Riesgo de VIH/SIDA en la mujer: no es cuestión de estrato socioeconómico

María Fernanda Collazos[1], Natalia Echeverry[1], Amanda Patricia Molina[1], Gladys Eugenia Canaval, Ph.D.[2], Claudia Patricia Valencia, Enf., M.Sc.[2]

RESUMEN

Introducción: Las mujeres han pasado a ocupar un lugar central en el tema de la propagación del VIH/SIDA a nivel global y a nivel regional. En Colombia, la relación hombre/mujer en el número de casos de VIH para 1987 era 37:1; en 1995 esta razón había disminuido a 5:1, y para el año 2003 fue 2,6:1 lo que confirma la feminización de la epidemia.

Propósito: Identificar los factores protectores y de riesgo para VIH/SIDA en mujeres de clase socioeconómica alta de Cali, Colombia, en un intento por reconocer la situación de vulnerabilidad en una población que por sus condiciones socioeconómicas y culturales, ha sido apartada y señalada como una población poco vulnerable a este tipo de situaciones de salud.

Metodología: Estudio descriptivo de corte transversal realizado en el período enero-diciembre de 2002, a través del cual las mujeres respondieron un cuestionario autodiligenciado, en forma anónima y confidencial, que se había aplicado a mujeres de estrato socioeconómico bajo un año atrás. La selección de las mujeres participantes se obtuvo a través del metodo de la bola de nieve.

Resultados: Los factores protectores identificados hacen referencia a una alta escolaridad y autoestima alta, además independencia económica y familiar; son pocas las mujeres víctimas de violencia por su pareja y no usan drogas inyectables; en contraste, presentan factores de riesgo semejantes a los de las mujeres de estrato socioeconómico bajo y también perciben la infidelidad en su pareja a pesar de tener una relación monogámica y heterosexual. Aunque reconocen su vulnerabilidad frente al VIH/SIDA, el uso del condón es bajo (18%); asimismo lo es su poder de decisión (56%) a negarse a una relación sexual pese a la negativa de su pareja a usar el preservativo. Llamó la atención la persistencia de creencias erróneas relacionadas con el VIH/SIDA a pesar de su alta escolaridad.

Conclusiones: Las mujeres de estrato socioeconómico alto comparten algunas características de riesgo para VIH y otras infecciones de transmisión sexual con las mujeres de estrato bajo, especialmente en el aspecto cultural y papeles de género en la relación de pareja. Se recomienda que la promoción de la salud sexual de la mujer se oriente a propiciar la autonomía, la autoeficacia en la relación de pareja y la negociación de prácticas preventivas y protectoras. No sólo el conocimiento como tal, sino los factores de riesgo desde los planos sociales y culturales, deben ser parte del debate público y de la agenda del sector salud. La educación en este aspecto debe trascender el nivel de información para ubicarse en el nivel de la trasformación a fin de suministrar poder y promocionar la salud de la mujer.

Palabras clave: *Condón; Mujeres; Protección; Riesgo; VIH/SIDA; Vulnerabilidad.*

Women's risk of HIV/AIDS: It is not a matter of class

SUMMARY

Introduction: Women are now at the central place of the topic of HIV/AIDS spread at local and global level. In Colombia, the ratio man:woman by 1987 year was 31:1, by 1995 year was 5:1 and by 2003 year was 2.6:1; these data confirm the feminization of HIV/AIDS epidemic.

Main objective: Identify protector and risk factors for HIV/AIDS in women from high socioeconomic status of Cali, Colombia with the aim of recognizing high social class women's situation about vulnerability to HIV/AIDS.

Methods: Descriptive study about risk and protection of HIV/AIDS of women from high socioeconomic status of Cali, Colombia who participated answering a questionnaire. It was used the ball snow method for getting the sample of 95 women from January to December of 2002 year. All the requierements asked from Institutional Review Board at University of Valle were met.

Results: The findings show protective factors related with education, economic and family independence, high perception of

1. Estudiante de Enfermería, Escuela de Enfermería, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia. e-mail: amanmole@telesat.com.co
2. Profesora Titular, Escuela de Enfermería, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia. e-mail: glacanav@univalle.edu.co e-mail: clapava@univalle.edu.co
Recibido para publicación noviembre 12, 2004 Aprobado para publicación junio 27, 2005

© 2005 Corporación Editora Médica del Valle

empowerment and self-esteem. Few women reported domestic violence and they did not use IV drugs; in contrast, they had risk factors similar to those of low class women and perceived infidelity in their couple in spite of having a monogamous and heterosexual relationship. Although their self-perception about vulnerability to HIV/AIDS was high, condom use and power of decision in sexual relationships were low. Women had wrong believes about HIV/AIDS in spite of their high education.

Conclussions: Women from high socioeconomic status compared to low class women had similar risk factor for HIV/AIDS, mainly those related to cultural aspects and gender role. It is recommended that promotion of the women's sexual health aims to increase autonomy, self-efficacy in the relationships with their couples and the skills for negotiation of preventive and protective practices. Risk factors related to social and cultural sphere should be part of the public debate and of the agenda of the health sector. The education in this aspect should transcend the level of information to be located in the level of transformation for empowerment and promotion of women's health.

Key words: *Condom; Protecction; Risk; HIV/AIDS; Vulnerability; Women.*

Según el último informe de ONUSIDA, para diciembre de 2003 existen en el mundo 40 millones de personas con VIH/SIDA[1]. Las cifras de VIH/SIDA crecen alarmantemente en la poblacion femenina. Entre los adultos VIH+, la mujer representa 55% de casos en África, 30% en Asia, 20% en Europa y 20% en los Estados Unidos[2].

Las mujeres han pasado a ocupar un lugar central en el tema de la propagación del VIH/SIDA a nivel global tanto así, que para 1991, en América Latina y el Caribe se registraban casi 6 hombres infectados frente a cada mujer con el virus. En la actualidad, la proporción es de casi tres hombres por cada mujer[3]. En Colombia los casos notificados de VIH/SIDA en mujeres han presentado progresivo aumento: 9.6% en 1990, 10.7% en 1993, 12.55% en 1996, 13.95% en 1998[4]. Para 2002 alrededor de 17% de toda la poblacion con VIH corresponde a personas del sexo femenino[1]. La relación hombre/mujer para 1987 en Colombia era de 37:1; en 1995 esta razón había disminuido a 5:1[4], y para el año 2003 fue de 2.6:1 lo que confirma la feminización de la epidemia[1].En Cali según la Secretaría de Salud Pública Municipal a diciembre de 2003, 7.666 personas estaban enfermas con VIH, de ellas, 1.669 casos eran mujeres[6]. Desde 1990 las relaciones heterosexuales han explicado 90% de casos nuevos en mujeres, mientras que en los hombres este patrón de transmisión explica sólo 40% de las nuevas infecciones. La situación es mucho más más compleja para las mujeres jóvenes o adolescentes por la vulnerabilidad biológica (mayor fragilidad del epitelio vaginal, receptoras de semen lo que favorece un mayor tiempo de contacto del virus en la cavidad vaginal) y los factores sociales y culturales, que a menudo dan lugar a la discriminación y sometimiento de la mujer. Un estudio de Arias *et al.*[7] entre jóvenes de la comuna 18 de Cali, muestra la existencia de factores que predisponen día a día a las mujeres jóvenes a adquirir ITS-VIH/SIDA como el comienzo cada vez más temprano de las relaciones sexuales (12.4 años para los hombres y 13.4 años para las mujeres) y la edad de las parejas sexuales, que en el caso de las mujeres son superadas en 3 a 4 años por sus compañeros. Esta situación las hace más vulnerables porque sostienen relaciones con hombres de mayor edad, generalmente más experimentados que ellas y con mayor número de contactos sexuales. Esta diferencia en edad también les resta capacidad de decisión y negociación.

A esta situación se suma la dificultad que existe para que los hombres asuman con verdadera responsabilidad los comportamientos de su vida sexual. En mujeres adultas y con relaciones de pareja "estable" la supuesta monogamia y fidelidad de la pareja constituida, se considera a menudo como garantía de no infección. También es probable que las mujeres desempeñen un papel más sumiso en las relaciones heterosexuales, lo que puede llevar a abusos o a dificultades en la pareja, entre ellos el de la infidelidad del cónyuge, la no aceptación del preservativo en las relaciones sexuales y la negación de su condición de portador del VIH[3].

Entre los años 1999-2000 la Escuela de Enfermería de la Universidad del Valle y la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali, efectuaron una investigación sobre factores protectores y de riesgo para VIH/SIDA en mujeres de la ciudad (Proyecto Amanecer). Se obtuvo una mayor participación de mujeres de estrato socioeconómico (ESE) bajo (97%) y quedó por fuera del análisis la situación en las mujeres de ESE alto. Por este motivo y ante la falta de estudios que sustentan la vulnerabilidad de las mujeres pertenecientes a los estratos medio y alto de la ciudad de Cali, se pretendió describir y reconocer esta población, que por su condición socioeconómica y cultural, ha sido apartada y señalada como una población poco vulnerable a este tipo de situaciones de salud. El propósito de este trabajo fue robustecer la muestra de la primera fase del Proyecto Amanecer, con la inclusión de 95

mujeres de estratos medio y alto, y así contribuir al conocimiento sobre la situación de las mujeres de Cali frente al SIDA y las ITS, además de aportar elementos para formular políticas en favor de la salud sexual y en la prevención de SIDA/ITS en mujeres de la ciudad.

Los objetivos de esta investigación fueron:

- Reconocer aspectos de la vida sexual de las mujeres de estrato socioeconómico alto de Cali.
- Establecer la relación entre algunos factores de protección y de riesgo para VIH/SIDA-ITS, con las caracteristicas sociodemográficas de las mujeres de estrato socioeconómico alto.
- Identificar la percepción de vulnerabilidad de estas mujeres frente a la infección de VIH/SIDA.
- Determinar la intención de uso y el uso del condón en las relaciones sexuales de este grupo de mujeres.

Cuadro 1
Clasificación de las variables del estudio sobre factores protectores y de riesgo en mujeres de estrato socioeconómico alto de Cali, 2002

Variables del estudio
Vida sexual:
Satisfacción en la relación sexual
Orientación sexual
Planificación familiar
Número de parejas sexuales al año
Fidelidad
Comunicación de pareja
Historia sexual del compañero
Poder de decisión en la relación
Pareja sexual estable
Conocimiento y percepción de vulnerabilidad frente al VIH/SIDA:
Conocimientos generales de transmisión
Antecedentes de prueba para detección y resultado
Percepción de riesgo y vulnerabilidad
Intercambio de agujas y consumo de drogas por ella y su pareja
Violencia de pareja:
Temor a la agresión
Historia de violación por la pareja
Antecedentes de maltrato
Uso e intención de uso del condón:
Uso del condón por ella y su pareja
Satisfacción de uso del condón
Actitud de uso del condón
Intención de uso del condón
Uso del condón entre sus amigas
Autoestima:
Escala de Rosemberg
Sociodemográficas:
Estado socioeconómico
Edad
Escolaridad
Estado civil
Seguridad social
Ingresos

METODOLOGÍA

El diseño de esta investigación correspondió al de un estudio descriptivo de corte transversal que se llevó a cabo en el período enero-diciembre de 2002.

La primera fase del Proyecto Amanecer[8] calculó en 400 la muestra de las mujeres participantes, que se debía obtener de todos los estratos socioeconómicos de la ciudad en forma porcentual. Para esta fase, la muestra final obtenida fue 312 mujeres, de las cuales 95% pertenecían a los estratos 1, 2 y 3. Por este motivo se planeó estudiar a 100 mujeres de los estratos 4, 5 y 6 en una segunda etapa, para completar la muestra total estimada. La muestra se obtuvo con el método «bola de nieve» y los criterios de inclusión fueron: tener más de 13 años, con capacidad de lecto-escritura, residentes de Cali en los últimos 6 meses en los estratos previamente definidos.

Para la recolección de la información se aplicó el mismo instrumento utilizado en la primera fase del Proyecto Amanecer, que exploró aspectos de la vida sexual de las mujeres, comunicación, autoestima, uso e intención de uso del condón, violencia intrafamiliar, uso de drogas, conocimientos, comportamientos y vulnerabilidad frente al VIH/SIDA. La clasificación de las variables estudiadas aparece en el Cuadro 1.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle; las participantes diligenciaron el consentimiento de participación anónima, libre y voluntaria.

Para el procesamiento y análisis de los resultados se utilizaron los programas estadísticos Epi-Info versión 6.0 y SPSS versión 6.0.

RESULTADOS

Factores sociodemográficos. La muestra final estuvo constituida por 95 mujeres, que devolvieron el instrumento diligenciado, lo que arroja un porcentaje de no respuesta muy bajo (5%). El mayor número de mujeres participantes en el estudio (55%) pertenecían al estrato cinco seguido por 26% y 17.9%, respectivamente para los estratos cuatro y seis. El rango de edades estuvo entre 13 y 65 años, con una mediana de 27.5.

El promedio de años de estudio para el grupo de

mujeres encuestadas fue 14.6 años. Hubo 31.6% con 16 años de escolaridad o sea formación universitaria completa, seguida por 13.7% con formación técnica o superior de 3 años. Vale la pena resaltar que 5.3% de las mujeres tuvieron estudios de postgrado completo, y sólo una (1.1%) tuvo estudios de primaria completa.

Las mujeres casadas representaron 28.4% de la muestra y sólo 1.1% convivía en unión libre a diferencia de las mujeres de estrato bajo (27%). Las mujeres de este estudio tenían una independencia económica mayor que las mujeres de la primera fase, donde 50% no recibían ningún ingreso mensual (vs 14% en las mujeres de ESE alto) y sólo 3.2% de las mujeres recibían entre 3 y 4 salarios mínimos (vs 15% de las mujeres de ESE alto). El porcentaje restante (71%) recibían entre 1 y 3 salarios). De estas mujeres 92% contaban con un servicio de salud, a diferencia de las mujeres de estrato bajo, donde 21.5% correspondían a pobres no aseguradas sin capacidad de pago.

Vida sexual. De las 76 mujeres con vida sexual activa, 98.6% se declararon heterosexuales, 78% tenían pareja sexual estable, 21.1% informó haber tenido más de una pareja en el último año. En cuanto a la satisfacción sexual, 59.2% refirieron sentirse muy satisfechas con su relación sexual, seguido de 25% que se sentían algo satisfechas. Al analizar la percepción de infidelidad de su pareja, se observó que 33.7% pensaban que su compañero había tenido más más de una pareja sexual en el último año. En cuanto a la frecuencia en el uso de métodos de planificación familiar durante el último mes, 60.3% siempre usaron un método de planificación, cifra que representó el doble de lo informado por las mujeres de la primera fase.

Comunicación en la relación y autoestima. Acerca de la comunicación que las mujeres del estudio tenían con su pareja se encontró que 55% se sintieron muy cómodas hablando con su pareja acerca de su vida sexual, 46% se manifestaron muy cómodas al hablar con su pareja acerca de sus necesidades en la relación, pero esta cifra disminuyó a 26.3% cuando las mujeres preguntaron a su pareja si habían tenido relaciones sexuales recientemente con otra persona. Estos datos fueron similares a los obtenidos en la primera fase del Proyecto Amanecer. El puntaje promedio en la escala de Autoestima de Rosemberg fue 35.25 sobre un puntaje máximo de 40. Hay que resaltar que en comparación con los resultados de la primera fase del Proyecto Amanecer no se encontró una diferencia entre estos promedios (35.25 vs. 32.46).

Cuadro 2
Actitud, uso e intención de uso del condón en mujeres de estrato socioeconómico alto de Cali, 2002

Característica	ESE alto %	ESE bajo %
Aceptación de ella, en el uso del condón	46.3	16.0
Aceptación de su pareja en el uso del condón	30.0	15.0
Sentirse muy cómodas al comprar un condón	39.0	25.3
Intensión de uso	35.0	25.6
Uso de condón en la última relación sexual	18.0	10.6

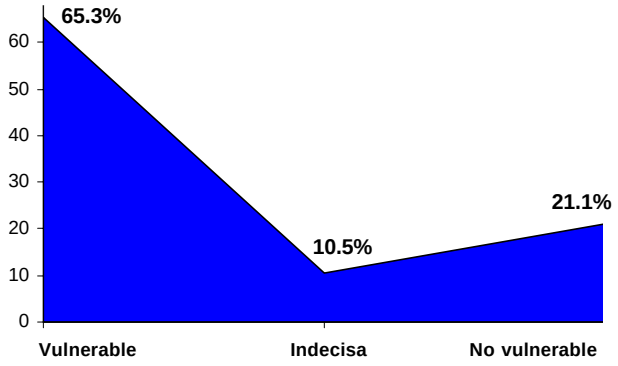
Actitud, intención de uso y uso del condón. Como una forma indirecta de explorar la intención de uso del condón, se preguntó cuántas mujeres habían tenido un condón en su cartera y cuántas pensaron usarlo durante la última relación y no lo hicieron. El Cuadro 2 muestra los resultados de los aspectos que se relacionan con el uso y la intención de uso del condón comparativamente entre las mujeres de los dos estratos. Los resultados evidencian una mejor actitud hacia el condón y mayor índice de uso, en las mujeres de estrato alto.

En cuanto a la autoeficacia en la negociación del uso del condón, se encontró que 53% de las mujeres creían que si pedían a su pareja sexual que usara condón, definitivamente sí lo harían, mientras que 32% manifiestaron que probablemente o definitivamente no lo harían. Al cruzar las variables estado civil y uso de condón en la última relación sexual se encontró que las mujeres que tenían unión conyugal utilizaban en menor proporción el condón (4.9%) que las mujeres sin unión conyugal (16%) (p=0.35).

El porcentaje de mujeres que hablaban con su pareja sobre el uso del condón frente a las que no lo hacían, fue semejante al de la primera fase del Proyecto Amanecer (46.3% y 42.1%, respectivamente). A pesar de que casi todas las mujeres del estudio se sintieron vulnerables a adquirir VIH/SIDA y que la mitad aproximadamente le temían a la infección, sólo 18% usaron el condón en su última relacion sexual.

La variable poder de decisión se obtuvo a través de la pregunta ¿si usted le pide a su pareja usar condón y él no quiere hacerlo, tendría usted de todas maneras la relación? Se encontró que 56.2% de las mujeres tenían un bajo poder para decidir dentro de la relación. No hubo asociación significativa (p=0.61) entre el poder de decisión y la autoestima. Pese a que la mitad de las mujeres tuvo una autoestima alta se evidenció un bajo poder decisorio en la relación.

Drogas y conocimiento del VIH/SIDA. Las mujeres



Gráfica 1. Vulnerabilidad a la infección por el VIH/SIDA en mujeres de estrato socioeconómico alto. Cali, 2002

Cuadro 3
Conocimientos generales de VIH en mujeres de estrato socioeconómico alto. Cali, 2002

Grado de conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Bajo conocimiento	10	10.5
Regular conocimiento	61	64.2
Buen conocimiento	22	23.2
Total	93	97.9
Datos perdidos	2	2.1
Total	95	100.0

del estudio no estuvieron expuestas al uso de drogas inyectables o sustancias psicoactivas, ni sus parejas. Ninguna mujer respondió haber compartido agujas para inyectarse drogas, lo que evidenció bajo riesgo en la transmisión por vía parenteral. En general el conocimiento sobre la transmisión de VIH/SIDA fue regular entre las mujeres encuestadas (Cuadro 3), persistieron ideas erróneas en algunos aspectos: la tercera parte creía que durante la menstruación no se infectaban y unas pocas (7%) no sabían si la píldora anticonceptiva protegía de la infección contra el VIH. No se encontró ninguna asociación estadísticamente significativa entre nivel de escolaridad y conocimiento de transmisión de VIH (χ^2=5.603; p=0.692).

Vulnerabilidad y VIH/SIDA. La percepción de vulnerabilidad se evaluó al indagar si se sentían susceptibles de infectarse con el VIH en algún momento de su vida. Casi todas (65%) expresaron su vulnerabilidad, como lo muestra la Gráfica 1; 47.4% de las mujeres estuvo de acuerdo y fuertemente de acuerdo respecto al temor de adquirir el VIH/SIDA. El análisis de vulnerabilidad y uso del condón en la última relación sexual, mostró que 51.2% de las mujeres se consideraron vulnerables y aun así en su última relación sexual no usaron condón. Respecto al estado civil y vulnerabilidad, se encontró una asociación estadísticamente significativa (p 002) en la cual el grupo de mujeres que se sintió más vulnerables es aquel que no tenía vínculo formal (58%) mientras que en el grupo de mujeres con unión conyugal sólo 17.3% de ellas se sintieron vulnerables.

Violencia sexual. En los últimos doce meses 3.3% manifestaron que habían sentido temor a ser golpeadas o lastimadas por su compañero. En cambio, 87.4% de las mujeres expresaron que nunca habían sido abusadas sexualmente por sus compañeros y sólo 1% afirmó haberse sentido maltratada por su pareja en los últimos 12 meses.

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio muestran que casi todas las mujeres de ESE alto tienen alta escolaridad, seguridad social, poca dependencia familiar e ingresos económicos lo que les resta vulnerabilidad social frente al VIH/SIDA y otras ITS. El hecho de depender económica o materialmente del hombre puede influir en que la mujer no puede tomar control de cuándo, con quién y en que circunstancias tener relaciones de pareja; además, muchas veces las mujeres se ven obligadas a intercambiar sexo por favores materiales para sobrevivir.

La clase socioeconómica es una variable importante que se correlaciona con los comportamientos que afectan la salud, el acceso a los servicios, el riesgo de enfermar, el riesgo de una complicación y aun de mortalidad cuando hay una enfermedad. Se ha informado que el factor socioeconómico exacerba la vulnerabilidad al VIH en mujeres y juega papel importante en aumentar el riesgo de infección con VIH en mujeres de estrato económico bajo por su menor probabilidad para el uso del condón[9,10].

Las mujeres de este estudio se identificaron en su mayoría como heterosexuales y monógamas, condición que no es garantía de inmunidad al VIH/SIDA; diversos estudios han evidenciado que la mayoría de las mujeres jóvenes infectadas tuvieron un único compañero y algunas otro anterior. Además que la categoría de riesgo más frecuente para la infección con VIH/SIDA en las mujeres es el contacto heterosexual (38%)[11]. Esta cifra contrasta con algunos estudios que se han hecho acerca de la transmisión de VIH/SIDA en las mujeres con orientación

homosexual, donde se encuentra que no hay muchos informes acerca de infecciones de este tipo, las relaciones lesbianas son un modo de transmisión raro[12]. PROCETTS en el Perú comunica que 70% de las mujeres con VIH fueron infectadas por su única pareja, debido a que la monogamia y la fidelidad no las comparte su compañero sexual y por tanto, no las protege[13]. En sociedades patriarcales como la colombiana, es culturalmente aceptable que los hombres casados y solteros tengan múltiples parejas, incluyendo trabajadoras sexuales[2]. Este hallazgo deja ver la gravedad de la "falsa seguridad " que invade a mujeres casadas o en unión libre para ubicarlas en el grupo de riesgo más amenazado por la infección. A esta circunstancia se suma que el uso del condón entre mujeres casadas en etapa reproductiva está entre 2% y 6% y que 60% de los condones se usan en relaciones por fuera de las uniones estables[14].

Es importante enfatizar que las variables analizadas antes muestran que las mujeres están expuestas a factores de riesgo para adquirir VIH dentro de su relación, lo que las hace sentirse vulnerables, pero hay aspectos socioculturales como la desigualdad de género, el temor al abandono, que no permiten que se fortalezcan con elementos que realmente les den protección. Las mujeres monógamas se perciben a sí mismas con menor riesgo de infectarse con VIH, tienen menor intención de usar el condón y lo usan menos[15].

La baja comunicación de pareja en asuntos relacionados con la sexualidad, evidencia que la comunicación es un fenómeno complejo y obstaculiza la expresión de los temores, la capacidad de negociación y por tanto aumenta la vulnerabilidad de las mujeres. Además existe una marcada dificultad por parte de la mujer para abordar la infidelidad como tema en su comunicación de pareja.

El bajo uso del condón que se encontró en este estudio, demuestra que en general en la cultura colombiana es baja la aceptación del preservativo como estrategia de protección de ITS y prevención de embarazos, a pesar de la manifestación de aceptación por cerca de la mitad de las mujeres que participaron en la encuesta. Esto indica que subyacen en la práctica razones de otra índole que se tornan difíciles de resolver por sí solas. Además, se sabe popularmente que si la mujer se niega a tener sexo o pide el uso del preservativo, el hombre con frecuencia sospecha infidelidad y se expone al riesgo del maltrato al negarse a tener una relación sexual o al pedir que su pareja use preservativo[2]. Finalmente, la mujer no es la que usa el condón y para poder protegerse a sí misma contra la infección del VIH, debe dominar todos los aspectos relacionados con su uso, como su adecuado manejo, la actitud positiva y poseer la habilidad de convencer a su pareja sexual de la necesidad de usar condones[16]. Estos datos son semejante a los resultados obtenidos en otros países de América Latina en los cuales el uso del condón por el grupo de las mujeres se ha estimado en menos de 36%[14].

En este estudio se encontró que a la mayoría de las mujeres no les gusta utilizar el condón, pero sí, métodos de planificación familiar, por lo que la actitud positiva por el uso de estos métodos se puede canalizar hacia la sensibilización para el uso del preservativo como método de doble protección.

El uso del condón es un indicador indirecto del nivel de autocontrol en las personas, como lo demuestran Wingood y DiClemente[17], lo que reitera la dificultad que existe en el uso del condón, la negociación y persuasión del uso del mismo con la pareja.

Los resultados obtenidos con respecto a la vulnerabilidad son similares en ambos grupos de mujeres (ESE alto y bajo), por tanto, es posible decir que la vulnerabilidad no sólo está marcada por factores biológicos, sino también por factores culturales y sociales independientes de su nivel económico.

Según la literatura, una característica compartida tanto por varones como por mujeres, en etapa adolescente o adulta, es el síndrome de «a mí no me va a pasar». En los jóvenes, debido a la falta de percepción de la vulnerabilidad y su no identificación con los "grupos de riesgo", mientras que en el adulto, además de esta no pertenencia a los grupos de riesgo, existe una falsa seguridad asentada en la creencia que sólo afecta a los jóvenes[18].

El maltrato fisico y sexual es poco común en este segmento de la población femenina, así como el bajo intercambio de agujas por uso de SSA parenterales en ellas y sus compañeros, lo que concuerda con los estudios mundiales que muestran que las mujeres latinoamericanas no expresan este factor de riesgo. Algo que es un factor de protección en las mujeres de este estudio es el hallazgo de relaciones con compañeros que no ejercen la violencia. Un estudio en mujeres con alto riesgo de infección con VIH, evidenció que el abuso sexual y físico era descomunal y formaba parte de sus vidas; el abuso infantil (42%) y el maltrato físico (42%) resultaron ser también comunes. Las mujeres que han sido maltratadas tienen mayores

Cuadro 4
Factores protectores y de riesgo para ITS-VIH/SIDA en mujeres de estrato socioeconómico alto de Cali, 2002

Factores protectores	Factores de riesgo
Escolaridad alta	Falta de claridad acerca de formas de transmisión y prevención del VIH/SIDA
Independencia económica y familiar	Bajo poder de decisión en la relación sexual
Satisfacción en la comunicación con la pareja	Persistencia de ideas preconcebidas acerca del uso del condón
Alta autoestima	Bajo uso del condón
Ambientes sin violencia sexual, de género e intrafamiliar	Baja percepción de vulnerabilidad si están en unión conyugal
No uso de drogas o SSA parenterales	Infidelidad del compañero
Actitud positiva hacia el condón y métodos de planificación familiar	

posibilidades de pertenecer a grupos de mujeres usuarias de drogas y tener múltiples parejas sexuales[19], lo que las hace más más vulnerables.

El bajo poder de decisión reflejado en la incapacidad de negarse a sostener una relación sexual a pesar de que la pareja no quiera utilizar el preservativo en este grupo de mujeres, se correlaciona con estudios similares realizados en Sudáfrica, en los que se identificó que 55% de las mujeres sostiene relaciones sexuales aunque no lo deseen, por insistencia de su pareja y 33% por temor al abandono o a la violencia fisica. Los niveles de alta autoestima que se pudieron observar en las mujeres de este grupo, no se relacionan con el bajo poder de decisión en la relación que mostraron; esto lleva a pensar que el poder de decisión en la relación de pareja es distinto a las decisiones que toman las mujeres en otros escenarios. Lo que demuestra una vez más cómo estas mujeres a pesar de sentirse vulnerables no se protegen y se siguen exponiendo a la infección.

Se conoce[20] la tendencia internacional que muestra con claridad que esta epidemia afecta cada vez más fuertemente a la población femenina, en particular a la más pobre y desprovista de poder. Las mujeres de ESE alto tambien siguen mostrándose carentes de poder a pesar de todas las características ambientales y personales más favorables que tienen respecto a otras poblaciones menos favorecidas.El Cuadro 4 resume los factores protectores y de riesgo hasta el momento descritos.

CONSIDERACIONES FINALES

- La organización de las identidades y papeles de género, las modalidades que cobran las relaciones de poder y las asimetrías sociales en el acceso y el control de recursos materiales y simbólicos entre varones y mujeres juegan un papel prioritario con respecto a las posibilidades de autocuidado y a las prácticas de prevención del VIH-SIDA[21-23].
- La mujer y su capacidad de "negociar un sexo seguro" siguen como el principal foco operativo de las estrategias y programas de prevención, pues se desconocen las escasas posibilidades reales de la mayor parte de las mujeres en controlar los comportamientos de sus parejas[22,23]. Por esto se recomienda comprometer a los hombres en los distintos programas de prevención porque en el medio colombiano las mujeres dependen en gran medida de la cooperación masculina.
- Las mujeres de clase socioeconómica media y alta comparten algunas características de riesgo para VIH y otras ITS con las mujeres de clase baja, sobre todo en el aspecto cultural y en los papeles de género en la relación de pareja.
- La elevada incidencia de relaciones no consentidas, la incapacidad de las mujeres para negociar prácticas sexuales seguras y en muchos casos, el miedo al abandono o a la expulsión del hogar y de la comunidad, son factores de orden social que deben abordarse en programas de prevencion con hombres y mujeres.
- La mujeres de la muestra necesitan tener poder para asumir el reto que impone la cultura y el medio respecto a las ITS y en particular el VIH/SIDA

RECOMENDACIONES

- Orientar la promoción de la salud sexual de las mujeres para propiciar la autonomía, autoestima, estilo de vida saludable y la concientización de los riesgos a que se exponen ante una epidemia que no distingue a sus víctimas.
- Evitar el condicionamiento que producen los llamados "grupos de riesgo", en el direccionamiento de políticas en promoción y prevención, las mujeres monógamas y fieles también están en riesgo por los factores de

género respecto a su pareja.

- Dar énfasis a la realización de programas con participación activa de las mujeres y de los hombres por separado y en conjunto, en los cuales se privilegien aspectos de comunicación, negociación, conocimiento sobre riesgo, protección, y relaciones de género.
- Incrementar el uso del condón a través de medios educativos y desmitificar su uso, es fundamental hacer énfasis en la doble protección embarazo-ITS que el condón ofrece.

REFERENCIAS

1. ONU-SIDA. *Instituto Nacional de Salud 20 años del VIH/SIDA en Colombia, Estadísticas Nacionales 1983-2003* [en línea], [fecha de acceso julio 12 de 2004] URL disponible en: http://www.ONUSIDA.org.co
2. Organización Mundial de la Salud. *Women and HIV /AIDS.* Hoja de Información N° 242, 2000. [en línea], [fecha deacceso marzo 23, 2003]. URL disponible en http://www.who.org.int/hiv_infections
3. UNICEF. *El rostro femenino del SIDA.* [en línea] [fecha de acceso julio 12 2004]. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/aids/23538_hivaids.html
4. Ministerio de Salud de Colombia. ONUSIDA. *Infección por VIH/SIDA en Colombia;aspectos fundamentales, respuesta nacional y situación actual*; Bogotá: Ministerio de Salud de Colombia; 1999.
5. OPS/OMS. *Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. VIH y SIDA en las Américas, una epidemia multifacética.* Washington: OPS/OMS; 2001.
6. Estrada VE, Bolaños CJ. *Informe epidemiológico de ITS-VIH/SIDA en Cali, Colombia, 2003.* Documento interno. Cali: Secretaría de Salud Pública Municipal; 2004.
7. Arias L, Ceballos J, Canaval GE, Valencia CP, Rojas O, Herrera J. *No sólo el amor te salva.* Arias L (ed.). Cali: Universidad del Valle; 2003.
8. Canaval GE, Valencia CP, Magaña A, *et al*. *Factores protectores y de riesgo para VIH/SIDA en mujeres de Cali.* [Memorias en CD-ROM]. Cali: IV Congreso Regional Andino de Medicina Familiar y IV Congreso Nacional de Salud y Medicina Familiar; septiembre 19-22, 2001.
9. Peterson JL, Grinstead OA, Golden E, Catania JA, Kegeles S, Coates TJ. Correlates of HIV risk behaviors in black and white San Francisco heterosexuals: The population-based AIDS in multiethnic neighborhoods (AMEN). *Ethn Dis Study* 1992; *2:* 361-370.
10. Wingood GM, DiClemente RJ. Partner influence on gender-related factors associated with non condom use among young adult African-American women. *Am J Comm Psychol* 1998; *26:* 29-53.
11. Center for Disease Control (CDC). *HIV/AIDS Surveillance Report.* 1998; *10:* 1-43.
12. Wingood GM, DiClemente RJ. HIV/AIDS. *En:* Wingood GM, DiClemente RJ (eds.). *Handbook of women's sexual and reproductive health.* New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 2002. p. 281-301.
13. INPPARES. *Infecciones de transmisión sexual, VIH, Sida* [en línea]. [fecha de acceso enero 10, 2004]. URL disponible en: http://www.inppares.org.pe/GACETA.HTM
14. Population Reports. *Condones: Cómo cerrar la brecha entre el uso y la necesidad.* 1999; Series H, N° 9: 1-35.
15. St. Lawrence JS, Eldridge GD, Reitman D, Little CE, Shelby MC, Brasfield TL. Factors influence condom use among African American women: Implications of risk reduction interventions. *Am J Comm Psychol* 1998; *26:* 7-28.
16. Hader S, Smith DK, Moore JS, Holmberg SD. HIV infection in women in the United States: status at the millennium. *JAMA* 2001; *285:* 1186-1192.
17. Wingood GM, DiClemente RJ. Gender related correlates and predictors of consistent condom use among African-American women: A prospective analysis. *Int J STD AIDS* 1997; *8:* 1-7.
18. La protección de los jóvenes un imperativo crucial. *Popul Rep* 1999; Serie H, N° 9: 16-17.
19. Vlahov D, Wientge D, Moore J, *et al*. Violence among women with or at risk for HIV infection. Vancouver: 11th International Conference on AIDS; 1996.
20. Pan American Health Organization. Health indicators: Basic elements for the health situation analysis. *Epidemiol Bull PAHO* 2001; *22:* 1-5.
21. Campbell C. Male gender roles and sexuality implications for women's Aids risk and prevention. *Soc Sci Med* 1995; *41:* 197-210.
22. Campbell C. *Women, families & HIV-AIDS. A sociological perspective on the epidemic in America.* Cambridge: Cambridge University Press; 1999.
23. Szasz I. Género y salud. Propuestas para el análisis de una relación compleja. *En:* Bronfman M, Castro R (eds.). *Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina.* México: Instituto Nacional de Salud Pública/Foro Internacional de Ciencias Sociales y Salud/Edamex; 1999. p. 109-121.