

¿Qué Necesita la Mujer en la Prevención del VIH?

¿Están a riesgo de contraer VIH?

Si. En 1997, las mujeres conformaban el 22% de todos los casos de SIDA en los EEUU. La categoría de riesgo más frecuente sucede por contacto heterosexual (38%), y el 29% de estos por contacto heterosexual con Usuarios de Drogas Inyectadas (UDIs). Los usuarios de drogas inyectadas conforman el 32% de todos los casos. [1](#)

Una de las poblaciones en la que los casos de VIH aumenta más rápidamente es en las mujeres, y los casos de SIDA en esta población aumentan invariablemente cada año. Las menores de 30 conformaron el 22% de los casos de SIDA en 1996. Debido al lapso de tiempo que transcurre desde la infección con VIH hasta el desarrollo del SIDA muchas de estas mujeres contrajeron el VIH antes de los 20 años. [2](#)

El SIDA ha afectado a la mujer afro-americana y latina en forma desproporcional. Los índices de SIDA en la mujer afroamericana y latina son de 17 y 6 veces mayor respectivamente a la de la mujer anglosajona. En 1997, el 60% de los casos femeninos de SIDA eran afroamericanas, 20% latinas y 19% anglosajonas. [1](#)

¿Qué pone a la mujer a riesgo?

Se estima que las posibilidades de transmisión de hombre a mujer es ocho veces mayor que la de mujer a hombre; en 1997, 38% de las mujeres que contrajeron el VIH vía contacto heterosexual, contrario al 8% en los hombres. Existen dos razones por lo que esto ocurre: hay más hombres que mujeres infectados con VIH en los EEUU, lo cual eleva las posibilidades de que la mujer tenga una pareja infectada. La otra es que el VIH se transmite más fácilmente de hombre a mujer debido a que el área genital femenina expuesta es más amplia que la del hombre. [1](#)

Las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) sin tomar en cuenta el VIH puede aumentar el riesgo de infección con VIH de dos a cinco veces. Las úlceras genitales y la reacción inmunológica frente a una ETS facilitan la entrada del VIH al cuerpo. Se estima que existen 12 millones de nuevos casos de ETS por año y las poblaciones a mayor riesgo de contraer el VIH cuentan, además, con altos índices de otras ETS. [4](#) El tratamiento de las ETS puede ser una estrategia eficaz para prevenir el VIH.

El uso de drogas, inyectadas o no, aumenta el riesgo de infección con VIH en la mujer y está estrechamente ligado al sexo sin protección. En un estudio a UDIs femininas, se reportó que estas compartían jeringas 32% del tiempo y obtenían jeringas/agujas usadas de su pareja sexual regular el 71% de las veces. [5](#) Las mujeres que fumaban cocaína-crack, particularmente aquellas que tenían sexo por dinero o drogas, están a mayor riesgo de infección por la vía del sexo. [6](#)

El abuso sexual y la coerción pone a muchas mujeres a riesgo. En un estudio a mujeres con alto riesgo de infección con VIH se evidenció que el abuso sexual y físico era descomunal y formaba parte de sus vidas. El abuso infantil (42%) y el maltrato físico (42%) resultaron ser también comunes. Las mujeres que han sido maltratadas tienen mayores posibilidades de usar cocaína-crack y tener múltiples parejas sexuales. [7](#) Las agencias de salud pública necesitan alertar al público sobre el abuso sexual y la coerción, y ayudar a hombres y mujeres a desarrollar la habilidad de prevenirlas.

¿Cuáles son las barreras?

La mujer no es la que usa el condón. Para poder protegerse a sí misma contra la infección del VIH, la mujer debe dominar todos los aspectos del condón, estos son: el conocimiento, la conducta, la actitud y además, poseer la habilidad de convencer a su pareja sexual de la necesidad de usar condones. El género, la cultura y el poder pueden ser las barreras que no permiten el sexo seguro con la pareja principal. [8](#)

El porcentaje de mujeres pobres es dispar. Por esta razón, la mujer tiene menos posibilidades de tener seguro de salud y acceso a cuidados médicos. Muchas mujeres pertenecientes a minorías que viven en la pobreza son desproporcionalmente afectadas por el VIH. Para estas mujeres, la necesidad de sobrevivir puede ser más inmediata que

su preocupación por la infección con VIH, cuyo impacto tarda varios años en llegar. [9](#)

Al igual que muchas personas que se comprometen a una relación, la mujer puede considerar la intimidad más importante que protegerse contra el VIH. El sexo sin protección puede estar ligado a la dependencia social y emocional (no necesariamente económica) del hombre. La monogamia como estado ideal, incluso el dar por hecho la fidelidad de la pareja, puede contribuir al riesgo de contraer SIDA. [10](#)

¿Cuáles son los métodos de protección?

Las mujeres están más propensas a protegerse a sí mismas del embarazo usando métodos que no requieren de la cooperación de su pareja. Este es el caso de los anticonceptivos orales como la píldora que no protegen contra las ETS o el VIH. Se necesitan más métodos para prevenir la transmisión del VIH controlados por la mujer. Tradicionalmente, la abstinencia, los condones y los protectores dentales han sido los principales métodos de protección. En 1993, Reality, el condón femenino fue introducido al mercado, solo que hasta hoy, los resultados han sido mixtos en cuanto a la eficacia, costo e interés por su uso.

Los microbicidas vaginales que ofrecen la posibilidad de prevenir la transmisión de las ETS más no el embarazo han sido creados y puestos a prueba en algunos programas de prevención. Todo futuro esfuerzo debe incluir estudios clínicos en gran escala sobre la eficacia de estos y así aumentar el interés científico y el apoyo de las compañías farmacéuticas para que desarrollen microbicidas que puedan prevenir el VIH. [11](#)

¿Qué se está haciendo?

Las bases del éxito de un programa de prevención de VIH en una población femenina en un área urbana de viviendas subsidiadas, consistió en haber reclutado a mujeres para desempeñar el papel de líderes comunitarias. Estas mujeres aprendieron a impartir talleres para reducir el riesgo, a distribuir material educativo sobre VIH, y a promover la educación del VIH por medio de eventos comunitarios. Estas mujeres movilizaron a esta comunidad residencial con mucho éxito utilizando mensajes de prevención y actividades específicas para este grupo. [12](#)

Debido a que las mujeres a riesgo no siempre se encuentran en una población o comunidad específica, los programas deben trabajar arduamente para estar presentes donde sea necesario. Un programa brindó servicios de prevención a la pareja femenina de los hombres encarcelados en San Quintín, el día de visita. Este programa cuya base está ubicada en el Centro de Visitas del plantel, enseña a las visitantes a ser educadoras de VIH. Estas educadoras a su vez les enseñan a otras visitantes en grupo o individualmente. El programa opera con bajos costos y ha tenido buena aceptación por parte de las visitantes y del personal de la prisión. [13](#)

Aquellas intervenciones que ofrecen consejería y pruebas de detección a ambos miembros de la pareja deberá tomarse en consideración. El "California Partner Study" brindó consejería en combinación con apoyo social a parejas heterosexuales serodiscordantes (en la cual una es VIH positiva y la otra no). El resultado fue un incremento en el uso del condón y no se reportaron nuevos casos de infección entre las parejas. [14](#)

La mayoría de programas para el tratamiento de drogas tiene una orientación masculina, con personal masculino. Permitirles a las mujeres embarazadas que participen en programas para el tratamiento de drogas y dejarles traer a sus hijos puede ser muy útil. En San Francisco, CA, un programa de intercambio de jeringas solo para mujeres, tuvo muy buena aceptación por parte de las usuarias de drogas. La cantidad de jeringas intercambiadas y de visitas entre los programas de intercambio solo para mujeres, y los mixtos fue muy similar. Sin embargo, las mujeres que participaron en los programas solo para mujeres tenían más posibilidades de recibir cuidados médicos y otros servicios para promover la salud como alimentos, vitaminas, cupones y ropa. [15](#)

¿Qué queda por hacer?

Debido a que la mujer tiene mayores posibilidades de ser infectada por un hombre, y al aumento en los casos de SIDA por contacto heterosexual, los programas dirigidos a hombres (especialmente los UDIs) tendrían un impacto beneficioso en la mujer. El intercambio de jeringas y el tratamiento de drogas son estrategias importantes dado que casi la mitad de todos los casos de infección femeninos estuvieron ligados al uso de drogas inyectadas. Promover pruebas de detección de ETS y el tratamiento de las mismas en la población femenina deben formar parte de una estrategia efectiva de prevención de VIH.

Es necesario conducir más investigación sobre los riesgos y las formas de transmisión del VIH en la mujeres incluyendo la transmisión de mujer a mujer. Es necesario evaluar intervenciones innovadoras específicas de mujeres. Un programa

de prevención completo utiliza muchos elementos para proteger del VIH a la mayor cantidad de personas posible. Es sumamente importante que las intervenciones tomen en cuenta los temas de la sexualidad, la familia, la cultura, el empoderamiento, la autoestima y la habilidad de negociar, así como la localización de estos en las diferentes comunidades.

¿Quién Lo Dice?

1. CDC. HIV/AIDS Surveillance Report. 1998;9:10.
2. CDC. Update-HIV/AIDS and women in the United States. Fact sheet prepared by the CDC. July 1997.
3. Padian NS, Shiboski SC, Glass SO, et al. Heterosexual transmission of human immunodeficiency virus (HIV) in Northern California: Results from a ten-year study. *American Journal of Epidemiology*. 1997;146:350-57.
4. Wasserheit JN. Epidemiological synergy. Interrelationships between human immunodeficiency virus infection and other sexually transmitted diseases. *Sexually Transmitted Diseases*. 1992; 177:167-77.
5. Leonard LE, Baskerville B, Hotz S. Risk factors for needle sharing in women who inject drugs. 11th International Conference on AIDS, Vancouver, British Columbia. 1996. Abstract #TuC2503.
6. Edlin BR, Irwin KL, Faruque S, et.al. Intersecting epidemics: Crack cocaine use and HIV infection among inner-city young adults. *New England Journal of Medicine*. 1994; 331:1422-7.
7. Vlahov D, Wientge D, Moore J, et al. Violence among women with or at risk for HIV infection. 11th International Conference on AIDS, Vancouver, British Columbia. 1996. Abstract #TuD135.
8. Gomez CA, Marin BV. Gender, culture, and power: Barriers to HIV-prevention strategies for women. *The Journal of Sex Research*. 1996;33:355-362.
9. Farmer PE, Connors MM, Simmons J., editors. *Women, poverty, and AIDS: Sex, drugs, and structural violence*. 1996. Common Courage Press, Monroe, ME.
10. Sobo EJ. *Choosing unsafe sex: AIDS-risk denial among disadvantaged women*. 1995. University of Pennsylvania Press, Philadelphia, PA.
11. Phillips DM. Microbicide development: progress and obstacles. Third Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. 1996.
12. Coley BI, Sikkema KJ, Perry MJ, et al. The role of women as opinion leaders in a community intervention to reduce HIV risk behavior. National Conference on Women and HIV, Pasadena, CA. 1997; Abstract #206.3.
 - Contacto: Brenda Coley 414/456-7746
13. Collaborative programs in prison HIV prevention.
 - Contacto: Barry Zack, Centerforce, Health Programs Division, San Quentin, CA: 415/456-9980.
14. Padian NS, O'Brien YR, Chang Y, et al. Prevention of heterosexual transmission of human immunodeficiency virus through couple counseling. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*. 1993;6:1043-1048.
15. Lum PJ, Guydish JR, Brown E, et al. An innovative needle exchange program exclusively for women is well accepted by female injection drug users in San Francisco. International Conference on AIDS, Geneva, Switzerland. 1998. Abstract #43261.
 - Contacto: Paula Lum (415) 597-4965.

**Preparado por Kathleen Quirk, MA, Pamela DeCarlo; Traducción Romy Benard-Rodríguez
CAPS**

Revisado Diciembre 1998. Hoja Informativa 4Sr.

Alentamos la reproducción de este documento; aunque, no se admite la venta de copias y UCSF deberá ser mencionada como fuente de esta información. Para obtener copias, llame por favor al National Prevention Information Network al 800/458-5231. Estas hojas informativas están disponibles en inglés. Cualquier comentario o pregunta acerca de esta hoja informativa puede ser electrónicamente dirigido al FactsSheetM@psg.ucsf.edu. ©Diciembre 1998, University of California.

BACK [Para ir al índice de Hojas Informativas](#)

HOME [Para ir al índice del Centro de Estudios para la Prevención del SIDA \(CAPS\)](#)