

## FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO PARA VIH/SIDA EN MUJERES DE CALI, COLOMBIA<sup>#</sup>

### PROTECTIVE AND RISK FACTORS FOR HIV/AIDS IN WOMEN FROM CALI, COLOMBIA<sup>#</sup>

GLADYS EUGENIA CANAVAL\*, CLAUDIA PATRICIA VALENCIA\*\*,  
LILIANA FORERO\*\*\*, NIBIA GARDELA\*\*\*\*, ADALGISA MAGAÑA\*\*\*\*\*  
y YADIRA VARGAS\*\*\*\*\*

#### RESUMEN

El propósito de este estudio fue contribuir con la promoción de la salud de las mujeres de la ciudad de Cali; adicionalmente sensibilizar a las mujeres participantes sobre la problemática de la infección por el VIH/SIDA y otras ITS. Objetivos: 1) Explorar la presencia de factores protectores y de riesgo para VIH/SIDA y otras ITS en las mujeres participantes del estudio; 2) Determinar la vulnerabilidad y percepción de riesgo de las mujeres a la infección por VIH y otras ITS. Se utilizó un diseño transversal por encuesta. En total participaron 312 mujeres de las 21 comunas de Cali en un rango de edad de 12 a 76 años. El 61% de las mujeres de la muestra eran sexualmente activas, y de éstas el 84% refirieron relaciones heterosexuales; el 11% había tenido relaciones sexuales con más de una persona en los últimos 12 meses. El 45% de las mujeres percibió infiel a su pareja sexual. El 51% de las mujeres se sienten cómodas hablando con su pareja de su vida sexual, este porcentaje disminuye a 40% cuando hablan con su pareja sobre sus necesidades en la relación y decrece al 29% al hablar sobre la existencia de otras compañeras sexuales. El 9% reportó violencia sexual por su pareja. El 70% se percibió vulnerable al VIH/SIDA, sin embargo, sólo el 31% de las mujeres sexualmente activas usó el condón por temor al SIDA. La autoestima de las mujeres de la muestra fue alta, la mayoría sostenía relaciones monogámicas y no usaban ni compartían agujas para inyección endovenosa. Se discuten aspectos relacionados con el empoderamiento de las mujeres como estrategia para dar mayor énfasis a la promoción de la salud en lugar de la prevención de la enfermedad.

**Palabras clave:** Mujer, sexualidad, riesgo, protección, VIH/SIDA, promoción de la salud.

#### ABSTRACT

The purpose of this study was to contribute with the health promotion of women from Cali city, in addition to sensitize to participants women about HIV/AIDS and others ITS' problem. The goals were 1. To explore risks factors for HIV/AIDS and protective factors in women participants of this study 2. To determine the vulnerability and perception of risk for HIV/STI of women. IT was used a transversal design with survey. The total sample was 312 women from 21 *Comunas* of Cali, age range between 12 and 76 years. Of those 61% were sexually active; 84% reported heterosexual encounters, 11% of women had sex with more than one person in the previous 12 months: 45% perceived sexual partner's infidelity, 51% of women from the sample felt comfortable talking with their sexual partner about their sexual life, these percentage decreased to 40% when they talked about their needs in the relationship and declined to 29% when they talked about another sexual partner. Vulnerability to

<sup>#</sup> Investigación realizada con el apoyo financiero de la Secretaría de Salud Municipal de Cali y de la Universidad del Valle, Cali, Colombia.

\*Enf., M.Sc., Ph.D., Profesora Titular. Dirección: A.A. 25360 Cali, Colombia; Universidad del Valle, Escuela de Enfermería. Cali, Colombia, glacanav@univalle.edu.co

\*\* Enf., Mag. Epid. Profesora Titular. Universidad del Valle, Escuela de Enfermería.

\*\*\* Enf., M. Adm. Esp. Prom. de la Salud (c) Secretaría Departamental de Salud del Valle.

\*\*\*\* Lic. Ed., Mg. Inv -Ed.

\*\*\*\*\* Psc., Mg. Adm. Secretaría Municipal de Salud de Cali.

\*\*\*\*\* Enf. Lic. Ed. Taller Abierto.

AIDS is perceived for 70% of them, however, only 31% used condom because fear of AIDS. Self-esteem of these women was high; most of them had monogamous relation. Very few woman used needless for intravenous injection and shared them with others. It is analyzed aspects of empowering women as a strategy that allows to make emphasis on health promotion rather than on disease prevention.

**Keywords:** Women, sexuality, risk, protection, HIV/AIDS, health promotion.

Fecha recepción: 05/10/04. Fecha aceptación: 25/08/05.

## INTRODUCCIÓN

El presente estudio fue realizado en respuesta a la problemática del incremento en el número de mujeres con infecciones de transmisión sexual (ITS), entre ellas el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), tanto a nivel mundial como regional y local (Centers for Disease Control and Prevention-CDC, 2002; European Center for the Epidemiological Monitoring of AIDS, 1993; Richardson, 2004).

Según las estadísticas de la Secretaría de Salud Pública de Cali (1999 y 2003), en 1987 la relación hombre-mujer para la infección por VIH/SIDA en la ciudad era de 37:1, en 1999 la relación se estimó en 3:1 y para el año 2003 disminuyó a 2:1. Según organismos internacionales (CDC, 2001; UNAIDS/WHO, 2001; US Department of Human Services, 2000), la situación con respecto al SIDA en el ámbito mundial muestra un ascenso constante en la población heterosexual y particularmente en la mujer, según se ha observado a expensas de la vulnerabilidad de la mujer, por su situación en la sociedad, debido a la desigualdad de género (Morisky, Ang, Coly y Tiglao, 2004; WGNRR, 1992).

Las estadísticas actuales muestran que las tasas de infección por VIH en la población femenina están creciendo a un mayor ritmo que las de los hombres; según el CDC (1994), en Estados Unidos, entre 1984 y 1992, los casos reportados en mujeres se incrementaron en un 9% mientras que en el hombre el incremento fue del 2,5%; la proporción de casos entre las mujeres atribuidos a contacto he-

terosexual incrementó del 15% al 40% desde 1993 a 1999 (CDC, 2000).

A nivel mundial, durante el año 2001 del total de adultos infectados por el VIH, cerca de la mitad eran mujeres. Se observa que la cifra de mujeres infectadas está igualando a la de los hombres y en algunas partes del mundo las mujeres infectadas superan a la de los hombres. En América Latina el 25% de las personas que viven con el VIH/SIDA son mujeres, el 35% en el Caribe, el 20% en Europa y Estados Unidos y el 55% en África subsahariana (ONUSIDA, 2002).

Lo anterior contrasta con la "invisibilidad" en la epidemia, impuesta por la comunidad científica respecto de las mujeres, lo cual retrasó significativamente las posibilidades de acciones preventivas y tratamiento adecuado para este grupo en particular, generando una falsa seguridad en las mujeres de no estar expuestas al virus (Canaval, 1996a).

La mujer tiene 14 veces más de probabilidad de adquirir el virus que causa el SIDA después de mantener relaciones sin protección con un hombre seropositivo, que la que tiene un hombre de contraerlo en situaciones similares (Azize y Abreu, 1998). En general, se considera que la transmisión del VIH de hombre a mujer es ocho veces más probable que de la mujer al hombre, atribuible parcialmente a una mayor área de superficie de exposición en el tracto genital femenino (University of California, San Francisco, 2002).

Según las características sociodemográficas más frecuentemente observadas en diferentes estudios, las mujeres seropositivas po-

seen un bajo nivel de educación, ingresos económicos insignificantes y conducta sexual y personal de alto riesgo como el trabajo sexual, el muy bajo uso de preservativos y la toxicomanía; respecto a la vulnerabilidad de la mujer, se distinguen diferentes determinantes, el biológico, epidemiológico, el social y el cultural (Herrera y Campero, 2002).

Las mujeres latinoamericanas, entre las cuales se incluyen las mujeres de Cali, son vulnerables a la infección por VIH, entre los factores que las afectan se encuentran los sociales, los biológicos y los culturales, en general, muchas mujeres dependen de los hombres en lo social y para otras, en lo económico; situación que las coloca en desventaja en cuanto a la autonomía en la vida sexual.

La promoción de la salud y el empoderamiento guiaron esta investigación; el empoderamiento se refiere a la habilidad de la gente para comprender y controlar las fuerzas personales, políticas sociales y económicas para tomar decisiones que mejoren sus vidas (Canaval, 1998). El empoderamiento puede ser visto a nivel individual, organizacional y comunitario; el individual está ligado al empoderamiento organizacional y al comunitario a través del desarrollo del control personal y la competencia para actuar, buscar apoyo social y perfeccionar habilidades interpersonales, sociales y políticas.

A nivel comunitario se refiere al proceso por el cual una comunidad gana poder para crear cambio; también se define como el proceso de acción social que promueve la participación de los individuos, las organizaciones y las comunidades hacia el logro del control, la eficacia política, el mejoramiento de la calidad de vida y la justicia social (Zimmerman, 1990; Bandura, 1995).

El empoderamiento de las mujeres se refiere a los procesos a través de los cuales las mujeres obtienen poder interno para expresar y defender sus derechos y obtienen una mayor confianza en ellas mismas, identidad

personal, autoestima y control sobre sus propias vidas y relaciones personales y sociales, y mediante el cual esas relaciones desiguales de poder se transforman en favor de las mujeres. El empoderamiento significa que las mujeres sean capaces de tomar decisiones autónomas sobre sus vidas, aprendan a articular eficazmente sus derechos humanos y sus necesidades físicas y emocionales, obtengan acceso a recursos económicos y otros para satisfacer esas necesidades y sean capaces de reflexionar colectivamente sobre sus experiencias y de organizar y articular sus demandas (Canaval, 1998).

Las mujeres que se empoderan a sí mismas también necesitan marcos legales de apoyo, acceso a la información y a los recursos. Es importante que las mujeres se empoderen para el ejercicio de los derechos humanos y el logro de la igualdad y porque construye y refuerza autoimágenes positivas, autoconfianza y la capacidad de ser más eficaces en todas las esferas, entre otras.

El empoderamiento es un concepto que se relaciona con promoción de la salud. La promoción de la salud incluye ir más allá del énfasis sobre estrategias centradas en el estilo de vida individual para ampliar con base en su identificación las estrategias sociales y políticas. El empoderamiento como estrategia clave en promoción de la salud permite reconocer la importancia de la participación de la comunidad en identificar los problemas de salud y las estrategias para dar solución a dichos problemas (Robertson, 1994).

## PROPÓSITO

Contribuir con la promoción de la salud de la población en general y en particular de las mujeres de la ciudad de Cali. También se pretendió sensibilizar a las mujeres de la muestra con respecto a la protección y el riesgo frente a las ITS/SIDA.

## OBJETIVOS

1) Explorar la presencia de factores protectores y de riesgo para VIH/SIDA y otras ITS en las mujeres participantes en el estudio; 2) Determinar la vulnerabilidad y percepción de riesgo de las mujeres a la infección por VIH y otras ITS.

## METODOLOGÍA

Estudio descriptivo de corte transversal con aprobación del Comité de Ética de la Universidad del Valle, realizado en el período enero-agosto del 2000. La muestra se tomó a propósito a partir de la invitación a una actividad grupal que se formuló con la ayuda de mujeres con experiencia en trabajo comunitario, por cada una de las comunas en que se divide geográficamente la ciudad de Cali. Para el proceso de sensibilización se usó un proceso educativo-pedagógico mediante video-foros y actividades de grupo tipo taller que permitieron explorar conjuntamente con las mujeres participantes la problemática de la mujer frente a las ITS, incluyendo el VIH/SIDA, retomando principios de la Investigación-Acción-Participación. Paralelamente, se aplicó un cuestionario con datos sociodemográficos y otros instrumentos adaptados de los usados por otras investigadoras en población hispana, como: la escala de Empoderamiento Comunitario, instrumento sobre percepción del riesgo para VIH, creencias sobre el uso del condón, toma de decisiones con la pareja, confort sexual y roles de género, conocimientos y habilidades relacionados con VIH/SIDA. Este cuestionario fue auto-diligenciado para garantizar la intimidad y confidencialidad de la información. Las variables del estudio aparecen en la Tabla 1. Como factor psicológico se midió la autoestima a través de la Escala de Rosenberg.

## RESULTADOS

La muestra la constituyó un total de 312 mujeres residentes en las 21 comunas de Cali. El promedio de edad fue de 32 años, rango de 12 a 76 años; 40,3% eran menores de 25 años. El 95% de las mujeres participantes pertenecían al estrato socioeconómico 1, 2 ó 3. El promedio de años de estudio fue de 8,9 (DS=4,9); el 18% con primaria completa, el 21% tenían bachillerato completo (educación secundaria), y el 21,6% habían cursado algún año de estudios técnicos o universitarios, el resto con primaria incompleta. Cerca de la mitad de las mujeres (45%) eran casadas o convivían en unión libre, ver Tabla 2.

Para identificar indirectamente el nivel de dependencia económica y su responsabilidad familiar, se indagó en estas mujeres su ingreso mensual y el número de hijos menores de 18 años a cargo de ellas. La mitad de las mujeres no recibían ningún ingreso económico mensual y el máximo ingreso mensual (entre 3 y 4 salarios mínimos) sólo lo obtenían el 3% de las mujeres encuestadas. El 47% de ellas tenían entre 1 y 4 hijos menores de 18 años a su cargo. La mayoría (75%) se identificó como católicas; en relación con la seguridad social, el 77% tenía acceso a algún régimen de seguridad social y el 22% sin protección alguna.

Sobre vida sexual activa, el 61% manifestó tener actualmente relaciones sexuales. De estas mujeres, el 97,9% se declaró heterosexual, el 1,6 bisexual y el 0,5% homosexual. Sobre el número de parejas durante los últimos 12 meses, el 11% había tenido relaciones sexuales con más de una persona.

La percepción que las mujeres tienen sobre sus compañeros y las relaciones sexuales con otras personas mostró que un 45% de las mujeres con compañero creen que su pareja ha tenido entre 1 ó más relaciones sexuales con otras personas, lo cual nos indica la alta percepción de infidelidad acerca del compa-

**Tabla 1.** Variables del estudio.

<b>Características sociodemográficas</b>	
Estrato socioeconómico	Edad
Escolaridad	Estado civil
Seguridad Social	Ingresos mensuales
Dependencia familiar	
<b>Vida sexual</b>	
Antecedentes de vida sexual activa	
Orientación sexual.	
Planificación familiar.	
Número de parejas sexuales al año.	
Comunicación de pareja.	
Historia sexual del compañero.	
Poder de decisión en la relación.	
Pareja sexual estable.	
<b>Preservativo</b>	
Actitud frente al condón	
Intención de uso del condón	
Uso del condón	
Conocimiento y percepción de vulnerabilidad frente al VIH/SIDA	
Antecedentes de violencia sexual y física	
Autoestima	

Fuente: Factores protectores y de riesgo para VIH Sida en la mujer de Cali, Colombia.

**Tabla 2.** Estado civil en una muestra de mujeres de Cali, Colombia, 2000.

Item	Frecuencia	Porcentaje
Casada / Unión libre	139	44,6%
Separada / Divorciada	27	8,7%
Viuda	20	6,4%
Soltera	124	39,7%
S:D	2	0,6%
Total	312	100%

Fuente: Factores protectores y de riesgo para VIH Sida en la mujer de Cali, Colombia.

ñero o esposo. En la población heterosexual, las mujeres tienen una mayor susceptibilidad que los hombres de contraer la infección por el VIH, debido a prácticas de infección y a contacto heterosexual de riesgo (Estébanez y Cifuentes, 1997).

Entre las mujeres con vida sexual activa, se preguntó sobre la comunicación en torno a

las relaciones sexuales como indicador de relaciones de equidad, de cómo se asume la mujer en su relación, cómo se valora y cómo se siente en la relación con su pareja sexual. Se encontró que el 52% están muy satisfechas con sus relaciones sexuales, un 51% de las mujeres se sienten muy cómodas hablando con su pareja de su vida sexual, disminuye a

un 40% cuando hablan de sus necesidades en la relación; pero sólo el 29% se sienten cómodas cuando exploran en su pareja la existencia de relaciones sexuales con otra persona.

Sobre planificación familiar en las mujeres sexualmente activas, el 31% afirmó que en los últimos 30 días usó algún método, el 22% lo ha usado algunas veces, el 24% nunca lo ha usado, ver otras respuestas en la Tabla 3. Ante la pregunta acerca de si le gustaba usar métodos de planificación familiar, el 62% contestó afirmativamente, el 42% afirmó que a su pareja le gusta usarlos; un 25% de las mujeres no responde a estas preguntas.

Respecto a las respuestas dadas por las mujeres sexualmente activas con relación al condón masculino, se encontró que al 46% de las mujeres no les gusta usar el condón, un 27% no responde a esta pregunta. En cuanto a si su pareja le gusta usar el condón, el 50% respondió que no. Sobre otras actitudes en relación al condón, casi la tercera parte del total de la muestra respondió que se sentirían incómodas al comprar o preguntar por el condón, otra tercera parte no respondió esta pregunta.

Respecto a recibir amenazas de parte de sus compañeros sexuales, el 39% respondió afirmativamente, un porcentaje semejante (34%) lo reportó la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2000 (ENDS, 2000). A lo anterior se suma la existencia de casos no registrados debido al temor de muchas mujeres a denunciar y a los escasos recursos institucionales y comunitarios con que cuentan para el manejo de estos problemas.

En el presente estudio, del total de mujeres entrevistadas, el 32% respondió que han sentido temor a ser golpeadas, maltratadas o lastimadas por sus esposos, novios o compañeros; el 9% ha sido objeto violencia física y el 12% ha sido obligada a tener relaciones sexuales por su novio o compañero en los últimos doce meses.

En relación con el conocimiento sobre el

VIH/SIDA y sus formas de transmisión, el 12% de las mujeres participantes considera aún que los homosexuales, trabajadoras sexuales y drogadictos son las únicas personas con posibilidad de infectarse con el VIH. Sólo el 26% de las encuestadas dice que una mujer puede infectarse con el VIH durante el periodo menstrual. En cuanto a la transmisión vertical, el 86,9% de las mujeres encuestadas afirma que la gestante con VIH puede infectar al bebé, el resto no sabe o no responde.

Sobre la percepción de sentirse vulnerable a la infección con el VIH, cerca del 70% de las mujeres que participó en el estudio manifestó su percepción de vulnerabilidad y riesgo a contraer el VIH/SIDA, sin embargo sólo el 19% para el total de la muestra y el 31% para las sexualmente activas, reportó que usaban el condón por temor al SIDA, aunque no de manera habitual, puesto que sólo el 12% del total de la muestra manifestó haberlo utilizado en su último encuentro sexual, lo que equivale al 17% de las mujeres sexualmente activas; ver en la Tabla 4 las respuestas sobre actitud hacia el condón, intención de uso y uso del condón.

Al preguntar a las mujeres con relación de pareja sobre si tendrían una relación sexual sin condón a pesar de la negativa del compañero a usarlo, sólo el 22% de la totalidad de las mujeres de la muestra respondió que definitivamente o probablemente no la tendrían.

El 97% de las mujeres no usa ni comparte agujas para inyectarse drogas diferentes a las formuladas, el 62% cree que sus compañeros tampoco lo hacen y el 31% no sabe o no responde.

Respecto a la autoestima, el puntaje total promedio de las respuestas en la escala de Rosenberg fue de 32,5 (puntaje máximo = 40); este dato muestra que el resultado para esta variable es alto, lo que nos permite sugerir que se tenga en cuenta su medición en futuras investigaciones para determinar su re-

lación con otros factores al igual que la medición de otras variables que reflejen el empoderamiento individual de la mujer; no por ello se hace menos necesario el enfatizar en la medición del empoderamiento social y comunitario.

**Tabla 3.** Uso de métodos de planificación familiar en los últimos 30 días.

Descripción	Frecuencia relativa %
Si usó	31
Usó alguna vez	23
Nunca ha usado	24
No responde	9
No aplica (por estar en embarazo, desear embarazo, con histerectomía)	13
Total	100

Fuente: Factores protectores y de riesgo para VIH Sida en la mujer de Cali, Colombia.

**Tabla 4.** Actitud, intención de uso y uso del condón en las mujeres y su pareja.

Le gusta usar condón	16%
A su pareja le gusta usar condón	15%
Ha tenido un condón en su cartera	26%
Ha usado alguna vez condón	19%
Usó condón en la última relación sexual	12%

Fuente: Factores protectores y de riesgo para VIH Sida en la mujer de Cali, Colombia.

## DISCUSIÓN

Los hallazgos sobre ingresos nulos para la mitad de las mujeres y que el 47% tiene hijos menores de 18 años, más la baja escolaridad para más de la mitad de ellas (57,4%) con estudios de educación primaria solamente, nos muestran un elevado nivel de dependencia económica del esposo o compañero u otro miembro de la familia y, por ende, menor autonomía. Poco se conoce acerca del comportamiento de hombres y mujeres a la hora de tomar decisiones en sus relaciones personales e íntimas, sin embargo no olvidemos la

desfavorable situación de la mayoría de las mujeres para proponer a la pareja cambios de conducta que disminuyan los riesgos tanto a nivel sexual como personal. Las mujeres son conscientes de las presiones culturales que la sitúan en un papel de cuidadoras de su pareja, incluida su sexualidad, y la de sus hijos, y el papel de madre, lo que dificulta aún más tomar decisiones relacionadas con el sexo seguro y la maternidad, y aún podría ser más difícil para una gran mayoría si a lo anterior le añadimos la dependencia económica de sus compañeros. En algunos casos las mujeres con pareja masculina seropositiva podrían ante-

poner los papeles clásicos de mujer, amante y madre, a su propia seguridad y bienestar.

Al igual que otras mujeres de países pobres o en vía de desarrollo, la vulnerabilidad social es alta debido al menor nivel educativo que logran las mujeres y el menor acceso al trabajo asalariado, lo cual las vuelve más dependientes de los hombres, con poco acceso a la información y a los servicios adecuados de salud (Herrera y Campero, 2002).

El hallazgo respecto al dato de más de la mitad de las mujeres que no habla con sus compañeros sexuales de sus necesidades en la relación, podría sugerir la dificultad de las mujeres para abordar y negociar aspectos de protección en la relación sexual. Gómez, Hernández y Faigeles (1999) enfatizan en la importancia de comprender las barreras relacionadas a las conductas preventivas, señalan la importancia que para ellas tuvo el encontrar que los preámbulos más distantes y claves en la práctica de sexo seguro, tales como la comodidad con la comunicación sexual, pueden modificarse por programas que se centran en el empoderamiento de las mujeres en vez de centrarse en la prevención del VIH.

Si comparamos los resultados sobre uso de métodos de planificación familiar con los datos arrojados por el Estudio sobre Demografía y Salud realizado por PROFAMILIA en el 2000 y por Canaval en 1996b –en los cuales reportan el uso de métodos de planificación familiar por mujeres con pareja–, de 77% a nivel nacional y de 82% para aquellas de estrato socioeconómico medio de la ciudad de Cali respectivamente, las cifras del presente estudio se encuentran muy por debajo de lo esperado. El 3% de las mujeres manifestó que la píldora de planificación familiar protege a las mujeres contra el VIH. Es urgente desvirtuar la creencia sobre la protección de los anticonceptivos contra la infección.

Respecto a la violencia por parte de sus parejas, el 12% reportó abuso sexual; la violencia sexual está tipificada por el abuso sexual, la violación de mujeres, niños y niñas, la prostitución infantil y el tráfico de perso-

nas con objeto de explotación sexual, pornografía con mujeres y menores, la mutilación genital femenina, el homicidio de mujeres por razones sexuales, entre otras. En Cali la violencia que más denuncian las mujeres es la sexual; según un estudio de Maldonado (1999), se reportan datos de abuso sexual del 4,5%. El presente estudio mostró cifras que doblan lo reportado en abuso sexual, si bien las cifras reportadas por la ENDS 2000 arrojan un porcentaje ligeramente mayor (11%) para violencia sexual por parte del compañero o esposo, un porcentaje alto, la tercera parte, de mujeres expresó temor a ser golpeada; se ha reportado que el tener un compañero abusivo es un factor de riesgo para el VIH en mujeres (Kilichman, Williams, Cherry, Belcher, y Nachimson, 1998; Wingood, y Diclemente, 1997; Wingood, y Diclemente, 1998).

Los resultados muestran una baja actitud hacia el condón. Sobre el uso del condón en la última relación, el dato del 12% en el presente estudio es superior al reportado por la ENDS 2000, del 6,4% para el total de las mujeres encuestadas que han tenido relaciones sexuales, y por regiones del 6% para las mujeres de Cali. Respecto a las mujeres sexualmente activas, este hallazgo es similar al reportado por países como Brasil y Costa Rica en la década anterior (Population Reports, 1999).

Es preocupante el alto porcentaje de mujeres que tendrían la relación sexual sin condón anteponiendo su seguridad por diferentes razones; las mujeres han mencionado entre las razones por las cuales no piden o no insisten en la práctica del sexo seguro, la violencia o el temor a ella, así como el cuestionamiento de su honorabilidad o fidelidad.

Los hallazgos del presente estudio muestran que más de las dos terceras partes se sienten vulnerables al VIH, sin embargo los resultados también nos llevan a cuestionar si las mujeres perciben como tal el riesgo al VIH/SIDA y otras ITS. Muchas mujeres consideran que no tienen riesgo por tener una rela-

ción monógama, aunque no tienen la certeza de la fidelidad de sus compañeros (Gay, P, 1998 ; Jadack, 1994; Raid, 1996; Sherr, 1996); la presunta monogamia no debe ser tomada como garantía.

En una revisión de 63 países se encontró que la mayoría de los hombres casados tienen sexo con personas diferentes a sus esposas (Population Reports, 1999), por tanto, una correcta evaluación de su propio riesgo depende de qué tanto conoce la mujer sobre la conducta sexual de su compañero y en el ideal de vida y de pareja estable que incluye la confianza y la supuesta mutua fidelidad (Herrera y Campero, 2002). Los programas de salud para las mujeres deberán llevarlas a la necesidad de pensarse de acuerdo con las condiciones de género y a dirigir sus esfuerzos para mejorar la reciprocidad entre hombres y mujeres y las habilidades de las mujeres en técnicas de negociación y comunicación entre parejas para incrementar el uso del condón y las relaciones sexuales sin riesgo o con protección.

Las respuestas sobre el uso de drogas inyectables y consecuentemente compartir agujas, como en efecto se mostró, no es un problema en estas mujeres, aunque ello no descarta la necesidad de seguir reforzando sobre la protección que confiere el no usar o compartir agujas para esta población y el no sostener relaciones sexuales bajo los efectos de sustancias psicoactivas, lo que es aplicable también a la población de escolares y adolescentes.

Los resultados de este estudio proporcionan información importante a los servicios, a los planificadores en salud y a los académicos; si bien reconocemos las limitaciones del mismo en cuanto a representatividad y generalización, también reconocemos que los resultados muestran áreas y temas sobre factores protectores y de riesgo en los cuales es prioritario formular preguntas para futuras investigaciones y proponer programas para la práctica, estos programas podrían enfatizar en cómo incrementar los factores protectores y

cómo minimizar los factores de riesgo no sólo a nivel personal sino con el abordaje de acciones a nivel grupal y social.

Entre los factores protectores que podrían trabajarse, de acuerdo con lo reconocido en el estudio, se encuentran la capacidad potencial de la mujer para la toma de decisiones en la relación de pareja y en todos los niveles, la percepción de vulnerabilidad a adquirir el VIH, el SIDA y otras ITS; el nivel de comunicación con la pareja sobre su sexualidad; las preferencias sexuales, el uso de métodos de planificación y de condón; la valoración de sí misma –autoestima–; la importancia del reconocimiento y prevención de ambientes sin violencia sexual y de género y de la violencia intrafamiliar.

Los factores de riesgo que se podrían disminuir a mediano y largo plazo encontrados en las mujeres de este estudio son: la influencia de la baja o muy mínima escolaridad de las mujeres, lo cual las limita en procesos reflexivos de análisis y de comprensión de sí mismas y de su papel en las intervenciones con los demás y con su entorno y a su vez en las influencias de este medio sobre ellas; la difícil situación económica que viven las mujeres pobres, las debilidades y barreras para la toma de decisiones en relación con su autocuidado; el desconocimiento que tiene la mujer acerca de las ITS, en especial el VIH-SIDA, principalmente en cuanto a formas de transmisión; el desconocimiento por parte de mujeres y hombres acerca de su sexualidad; las ideas preconcebidas de hombres y mujeres sobre el uso del condón que ocasionan su rechazo, tales como indicador de infidelidad, desconfianza en la pareja, enfriamiento de la emoción y el placer de la relación sexual; la falta de autonomía de la mujer relacionada con su sexualidad y asociada a la dependencia de su pareja, lo cual limita la capacidad de negociación.

En resumen, es imperioso propender por el aumento en la escolaridad de las mujeres e incorporar desde la etapa escolar programas educativos que potencien en ellas la reflexión con enfoque de género sobre su papel en la

sociedad, el autoconocimiento, la capacidad de negociación, la autonomía y la toma de decisiones.

Surgen cuestionamientos sobre el tipo de preguntas con mayor porcentaje de no respuesta, las cuales giran alrededor de la sexualidad y las relaciones de pareja, lo que permite pensar que entre las mujeres estas preguntas no son formuladas regularmente, estas preguntas pudieron sorprenderlas o algunas mujeres no tenían respuesta a las mismas. Se propone, por lo íntimo de los temas, abordar este tipo de preguntas de una manera diferente.

### RECOMENDACIONES

Con base en lo anterior, recomendamos trabajar en proyectos que se enmarquen en el empoderamiento, no sólo a nivel individual sino en el empoderamiento social de las mujeres, en la promoción de la salud sexual de las mujeres y en las intervenciones para la prevención de ITS e infección VIH/SIDA y principalmente en la formulación y práctica de políticas públicas en favor de las mujeres.

Se recomienda explorar muchos de los aspectos que continúan como interrogantes para futura investigación con el uso de metodologías cualitativas.

Recomendamos la concepción de una educación en la que se reconozca que los cambios y transformaciones en la vida de las personas y sus prácticas relacionadas con la sexualidad deben comprometer mucho más que sólo alcanzar óptimos niveles de información.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Azize Vargas, Y.; Abreu Jiménez, E. (1998). Género, mujer y SIDA. En: Cuadernos Mujer y SIDA. Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. Santiago de Chile.  
 Bandura, A. (1995). Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. En A. Bandura (Ed.) Self- efficacy in changing societies. New

York. Cambridge University Press (pp. 1-45).  
 Canaval, G.E. (1998). Promoción de la salud: Predictores de empoderamiento comunitario en mujeres, Cali, 1996. Investigación y Educación en Enfermería, 16 (2), 31-45.  
 Canaval, G. E. (1996a). Salud de la Mujer. Avances en Medicina Social, 6, 1: 26-31.  
 Canaval, G. E. (1996b). Health Promotion : Women's perception of community empowerment in Cali, Colombia. Tesis de Doctorado, Universidad de Illinois at Chicago, USA.  
 Estébanez, E. y Cifuentes, O. I. (1997). Diferencias de riesgo por género para el VIH en los usuarios de UDVP. En: Avances en SIDA 1997. IDEPSA, España.  
 European Center for the Epidemiological Monitoring of AIDS (1993). AIDS Surveillance in Europe. Quarterly Report, No 38, June.  
 Centers for Disease Control and Prevention - CDC (1994). Update: AIDS Among Women- United States.  
 Centers for Disease Control and Prevention - CDC (1999). HIV/AIDS Surveillance Reports 2, 1, 14-15.  
 Centers for Disease Control and Prevention - CDC (2000). Mid year end edition. HIV/AIDS Surveillance Reports 12, 1-40.  
 Centers for Disease Control and Prevention - CDC (2001). HIV/AIDS Surveillance Reports 3, 10-13.  
 Centers for Disease Control and Prevention - CDC (2002). Division of HIV/AIDS among american youth. May. <http://www.cdc.gov/hiv/pubs/facts/youth.htm>. Accessed October 2002.  
 Gay, P. Young (1998). Women and condom use. Presented at the 2nd Annual National Symposium on Overcoming Barriers to Condom Use, Los Angeles, Feb. 19-20.  
 Gómez, C.; Hernandez, M. y Faigles, B. (1999). Sex in new world: an empowerment model for HIV prevention in Latina immigrant woman. Health Education and Behavior 16(2), 200-212.  
 Herrera, C. y Campero, L. (2002). La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. Salud Pública de México 44(6), 554-564.  
 Jadack, R.A. Hyde, J.S., and Keller M. L. (1994). Gender and knowledge about HIV, risk, sexual behavior, and safer sex practices. Research in Nursing and Health 18(4), 313-324, Aug.  
 Kilichman, S. C., Williams, E. A., Cherry, C., Belcher, L. Y. y Nachimson, D. (1998). Sexual coherion, domestic violence, and negotiating condom use among low income African-American women. Journal of Women's Health, 7, 371-378.  
 Maldonado, M. C. (1999). Conflictos, violencias y

- justificaciones en el interior de la familia. Ponencia presentada en el Primer Congreso Internacional de Violencia social y familiar: Una cuestión de derechos humanos. Universidad de Caldas, Colombia, Mayo 27-28.
- Morisky, D. E., Ang, A., Coly, A. y Tiglao, T. (2004). A model HIV/AIDS risk reduction program in the Philippines: a comprehensive community-based approach through participatory action research. *Health Promotion International* 19 (1), 69-76.
- ONUSIDA (2002). Informe sobre la epidemia mundial del VIH/SIDA. Ginebra. ONUSIDA.
- Population Reports (1999). Closing the Condon Gap. Serie H, N° 9.
- Profamilia (2000). Salud sexual y reproductiva en Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud - ENDS 2000.
- Reid, E. (1996). HIV and development: Learning from others. In : Sherril ; Hankms, L.; and Benett, L., AIDS as a Gender Issue: Psychosocial Perspectives. Taylor and Francis. pp. 235-253.
- Richardson, Y. (2004). CEDPA/South Africa addresses HIV /AIDS Challenges. The CEDPA Network, pp. 1, 4. June.
- Robertson, A. Minkler, M. (1994). From new health promotion movement. A critical examination. *Health Education Quarterly*, 21, 295-312.
- Rosemberg, M. (1965). Society of the adolescent self-image. Princeton, NJ.: Princeton University Press.
- Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali (1999). Reporte Epidemiológico. Documento interno de trabajo.
- Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali (2003). Reporte Epidemiológico. Documento interno de trabajo.
- Sherr, L. (1996). Tomorrow's era: Genders, psychology and HIV infection. In: Sherril, L; Hankms, L; and Benett, L. AIDS as a Gender Issue: Psychosocial Perspectives. Taylor and Francis, pp. 16-45.
- UNAIDS/WHO (2001). AIDS Epidemic Update. UNAIDS/WHO, Geneva.
- University of California, San Francisco. (2002). What are women's HIV prevention needs? Fact Sheet #4Er. 1998. <http://www.caps.ucsf.edu/womenrev.html>. Accessed July 2002.
- WGNRR (1992). Boletín 39, abril-junio.
- Wingood, G. M. y Diclemente, R. J. (1997). Gender related correlatos and predictors of consistent condom use among African-American women: A prospective análisis. *International Journal of STD and AIDS*, 8, 1-7.
- Wingood, G: M: y Diclemente, R. J. (1998). Partner influence on gender - related factors associated with noncondom use among young adult African-American women: *Am Journal of Community Psychology*, 26, 29-53.
- Zimmerman, M. (1990). Taking action in empowerment research. On the distiction between individual and psychological conceptions. *Am. J. of Community Psychology*, 16, 725-750.