Factores de Riesgo para adquirir el **VIH** entre mujeres Amas de Casa en San Salvador.

Agosto 1999.

Comité Acción SIDA de El Salvador.

PASCA

USAID

INDICE

I. Justificación 1

A. Amas de Casa

B. País. El Salvador

II. Objetivos 2

III. Revisión de Literatura 2

IV. Metodología 7

A. Enfoque Cualitativo 7

B. Grupos Focales 7

C. Muestra 9

V. Resultados 11

A. Contexto de la Vida Cotidiana 11

B. Roles de Género y Normas de Comportamiento 13

C. Sexualidad y Conducta Sexual 19

D. Uso del Condón 24

E. VIH/SIDA 28

F. Sugerencias de la Comunidad para la Prevención del VIH 32

G. Actividades de prevención identificadas por Profesionales 33

VI. Resumen y Recomendaciones 34

B

FACTORES DE RIESGO DE ADQUIRIR EL VIH ENTRE MUJERES AMAS DE CASA EN SAN SALVADOR

Michele G. Shedlin, PhD, Sociomedical Resource Associates
Lícida Bautista, M.D., MPH., PASCA
Ann Fitzgerald, MPH., PASCA
Rebeca Gilad, PhD, AED
José Miguel Carranza, M.A. APIMERC

Agosto, 1999

I. JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACIÓN

A. Tema: Amas de Casa

Tradicionalmente, la investigación sobre conductas relacionadas con el VIH/SIDA* se han centrado en aquellas poblaciones y comunidades que se consideraba están en mayor riesgo de contraer y transmitir el VIH. A excepción de las trabajadoras del sexo, a nivel internacional las mujeres han sido excluidas como enfoque de las investigaciones sobre el VIH/SIDA. Como consecuencia, la comprensión acerca de las mujeres en riesgo ha sido inadecuada y se ha prestado escasa atención a los esfuerzos de prevención específicos por género.

El Proyecto Acción SIDA de Centroamérica (PASCA) provee asistencia técnica y recursos al comité Acción SIDA de El Salvador. Éste es un comité nacional multisectorial que trabaja en la prevención y control del VIH/SIDA. En 1998, el comité realizó un diagnóstico de situación del VIH/SIDA y diseñó un plan de trabajo basado en su análisis. Se observó que si bien la epidemia del VIH/SIDA en El Salvador es considerada como concentrada (es decir, una epidemia que no se ha diseminado hacia la población general), se reportaba una elevada tasa de incidencia entre las amas de casa. En una epidemia concentrada, por lo general se estima que las amas de casa se encuentran en un bajo riesgo de adquirir la infección

❖ VIH = Virus de Inmunodeficiencia Humana
SIDA = Síndrome Inmunodeficiencia Adquirida

por VIH o no tienen riesgo alguno. Acción SIDA / El Salvador decidió se realizara un estudio de investigación que ayudara a identificar los factores que estaban generando ese contexto de vulnerabilidad entre las amas de casa salvadoreñas. Este estudio ayuda a apreciar la infraestructura de riesgo para las amas de casa en El Salvador.

B. País: El Salvador

El Salvador en el período 1984-Junio 1999 se tiene un acumulado de 2742 casos de SIDA, con una tasa de incidencia en 1998 de 6 por 100.000 hab. y se tiene un total de 2698 casos de VIH(+) con una tasa en 1998 de 7.26 por 100.000 hab. del total de casos SIDA 506 (18.4%)son mujeres en edad fértil (15-44 años) y 723 (27%) son VIH(+); Asimismo se tiene que entre los/las adolescentes de 12 a 18 años la relación H:M es de 1:1 y en las edades mayores es una relación de 2:3.
Si bien puede haber vigilancia del SIDA, se está realizando poca o ninguna investigación conductual que explique esta tendencia y no existen datos adecuados sobre los cuales desarrollar esfuerzos de prevención dirigidos a mujeres o sus familias.

II. OBJETIVOS

1. Obtener datos cualitativos acerca de la infección por VIH entre amas de casa en San Salvador que aporten profundidad, detalles y explicaciones a los datos epidemiológicos.

2. Obtener datos psicosociales y conductuales relevantes que ayuden a enfocar el riesgo del VIH para las amas de casa en el país, específicamente en el desarrollo de estrategias educativas sobre prevención y cambios en las políticas para apoyar la prevención del VIH.

III. REVISIÓN DE LA LITERATURA

En solo un decenio, el SIDA se ha convertido en una pandemia que afecta a millones de hombres, mujeres y niños en todos los continentes; según

datos de ONUSIDA a nivel mundial a diciembre de 1999 hay un total de 33.6 millones de personas que viven con el VIH/SIDA y de estos 14.8 millones son mujeres; Sólo en 1999 se infectaron 2.3 millones de mujeres se estima que 570.000 niños menores de 14 años que adquirieron el VIH y más del 90% de ellos son hijos de mujeres VIH(+) . Informaciones recientes refieren que en Africa hay entre 12 y 13 mujeres viviendo con el VIH/SIDA por cada 10 varones.
Hace un decenio, la mujer parecía estar en la periferia de la epidemia, pero hoy vemos que son millones de ellas las que se infectan cada año.

Los factores que contribuyen al aumento de infecciones por el VIH/SIDA en las mujeres son universales: la ya mencionada heterosexualidad de la epidemia y el alto índice de casos de ITS* que facilitan la transmisión del VIH se observa en todo el mundo. Los factores biológicos no son los únicos determinantes, aunque juegan un papel importante, especialmente entre las adolescentes cuyo sistema reproductivo y genital, todavía inmaduro, facilita la transmisión. .
En América Latina y el Caribe, hay que destacar factores como la diferencia de estándares de comportamiento social entre el hombre y la mujer en temas como la fidelidad conyugal, la migración desde las áreas rurales hacia los centros urbanos y la transmisión del VIH a la pareja, sea ésta hombre o mujer, por varones que practican la bisexualidad. Se han agregado recientemente otros factores de riesgo como por ejemplo nuevas formas de prostitución, particularmente de mujeres adolescentes.

Las diferencias de género, caracterizadas por las relaciones de poder y control de los hombres sobre las mujeres, así como los factores sociales y culturales que contribuyen a mantener a las mujeres subyugadas-relegando sus necesidades, aspiraciones, derechos y responsabilidades- son algunos de los factores determinantes en el aumento del problema de la infección por el VIH/SIDA en las mujeres.
Mientras la subordinación sexual y económica de la mujer continúe y no se empleen métodos para disminuir la vulnerabilidad biológica de la mujer seguiremos con el problema.
Las relaciones heterosexuales desprotegidas representan la mayor vía de transmisión hacia la mujer. Sea donde sea, las personas que tienen

❖ ITS = Infecciones de Transmisión Sexual

relaciones sexuales con muchos compañeros/as sin protegerse están especialmente expuestas. Pero es importante recordar que a medida que maduran las epidemias locales, la red de la infección se extiende cada vez más y alcanza a las mujeres que tienen un solo compañero sexual. En muchos países, en todo el mundo, entre las mujeres embarazadas que acuden a los dispensarios de atención prenatal se registra una prevalencia elevada de la infección. Los estudios sobre las mujeres que acuden a esos dispensarios indican que muchas de ellas son monógamas y han sido infectadas por su único compañero: su marido (por matrimonio o unión libre).

La Amenaza que representa el SIDA para hombres y mujeres varía de acuerdo a muchos factores sociales y culturales. Sin embargo, es evidente que la epidemia esta teniendo un impacto más fuerte en la mujer que en el hombre, sea cual sea su nacionalidad o lugar de residencia, debido a sus múltiples roles sociales – como esposa, madre, encargada del bienestar de la familia y a menudo como principal fuente del ingreso familiar.
La subordinación sexual y económica de la mujer alimenta la pandemia de VIH/SIDA. Para romper el ciclo de negligencia que afecta a la mujer durante toda su vida y generación tras generación, se requieren medidas que le den la posibilidad de decidir con conocimiento de causa y le permitan mejorar la calidad de vida.

En muchas sociedades existe una diferencia notable de poder entre la mujer y el hombre, diferencia sustentada por sistemas sociales y culturales que confieren al hombre una posición dominante. Se considera que son los hombres quienes han de iniciar la relación, mientras que la autoafirmación sexual de la mujer suele reprobarse o incluso sancionarse.

Muchos países que promueven la monogamia, la fidelidad recíproca y cuyas normas sociales desaprueban las relaciones con múltiples parejas ocasionales también fomentan esos valores como estrategia primaria de prevención del SIDA. Sin embargo, algunas sociedades exigen que la mujer se adhiera estrictamente a esas normas mientras que toleran tácitamente que el hombre no las respete. Se espera que la mujer tenga un solo compañero sexual en su vida, pero se considera natural que el hombre

tenga más de una compañera o incluso se le alienta a ello. Como consecuencia, las mujeres son más propensas a la monogamia y a tener en el transcurso de su vida menos parejas sexuales que el hombre. Adoptar la "monogamia" o la "fidelidad recíproca" como solución principal puede inducir a error a la mujer, pues la fidelidad protege contra el VIH/SIDA sólo si es plenamente reciproca y permanente. Da una sensación de seguridad a la persona monógama, sensación ilusoria si no tienen la certeza de que también lo es su pareja.

En algunas culturas no está "permitido" a la mujer hablar de sexo con el hombre ni proponer prácticas sexuales más seguras. Hacerlo puede tener para ella graves repercusiones, que van desde la estigmatización hasta el miedo a la violencia o el abandono. A pesar de ello, muchos programas de prevención del VIH/SIDA y de Planificación Familiar esperan de la mujer que asuma la responsabilidad de prevenir tanto el embarazo como las infecciones de transmisión sexual, en un contexto en el que apenas se le da la posibilidad de decidir cuando, con quién y cómo tener sus relaciones sexuales.
La fidelidad a su pareja no protege a la mujer de la infección por VIH. Lo cierto es que en todo el mundo, la epidemia del VIH/SIDA ha sido alimentada por el comportamiento de aquellos hombres que tienen relaciones sexuales sin condón con varias parejas, la mayoría de ellas casuales y por la impotencia de las mujeres para decidir cuando sostener relaciones sexuales y fijar las condiciones bajo las cuales aceptan tener relaciones sexuales. En consecuencia, en muchos países las mujeres que corren el mayor riesgo de contraer el VIH son precisamente las que están casadas y son fieles a sus maridos

Por el hecho de que las mujeres son sexual, económica y biológicamente vulnerables al VIH/SIDA, muchas veces se les ha estigmatizado y acusado de "causar" el VIH/SIDA y otras ITS. Es frecuente que se tache a las mujeres de "reservorios" de infección " o de "vectores de transmisión " de esos males a sus compañeros e hijos.

En México, Centroamérica y el Caribe de habla hispana, existen factores culturales, sociales y económicos interrelacionados que les impiden a

muchas mujeres adoptar las alternativas de protección. La pobreza, la falta de información, las enseñanzas de la religión y por sobre todo el machismo hacen que la mujer carezca de autoestima y crean en ella actitudes fatalistas que le impiden adoptar uno o más métodos para protegerse del VIH.
En la cultura del machismo, la vida sexual del hombre es libre, mientras que la de la mujer cuando tiene relaciones sexuales y de que forma las tienen – está sometida a los dictámenes de su marido o pareja. El machismo le niega a la mujer su posibilidad de negociar el uso del condón con su pareja, o de insistir en que él le sea fiel o use preservativos en sus actividades sexuales extramaritales.
En las áreas urbanas estas actitudes están comenzando a cambiar y existe la tendencia a cuestionar la monogamia, sin embargo, la mayoría de las mujeres en la región ven que sus vidas permanecen bajo el control de sus maridos. El poder de determinar la vida sexual de las mujeres es solamente uno de los aspectos más íntimos en que se manifiesta el dominio económico, social y político del varón sobre la mujer.

Mientras que una gran cantidad de hombres tienen relaciones sexuales con varias mujeres, otros –casados o no- también las tienen con hombres. Entre aquellos que lo hacen, muchos no se identifican como bisexuales u homosexuales (y muchas mujeres no están conscientes de que sus maridos tienen relaciones con otros hombres), porque la tendencia cultural consiste en calificar como homosexual sólo a aquel que juega un rol pasivo en el acto sexual.

En esta región es socialmente aceptado que desde una edad muy temprana los hombres y en menor grado las mujeres consuman alcohol. Aunque el alcohol no constituye un riesgo directo, si desinhibe y crea un ambiente donde la persona puede exponerse aún más a adquirir la infección, El consumo de alcohol hace que el individuo pierda las inhibiciones que siente en su ausencia y por lo tanto es posible que se aventure en el campo sexual sin tomar las precauciones necesarias.

Si bien las relaciones sexuales pueden ser lo más personal e íntimo de nuestras vidas, también es cierto que en ellas se reflejan las normas fundamentales de nuestra sociedad.
Además de las circunstancias sociales y económicas las nociones comunes que se tienen sobre la naturaleza pasiva de la sexualidad femenina y los valores que se le asignan a la maternidad, operan en muchas sociedades para debilitar el control que la mujer pueda ejercer sobre su cuerpo y su sexualidad.
La transición a las prácticas sexuales menos arriesgadas requiere que una mujer pueda expresar lo que quiere y las razones para ello, así como la cooperación de su pareja a dialogar temas de sexualidad. Sólo cuando los hombres y mujeres empiecen a verse al mismo nivel en términos de sus responsabilidades en la vida sexual podrán ellas protegerse de embarazos no deseados y de las ITS incluyendo infección por el VIH.

IV. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

A. Un enfoque cualitativo

Este enfoque permite examinar las actitudes y los comportamientos dentro de una perspectiva de la cultura y el contexto de la vida cotidiana. Permite un entendimiento mejor del conocimiento compartido de individuos de una comunidad, población o ubicación geográfica específica, que representan las normas sociales establecidas. El enfoque refleja la premisa fundamental de que las personas actúan basándose en el significado, y para que esas conductas sean comprendidas, el/la investigador/a debe ser capaz de interpretar el significado cotidiano en el que se basan las acciones. La recopilación de datos es sistemática e incluye descripciones y citas directas de informantes como narrativa abierta. La información no se ubica en categorías predeterminadas de respuestas estandarizadas, ni se reduce para que encaje en selecciones de respuestas típicas de los instrumentos estructurados de la investigación. Este tipo de datos brinda el potencial de informar no sólo cuáles son los hechos, sino también lo que significan y cómo afectan a las personas. Los datos cualitativos recopilados incluyen: descripciones detalladas de situaciones, eventos,

personas, interacciones y comportamientos observados; citas directas de las personas acerca de sus experiencias, actitudes, creencias y pensamientos; así como extractos de documentos.

B. Grupos focales

El grupo focal es un tipo especial de grupo en términos de propósito, tamaño, composición y procedimientos. Los grupos focales son un enfoque para recabar información que sea a la vez inductiva y naturalista, cuyo propósito sea recopilar datos de una discusión focalizada. Un grupo focal puede ser definido como una discusión cuidadosamente planificada, diseñada para obtener percepciones, actitudes, creencias y experiencias en relación con un área o tópico de interés definido. Se selecciona a las/los participantes con base en ciertas características en común relacionadas con el tópico que será investigado. Involucran a un grupo homogéneo de personas en interacción social, guiadas por un/a investigador/a quien genera en el grupo un ambiente permisivo que motiva diferentes percepciones y puntos de vista, sin presionar a las/los participantes a votar, planificar o llegar a un consenso.

Típicamente, la discusión de grupo es realizada varias veces con tipos similares de participantes para identificar tendencias y patrones en las percepciones. La discusión es observada y registrada y provee una base de la que se pueda obtener información y recomendaciones. El análisis minucioso y sistemático de la discusión provee claves y visión acerca de cómo se percibe un problema, un servicio o una oportunidad.

Las entrevistas en los grupos focales no son evaluativas. No proveen información concluyente y sus resultados no son proyectables. Se utilizan para identificar el rango de conocimientos, actitudes y percepciones, pero no indican el grado al que éstos prevalecen en la población general. Los grupos focales indican reacciones grupales hacia varios tópicos, pero no son medidas de reacciones individuales.

Los grupos focales son a menudo utilizados para:

1. Generar hipótesis que puedan ser probadas cuantitativamente en él futuro.
2. Explorar las necesidades y recursos percibidos para el diseño de investigaciones, planificación de programas y elaboración de materiales.
3. Generar información útil para estructurar cuestionarios.
4. Explorar sintaxis, vocabulario apropiado y el significado de palabras para la elaboración de cuestionarios y materiales educativos.
5. Proveer información general sobre un lugar, una institución, comunidad, programa, situación, etc.
6. Interpretar, explicar, agregar profundidad y detalles a datos cuantitativos obtenidos previamente.

En esta investigación, los grupos focales fueron utilizados específicamente para identificar la gama de experiencias, actitudes y creencias relacionadas con los temas de la investigación en hombres y mujeres de diferentes edades, estado marital, identidad de género y preferencia sexual. La diferencia en las características permite hacer comparaciones transversales entre los grupos y probar los límites de las definiciones de los fenómenos proporcionadas por las/los participantes. Explorar el riesgo para el VIH, en especial, requiere de esta habilidad para comparar probar las percepciones y explicaciones que describen lo que es considerado normativo y no normativo en esta sociedad.

C. Muestra

La muestra consistió de 127 participantes, divididos/as según las siguientes variables: sexo, edad (personas adultas: 30-40 años; jóvenes 20-29 años); con/sin pareja. El estudio se centró en personas representativas de los "estratos populares" (nivel socioeconómico medio-bajo), que son consideradas más vulnerables a contraer el VIH/SIDA. Se realizó un total de 16 grupos focales con dichas características. Además se realizaron tres sesiones adicionales con grupos que se consideraba tenían conocimientos especiales o diferentes perspectivas sobre los temas de la

investigación: trabajadores sexuales transgénero (travestis), hombres auto-identificados como gays y profesionales de salud.

Grupos focales:

.Hombres adultos con pareja (2 sesiones)
·Hombres jóvenes con pareja (2 sesiones)
·Hombres adultos sin pareja (2 sesiones)
·Hombres jóvenes sin pareja (2 sesiones)
·Mujeres adultas con pareja (2 sesiones)
·Mujeres jóvenes con pareja (2 sesiones)
·Mujeres adultas sin pareja (2 sesiones)
·Mujeres jóvenes sin pareja (2 sesiones)

Número de participantes = 127

Trabajadores sexuales transgénero (1 sesión: 8 participantes)

Hombres identificados como gays (1 sesión: 8 participantes)

Profesionales de salud (1 sesión: 7 participantes)

Número de participantes = 23

D. Características de las poblaciones en estudio

El estudio incluyó grupos con las siguientes características:

1. Mujeres:

Las "amas de casa" seleccionadas fueron mujeres entre los 20 y 40 años de edad que viven o habían vivido con una pareja, formando un hogar nuclear, ya sea con o sin hijos/as. Para el propósito de este estudio, las mujeres fueron divididas por edad (20-29 y 30-40 años de edad) y dependiendo de sí estaban casadas/viviendo en unión, o viviendo sin pareja (madres solteras, divorciadas/separadas o viudas).

2. Hombres:

Los hombres fueron también seleccionados con los mismos criterios arriba mencionados.

3. Hombres identificados como gays:

La preferencia e identificación sexual fueron los criterios tomados en consideración para este grupo.

4. Trabajadores sexuales transgéneros:

Los criterios tomados en consideración para este grupo fueron la identificación genérica de estos hombres, preferencia sexual y la participación en sexo transaccional.

5. Profesionales de salud:

El grupo consistió de médicos/as, psicólogos/as, trabajadoras/es sociales y psiquiatras que trabajan con y atienden a personas que viven con VIH/SIDA.

V. RESULTADOS

A. El contexto de la vida cotidiana: Preocupaciones de las/los participantes

1. Pobreza/Economía

Las discusiones de los grupos focales empezaron por generar el planteamiento de asuntos y preocupaciones prioritarios de los hombres y las mujeres. Las preocupaciones económicas sobresalieron en todos los grupos y la "pobreza" fue considerada como un serio problema para las familias salvadoreñas. Se dijo que el elevado desempleo masculino era un

factor crucial en la falta de estabilidad económica de las familias, así como la frustración y el alcoholismo de muchos hombres. Sin embargo, también se planteó que las necesidades económicas afectan no sólo los aspectos generales de alimentación, vivienda, necesidad de empleo de mujeres y hombres, migración, otras necesidades y conductas de sobrevivencia, sino además factores tales como la necesidad de las mujeres de tener pareja y permanecer en relaciones en las que existen abuso y descuido. La habilidad de las mujeres para negociar prácticas sexuales más seguras mientras a la vez temían ser abandonadas si disgustaban a sus compañeros o causaban sospechas en ellos fue una influencia indirecta importante de las realidades económicas sobre el riesgo de adquirir el VIH. También se dijo que la selección de parejas y las relaciones sexuales se veían influenciadas por preocupaciones y necesidades económicas. Esto se discute en las siguientes secciones.

2. *Desintegración familiar*

La desintegración de las familias y la ruptura de los hogares sobresalieron en las mentes tanto de hombres como de mujeres, Los hombres refieren que es una preocupación que se cree es afectada por la economía así como por la temprana edad en el matrimonio que tiene lugar a causa de embarazos no planificados . Las mujeres participantes tendían a citar descuido, abuso, falta de apoyo económico e infidelidad como causas principales. Sin embargo, tanto hombres como mujeres discutieron sobre la falta de comunicación entre los sexos como la razón fundamental de esta desintegración. El tema de la desintegración familiar fue especialmente importante en las discusiones de mujeres sin pareja, las madres solteras.

3. *Comunicación*

La falta de comunicación entre hombres y mujeres en general, y específicamente sobre la actividad sexual, surgió como un asunto importante en muchas de las discusiones de temas variados durante las sesiones de los grupos focales. Tanto hombres como mujeres reconocieron que la falta de comunicación en el hogar era un elemento importante en la

desintegración de la unión. Al describir la comunicación entre parejas, uno de los hombres dijo que "anda mal". Las mujeres estuvieron de acuerdo: "por eso estamos solas... la falta de comunicación". Sin embargo, aunque las normas tradicionales que regulan la comunicación sobre la actividad sexual aparentemente inhiben la discusión temprana en la relación, se piensa que entre algunas parejas mejora con el tiempo y la confianza. Algunos de los hombres más jóvenes también expresaron satisfacción por la comunicación que tienen con sus esposas. Uno de ellos dijo: "en mi casa hay una gran confianza..." y pasó a describir la forma en que su esposa y él comparten y se comunican. Aun así, además de la infidelidad flagrante, la falta de comunicación es por lo general considerada como un factor que contribuye significativamente a la ruptura de los hogares.

Algunos/as participantes señalaron que las/los adolescentes no tienen ninguna inhibición para hablar sobre el sexo y que saben más que las personas adultas.

4. *Violencia doméstica*

La violencia doméstica fue un tema mencionado por todos los grupos de hombres, mujeres y los profesionales. Las presiones económicas y otras tensiones, dijeron los hombres, les provocaban arremeter contra sus esposas.

Los hombres hablaron en una manera casi casual sobre haber abusado verbal y físicamente de las mujeres; las mujeres mencionaron una amplia gama de descuidos y abusos. Una de las mujeres menciono "tanto anuncio que ha salido" sobre los hombres que "quieren maltratar a la mujer", "pegarles, ultrajarlas, pisotearlas y tenerlo de menos a uno". Aunque algunas mujeres se mostraron conscientes de "la ley que ha salido" "eso que ni verbalmente le pueden ...". Pero dicen que cuando una mujer le tiene demasiado miedo al hombre "no hace nada" que quiere decir que aunque exista una ley de protección, para muchas mujeres no sirve como recurso en contra de la violencia dirigida hacia ella. En las discusiones sobre el machismo abundaron ejemplos, quejas de violencia doméstica y

su aceptabilidad social, así como el "derecho" de los hombres de abusar de las mujeres, especialmente en las discusiones acerca de hombres y mujeres mayores.

B. Roles de género y normas de comportamiento

1. Roles de género y características percibidas sobre los sexos

Las mujeres salvadoreñas se perciben a sí mismas como industriosas, capaces, decididas, honestas, afectivas y "de buen corazón". Ven a los hombres salvadoreños como machistas, rústicos, mujeriegos, inmaduros e irresponsables. Los hombres casados se describieron a sí mismos y a sus pares como machistas pero trabajadores. Dijeron que querían una mujer que les comprendiera y amara, con quien pudieran establecer una comunicación abierta, "sin secretos". Las mujeres dijeron que querían compañeros que fueran "sanos", lo que significaba no ser mujeriegos o bebedores. Querían hombres trabajadores y sin "malos vicios", que fueran "responsables" y cuidaran de su hogar, sus hijas e hijos. Los hombres, dijeron ellas, "no saben lo que quieren; no saben qué están buscando". "Ellos sólo se enamoran y luego se cansan [de ellas]." Los hombres, dijeron, sólo se interesan en cómo luce la mujer.

Al discutir sobre los roles de género, las/los profesionales describieron un sistema de normas que subyugan a las mujeres respecto de los hombres y tienen como consecuencia la perpetuación del desequilibrio de poder en cada aspecto de la vida. Lo más serio en muchos aspectos de las vidas de las mujeres, dijeron, es la falta de autoestima derivada de normas y conductas que les restan poder. Claramente, estos/as profesionales de salud se referían a la incapacidad de las mujeres de protegerse a sí mismas y proteger a sus familias contra enfermedades transmisibles que son, en parte, el resultado de la vigencia de instituciones y conductas masculinas socialmente aceptables.

2. *Machismo*

El tema sobresaliente en todos los grupos, indiferentemente del tópico discutido, fue el machismo y los efectos de las normas de conducta que guían las vidas cotidianas de hombres y mujeres en su sociedad. Los hombres definieron el machismo como:

- los hombres "quieren ser los primeros"
- quieren que "las mujeres hagan las cosas como a ellos les gustan"
- "él decide"
- "él tiene la razón"
- "nadie lo domina"
- "golpear a las mujeres"
- "obligar a la mujer a tener relaciones sexuales aunque ella no esté de acuerdo".

Uno de los hombres opinó que esta última conducta era un "grave" error porque "si no satisfaces a tu esposa, ella buscará al vecino, a un amigo o al cartero para hacerlo". Los hombres también dijeron que si la mujer parecía "fría", esto podía deberse a que su "naturaleza" estaba muerta y que debía ser llevada al médico para que le "reforzara sus hormonas". "Hay mujeres fuertes y mujeres débiles", dijo un hombre de los grupos.

Las mujeres dijeron que "machismo" significaba que los hombres quieren que ellas sean sumisas, que los dejen hacer lo que ellos quieren, así como impedir que las mujeres "sean más", "no sólo intelectualmente, sino en todo". Las mujeres también concordaron en que "machismo" significa que un hombre puede tener relaciones sexuales con una mujer cuando quiera, indiferentemente de los sentimientos y deseos de ella.

El grupo de profesionales señaló que "machismo" no es sólo un asunto de hombres, sino también de las mujeres, e influye en las actitudes que ellas tienen acerca de su rol en la sociedad y de su valía personal. El machismo fue considerado por las/los profesionales como un asunto cultural fundamental, que influye en todos los aspectos de la interacción social y, por supuesto, en la salud y la prevención.

Tanto los grupos de hombres como de mujeres proporcionaron datos significativos sobre percepciones acerca del machismo, así como de sus efectos en hombres, mujeres, niñas, niños y la sociedad. El tópico suscitó asuntos de comunicación, abuso doméstico, abuso de sustancias y conducta sexual. Además de "irresponsabilidad" y control sobre la mujer, una mentalidad machista apoyaba la apertura y aun la presunción sobre las relaciones extramaritales en algunas uniones. Esta actitud acerca de las relaciones con otras mujeres fue, en algunos casos, la motivación para que la esposa finalmente terminara la relación. Un hallazgo interesante fue la observación de las mujeres en cuanto a que la falta de empleo agrava la conducta machista, especialmente cuando la mujer está trabajando (como también lo hace la inseguridad del hombre en general).

Las mujeres más jóvenes expresaron más abiertamente su desdén hacia los hombres machistas y tenían muchas críticas. "Lo que mejor hacen es abandonar el hogar", dijeron. "Quieren ser primero ellos, segundo ellos, y por último, ellos..." A la vez, los hombres más jóvenes reconocieron un cambio de actitudes en sus pares y también en las mujeres más jóvenes. "La mujer, con el tiempo, ha ido agarrando, ha agarrado fuerza y hasta ha superado cosas que hacen los hombres hoy". Señalaron que en la actualidad las mujeres trabajan tanto como sus esposos. Pero con este cambio, agregaron, la mujer se hace más "liberal", regresando así al tema tradicional de la propensión de las mujeres a la infidelidad. Sin embargo, señalaron más adelante en la discusión, la infidelidad de las mujeres se debe al machismo y a su necesidad de afecto.

A diferencia de la mayoría de las mujeres más jóvenes, muchas de las mayores casadas tendían a aceptar la "culpa" por el comportamiento machista de sus esposos. Dijeron que la conducta masculina era a menudo una reacción a:

- cómo lucen ellas;
- atención insuficiente para el hombre;
- que así son los hombres;
- no darle al hombre todos los tipos de sexo que quiere.

3. *Madres solteras*

Todos los grupos focales mencionaron al sector social conformado por mujeres que viven solas con sus hijas/hijos: las madres solteras. Las discusiones con estas mujeres revelan una clara diferencia en sus actitudes y conductas en comparación con las discusiones de mujeres mayores en unión. Estas diferencias incluyen: independencia, satisfacción, orgullo por su sobrevivencia, rechazo a aceptar el machismo en el futuro, así como la percepción de que sí bien es fácil encontrar sexo, no es fácil encontrar una pareja. Las mujeres claramente se preocupaban de que un nuevo compañero no tratara bien a sus hijas/hijos o les abusara, y parecían renuentes a reiniciar una unión en la que se les exigiera renunciar a su independencia y autonomía arduamente logradas.

Sin embargo, antes de llegar a esta etapa, las mujeres reportaron un período de vulnerabilidad tras el abandono de su compañero o después de haberlo dejado. Éste es el período de temor y adaptación a estar solas, con todas las implicaciones sociales y económicas, durante el cual las mujeres dicen que buscan los medios para mantener a su familia y sufren de soledad. Es durante este tiempo que ellas reportan relaciones en serie o múltiples con hombres y por ello es claramente un período de mayor riesgo.

Las mujeres describieron "estrategias para sobrevivir solas" que incluían vender tortillas, pupusas, regresar a la escuela, etc. Discutieron los numerosos obstáculos que enfrentaron en la vida sin un compañero en la sociedad salvadoreña, incluidos problemas tales como conseguir un préstamo, falta de respeto, menores ingresos y las normas sociales que desvalorizan a las mujeres solas. Una de las estrategias discutidas fue la migración hacia Estados Unidos por un período de tiempo que les permitiera recuperarse y ganar dinero para iniciar un negocio en su país. Los hombres también hablaron sobre las mujeres solteras y describieron su percepción de que muchas de ellas forman relaciones con hombres casados que les brindan algún apoyo económico. Es así, entonces, como se forman los "hogares anexos".

4. *Drogas y alcohol*

Las mujeres fueron conscientes de que el consumo de alcohol es parte integral de la cultura de los hombres y explican algunas conductas de violencias y de sexo con otros hombres mientras están "bolos" (ebrios). También refieren en particular del abuso de niñas y niños cuando sus compañeros estaban bebidos. El grupo de profesionales enfatizaron su percepción de que el consumo de alcohol juega un papel significativo en la transmisión del VIH, especialmente en el caso de las amas de casa. Aseveraron que algunas mujeres que se resignaron al alcoholismo de sus esposos deciden empezar a beber con ellos, por lo que ambos en la pareja se vuelven bebedores. Esto, creen, facilita las prácticas sexuales inseguras, especialmente el sexo anal. Comentaron, además, que muchas de las mujeres seropositivas que visitan sus clínicas hablan sobre el consumo de alcohol de sus esposos y también el de ellas.

Se mencionó frecuentemente que, además del alcohol, las drogas son utilizadas por hombres y jóvenes y se dijo que el uso de drogas inyectables era un factor de riesgo para adquirir el VIH. No fue sorprendente que este tópico se discutiera más en los grupos de hombres que en los de mujeres. Sin embargo, la frecuente mención del uso de drogas en numerosos contextos a lo largo de las entrevistas apunta a la necesidad de incluir este factor en futuras investigaciones, así como en el contenido de los esfuerzos de educación/prevención.

Los hombres gays mencionaron su percepción de que el alcohol y el tabaco no son considerados como drogas en El Salvador, sino como "lubricantes sociales". Creían que hay un fuerte consumo de cerveza y alcohol en la comunidad gay y en la sociedad en general. La principal droga mencionada fue la cocaína, con una notable transición de la marihuana en el pasado a la "piedra" ("crack"). "Hay una gran proliferación de la piedra", señalaron. Ninguno conocía a alguien que se inyectara drogas. Si hay uso de drogas inyectables, dijo un participante, probablemente se encuentre en la clase alta debido al costo.

Los trabajadores sexuales travestí comentaron también sobre el uso de drogas entre sus clientes y entre ellos mismos:

> Aquí en El Salvador, hay bastantes hombres, que, que, usan droga, montón, casi la mayoría usan droga...
>
> ...las chicas que ... andan siempre endrogadas...
>
> Yo sí, si antes fumaba droga,... el año pasado fumaba droga, de todo marihuana, Crack ... cuando trabajaba de noche, decía yo, que para no dormirme me sentía así, para trabajar en las calles y en el día también lo he hecho yo, porque cuando uno tiene vicios se siente bien y si a uno lo regañan se siente con, con como que lo ofenden a uno...
>
> ...que eso ya lo hacen de escondidas, verdad, que ya...aquí se usan la pega, las pastas y el crack; la marihuana...

C. Sexualidad y conducta sexual

1. Actitudes acerca del sexo y la fertilidad

Los hombres expresaron claramente como un derecho el tener relaciones sexuales con sus compañeras, y aunque algunos manifestaron cierta culpa por no darles suficiente satisfacción, a otros les preocupaba que la falta de satisfacción tuviera como consecuencia la infidelidad de la esposa. Los hombres buscan sexo en diferentes lugares, apoyados por normas que crean una definición de masculinidad influenciada por el desempeño sexual. Pero estos datos también ilustran que los hombres tienen relaciones sexuales no sólo por placer y para obtener la estima de otros hombres, sino para establecer y mantener relaciones, así como para tener hijos/hijas. Intencionalmente o no, los hombres están teniendo hijos/hijas con sus parejas extramaritales. De no ser intencional, esto ilustra la falta de responsabilidad y preocupación por la mujer; y cuando es intencional, es un ejemplo del deseo de tener muchos hijos/hijas y múltiples hogares.

Debe señalarse que los hombres y las mujeres que desean tener hijos/hijas o a quienes no les preocupa un embarazo, tienen menos probabilidades de practicar relaciones sexuales protegidas. Por ello, las metas y deseos acerca de la fertilidad es un tema que necesita ser explorado más profundamente.

2. *Múltiples parejas y el concepto de infidelidad*

El tema más frecuente en los grupos sobre la infidelidad era que se espera que los hombres tengan múltiples parejas, pero las mujeres no deben tenerlas. Los hombres discutieron en detalle sus sospechas y su preocupación acerca de las infidelidades de las mujeres con "Carmelo", el nombre genérico que se da al otro hombre. Las mujeres también hablaron sobre la infidelidad femenina y dijeron que ésta ocurre porque ellas necesitan cariño y atención, además del sexo. Hombres y mujeres también discutieron sobre las relaciones extramaritales de las mujeres como venganza, especialmente por la infidelidad abierta de parte de sus esposos. "...Hoy es igual tanto el hombre como la mujer, porque ahora es raro el hogar que está bien... El Salvador está perdido..." También se expresó claramente la doble moral: "Es que ella debe respetar su dignidad de mujer al tener sólo su esposo, porque a una mujer la difaman y a un hombre no".

En el grupo de profesionales dijeron que si bien la infidelidad de las mujeres puede ser común, para ellas no es la norma pero sí lo es para los hombres. Comentaron sobre las cambiantes costumbres en la sociedad, no sólo en relación al sexo extramarital, sino también que en el pasado una mujer se quedaba sola después de enviudar o ser abandonada y ahora eso no es necesariamente así. Sin embargo, hubo quienes opinaron que la infidelidad tenía una motivación económica y no romántica: las mujeres buscan el apoyo económico de los hombres cuando sus esposos no mantienen el hogar.

Los hombres describieron dos tipos de hombres: "aventureros" y "leales". Se dijo que los aventureros van del trabajo a la calle y a olvidar sus hogares. Un grupo dijo claramente que para un hombre sería una "falta de apreciación" ver un "cuerpecito" y no aprovechar la situación. Existe

presión social para que los hombres tengan relaciones sexuales con múltiples mujeres y se acepta que esto también pueda significar tener otros hogares e hijos/as esto parece ser una forma de infidelidad institucionalizada que es apoyada por las normas del machismo.

Las mujeres son muy conscientes de cuando los hombres tienen otras mujeres y describen numerosos signos que incluyen falta de interés en ellas; falta de atención a las hijas y los hijos; menos dinero en el hogar; llegadas tardías a la casa; y más tiempo dedicado a su apariencia. "... La mujer bien sabe cuando el hombre... la está engañando". Se dijo que las "aventuras" se tienen con vecinas y mujeres con quienes los hombres trabajan; con solteras, divorciadas y también prostitutas. Las mujeres más jóvenes afirmaron que esto es "lo normal"; "estamos creando un conformismo". Aun cuando la pareja se ama, dijeron las mujeres mayores, el hombre tiene "muchas queridas..."; "...siempre hay otra que le gusta".

3. Prostitución

El grupo de profesionales afirmo que la prostitución no sólo es muy común, sino también "socialmente aceptada". Mencionaron un estudio que ilustró que los trabajadores salen de su casa a las 5:00 a.m. "y antes de llegar al trabajo, que empieza a las 7:30, se detienen en un lugar donde hay trabajadoras sexuales". Las trabajadoras sexuales, dijeron, están "bañadas y limpias y todo a las 5:00 a.m., esperando por sus clientes, a veces clientes regulares que llegan cada día". Se dijo, por un lado, que las prostitutas usan condones y, por el otro, que son vistas como las más afectadas por el VIH junto a los homosexuales. Las discusiones tanto de los hombres como de las mujeres contenían referencias al uso que los hombres hacen de prostíbulos y las relaciones con trabajadoras del sexo.

Fue interesante, también, la información reportada por los trabajadores sexuales travestí mismos sobre la preferencia de sus clientes. En su discusión, explicaron que muchos de sus clientes son “bisexuales” no porque tienen también sus esposas sino porque escogen mujeres trabajadoras sexuales a veces en vez de ir con ellos:

> Bisexual es un hombre que está con otro hombre y tiene una mujer, bueno yo creo que la mayoría de hombres son así porque al menos cuando yo he tenido clientes yo he visto que los hombres que han estado conmigo y yo los llamo, y no, no, hoy voy a entrar con aquella y tal vez es mujer, o sea, hay mucha, así, hoy entro con aquella, mañana con esta y así.

4. *Relaciones sexuales entre hombres*

Al preguntarles acerca de conductas sexuales entre hombres, muchos de los hombres estuvieron de acuerdo en que esto ocurre, pero lo atribuyeron al consumo de alcohol. "Hay lugares donde ellos [homosexuales] van, usan bien el maquillaje... son más atractivos que una mujer...", observaron los hombres en uno de los grupos. Mencionaron haber visto a hombres de la clase alta levantando hombres vestidos como mujeres en automóviles caros y "pagando" también. Los hombres comentaron que estos travestis no tienen dinero porque lo usan para comprar drogas. Este problema, dijeron, no ocurre sólo en El Salvador: "en todo el mundo existe este tipo de gente". Los hombres también mencionaron conocer a otros hombres que "aman a su esposa y a su marido".

Algunas mujeres expresaron ser conscientes de la bisexualidad de los hombres o de sus conductas sexuales con otros hombres, pero el tema fue abordado con más bochorno y menos conocimientos que las discusiones acerca de "otras mujeres". Las mujeres hablaron de hombres que van con "afeminados". El grupo de profesionales, sin embargo, afirmó claramente que "...un buen número de hombres tiene su compañera de vida y también su compañero de vida". "A veces son travestis", dijeron, "y a veces son gays". Hay otros hombres según este grupo que "No se consideran a sí mismos como bisexuales." porque sus experiencias son de corto plazo " fin de semana","y continúan siendo muy machos"." Lo que ocurre es que así como hacen el amor con una mujer, son tan machos que pueden hacerlo también con hombres".

"En nuestra sociedad", explicó uno de los profesionales, "si un hombre tiene una relación con otro hombre y el rol es activo [penetrativo], eso no convierte a nadie en homosexual, a nadie, por el contrario,... es más hombre". "Lo confirma más", agregó otro en el grupo.

Los hombres gays, sin embargo, dejaron muy claro que sus parejas *no son hombres que se identifiquen como gays*. Explicaron que era difícil definir el sector de la población que son HSH*, pero que "sí hay muchos"; "un alto grado de hombres que tienen sexo con hombres". Uno de los jóvenes estimó que el 50% de hombres ha tenido relaciones sexuales con otros hombres. Estos hombres que aseguran ser heterosexuales, dijeron, explican sus relaciones con otros hombres diciendo "yo simplemente tengo relaciones sexuales" para satisfacerse a sí mismos. Sin embargo, explicaron, de un hombre que es supuestamente heterosexual y formó una relación con un homosexual luego se dice que se volvió "bisexual". De algunos se dice que tienen una o dos relaciones y después "fuera y punto". Se dijo que los compañeros heterosexuales experimentan una fuerte dosis de culpa después de la relación sexual, citan la Biblia, dicen que son malas las relaciones con personas del mismo sexo y no saben qué les ocurrirá. "Pero", dijo uno de los hombres gay, "después de un tiempo regresan y dicen 'mirá, no pasó nada'..."

Uno de los hombres gay que afirmó que no le gustaba tener relaciones con gays dijo: "...conozco muchísimos... y de toda clase; hay de todo, de alto nivel, por ejemplo, gente que trabaja en el gobierno, diputados, etc., que buscan otro tipo de aventura... o personas que andan buscando tal vez satisfacer ciertos deseos, la curiosidad..."

Otros hablaron sobre guardias de seguridad que tienen relaciones sexuales con travestis en sus turnos nocturnos y sobre sexo entre hombres en salas de cine. Uno de los hombres gays explicó: "...he tenido machos que dicen que son y son machos 100%... pero ellos siempre dicen que son hombres, nunca dicen que son gay igual que mí". Y otro dijo "...son casados, tienen su mujer y ellos te juran que son hombres, y que son hombres, y que son hombres. Pero cuando andan drogados o andan con sus tragos... ceden a que uno les penetre". Dijo uno de los trabajadores sexuales travesti,"que

❖ HSH = Hombres que tienen sexo con otros hombres

les gusta hacer y que les hagan, verdad, y la mayoría es así...son bisexuales". Otro comento, "...aunque sean hombres casados, llegan por, para que uno los complazca a ellos y ellos complacerlo a uno también.

5. *Relaciones sexuales entre mujeres*

Al discutir las prácticas sexuales entre mujeres, el grupo de profesionales también mencionaron que las mujeres (clase popular) "están teniendo relaciones con otras mujeres". Lo atribuyeron a varias razones: 1) hay muchas mujeres sin pareja que no visualizan tener una y se sienten atraídas por otra mujer (compañera de trabajo); 2) porque otra mujer puede ayudar económicamente; o 3) simplemente por la necesidad de ternura y afecto. Dijeron que la televisión y las películas han facilitado este fenómeno.

6. *Prácticas sexuales de alto riesgo*

Se dijo que el sexo anal es un tema "tabú" y aun el grupo de profesionales lo descartó rápidamente en su discusión. Comentaron, sin embargo, que cuando sus pacientes admitieron haber tenido sexo anal, la conducta fue atribuida al consumo de alcohol tanto de hombres como de mujeres. Los trabajadores sexuales, sin embargo, hablaron claramente sobre sexo anal con sus clientes y dijeron que creen que una de las razones porque los hombres "machorros" les buscan es porque quieren dar y recibir el sexo anal sin admitir ni sentirse homosexual. "Pero eso son montones aquí en El Salvador "; "La mayoría"; "La mayoría, hombres casados también, hombres que aparentan, hasta en los militares .."; "Es que el 90% de hombres son así, les gusta eso el sexo anal ..".
Las/Los profesionales también mencionaron el sexo grupal en las clases altas, "unas 5-6 mujeres, amas de casa... y como sus parejas sexuales son de la misma clase social, no ven la necesidad de protegerse". "Existe una percepción clasista de la enfermedad", señalaron.

D. Uso del condón

Los hombres y las mujeres sabían dónde estaban disponibles los condones (gratuitos en cualquier Unidad de Salud y a la venta en farmacias) y que éstos podían ser utilizados para planificación familiar (más aceptables) y para la prevención de "enfermedades venéreas" y del VIH. Las creencias acerca de la eficacia del condón variaron, pero la mayoría de hombres y mujeres habló sobre la baja calidad de lo que estaban disponibles. "Dicen que hay un condón", dijo uno de los hombres, "que es 60-65% efectivo contra el SIDA, pero sólo lo venden en los Estados Unidos". De hecho, la mayoría de hombres en estos grupos dijo que usualmente no utilizaba el condón o nunca lo había usado. Hombres y mujeres dijeron que las prostitutas usan condones y hasta "exigen" su uso.

El tema más recurrente en relación con los condones, sin embargo, no fue la eficacia sino la seguridad y los efectos secundarios basados en los atributos inherentes a los preservativos, especialmente la percepción de que éstos son hechos de hule y que el hule es "caliente". Las mujeres describieron los condones como "calientes" y afirmaron que les provocaban dolor y picazón en la vagina: "me ardía la parte". Una de las mujeres que describió el condón como "un plástico" dijo que se sentía "feo". También se dijo que el plástico es caliente y que causa problemas urinarios.

Los hombres tenían creencias similares acerca de que el hule es "caliente" y por ello podía provocar alguna enfermedad en la mujer. Dijo uno de los hombres,

> ...ya viéndolo así ya profundamente, así usar preservativo, ya usarlo con la hembra en la casa, ya en una parte es para defensa y en otra parte también daña la hembra. Porque si, viene uno y ocupa con la hembra de la casa, sabe uno usar bastante seguido el preservativo, que es lo que sucede con el tiempo. El... como es una cosa de hule, y donde esta entrando y saliendo... el hule quema pues la parte y ahí es donde hay bastantes hembras que padecen de

> cáncer, en el,...en la matriz o en el ovario. Porque el hule calienta, vea.

Aparte de las enfermedades causadas por el calor inherente del condón, ni a los hombres ni a las mujeres les gustaba. Se dijo que los hombres adquirían problemas urinarios por usar condones. Se dijo también que éstos disminuyen la sensación ("la sensación no es la misma"); que tienen un olor desagradable; y se pueden salir adentro de las mujeres. "A uno le puede dar hasta dolor de cabeza por usarlos", observó uno de los hombres. Las mujeres señalaron, sin embargo, que aun cuando ellas quisieran usar el condón, los hombres eran irresponsables y "no lo hacen".

Los hombres, ademas, enlistaron muchas razones por no poder o no querer usar condones con sus parejas:

> Porque pues si, ellas se ponen a pensar de que talvez uno lo ha hecho con otra así ya lo quiere hacer con ella también.
>
> Talvez porque... tiene esté... desconfianza en ella pues.
>
> No, o sea por una enfermedad ahí, da a conocerse la malicia.
>
> Se da a conocer la malicia porque va a decir, por que lo usas, estas enfermo o tenés alguna otra mujer o porque no queres que quede embarazada o porque no sentís placer?
>
> Ha dicho la mujer que a ella no le gusta con condón, a ella le gusta a carne viva.

Pero muchos comentaron que sí los usan fuera del hogar:

> Porque pues si vea, yo solo cuando lo hago con otra, con otras chavas...
>
> Sí, esté también otra cosa...

Pero ya en el hogar ya no.

Las/Los profesionales de salud discutieron a fondo los obstáculos al uso del condón y hablaron sobre su frustración por la falta de éste a pesar de sus esfuerzos de educación sobre prevención. Sentían que tenían la responsabilidad de cambiar la mentalidad de sus pacientes: de "una mentalidad curativa en nuestros pacientes, a una mentalidad preventiva". También discutieron sobre la dificultad que enfrentan para que sus pacientes "acepten la necesidad del uso del condón" como base para el cambio de conductas". El "machismo" y los "patrones culturales" que lo apoyan fueron considerados por muchos/as en el grupo como "el mayor reto" en la aceptación y el uso del condón. También identificaron en sus pacientes la actitud de por qué usar condones si "ya tengo el virus; ¿qué más?, ¿qué peor cosa puede ocurrirme?, ¿por qué habría de usar el condón?"

Los hombres gays refirieron -sobre sus relaciones con parejas *heterosexuales* y su disgusto hacia los condones, diciendo que no los utilizaban porque no sentían lo mismo usando "un pedazo de plástico" y que el condón reducía su satisfacción. También dijeron que los condones no eran utilizados por los hombres más jóvenes que se creían "Superman". Adicionalmente, los hombres gays dijeron que sus parejas *heterosexuale*s no "permitían" el uso del condón para el sexo oral. Tampoco parecían sentir que necesitaran usarlo para el sexo penetrativo; por ejemplo: "No usé el condón porque él lo recibió". Explicaron que sus parejas les piden que se desvistan y los examinan "en cada rincón para ver si hay indicios de alguna enfermedad, como si una persona VIH+ o alguien con SIDA caminara con un rótulo que dijera '¡soy positivo!'"

También dieron el ejemplo de amigos que tenían información, que habían asistido a talleres y "conocen todas las probabilidades de contagio", quienes no usan condones porque "es mucho problema regresar al cuarto para ir a traerlos". Sí discutieron, sin embargo, sobre la importancia de aprender a "negociar" el uso del condón con parejas potenciales que no quisieran usarlos. Uno de los participantes afirmó que algunos hombres

gays no usan condones porque creen que el VIH es un problema de heterosexuales. Algunos creen que si son homosexuales y también lo es su pareja, su riesgo es bajo porque pocos homosexuales tienen VIH en el país. Él creía que esto era "estúpido", pero dijo que era facilitado por las estadísticas oficiales del Ministerio de Salud.

Los trabajadores sexuales travestí comentaron de su desconfianza con el condón porque "siempre rompe" pero insistieron en el uso con clientes. Unos, sin embargo, explicaron que el rechazo de parte de los clientes les forzó aceptar una relación riesgosa por presiones económicas:

> Al menos en mi caso, cuando yo trabajaba ohhhh, me pongo a trabajar, así, me sale un hombre que no lo quiera usar y,y,y, tal vez tenía necesidad y,y,... tengo que comer o tengo que comprar medicina, yo tengo que hacerlo, porque sino lo hago yo, la que está a la mía y la que sigue si lo va hacer...

E. VIH/SIDA

1. Conocimientos, actitudes y creencias

Los hombres y las mujeres afirmaron que los signos de la infección por VIH incluyen: pérdida de peso; marcas sobre la piel; vómitos; diarrea; fiebre y caída del cabello. Dijeron que el VIH se transmite a través de relaciones sexuales; transfusiones de sangre, y agujas; hubo algún desacuerdo en los grupos acerca de la saliva. Se observó un rango de conocimientos acertados acerca de la diferencia entre el VIH y el SIDA; muchos/as de los/las participantes sabían que un "portador" no necesariamente tendría síntomas, especialmente alguién que "recientemente adquirió la infección".

El grupo de profesionales refirió que aún "el paciente pobre, el campesino" saben lo que es el SIDA, pero no comprenden la transmisión; creen que el VIH es transmitido por zancudos, platos, tenedores y que es una enfermedad fatal que, una vez diagnosticada, les provocará la muerte "mañana". "No hay percepción de que puede ser una enfermedad crónica".

Sin embargo, las discusiones con los hombres y las mujeres revelaron ideas erróneas y falta de información sobre SIDA y también sobre el cuerpo y los productos corporales; muchas de esas basadas en información falsa y creencias tradicionales sobre el cuerpo y sus fluidos corporales.Por ejemplo: "...si está enferma la persona y uno la besa, le deja la saliva y eso es parte del cuerpo, parte de la sangre..." Algunos de los hombres también manifestaron preocupación acerca de la falta de higiene en las mujeres durante la menstruación, lo cual causaría una infección que podría convertirse en SIDA: "...esa. menstruación le crea infección y de la infección... pueden surgir las enfermedades como para llegar hasta el SIDA".

Las/Los profesionales dijeron que sentían que el VIH aún es percibido como un asunto de homosexuales o un problema de prostitutas, y que tener múltiples parejas, "más de una esposa o mujer", es socialmente aceptado. "Hasta hay un dicho", dijeron, "acerca de que por cada hombre hay siete mujeres" ... "debido a la guerra". También mencionaron la creencia de muchas personas según la cual el VIH es una invención de los sacerdotes o de los "movimientos morales" o del gobierno para promover la fidelidad.

Algunos de los hombres creían que la infección por VIH en amas de casa era causada por "la falta de comunicación con el esposo". Puesto que ella no puede comunicarle a su esposo que no está satisfecha, dijeron, busca "aventuras" fuera del hogar con alguien que pudiera estar infectado por el VIH. Estuvieron de acuerdo en que el problema con sus propias "aventuras" era que el consumo de alcohol frecuentemente les provocaba olvidar usar "precauciones".

2. Conciencia de riesgo en las mujeres

Las mujeres dijeron que tienen un sexto sentido y que saben cuando sus esposos tienen otras relaciones. Sus alternativas, sin embargo, no son tan fáciles de encontrar como lo es la prueba de que los hombres tienen otras relaciones. Aunque muchas mujeres casadas no hablaron sobre sus esposos como una fuente de infección, un sondeo reveló que ellas sí

establecen una conexión entre las "aventuras" de sus esposos y el riesgo de adquirir el VIH. Las mujeres que describieron haber cuestionado y confrontado a sus esposos dijeron que ellos negaron "ir con prostitutas" (la percepción de riesgo de los hombres) y llegaron al extremo de responder, "¡pero de algo tenemos que morir de todos modos!" Una de las mujeres dijo haber estado de acuerdo, pero que le contestó a él que quería vivir para criar a su hija. Algunas relataron haber llegado al punto en que dijeron "hasta aquí, pero no más", "y una [ya] no lo tolera". Se dice, sin embargo, que muchas mujeres son incapaces de actuar a pesar de estar conscientes sobre el riesgo que sus compañeros les representan.

"Nosotras somos las que estamos más seguras del marido, las que menos pedimos el preservativo... Supuestamente la que más segura está de su marido es la que no pregunta; no hay comunicación... nosotras decimos que sí. Pero hay momentos en los cuales no la hay. Por eso es la que está menos segura y nos creemos las más seguras".

Dijo una de las mujeres: "Fuera ya el hombre ya sería otro... así que ahora todas hay que pedirle preservativo al hombre".

Es interesante que los hombres gays creían que las amas de casa no percibían el riesgo porque sabían que ellas eran fieles y aun cuando sus esposos tuvieran otras mujeres, ellas no adquirirían el VIH.

3. Conciencia de riesgo en hombres

> La mayoría de mujeres amas de casa son portadoras de este virus no es porque quizá su infidelidad las haya llevado, sino porque sus esposos visitan prostitutas, vea. Entonces, ellos se encargan de llevar al hogar la enfermedad.
>
> Para mí el no usar condón es como ir a la guerra sin fusil. Sabemos el riesgo y estamos conscientes. El riesgo que podemos correr vea, al tener una mujer ya es por necesidad, que por otra cosa, el uso porque ya es hasta obligatorio.

4. *Obstáculos a la prevención*

Los hombres gays creían que, dado que El Salvador aún no ha sentido el impacto del SIDA, y porque los políticos lo consideran un problema de "maricones", el SIDA aún no es visto como "alarmante". Es interesante observar que ellos pensaban que nada se hará sino hasta que haya un impacto económico en la clase alta. Sentían que si bien la gente se resistiría a creer la información sobre el SIDA al recibirla, el ver a alguien padecer de SIDA tendría un impacto diferente. No creían que los hombres o las mujeres heterosexuales solicitarían información porque piensan que es un problema de prostitutas y "maricones". Adicionalmente, dijeron, las personas temerían solicitar información porque la gente podría creer que la están pidiendo porque ellas son seropositivas. Asimismo, sentían que era muy difícil conseguir que la gente se concientice sobre la importancia de las pruebas de detección del VIH.

En su discusión sobre los obstáculos a la prevención del VIH, las/los profesionales mencionaron como un problema significativo la falta de autoestima en las mujeres. "...la mujer es mucho más pesimista y no le pone límites a un hombre que potencialmente podría estar infectado y así es como [el VIH] se disemina". Dijo una de las mujeres, "eso es no quererse uno mismo". Uno de los profesionales también relató que en el hospital atienden a pocas/os trabajadoras/es sexuales u homosexuales y que la mayoría de pacientes con VIH son "amas de casa, trabajadores y heterosexuales". En estas personas, dijeron, la razón de haber adquirido la infección por VIH se basaba en las relaciones desiguales entre los sexos y la falta de habilidades en la mujer para negociar con un hombre. Más aún, concordaron en que "...la actitud aquí es que, bueno, es aceptable, entre comillas, que el hombre transmita [el VIH] a la mujer, pero no a la inversa. La mujer que es positiva es denigrada y abandonada". Afirmaron que la sumisión de la mujer y su voluntad para ser infectada son vistas como una manifestación de amor y comprensión hacia su marido.

El grupo de profesionales también habló sobre el temor de las mujeres a ser abandonadas debido a su dependencia de los hombres, una dependencia que no es necesariamente económica porque a menudo el

hombre aporta poco al hogar. La mujer debe mantener a la familia y, a la vez, "mantener la fachada de sumisión". También mencionaron casos de mujeres que conocían quienes nunca habían trabajado y que debían soportar maridos que las golpean, que llegan ebrios a la casa y las humillan con otras mujeres, porque ellos proveen alimentos para el hogar. Estas mujeres, que nunca trabajaron fuera del hogar y habían cuidado a sus hijos (as), ahora debían enfrentarse a la muerte de sus esposos, a la posible infección de sus hijos(as), a su propia infección y a la necesidad de mantener a su familia por primera vez. Buscan otro hombre que cumpla esta función y, según dijo uno de los profesionales, "en muchos casos no le dicen a la otra persona que están infectadas, para que esta persona se haga responsable del hogar..."

El grupo de profesionales también fue muy claro en cuanto a que la violencia era un factor clave que funciona en contra del cambio de conductas en su sociedad. "¿Cómo vamos a convencer a la gente de que use condones si aún no hemos cambiado la violencia que existe al centro de muchas relaciones interpersonales?"

5. *Prueba de detección del VIH*

Muchas mujeres no saben a ciencia cierta en qué consiste la prueba; dicen que sienten "pena" de solicitarla. Muchas/os participantes afirmaron que la prueba se requiere en los empleos, procedimientos hospitalarios, etc. Uno de los grupos de hombres expresó su percepción de que el grupo de mujeres con mayor nivel de infección son las trabajadoras de maquila. Algunos de los hombres y las mujeres en los grupos se habían sometido a la prueba. Aunque algunos/as consideraban que la realización de pruebas es un paso positivo en la prevención, otros/as señalaron que las personas con mayores probabilidades de adquirir el VIH no se la realizarían. Sugerencias para la prevención del VIH incluían muchas ideas autoritarias sobre el requerimiento de las pruebas; por ejemplo, "exigir el exámen a toda la población".

6. Cambios en los conocimientos

Las/Los profesionales dijeron que en los últimos cinco años habían observado un cambio en los conocimientos debido a sus programas y esfuerzos de educación. Además, hablaron sobre médicos/as que tratan "al sidoso" con poco respeto diciéndole, "mire, usted tiene SIDA y va a morir pronto". Dijo uno de los profesionales: "Realmente tenemos que cambiar la mentalidad desde el nivel más alto". También puede observarse, en las diferencias entre grupos focales estructurados por edad, que los hombres y las mujeres más jóvenes cuentan con información más correcta y presentan percepciones menos erróneas sobre el VIH. Asimismo, se identifica a los medios de comunicación como una fuente de esta nueva información sobre el sexo y el VIH/SIDA.

F. Sugerencias de la comunidad para la prevención del VIH

Muchas de las respuestas de las mujeres a la pregunta sobre posibles actividades/ intervenciones de prevención eran reacciones irrealistas a su experiencia y sus frustraciones; por ejemplo:

- quitar lo que es bebida
- cerrar prostíbulos... y todo lo donde están los afeminados
- cerrar los salones de baile y cervecerías

Sin embargo, estas sugerencias, por su misma imposibilidad de ejecutarse, son indicadoras de las preocupaciones de las mujeres, las amenazas a sus familias y a la estabilidad de sus hogares.

Muchas de las sugerencias más atinadas fueron respuestas importantes ante la preocupación que sienten por sus familias y especialmente por los más jóvenes; por ejemplo:

- educar primero al padre en cosas del SIDA; buscarlos en la noche
- campaña con los niños
- trabajar con los hombres para que se concienticen

- fomentar valores
- campañas por radio, por televisión, a nivel personal
- andaríamos... con uniforme... de colonia en colonia, de barrio en barrio; mandar promotores
- folleto

Los hombres recomendaron educación sexual, especialmente para jóvenes, y en las escuelas. Un grupo sugirió que debería haber programas en los que jóvenes eduquen a otros/as jóvenes. Los hombres también mencionaron que, dado que el consumo de alcohol es un factor tan importante en la falta de protección, esto necesita ser enfocado.

Los hombres gays dijeron que eran capaces de llegar a sus parejas HSH porque sienten preocupación, preguntan sobre el SIDA y esperan que sus parejas gays tengan la información. Se dijo que la información sobre el VIH estaba disponible en FUNDASIDA, la Unidad de Salud y la organización gay comunitaria ENTRE AMIGOS.

G. Actividades de prevención identificadas por profesionales

El grupo de profesionales reconoció como sumamente importante la necesidad de cambios sociales y, a la vez, parecía resignado a que éstos no ocurrirán. Discutieron la necesidad de transformar las actitudes de las mujeres para que los hombres se vean obligados a cambiar, y mencionaron lo difícil que esto sería sin cambiar las actitudes y conductas de los hombres... un problema circular. Sin embargo, sí hicieron numerosas observaciones y sugerencias acerca de los pasos en el proceso de cambio y del mejoramiento de la prevención.

El grupo de profesionales habló también sobre su preocupación en cuanto a que los periódicos no estén alcanzando a toda la gente porque algunas personas gastan el dinero en tortillas y no compran el periódico. Por ello consideraron que los esfuerzos por llegar a la gente por este medio no eran efectivos en absoluto, especialmente en el caso de las personas más

pobres. También formularon sugerencias específicas sobre actividades que son necesarias para hacer más efectivos sus esfuerzos:

1. Grupos de mujeres para promover la autoestima, cambios de actitudes y habilidades de negociación.
2. Educación sobre violencia doméstica, especialmente desde la niñez.
3. Educación para personal médico y mejoramiento de los programas de educación y prevención del VIH.
4. Desarrollo de una telenovela utilizando artistas ampliamente conocidos/as.
5. Mensajes más directos sobre prevención del VIH.
6. Promoción más agresiva del uso del condón.
7. Visitas a clínicas prenatales y otras para iniciar grupos de mujeres.
8. Participación de comadronas capacitadas en las actividades de prevención.

VI. RESUMEN Y RECOMENDACIONES

Este estudio exploratorio ha permitido conocer una gama de actitudes, creencias y conductas de los grupos de los niveles socioeconómicos medio bajo en el gran San Salvador que provee indicaciones importantes y alarmantes acerca de un ambiente social y cultural que apoya y fomenta la diseminación del VIH en esos grupos. Sin embargo, así como las voces de las/los participantes nos informan sobre actitudes y conductas tradicionales que crean un ambiente de riesgo, también identifican alentadores cambios en los conocimientos y un positivo cambio de actitudes en los hombres y las mujeres más jóvenes. Por tanto, estos datos identifican no sólo factores que facilitan la diseminación de una epidemia en El Salvador, sino también cambios sociales y culturales en los cuales se puede basar el diseño de programas y políticas de prevención.

Las discusiones han identificado algunas áreas específicas para la acción:

1. La desigualdad en los roles de género y en las normas que apoyan el dominio masculino funciona para restarles poder a las mujeres. Muchos hombres y mujeres hablan claramente sobre la necesidad de educar a los hombres y apoyar los cambios de actitud en hombres y en mujeres. No visualizan un progreso real sin cambios en las actitudes de los hombres y sin el empoderamiento de las mujeres, cuya falta de oportunidades y alternativas obstaculiza la autoestima y la autonomía. Se observa que la dependencia económica de la ama de casa la hace vulnerable a las normas tradicionales que la oprimen y la exponen a riesgos en su vida y su bienestar.

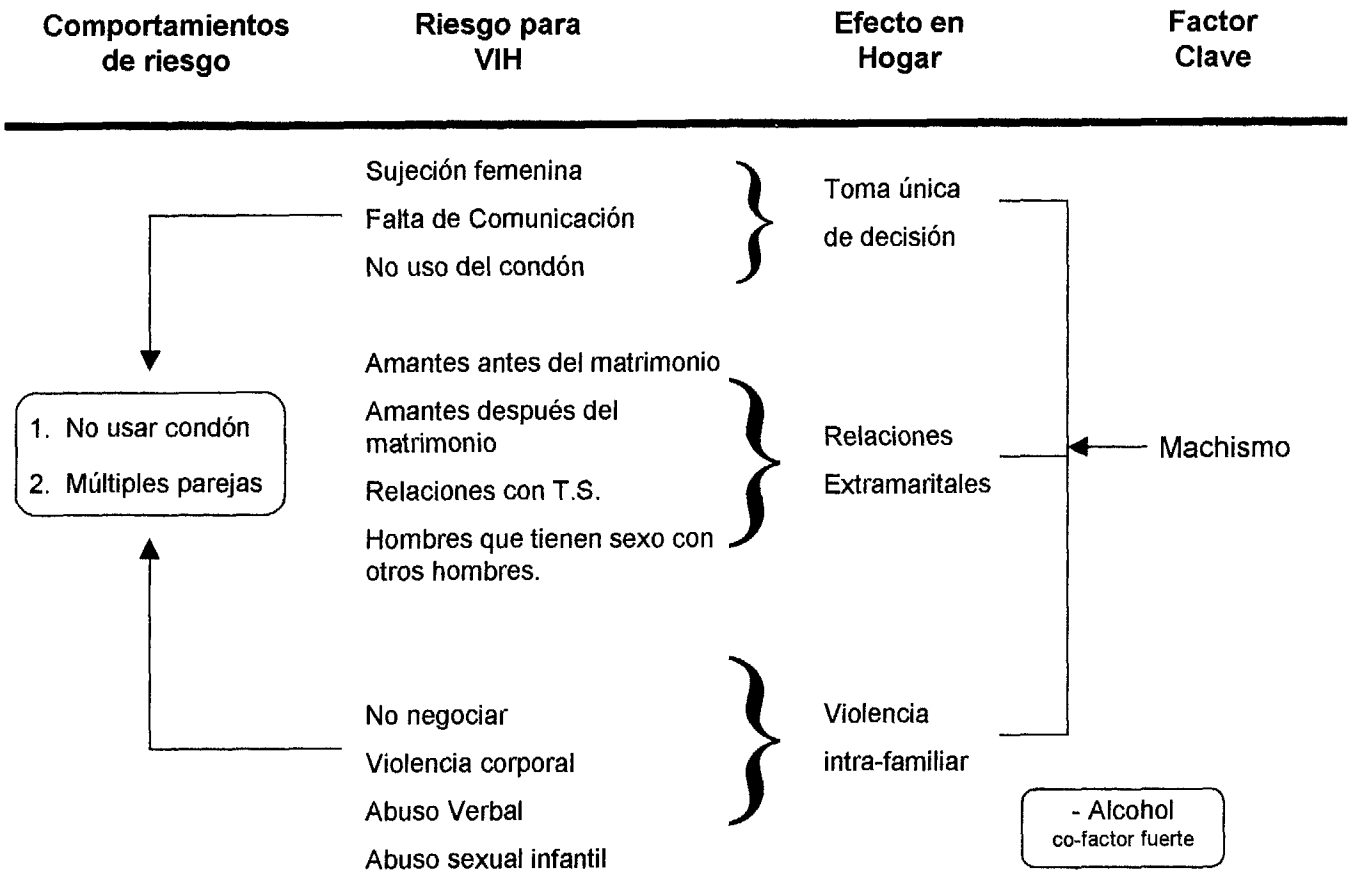
2. Las normas que generan la expectativa de que los hombres tengan múltiples parejas y hogares también fomentan la diseminación de la infección por VIH. Esto, combinado con la falta de habilidades de las mujeres para negociar prácticas sexuales más seguras y aún su seguridad física, provee las condiciones previas para que ellas adquieran el VIH.

3. Las creencias tradicionales sobre la naturaleza "caliente" y "fría" de las partes del cuerpo y de los objetos inanimados, así como las creencias erróneas acerca del cuerpo, interfieren con una correcta comprensión e interpretación de nueva información sobre transmisión y prevención. Esto es más claro en las preocupaciones de las/los participantes en cuanto a los condones.

4. La aparente prevalencia de la bisexualidad de los hombres y el apoyo a conductas sexuales entre personas del mismo sexo debido a normas culturales son preocupaciones sobresalientes para la prevención del VIH. Aunque se puede discutir y aun presumir de múltiples parejas femeninas, es bien conocida, pero no se discute, la ocurrencia aparentemente común de hombres que tienen relaciones estables tanto con mujeres como con hombres ("esposas" y "maridos"), así como "aventuras" con trabajadores sexuales transgéneros y hombres gays.

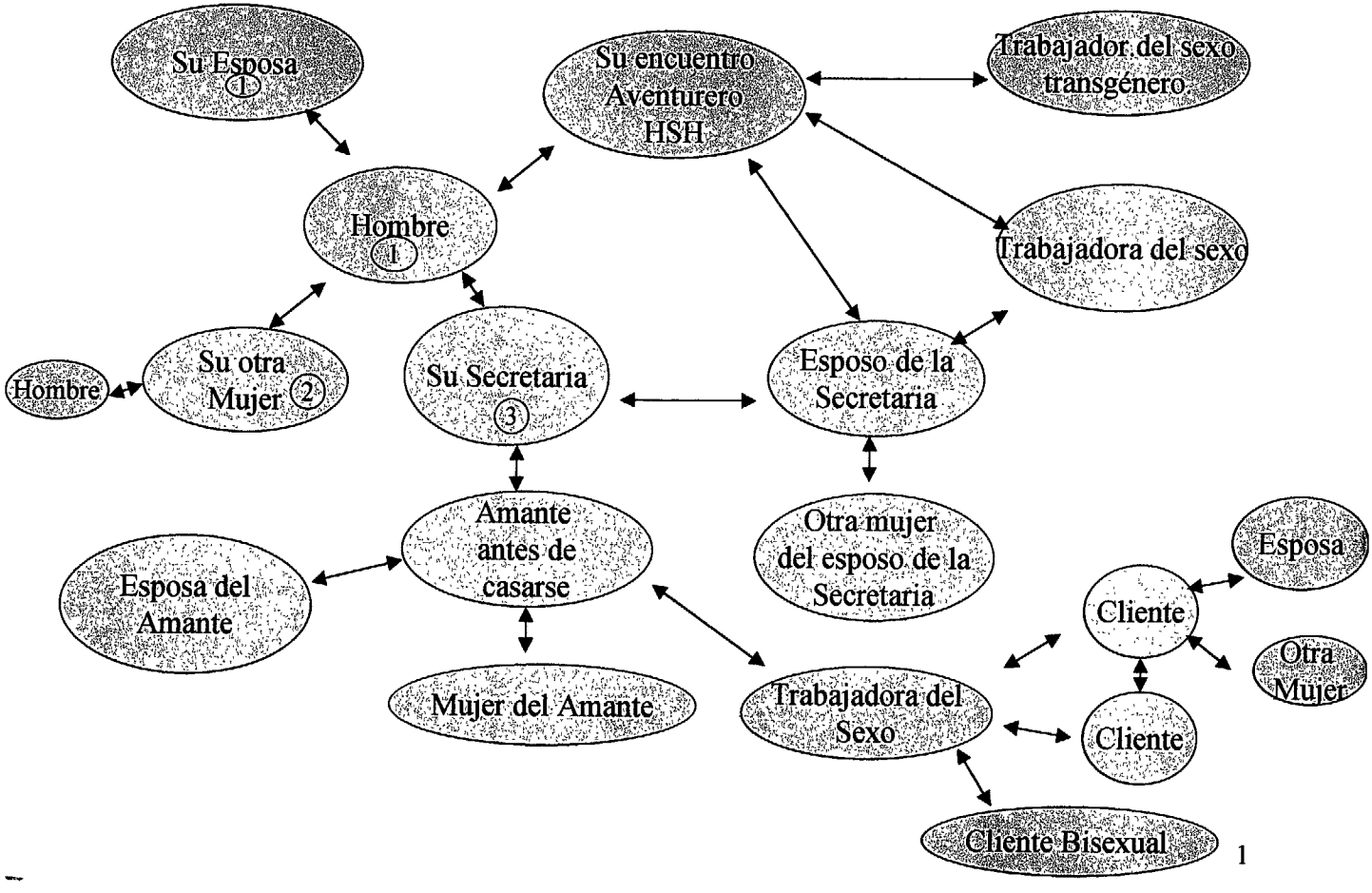
5. Si bien las creencias y conductas tradicionales, particularmente las que constituyen el machismo, continúan jugando un rol significativo en forjar las conductas de hombres y mujeres, es claro que muchas parejas jóvenes y personas jóvenes ya no aceptan tan fácilmente las conductas machistas ni las practican al grado en que lo hicieron sus padres. Las discusiones de las mujeres sin pareja que habían empezado a disfrutar su independencia, así como las actitudes expresadas y las conductas reportadas por hombres y mujeres más jóvenes, ilustran los cambios en los roles de género, en la aceptabilidad de la violencia y otros temas.

6. Las/Los participantes reportaron escasa información, educación y actividades comunitarias sobre prevención. Aunque las/los profesionales observaron cierto impacto de sus actividades específicas y de los esfuerzos individuales e institucionales, resulta obvio que requieren recursos y apoyo para enfocar las serias condiciones previas de una epidemia del VIH identificada tanto por la vigilancia epidemiológica como por las investigaciones conductuales y socioculturales.



Proyecto Pesca Blanca

INFRAESTRUCTURA DE RIESGO "AMAS DE CASA"



1

BIBLIOGRAFÍA

- El Peligro Oculto, La Mujer y el SIDA en México, Centroamérica y Caribe de habla hispana. Instituto Panos, Asociación Guatemalteca para la Prevención y Control del SIDA.

- Situación de las Mujeres y el VIH/SIDA en América Latina.Blanca Rico, Susan Vandale. Betania Allen y Ana Luisa Liguari.Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México. 1997

- La Mujer y el VIH/SIDA. Compendio Internacional de Recursos. Marge Berer, 1993.

- La Epidemia de SIDA; Situación a Diciembre en 1999, ONUSIDA, /OMS

- La Mujer y el SIDA, Programa de Acción, OMS

- Araúz R, P. Ortells. A. Morales, Guevara, M. Shedlin. Sexo Inseguro. Investigación Cualitativa sobre Comportamiento, Sexual de Alto riesgo respecto al SIDA en Nicaragua. Fundación Mimehuatzin, Managua Nicaragua, 1997.

- Patton, Michael. Qualitative Evaluation Research. Sage Publications, 1994

- Deren, S., M. Shedlin, and M. Beardsley, HIV- Related Concerns and Behaviors Among Hispanic Women. AIDS Education and Prevention. 8(4), 335-342, 1996

- Shedlin, Michele G. and Janet Mogg Schreiber. Using Focus Groups in Drug Abuse and HIV/AIDS Research. Research Monograph Series # 157. Qualitative Methods in Drug Abuse and HIV Research. National Institute on Drug Abuse. 1995. (Versión en castellano: Utilizando Grupos de Enfoque en Investigación sobre el Abuso de Drogas y el VIH/SIDA).