

Comportamiento sexual e infecciones sexualmente trasmisibles en mujeres de condenados*

Debora Cristina Martins^{1,2,3}
Giovanna Brichi Pesce¹
Giordana Maronezzi da Silva^{1,3}
Carlos Alexandre Molena Fernandes^{1,4}

Objetivo: analizar el comportamiento sexual y estimar la prevalencia de Infecciones Sexualmente Trasmisibles en mujeres de condenados. Método: estudio cuantitativo transversal con 349 mujeres compañeras de condenados. Para recoger los datos fue utilizado el instrumento Estudio de Comportamiento Sexual (ECOS), validado en Brasil. Para el análisis estadístico, se utilizó el Programa *Statistical Package for the Social Sciences* versión 20. Resultados: se identificó que 41,2% de las mujeres de condenados mencionaron que ya tuvieron algún tipo de infección sexualmente trasmisible. Existe asociación entre mujeres que tuvieron más de un compañero en los últimos 12 meses ($<0,006$), que sufrieron violencia sexual ($<0,001$), practicaron sexo por dinero ($<0,001$), sobre efecto de alcohol ($<0,001$) y sobre efecto de drogas ($<0,005$). En la Regresión Logística las variables asociadas a infecciones sexualmente trasmisibles fueron mujeres que se relacionaron con más de un compañero en los últimos 12 meses, que mencionaron haber sufrido violencia sexual, practicado sexo por dinero y bajo efecto de alcohol o drogas. Conclusión: número de compañeros, la violencia sexual, sexo por dinero y sexo sobre efecto de alcohol o drogas son comportamientos sexuales de riesgo que aumentan la prevalencia de infecciones sexualmente trasmisibles en mujeres de condenados.

Descriptores: Enfermedades Sexualmente Trasmisibles; Comportamiento Sexual; Salud de la Mujer; Prevención y Control; Poblaciones Vulnerables; Enfermería.

* Artículo parte de la disertación de maestría "La depresión y las enfermedades de transmisión sexual em mujeres de angustia", presentada en lo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil.

¹ Universidade Estadual de Maringá, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Maringá, PR, Brasil.

² Centro Universitário de Maringá, Centro de Ciências da Saúde, Maringá, PR, Brasil.

³ Prefeitura Municipal de Apucarana, Autarquia Municipal de Saúde, Apucarana, PR, Brasil.

⁴ Universidade Estadual do Paraná, Faculdade Estadual de Educação Ciências e Letras de Paranaíba, Paranaíba, PR, Brasil.

Cómo citar este artículo

Martins DC, Pesce GB, Silva GM, Fernandes CAM. Sexual behavior and sexually transmitted diseases among the female partners of inmates. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2018;26:e3043. [Access

--	--	--

]; Available in:

--	--	--

. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2568.3043>.

--	--	--

 mes día año

URL

Introducción

El aumento de la prevalencia, la frecuente ocurrencia y las consecuencias de las Infecciones Sexualmente Transmisibles (IST) entre mujeres, muestran la necesidad de realizar un abordaje de esas cuestiones bajo la perspectiva de género. Los factores biológicos, culturales y socioeconómicos contribuyen para la alta incidencia y prevalencia de IST y de infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (HIV), en mujeres⁽¹⁾. Existe una gran proporción de mujeres, en particular las de mayor vulnerabilidad social, que por dificultad de acceso a los insumos de prevención y servicios, falta de conocimiento, cuestiones de género y relacionamientos estables, no adoptan medidas de protección en relación a las IST. Más de 20 tipos diferentes de enfermedades son transmitidas por medio del contacto sexual, lo que representa un grave problema de salud pública por sus repercusiones en la salud, sociales y económicas⁽¹⁻²⁾.

Las Infecciones Sexualmente Transmisibles (IST) son infecciones contagiosas cuya forma más frecuente de transmisión es a través de las relaciones sexuales (sobre todo vaginales, orales o anales); estas son causadas por diversos agentes infecciosos y ocasionan gran multiplicidad de síntomas y manifestaciones clínicas, siendo que, en la mayoría de los casos, puedan evolucionar con pocos o ningún síntoma⁽²⁾. Las IST constituyen actualmente un problema de salud pública en el ámbito mundial, con un peso socioeconómico creciente, no solo por el elevado número de personas infectadas y por el aumento de la incidencia en muchos países, pero sobre todo por sus consecuencias en el ámbito de la salud sexual, reproductiva y materno-fetal y además, por su capacidad de facilitar la transmisión y adquisición de la infección; sin embargo, es difícil establecer un único tipo de comportamiento sexual de riesgo para su ocurrencia⁽³⁾.

La población con historia de encarcelamiento y sus compañeros sexuales se exponen a un alto riesgo en comparación con aquellos que no fueron expuestos al encarcelamiento. Comportamientos como tener múltiples compañeros, compañeros competidores y sexo desprotegido, predisponen e influyen el riesgo de la IST; sin embargo, la vulnerabilidad, la inestabilidad social y económica y el uso de sustancias como alcohol y drogas, también pueden contribuir para aumentar ese riesgo, entre las mujeres compañeras de condenados. Entre los posibles determinantes para la manutención de la transmisibilidad de esas enfermedades que sugieren alta vulnerabilidad, se destacan: uso irregular y poco frecuente de preservativos, baja escolaridad, multiplicidad de compañeros sexuales, sexo bajo efecto de alcohol y drogas, violencia sexual, sexo por dinero y poca concientización con los aspectos preventivos⁽⁴⁾.

El ambiente carcelario presenta riesgos físicos, psicológicos y transmisión de enfermedades infecciosas, esto

debido a la heterogeneidad de los individuos encarcelados⁽⁵⁾. En ese sentido la condición de vulnerabilidad tanto del encarcelado, como de sus familiares, especialmente de su compañera, debe ser considerada y priorizada en la planificación de las acciones de cuidado a la salud, frente al comportamiento de riesgo de esa población. Algunos factores relacionados a esa dimensión de la vulnerabilidad son: falta de acceso a informaciones y actividades educativas sobre las formas de transmisión y prevención de las IST/HIV; poca motivación o sensibilización personal para evaluar y comprender los riesgos de infección a que están expuestas; y, poca habilidad para adoptar medidas preventivas, incluyendo hábitos de vida más seguros⁽¹⁾. Cuando este asunto es relacionado a mujeres de condenados, es necesario una interacción con la Política Nacional de Atención Integral a la Salud de las Personas Privadas de Libertad (PNAISP) en el sistema carcelario, que tiene como uno de los objetivos la importancia de pensar el proceso salud-enfermedad-atención más allá del individuo, envolviendo así una red ampliada, como es el caso de la familia y de las redes de sociabilidad⁽⁶⁾.

En Brasil, las acciones desarrolladas para la prevención y control de las IST/HIV priman por la recomendación del uso del preservativo en todas las relaciones sexuales. Los abordajes que recomiendan la disminución del número de compañeros, la abstinencia y la fidelidad, son poco factibles y viables y no respetan el derecho que cada persona tiene de decidir cuándo y con quien se pueden relacionar sexualmente; por esta razón, no componen el elenco de estrategias dirigidas a la prevención en el país⁽⁷⁾. Abordar los diversos tipos de práctica sexual, destacando las diferentes vulnerabilidades masculinas y femeninas (biológica y de género) es fundamental para que hombres y mujeres perciban las situaciones de riesgo que experimentan, no apenas a partir de su comportamiento sexual, pero también el presentado por sus compañeros⁽⁸⁾.

Brasil es el cuarto país en el mundo con mayor índice de condenados. Actualmente existen aproximadamente 623.000 condenados a régimen cerrado en las penitenciarías y cárceles de las comisarías; la tendencia es de aumentar este número en 7% a cada año⁽⁹⁾. Con este índice elevado de condenados y el aumento progresivo a cada año, se estima que existirían millares de mujeres que hacen visitas íntimas a sus compañeros, las que son consideradas una población vulnerable, expuestas a los riesgos y comportamientos que pueden resultar en IST y otras enfermedades.

Delante de lo expuesto y partiendo de la hipótesis sobre condición de vulnerabilidad y los tipos de comportamientos sexuales de riesgo que puedan estar asociados a la prevalencia de IST, en mujeres de condenados, el presente estudio objetivó analizar el comportamiento sexual y estimar la prevalencia de Infecciones Sexualmente Transmisibles (IST) en mujeres de condenados. Se debe considerar que existen

pocos estudios sobre mujeres de condenados en Brasil; así, se piensa que los resultados encontrados podrán estimular otros estudios y auxiliar las acciones de los servicios de salud y favorecer la elaboración de recursos necesarios para promoción y prevención, además de los cuidados continuados de la salud de esas mujeres, así como de los propios compañeros condenados.

Método

Se trata de un estudio cuantitativo transversal. El estudio fue realizado con 349 mujeres de condenados, en las tres mayores penitenciarías del estado de Paraná, en el período de enero a julio de 2016. La muestra de este estudio fue seleccionada por conveniencia, en las tres mayores penitenciarías del estado del Paraná, con sistema Penal de régimen cerrado, con condenados del sexo masculino, siendo la primera penitenciaría perteneciente a la 1ª Regional, localizada en el municipio de Piraquara. El Municipio de Piraquara está situado en la región sur del estado de Paraná, su población - según estimativa del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE) - es de 102.798 habitantes y actualmente abriga el mayor complejo penitenciario del Estado con aproximadamente 1.635 condenados del sexo masculino⁽⁹⁻¹⁰⁾.

La segunda penitenciaría está localizada en la región norte del estado, ella hace parte de la 4ª Regional y pertenece al municipio de Londrina. El Municipio de Londrina está situado en la región sur de Brasil y norte del estado de Paraná, su población - según estimativa del IBGE - es de 543.003 habitantes, siendo la segunda ciudad más populosa del estado de Paraná y la cuarta de la región sur, actualmente abriga el segundo mayor complejo penal del estado de Paraná con aproximadamente 1.150 detenidos⁽⁹⁻¹⁰⁾.

La tercera penitenciaría está localizada en la región suroeste del estado de Paraná y hace parte de la 7ª Regional y pertenece al municipio de Francisco Beltrão. El municipio de Francisco Beltrão está localizado en la región sureste del estado de Paraná, su población - según estimativa del IBGE - es de 85.486 habitantes y actualmente abriga el tercer mayor complejo penitenciario del estado de Paraná con aproximadamente 1.135 detenidos⁽⁹⁻¹⁰⁾.

De acuerdo con relatos de agentes penitenciarios y de la secretaria del Departamento de Seguridad Pública de Paraná, aproximadamente 80% de los condenados reciben visitas de sus compañeras y pueden recibir visitas íntimas mediante escalas mensuales debido a la gran demanda de visitas⁽⁹⁾. La penitenciaría del municipio de Piraquara recibe aproximadamente 900 mujeres; la penitenciaría del municipio de Francisco Beltrão recibe aproximadamente 600 mujeres y la penitenciaría del municipio de Londrina recibe aproximadamente 700 mujeres (n=2.200).

Considerando el número del muestreo, se realizó una estadística por estratificación proporcional, totalizando una muestra de 366 mujeres para la investigación; se consideró un nivel de confianza de 95%, error máximo deseado de 5%, proporción en la población de 50% y acrecido de 10% para eventuales pérdidas⁽¹¹⁾; la muestra fue distribuida en las tres penitenciarías del estado. De este modo, participaron de la investigación 136 mujeres del municipio de Piraquara, 74 mujeres del municipio de Francisco Beltrão y 139 mujeres del municipio de Londrina. Los 366 cuestionarios fueron revisados uno por uno; nueve fueron excluidos por contener apenas la ficha de identificación llenada, ocho por presentar más de 20,0% de las cuestiones no llenadas en el instrumento ECOS; así, quedaron 349 cuestionarios válidos (95% de la muestra calculada).

Fueron incluidas en este estudio mujeres compañeras de condenados con edad arriba de 18 años, que realizaban visitas íntimas a sus compañeros, hace más de seis meses y que aceptaron participar de la investigación. Fueron excluidas mujeres con otros grados de parentesco con los condenados (madres, hijas y otras), así como aquellas que en el momento de la entrevista estuvieron sobre efecto de alcohol u otras drogas ilícitas.

Las mujeres fueron seleccionadas aleatoriamente en los días y horarios programados para las visitas íntimas a sus compañeros en las penitenciarías. La recogida de datos fue realizada en un patio de espera en las penitenciarías en cuanto las mujeres esperaban para realizar la visita; se tomó en cuenta la privacidad de las entrevistas, y se aseguró el total sigilo de sus informaciones.

Como forma de aproximación a esta población, inicialmente, fue aplicado el cuestionario sobre calidad de vida WHOQOL-BREF de la Organización Mundial de la Salud, que es un instrumento constituido por 26 preguntas sobre la calidad de vida, salud y otras áreas de la vida. La primera cuestión se refiere a la calidad de vida de modo general y la segunda, a la satisfacción con la propia salud. Las otras 24 preguntas están divididas en los dominios físico, psicológico, de las relaciones sociales y medio ambiente; este es un instrumento que puede ser utilizado tanto para poblaciones saludables como para poblaciones afectadas por daños y enfermedades crónicas. Además del carácter transcultural, el instrumento evalúa la percepción individual de la persona, pudiendo evaluar la calidad de vida en diversos grupos y situaciones⁽¹²⁾.

Posteriormente para recoger los datos sobre comportamiento sexual, fue utilizado el cuestionario semiestructurado sobre Estudio de Comportamiento Sexual en Brasil (ECOS), modelo II con 38 cuestiones que fue adaptado para la investigación en campo solamente para esta población de mujeres. Los cuestionarios sobre Comportamiento Sexual en Brasil, fueron elaborados por

Abdo y sus investigadores en tres modelos (I, II y III). El modelo II que fue aplicado a esta investigación fue modificado con cuestiones orientadas a la población de mujeres de condenados, con perfil sociodemográfico; el mérito de este instrumento es que no se restringe a cuestionar datos sobre sexualidad de riesgo, retratando diferentes aspectos y ofreciendo un perfil sobre el comportamiento sexual actual y anterior de una determinada población estudiada⁽¹³⁾.

Este instrumento, en su primera parte, busca retratar el perfil y las características sociodemográficas, así como rastrear factores de riesgo relacionado al estilo de vida (ingestión de bebida alcohólica, tabaquismo, uso de drogas ilícitas y práctica de actividad física). En la segunda parte, el mismo busca identificar las ITS, preguntando si ya tienen o tuvieron algún tipo de IST, diagnosticada por médico; también identificar tipos de comportamiento sexual (edad de la primera relación sexual, número de compañeros en los últimos 12 meses, sexo sobre efecto de alcohol, sexo sobre efecto de drogas, sexo por dinero, violencia sexual); las respuestas fueron autorreferidas (sí o no).

Las informaciones de los datos recolectados fueron introducidas en una planilla Excel para Windows 2007; posteriormente, fueron analizados estadísticamente por medio del *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 20. En el análisis estadístico se utilizaron el test de Kolmogorov Smirnov, métodos gráficos y valores estandarizados de asimetría y curtosis ($\pm 2Z$) para identificar la normalidad de los datos.

Para caracterización de la muestra se utilizó la estadística descriptiva expresada por medio de frecuencia absoluta y relativa para las variables categóricas, mediana e intervalo intercuartil para la variable continua (inicio de la vida sexual), debido a que su distribución no es paramétrica. Para verificar diferencias en las proporciones entre la variable dependiente (IST) y las variables independientes fue adoptado el test Chi-cuadrado. En tablas de contingencias 2x2 fue efectuada la Corrección de Continuidad de Yates.

La Regresión Logística Multivariada fue empleada para determinar la razón de chances u odds ratio (OR) y los respectivos intervalos de confianza (95%), con la finalidad de analizar la asociación de la IST con las variables independientes. Para inclusión de las variables independientes en el modelo multivariado se adoptó el criterio de un nivel de asociación de $p \leq 0,20$ con la variable dependiente, con el test Chi-cuadrado, presentado posteriormente en el modelo $p \leq 0,05$.

La investigación fue autorizada por las tres instituciones penitenciarias y posteriormente por el Departamento Penitenciario Nacional (DEPEN) de Paraná. Por tratarse de una investigación en que participan seres humanos, fueron obedecidos todos los preceptos éticos

y legales reglamentados por la Resolución nº 466/2012 del CNS – MS y la autorización del Comité Permanente de Ética en Investigaciones Envolviendo Seres Humanos (CETI-FAP) de la FAP – Facultad de Apucarana con la decisión nº 1.330.747. La solicitud de participación en el estudio fue acompañada de dos ejemplares del Término de Consentimiento Libre e Informado, en el cual se notificaron las finalidades de la investigación, tipo de participación deseada y metodología de la entrevista, quedando un ejemplar con la entrevistada y el otro con el investigador.

Resultados

Del total de la muestra ($n=349$), 39,0% ($n=136$) eran de la ciudad de Piraquara, 39,8% ($n=139$) de Londrina y 21,2% ($n=74$) de Francisco Beltrão. También, se constató que la mayoría de las mujeres (51,9%) tenía edad entre 20 y 29 años. Para raza/color, la piel blanca y parda fueron las más citadas, con 41,5 y 42,1% respectivamente. En relación al estado civil, 49,0% relataron ser de unión libre, o sea, vivían con su "compañero" sin estar casadas oficialmente; 21,2% eran solteras y 29,8% casadas. El número de hijos que cada mujer tenía también fue evaluado, siendo que más de la mitad de las mujeres (53,3%) tenía uno o dos hijos. Destacamos la variable dependiente IST, ya que (41,2%) de las mujeres de esta población relataron que tienen o ya tuvieron algún tipo de IST. Por último, la mediana de la edad en que las mujeres iniciaron la vida sexual fue de 14 años.

La Tabla 1 comparó las proporciones de las categorías de las variables independientes con la proporción de la variable dependiente (IST). Las variables asociadas con la presencia de IST fueron: compañero en los últimos doce meses ($p < 0,006$), violencia sexual ($p = < 0,001$), dinero por sexo ($p = < 0,001$), sexo sobre efecto de alcohol ($p = < 0,001$) y sexo sobre efecto de drogas ($p = < 0,001$).

En la Tabla 2 el análisis de regresión logística bruta buscó evidenciar aisladamente las chances de acuerdo con las categorías de las variables independientes de tener IST, y las variables asociadas fueron las mismas que se asociaron por el análisis de Chi-cuadrado (Tabla 2). Las mujeres que se relacionaron con más de un compañero en los últimos 12 meses presentaron 1,9 (IC95% 1,2-3,0) veces más chances de contraer IST. Para las mujeres que confirmaron haber sufrido violencia sexual las chances fueron de 8,6 (IC95% 5,1 – 14,7), recibir dinero por sexo 3,8 (IC95% 2,2 – 6,5), relacionarse sobre efecto de alcohol 2,3 (IC95% 1,5-3,7) y relacionarse sobre efecto de drogas 2,2 (IC95% 1,3-3,7) veces más chances respectivamente, de tener diagnóstico de algún tipo de IST. En el análisis de regresión ajustada, las variables asociadas fueron: violencia sexual 7,4 (IC95% 4,3-12,7) y dinero por sexo 2,5 (IC95% 1,3-5,0).

Tabla 1- Distribución de la población de mujeres de condenados y comportamiento sexual en relación a las infecciones sexualmente transmisibles. Piraquara, Londrina, Francisco Beltrao, PR, Brasil, 2016 (n=349)

Variables		Total		IST*		p-valor†
		N	(%)	N	(%)	
Edad	< 30 años	231	66,4	97	66,0	0,894
	≥30 años	117	33,6	50	34,0	
	Fund. Inc.‡	109	31,3	50	34,5	
	Fund. Comp.§	37	10,6	14	9,5	
Escolaridad	Media Inc.	111	31,9	45	30,6	0,736
	Media Comp.¶	60	17,2	28	19,0	
	Super. Inc.**	22	6,3	7	4,8	
	Super. Comp.††	9	2,6	3	2,0	
Compañeros/12 meses	1	206	59,2	74	50,3	<0,006†
	>1	142	40,8	73	49,7	
Usa Preservativo	Nunca	198	59,6	78	53,1	0,295
	A veces	143	41,1	67	45,6	
Violencia Sexual	Siempre	7	2,0	2	1,4	<0,001†
	Si	111	31,9	84	57,1	
Dinero por Sexo	No	237	68,1	63	42,9	<0,001†
	Si	79	22,7	53	36,1	
Efecto de Alcohol	No	269	77,3	94	63,9	<0,001†
	Si	211	60,6	106	72,1	
Efecto de Drogas	No	137	39,4	41	27,9	0,005†
	Si	71	20,4	41	27,9	

*IST: Relatos de Infecciones Sexualmente Transmisibles; †Test Chi-cuadrado; Valores estadísticamente significativos $p \leq 0,05$; ‡Enseñanza Fundamental Incompleta; §Enseñanza Fundamental; □□ Enseñanza Media Incompleta; ¶Enseñanza Media Completa; **Enseñanza Superior Incompleta; ††Enseñanza Superior Completa.

Tabla 2- Distribución de los factores asociados a las infecciones sexualmente transmisibles en la población de mujeres de condenados, medida por la Regresión Logística. Piraquara, Londrina, Francisco Beltrao, PR, Brasil, 2016 (n=349)

Variables		Odds ratios bruto	Odds ratios ajustado
		(IC* 95%)	(IC* 95%)
Edad	< 30 años	1	-
	≥ 30 años	1,0 (0,7 – 1,6)	-
	Sup. Comp.‡	1	-
	Fund. Incomp.§	1,3 (0,4 – 4,0)	-
Escolaridad	Fund.Comp.	1,8 (0,7 – 4,8)	-
	Media Incom.¶	1,9 (0,7 – 5,2)	-
	Media Comp.**	1,4 (0,5 – 3,9)	-
	Sup. Inc.††	1,0 (0,2 – 5,9)	-
Compañeros/12 meses	1	1	1
	>1	1,9 (1,2 – 3,0)†	0,8 (0,4 – 1,5)
Usa Preservativo	Siempre	1	-
	A veces	2,2 (0,4 – 11,8)	-
Violencia Sexual	Nunca	1,6 (0,3 -8,6)	-
	No	1	1
Dinero por Sexo	Si	8,6 (5,1 – 14,7)†	7,4 (4,3 – 12,7)†
	No	1	1
Efecto de Alcohol	Si	3,8 (2,2 – 6,5)†	2,5 (1,3 – 5,0)†
	No	1	1
Efecto de Drogas	Si	2,3 (1,5 – 3,7)†	1,7 (0,9 – 3,0)
	No	1	1
	Si	2,2 (1,3 – 3,7)†	1,0 (0,5 – 2,0)

*IC: Intervalo de Confianza; † $p \leq 0,05$ (P valor – Test Chi-cuadrado para diferencias estadísticamente significativas de acuerdo con el *odds ratios* bruto y *odds ratios* ajustado); ‡Enseñanza Superior Completa; §Enseñanza Fundamental Incompleta; □□Enseñanza Fundamental Completa; ¶Enseñanza Media Incompleta; **Enseñanza Media Completa; ††Enseñanza Superior Incompleta.

Discusión

Los resultados de esta investigación muestran la elevada concentración de IST en compañeras de condenados, entre las cuales más de 41% de las colaboradoras del estudio mencionaron tener histórico o sufrir actualmente de estos tipos de infecciones. Además, los datos obtenidos también evidenciaron la relación entre IST en mujeres de condenados y el nivel educacional, número de compañeros, dinero por sexo y el consumo de drogas y alcohol, en donde esas variables aumentaron significativamente las chances de esta condición en la población investigada.

Es importante enfatizar que en esta muestra, compuesta por mujeres de condenados, la mayoría posee bajo nivel de escolaridad, ya que 74 (6%) no había concluido la enseñanza media, además de este factor, también hay que considerar la vulnerabilidad social, ya que la baja escolaridad es una de las características de individuos que presentan vulnerabilidad social y que pueden presentar mayor predisposición a las enfermedades, esto de acuerdo a datos estadísticos del Ministerio de la Salud⁽¹⁴⁾. Se destaca que los tipos de comportamientos sexuales entre las mujeres de condenados, de este estudio, pueden estar asociados al bajo nivel educacional y a la vulnerabilidad social, ya que se articula directamente al acceso a las informaciones; la dificultad de acceder a informaciones influencia de forma negativa en la concientización dificultando el entendimiento sobre cómo prevenir y tratar determinadas enfermedades⁽¹⁵⁾.

En este estudio fue constatado que 40,8% de las mujeres relataron tener más de un compañero sexual en los últimos 12 meses; entre estas, 49,7% ya contrajeron algún tipo de IST. Ese resultado contrasta con una investigación realizada con 175 mujeres de condenados en los Estados Unidos (EUA) revelando que 50% de las mujeres relataron tener otros compañeros sexuales en cuanto su compañero estaba encarcelado. Los hombres con antecedentes de encarcelamiento son de tres a seis veces más susceptibles a ser infectados por el HIV y otras IST que los hombres sin antecedentes de encarcelamiento⁽¹⁶⁾. Esto demuestra un riesgo mayor para la mujer/compañera del encarcelado, ya que además de los riesgos individuales, hay que considerar un posible comportamiento sexual de riesgo del compañero encarcelado⁽¹⁷⁾.

Delante de este contexto, cuando la mujer tiene su compañero encarcelado, el apoyo emocional y material que él proporciona desaparece dentro del ambiente familiar. Esa falta de apoyo y de recursos puede persuadir a la compañera del encarcelado a procurar otro compañero para llenar los vacíos dejados por el

encarcelado^(16,18). Así, las participantes consideraron este comportamiento como aceptable, especialmente en situaciones en que el compañero puede recibir recursos a cambio de asociaciones dentro del ambiente carcelario⁽¹⁶⁾. Algunos estudiosos concluyeron que las mujeres que tenían otros compañeros, en cuanto su compañero estaba encarcelado, eran propensas a ser más jóvenes y a entrar en otros comportamientos sexuales y de riesgo como el uso de alcohol y drogas⁽¹⁸⁾.

A su vez, el estudio también constató que 36,1% de las mujeres de condenados que relataron dinero por sexo, tienen o ya tuvieron IST; además de eso, la chance de contraer una IST es de 3,8 veces más cuando existe este tipo de práctica sexual. Así, la mujer se arriesga a tener otros compañeros sexuales para obtener recursos económicos, conforme muestra un estudio longitudinal, de abordaje cualitativo, realizado con mujeres compañeras de condenados afroamericanos, destacando que la relación de estas mujeres con otros compañeros también está asociada a las condiciones financieras, en la cual las mismas tratan de garantizar un abrigo y el sustento la familia⁽⁴⁾. Contrastando con lo anterior, existen los factores directamente asociados a las IST entre mujeres que practican sexo por dinero; por ejemplo, el elevado número de compañeros y las relaciones sexuales desprotegidas; existiendo a otras condiciones relacionadas, en las que se incluyen el consumo de drogas ilícitas y de bebidas alcohólicas, la exposición a prisiones, el bajo nivel educacional y la marginalización socioeconómica^(7,19).

En lo que se refiere a los comportamientos de riesgo para las IST, es importante destacar que además del número de compañeros y recibir dinero por sexo, también tiene que ser considerada la práctica sexual sobre efecto de alcohol y drogas, ya que en el presente estudio fue posible identificar que las mujeres que relataron la práctica sexual sobre efecto de alcohol tuvieron 2,3 más chances de haber contraído IST, y sobre efecto de drogas las chances fueron 2,2 veces mayor. Algunas expectativas positivas de los usuarios de alcohol sobre el efecto de esa droga, están asociadas a una mayor propensión a practicar sexo sin protección después de beber. Además, el alcohol lleva a disminuir la percepción de riesgos y dificulta la toma de decisiones. Así, uno de los mayores problemas provenientes de tener relaciones sexuales sin protección, es el aumento de los riesgos de contraer IST⁽²⁰⁾.

Un estudio realizado con 673 mujeres en África concluyó, a través del grupo control, que mujeres que consumían alcohol eran más propensas a tener múltiples compañeros y compañeros de riesgo. Los modelos de ecuación de estimativa generalizada binaria evaluaron el impacto del consumo de alcohol en el inicio

del estudio sobre el comportamiento sexual de riesgo y las IST durante un período de 12 meses. Cuando fue realizado el examen de frotis vaginal. Las mujeres que consumían alcohol tuvieron resultados positivos para la clamidia y otras IST; también se identificó el no uso del preservativo con un compañero casual, durante un período de acompañamiento de 12 meses⁽²⁰⁾.

Mediante la práctica de sexo sobre el efecto de drogas, las investigadoras realizaron un estudio en el sur de Brasil, en muestra de conveniencia con pruebas para HIV y otras IST, con 258 adolescentes del sexo femenino, habiendo encontrado una tasa de seropositividad para el HIV de 7,4%. En múltiples análisis con la inclusión de dos variables compuestas, el uso de drogas fue asociado con estatus de HIV positivo y otras IST, lo que corrobora los resultados presentados en este estudio⁽²¹⁾. Se piensa que la acción de las drogas, es capaz de causar desinhibición y aumento del deseo sexual, dejando a los individuos más propensos a practicar sexo de riesgo⁽²¹⁾. A esto se suma, que muchos utilizan drogas intencionalmente para relajar, con el objetivo de aproximarse de alguien con el que pretenden establecer un relacionamiento; individuos propensos a comportamientos de riesgo pueden, coincidentemente, utilizar alcohol y otras drogas⁽²²⁾.

Es importante resaltar que la violencia sexual se muestra bastante influyente en este estudio; ella también contribuye para los riesgo frente las IST, ya que 57,1% de las mujeres que sufrieron violencia sexual, también contrajeron algún tipo de IST, demostrando así, que la mujer en situación de violencia no tiene chances de protegerse y de escoger los tipos de comportamientos sexuales, ya que ella se somete a su compañero por miedo, y con eso es obligada a esas prácticas que la dejan expuesta a las enfermedades IST. Una situación común, de las mujeres víctimas de violencia sexual, es la sumisión al sexo marital, sin deseo, que puede asociarse a no percibir la situación de violencia sufrida en esa relación no consentida, tornándola vulnerable a las IST/HIV⁽²³⁾. Esta situación va más allá de los impactos físicos y psicológicos de la violencia, las mujeres que sufren violencia están expuestas directamente a: embarazo indeseado, IST, infección por el virus HIV/SIDA, cuadros de depresión, síndrome del pánico, ansiedad y disturbios psicossomáticos⁽²⁴⁾. La agresión vivida por mujeres de condenados puede estar vinculada al abuso de bebida alcohólica y otras drogas, una vez que, cuando los compañeros no están bajo el efecto de estas, pueden tener un comportamiento más pacífico⁽²¹⁾. Además de eso, el uso de alcohol y drogas puede llevar al hombre a forzar a la compañera a tener relaciones sexuales, lo que agrava todavía más los casos de violencia⁽²³⁾. Es importante destacar que

estos factores contribuyen para la violencia sexual y se presenta en gran evidencia en los resultados de este estudio.

Se destaca la importancia de la integralidad del cuidado de la salud de mujeres compañeras de condenados, constituyéndose en un desafío para el sistema de salud; especialmente en los diferentes espacios en que la salud actúa. Es de gran importancia considerar el hábito de ingerir bebidas alcohólicas y el uso de otras drogas ilícitas, que pueden contribuir para los comportamientos de riesgo, así como el número de compañeros, la violencia sexual y la práctica de sexo por dinero, que exponen a relaciones sexuales sin protección y consequentemente a las IST. Para esto, es preciso considerar este abordaje como parte de la rutina asistencial en los servicios de salud, especialmente de la atención primaria⁽²⁵⁾. Destacamos la importancia de acciones de promoción de la salud y ciudadanía para las mujeres de condenados, las que muchas veces se tornan invisibles para los sistemas judicial y de salud, los que evalúan solamente el comportamiento mejorado del encarcelado frente a la visita íntima, y no toman en cuenta las condiciones psicológicas y de salud específicas para las mujeres, la prevención de IST y el tratamiento, cuando necesario^(5,26).

Conclusión

Los resultados de este estudio evidenciaron una asociación de los tipos de comportamiento sexual de riesgo que influyen en el surgimiento de infecciones sexualmente trasmisibles, en mujeres de condenados; estos comportamientos están íntimamente vinculados con el número de compañeros sexuales, la violencia sexual, el sexo por dinero y el sexo sobre efecto de alcohol y drogas. Es perceptible que la mujer vinculada al compañero encarcelado posee una vulnerabilidad para las IST, necesitando de cuidados diferenciados para la prevención de estas enfermedades y tratamiento, cuando necesario.

Sin embargo, la dinámica de la atención a la salud en las unidades carcelarias ha sido esencialmente curativa y puntualmente preventiva. Todavía es necesario hacer inversiones para la consolidación de una lógica de Atención Básica, en el sentido de promoción y de preservación de la salud. Se debe dar énfasis a la importancia de la educación en salud, al conocer lo cotidiano de esas mujeres, sus conocimientos de experiencia, sus comprensiones de salud, sus prácticas populares de cuidado a la salud y sus comportamientos sexuales; con esto se abren posibilidades de ampliar el cuidado a las necesidades de salud de la mujer del encarcelado, lo que potencializa la realización de nuevas

investigaciones y la creación de nuevas estrategias en el campo de la atención a la salud en el SUS, con la finalidad de ampliar la inclusión y diálogo, utilizando las comprensiones y los modos populares de cuidar de la salud.

Delante de los resultados, se percibe que las estrategias de promoción, prevención e intervenciones de la salud sexual, en ambiente carcelario, deben englobar la complejidad de las peculiaridades experimentadas por las mujeres de los condenados. El fortalecimiento de la autonomía de los sujetos como esencia del proceso educativo - además de considerar la ciencia, conocimiento y opiniones - debe congrega los contextos de las vulnerabilidades ambientales, sociales y culturales.

Además, destacamos que este es uno de los pocos estudios realizados con esta población. Se recomienda el desarrollo de futuros estudios que puedan contribuir para obtener mejores evidencias científicas con esta población, en Brasil, considerando que existe un número considerable de mujeres dentro de las penitenciarías y presidios que hacen visitas frecuentes a su compañero.

Referencias

1. Lima M, Schraiber LB. Violence and other gender vulnerabilities and women living with HIV/Aids. *Temas Psicol.* [Internet] 2013 [cited Ago 15, 2016];21(3):947-60. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n3/v21n3a11.pdf>.
2. Nunes BBS, Mendes PC. Reproductive health public policies: historical context and implications to maternity in Uberlândia –MG. *Caminhos Geogr.* [Internet] 2015 [cited Ago 15, 2016];16(53) 81-100. Available from: <http://www.seer.ufu.br/index.php/caminhosdegeografia/article/viewFile/28875/16436>.
3. Barbosa JAG, Freitas, MIF. Vulnerability of women with mental disorders to sexually transmitted infections (STIS) and HIV/AIDS. *Rev Min Enferm.* [Internet]. 2011 [cited Mai 10, 2015]; 15(2):217-24. Available from: www.reme.org.br/artigo/detalhes/28.
4. Cooper HL, Caruso B, Barham T, Embry V, Dauria E, Clark CD, et.al. Partner incarceration and African-American women's sexual relationships and risk: A longitudinal qualitative study. *J Urban Health.* [Internet] 2015 [cited Dec 15, 2016]; 92:(3)527-54. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4456473/>
5. Pereira EL. Families of incarcerated women, health promotion and access to social policies in the Federal District, Brazil. *Cienc Saúde Coletiva.* [Internet]. 2016 [cited Dec 19, 2016]; 21(7):2023-34. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n7/1413-8123-csc-21-07-2123.pdf>.
6. Soares MMS Filho, Bueno, PMMG. Demography, vulnerabilities and right to health to Brazilian prison population. *Cienc Saúde Coletiva.* [Internet]. 2016 [cited Dec 19, 2016]; 21(7):1999-2010. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n7/1413-8123-csc-21-07-1999.pdf>.
7. Araújo OD, Nery IS, Monteiro CFS, Moura MEB. Social representations of female sex workers about Aids. *Cienc Cuid Saúde.* [Internet] 2014 [cited Dec 19, 2016]; 13(4):714-21. Available from: http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/20380/pdf_254.
8. Nicolau AIO, Ribeiro SG, Lessa PRA, Monte AS, Ferreira RCN, Pinheiro AKB. A picture of the socioeconomic and sexual reality of women prisoners. *Acta Paul Enferm.* [Internet] 2016 [cited Nov 29, 2016]; 25(3):386-92. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n3/v25n3a11.pdf>.
9. Ministério da Justiça (BR), Departamento Penitenciário Nacional. Sistema Integrado de Informações Penitenciárias – InfoPen [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Justiça; 2013. [cited Feb 20, 2015]. Available from: <https://www.justica.gov.br/...infopen.../relatorio-depen-versao-web.pdf>.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Coordenação de população e indicadores sociais, projeções da população do Brasil por sexo e faixa etária- revisão 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2012.
11. Günther G. Qualitative research versus quantitative research: Is that really the question? *Psicol Teor Pesqui.* [Internet] 2006 [cited Abr 29, 2015]; 22(2):201-10. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/ptp/v22n2/a10v22n2.pdf>.
12. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. *Rev Saúde Públ.* [Internet] 2000 [cited Abr 29, 2015]; 34(2):178-83. Available from: <https://www.ufrgs.br/qualidep/images/whoqol-bref/artigos/2000-WHOQOL-bref-Brasil.pdf>
13. Abdo CHN, Oliveira Jr WM, Moreira ED, Fittipaldi JAS. Perfil sexual da população brasileira: resultado do Estudo do Comportamento Sexual (ECOS) do Brasileiro. *Rev Bras Med.* [Internet]. 2002 [cited Mar 10, 2015]; 59(4): 250-7. Available from: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=196.
14. Oviedo RAM, Czeresina D. The concept of vulnerability and its biosocial nature. *Inter Comunic Saúde Educ.* [Internet] 2015 [cited Abr 22, 2016]; 19(53):237-49. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2015nahead/1807-5762-icse-1807-576220140436.pdf>.
15. Rothwell MAD, Villarroel MA, Grieb SD, Latkin CA. Norms, attitudes, and sex behaviors among women with incarcerated main partners. *J Urban Health.* [Internet] 2013 [cited Nov 19, 2015]; 90(6):1151-65. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3853167/pdf/11524_2012_Article_9749.pdf.

16. Meyer JPL, Zelenev A, Wickersham JA, Williams CT, Teixeira PA, Altice FL. Gender disparities in HIV treatment outcomes following release from jail: Results from a multicenter study. *Am J Public Health*. [Internet] 2014 [cited Ago 15, 2016]; 104(3):434-41. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3953795/>.
17. Epperson MW, Khan MR, El-Bassel N, Wu E, Gilbert L. A longitudinal estudio de incarceration e risco among methadone maintained men and their primary female partners. *AIDS Behav*. [Internet] 2011 [cited Mai 25, 2016]; 15(2):347-55. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2917637/>.
18. Martinho S. Uma política para garantir o direito à saúde no sistema prisional [entrevista a Dominguez B]. *Radis Comun Saúde*. [Internet]. 2012 [cited Nov 5, 2015]; 118:201. Available from: <http://www6.enasp.fiocruz.br/radis/revista-radis/118/reportagens/uma-politica-para-garantir-o-direito-saude-no-sistema-prisional>.
19. Ramesh S, Ganju D, Mahapatra B, Mishra RM, Saggurti N. Relationship between mobility, violence and HIV/STI among female sex workers in Andhra Pradesh, India. *BMC Public Health*. [Internet] 2012 [cited Nov 29, 2016]; 12(1):2-8. Available from: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2458-12-764?site=bmcpublihealth.biomedcentral.com>.
20. Seth P, Wingood GM, DiClemente RJ, Robinson LS. Alcohol use as a marker for risky sexual behaviors and biologically-confirmed sexually transmitted infections among young adult African American women. *Womens Health Issues*. [Internet] 2014 [cited Nov 29, 2016]; 21(2):130-5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4232951/pdf/nihms276612.pdf>.
21. Bassols AMS, Boni R, Pechansky F. Alcohol, drugs, and risky sexual behavior are related to HIV infection in female adolescentes. *Rev Bras Psiquiatr*. [Internet] 2010 [cited Nov 30, 2015]; 32(4):231-41. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v32n4/a08v32n4.pdf>.
22. Vieira LB, Cortes LF, Padoin SMM, Souza IEO, Paula CC, Terra MG. Abuse of alcohol and drugs and violence against women: experience reports. *Rev Bras Enferm*. [Internet] 2014 [cited Dec 12, 2015]; 67(3):366-72. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n3/0034-7167-reben-67-03-0366.pdf>.
23. Ferraz D, Kraiczky J. Gender and Public Health Policies – building responses to face the inequalities inside the Brazilian Unified Health System (SUS). *Rev Pscol UNESP* [Internet] 2010 [cited Dec 12, 2015]; 10(1):70-82. Available from: http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/genero_e_saude_2.pdf.
24. Lima CA, Deslandes SF. Sexual violence against women in Brazil: achievements and challenges of the health sector in the 2000. *Saúde Soc*. [Internet] 2014 [cited Set 12, 2017]; 23(3):787-800. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n3/0104-1290-sausoc-23-3-0787.pdf>.
25. Silva MBB. Emergence of a Policy, closure of a sector: regarding the management of penitentiary health care in Brazil. *Cienc Saúde Coletiva*. [Internet] 2016 [cited Dec 19, 2016]; 21 (7):2021-30. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n7/1413-8123-csc-21-07-2021.pdf>.
26. Barcinski M, Lermen HS, Campani C, Altenbernd B. Prison's warriors: a virtual support network for families of freedom deprived people. *Temas Psicol*. [Internet]. 2014 [cited Out 22, 2015]; 22 (4): 929 - 40. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v22n4/v22n04a19.pdf>.


Recibido: 03.02.2018

Aceptado: 03.07.2018

Autor correspondiente:

Debora Cristina Martins

E-mail: sec-pse@uem.br

 <https://orcid.org/0000-0003-4226-5288>**Copyright © 2018 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.