

Alfonso Urzúa Morales

Patricia Zúñiga Barreda

Vulnerabilidad al VIH en mujeres en riesgo social

HIV vulnerability in women at social risk

RESUMEN

OBJETIVO: Evaluar la vulnerabilidad por factores de riesgo al VIH/SIDA en mujeres en riesgo social.

MÉTODOS: Estudio llevado a cabo con 178 mujeres dueñas de casa (n=101) y trabajadoras del sector salud (n=77) de Antofagasta, Chile, en 2006-2007. Las dueñas de casa fueron consideradas en riesgo social. La vulnerabilidad al VIH fue calculada por medio de una escala que agrupó 21 reactivos en tres dimensiones: roles de género, comunicación con la pareja y actitud ante al uso del preservativo. Para determinar el peso relativo de cada una de las dimensiones en la vulnerabilidad total se realizó un análisis de regresión múltiple utilizando el puntaje total de la escala como variable dependiente y cada una de las tres dimensiones como variable independiente.

RESULTADOS: En el grupo general, la dimensión con peso relativo mayor fue la dimensión actitud frente al uso del preservativo (0.542), seguida de relación de pareja (0.453) y roles de género (0.379). Para mujeres dueñas de casa, se observó una variación: relación de pareja (0.597), actitud frente al uso del preservativo (0.508) y roles de género (0.403). Para trabajadoras de la salud, el peso de las dimensiones fue: actitud frente al uso del preservativo (0.638), relación de pareja (0.397), y roles de género (0.307).

CONCLUSIONES: Los resultados permiten inferir diferencias en los factores que condicionan la vulnerabilidad al VIH en los grupos de mujeres, siendo para aquellas que están en riesgo social el rol de género el factor con mayor capacidad predictiva de riesgo.

DESCRIPTORES: Mujeres. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, prevención & control. Condomes, utilización. Vulnerabilidad en Salud. Género y Salud. Conocimientos, Actitudes y Práctica en Salud. Chile.

Escuela de Psicología. Universidad Católica del Norte. Antofagasta, Chile.

Correspondencia | Correspondence:

Alfonso Urzúa
Escuela de Psicología
Universidad Católica del Norte
Avda. Angamos 0610
1270709 Antofagasta, Chile
E-mail: alurzua@ucn.cl

Recibido: 31/8/2007
Revisado: 25/2/2008
Aprobado: 28/4/2008

ABSTRACT

OBJECTIVE: To evaluate HIV/AIDS vulnerability by risk factors in women at social risk.

METHODS: Study conducted in a sample of 178 female homemakers (n=101) and female health providers (n=77) from Antofagasta, Chile, in 2006–2007. Homemakers were considered at social risk. HIV vulnerability was estimated through a 21-item instrument comprising three domains: gender roles; relationship with the partner; and attitude toward condom use. For determining the relative weight of each dimension to total vulnerability a multiple regression analysis was carried out using the instrument's total score as dependent variable and each domain as independent variable.

RESULTS: Overall, the domain showing the highest relative weight was attitude toward condom use (0.542), followed by relationship with the partner (0.453) and gender roles (0.379). There were weight differences between homemakers: relationship with the partner (0.597), attitude toward condom use (0.508) and gender roles (0.403); and health providers: attitude toward condom use (0.638), relationship with the partner (0.397), and gender roles (0.307).

CONCLUSIONS: The study results allows to inferring that there are differences in factors that determine HIV vulnerability among women and gender role is the best predictor of risk among those at social risk.

DESCRIPTORS: Women. Acquired Immunodeficiency Syndrome, prevention & control. Condoms, utilization. Health Vulnerability. Gender and Health. Health Knowledge, Attitudes, Practice. Chile.

INTRODUCCIÓN

Las investigaciones en los últimos años evidencian que el comportamiento epidemiológico de la pandemia por el VIH ha tendido a un incremento en la población femenina a nivel mundial.^a

En Chile la situación no ha sido distinta: en los diez últimos años ha habido una feminización del VIH debido al aumento de la proporción de mujeres portadoras e infectadas, especialmente en el período 2001-2005, sobre todo en aquellas en riesgo social.^b

Este fenómeno puede ser explicado por el concepto de vulnerabilidad, definido en el contexto del VIH/SIDA como “tener poco o ningún control sobre el propio riesgo de adquirir la infección o para aquellos que ya viven con el virus el no tener o tener acceso limitado a una asistencia o apoyo adecuado.”^c

Este déficit en la gestión del riesgo es el resultado de muchos factores en juego que son de origen personal, social, cultural, demográfico, legal, económico y político.^a

El concepto sociocultural de la feminidad pone en riesgo la salud de las mujeres, ya que responde a múltiples factores y creencias. Esto provoca que la mujer sea pasiva a la hora de tomar determinaciones respecto a su sexualidad, repercutiendo directamente en su salud y en ser más vulnerable al VIH. Esta vulnerabilidad, dada por múltiples factores ya mencionados, se acrecienta cuando además la mujer pertenece a grupos deprivados socioeconómicamente.

Conocer tempranamente el grado de riesgo de vulnerabilidad de una mujer, fundamentalmente en la atención primaria en salud pública, permitiría realizar acciones preventivas educacionales y consejería que podrían incidir en la disminución del riesgo.

En este contexto, con base a los factores propuestos por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH Sida (ONUSIDA), se elaboró un instrumento diseñado para evaluar el nivel de riesgo dado por vulnerabilidad socioeconómica en mujeres dueñas de casa.

^a Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. VIH y SIDA en las Américas: una epidemia con muchas caras. Washington; 2001.

^b Ministerio de Salud. Comisión Nacional del SIDA. Evolución del VIH – SIDA, Chile (1986-2005). Santiago; 2006 [citado 2006 oct 02]. Disponible en: http://epi.minsal.cl/epi/html/bolets/reportes/VIH-SIDA/Pais_86-05VihSida.pdf

^c Ministerio de Salud. Comisión Nacional del SIDA. Actualizaciones técnico metodológicas para el enfrentamiento de la vulnerabilidad frente al VIH y las ETS. Santiago; 2006 [citado 2006 nov 25]. Disponible en: http://www.redsalud.gov.cl/archivos/vih/Documento_Trabajo_vulnerabilidad.pdf

Tres factores reportados son evaluados como fuente de vulnerabilidad: roles de género, comunicación con la pareja y actitud ante el preservativo.

El presente artículo tiene como objetivo evaluar la vulnerabilidad al VIH/SIDA en dos grupos de mujeres: dueñas de casa y trabajadoras del sector salud, así como describir las propiedades psicométricas de dicho instrumento.

MÉTODOS

Los reactivos que componen la Escala EVVIH fueron diseñados en base al discurso de las mujeres recogido en la aplicación piloto de los Talleres “Invitación a conversar sobre Sexualidad y VIH/SIDA e ITS (infección de transmisión sexual)” diseñados por Valdés et al (2006) del Área de Estudios de Género de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) – Chile.^a

A partir del discurso de las participantes se construyó una primera escala que constó de 47 reactivos, con factores de vulnerabilidad frente al VIH en mujeres (referencias) tales como roles de género, autoestima, relación de pareja, presencia de conductas sexuales de riesgo, entre otras. Previo a estos reactivos, se incorporó una breve caracterización sociodemográfica de las participantes que consideró edad, tipo de relación con la pareja actual, número de hijos, ingreso familiar, años de estudio, entre otros.

Luego de los análisis factorial y entrevistas a las participantes, se eliminaron todos aquellos reactivos con un alfa menor a 0,30 y que presentasen problemas de comprensión declarados por las participantes, definiéndose así una escala de 21 reactivos. En categorías de respuesta en base a formato Likert de 1 a 5, las mujeres expresaban su grado de acuerdo o desacuerdo con los reactivos propuestos, agrupados en tres factores: roles de género, relación de pareja y actitud frente al preservativo.

El factor roles de género incluye diez aseveraciones/mandatos culturales que describen creencias y prácticas sobre como deben ser los hombres y las mujeres, en relación a sus conductas, sentimientos y pensamientos.

El factor relación de pareja está compuesto por cinco aseveraciones que incorporan la evaluación de la mujer con relación a la confianza, la comunicación y la satisfacción (sexual y de la relación) con su pareja sexual.

El factor actitud frente al preservativo evalúa seis aseveraciones acerca del componente cognitivo de la actitud frente al uso del preservativo masculino en las relaciones sexuales.

Para establecer los niveles de riesgo se segmentó la muestra para determinar criterios de corte para tres categorías (alta, media y baja vulnerabilidad), las cuales fueron construidas en base a una desviación estándar en torno a la media (actitud hacia el preservativo= $2,44\pm 0,74$; relación de pareja= $1,67\pm 0,61$; roles de género= $1,68\pm 0,52$; riesgo total= $1,94\pm 0,45$).

Para la validación del instrumento, se aplicó la escala EVVIH (Escala Vulnerabilidad VIH – EVVIH) se consideró una muestra piloto intencionada de 60 participantes, las cuales fueron encuestadas al azar de entre las mujeres que acudieron por diversos motivos a consultorios de atención primaria de la ciudad de Antofagasta, Chile. La población asignada a estos consultorios corresponde a niveles de ingreso económico bajo y en condiciones de riesgo social. Como criterio único de inclusión se consideró que tuviesen una pareja con la cual fuesen sexualmente activas, dada las características del instrumento que pretende evaluar vulnerabilidad frente a la exposición al VIH desde la vía sexual, la principal categoría de transmisión en Chile.

Los datos recogidos en esta etapa piloto fueron analizados para evaluar su consistencia interna y estructura factorial, determinándose con base a este análisis los 21 ítems que constituirían la escala. Para la evaluación final del instrumento se consideró la inclusión de dos muestras de mujeres, una de dueñas de casa, consideradas en riesgo socioeconómico, y otra de trabajadoras del sector salud como grupo control. Los reactivos restantes fueron sometidos a un análisis factorial exploratorio con método de rotación de normalización Equamax con Kaiser, a fin de determinar la validez de constructo.

Se consideró para el cálculo de la muestra la propuesta de Morales et al ⁶ de que para la realización de un análisis factorial en el proceso de validación de una escala, el número de sujetos debe ser al menos el doble del número de ítems y que la muestra total no debe de bajar de 100 sujetos. La muestra final se conformó por un total de 178 mujeres, 101 pertenecen al grupo de dueñas de casa y 77 al de trabajadoras del sector salud.

Las mujeres dueñas de casa fueron encuestadas al azar de entre las consultantes del servicio de salud, con similar criterio de inclusión que la muestra piloto, además de que no hubiese participado en la etapa anterior y que no contaran con un ingreso económico estable (vulnerabilidad socioeconómica).

Las participantes del grupo trabajadoras del sector salud, fueron tomadas entre profesionales (médicas, matronas, enfermeras, psicólogas) y auxiliares paramédicas que cumplen funciones asistenciales en los mismos consultorios de atención primaria de la ciudad donde las mujeres fueron reclutadas y que cumplieren igualmente con la condición de ser sexualmente activas.

^a Valdés T, Dides C, Barrales K, Olavaria J, Márquez A. Estrategia para la prevención del VIH/SIDA y las ETS en mujeres dueñas de casa y trabajadoras de casa particular. Santiago: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales; 2006. [Texto derivado del Proyecto “Aceleración y Profundización de la respuesta Nacional, participativa y descentralizada a la epidemia VIH/SIDA en Chile]

Cada una de las participantes en ambos grupos fue invitada a participar en la investigación de manera voluntaria, expresando verbalmente su consentimiento luego de explicarles el objetivo de la investigación, procediéndose luego a encuestar individualmente a aquellas que accedieron a participar en el estudio.

Los cuestionarios fueron auto administrados ante la supervisión de la matrona encargada de tomar los cuestionarios. El tiempo promedio para llenar cada encuesta fue de 10 minutos. En el caso de las mujeres trabajadoras del sector salud, los cuestionarios igualmente fueron autos administrados y en algunas ocasiones entregados a las participantes con el compromiso de su devolución posterior.

Una vez recolectadas todas las encuestas para ambos grupos, los datos fueron ingresados en una base de datos construida en SPSS 11.5 para posterior análisis estadístico.

Para la muestra final se utilizaron los estadísticos alfa de Cronbach, análisis factorial exploratorio y la prueba *t* de Student para grupos independientes, incorporada esta última para evaluar validez discriminante con el grupo de trabajadoras del sector salud.

Para determinar el peso relativo de cada una de las dimensiones en la vulnerabilidad total se realizó un análisis de regresión múltiple utilizando el puntaje total de la escala como variable dependiente y cada una de las tres dimensiones como variable independiente.

RESULTADOS

El promedio de edad para el grupo total de mujeres correspondió a 34,26 años ($de=11,18$), edad mínima de 15 años, máxima de 63 años y moda de 26 años. Para el grupo de mujeres dueñas de casa, la media de edad fue de 30,77 años ($de=10,32$), edad mínima de 15 años, máxima de 53 años y moda de 23 años. En el grupo de profesionales de la salud la media de edad fue de 38,83 años ($de=10,67$), edad mínima de 20 años, máxima de 63 y moda de 26 años.

Con relación a los niveles de educación alcanzado, para el grupo de mujeres dueñas de casa, la media equivalió a 10,26 años ($de=2,3$). Para el grupo de mujeres trabajadoras del sector salud, la media equivalió a 15,26 años ($de=2,26$). La moda para el grupo de mujeres dueñas de casa equivalió a 12 años, en tanto que para el grupo de mujeres del sector salud fue de 17 años.

La moda de hijos tanto para la muestra total como para ambos subgrupos fue de dos hijos (mínimo 0 hijos, máximo 5 hijos).

El promedio de ingreso familiar mensual declarado para el grupo de mujeres dueñas de casa equivalió a \$230.514 (≈ 440 dólares), en tanto que para el grupo de

trabajadoras de la salud, la media equivalió a \$946.100 (≈ 1820 dólares).

Once mujeres del grupo dueñas de casa declararon tener un trabajo, sin embargo, dado el tipo de trabajo (horas de limpieza, venta de ropa usada los fines de semana en feria o similares), fueron de igual manera consideradas con un rol preferentemente centrado en las labores domésticas.

En cuanto al estado civil declarado de cada uno de los grupos evaluados, el mayor porcentaje se declaró casada, sin embargo, al estratificar por grupos, este porcentaje aumenta en la muestra de trabajadoras de la salud (53%) y disminuye en la muestra de mujeres dueñas de casa (42%), en la cual se eleva el número de mujeres que se declaran en estado de convivencia (42%).

Utilizando el estadístico alfa de Cronbach para la escala final, se encontró una buena consistencia interna en cada uno de los factores de la escala: factor roles de género = 0,8670, actitud ante el uso del preservativo= 0,8814, relación de pareja= 0,8833, así como para la escala total: 0,9095.

La matriz de correlaciones derivada del análisis factorial sumado al análisis teórico de las variables sugiere que el modelo más apropiado para estos datos es uno de tres factores, los cuales, por medio del análisis de componentes principales, son capaces de explicar un 61,5% de la varianza. La solución de tres factores puede ser observada en la Tabla 1.

Tanto en los tres factores que componen la escala, así como en el puntaje total, las mujeres del grupo de dueñas de casa tuvieron medias significativamente más altas que las de las trabajadoras de la salud (Tabla 2). Esto podría expresar un nivel de vulnerabilidad mayor en grupo de dueñas de casa con relación al grupo de control, tanto en riesgo total ($t_{(176)} = 6,611$; $p < 0.001$) como en los factores actitud hacia el preservativo ($t_{(165)} = 4,757$; $p < 0.001$), relación de pareja ($t_{(174)} = 2,367$; $p = 0,019$) y roles de género ($t_{(172)} = 8,523$, $p < 0.001$). Por tanto, el EVVIH fue capaz de discriminar a las mujeres en cuanto a presencia de riesgo por vulnerabilidad.

Para comprobar el adecuado ajuste de las variables al modelo de regresión se obtuvo el estadístico *F* para contrastar la hipótesis nula de que el valor de *R* es cero y, por tanto, decidir si existe relación lineal significativa entre vulnerabilidad total y las tres dimensiones. Al ser la significación inferior que 0.005 se puede asegurar que los datos se ajustan al modelo de regresión ($F(3,158) = 7E+016$; $p < 0.001$).

La Tabla 3 presenta el nivel de significación de cada una de las variables independientes además de los pesos relativos de cada una de las variables dentro del modelo de regresión. Como es posible observar, todas las dimensiones tienen significación estadística y poseen correlación lineal significativa con vulnerabilidad total, contribuyendo de forma significativa al modelo.

Tabla 1. Estructura y cargas factoriales de la Escala Vulnerabilidad al VIH, según factores de riesgo. Antofagasta, Chile, 2006-2007.

Factor de riesgo	Factor 1	Factor 2	Factor 3
Factor 1: Roles de género			
Al esposo hay que aguantarle todo "calladita"	0,561	0,471	
No se le puede decir a un hombre que hay problemas en la cama porque me puede botar o cambiar por otra.	0,632	0,403	
Creo que los temas sexuales son privados, no deben conversarse	0,808		
Aunque la mujer no quiera tener sexo, si el hombre quiere igual debe tener ya que es "su hombre"	0,716	0,392	
La mujer no debe mostrar sus ganas de sexo porque puede generar desconfianza en su esposo o ser mal mirada	0,780		
Es normal que los hombres a veces echen una canita al aire	0,657		
Las mujeres son de la casa y el hombre de la calle	0,591	0,540	
Una mujer primero es madre y después mujer	0,369		
Una mujer puede perdonar todo por los hijos	0,509		
Los hombres no pueden controlar su deseo sexual	0,631		
Factor 2: Relación de pareja			
Tengo la confianza necesaria con mi pareja para decirle cuando algo me molesta en el plano sexual	0,467	0,530	
Confío en mi pareja en todos los ámbitos de nuestra relación (sexual, económica)		0,779	
Me siento contenta con mi relación de pareja actual		0,874	
Me encuentro satisfecha sexualmente	0,334	0,815	
Con mi pareja tenemos una buena comunicación		0,775	
Factor 3: Actitud ante el uso del preservativo			
Los preservativos (condones) quitan el romanticismo al sexo	0,334		0,674
Los preservativos provocan desconfianza en la pareja			0,726
Los preservativos disminuyen el placer en las mujeres			0,853
Los preservativos disminuyen el placer en los hombres			0,799
Una relación sexual sin penetración es frustrante			0,806
Una relación sexual sin preservativos es frustrante para el hombre			0,775

Los coeficientes β estandarizados muestran los pesos relativos de cada una de las variables en el modelo de regresión. Cuanto mayor el valor del coeficiente, mayor es el peso de esa variable en el modelo de regresión. La dimensión que posee peso relativo mayor dentro del modelo de regresión para el grupo total de mujeres fue la dimensión actitud frente al uso del preservativo (0,542), luego la dimensión relación de pareja (0,453), y finalmente roles de género (0,379).

Al aplicar el modelo de regresión en la submuestra de dueñas de casa, se observó una variación en el peso de cada variable, en esta orden: relación de pareja (0,597), actitud frente al uso del preservativo (0,508), y roles de género (0,403).

Para la submuestra de trabajadoras de la salud, hubo un peso distinto de las dimensiones: actitud frente al uso del preservativo (0,638), relación de pareja (0,397), y roles de género (0,307), tal como se observa en la Tabla 4.

Tabla 2. Puntajes de riesgo para los grupos de mujeres según factor de riesgo. Antofagasta, Chile, 2006-2007.

Factor de riesgo	Grupo de mujeres	Media	d.e.
Actitud hacia el preservativo	Total de mujeres	2,44	0,74
	Dueñas de casa	2,66	0,57
	Trabajadoras de salud	2,14	0,85
Relación de pareja	Total de mujeres	1,67	0,61
	Dueñas de casa	1,76	0,65
	Trabajadoras de salud	1,54	0,52
Roles de género	Total de mujeres	1,68	0,52
	Dueñas de casa	1,92	0,46
	Trabajadoras de salud	1,35	0,39
Riesgo total	Total de mujeres	1,94	0,45
	Dueñas de casa	2,11	0,37
	Trabajadoras de salud	1,68	0,44

d.e.: desviación estándar

Tabla 3. Coeficientes para variable dependiente media total de la escala y factores de riesgo. Antofagasta, Chile, 2006–2007.

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		Sig.
	β	Error típ.	β	t	
Constante	9,04E-016	0,000		0,000	1,000
Uso del preservativo	0,333	0,000	0,542	2E+008	0,000
Relación de pareja	0,333	0,000	0,453	2E+008	0,000
Roles de género	0,333	0,000	0,379	1E+008	0,000

Tabla 4. Análisis de regresión para sub muestras de mujeres dueñas de casa y trabajadoras de la salud según media total de la escala. Antofagasta, Chile, 2006-2007.

Grupo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados
		β	Error típ.	β
Dueñas de casa	(Constante)	-2,404E-16	0,000	
	Uso del preservativo	0,333	0,000	0,508
	Relación de pareja	0,333	0,000	0,597
	Roles de género	0,333	0,000	0,403
Trabajadoras de salud	(Constante)	-4,128E-16	0,000	
	Uso del preservativo	0,333	0,000	0,638
	Relación de pareja	0,333	0,000	0,397
	Roles de género	0,333	0,000	0,307

DISCUSIÓN

La escala EVVIH sobre los factores de vulnerabilidad y riesgo frente al VIH/SIDA en mujeres con condiciones de riesgo social cumple con el objetivo de evaluar el riesgo personal. Los tres factores de vulnerabilidad social: roles de género, actitud frente al preservativo y relación de pareja son capaces de discriminar a los grupos de mujeres con relación a la presencia de riesgo por vulnerabilidad, identificadas en el presente estudio por dos grupos distintos. Pese a esto, es necesario seguir evaluando el comportamiento psicométrico de la escala en otros grupos específicos de mujeres, aun cuando puede cumplir con el objetivo inicial que es el de constituirse en un instrumento de tamizaje para derivar a las mujeres hacia consejería en sexualidad, o educación para la salud en los establecimientos de atención primaria en salud.

Uno de los factores de especial significación es el de roles de género, fundamentalmente dado por las construcciones sociales imperantes en la sociedad en la cual la hegemonía masculina sigue siendo ley universal. Este factor se constituye en riesgo para el grupo total de mujeres, pero cobra mayor significación y acrecienta su capacidad de riesgo en el grupo de mujeres en riesgo social, expresada en una subordinación de tipo económica, social y cultural de la mujer frente al hombre. Para Valdés et al (2006)^a la subordinación es vivenciada por medio de la sexualidad, la satisfacción sexual, la comunicación con la pareja y las prácticas de infidelidad.

En la relación de pareja, debido a los mandatos culturales existentes, las mujeres dueñas de casa validan comportamientos riesgosos de sus parejas, lo que las coloca en una posición de desventaja y mayor vulnerabilidad al VIH, frente al grupo de mujeres profesionales de salud. Como se ha señalado en la literatura,¹⁻³ la vulnerabilidad femenina se relaciona más con los comportamientos sexuales de sus parejas masculinas, con los roles de género y creencias sobre la protección que da la convivencia prolongada y los sentimientos, ante la posibilidad de contraer VIH/SIDA.

Al evaluar el riesgo total medido en base a los factores de vulnerabilidad propuestos, se encontraron diferencias significativas en la media de la escala total y en cada una de las dimensiones entre las profesionales de la salud y las dueñas de casa. A similares conclusiones ha llegado Grimberg,⁴ ya que en las mujeres de sectores populares los estereotipos y roles de género median las relaciones con sus parejas, puesto que se instituye un deber ser como mujer y sus comportamientos esperados como madres y esposas. Este comportamiento limita la iniciativa, capacidad de negociación y capacidad de tomar decisiones frente a sus conductas sexuales.

El nivel educativo sería la variable sociodemográfica más importante en la vulnerabilidad de las mujeres, especialmente por las dueñas de casa, observándose que el riesgo derivado de esta vulnerabilidad es inversamente proporcional al grado de instrucción y de acceso a la educación/información. Las mujeres

^a Valdés T, Dides C, Barrales K, Olavaria J, Márquez A. Estrategia para la prevención del VIH/SIDA y las ETS en mujeres dueñas de casa y trabajadoras de casa particular. Santiago: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales; 2006. [Texto derivado del Proyecto "Aceleración y Profundización de la respuesta Nacional, participativa y descentralizada a la epidemia VIH/SIDA en Chile]

trabajadoras de salud, con más años de escolaridad y más acceso a información, presentan menos riesgo que las mujeres dueñas de casa.

La “falta de información adecuada” en el grupo de mujeres dueñas de casa, como variable influyente en una mala gestión del propio riesgo personal. En forma similar, Mavala⁵ señala que a mayor nivel educacional menor riesgo de contraer VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, ya que se retrasaría la edad de iniciación sexual, se obtendría mayor información sobre las ITS y el SIDA y optarían a mejores oportunidades de trabajo.

Donde si hay diferencias, es entre las mujeres que utilizaron o utilizan frecuentemente preservativo. Por tanto la baja o alta vulnerabilidad se traduce directamente con el regular uso de preservativo. Este resultado es reforzado por la asociación entre vulnerabilidad y la pregunta acerca de si las mujeres participantes toman en cuenta las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y VIH en su vida sexual. Esto asegura que las mujeres con alta vulnerabilidad no toman en cuenta las ETS y VIH en su vida sexual y por tanto no usan preservativos con regularidad. Estas diferencias se deben principalmente a las diferencias de género y a las políticas de educación y prevención del VIH/SIDA. Esto sumado a la desinformación sobre el VIH/SIDA, la escasa percepción de riesgo a contraer ETS y VIH/SIDA y la escasa utilización de condón y negociación de su uso, hacen que las mujeres sean más vulnerables a la adquisición del virus. A esto podemos agregar, que la utilización del condón se asocia con la falta de confianza y de amor en la pareja, por lo que es habitual usar el método de barrera con parejas ocasionales y no con la habitual.

El acceso a la información adecuada y oportuna sobre los factores y conductas de riesgo frente al VIH/SIDA y las ETS, hace una importante diferencia entre el grupo de mujeres dueñas de casa y las mujeres trabajadoras de salud. Esto se ve reflejado en el alcance que las trabajadoras de salud tienen de la información oportuna sobre las ETS y el VIH/SIDA, en cambio las dueñas de casa presentan mayor vulnerabilidad al no tener un acceso adecuado a la información y a una falta de educación sexual integral que incluya aspectos de género y una visión integral de salud.³

La vulnerabilidad también se expresa en las mujeres dueñas de casa, en sus conductas de riesgo como inicio

precoz de la actividad sexual, la no utilización de preservativos en sus relaciones sexuales, el utilizar métodos de barrera sólo con la finalidad de prevenir embarazo y no por adoptar medidas preventivas frente a las ETS y el VIH/SIDA. Resultados similares son manifestados por Silveira et al.⁷

Frente a este contexto, se han propuesto algunos factores que incidirían en que la mujer se protegiera del VIH en una relación sexual, entre otros: que la mujer conozca la posibilidad de infección a la que está expuesta, esto implica acceso oportuno a la información, y fundamentalmente que esta información le sea comprensible; que tenga la habilidad para decir que no si no desea tener relaciones sexuales en ese momento, y si lo desea, tenga un condón disponible y sepa usarlo. En este caso además es necesario que su pareja esté de acuerdo con su uso o que ella tenga la habilidad para proponerlo. Este hecho lleva implícito la accesibilidad al condón. En el caso de negación de su pareja frente a la utilización del condón, ella tenga las habilidades para rechazar una relación sexual desprotegida, o para proponer medidas de sexo más seguro. Estas solo son algunas propuestas encontradas en la literatura, sin embargo, debe profundizarse en la búsqueda de alternativas que impliquen un real empoderamiento de las mujeres que le permitan generar una gestión de riesgo eficaz frente a la transmisión del VIH, aun en contextos de vulnerabilidad. Todavía esta gestión de riesgo implica la necesaria inclusión de la pareja sexual en los programas educativos y preventivos, tal como lo sugieren las participantes en nuestro estudio.

En cuanto a políticas públicas tal como han arrojado los estudios a lo largo de América Latina y el Caribe, según Marcovici,^a deberían estar más focalizadas a los sectores que se han identificado como más vulnerables. Esto implica que la información entregada sea accesible y de forma entendible por sus receptoras, desmitificando creencias y trabajando desde una perspectiva de género, involucrando a las parejas de las mujeres, ya que los comportamientos de los cónyuges y/o convivientes se convierten en un factor de riesgo para las ellas.

Para reducir el riesgo y vulnerabilidad al VIH los cambios deben centrarse no sólo en la autogestión de las mujeres respecto a su salud, sino también se debería dar a un nivel social y cultural, como lo señala Cortejarena (2000),^b sobre todo respecto a la construcción de lo femenino y lo masculino desde una perspectiva de género.

^a Marcovici K, editor. El UNGASS, género y la vulnerabilidad de la mujer a la VIH/SIDA en América Latina y el Caribe. Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo División de Salud y Desarrollo Humano Programa sobre SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2002 [citado 2007 may 6]. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/GE/GenderandHIVSpanish.pdf>

^b Cortejarena AR. Mujeres y VIH/SIDA: Una mirada de género. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Sida; 2000 [citado 2006 sep 03]. Disponible en: http://www.sasnac.org.ar/docs/ciencias_clinicas/G/mujeres_y_hiv_en_la_mujer.pdf

REFERENCIAS

1. Alves R, Kovács M, Stall R, Paiva V. Fatores psicossociais e a infecção por HIV em mulheres, Maringá, PR. *Rev Saude Publica*. 2002;36(Supl 4):32-9. DOI: 10.1590/S0034-89102002000500006
2. García Martínez A. Educación y prevención del SIDA. *An Psicol* [Internet]. 2005;21(1):50-7. Disponible en: http://www.um.es/analesps/v21/v21_1/06-21_1.pdf
3. García-Sánchez I. Diferencias de género en el VIH/sida. *Gac Sanit* [internet]. 2003 [citado 2006 sep 3];18(2):47-52. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000500007&lng=es&nrm=iso
4. Grimberg M, Saber de SIDA y cuidado sexual en mujeres jóvenes de sectores populares del cordón sur de la ciudad de Buenos Aires. Apuntes para la definición de políticas de prevención. *Cad Saude Publica*. 2001;17(3):481-9. DOI: 10.1590/S0102-311X2001000300004
5. Mavala R. From HIV prevention to HIV protection: addressing the vulnerability of girls and young women in urban areas. *Environ Urban* [Internet]. 2006 [citado 2007 jul 23];18:407-32. Disponible en: <http://eau.sagepub.com/content/vol18/issue2/>
6. Morales P, Urosa Sanz B, Blanco Blanco A. Construcción de Escalas de Actitudes tipo Likert: una guía práctica. Madrid: Hesperides; 2003. [Cuadernos de Estadística, 26]
7. Silveira M, Béria J, Horta B, Tomasi E. Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e Aids em mulheres. *Rev Saude Publica*. 2002;36(6):670-7. DOI: 10.1590/S0034-89102002000700003

Estudio financiado en parte por la Comisión Nacional del Sida del Ministerio de Salud de Chile, con los fondos asignados para poblaciones vulnerables gestionados por la Secretaría Ministerial de Salud de la Región de Antofagasta.