15% en la mortalidad por SIDA entre los hombres y al mismo tiempo un aumento en la mortalidad por esa causa en las mujeres. Investigadoras de organizaciones civiles de mujeres con VIH consideraron que la información del CDC, generó en esos años una errónea percepción de que la crisis de SIDA en mujeres estaba disminuyendo, cuando la información disponible revelaba que había diferencias importantes en el cuidado y la calidad de la atención que recibían las mujeres y las personas de raza no blanca. La Dra. Thurman afirmó en su reporte y señaló la necesidad de que el Sistema de Salud de EEUU, se hiciera más sensible a las necesidades de las mujeres, lo cual puede ser aplicable a los sistemas de nuestros países en desarrollo.

## **INVESTIGACIÓN EN TAMAULIPAS SOBRE CUIDADOS EN MUJERES CON VIH**

No se ha encontrado en nuestros medios, estudios sobre los síntomas en las mujeres con VIH/SIDA de Tamaulipas, su conocimiento por las mismas



pacientes y el personal de salud, así como su nivel de atención y finalmente el impacto que los síntomas y el déficit de su atención tiene en su calidad de vida

## **REFLEXIONES FINALES**

El enfoque cultural de Raquel Spector, que se identifica el modelo de creencias de salud (Alisen, L.) y de la percepción y roles (Pearson, T) que desarrolla el propio enfermo en las diversas etapas de su padecimiento y atención Teoría del déficit de autocuidado de Orem

La Enfermera estadounidense Dorotea E. Orem desarrolló como teórica su concepto de autocuidado a a partir de su experiencia en la División de Servicios Hospitalarios e Institucionales de la Oficina de Salud el estado de Indiana trabajando en el análisis de la organización y administración de los servicios de enfermería.

En su abordaje inicial del problema del autocuidado considero necesario explicar porque las personas requieren la ayuda que pude dar la enfermería.

En la década de los 70s Orem formuló los supuestos básicos de su teoría general (Market University, 1973):

- 1.- Los seres humanos necesitan sobre ellos y su entorno estímulos continuos y deliberados para desarrollar su vida.
- 2.- La capacidad de actuar del hombre se ejerce través de los cuidados que se presta a si mismo y/o otras personas.
- 3.- Las personas maduras experimentan privaciones en forma de limitaciones de acción para cuidarse a sí mismas o a los otros para mantener su vida y regular sus funciones vitales.

4.- La actividad humana se ejerce a través del descubrimiento, desarrollo y transmisión a los demás de formas para identificar sus necesidades de cuidados y prestárselos.

5.- Los grupos humanos con relaciones estructuradas organizan tareas y asignan responsabilidades para otorgar los cuidados a si mismos y a los otros.

La teoría general del autocuidado de Orem esta compuesta por tres subteorías interrelacionadas (*Nursing: Concepts of Practice*):

1.- El autocuidado, que aborda el cómo y el por qué se cuidan las personas.

2.- El déficit de autocuidado, que se ocupa del por qué la enfermería puede ayudar a las personas.

3.- Los sistemas de enfermería, que se ocupa de las relaciones que deben establecer y mantenerse para que exista la enfermería.

En esencia, el modelo de la teoría del autocuidado que se configura a partir de la suma las tres subteorías, demuestra que cuando las capacidades de una persona son inadecuadas o insuficientes para satisfacer las necesidades de autocuidado terapéutico, la enfermera debe diseñar y aplicar un sistema de enfermería que compense la limitaciones expresadas como déficit de autocuidado o de cuidados dependientes.

La estructura del modelo de la teoría del autocuidado, esta conformada por supuestos previos, ideas centrales y proposiciones de la tres subteorías interrelacionadas.

En el modelo de autocuidado, la teoría más general y que comprende todos los términos de las otras dos, es la de los sistemas de enfermería. Por otra parte la teoría del autocuidado es la que la fundamenta el modelo y finalmente, la teoría del déficit del autocuidado es la que muestra las razones por las que una persona puede beneficiarse de la enfermería.

La teoría del déficit de autocuidado constituye una síntesis de las relaciones entre las siguientes entidades teóricas:

- 1.- El autocuidado y la ayuda dependiente
- 2.- La actividad del autocuidado y la de ayuda dependiente
- 3.- La demanda de autocuidado terapéutico y la relación entre el déficit de autocuidado y la atención de enfermería.

El modelo define como sistemas de enfermería a la serie y secuencias de acciones prácticas deliberadas que realizan las enfermeras para conocer y satisfacer las demandas de autocuidado terapéutico de sus pacientes.

El autocuidado terapéutico incluye todas las medidas sanitarias necesarias en momentos concretos o a lo largo de un determinado periodo de tiempo, para satisfacer las necesidades de autocuidado conocidas por los pacientes.

El autocuidado es la práctica de actividades que las personas jóvenes y maduras emprenden de acuerdo a su situación temporal y por sí mismos a favor de su vida, salud y bienestar.

El déficit de autocuidado es la relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la actividad autoasistencial en la que las actividades de autocuidado no son eficaces o no son insuficientes para conocer y/o satisfacer parte o la totalidad de componentes de la demanda existente o potencial del paciente.

Orem ha señalado que su teoría no constituye una explicación de la individualidad de una situación práctica y concreta de la enfermería, sino que debido a la combinación de sus propiedades conceptuales, es la expresión de todos los casos de enfermería.

Esto significa que la teoría del autocuidado permite sustentar la práctica, la enseñanza y la investigación de la enfermería aplicada a diversos campos como la de enfermedades crónico degenerativas, enfermedades infecciosas, a diversas poblaciones clínicas y grupos de edad o con distintos rasgos étnico y culturales.

La teoría de Orem ha permitido también, desarrollar diversos métodos e instrumentos de medición clínica y de la aplicación del autocuidado y relacionarlos con el uso de sistemas de de información de enfermería computarizados.

Todo lo anterior da una base para abordar con nuevas aplicaciones de la teoría del autocuidado campos de interés de la enfermería como el del cuidado y la calidad de vida de las personas con VIH/SIDA y en especial de las mujeres, que es el tema de mi investigación.

### **Calidad de vida y los síntomas en mujeres con VIH**

Las mujeres con VIH experimentan una gran cantidad de signos y síntomas. Los primeros por ser objetivos son más frecuentemente atendidos y tratados; pero los segundos por ser subjetivos son de más difícil reconocimiento y atención por el paciente y el personal de salud.

El surgimiento de la terapia antirretroviral determinó también el incremento de síntomas en las mujeres bajo tratamiento. Los síntomas alteran el estado funcional para hacer frente a las demandas de trabajo en labores cotidianas. Es decir la limitación funcional deteriora la capacidad laboral y social. Así mismo impactan negativamente en el bienestar psicológico.

#### Calidad de vida

Amartya Sen señala que los ámbitos de la calidad de vida en salud son:

- a) Toma de decisiones sobre mantenimiento de tratamiento médico para prolongar la vida
- b) evaluación de la atención médica

Una de las acepciones de calidad de vida es tener “buena vida”, entendido como bienestar. Desde la Teoría del bien para las personas (Dan Brock, 2001) la calidad de vida puede plantarse desde los enfoques:

- a) hedonistas
- b) satisfacción de preferencias
- c) ideales de una buena vida

Las hedonistas aluden al placer, la felicidad, al disfrute de la “ Buena vida” es tener el placer de satisfacer nuestros deseos. Para el enfoque de satisfacción de las preferencias, la “buena vida” es obtener lo que se quiere o prefiere.

Los ideales de una buena vida pueden ser normativos, y significa que la “buena vida” es ser autónomo, libre, tener autodeterminación.

Para León Kass el concepto de la calidad de vida cuestiona la finalidad propia de la medicina y procuración de atención y cuidados cuando estos están limitados solo a los aspectos biológicos, sin vincularse con la felicidad o la realización y satisfacción de los deseos del paciente.

Algunos instrumentos de evaluación de calidad de vida de enfermos crónicos y/o terminales:

- Perfil del efecto de la enfermedad (PEE) Marilyn Bergner
- Índice de la calidad de vida (ICV)) de Walter o. Spitzer
- Índice de la condición de salud (ICS) de Milton Chen
- Escala de Karnofsky (estado funcional).

Como no se cuenta todavía con instrumentos idóneos para medir la calidad de vida de las personas que viven con el VIH, por lo cual se utilizan instrumentos que aporten datos en algunas áreas de la calidad de vida, u otros que originalmente han sido aplicados a otros padecimientos y se adecuan al caso de la enfermedad del SIDA.

Menos aún existen instrumentos específicos para medición de la calidad de vida de mujeres con VIH/SIDA. Por ello la elaboración y validación de instrumentos sobre esta medición es un reto para la investigación y clínica de los cuidados a mujeres con VIH/SIDA.

La calidad de vida, considerada entonces como la satisfacción con las condiciones en que se vive, también se ve afectada por los síntomas. Es un parámetro que no siempre se evalúa por los clínicos y en general por los proveedores de cuidado, lo cual condiciona un déficit del mismo.

Los estudios disponibles sobre los síntomas en mujeres con VIH y la medición de la calidad de vida, muestran que el control de los síntomas causados por el VIH puede mejorarla.

Aunque la calidad de vida es un valor que se incluye en diversos ensayos clínicos sobre VIH y en la consulta médica, no es común que se tomen en cuenta durante el curso de la enfermedad, ni en relación con el tratamiento farmacológico.

Por otra parte se requieren estudios que diferencien los síntomas que causa la enfermedad por VIH/SIDA, de los que causa la terapia antirretroviral y evalúen su peso positivo o negativo en la medición de la calidad de vida de las pacientes.

### **Diferencias de género en los síntomas**

Los síntomas de las mujeres con VIH pueden ser diferentes a los de los hombres con VIH.

Por ejemplo, las mujeres con lipodistrofia son más propensas a aumentar el tamaño de los senos y en la distribución de la grasa abdominal a diferencia de los hombres que la acumulan más en la región dorsocervical (joroba de búfalo). Las mujeres sufren más cefaleas, perciben más cansancio, más molestias abdominales y pelvianas que se asemejan a los cólicos menstruales. Los síntomas ginecológicos aparecen en poco tiempo y son un marcador del avance de la infección.

El cansancio, el dolor y las molestias abdominales suelen ser más frecuentes en regiones donde las mujeres no tienen acceso a medicamentos con receta médica.

Los síntomas y su clasificación

Pueden clasificarse en físicos y psicológicos; pero a menudo ambos se mezclan o traslapan.

### **El enfoque sistémico del tratamiento de los síntomas**

Generalmente el enfoque es por sistemas, es decir de acuerdo al sistema orgánico al que se relacionan, como el digestivo, el respiratorio, el cardiovascular, etc. Desde este enfoque los síntomas emocionales son considerados en otro sistema.

Existen síntomas que se resisten a ser reducidos aun a clasificación por sistemas por estar relacionados a varios sistemas orgánicos simultáneamente como el cansancio, el dolor y la depresión,

### **BIBLIOGRAFIA**

- ALISEN, L. (2007). *A conceptual Framework for the analysis of culture variations in the behavior of de ill.*
- ALONSO, J. ANTO J M, MORENO C. (1990). Spanish version of The Nottingham Health Profile: *translation and preliminary validity.* Am J Public Health; 80: 704-8.
- ANKRAH, E.M. (1999). *Issues and Challenges in female-controlled revention: an overview,* en Culture, Health & Sexuality, vol. 1 n° 1.
- ANASTASIO, C. (1995). *Self-care burden in women with HIV.* Journal of the Association of Nurses in AIDS Care 6(3): 31-42.
- BERER, M. (2003) *La Mujer y el VIH/SIDA,* Reproductive Health Matters y AHRTAG, Londres, Inglaterra,.
- BIJARRO, F. (2005). *El rostro de la miseria y la vejez. El adulto mayor de las zonas periféricas de Ciudad Victoria, Tamaulipas, México,* en Revista Internacional de las Ciencias Sociales, Sociotam.
- BOVA, C. (2003). *Sexual functioning among HIV-infected women.* AIDS Patient care and STDs 17(2): 75-83.
- CORLESS, I.G. (2004). *Self-Care for fatigue in HIV disease.* Oncology Nursing



- Forum 29(5): 60-69.
- COONS SJ, RAO S, KEININGER D L, HAYS RD. (2000). A comparative review of generic quality-of-life instruments. *Pharmacoeconomics* 17(1): 13-35.
- COLEGIO DE MÉXICO. (2008). Programa Interdisciplinario de estudios de la mujer. *Mujer y SIDA. Jornadas 121*, México
- DE LA FUENTE, R. (2002). *Psicología Médica*. México: F.C.E.
- GROSSMAN, H.A. (2003). *Quality of tehe life and HIV: Current assessment tools and future directions for clinical practice*. *AIDS Readaer* 13(12): 583-590; 595-597.
- HOLZEMER, W. L. (2004). *HIV Self-Care Syntom Managent Guidelines*. Accessed December 12,
- ICKOVIC J R, RODIN J. (2007). *Women and AIDS in the United States: epidemiology, natural history, and mediating mechanisms*, *Health Psychology*,;11:1-16.
- KENDAL, T. & VÁZQUEZ PÉREZ. (2004). *Hablan las mujeres mexicanas VIH positivas*. Colectivo Sol. México
- KIRKSEY, K.M. (2003). *An HIV self-care symptom managent intervention for African American mothers*. *Nusing Research* 52(6): 350-360. November/December.
- MCDOWELL I, NEWELL C. MEASURING HEALTH. (2007). *A guide to rating scales and questionnaires*. Oxford University Press, New York.
- NICHOLAS, P.K. (2005). *Self-care managent for neuropathy in HIV disease*. *AIDS Care* 14(6): 763-771.
- \_\_\_\_\_. (2004). *Lipodistrophy and quality of life in HIV: symptom managent issues*. *Applied Nursing Research*. In press.
- NUSSBAUM, M. & AMARTYA, S. (2006). *La calidad de vida, Economía contemporánea*. Fondo de Cultura Económica. México.
- ONUSIDA. (2004). *AIDS Epidemic Update 2004* (Ginebra: ONUSIDA, 2004). Información obtenida en Internet, en [www.unaids.org/wad2004/report.html](http://www.unaids.org/wad2004/report.html), el 29 de noviembre.
- \_\_\_\_\_. UNFPA y UNIFEM. (2004). *Women and HIV/AIDS: Confronting the Crisis* (Ginebra y Nueva York: ONUSIDA, UNFPA y UNIFEM, visto en Internet en [www.unfpa.org/hiv/women/report/](http://www.unfpa.org/hiv/women/report/) el 29 de noviembre, 2004.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2007). *Actualización sobre el SIDA en la República Argentina*, año 2, número 2,. Ministerio de Salud de la Nación
- OREM, DOROTEA E. (2003). *Conceptos de enfermería en la práctica*. Masson Salvat. España.
- PARSONS, T. (1996). *Illness and role of the physician: a sociological perspectiva*, in *Medial Care: Readings in the sociology of Medical Institutions*. Eds. Scott.
- PRIETO L, ALONSO J, VILADRICH MC, ANTÓ M. (2006). *Scaling the*

- Spanish version of the Nottingham Health Profile: Evidence of limited value of item weight.* J Clin Epidemiology 49: 31-8.
- RICHARDSON, D. (2007). *La mujer y el SIDA* Editorial El Manual Moderno, México D.F.
- RICO B. VANDALE S, ALLEN B, LIGUORI AL. (2007). "Situación de las mujeres y el VIH/SIDA en América Latina". Instituto Nacional de Salud Pública, México.
- RODRÍGUEZ, A. (2007). *Psicología Social*. México: Trillas.
- SEN, AMARTYA Y NUSSBAUM, MARTHA. (2006). *La Calidad de Vida*. FCE. México.
- SILVERBERG, M.J. (2004). *Prevalence of clinical symptoms associated with highly active antiretroviral therapy in the Women's Interagency HIV Study*. Clinical Infectious Diseases 39(5): 717-724, September 1.
- USIETO R, DE ANDRES R, CUBIERTA F. (2006). *SIDA. Transmisión heterosexual del VIH*. Edición Centro de Estudios Sociales aplicados, Sevilla, España.