

Conocimientos sobre el VIH/sida en jóvenes de familias jornaleras migrantes indígenas en Colima y Nayarit

Ramiro Caballero-Hoyos,¹
 Alicia Getzabel Pineda-Lucatero,¹
 José Horacio Barraza-Salas,²
 José Justo Romero-Paredes,³
 Alberto Villaseñor-Sierra⁴

¹Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, Colima, Colima

²Universidad Autónoma de Nayarit, Tepic, Nayarit

³Unidad de Medicina Familiar 5. Universidad Autónoma de Nayarit, Tepic, Nayarit

⁴Laboratorio de Microbiología Molecular, Centro de Investigación Biomédica de Occidente, Guadalajara, Jalisco

Autores 1, 3 y 4, Instituto Mexicano del Seguro Social

Comunicación con: Ramiro Caballero-Hoyos. Tel y fax: (312) 328 0343. Correo electrónico: rchsur@gmail.com

<p>RESUMEN</p> <p>Objetivo: explorar el patrón de conocimientos sobre VIH/sida en jóvenes indígenas jornaleros migrantes.</p> <p>Métodos: estudio transversal analítico de 135 jóvenes seleccionados por muestreo propositivo. Se aplicó cuestionario sociodemográfico y de conocimientos de VIH/sida. Se realizó análisis descriptivo y se estimó un patrón de conocimientos mediante análisis factorial.</p> <p>Resultados: edad 19.9 ± 5.8 años, hombres 54.8 %, bilingües 79.4 %, escolaridad primaria o ninguna 78.7 %, solteros 60.4 %, católicos 67.6 %, dos o más viajes laborales 61.8 %. El 80.7 % escuchó hablar de VIH/sida. El patrón de conocimientos fue homogéneo (consenso mayor en Nayarit que en Colima: 6.2 versus 3.8) y orientado a construir identidades de riesgo basadas en personajes (trabajadoras sexuales 88.1 %, hombres que tienen sexo con hombres 45 %) y contexto urbano (78 %). Incluye incertidumbre sobre la eficacia del condón al mosquito como vector (45 %) y a los dentistas como transmisores. Patrón con diferencias significativas por sexo, escolaridad y experiencia migratoria.</p> <p>Conclusiones: el conocimiento de los jóvenes desfavorece el uso de protección y una baja percepción del riesgo, que podrían propiciar la vulnerabilidad al riesgo de transmisión del VIH/sida.</p>	<p>SUMMARY</p> <p>Objective: to explore the pattern of knowledge about HIV/AIDS among young native migrant farm workers.</p> <p>Methods: analytical crosscut study. Sample: 135 young people selected by propositive sampling. A questionnaire about knowledge of HIV/AIDS and socio-demographics was applied. A descriptive analysis was made and a knowledge pattern was estimated by means of factorial analysis.</p> <p>Results: average age 19.9 ± 5.8, men 54.8 %, bilingual 79.4 %, elementary or no education, 78.7 %, single 60.4 %, Catholic 67.6 %, two or more work trips 61.8 %; 80.7 % had heard about HIV/AIDS, especially from informal information sources (72 %). Knowledge pattern was homogenous (greater consensus in Nayarit than in Colima: 6.2 versus 3.8) and directed towards building risk identities based on personage (prostitutes 88.1%, men having sex with other men 45 %) and urban setting (78 %). It includes uncertainty about the effectiveness of condoms, the mosquito as a vector, and dentists as transmitters. The pattern showed significant differences according to sex, education and migrant experience.</p> <p>Conclusions: the knowledge of young people does not favor safe sex practices, and the low risk perception could favor their vulnerability to HIV/AIDS.</p>
--	---

Recibido: 17 de agosto de 2007

Aceptado: 20 de junio de 2008

Introducción

El sector de trabajadores jornaleros asalariados agrícolas indígenas en México tiene una población de aproximadamente 3.4 millones de personas que se desplazan periódicamente desde sus comunidades rurales de origen hacia polos de desarrollo agrícola que los emplean como fuerza de trabajo en la cosecha de distintos productos. Es el sector más pobre y marginado de la población rural y se ve obligado a

migrar en busca de empleo por la improductividad de sus pequeñas parcelas y la falta de oportunidades laborales.¹

Por sus condiciones de vida y trabajo, los jornaleros indígenas conforman un sector al margen de los mínimos de bienestar en cuestiones de salud, con alto índice de enfermedades y perfil epidemiológico en el que predominan las enfermedades por causas prevenibles.² Esta situación presenta marcadas diferencias de género en síntomas y enfermedades

Palabras clave

adolescente
 VIH
 síndrome de inmunodeficiencia adquirida
 migrantes

Key words

adolescent
 HIV
 acquired immunodeficiency syndrome
 transients and migrants

adquiridas por el impacto diferencial del proceso migratorio en los papeles tradicionales de los hombres y las mujeres.³

En los trabajadores jornaleros indígenas de América Latina y el Caribe, la exclusión social y las fronteras étnicas se mantienen y se vuelven móviles con la migración. Este grupo es segregado, vive separado del resto de los trabajadores y sufre discriminación constante por su origen étnico. En su percepción sobre la morbilidad, algunos grupos étnicos distinguen entre enfermedades de la tierra (curadas ancestralmente por curanderos indígenas) y enfermedades de Dios o microbiosas (adquiridas como castigo por prácticas inmorales relacionadas con la asimilación de la cultura de los blancos en el proceso migratorio). Las enfermedades de transmisión sexual y el virus de la inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/sida) se ubican en esta última clasificación y son asociados con la debilidad de los organismos individuales y la degradación moral de los pueblos. Algunas comunidades son vulnerables a infectarse debido a que tienen culturas sexuales tradicionales con relaciones jerárquicas de género, poligamia, escaso uso de anticoncepción moderna y del condón.⁴

En el contexto mexicano, algunos estudios en población adolescente y joven muestran que en las zonas rurales e indígenas hay bajo acceso a fuentes de información, bajos niveles de conocimiento (diferenciales por etnias, sexo, edad y religión) e ideologías estrictas sobre los papeles tradicionales de género, que desfavorecen el uso del condón como medida preventiva. Esta situación permite apreciar la vulnerabilidad de esta población al riesgo de adquisición de VIH/sida y enfermedades de transmisión sexual.⁵⁻⁷

México tiene una epidemia de VIH/sida relativamente estable y concentrada en grupos con prácticas de riesgo. Existe un polo epidémico urbano que concentra más de 90 % de casos y otro rural que afecta a menos de 5 %. Los casos rurales tuvieron un crecimiento sostenido desde 1986 y son más frecuentes en poblaciones pobres y marginadas.⁸ La propagación del VIH/sida en áreas rurales ha sido asociada con los movimientos migratorios de los trabajadores temporales migrantes que van a Estados Unidos,⁹ y de los migrantes internos que se movilizan a contextos de mayor desarrollo económico y mayor prevalencia de VIH/sida.¹⁰ Esta asociación lleva a pensar que el proceso migratorio de los trabajadores jornaleros indígenas hacia contextos de mayor desarrollo implica una mayor exposición a prácticas de riesgo y vulnerabilidad a la transmisión del VIH/sida y enfermedades de transmisión sexual.

El objetivo de este estudio fue explorar el patrón de conocimientos del VIH/sida mediante un modelo de consenso cultural en jóvenes de familias de trabajadores jornaleros migrantes indígenas de la zafra azucarera en los estados de Colima y Nayarit, a fin de realizar una aproximación a las creencias que orientan su cultura preventiva.

Métodos

El estudio se realizó en los municipios de Cuauhtémoc, Colima y Tepic, Nayarit, en la región centro-occidente de México. Estos lugares se seleccionaron por la tradición histórica del trabajo jornalero indígena en los periodos de zafra azucarera. La selección también obedeció a que en esos estados y en los estados de origen de los migrantes jornaleros (Guerrero, Oaxaca y Veracruz, entre otros), en 2000 se informaron porcentajes de casos de sida rural superiores al de la media nacional.⁸

El diseño del estudio fue transversal analítico. Se entrevistaron 135 informantes (71 en Colima y 64 en Nayarit). El tamaño de la muestra se calculó siguiendo los supuestos del modelo del consenso cultural.¹¹ Este modelo sugiere que en el estudio de patrones culturales, el tamaño de muestra no debe ser grande, debido a que la correlación promedio entre informantes tiende a ser alta (0.5 o más). Plantea un tamaño mínimo de 40 informantes en un grupo homogéneo para clasificar 99 % de las preguntas correctamente, bajo un promedio de competencia cultural esperada (concordancia entre las respuestas individuales y el patrón estimado de respuestas correctas del grupo) de 0.5 y un nivel de confianza de 0.95.¹² El tamaño se incrementó a efecto de lograr una exploración comparativa por sexo, edad, etnicidad y experiencia migratoria.

La estrategia de muestreo fue no probabilística de tipo propositivo,¹³ en función de ubicar informantes que permitiesen generar descripciones conceptuales relevantes. A fin de describir diferencias y semejanzas, se seleccionó a los entrevistados bajo el criterio de variación máxima en las características de la muestra. Se incluyeron adolescentes y jóvenes, hombres trabajadores jornaleros y mujeres amas de casa o solteras residentes en los albergues, que llegaron a la zafra desde contextos rurales indígenas de otros estados y con diferentes niveles de experiencia migratoria. Se consideró como indígena a quien residía en alguna comunidad rural donde predomina población de algún grupo étnico y hacía uso de alguna lengua aborigen.

El trabajo de campo se realizó en 11 albergues de trabajadores jornaleros durante el periodo de la zafra 2006-2007 (diciembre de 2006 a junio de 2007). Se aplicó un cuestionario estructurado administrado por entrevistadores previamente capacitados. El cuestionario incluyó tres secciones: datos sociodemográficos, conocimientos sobre VIH/sida y prácticas sexuales, y se construyó con preguntas adaptadas de dos instrumentos validados: un cuestionario sobre comportamiento sexual de la Organización Mundial de la Salud,¹⁴ y un cuestionario sobre sexualidad en poblaciones indígenas del IMSS.⁵

La aplicación del cuestionario se hizo casi en su totalidad fuera de los cuartos en que residían los informantes. La duración promedio de la aplicación fue de 25 minutos y el porcentaje de no respuesta fue menor a 1 %.

El análisis se realizó inicialmente mediante cálculos de frecuencias, porcentajes y medias con pruebas de diferencias χ^2 , *t* de Student y Anova en las relaciones bivariadas. Posteriormente se generó un modelo de consenso cultural de los conocimientos de VIH/sida mediante análisis factorial de componentes principales, usando como criterio de bondad de ajuste del consenso un porcentaje explicado de la varianza mayor a 60 % en el primer factor.¹⁵ Se calcularon modelos por estados y uno general. El modelo estimó un patrón de respuestas consideradas correctas o válidas en el grupo entrevistado y la competencia cultural individual (valor de correlación de las respuestas de cada informante con el patrón de respuestas promedio). Los valores de competencia cultural individual se asociaron con las variables de experiencia migratoria y sociodemográficas para establecer si había diferencias significativas. El análisis se realizó con los paquetes SPSS versión 12 y Anthropic versión 4.92.

El protocolo de la investigación fue aprobado por el Comité Local de Investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Colima (número de registro R-2007-601-1), y se realizó de acuerdo con las normas de la Ley General de Salud. Se solicitó a las personas entrevistadas el consentimiento informado de forma verbal y por escrito. Cuando los informantes lo solicitaron, se brindó información preventiva.

Resultados

Aspectos sociodemográficos

Se entrevistaron 135 migrantes indígenas de familias jornaleras de la zafra, 71 en Colima y 64 en

Nayarit. En Colima la mayoría procedía de comunidades rurales náhuas y amuzgo del estado de Guerrero, mientras que en Nayarit llegaron principalmente de comunidades zapotecas de Oaxaca, náhuas de Guerrero, huicholas de Nayarit y Jalisco, y tepehuanas de Veracruz. El perfil sociodemográfico de los entrevistados tuvo diferencias significativas en los dos estados por sexo, edad, estado civil y religión (cuadro I).

Fuentes de información sobre VIH/sida

La mayor parte de los migrantes indígenas escuchó hablar alguna vez sobre el VIH/sida (80.7 %). En Colima, escucharon hablar más los migrantes que hablaban náhuatl (87 %) que los que hablaban amuzgo (64.7 %) ($p < 0.05$), y los que tenían mayor

Caballero-Hoyos R et al. Conocimientos sobre VIH/sida en jornaleros migrantes

Cuadro I
Datos generales de migrantes indígenas de familias jornaleras de la zafra en Colima y Nayarit (n = 135)

Variables	Colima (n = 71)	Nayarit (n = 64)	p*
Edad (años)			0.000
12 a 19	73.2	40.6	
20 a 29	26.8	59.4	
Sexo			0.021
Femenino	46.5	28.1	
Masculino	53.5	71.9	
Escolaridad			0.502
Ninguna	8.5	14.1	
Primaria	67.6	67.2	
Secundaria	23.9	18.8	
Estado civil			0.000
Soltero	80.3	40.6	
Casado o unido	19.7	59.4	
Uso de lenguas			0.169
Solo indígena	11.3	3.1	
Solo español	11.3	15.6	
Indígena y español	77.5	81.3	
Religión			0.000
Católica	67.6	40.6	
Cristiana no católica	26.8	17.2	
Ninguna	5.6	42.2	
Experiencia migratoria			0.108
Primer viaje de trabajo	38.0	26.6	
Dos y más viajes de trabajo	62.0	73.4	
Residencia en el albergue			0.962
Familiar	74.6	75.0	
Individual	25.4	25.0	

* χ^2

nivel de instrucción ($p < 0.05$). En Nayarit escucharon hablar más los migrantes que hablaban huichol, náhuatl y tepehuano (95.8 %) que los que hablaban zapoteco (70 %) ($p < 0.05$), y los que tenían mayor instrucción ($p < 0.05$).

En los migrantes que escucharon alguna vez sobre el VIH/sida, las principales fuentes de información fueron las informales: los amigos o parientes (34.3 %) y los medios de comunicación (38.0 %), mientras que las fuentes interpersonales formales (escuela y personal de salud) tuvieron un porcentaje menor (27.8 %). El cuadro II describe las variables que tuvieron diferencias estadísticamente significativas en el acceso a las fuentes de información: el sexo, la escolaridad y la experiencia migratoria. No se encontraron diferencias significativas por estados receptores de los migrantes (Colima y Nayarit), religión, estado civil, edad y uso de lenguas.

Patrón estimado de conocimientos sobre VIH/sida

El cuadro III muestra el patrón estimado de respuestas consideradas correctas o válidas en la cultura de los migrantes de familias jornaleras que escucharon hablar de VIH/sida. La estimación se realizó mediante análisis de consenso cultural y mostró un patrón homogéneo de respuestas (razón general de

consenso en el primer factor: 4.7. Esta razón fue mayor en Nayarit que en Colima (6.2 *versus* 3.8) para las cuatro dimensiones de conocimiento evaluadas:

1. Formas de transmisión.
2. Formas casuales de transmisión.
3. Identidades de riesgo.
4. Formas de prevención.

En la dimensión de las formas de transmisión, la mayoría opinó que era totalmente cierto que el VIH se transmitía por usar jeringas y agujas sin desinfectar, por transfusión de sangre infectada y por vía directa de una madre embarazada a su hijo (sobre esta última, los migrantes de Colima tuvieron menor certeza que los de Nayarit).

En la dimensión de las formas casuales de transmisión, la mayoría opinó que era totalmente cierto que el VIH se transmitía por los mosquitos y por dentistas que atendían a personas infectadas. Sobre otras formas de transmisión casual como compartir cubiertos, nadar en ríos y usar baños públicos se opinó que eran totalmente falsas. Los migrantes de Colima tuvieron mayor certeza sobre la transmisión por dentistas y menor certeza sobre la nula transmisión al nadar en ríos.

En la dimensión de las identidades de riesgo, la mayoría opinó que era totalmente cierto que los hombres que tenían sexo con hombres y las trabajadoras sexuales transmitían el VIH/sida. También opinaron que era totalmente cierto que había más riesgo de transmisión en las ciudades que en el campo. Casi 70 % opinó que el sida era una enfermedad contagiosa e incurable y predominó la idea de que era totalmente falso que sus síntomas aparecieran poco tiempo después del contagio. En Colima predominó la opinión del riesgo de los hombres que tienen sexo con hombres y en Nayarit la del riesgo de las trabajadoras sexuales.

En la dimensión de las formas de prevención, predominó la incertidumbre (“es probablemente cierto”) sobre la protección eficaz del condón contra la transmisión sexual del VIH/sida y la idea de que era totalmente falso que existiesen vacunas contra el sida.

El patrón estimado de respuestas correctas en la cultura de los jóvenes tuvo una baja correlación con el patrón de respuestas consideradas como válidas en el contexto biomédico (ρ de Spearman = 0.41, $p =$ no significativa).

El cuadro IV describe las variables asociadas significativamente con la competencia cultural de los informantes respecto al patrón estimado de conocimientos del VIH/sida. Las variables asociadas fueron el sexo femenino, la mayor escolaridad y la

Cuadro II
Fuentes de información sobre VIH/sida y las migrantes de familias jornaleras de la zafra en Colima y Nayarit ($n = 108$)

Variables	Fuentes de información			p^*
	Amigos o familiares ($n = 37$) (%)	Escuela o personal de salud ($n = 30$) (%)	Medios masivos de información ($n = 41$) (%)	
Sexo				0.023
Femenino ($n = 42$)	19.0	31.0	50.0	
Masculino ($n = 66$)	43.9	25.8	30.3	
Escolaridad				0.000
Ninguna ($n = 11$)	54.5	0.0	45.5	
Primaria ($n = 71$)	32.4	21.1	46.5	
Secundaria ($n = 26$)	30.8	57.7	11.5	
Experiencia migratoria				0.027
Primer viaje de trabajo ($n = 34$)	44.1	29.4	26.5	
Dos y más viajes de trabajo ($n = 64$)	39.1	18.8	42.2	

* χ^2

menor experiencia migratoria. No tuvieron asociación significativa las variables albergue en estados receptores (Colima y Nayarit), edad, religión, estado civil, uso de lenguas y fuentes de información sobre el VIH/sida.

Discusión

Existen evidencias del incremento en la prevalencia de VIH/sida y diversas infecciones de transmisión sexual en comunidades rurales, aun a niveles superiores a los reportados en zonas urbanas.^{16,17}

Algunos factores de riesgo para una rápida escalada de los casos VIH en indígenas y población rural son la movilización a otras áreas geográficas, la creencia de que el VIH/sida es un problema de las grandes ciudades, tener sexo con múltiples parejas, sexo de hombres con hombres y el escaso o nulo uso del condón.¹⁸ Tales factores tienen relación con el contenido del patrón de conocimientos encontrado en los jóvenes indígenas en este estudio (en lo relativo a las actitudes estigmatizantes y la incertidumbre sobre la eficacia del uso del condón) y podrían favorecer la vulnerabilidad a la transmisión del VIH/sida en la población jornalera joven.

Caballero-Hoyos R et al. Conocimientos sobre VIH/sida en jornaleros migrantes

Cuadro III
Patrón estimado de respuestas correctas de conocimientos sobre VIH/sida en migrantes de familias jornaleras de la zafra en Colima y Nayarit (n = 109)

Dimensiones y preguntas	Respuestas correctas			p*
	Total (n = 109) %	Colima (n = 58) %	Nayarit (n = 51) %	
Formas de transmisión del VIH				
Por transfusión de sangre infectada	√√ 77.1	√√ 74.1	√√ 80.4	0.782
Por usar agujas y jeringas sin esterilizar	√√ 79.8	√√ 75.9	√√ 84.3	0.364
La madre contagia al hijo durante el embarazo	√√ 65.1	√√ 56.9	√√ 74.5	0.004
Transmisión casual del VIH				
Por usar baños públicos donde hay personas infectadas	xx 36.7	xx 39.7	xx 33.3	0.272
Por nadar en ríos donde hay personas infectadas	xx 54.1	xx 43.1	xx 66.7	0.036
Por un piquete de mosquito que pica a persona infecta	√√ 45.0	√√ 53.4	√√ 35.3	0.217
Por compartir platos y cubiertos con persona infectada	xx 42.2	xx 37.9	xx 47.1	0.571
Ser curado por dentista que atendió a personas infectadas	√√ 62.4	√√ 65.5	√√ 58.8	0.002
Identidades de riesgo de transmisión				
Tener relaciones con trabajadoras (es) sexuales	√√ 88.1	√√ 81.0	√√ 96.1	0.013
Se contagia más en las ciudades que en el campo	√√ 78.0	√√ 77.6	√√ 78.4	0.070
Tienen más riesgo los hombres que tienen sexo con hombres	√√ 45.0	√√ 48.3	√√ 41.2	0.000
Los síntomas del sida aparecen poco después del contagio	xx 38.5	xx 27.6	xx 51.0	0.143
El sida es una enfermedad incurable y contagiosa	√√ 69.7	√√ 81.0	√√ 69.7	0.031
Formas de prevención				
El condón previene contra el sida	√ 59.6	√ 51.7	√ 68.6	0.214
Existen vacunas contra el sida	xx 36.7	xx 36.2	xx 37.3	0.499

*χ² √√ = totalmente cierto √ = probablemente cierto xx = totalmente falso

Cuadro IV
Variables asociadas a la competencia cultural en el uso del patrón de conocimientos del VIH/sida. Colima y Nayarit (n = 109)

Variables	Competencia cultural*	
	Media ± DE	p**
Sexo		0.014
Mujeres (n = 43)	0.60 ± 0.17	
Hombres (n = 66)	0.50 ± 0.24	
Escolaridad		0.013
Ninguna (n = 11)	0.64 ± 0.15	
Primaria (n = 72)	0.58 ± 0.15	
Secundaria (n = 20)	0.50 ± 0.24	
Experiencia migratoria laboral		0.049
Primer viaje (n = 34)	0.60 ± 0.22	
Dos y más viajes (n = 65)	0.50 ± 0.23	
Total	0.54 ± 0.22	

*Correlación r de Pearson de las respuestas de cada informante con el patrón estimado de conocimientos

**Prueba de diferencia de medias: t de Student

La mayoría de los jóvenes escucharon hablar alguna vez del VIH/sida, pero a la vez tienen un patrón homogéneo de conocimientos que contiene actitudes estigmatizantes, incertidumbre sobre la eficacia del condón y conceptos erróneos sobre formas de transmisión casuales del VIH. Este hallazgo tiene correspondencia con una situación internacional, donde la mayor parte de la población adolescente y joven tiene insuficiente información sobre formas de transmisión y protección, con predominio en los contextos de mayor marginalidad y pobreza.^{19,20}

El patrón de conocimientos tuvo en la dimensión de las identidades de riesgo una orientación al desarrollo de actitudes estigmatizantes que podrían desfavorecer la percepción del riesgo del VIH/sida en el entorno inmediato. Parker y Aggleton²¹ sugieren que tales actitudes marcan negativamente a grupos sociales que se consideran desproporcionadamente afectados por la epidemia y por efecto moral otorgan un atributo de higiene a la comunidad no afectada. Las estructuras cognitivas que evalúan de tal manera el riesgo, se anclan en un pensamiento mágico con atributos morales preexistentes (por ejemplo, pensar que el VIH/sida es un

mal de hombres que tienen sexo con hombres y de trabajadoras sexuales que residen en ciudades) y generan un sentimiento de riesgo distante a la infección (favorecedor de prácticas sexuales no protegidas) y potencialmente estigmatizador de personas que viven con VIH/sida.²² Esta identidad distanciada del riesgo se ha encontrado en distintos estudios de salud sexual y reproductiva en grupos adolescentes y jóvenes indígenas de México,⁵⁻⁷ y desde el punto de vista de la identidad étnica de los grupos marginados y discriminados se puede entender como una actitud de resistencia contra la que consideran una cultura inmoral de los grupos opresores mestizos y blancos.⁴

En la dimensión de formas de prevención del patrón de conocimientos prevaleció la incertidumbre sobre la eficacia del condón en la protección contra el VIH/sida. Éste es un elemento central que podría indicar que el condón se conoce poco y es poco accesible a las familias jornaleras que viven marginadas y en situación de pobreza. Pero a la vez, es un factor que podría desfavorecer el uso del condón como medida de protección contra el VIH y las enfermedades de transmisión sexual en las relaciones sexuales. Una revisión sistemática de estudios sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes y jóvenes de países con menor desarrollo económico encontró que una mayor percepción de barreras para el uso del condón se asoció a menor uso del mismo como medida de protección.²³

El patrón estimado de conocimientos fue homogéneo al alcanzar altos valores de consenso cultural en todo el grupo y en los dos estados receptores por separado. Sin embargo, los promedios de competencia cultural individual más altos en el manejo del patrón correspondieron a las mujeres, a las personas con menor experiencia migratoria y a quienes tenían menor escolaridad. Estas asociaciones permiten hipotetizar que la información y el patrón de conocimientos sobre el VIH/sida se basan en valores y actitudes tradicionales de las comunidades rurales indígenas y que han sido poco permeables al cambio, sobre todo en las mujeres y los menos escolarizados. En algunos estudios en comunidades indígenas rurales de América Latina y África se ha encontrado que el predominio de tales valores y actitudes tradicionales en la cultura preventiva del VIH/sida ha favorecido el desarrollo de barreras a la difusión de mensajes biomédicos y la adopción de prácticas preventivas como el uso del condón.^{4,24}

Los hallazgos del patrón de conocimientos en los jóvenes de familias migrantes jornaleras indígenas fueron muy distintos a los que se obtuvieron

al estudiar los conocimientos del VIH/sida en adolescentes de diferentes estratos socioeconómicos de la ciudad de Guadalajara. En esa urbe, el patrón de conocimientos fue más homogéneo y tuvo una correlación significativa con el patrón de conocimientos biomédicos, sobre todo en los estratos socioeconómicos alto y medio. Pese a ello, los entrevistados tuvieron conceptos erróneos sobre formas de transmisión casuales y actitudes estigmatizantes hacia las trabajadoras sexuales y los hombres que tienen sexo con hombres. Un aspecto similar que se encontró en los jóvenes indígenas fue la incertidumbre sobre la eficacia del condón como medida de protección.²⁵

Una de las limitaciones del presente estudio es su carácter exploratorio y su estrategia de muestreo no probabilística. Si bien no se pueden hacer inferencias poblacionales, los hallazgos permiten perfilar algunas hipótesis sobre el grado de conocimientos y su relación con la vulnerabilidad a la transmisión del VIH/sida:

- a) El poco impacto de la cultura biomédica en los conocimientos.
- b) La vigencia de actitudes estigmatizantes en el marco de identidades étnicas marginadas que se resisten a la dominación urbana.
- c) La orientación de los conocimientos a desfavorecer el uso del condón como medida de protección.
- d) El efecto de aculturación en los conocimientos al incrementarse la experiencia migratoria.

Tales hipótesis que emergieron de los hallazgos son la base para desarrollar una investigación más profunda del fenómeno junto a la indagación de los estilos de vida y las condiciones materiales que constriñen el desarrollo de la cultura sexual y preventiva. Dicha investigación permitirá comprender los factores socioculturales de los contextos de marginación y pobreza que generan mayor vulnerabilidad al VIH/sida, a fin de fundamentar el contenido y las estrategias de campañas educativas y preventivas enmarcadas en la promoción integral de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de la población indígena.

Agradecimientos

Los autores expresan un profundo agradecimiento al personal del trabajo de campo que tuvo que sortear dificultades de acceso a los albergues cañeros, y aprender a cultivar con sinceridad y compromiso

el diálogo con los adolescentes y jóvenes indígenas. Nuestro agradecimiento a la maestra Verónica Villegas Vizcaíno, a la enfermera Teresa Dueñas y al grupo de estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nayarit: Sandra Montero Zamudio, Angélica Janet Gutiérrez Sánchez, Dulce Yanet Romero Pérez, Daniela Paola Sánchez Medina, Gustavo Ramírez Hernández y Karla Esther Castellanos Mariscal.

Referencias

1. Kompass A, Diagnóstico sobre la situación de los derechos humanos en México. México: Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas en México; 2003.
2. Ramírez-Jordán M. Situación de vulnerabilidad de los niños y niñas migrantes en México. En: del Río Lugo N, coordinador. La infancia vulnerable de México en un mundo globalizado. México: UAM-UNICEF; 2000. p. 55-78.
3. Méndez-Morales S. Características de la migración femenina temporal en la mixteca oaxaqueña. En: Barrera BD, Oehmichen BC, editores. Migración y relaciones de género en México. México: GIMTRAP/ Instituto de Investigaciones Antropológicas, UNAM; 2000. p. 251-280.
4. Yáñez-Pozo J. Promoción de la salud sexual y prevención del VIH/sida y de las ITS en pueblos indígenas de las Américas. Washington, DC: OPS/ Asociación Mundial de Sexología; 2003.
5. Cabral-Soto J, Flores-Alvarado A, Baltazar-Rivas MC, García-Vargas F, Orozco-Melnecke MC, Brambila-Paz C. Salud sexual y reproductiva en jóvenes indígenas de las principales etnias de México. México: Programa IMSS-Solidaridad; 1999.
6. Castañeda X, Brindis C, Castañeda I. Nebulous margins: sexuality and social constructions of risks in rural areas of Central Mexico. *Cult Health Sex* 2001;3(2):203-219.
7. Rodríguez G, de Keijzer B. La noche se hizo para los hombres. Sexualidad en los procesos de cortejo entre jóvenes campesinas y campesinos. México: Population Council; 2002.
8. Bravo E, Magis C. El sida en el área rural. En: Magis C, Bravo E, Carrillo AM, editores. La otra epidemia: el sida en el área rural. México: Censida; 2003. p. 11-18.
9. Magis C, Del Río-Chiriboga C. Epidemiología del VIH y del sida en México. En: Ponce-de León S, Rangel MS, editores. Sida. Aspectos clínicos y terapéuticos. México: McGraw-Hill-Interamericana; 2000. p. 1-10.

10. Gayet CI, Magis-Rodríguez C. Inmigración y sida en los municipios conurbados del área metropolitana de la ciudad de México. *Economía, Sociedad y Territorio* 2000;11(8):641-686.
11. Weller SC. Cultural consensus theory: applications and frequently asked questions. *Field Methods* 2007;19(4):339-368.
12. Weller SC, Romney AK. Reliability, consensus, and sample size. En: Weller SC, Kimbal RA, editores *Systematic data collection*. Newbury Park: Sage Publications; 1988. p. 69-78. (*Qualitative Research Methods Vol. 10*).
13. Kuzel A. Sampling in qualitative inquiry. En: Crabtree B, Miller W, editores. *Doing qualitative research*. London: Sage; 1999. p. 33-46.
14. World Health Organization. *Research package: Knowledge, attitudes, beliefs and practices on AIDS survey (KABp). Appendix: Questionnaire*. Washington, DC: WHO; 1990.
15. Weller SC, Mann NC. Assessing rater performance without a gold standard using consensus theory. *Med Decision Making* 1997;17(1):71-79.
16. Zavaleta C, Fernández C, Konda K, Valderrama Y, Vermund SH, Gotuzzo E. High prevalence of HIV and syphilis in a remote native community of the Peruvian Amazon. *Am J Trop Med Hyg* 2007;76(4):703-705.
17. Wright MR, Giele CM, Dance PR, Thompson SC. Fulfilling prophecy? Sexually transmitted infections and HIV in Indigenous people in Western Australia. *Med J Aust* 2005;183(3):124-128.
18. Guimaraes PN, Martín D, Quirino J. AIDS em área rural de Minas Gerais: abordagem cultural. *Rev Saude Publica* 2007;41(3):412-418.
19. United Nations Children's Fund, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization. *Young people and HIV/AIDS. Opportunity in crisis*. New York: UNICEF-UNAIDS-WHO; 2002. Disponible en http://data.unaids.org/Topics/Young-People/youngpeoplehivaids_en.pdf
20. Dehne KL, Riedner G. Barriers to effective STI care for adolescents. En: *Sexually transmitted infections among adolescents: the need for adequate health services*. Geneva: WHO; 2005. p. 17-24.
21. Parker R, Aggleton P. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Soc Sci Med* 2003;57(1):13-24.
22. Flores-Palacios FR, Leyva-Flores R. Representación social del sida en estudiantes de la Ciudad de México. *Salud Publica Mex* 2003;45(Suppl 5):S624- S631.
23. Blum R. Risk and protective factors affecting adolescent reproductive health in developing countries. Geneva: WHO; 2004.
24. Liddell C, Barrett L, Bydell M. Indigenous beliefs and attitudes to AIDS precautions in a rural South African community: an empirical study. *Ann Behav Med* 2006;32(3):218-225.
25. Caballero-Hoyos R, Villaseñor-Sierra A. Conocimientos sobre VIH/sida en adolescentes urbanos: consenso cultural de dudas e incertidumbres. *Salud Publica Mex* 2003;45(Suppl 1):S108-S114.