

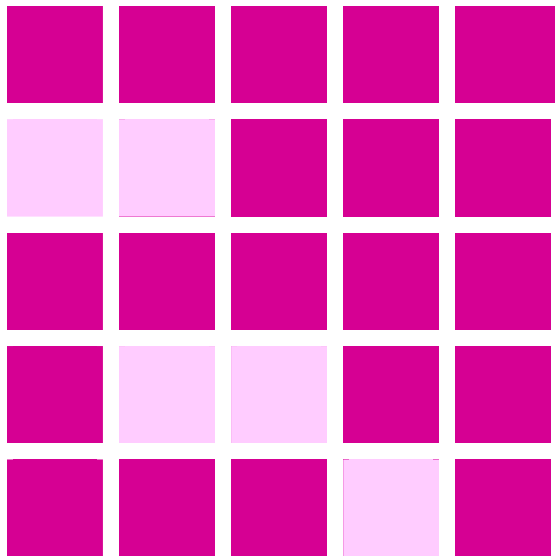
VULNERABILIDAD de la

MUJER

**VICTIMA DE LA
VIOLENCIA ANTE
EL VIH/Sida
en Venezuela**



AVESA
Asociación
Venezolana
Para una
Educación
Sexual
Alternativa



AVESA Presentación Institucional

AVESA Asociación Venezolana para una Educación Sexual Alternativa, es una Organización No Gubernamental, sin fines de lucro creada en 1984 por Elisa Jiménez, una de las pioneras en nuestro país en la promoción y defensa de lo que hoy llamamos Derechos Sexuales y Reproductivos y una gran luchadora por los derechos de la mujer.

MISIÓN

- Promover la reflexión y toma de conciencia sobre la sexualidad como aspecto trascendental en todo ámbito y etapa de la realidad humana, y sobre el impacto que ha tenido la concepción tradicional de la sexualidad a nivel individual y colectivo.
- Ofrecer modelos alternativos de prevención, educación y atención en las áreas de educación sexual, violencia sexual y doméstica, y salud sexual y reproductiva.
- Realizar actividades de divulgación, investigación y asesoría en estas mismas áreas.

PROGRAMAS

AVESA desarrolla sus actividades a través de tres programas:

- (i) Educación sexual comunitaria
- (ii) Atención en Violencia sexual y doméstica
- (iii) Salud sexual y reproductiva

Además cuenta con un Centro de Documentación con una amplia gama de títulos sobre sexualidad y reproducción. Forma parte de las más importantes redes nacionales e internacionales. Asesora y le hace seguimiento al desarrollo de leyes nacionales sobre mujer, niños/as y familia; y a los compromisos gubernamentales asumidos en conferencias internacionales sobre mujer, población y desarrollo. La misión de la organización se hace efectiva con un equipo de profesionales capacitados en los temas de salud sexual y reproductiva y Violencia contra las Mujeres.

Proyecto VULNERABILIDAD DE LA MUJER VICTIMA DE LA VIOLENCIA ANTE EL VIH/Sida EN VENEZUELA Abril 2006 – Abril 2007



Organización Ejecutante

AVESA Asociación Venezolana para una Educación Sexual Alternativa

Financista

UNIFEM Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer,
Región Andina



Coordinadora del Proyecto

Lic. Magdymar León

Investigadoras

Lic. Belkis Lugo
Lic. Milagros Fagúndez

Organizaciones Colaboradoras

ACIVA Asociación Civil Impulso por la Vida, ACCSI Acción Ciudadana Contra el Sida, ACSOL Acción Solidaria, ALAPLAF Asociación Larense de Planificación Familiar, Alcaldía Metropolitana de Caracas, ALVI Asociación Luchemos por la Vida, AMAVIDA Asociación Civil Pro Defensa de los Derechos Humanos, Coordinación ITS/VIH/Sida del estado Zulia, Coordinación ITS/VIH/SIDA del estado Aragua, Casa de la Mujer Juana Ramírez La Avanzadora, Casa de Abrigo “Elisa Jiménez” de INAMUJER Instituto Nacional de la Mujer, Casa de la Mujer Larense, Fundación Amigos de la Vida, MAVID Manos Amigas por la Vida, Mujeres en Positivo por Venezuela, PLAFAM Planificación Familiar, RVG+ Red Venezolana de Gente Positiva.

Diseño Gráfico

TSU Alberto Nieves

Agradecimiento

A las 224 mujeres que participaron en el proyecto, por regalar su realidad al mundo.



INTRODUCCIÓN

En Venezuela, la calidad de vida de la mujer es un asunto que requiere poner el foco en aquellos aspectos que la afectan y pueden estar invisibles a la realidad. Por un lado, es más evidente la feminización de la epidemia del VIH, pues el número de casos de mujeres que viven con este virus se ha incrementado desde los años 90, y hoy los casos suman alrededor del 33% del total de la población venezolana que vive con esta condición.

Por el otro, la Violencia contra la mujer, problema basado en la inequidad de género, coloca a la mujer en una condición inferior con respecto al hombre en la sociedad. Esta Violencia dada a través de diversas manifestaciones de agresión, exclusión social y discriminación afecta directamente la salud sexual y reproductiva de las mujeres, en tanto coarta o frena su autonomía sexual, obstaculiza su acceso a la salud, incrementa la probabilidad de embarazos no deseados, y dificulta su protección contra las ITS y contra el VIH.

Si bien cada una de estas situaciones de manera separada atenta contra el derecho a una calidad de vida en la mujer, la vinculación entre ellas disminuye ese derecho y la coloca en mayor desventaja social.

En **AVESA Asociación Venezolana para una Educación Sexual Alternativa**, se ha venido observando esta vinculación a través del Servicio de Atención Psicológica a mujeres víctimas, donde se ha obtenido un acercamiento directo a la realidad de las mujeres, constatando las consecuencias que sufren al vivir en Violencia.

Con esta experiencia, se evidenciaba cómo se afectaba la salud sexual y reproductiva de mujeres víctimas de Violencia sexual y de pareja, colocándolas en una posición de indefensión y/o de vulneración de derechos que las expone a embarazos no deseados, lesiones e infecciones, entre ellas el VIH/Sida. Asimismo, gracias al trabajo compartido con otras Organizaciones No Gubernamentales venezolanas expertas en el trabajo con VIH/Sida, quienes identifican la relación existente entre Violencia contra la Mujer y VIH/Sida, surge la necesidad de profundizar en la Vulnerabilidad de la Mujer víctima de violencia ante el VIH/Sida en nuestro país, sobre todo cuando no se habían identificado estudios que reflejaran directamente esta relación.

El trabajo que a continuación se presenta es el resultado de la investigación puesta en práctica para visibilizar esta relación entre violencia contra las mujeres y la infección por VIH y así comprender no sólo las dimensiones del problema, sino también la necesidad de tener una aproximación más directa a la problemática, de conocer la realidad con datos e información válida y confiable en el área, y de que tanto las instituciones que trabajan con mujeres víctimas de violencia como aquellas que trabajan en VIH/Sida compartan información y cuenten con mecanismos de interrelación y herramientas comunes para el abordaje de los casos, y para una adecuada información y sensibilización a la Población en general y en particular a las mujeres sobre estos temas.

Este documento es un producto del Proyecto **Vulnerabilidad de la Mujer Víctima de la Violencia ante el VIH/Sida en Venezuela**, desarrollado por **AVESA** con el financiamiento de **UNIFEM Región Andina**. Muestra los resultados de la investigación en dos áreas fundamentales para la salud de la mujer: la violencia y el virus de inmunodeficiencia humana, a través de la combinación de la metodología cuantitativa con la cualitativa. Para la primera se utilizaron datos provenientes de registros de las instituciones que trabajan con Violencia o VIH/Sida en nuestro país y de las mujeres actoras clave del proyecto. Para la segunda se obtuvo información de las mismas mujeres con la técnica de grupos focales.

El trabajo se muestra en siete (7) capítulos. El primero corresponde al Marco Teórico, elaborado para mostrar los diferentes enfoques y realidades a la luz de teorías e informes sobre la Situación del VIH/Sida en Venezuela, la Situación del VIH/Sida en la mujer, la Situación de la Mujer Víctima de Violencia Contra las Mujeres y la Vulnerabilidad de las mujeres ante la infección por VIH y la Violencia contra las Mujeres.

En el capítulo 2 se presenta el proceso metodológico utilizado: el objetivo de la investigación, el diseño metodológico, las técnicas e instrumentos, conjuntamente con el procedimiento para obtener los datos y procesarlos, y los aspectos éticos considerados para realizar la investigación.

Los resultados se muestran en dos capítulos. El tres (3) contempla los resultados cuantitativos en cuanto a la información de las organizaciones, así como de las mujeres: datos sociodemográficos, sobre la infección por VIH, Violencia contra las Mujeres, Información y Atención en VIH y/o Violencia y Salud Sexual y Reproductiva. Mientras que el capítulo 4 señala los resultados obtenidos a través de la metodología cualitativa con la técnica Grupo focal en los temas Construcción de la sexualidad, Vivencia de la Infección por VIH, Violencia contra las mujeres y su relación con la infección por VIH y Estrategias de Prevención de la infección.

El quinto capítulo contiene las conclusiones derivadas del análisis y las recomendaciones consideradas pertinentes para mejorar la situación de las mujeres víctimas de violencia contra las mujeres y las que viven con el virus de inmunodeficiencia humana.

Finalmente los capítulos 6 y 7 refieren la bibliografía consultada y los anexos, respectivamente.

AVESA se siente complacida con esta investigación. Tiene la firme convicción de que su publicación permite, desde un visión ganar-ganar, conocer la experiencia, replicarla y tomar las lecciones aprendidas. Y de esta manera favorecer en el país una calidad de atención a las mujeres con parámetros de respeto, equidad y empoderamiento que les permitan vivir con autoestima y dignidad, libre de VIH, libre de violencia.

INDICE

AVESA Presentación institucional	
Proyecto “Vulnerabilidad de la Mujer Víctima de la Violencia ante el VIH/Sida en Venezuela	
INTRODUCCIÓN	
Capítulo I: MARCO TEÓRICO	8
1.1 VIH/Sida	8
1.2 VIH/Sida y Mujer	13
1.3 Violencia contra las Mujeres	16
1.4 Vulnerabilidad de las Mujeres ante la infección por VIH y la Violencia contra las Mujeres	19
Capítulo II: MARCO METODOLÓGICO	22
2.1 Objetivo de la Investigación	22
2.2 Diseño de Investigación, Técnicas e Instrumentos	22
2.3 Población Meta y Muestreo	23
2.4 Procedimiento	26
2.5 Consideraciones Éticas	32
Capítulo III: RESULTADOS CUANTITATIVOS	33
3.1 Organizaciones Encuestadas	33
3.2 Mujeres Encuestadas	36
Capítulo IV: RESULTADOS CUALITATIVOS	55
4.1 Construcción de la Sexualidad	55
4.2 Vivencia de la Infección por VIH	63
4.3 Violencia contra las Mujeres y su relación con la Infección por VIH	68
4.4 Estrategias de Prevención	75
Capítulo V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	83
Capítulo VI: BIBLIOGRAFÍA	87
Capítulo VII: ANEXOS	89
A: Organizaciones Participantes	89
B: Formato de Cuestionario para Organizaciones que trabajan con Violencia para las Mujeres	93
C: Formato de Cuestionario para Organizaciones que trabajan con VIH/Sida	96
D: Formato de Cuestionario para Mujeres con VIH	98
E: Formato de Cuestionario para Mujeres que viven situación de Violencia	104



Capítulo I: MARCO TEÓRICO

1.1 VIH/Sida

En Venezuela se conoce el primer caso de Sida en 1982. Durante los primeros 20 años de conocerse la enfermedad, los avances en la atención de casos, registro y políticas públicas fueron escasos. Tal y como se señala en el Informe de la situación del VIH/Sida en Venezuela de 2005, presentado por el Programa Nacional de Sida (PNS) del Ministerio de Salud “hasta el año 1998, en Venezuela la prevalencia estimada de infección por VIH era de 8.047 casos; sin embargo esta cifra contrastaba con el prácticamente inexistente registro de incidencia; por ejemplo durante el año 1997 sólo fueron notificados 3 casos, lo que evidencia un importante subregistro”¹

ONUSIDA (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida) en 1998, publica un documento titulado “El VIH/Sida en Venezuela: Análisis de Situación y Recomendaciones” donde destaca una serie de dificultades tales como: atraso de información de tres años con respecto al tema, estigma y discriminación social hacia las personas que viven con VIH/Sida (PVVs), falta de confidencialidad en la información en los centros públicos y privados, deficiencia en el número de personal capacitado, dificultad en la búsqueda activa y registro de datos, las PVVs no acuden a los centros de salud ya que éstos no ofrecen una solución inmediata a sus problemas de salud, escaso seguimiento de los casos en los bancos de sangre, falta de sistematización de la data, entre otras.²

En el 2001, el mismo organismo estima que en Venezuela existen 62.000 casos. Esta cifra contrasta con los datos del Programa Nacional de Sida del Ministerio de Salud (MS), el cual informa el registro de 10.571 casos de personas que vivían con VIH/Sida hasta diciembre de 2000, de los cuales 7.014 casos son VIH y 5.849 casos por defunciones a causa del SIDA; mientras que para el 2002 existía un total de 13.527 casos, 12.103 son de sexo masculino y 1.388 son de sexo femenino.³

En ese mismo año, el gobierno de Venezuela participa en la Sesión Especial sobre el VIH/Sida de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS) y firma la Declaración de Compromisos de la lucha contra el VIH/Sida, que marca un momento histórico en el país, y en las respuestas nacionales, regionales y globales ante la epidemia.

En paralelo, se inicia el proceso de construcción del Plan Estratégico Nacional de VIH/Sida, a cargo del Programa Nacional de Sida del Ministerio de Salud de Venezuela, con la asistencia de ONUSIDA, REDPES, sector comunitario con servicios en VIH/Sida y otros actores involucrados en la respuesta nacional frente a la epidemia, culminando su realización y publicación en abril de 2003. Este plan identifica una serie de déficits en la respuesta del país ante el problema del VIH/Sida, entre los que se destacan:

¹ Informe de la Situación del VIH/Sida en Venezuela. Programa Nacional de Sida. Ministerio de Salud. República Bolivariana de Venezuela. 2005. (página 1)

² LACCASO (2003): Monitoreo y Evaluación de la Respuesta de Venezuela al compromiso de la Declaración de la UNGASS (página 8)

³ Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Plan Estratégico Nacional VIH/SIDA. Un enfoque para la Salud y calidad de Vida. 2003. (página 21)

- **A nivel de Políticas Públicas:** Debilidades para dar respuestas integrales e integradas, en la articulación de redes de salud (incluyendo redes de laboratorio, medicamentos y de vigilancia epidemiológica), así como en los mecanismos de atención a población en situación de reclusión o indigencia.
- **A nivel de Servicios Sociales y de Salud:** Incapacidad para brindar atención integral a las personas que viven con VIH/Sida, ausencia de protocolos de atención, ausencia de servicios sociales e insuficiencias de personal médico y no médico capacitado en la prevención y tratamiento del VIH/Sida..
- **A nivel de Educación:** Insuficiencia en el contenido, calidad y cantidad de respuestas y estrategias de educación, que tomen en cuenta las necesidades por ciclo de vida, grupo social, derechos humanos, perspectiva de género y desarrollen aptitudes para la vida, así como responsabilidades individuales.
- **A nivel de Vigilancia Epidemiológica:** Escasez de investigaciones socio epidemiológicas, de servicios, etc., que permitan conocer la incidencia y prevalencia de VIH/Sida en los distintos grupos poblacionales, así como el impacto de las acciones emprendidas en materia de prevención y atención.
- **A nivel de Derechos Humanos:** Debilidad en la protección y garantía de los derechos humanos de las personas que viven con VIH y su entorno social.

Este Plan plantea unas Metas Visión Cero:

- 1) “Estigma, discriminación o inequidades relacionadas con la comprensión errada del VIH/SIDA, donde quiera que se produzcan y en todas sus formas.
- 2) Que ningún niño o niña muera por causas relativas a la transmisión vertical del VIH.
- 3) Que ninguna persona, independientemente de su género, edad, grupo social, identidad sexual o etnia vea mermada su calidad de vida y su salud por falta de atención a los efectos del VIH/SIDA.
- 4) Que ninguna persona, independientemente de su género, edad, grupo social, identidad sexual o etnia, desconozca las formas de prevención y protección frente al VIH/SIDA”

El alcance de estas metas se realizaría a través de líneas estratégicas con orientaciones de acuerdo al ciclo de vida, planteando resultados deseados y actividades con un lenguaje de género, pero no se hace énfasis especial en el abordaje de niñas y mujeres.

El Plan Nacional, además muestra información sobre cómo se viene dando la epidemia en Venezuela, señalando que en cuanto a sexo, el grupo más afectado sigue siendo el de Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH) correspondiendo cerca del 70% de los casos, aunque progresivamente aumentan los casos de hombres heterosexuales y los casos de mujeres se observan que crecen geométricamente. La edad más frecuente de infección está entre los 15 y 25 años de edad. La mayoría de los casos reportados se concentran en la zona central del país.

Desde el año 1999, el gobierno venezolano establece como política el acceso a tratamientos para los/as venezolanos/as que viven con VIH/Sida, incluyendo a extranjeros/as residentes en el país. Esta política es asumida luego del Mandato constitucional del Alto Tribunal de Justicia, el cual obliga al Estado venezolano a suministrar medicamentos para tratar el VIH y las infecciones oportunistas, realización de pruebas de laboratorio y toda la atención integral que requieran las personas que viven con VIH/Sida,

según prescripción médica, con el fin de garantizar la salud, la no discriminación y el acceso a los avances de la ciencia y tecnología a dichas personas, derechos que están contemplados en la Constitución Nacional, pactos, acuerdos y tratados internacionales suscritos por la Nación.

Es importante destacar que este Mandato constitucional es el resultado de las acciones legales y de cabildeo efectuadas por el sector comunitario con servicios en VIH/Sida ante las Cortes y Tribunales de Justicia.

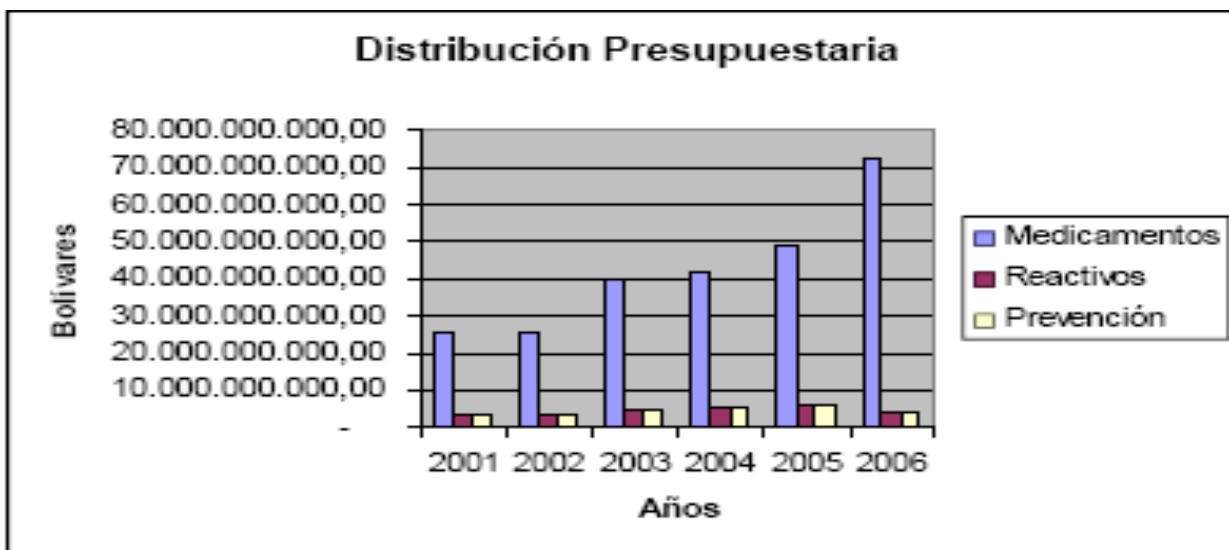
El Informe sobre la situación del VIH/Sida en Venezuela, presentado por el Programa Nacional de Sida del Ministerio de Salud, señala que 15.007 personas recibían terapia antirretroviral hasta noviembre de 2005.

Con el objetivo de cumplir con su obligación asumida en la Declaración de Compromiso del UNGASS de 2001, el Gobierno de la República Bolivariana de Venezuela presentó el Informe correspondiente al periodo 2003 – 2005 durante la Asamblea General de las Naciones Unidas de 2006, señala que su acción estuvo centrada en:

- **Gestión:** En dos aspectos: (1) el trabajo de transversalización de los Derechos Humanos de las PVVs en las diversas actividades y publicaciones del Programa Nacional de Sida, y (2) la elaboración del Plan Estratégico Nacional VIH/Sida.
- **Educación y Prevención:** Se ha desarrollado a través de proyectos básicos como son los de “Escuelas Promotoras de Salud”, “Participación de la sociedad civil en la prevención del VIH/Sida y la promoción de los derechos humanos de las personas seropositivas, a través de proyectos ejecutados por ONGs” y la adquisición y distribución de condones en la población general. Además de actividades educativas esporádicas que realiza el personal del Programa Nacional de Sida.
- **Vigilancia Epidemiológica:** Esta actividad es realizada por el PNS, en cooperación con las Coordinaciones Regionales de Sida e ITS, y la información es centralizada por la Dirección de Epidemiología y Análisis Estratégico del Ministerio de Salud.
- **Atención:** Se ha dirigido a (1) realización de pruebas de laboratorio para el diagnóstico, control y seguimiento del VIH y las infecciones oportunistas asociadas al Sida y la adquisición de reactivos para dichas pruebas sin costo alguno para las personas a través del sistema público de salud; (2) la profilaxis y consejería en VIH/Sida para las embarazadas y tratamiento posterior al parto tanto para la madre como para el/la bebé; (3) la adquisición y distribución de equipos de bioseguridad; y (4) la adquisición y distribución de medicamentos para tratar el VIH (conocidos como antirretrovirales) y para las infecciones oportunistas.

Si bien es cierto que estas son las acciones realizadas desde el Gobierno, se identifica que en la proporción de las asignaciones presupuestarias para tales actividades, las referidas a la adquisición y suministro de medicamentos antirretrovirales y de reactivos, abarcan casi el total de la partida presupuestaria del Programa Nacional de Sida. Existe un marcado desbalance en recursos destinados para la prevención, vigilancia epidemiológica y atención, lo que afecta seriamente el acceso universal para la prevención y atención del VIH en el país.

Gráfico 1: Distribución presupuestaria del Programa Nacional de Sida presentada en el Informe del Gobierno de la República Bolivariana de Venezuela periodo 2003–2005 sobre la Declaración de Compromiso del UNGASS



Este mismo informe, muestra cómo las actividades de prevención y atención que se realizan en Venezuela en materia de VIH/Sida, están a cargo de las ONGs con servicios en VIH/Sida, las cuales realizan el trabajo con el auspicio de empresas privadas, instituciones públicas nacionales, agencias de cooperación internacional, individuos particulares y del Programa Nacional de Sida. Este informe señala que estas ONGs, se encuentran ubicadas en la zona de la Gran Caracas, seguida por dos ciudades de la zona occidental del país (Mérida y Maracaibo), con muy poca presencia en el resto del país.

El trabajo de estas organizaciones en el período 2003 – 2005, estuvo dirigido a:

- Formación de jóvenes entre 15 y 24 años como agentes multiplicadores, empleando la metodología de pares.
- Suministro de preservativos y material informativo, con población de Hombres que tienen sexo con Hombres (HSH). Tanto en Caracas como en el interior del país existen programas específicos para atender sus necesidades. Se registran acuerdos con redes internacionales para la actualización de conocimientos en consejería, y educación para difundir destrezas para disminuir el impacto de la epidemia, así como la capacitación de líderes/liderezas para la organización y participación ciudadana dirigida a la defensa de los derechos humanos. De acuerdo a los datos recogidos, se observa un incremento significativo y para el año 2005, este grupo representa el 54 % del total de participantes en actividades de prevención.
- Las Mujeres constituyen la tercera población atendida, con ligero repunte en el año 2004, pero no se especifica el trabajo realizado con esta importante población.
- Las y los trabajadores/as sexuales es una población escasamente atendida a nivel nacional por las ONGs.

En los últimos años se han dado avances en políticas públicas, en materia de acceso a tratamientos para las personas que viven con VIH, que ha permitido la disminución de la tasa de mortalidad, incremento de

la calidad de vida de niñas, niños, mujeres y hombres sin distingo de edad, religión, raza y orientación sexual para que estén activos/as y productivos/as; sin embargo, aún hay mucho por avanzar. No se conoce con exactitud la magnitud de la epidemia a nivel nacional, y mucho menos cómo es la incidencia a nivel de estados y regiones, ni en los diversos grupos poblacionales y vulnerables a la epidemia. Se observa debilidad en la respuesta gubernamental dirigida a la prevención del VIH y es escasa la investigación que permita orientar las acciones, programas y servicios.

Como se muestra a continuación, este desconocimiento es aún más notorio cuando de VIH y mujer se trata, la invisibilización de la mujer es una constante mientras la incidencia del virus aumenta vertiginosamente en la población femenina.



1.2 VIH/Sida y Mujer

No se encontraron datos suficientes sobre la epidemia del VIH/Sida en las mujeres venezolanas. Es el Instituto Nacional de la Mujer (INAMUJER) quien en el Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades para la Mujer del año 2002, señala “el incremento exponencial en los casos de mujeres, concentrándose los casos en edades comprendidas entre los 20 y los 34 años”.⁴

Datos de la Encuesta Conglomerado de Indicadores Múltiples Venezuela del año 2000⁵, señalan que las mujeres entre 15 y 49 años manejan poca información sobre el VIH, ya que sólo el 18% enuncia correctamente las tres principales maneras de evitar la infección del VIH, menos de la mitad se han practicado una prueba ELISA (examen para diagnosticar los anticuerpos del VIH en el organismo) y el 50% de ellas muestra actitud discriminatoria hacia las personas que viven con VIH/Sida.

En agosto de 2002, el Ministerio de Salud en la Resolución Ministerial N° 293 determinó la obligatoriedad de la realización de la prueba ELISA a toda mujer embarazada en los servicios de salud públicos y privados, asumiendo dicho ministerio la consejería pre y post prueba del VIH, suministro de los medicamentos antirretrovirales tanto para la madre como para el/la niño/niña si resultare positivo/a en la citada prueba serológica.⁶

De acuerdo a los datos del Informe del Gobierno de la República Bolivariana de Venezuela para el periodo 2003 – 2005 sobre la Declaración de Compromiso del UNGASS, las mujeres representan apenas el 8% del total de usuarios/as atendidos/as por las ONGs con servicios en VIH/Sida a nivel nacional a partir de 2003.

El tema del VIH/Sida en nuestro país, ha sido visto más como un problema de jóvenes y de homosexuales, que un problema de mujeres. Las mujeres que viven con VIH se enfrentan a una doble discriminación: por ser mujeres y por vivir con VIH.

Las acciones ejercidas en el país para reducir la transmisión del VIH en las mujeres son escasas, y realizadas fundamentalmente por las ONGs y las Organizaciones de Base Comunitarias. No se conocen programas educacionales auspiciados por el gobierno para reducir el VIH/Sida en las mujeres.⁷

Las acciones en el componente mujer y VIH, han estado dirigidas a:

- **Uso de Condones Femeninos y Masculinos:** El Programa Nacional de Sida lleva a cabo el programa de distribución gratuita de condones, pero la misma resulta insuficiente y no llega a todos los sectores del país. Existe gran desinformación sobre el uso del condón femenino, que unida a las creencias asociadas al uso del condón (en general al masculino) explican la baja utilización de los mismos.
- **Servicios de Emergencia/ Tratamiento Profilaxis Post Exposición:** El Ministerio de Salud estableció un protocolo de atención en casos de violación y abuso sexual, que determina la toma de muestras para realización de despistaje de las ITS y VIH, así como el cumplimiento del tratamiento de profilaxis para las mismas. Sin embargo, este protocolo no se lleva a cabo en todos los centros de atención para la salud de estos casos.
- **Embarazadas que viven con VIH y Transmisión Vertical del VIH:** La obligatoriedad del examen para diagnosticar el VIH a la mujer embarazada está siendo cada vez más efectiva, sin embargo la

⁴ LACCASO. Op Cit. (página 54)

⁵ Idem. (página 54)

⁶ Idem (página 63)

⁷ Idem (página 67)

medida ha tenido dificultad en su implementación debido a que la asistencia de las mujeres a los servicios prenatales no es universal.

- **Información sobre el VIH/Sida para la Mujer:** Existe muy poca información dirigida exclusivamente a la mujer, la mayoría está enfocada a jóvenes sin hacer distinciones de género.

La mayor cantidad de programas de prevención de infección en materia de VIH/Sida para la mujer, ha estado dirigida a las trabajadoras sexuales. Esto ha sido así, porque en Venezuela, la tendencia a la epidemia del VIH/Sida ha estado concentrada en esta población femenina debido al riesgo de exposición, así como en hombres que tienen sexo con hombres y jóvenes menores de 25 años.⁸

Es política del Ministerio de Salud, el seguimiento y solicitud de exámenes de despistaje de las ITS y VIH periódicos a las trabajadoras sexuales, que va acompañado de una campaña de concientización a estas mujeres sobre el riesgo de infección y el uso del condón.

Llama la atención el cambio en la dinámica de la epidemia, ya que para la década de los ochenta la proporción de casos de VIH en el país, era de 1 mujer por cada 19 hombres infectados. Esta proporción ha cambiado significativamente en los primeros cinco años de esta década, donde por cada mujer infectada hay 2 hombres infectados. Pareciera que ahora, estas mujeres no son precisamente las trabajadoras sexuales, ya que por ejemplo, en una investigación a principios de esta década, en un estado de gran afluencia turística, “el despistaje de VIH realizado a casi medio millar de trabajadoras sexuales en una de las zonas turísticas más importantes del país, no arrojó ningún caso seropositivo”⁹

El Plan Estratégico Nacional en VIH/Sida categorizado de acuerdo a ciclo de vida, no muestra resultados deseados ni actividades de acuerdo a sexo. Los registros epidemiológicos no consideran por ejemplo, el tema de la violencia contra la mujer y mucho menos su relación con la infección por VIH.

El Informe de la situación de Venezuela para el año 2005¹⁰, muestra los proyectos seleccionados y aprobados por el Programa Nacional de Sida del Ministerio de Salud para el 2006, de acuerdo a la población a atender:

Tabla 1: Proyectos aprobados por población a atender

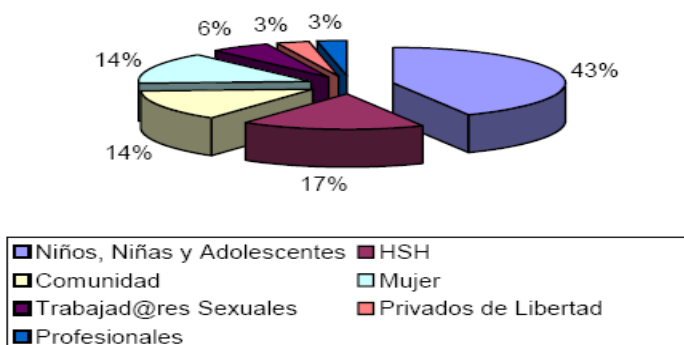
Población por atender	Número de proyectos
Niños, niños y adolescentes	15
HSH	6
Comunidad	5
Mujer	5
Trabajadores/ras Sexuales	2
Privados de Libertad	1
Profesionales	1
Total de proyectos aprobados	35

⁸ Programa Nacional de SIDA e ITS. Ministerio de Salud. República Bolivariana de Venezuela (2005): **Declaración de Compromiso en la Lucha contra el VIH/Sida- UNGASS 2001. Informe del Gobierno de la República Bolivariana de Venezuela, Período 2003 – 2005** (página 14)

⁹ Idem. (página 14)

¹⁰ Programa Nacional de SIDA e ITS. Ministerio de Salud. República Bolivariana de Venezuela (2005): **Informe de la Situación del VIH/Sida en Venezuela.** (página 15 y 16)

Gráfico 2: Distribución en porcentaje de los proyectos por población a atender



Aquí vemos que de 35 proyectos aprobados, sólo 5 de ellos (14%) van dirigidos a Mujeres. De éstos, sólo uno (2,85%) es exclusivo en materia de mujer, ya que los otros son Mujer y comunidad, y Mujer y adolescentes. Ninguno está dirigido al tema de Mujer - VIH y su interrelación a la Violencia contra las mujeres.

Como señala el Informe de LACCASO sobre la Respuesta de Venezuela al compromiso de UNGASS, “las organizaciones que atienden problemas ‘tradicionales’ de las mujeres (...) no conocen a las instituciones que prestan servicios a mujeres seropositivas. Esta falta de comunicación o el que estas organizaciones apenas comiencen a ser visibilizadas por la Red de organizaciones de mujeres, refleja que en el país este tema está desfasado en el tiempo con respecto a lo que pasa en otras partes del mundo y las mujeres”¹¹

El problema de las mujeres que viven con VIH/Sida es un problema de salud, de derechos sexuales y reproductivos, y de derechos humanos. La salud de las mujeres debe incluir la preocupación por tales derechos, y en ellos, la atención, prevención y diagnóstico de la violencia doméstica, las leyes y políticas que afectan la salud sexual y reproductiva, la explotación sexual de mujeres y niños/as, las necesidades de mujeres refugiadas o aquellas afectadas por desastres naturales o algún tipo de discapacidad, y además, la participación de los hombres en las decisiones vinculadas a la salud sexual y reproductiva.¹²



¹¹ Idem. (página 67)

¹² Vidal, F ; Carrasco, M ; Pascal, R (2004): **Mujeres Chilenas viviendo con VIH/Sida**. FLACSO. Sede Académica de Chile (página 23)

1.3 Violencia contra las Mujeres

La Violencia contra las mujeres es un problema que existe desde tiempos remotos, pero es en los últimos años cuando comienza a reconocerse a nivel mundial, evidenciándose tanto su incidencia como sus consecuencias individuales y sociales.

Como señalan Arroyo y Valladares¹³ “La violencia contra las mujeres se encuentra anclada en las construcciones de poder que ordenan las relaciones sociales entre mujeres y hombres, las que asociadas a las diferencias biológicas entre los sexos, naturalizan roles y funciones, posiciones y jerarquías sociales asignados según la condición genérica. Se trata de un tipo particular de violencia, que arraigada profundamente en la cultura, opera como mecanismo social clave para perpetuar la interiorización y subordinación de las mujeres, en tanto el ejercicio de poder se considera patrimonio genérico de los varones”.

Esta inequidad podemos apreciarla a diversos niveles, tanto individual, familiar, comunitarios como de la sociedad en general, y que se manifiesta en la libertad en la toma de decisión, el acceso a recursos y oportunidades, el acceso a la economía y en definitiva, en la toma de control de sus propias vidas.

Según datos obtenidos por el PNUD, para Venezuela en el año 2003¹⁴, “podemos ver por ejemplo que:

- ✓ Los sueldos y salarios de las mujeres son aproximadamente 30% menor al de los hombres.
- ✓ La tasa de desempleo femenina siempre ha estado por encima de la masculina.
- ✓ Hay una mayor tasa de crecimiento de economía informal en la mujer que en el hombre.
- ✓ Existe un mayor número de hogares pobres donde la cabeza de familia es la mujer.
- ✓ Un dato asociado a la feminización de la pobreza es el embarazo adolescente y el elevado número de hijos/as”.

La concepción de la familia bajo una jerarquía, en donde el hombre es el Jefe de la familia y el resto de los/as miembros/as tiene una ubicación de subordinación con respecto a él, la dependencia económica y social de la mujer con respecto al hombre, la noción de los/as hijos/as como “propiedad” de los padres, la permisividad social que se le da al hombre en materia de sexualidad, son sólo unos ejemplos de esta inequidad de género.

La inequidad de género y la violencia trasgreden todo orden en las relaciones humanas, se impone una relación de poder que quebranta la identidad de la mujer, constituyéndose en un problema de salud pública y un obstáculo para el desarrollo.

Es en 1979, con la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y su Protocolo Facultativo que se reconoce la discriminación hacia la mujer por el sólo hecho de ser mujer en diferentes ámbitos (social, laboral, económico, etc.), pero el reconocimiento de los Derechos Humanos de las mujeres, no se da sino hasta 1993 durante la Segunda Conferencia Mundial de los Derechos Humanos en Viena, cuando se identifica que la situación de las mujeres en el mundo no puede ser analizada, abordada ni sancionada sin considerar los aspectos referidos al género, la inequidad y las relaciones de poder entre hombres y mujeres.

A partir de allí comienzan a desarrollarse una serie de instrumentos internacionales que dan cuerpo jurídico al tema, e instan a los Estados a conformar tanto un marco jurídico nacional, como acciones en materia de atención y prevención del problema.

¹³ Arroyo, R y Valladares, L. (2004) **Violencia sexual contra las mujeres**. Serie de Documentos Técnico Jurídicos. Año 1. Proyecto Regional. Corte Penal Internacional y Justicia de Género. Unión Europea – n(o)vib. (página 5)

¹⁴ León, M (2006) **Módulo IV. Violencia, Abuso y Explotación Sexual**. Curso de Ampliación “Formación Socioeducativa para la promoción de la Salud Sexual y reproductiva Adolescente” de AVESA. (página 3) Material no publicado.

Para 1999, en Venezuela se promulga la Ley sobre Violencia contra la Mujer y la Familia, lográndose algunos avances en el reconocimiento individual, social e institucional del problema, y creándose espacios y apertura a una visión más clara de la violencia intrafamiliar, y una mayor sensibilidad y disposición para la atención a víctimas. La implementación de esta Ley y el trabajo en materia de: educación, formación de profesionales de diversos sectores, atención a víctimas, creación de centros de refugios, etc., venía desarrollándose con lentitud dando pequeños avances.

Para noviembre de 2006, se aprueba en segunda discusión de la Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela el texto de una nueva Ley Orgánica por el Derecho de las Mujeres a una vida libre de Violencia. Ésta vendría a derogar la Ley sobre la Violencia contra la Mujer y la Familia, una vez se determine el ejecútese por parte del Ejecutivo Nacional.

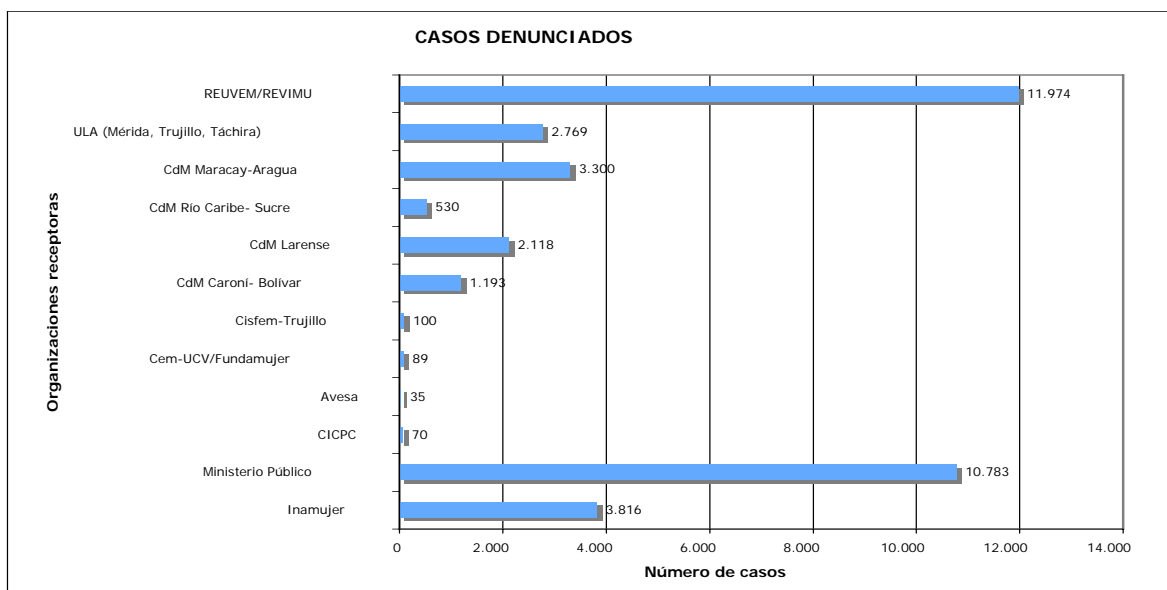
Esta nueva Ley marca un avance significativo en materia de ampliación de los derechos protegidos, formas de violencia contra la mujer (se incluyen otras formas de violencia como la obstétrica, laboral, institucional, diversas formas de violencia sexual, entre otras), acceso a la justicia, educación y prevención.

En tanto, la situación de violencia contra las mujeres continúa.

Aunque no existe un sistema de registro unificado de casos de violencia contra las mujeres, que permita conocer en detalle la incidencia y caracterización del problema en cuestión, en cada una de las regiones del país se cuenta con algunos registros, que aunque parciales, dan una aproximación a la situación actual a que son sometidas las mujeres.

En el Boletín en Cifras para año 2005¹⁵ se reportan 36.777 Casos de Violencia contra las mujeres en el país, de los cuales el 40% fueron denunciados a Organizaciones No Gubernamentales, mientras el 60% se procesó en instancias públicas, tal como se muestra en el siguiente gráfico:

Gráfico 3: Casos de Denuncias de Violencia contra las Mujeres en Venezuela



¹⁵ AVESA, FUNDAMUJER (2006) **Boletín en Cifras**. Vol 3. Nro 3. (página 2)

Este mismo Boletín, resalta algunos avances en el tema para el año 2006:

- ✓ La creación de la Mesa Técnica de Género para el seguimiento de las Recomendaciones de la CEDAW a Venezuela (patrocinada por el UNFPA).
- ✓ Inminente creación de dos *Observatorios de Derechos Humanos de las Mujeres*, uno gubernamental desde el INAMUJER y otro por iniciativa del Foro por la Igualdad de Género que agrupa decenas de ONGs.
- ✓ La creación de la Sub-Comisión de Indicadores de Violencia de Género en el Instituto Nacional de Estadística.
- ✓ La Mesa de Violencia a partir de la consulta sobre la Ley de Policía en la Asamblea Nacional.

El alto número de mujeres víctimas de violencia, se traduce a su vez en un alto número de mujeres que ven coartados sus derechos a la hora de: negociar la utilización de condones con su pareja, recibir orientación y/o realizarse pruebas para la detección de infecciones de transmisión sexual por riesgo a ser agredidas, requerir atención médica y psicológica y/o recibir tratamiento del VIH por temor a reacciones violentas de su pareja.

La magnitud del problema de violencia contra las mujeres en el país, conduce a analizar y reflexionar sobre las implicaciones y consecuencias negativas para su salud sexual y reproductiva, y específicamente el riesgo ante la infección por VIH.

Es aquí cuando se empiezan a comprender tanto las dimensiones del problema, la necesidad de tener una aproximación más directa al mismo, como de conocer la realidad con datos e información válida y confiable en el área. También es momento, de que las instituciones que trabajan con mujeres víctimas de violencia y las que trabajan en VIH/Sida, compartan información y cuenten con mecanismos de interrelación y herramientas comunes para el abordaje de los casos, como también para una adecuada información y sensibilización a la población en general, y en particular a las mujeres.



1.4 Vulnerabilidad de las Mujeres ante la Infección por VIH y la Violencia contra las Mujeres

La proporción mundial de mujeres infectadas por VIH ha aumentado progresivamente.

Esta tendencia es más marcada en África y el Caribe, donde predomina la transmisión heterosexual del virus.¹⁶

El incremento de las cifras de mujeres infectadas denota un cambio en la dinámica de la epidemia a nivel mundial y nacional, lo que ha puesto de relieve la vulnerabilidad de las mujeres ante la infección.

Esta alta vulnerabilidad de las mujeres está determinada por diversos factores, unos asociados a desigualdades de género, y otros, a factores biológicos. Carlos del Río Chiriboga¹⁷ señala tres motivos por los cuales la epidemia del VIH/Sida está aumentando tan rápidamente en las mujeres:

a) Motivos Biológicos: Por ser la parte receptiva del coito heterosexual, gran parte de la mucosa vaginal se expone al semen, que contiene mayor concentración de virus que el fluido vaginal. Con mayor riesgo en niñas y adolescentes, en quienes la inmadurez genital impide que su mucosa funcione como una barrera efectiva contra los patógenos.

b) Motivos Epidemiológicos: En el caso de mujeres jóvenes que mantienen actividad sexual con hombres mayores, tienen mayor riesgo de infección, ya que éstos pueden haber adquirido la infección en contactos sexuales anteriores. Otra razón epidemiológica, viene dada por la mayor probabilidad de las mujeres de recibir transfusiones sanguíneas asociadas a situaciones obstétricas.

c) Motivos Sociales: Que tienen que ver con el comportamiento sexual esperado para cada sexo, enfatizando por ejemplo, la permisividad social a la “infidelidad” masculina, entre otras.

Por su parte Ricardo García Bernal¹⁸ enfatiza que la vulnerabilidad de las mujeres está asociada fundamentalmente a desigualdades de Género. Entendiendo el Género, como una construcción social que determina lo que significa ser hombre y ser mujer; en la que se genera una desigualdad en la relación de poder entre hombres y mujeres. Esto coloca a las mujeres en desventaja en diversos niveles: individual, familiar, comunitario, y en la sociedad en general; que se manifiesta en la libertad para tomar decisiones, el acceso a recursos y oportunidades, el acceso a la economía y en definitiva, en la toma de control de sus propias vidas.

Aspectos como: el uso y negociación del condón, la iniciativa de tener sexo, y la relación con parejas sexuales de mayor edad que la mujer, son sólo unos ejemplos de situaciones referentes a la vida sexual de las mujeres en donde existe una desigualdad de género con la que la mujer debe enfrentarse.

Este mismo autor, reconoce la vulnerabilidad biológica de la mujer, y señala que “la transmisión del VIH de hombre a mujer es entre dos y tres veces más probable que la transmisión de mujer a hombre, aunque algunos estudios han reportado que la probabilidad de transmisión de hombre a mujer es de hasta 10 veces mayor que de mujer a hombre”¹⁹.

¹⁶ García, B (2004) “Reducir la Vulnerabilidad de las mujeres. Campaña mundial contra el Sida 2004”. Revista Conciencia Latinoamericana (Página 30)

¹⁷ Del Río Chiriboga, C (1997): **Introducción. Mujer y Sida: conceptos sobre el tema. En: Situación de las Mujeres y el VIH/Sida en América Latina.** Ediciones del Instituto Nacional de Salud Pública. México. (página 15)

¹⁸ García, B. Op cit. (Página 30)

¹⁹ García, B. Op cit. (página 31)

La posición subordinada y desigual de la mujer con respecto al hombre, le dificulta la protección ante el VIH, esto es aún mayor cuando existe una situación o una relación de violencia, en donde la mujer no puede insistir en la fidelidad, exigir el uso de preservativo, o rechazar tener relaciones sexuales con su compañero, aún cuando sospechara que está infectado.

Cuando se observan datos de otros países de América Latina, es alarmante apreciar, por ejemplo, cómo en los casos reportados por el Programa Nacional de Sida del Ministerio de Salud Pública de Ecuador para el año 2005, las Amas de Casa constituyen el 72,9% del total de mujeres infectadas por VIH, porcentaje significativamente mayor al de las Trabajadoras Sexuales con el 5,5%.²⁰

En el Informe de la Epidemia del Sida para el 2006 de ONUSIDA, se señala que “las mujeres son objeto de un fuerte estigma a causa de prejuicios sobre sus comportamientos sexuales de riesgo—aunque no los hayan practicado en absoluto — y su asociación con el VIH. Un estudio reciente en cuatro ciudades de la India comprobó que, aunque casi el 90% de las mujeres VIH positivo habían sido infectadas por sus esposos, se enfrentaban a más estigma y discriminación que los varones, y a menudo se las culpaba de la enfermedad de sus cónyuges. Las mujeres que vivían con la familia del esposo corrían riesgo de ser expulsadas del hogar si éste fallecía, y muchas tenían dificultades para encontrar a alguien que las cuidara cuando ellas mismas enfermaban (OIT, 2003). Esto también es habitual en otras regiones”²¹

Tal y como se señala en el informe de LACCASO “Diariamente las mujeres que viven con VIH/Sida deben enfrentarse a la discriminación y al estigma social; el rechazo como manifestación del estigma se refleja cuando estas mujeres se encuentran con dificultades para incorporarse a actividades sociales. Por el miedo al rechazo muchas mujeres seropositivas pueden recurrir a estrategias de ocultamiento, que las aíslan y las excluyen de acceder a espacios que les corresponden por derecho, sentimientos como soledad, inseguridad, ansiedad, dolor y depresión son experimentados por muchas de ellas”²²

Es evidente cómo las desigualdades de género y la Violencia contra las mujeres, expresadas a través de diversas manifestaciones de agresión y discriminación, afectan directamente su salud sexual y reproductiva, en tanto coartan o frenan su autonomía sexual, obstaculizan su acceso a la salud, incrementan la probabilidad de embarazos no deseados, y dificultan su protección contra las ITS y el VIH.

Sin embargo, el profundizar en cómo operan estas desigualdades y sobre todo cómo incidir en las mismas y sus consecuencias, requiere de mayores estudios e investigaciones.

Vandale, Liguori y Rico²³ en la realización de un taller para Una Agenda Latinoamericana de investigación-acción sobre mujeres y Sida realizado en México en 1995, identificaron una serie de aspectos fundamentales para poder comprender la epidemia del Sida, desde la perspectiva de Género:

- **Falta de Percepción de riesgo de ITS/Sida:** Se necesitan investigaciones sobre los factores culturales que impiden a las mujeres tomar conciencia del riesgo que corren respecto al VIH/Sida y otras enfermedades.
- **Obstáculos para negociar Prácticas Sexuales más Seguras:** Se pueden identificar grupos de mujeres que sí perciben el riesgo de infección, pero no son capaces de cambiar su situación; y sugieren estudiar a quienes sí lo hacen, pues ellas pueden dar la clave para ayudar a las que no pueden o no saben hacerlo.

²⁰ Cloet, R (2006) **Nunca pensé que esto me podía pasar a mí. VIH/Sida y género en Ecuador.** (página 18)

²¹ ONUSIDA (2006): El impacto del SIDA sobre las personas y las sociedades. En www.unaids.org. (página 102)

²² LACCASO. Op Cit. (página 54)

²³ Vandale, S; Liguori, A; y, Rico, B (1997) **Una Agenda latinoamericana de Investigación-Acción sobre Mujeres y Sida. En: Situación de las mujeres y el VIH/SIDA en América Latina.** Ediciones del Instituto Nacional de Salud Pública. México. (página 30)

- **El papel de diferentes Instituciones Sociales:** Es necesario explorar cómo diversas instituciones refuerzan los estereotipos femenino y masculino, y en qué medida favorecen u obstaculizan la prevención del VIH/Sida.
- **Los Medios masivos de Comunicación:** Analizar el concepto del Sida promovido por los medios de comunicación, que lo muestra como una enfermedad de homosexuales y trabajadoras sexuales, sin dar cuenta de los cambios que ha venido sufriendo la epidemia, que viene afectando un mayor número de mujeres.
- **Las Iglesias:** Cómo es la influencia de las iglesias en la construcción social de los géneros y cómo es su injerencia directa en las políticas o planes de prevención del VIH/Sida.
- **La Educación Formal:** Cómo es manejada la información para la prevención del Sida y otras infecciones en los diferentes niveles escolares, cómo está reflejada en los planes de estudio y cómo están capacitados/das los/las docentes para brindar esta información.

Los temas Mujer y VIH, Violencia contra las mujeres y vulnerabilidad de la mujer ante el VIH, aunque íntimamente relacionados, no están suficientemente analizados, visibilizados y abordados en Venezuela, ni por las instituciones y personas que trabajan con ellos día a día y mucho menos por las mujeres mismas.

En este sentido, el presente trabajo tiene como objetivo central “Visibilizar la interrelación de la Violencia contra las mujeres y el VIH en Venezuela, incrementando la posibilidad de prevenir la Violencia contra las mujeres, que las mismas se protejan contra la infección por VIH y puedan tener un mayor acceso a los servicios de salud”.

Se plantea como primera necesidad o resultado, el establecimiento de datos cualitativos y cuantitativos sobre la Vulnerabilidad de las mujeres víctimas de violencia ante el VIH en Venezuela, que puedan servir como fuente de información válida y confiable para desarrollar programas y líneas de acción, tanto a nivel de las organizaciones gubernamentales (OGs) y no gubernamentales (ONGs) que trabajan directamente con las mujeres, mujeres víctimas de violencia, mujeres que viven con VIH y mujeres en general, como para el diseño y creación de políticas públicas en el tema.





Capítulo II: MARCO METODOLÓGICO

2.1 OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN

Como se señaló, el proyecto se denominó “Vulnerabilidad de la Mujer víctima de Violencia contra las mujeres ante al VIH/Sida, en Venezuela”.

Se desarrolló en un período de 12 meses y abarcó de abril de 2006 a abril de 2007. El objetivo de la investigación estuvo orientado al **Diagnóstico de la Interrelación entre el fenómeno de la Violencia contra las Mujeres y la Infección por VIH** que cuente con datos cualitativos y cuantitativos sobre la realidad del problema, resaltando el grado de vulnerabilidad de la mujer víctima de violencia ante el VIH/Sida en el país.

2.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

El nivel de investigación del proyecto se corresponde con el Descriptivo, en términos de cómo es y cómo se manifiesta la situación²⁴, al pretender caracterizar la interrelación que existe entre la violencia contra las mujeres y la infección por VIH/Sida. Se realizó un Diseño de Investigación de Campo, que inicia con un arqueo bibliográfico para acercar a las investigadoras a los métodos y resultados de otros trabajos sobre la situación VIH y la Violencia en contra de las mujeres. Luego, de manera cuantitativa y cualitativa, se recolectó información directa de la población meta y organizaciones colaboradoras.

La propuesta estaba orientada a la elaboración de una (1) encuesta y sistematización de datos cuantitativos sobre la situación de la Violencia contra las Mujeres y su interrelación con el VIH/Sida, dirigida a OGs y ONGs que trabajaran con estos temas. Sin embargo, el arqueo bibliográfico mostró la ausencia de información sobre la interrelación de los temas VIH – Mujer – Violencia contra las mujeres en el país, por lo que se decidió abordar el tema directamente con las mujeres a través de una (1) encuesta para la obtención de estos datos cuantitativos.

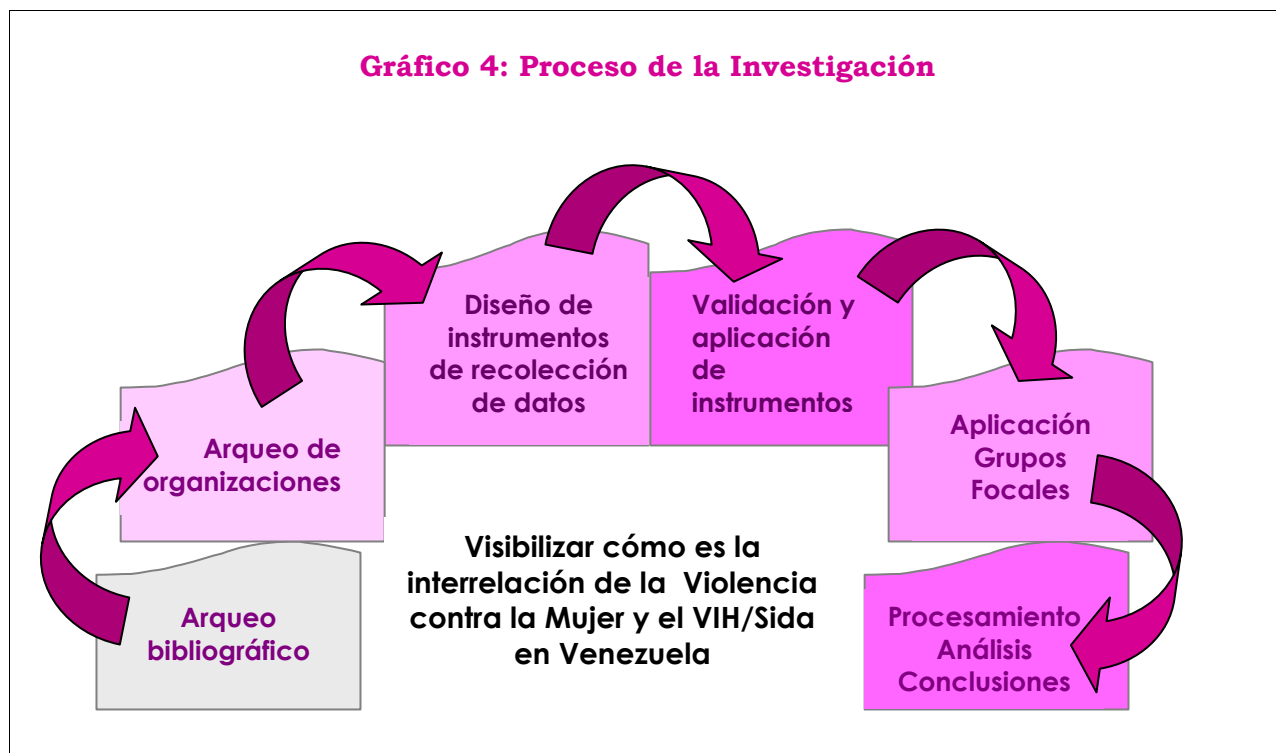
Entonces, para los datos cuantitativos se aplicó el método de la encuesta tanto a las organizaciones como a las mujeres; y se utilizó la técnica Grupo Focal para la recolección de datos cualitativos (una mezcla de observación participante y entrevista de profundidad, que a decir de Morgan, es “un modo de oír a la gente y aprender de ella”²⁵).

La combinación de una metodología cuantitativa (recolección de datos estadísticos) junto con una metodología cualitativa (grupos focales) permitió un conocimiento más completo de la problemática: se obtuvieron datos estadísticos y se accedió de manera directa a la significación y vivencias de las mujeres mismas en su confrontación con la violencia y/o con la infección por VIH.

²⁴ Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (1999): Metodología de la Investigación. (página 61)

²⁵ Morgan, D. (1998): Focus groups as qualitative research.(página 9)

Gráfico 4: Proceso de la Investigación



2.3 POBLACIÓN META Y MUESTREO

La población meta seleccionada para el proyecto estuvo constituida por mujeres que viven con VIH/Sida y/o mujeres que viven o han vivido situaciones de violencia, así como organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que trabajen en VIH/Sida o en violencia contra las mujeres. La selección de mujeres y organizaciones participantes se hizo a través de un muestreo opinático o intencional no probabilístico²⁶, con los siguientes criterios:

- ✓ Mujeres venezolanas, mayores de 18 años que vivan con VIH/Sida y/o vivan o hayan vivido situaciones de violencia contra las mujeres.
- ✓ Mujeres dispuestas a participar en las encuestas y/o en los grupos focales.
- ✓ Organizaciones Gubernamentales y No Gubernamentales venezolanas que trabajen en materia de VIH/Sida o Violencia contra las mujeres.
- ✓ Organizaciones dispuestas a hacer alianzas y participar en la investigación.

La propuesta inicial del proyecto consideraba trabajar en los estados Bolívar, Lara y Sucre del interior del país; y en los estados Miranda, Vargas y Distrito Capital. Sin embargo, fue necesario modificar los estados del interior del país ya que las alianzas fueron logradas con organizaciones de Aragua, Lara, Carabobo y Zulia, que como ya se señaló era un criterio de selección de las organizaciones participantes.

²⁶ Hernández, R. Fernández, C., Baptista, P. op. Cit. (página 227)

2.3.1 Mujeres

El proyecto planteaba el trabajo con sólo 72 mujeres. Al decidirse la elaboración de encuestas para la obtención de datos cuantitativos, se amplió la cantidad a participar en la investigación. Se trabajó entonces con 224 mujeres, 150 respondieron directamente las encuestas y 74 participaron en los grupos focales.

A continuación se presentan los cuadros relativos a las mujeres que participaron en las encuestas y en los grupos focales, por Estado respectivamente.

Tabla 2: Mujeres Encuestadas por Estado

ESTADO	MUJERES ENCUESTADAS	
	Mujeres que viven con VIH	Mujeres que viven o han vivido situaciones de Violencia
Gran Caracas*	35	20
Aragua	16	14
Carabobo	17	-
Lara	-	39
Zulia	9	-
TOTAL	77	73
	150	

*Abarca Distrito Capital y los estados Miranda y Vargas

Tabla 3: Número de Mujeres que participaron en los Grupos Focales por Estados

ESTADO	MUJERES QUE PARTICIPARON EN LOS GRUPOS FOCALES	
	Mujeres que viven con VIH	Mujeres que viven o han vivido situaciones de Violencia
Gran Caracas*	18	10
Aragua	11	9
Carabobo	4	-
Lara	-	14
Zulia	8	-
TOTAL	41	33
	74	

* Abarca Distrito Capital y los estados Miranda y Vargas

2.3.2 Organizaciones

Inicialmente se realizó un sondeo de 40 instituciones entre Gubernamentales y No Gubernamentales unas que trabajan con VIH/Sida y otras que trabajan en el tema de violencia contra las mujeres. Se

establecieron alianzas efectivas de trabajo coordinado en esta investigación con diecisiete (17) de ellas, con trabajo en diversas áreas como: derechos humanos, atención de casos, actividades de capacitación, etc. Estas organizaciones junto con AVESA (Asociación Venezolana para una Educación Sexual Alternativa), quien coordina la presente investigación, y es una Organización No Gubernamental, suma un total de dieciocho (18) organizaciones participantes (Sus particularidades y misión se muestran en el Anexo A). Están clasificadas de la siguiente manera:

- ✓ **No Gubernamentales (ONGs):** Trabajaron 9 ONGs, con atención a personas que viven con VIH/SIDA y 4 con atención a mujeres víctimas de violencia contra las mujeres, tanto de la Gran Caracas, como de los 4 Estados seleccionados para el desarrollo del proyecto.
- ✓ **Gubernamentales (OG):** Trabajaron 3 OGs dedicadas al trabajo en VIH/Sida del país, tanto del Área Metropolitana de Caracas como de los Estados seleccionados. Así mismo se contó con la colaboración de 2 organizaciones con trabajo en atención a las mujeres víctima de violencia contra las mujeres.

Tabla 4: Número de organizaciones participantes según área de trabajo, estado y área de atención

Estado	Área VIH		Área Violencia		TOTAL
	ONG	OG	ONG	OG	
Gran Caracas (Distrito Capital, Miranda y Vargas)	5	1	2	1	9
Aragua	1	1	1	-	3
Carabobo	2	-	-	-	2
Lara	-	-	1	1	2
Zulia	1	1	-	-	2
TOTAL	9	3	4	2	18

Tabla 5: Nombre de las Organizaciones según Área de Atención y Estado

ORGANIZACIÓN	
VIH	VIOLENCIA
Acción Solidaria / Gran Caracas *	ALAPLAF / Lara
ACCSI / Gran Caracas*	Casa de Abrigo Elisa Jiménez/INAMUJER / Gran Caracas *
ACIVA/Aragua	Casa de la Mujer de Lara / Lara
Alcaldía de Caracas / Gran Caracas*	Casa de la Mujer Juana Ramírez La Avanzadora / Aragua
ALVI / Carabobo	PLAFAM / Gran Caracas*
AMAVIDA / Zulia	AVESA / Gran Caracas*
Amigos de la Vida / Gran Caracas	-
Coordinación ITS/Sida / Aragua	-
Coordinación ITS/Sida / Zulia	-
MAVID / Carabobo	-
Mujeres en Positivo /Gran Caracas*	-
RVG+ / Gran Caracas	-

*Abarca Distrito Capital y los estados Miranda y Vargas.

En relación con la procedencia y tipo de atención de las organizaciones participantes se contó con un 50% proveniente de la Gran Caracas y 50% del interior del país.

Tabla 6: Relación de las Organizaciones participantes por tipo de atención y procedencia

Procedencia	Tipo de Atención		Total	
	VIH	Violencia	Frecuencia	%
Gran Caracas	6	3	9	50
Interior del país	6	3	9	50
Total	12	6	18	100

2.4 PROCEDIMIENTO

La metodología propuesta para este trabajo siguió los siguientes pasos:

2.4.1 Arqueo de Instituciones (OGs y ONGs) que trabajan con Mujeres y/o con VIH/Sida

Se realizó un sondeo de 40 instituciones entre Organizaciones Gubernamentales y No Gubernamentales que trabajan tanto con VIH/Sida como con mujeres víctimas de violencia. Posteriormente se establecieron las alianzas con 17 organizaciones y a cada una se les entregó de manera escrita un resumen del proyecto, y se les especificó el tipo de participación dentro del proceso de investigación, que sería:

- ✓ Suministro de datos cuantitativos de su institución sobre la atención a mujeres, siguiendo instrumento elaborado.
- ✓ Aplicación de instrumento de evaluación a mujeres, siguiendo instrumento elaborado.
- ✓ Convocatoria de las mujeres que participarían en los grupos focales.
- ✓ Gestión de sede para la realización de los grupos focales.
- ✓ Participación en la Jornada de cierre y presentación de resultados del proyecto.

2.4.2 Elaboración de Instrumentos de Obtención de Datos Cuantitativos

Se elaboraron los siguientes instrumentos:

- ✓ Uno (1) para la obtención de datos, dirigido a las organizaciones que trabajan con mujeres víctimas de violencia. (Anexo B).
- ✓ Uno (1) para la obtención de datos dirigido a las organizaciones que trabajan con VIH/Sida (Anexo C).
- ✓ Uno (1) para la recolección de datos de mujeres que viven con VIH/Sida (Anexo D).
- ✓ Uno (1) para la recolección de datos de mujeres que viven o han vivido situaciones de Violencia contra las mujeres (Anexo E).

El correspondiente a las Organizaciones solicitó información en cuanto a datos de identificación de las mismas, y concretamente lo relacionado a la interacción VIH-Violencia, su abordaje y capacitación de su personal para atender mujeres con estas condiciones.

Los elaborados para las mujeres abarcaron cuatro (4) áreas: datos sociodemográficos, información sobre VIH/Sida, información sobre violencia contra la mujer, y salud sexual y reproductiva.

Cada uno de los instrumentos, se entregó a 3 expertos, tanto en investigación como en los temas de VIH/Sida y Violencia contra las mujeres, a fin de obtener su validación. Posteriormente se realizaron las correcciones y modificaciones sugeridas.

2.4.3 Entrega de Instrumentos a Instituciones y Aplicación de Encuestas

Se hace llegar a cada una de las Organizaciones participantes los instrumentos elaborados, acompañados de la explicación para el registro y aplicación de los mismos. Se hace entrega a cada organización de:

- ✓ Un (1) ejemplar del Instrumento para la obtención de datos sobre la organización de acuerdo a su área de atención, y
- ✓ Entre 10 y 30 ejemplares del instrumento según la población de mujeres atendidas, a ser aplicado por el equipo de trabajo a las usuarias de sus servicios.

Se pautó un plazo de veinte (20) días para la devolución de los instrumentos respondidos. Este plazo fue cumplido por las organizaciones que atienden Violencia contra las mujeres, no ocurrió lo mismo con las organizaciones con atención en VIH para quienes la recolección de datos abarcó un período de dos meses. El retraso de estas organizaciones está asociado al bajo porcentaje de mujeres atendidas, tal y como se reflejará en el análisis correspondiente a las organizaciones.

En relación con la información de las organizaciones, se recibió un total de 14 encuestas, 8 de Organizaciones No Gubernamentales con trabajo en VIH y 6 con trabajo en atención a mujeres víctimas de violencia (4 Organizaciones No Gubernamentales y 2 Gubernamentales).

Tabla 7: Relación de Instituciones que entregaron Encuestas Organizacionales, agrupadas por tipo de atención

Organizaciones	Atención en:	
	VIH	Violencia
Acción Solidaria	✓	
ACIVA (Asociación Civil Impulso Vital Aragua)	✓	
ACCSI Acción Ciudadana Contra el Sida	✓	
ALVI (Asociación Luchemos por la Vida)	✓	
AMAVIDA (Asociación Civil pro defensa de los Derechos Humanos)	✓	
Amigos de la Vida	✓	
MAVID (Manos Amigas por la Vida)	✓	
Mujeres en Positivo por Venezuela	✓	
ALAPLAF (Asociación Larense de Planificación Familiar)		✓
AVESA		✓
Casa de la Mujer de Lara *		✓
Casa de Abrigo Elisa Jiménez *		✓
Casa de la Mujer Juana Ramírez La Avanzadora		✓
PLAFAM (Asociación Civil de Planificación Familiar)		✓
Total	8	6
	14	

* Organización Gubernamental

En relación a las encuestas a mujeres, se obtuvo un total de 150, desglosadas de la siguiente manera: 73 víctimas de violencia contra la mujer y 77 que viven con VIH/Sida.

Tabla 8: Relación del total de Encuestas a Mujeres por Organización y Condición de las Mujeres

Organizaciones	Condición de las mujeres	
	VIH	Violencia
Acción Solidaria	9	
ACCSI / RVG+	26	
AMAVIDA	9	
ALVI	8	
MAVID	9	
ACIVA	16	
ALAPLAF		25
PLAFAM		11
Casa de la Mujer de Lara		14
Casa de la Mujer Juana Ramírez La Avanzadora		14
AVESA/Casa de Abrigo Elisa Jiménez/INAMU/JER		9
Total	77	73
	150	

* ACCSI y la RVG+ (Red Venezolana de Gente Positiva) aunque con sede en Caracas, apoyaron el proyecto en la aplicación de las encuestas a las mujeres participantes en el III Encuentro Venezolano de Personas que viven con VIH/Sida, realizado en septiembre de 2006, en San Felipe, estado Yaracuy, con asistencia de mujeres de Caracas y del interior del país.

En cuanto a la procedencia de las mujeres encuestadas, se tiene que más del 75% proceden de diferentes estados del interior del país.

Tabla 9: Relación de Mujeres encuestadas según su condición y procedencia

Procedencia	Condición de las mujeres		Total	
	VIH	Violencia	Frecuencia	%
Gran Caracas	15	20	35	23,33
Interior del país	62	53	115	76,66
Total	77	73	150	100

2.4.4 Ejecución de Grupos Focales

El proyecto contemplaba en su diseño la aplicación de 6 grupos focales para 72 mujeres, 3 grupos de 12 mujeres víctimas de violencia, y 3 de 12 mujeres que viven con VIH.

Previo a la fase de ejecución propiamente dicha, se requirió de un proceso de selección y convocatoria de las participantes a los grupos focales, así como de lo relacionado con la contratación de aspectos logísticos (traslado y alojamiento de las investigadoras) asociados a la actividad. Sobre todo los que debían realizarse fuera del Área Metropolitana de Caracas (Aragua, Carabobo, Lara y Zulia).

La fase de selección y convocatoria en las mujeres que viven con VIH tardó más de lo previsto. Una constante durante todo el periodo de desarrollo del proyecto fue la dificultad para que estas mujeres que viven con VIH quisieran participar en los grupos. Muchas temían pasar por un proceso no autorizado de visibilidad (temor propio de la dinámica discriminatoria relacionada con el VIH en el país), conjuntamente con la problemática de con quién dejar a los hijos, qué decir en el trabajo y cómo cubrir los gastos de traslado a la actividad.

A fin de cumplir con la meta propuesta, se realizaron 2 grupos focales más, lo que da un total de 8 grupos focales en 5 estados, y se contó con la participación de 74 mujeres. Se desglosa a continuación la ejecución de cada grupo focal, el lugar y el número de participantes en cada uno.

Tabla 10: Relación de la ejecución Grupos Focales por tipo de grupo, lugar, organización colaboradora y número de participantes

Número	Tipo de Grupo	Lugar/organización colaboradora	Número de participantes
1	VIH	Valencia / ALVI	4
2	VIH	Maracaibo / AMAVIDA/Coordinación del Programa Regional Sida Min. Salud	8
3	Violencia	Barquisimeto / ALAPLAF	14
4	Violencia	Caracas / AVESA/INAMUJER (abarca los estados Miranda y Vargas)	10
5	VIH	Maracay /ACIVA y Coordinación ITS (en la facilitación del espacio)	11
6	Violencia	Maracay / Casa de la Mujer Juana Ramírez La Avanzadora	9
7	VIH	Caracas / Mujeres en Positivo por Venezuela /Maternidad Concepción Palacios (que abarca los estados Miranda y Vargas, en la facilitación del espacio)	8
8	VIH	Caracas / Mujeres en Positivo por Venezuela /Maternidad Concepción Palacios (abarca los estados Miranda y Vargas, en la facilitación del espacio)	10
TOTAL PARTICIPANTES			74

En cuanto a la procedencia de las mujeres participantes en Grupos Focales, se tiene que más del 60% proceden del interior del país.

Tabla 11: Relación de Mujeres participantes en los Grupos Focales según su Condición y Procedencia

Procedencia	Condición de las mujeres		Total	
	VIH	Violencia	Frecuencia	%
Gran Caracas	18	10	28	37,83
Interior del País	23	23	46	62,17
Total	41	33	74	100

Cada grupo focal tuvo una duración de dos horas a dos y horas y media (2 - 2,5 horas). Se realizó en ambiente privado y con sólo mujeres, se compartió un refrigerio y a cada participante le fue entregado un aporte económico para cubrir sus gastos de transporte.

Previo consentimiento de las participantes y asegurándoles la confidencialidad y el anonimato, se grabó la entrevista para la fácil recuperación de los aportes y se hizo registro fotográfico de la dinámica.

En cada una de las fases (inicio-desarrollo y cierre) intervinieron dos investigadoras, quienes hicieron de moderadoras, guías, facilitadoras y animadoras, promoviendo la participación activa de todas las mujeres para que expresaran su opinión. Esta técnica de entrevista grupal, abierta, flexible y a la vez estructurada, se realizó en espacio cerrado y protectorio de visibilidad para ambos grupos; se manejó con lenguaje coloquial, con todo el grupo en círculo para favorecer que las mujeres (actoras clave del proyecto), brindaran información valiosa sobre la temática, desenvolviéndose con libertad para expresarse y respeto a las diversas opiniones generadas en cuanto a los siguientes temas:

TEMAS EXPLORADOS			
Construcción de la Sexualidad	Vivencia de la Infección por VIH	Violencia contra las Mujeres y su relación con la Infección por VIH	Estrategias de Prevención

2.4.5 Procedimiento para la Recolección y Análisis de la Información

Todos los instrumentos respondidos fueron enviados a AVESA, donde se revisaron en su totalidad, a fin de determinar que cada ítem estuviese respondido. Se tomó el total de las encuestas en virtud de que estaban completas y previo al análisis se procedió a codificar y tabular la información. Estos datos fueron procesados de manera manual.

2.4.5.1 Instrumentos dirigidos a Organizaciones:

Con el fin de sistematizar la información de las 14 encuestas recibidas, se procedió a analizar los resultados, según dos grandes categorías:

- ✓ **Población atendida:** Población total atendida mensualmente y número de mujeres atendidas.
- ✓ **Relación entre Violencia contra las mujeres y VIH y su implementación en la organización:** Consideración de la interrelación de la violencia contra las mujeres con el VIH/Sida, actividades de la organización, existencia de protocolo de atención, existencia de directorio de instituciones, sistema de referencia y capacidad de atención.

Los resultados para cada categoría fueron comparados entre las Organizaciones del área de VIH con las de Violencia contra las mujeres.

2.4.5.2 Instrumentos dirigidos a Mujeres

Fueron respondidos por las propias mujeres, con ayuda del equipo de la organización a la que asistían, en la gran mayoría de los casos. Las 150 encuestas fueron analizadas por las siguientes categorías establecidas en cuanto a:

- ✓ **Datos Sociodemográficos:** Edad, nivel educativo, nivel socioeconómico, estado civil, religión, ocupación, ingreso mensual, participación en el ingreso familiar.
- ✓ **VIH:** Tiempo de infección/notificación, forma de notificación, tratamiento antirretroviral (ARV), atención recibida actualmente.
- ✓ **Violencia contra las Mujeres:** Violencia a lo largo de la vida, violencia actual.
- ✓ **Información, Evaluación y Atención en VIH y/o Violencia contra las Mujeres:** Nivel de información sobre el VIH (anterior y actual), exploración la violencia y el VIH en los servicios de atención a mujeres, atención en violencia y VIH y salud sexual y reproductiva.
- ✓ **Violencia contra las Mujeres y sus efectos en la Salud Sexual y Reproductiva:** Hijos, pareja, momento de iniciación de las relaciones sexuales, exámenes Gineco-obstétricos, uso de métodos anticonceptivos, uso del condón, relaciones sexuales, tratamiento antirretroviral (ARV), citas médicas, exámenes médicos.
- ✓ **Percepción de riesgo de Infección por VIH e ITS:** Protección ante el VIH, protección ante las ITS, riesgo de infección por VIH.

Los resultados para cada categoría, fueron comparados entre las Mujeres que viven con VIH y las que viven o han vivido Violencia contra las Mujeres.

2.4.5.3 Grupos Focales

Cada uno fue grabado y transcrito en su totalidad, para luego hacer un análisis descriptivo de las respuestas en relación con los temas manejados, de manera que permitieran visibilizar cómo es la interrelación de la Violencia contra las mujeres y el VIH/Sida en Venezuela. Se consideraron los 4 temas referidos, tomándose aquellos verbátums que permitieran determinar respuestas para la meta de visibilizar la relación VIH/Violencia y Mujer.

2.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este estudio respetó los principios éticos básicos que establece el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la OMS²⁷, en cuanto al respeto a la autonomía y búsqueda del bien.

En este sentido, se respetó la autonomía de las mujeres para participar tanto en las encuestas como en los grupos focales. Fueron informadas del objetivo y características del trabajo, se les solicitó permiso para grabar la información, y se les respetó la decisión de formar parte o no del registro fotográfico. Asimismo se aseguró el anonimato y la confidencialidad de la información, su uso exclusivo para los fines planteados, y se les aseguró el derecho a conocer los resultados.

Y en relación con la búsqueda del bien, los resultados obtenidos favorecerán las recomendaciones para mejorar la situación de vulnerabilidad de dichas mujeres.

Finalmente, los hallazgos permitieron realizar un Diagnóstico de la Interrelación entre el fenómeno de la Violencia contra las Mujeres y la Infección por VIH, llegando a un cuerpo de conclusiones y recomendaciones que permitirán un mayor reconocimiento, comprensión y sensibilización sobre la problemática VIH/Sida – Mujer – Violencia contra las mujeres, tanto para las organizaciones que trabajan en estos temas, como para las instancias tomadoras de decisiones sobre las políticas públicas en materia de salud sexual y reproductiva de nuestro país, y las propias mujeres venezolanas.

²⁷ Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas-Organización Mundial de la Salud (1993) en www.bases.bireme.br/ Consentimiento esclarecido, pág. 1



Capítulo III: RESULTADOS CUANTITATIVOS

3.1 ORGANIZACIONES ENCUESTADAS

3.1.1 Número de Mujeres que atienden mensualmente

De las Organizaciones encuestadas se tiene que sólo dos de ellas, una en el área de VIH y otra en el área de Violencia, tienen atención exclusiva a mujeres, éstas son: Mujeres en Positivo por Venezuela y la Casa de la Mujer Juana Ramírez “La Avanzadora”. En general, el porcentaje de atención a mujeres es mayor en las organizaciones en el área de Violencia en comparación con las de VIH.

En las Organizaciones de Violencia, se atiende tanto a la mujer, como a niños, niñas y adolescentes y en menor proporción a población masculina.

De las Organizaciones en VIH se obtuvo menor número de reportes, sólo una de las organizaciones no reportó sus estadísticas. En el resto se observa un bajo porcentaje de atención a mujeres, a excepción de Mujeres en Positivo, que es una organización dedicada a la atención exclusiva de mujeres que viven con VIH. Tradicionalmente, las organizaciones de VIH en Venezuela atienden en mayor medida a población masculina.

Tabla 12: Organizaciones Participantes y Total de Casos atendidos mensualmente

Organizaciones Participantes		Total Casos atendidos mensualmente	Total Mujeres atendidas mensualmente	%
VIH	Acción Solidaria	294	59	20
	Mujeres en Positivo	40	40	100
	AMAVIDA	26	7	27
	Amigos de la vida	30	2	6,6
	ACCSI	26	1	3,8
	MAVID	500	60	12
	ACIVA	No reportó casos		
	ALVI	15	1	6,66
Violencia	ALAPLAF	756	680	90
	Casa de la Mujer Larense	1030	600	58
	Casa de Abrigo "Elisa Jiménez"	9	3	33,33
	Casa de la Mujer Juana Ramírez "La Avanzadora"	325	325	100
	PLAFAM	1500	1425	95
	AVESA	80	16	25

3.1.2 Relación entre Violencia contra las Mujeres y VIH y su implementación en la Organización

Tanto en las organizaciones con trabajo en VIH como en las que atienden a mujeres víctimas de violencia, se observa que el 100 por ciento considera la violencia contra la mujer y el VIH como elementos asociados. Ambos grupos reflejan esta relación en la atención directa a los casos por encima del 60 por ciento.

Tabla 13: Tipo de Organización y actividades de atención relacionadas con Violencia contra las Mujeres

Tipo de Organización	Actividades	F	%
VIH	Atención directa a casos	5	62,5
	Contenido de Charlas, talleres, jornadas	6	75
	Material divulgativo	6	75
	Material educativo	4	50
	Todas las anteriores	0	0
	Ninguna	0	0
	Otra	0	0
Violencia	Atención directa a casos	4	66,6
	Contenido de Charlas, talleres, jornadas	5	83,3
	Material divulgativo	3	50
	Material educativo	0	0
	Todas las anteriores	1	16,66
	Ninguna	0	0
	Otra	Exámenes	

Del total de las organizaciones que trabajan con VIH, el 75 por ciento lo refleja en las charlas, jornadas y en material divulgativo, mientras que las organizaciones con trabajo en atención a las mujeres víctima de violencia, lo hacen en más de un 80 por ciento.

Tabla 14: Tipo de Organización e Instrumentos para la atención a Mujeres víctimas de la violencia

Tipo de Organización	Instrumentos	F	%
VIH	Protocolo de atención	2	25
	Directorio	5	62,5
	Sistema de Referencia	4	50
Violencia	Protocolo de atención	2	33,33
	Directorio	6	100
	Sistema de Referencia	5	83,33

Si bien ambos grupos señalan que atienden mujeres con VIH y en situación de violencia, el 75 % en el caso de las que trabajan con VIH, y 66,6 % de las que atienden a mujeres víctimas de violencia, señalan que no cuentan con un protocolo de atención o abordaje.

El 62,5% de las organizaciones que atienden mujeres con VIH cuentan con un directorio de atención a mujeres con violencia, en comparación con las de atención en violencia contra las mujeres, donde el porcentaje de las que cuenta con directorio en VIH es del 100%.

Puede observarse que es mayor el porcentaje de las organizaciones que atienden mujeres víctimas de violencia y que cuentan con un sistema de referencia de casos de VIH (83,3%), en comparación con las de Organizaciones en casos de violencia (50%).

Tabla 15: Tipo de Organización y Capacitación en atención a Mujeres víctimas de Violencia contra las Mujeres

Tipo de Organización	Capacitación	F	%
VIH	Detección/orientación casos de víctimas de violencia contra las mujeres	3	37,5
	Detección y remisión de casos de violencia contra las mujeres	5	62,5
	Brindar atención inicial a la víctima y remitir	3	37,5
	Atención integral en VIH y violencia contra las mujeres	2	25
Violencia	Detección/orientación riesgo de infección al VIH	5	83,33
	Detección y remisión de casos de mujeres que viven con VIH	3	50
	Brindar atención inicial a la mujer que vive con VIH y remitir	5	83,33
	Atención integral en VIH y violencia contra las mujeres	2	33,33

Resalta que ambos tipos de organización se encuentran capacitadas en Detección y remisión de casos (VIH – 62,5% y Violencia 83,33%), mas no en Atención integral que aborde tanto la Violencia contra las mujeres y el VIH; sólo un pequeño porcentaje señala estar capacitada para dicha atención integral.

En ambos tipos de Organizaciones, coincide el porcentaje de las que cuenta con protocolo de atención de casos, con el porcentaje de las que están capacitadas en Atención Integral. Esto es, 2 organizaciones en VIH (25%) y 2 organizaciones en Violencia (33,33%).

Si bien, las organizaciones participantes reconocen la interrelación entre la Violencia contra las mujeres y VIH, no reflejan de manera efectiva esta interrelación en todas sus actividades, no cuentan con las herramientas necesarias para hacerlo, ni están totalmente capacitadas para atención integral y orientación de casos.

3.2 MUJERES ENCUESTADAS

3.2.1 Datos Sociodemográficos.

3.2.1.1 Edad

La edad de las mujeres que participaron en las encuestas, es el primer dato significativo. Las participantes pertenecen a diversos grupos etáreos, con mayor número de mujeres jóvenes, tanto en el grupo de las que viven con VIH, como en las víctimas de Violencia.

En ambos grupos, el mayor porcentaje está ubicado entre los 28 y 37 años, con 28 mujeres que viven con VIH y 27 mujeres víctimas de violencia, para un total de 55 mujeres (36,67%).

En el caso de mujeres que viven con VIH, el siguiente grupo de edades más frecuente, es el de 38 a 47 años, con 25 encuestadas, que representa un 32,46% de ese grupo; mientras que en el caso de las mujeres víctimas de violencia, el siguiente grupo más frecuente es el de 18 a 27 años, donde se encuentran 24 encuestadas que representan un 32,9%.

Tabla 16: Edad de las Mujeres Participantes

Edades	Mujeres que viven con VIH		Mujeres que han vivido Violencia contra las mujeres		Totales	
	F	%	F	%	F	%
18 a 27 años	16	20,78	24	32,9	40	26,66
28 a 37 años	28	36,37	27	36,98	55	36,67
38 a 47 años	25	32,46	12	16,44	37	24,67
48 a 57 años	6	7,8	9	12,32	15	10
58 años y más	2	2,59	1	1,36	3	2
Total	77	100	73	100	150	100

Los reportes sobre la edad de infección por VIH más frecuente en Venezuela en el caso de la mujer, apuntan entre los 20 y 32 años, según datos del INAMUJER²⁸. Mientras que la violencia contra la mujer se puede encontrar a lo largo de toda la vida, desde los abusos sexuales en la infancia, la violencia en el noviazgo durante la adolescencia o la violencia de pareja en la vida adulta.

El que la edad más frecuente de las encuestadas esté entre los 28 y los 37 años, no significa que esta es la edad de infección para las mujeres que viven con VIH, ni el momento en que viven situaciones de violencia. En la misma encuesta se evalúa el tiempo de notificación de la infección, para el caso de las mujeres que viven con VIH; y si la violencia es actual o pasada para el caso de las mujeres que han vivido situaciones de violencia contra la mujer.

La edad actual de las mujeres encuestadas, parece estar más asociada al momento en que éstas acuden o entran en contacto con las instituciones de atención, en busca de ayuda y orientación.

De esto se infiere, que las mujeres víctimas de violencia acuden a edades más jóvenes a los centros de atención, mientras que las mujeres que viven con VIH lo hacen más tardíamente. Esto puede estar asociado a varios factores tanto individuales, de información de las instituciones, discriminación, entre otros, tal y como señalan diversos autores/as.^{29 30}

²⁸ LACCASO. Op Cit. (página 54)

²⁹ Cloet, R. Op cit. (página 77).

3.2.1.2 Nivel Educativo

El nivel educativo de las mujeres encuestadas es variado, va desde las que no tiene ningún nivel de instrucción educativa, hasta aquellas con postgrado completo. Esto indica que ni el problema de la infección por VIH, ni el problema de la Violencia contra las mujeres están asociados directamente a un nivel educativo específico.

Se encontró una mayor concentración de mujeres cuyo nivel educativo va desde Escuela Básica incompleta hasta Ciclo Diversificado completo, con muy pocas variaciones entre el grupo de mujeres que viven con VIH y las víctimas de violencia.

Se trata fundamentalmente, de mujeres con un nivel medio-bajo de instrucción, sin especialización profesional en la mayoría de los casos. Sólo 15 de ellas tiene un nivel Técnico Superior completo, y 18 con formación de tercer nivel; lo que representa sólo el 22% de la muestra.

Tabla 17: Nivel Educativo de las Mujeres Participantes

Nivel Educativo	Mujeres que viven con VIH		Mujeres víctimas de violencia		Totales	
	F	%	F	%	F	%
Ninguno	0	0	2	2,7	2	1,34
Educación preescolar	0	0	2	2,7	2	1,34
Básica incompleta	10	13	11	15,06	21	14
Básica completa	17	22,07	11	15,06	28	18,6
Ciclo diversificado incompleto	17	22,07	7	9,6	24	16
Ciclo diversificado completo	9	11,69	13	17,8	22	14,68
Técnico medio	7	9,09	4	5,5	11	7,34
Técnico Superior incompleto	3	3,89	4	5,5	7	4,67
Técnico Superior completo	6	7,8	9	12,4	15	10
Universitaria incompleta	3	3,89	4	5,5	7	4,67
Universitaria completa	5	6,5	5	6,82	10	6,67
Postgrado incompleto	0	0	0	0	0	0
Postgrado completo	0	0	1	1,36	1	0,69
Totales	77	100	73	100	150	100

El Informe Situacional de Personas viviendo con VIH/Sida en Venezuela³¹, que incluye hombres y mujeres que viven con VIH, muestra un mayor porcentaje de Técnicos superiores y profesionales; en comparación a los resultados obtenidos en la presente investigación. El agrupar hombres y mujeres a la hora de cuantificar los resultados, invisibiliza la real situación de la mujer en cuanto a Nivel Educativo se refiere, quien en su gran mayoría cuenta con un nivel medio-bajo de instrucción.

3.2.1.3 Nivel Socioeconómico

En la investigación se utilizaron las categorías de No Pobres, Pobreza No Extrema y Pobreza Extrema³², entendiendo a cada una de ellas como:

³⁰ ONUSIDA. Op cit (página 54)

³¹ Red Venezolana de Gente Positiva (2007) Informe Final del Estudio Diagnóstico Situacional de las Personas Viviendo con VIH/Sida en Venezuela (página 12)

³² Instituto Nacional de Estadística. (INE) Censo Poblacional 2001. www.ine.gov.ve

- **No Pobres:** Mujeres que satisfacen todas sus necesidades básicas, poseen vivienda adecuada que cuenta con todos los servicios básicos, tales como: electricidad, aguas servidas, aseo; y, viven menos de tres personas por habitación.
- **Pobreza No Extrema:** Mujeres que poseen una necesidad básica insatisfecha, de las mencionadas previamente.
- **Pobreza Extrema:** Mujeres con dos o más necesidades básicas insatisfechas, de las mencionadas inicialmente.

En las encuestas participaron: 88 mujeres que se ubicaron en la categoría No Pobres (58,65%), 52 lo hicieron en la categoría Pobreza No Extrema (34,65%) y 10 en situación de Pobreza Extrema (6,67%). No se aprecian diferencias entre los grupos de mujeres que viven con VIH y las víctimas de situaciones de violencia contra la mujer.

Tabla 18: Nivel Socioeconómico de las Mujeres Participantes

Nivel Socioeconómico	Mujeres que viven con VIH		Mujeres víctimas de violencia		Totales	
	F	%	F	%	F	%
No pobres	46	59,74	42	57,53	88	58,65
Pobres	26	33,77	26	35,61	52	34,65
Pobreza extrema	5	6,49	5	6,86	10	6,7
Totales	77	100	73	100	150	100

3.2.1.4 Estado Civil

El 35,34% de las encuestadas son solteras (53 en total, de las cuales 27 han sido víctimas de violencia y 26 viven con VIH). A este grupo le sigue un 20,66% de mujeres con Unión de Hecho o Concubinas (31 en total, 14 víctimas de violencia y 17 que viven con VIH). En estas dos condiciones de estado civil, no se aprecian diferencias significativas entre los grupos de mujeres encuestadas.

Las diferencias se presentan entre las Casadas, 21 de ellas son víctimas de violencia, y sólo hay 7 casadas de las que viven con VIH.

El grupo de mujeres que viven con VIH presenta mayor número de solteras, divorciadas, separadas o viudas (53) que las víctimas de violencia (38); y este último grupo por su parte, tiene mayor número de mujeres casadas o con unión de hecho (36).

De acuerdo a esto, las mujeres que viven con VIH tienden a mantenerse solas, y en caso de mantener relaciones de pareja, no lo hacen por la vía del matrimonio sino a través de las relaciones de hecho. Estos datos coinciden con los arrojados en el Informe Situacional de las PVVs en Venezuela³³, en donde se encontró igualmente un alto porcentaje de PVVs solteras, divorciadas o viudas. Por otra parte, las mujeres que han vivido situaciones de violencia, tienden en mayor medida a mantenerse casadas o con uniones de hecho, en la población encuestada.

³³ Red Venezolana de Gente Positiva. Op. Cit (página 11)

Tabla 19: Estado Civil de las Mujeres Participantes

Estado Civil	Mujeres que viven con VIH		Mujeres víctimas de violencia		Totales	
	F	%	F	%	F	%
Soltera	26	33,76	27	36,98	53	35,34
Casada	7	9,09	21	28,76	28	18,66
Unión de hecho	17	22,09	14	19,17	31	20,66
Divorciada	7	9,09	1	1,36	8	5,34
Separada	13	16,88	9	12,37	22	14,66
Viuda	7	9,09	1	1,36	8	5,34
Totales	77	100	73	100	150	100

3.2.1.5 Religión

Del total de mujeres encuestadas, 129 reconocen pertenecer a alguna religión (86%). De las 77 que viven con VIH, 73 reconocen su inclinación religiosa, esto es el 94,80% de las mismas. Mientras que de las 73 encuestadas víctimas de violencia, sólo 56 (76,71%) señalan su tendencia religiosa.

La condición de seropositividad al VIH, las implicaciones personales, familiares y sociales de vivir con VIH, pareciera influir en la búsqueda, pertenencia y vivencia de la religión como mecanismo de ayuda para vivir con el virus y mantener adecuada calidad y esperanza de vida. Esta misma opción parece no ser tan marcada en las mujeres víctimas de violencia.

La gran mayoría de las encuestadas se identifican como católicas, esto es, 104 mujeres, que representan el 69,34% del total. De éstas, hay un número mayor de católicas que viven con VIH, en comparación con las católicas que han sido víctimas de violencia contra la mujer, aunque las diferencias no son significativas.

La segunda opción más frecuente, es la de aquellas mujeres que no pertenecen a ninguna religión; estas son 21 mujeres, que representan el 14% del total. Aquí se aprecia un número significativamente mayor de mujeres que han sido víctimas de violencia que no pertenecen a ninguna religión. Y la tercera opción, es la religión Evangélica, con 16 mujeres, de las cuales 11 viven con VIH y 5 han sido víctimas de violencia.

Tabla 20: Religión de las Mujeres Participantes

Religión	Mujeres que viven con VIH		Mujeres víctimas de violencia		Totales	
	F	%	F	%	F	%
Ninguna	4	5,26	17	23,29	21	14
Católica	55	71,42	49	67,14	104	69,34
Evangélica	11	14,23	5	6,85	16	10,66
Protestante	1	1,3	0	0	1	0,66
Testigo de Jehová	1	1,3	1	1,36	2	1,34
Adventista	0	0	0	0	0	0
Otra	5	6,49	1	1,36	6	4
Totales	77	100	73	100	150	100

3.2.1.6. Ocupación

Es claro que la Ocupación más frecuente de las mujeres encuestadas es la de Ama de Casa, con 50 dedicadas exclusivamente a esta actividad, que representan un 33,33% del total.

Tabla 21: Ocupación de las Mujeres Participantes

Ocupación	Mujeres que viven con VIH		Mujeres víctimas de violencia		Totales	
	F	%	F	%	F	%
Ama de Casa	30	38,97	20	27,4	50	33,33
Estudiante sin trabajo	6	7,79	6	8,24	12	8
Estudiante con trabajo	4	5,19	9	12,33	13	8,66
Pensionada sin trabajo	3	3,89	0	0	3	2
Pensionada con trabajo	0	0	0	0	0	0
Incapacitada laboralmente	1	1,3	0	0	1	0,66
Empleada u obrera fija	6	7,79	7	9,59	13	8,66
Empleada u obrera contratada	5	6,49	8	10,96	13	8,66
Empleada u obrera ocasional	7	9,09	0	0	7	4,67
Trabajadora por cuenta propia	5	6,49	13	17,8	18	12
Patrona o empleadora	0	0	2	2,74	2	1,37
Cooperativista	0	0	1	1,36	1	0,66
Ayudante familiar	0	0	1	1,36	1	0,66
Servicio doméstico	2	2,6	2	2,74	4	2,67
Otra ocupación	8	10,4	4	5,48	12	8
Totales	77	100	73	100	150	100

A este grupo le siguen las Trabajadoras por cuenta propia, que son 18 mujeres, que representan sólo un 12% del total. Otras ocupaciones más frecuentes son las de Estudiante con y sin trabajo, que en conjunto suman 25 mujeres (16.66%), así como Empleada u obrera contratada, fija u ocasional, que sumadas dan 26 para un 17,32%.

Resalta el alto número de mujeres con ocupación doméstica o con actividades esporádicas que no generan estabilidad laboral ni económica, lo que pone en evidencia la condición subordinada de estas mujeres en la sociedad, quedando posiblemente con dependencia económica de la pareja o de la familia, o bien con una situación de marcada pobreza.

3.2.1.7 Ingreso Mensual

El 68,66% de las mujeres (103) posee ingresos económicos. De éstas, el mayor número 42,66% (64 mujeres) perciben ingresos inferiores a los 499.000,00 bolívares (el salario mínimo en Venezuela, a partir del 28 de abril de 2006 de acuerdo al Decreto Presidencial No. 4.446 y publicado en Gaceta Oficial No. 38.426, es de Bs. 512.325,00 lo que se traduce en US\$ 238,29 dólares americanos).

Por su parte, el 31,33% (47 mujeres) no posee ingreso económico. Tendencia que se mantiene en los dos grupos de mujeres encuestadas, sin apreciarse diferencias significativas entre ellas.

Sólo el 20,66% de las mujeres (31 mujeres) cuenta con ingresos económicos entre los 500.000,00 y 999.000,00 bolívares. Y apenas el 5,36% de las mujeres (8 mujeres) tiene ingresos económicos superiores al millón de bolívares.

El número de mujeres con Ningún ingreso concuerda significativamente con el número de mujeres Amas de Casa; sólo hay una diferencia de tres encuestadas quienes a pesar de ser Amas de Casa perciben algún ingreso económico, probablemente como aporte de algún otro miembro del grupo familiar o de la pareja.

Tabla 22. Ingreso Económico de las Mujeres Participantes

Ingreso económico	Mujeres que viven con VIH		Mujeres víctimas de violencia		Totales	
	F	%	F	%	F	%
Ninguno	30	38,97	17	23,28	47	31,33
Menos de Bs. 499.000,00	30	38,97	34	46,59	64	42,66
Entre Bs. 500.000,00 y Bs. 999.000,00	14	18,18	17	23,28	31	20,66
Entre Bs. 1.000.000,00 y Bs. 1.499.000,00	2	2,59	3	4,1	5	3,34
Entre Bs. 1.500.000,00 y Bs. 1.999.000,00	1	1,29	0	0	1	0,67
Más de Bs. 2.000.000,00	0	0	2	2,75	2	1,34
Totales	77	100	73	100	150	100

3.2.1.8 Participación en el Ingreso Familiar

Del total de mujeres encuestadas, 54 (36%) no cuentan con ingreso económico para aportar al grupo familiar, mientras que 87 (64%) de ellas participan en alguna medida en la economía familiar. De las que tienen participación en el Ingreso familiar, 30 de ellas cubren el 100% de los gastos (20%) del hogar, 7 aportan menos del 100% (4,67%), 24 aportan el 50% de los gastos (16%) y 26 cubren menos de este 50% (17,33%). No se aprecian diferencias significativas en la población de mujeres que viven con VIH y las que han vivido situaciones de Violencia.

Tabla 23: Participación de las Mujeres en el Ingreso Familiar

Participación en el ingreso familiar	Mujeres que viven con VIH		Mujeres víctimas de violencia		Totales	
	F	%	F	%	F	%
Sin ingreso que aportar (0%)	30	38,96	24	32,88	54	36
Menos del 50% del ingreso familiar	14	18,19	12	16,44	26	17,33
El 50% del ingreso familiar	11	14,28	13	17,8	24	16
Menos del 100% del ingreso familiar	3	3,89	4	5,48	7	4,67
El 100% del ingreso familiar	15	19,49	15	20,55	30	20
No sabe/No respondió	4	5,19	5	6,85	9	6
Totales	77	100	73	100	150	100

Los resultados obtenidos a Nivel Sociodemográfico apuntan a que las mujeres encuestadas son fundamentalmente jóvenes, con nivel educativo medio-bajo, escasa calificación profesional y laboral, con ingresos económicos que no les permiten cubrir la totalidad de sus necesidades básicas.

No se evidencian diferencias significativas entre las Mujeres que viven con VIH y las Mujeres víctimas de violencia en los diversos aspectos encuestados a nivel sociodemográficos. Son simplemente mujeres venezolanas con una gran vulnerabilidad económica y social.

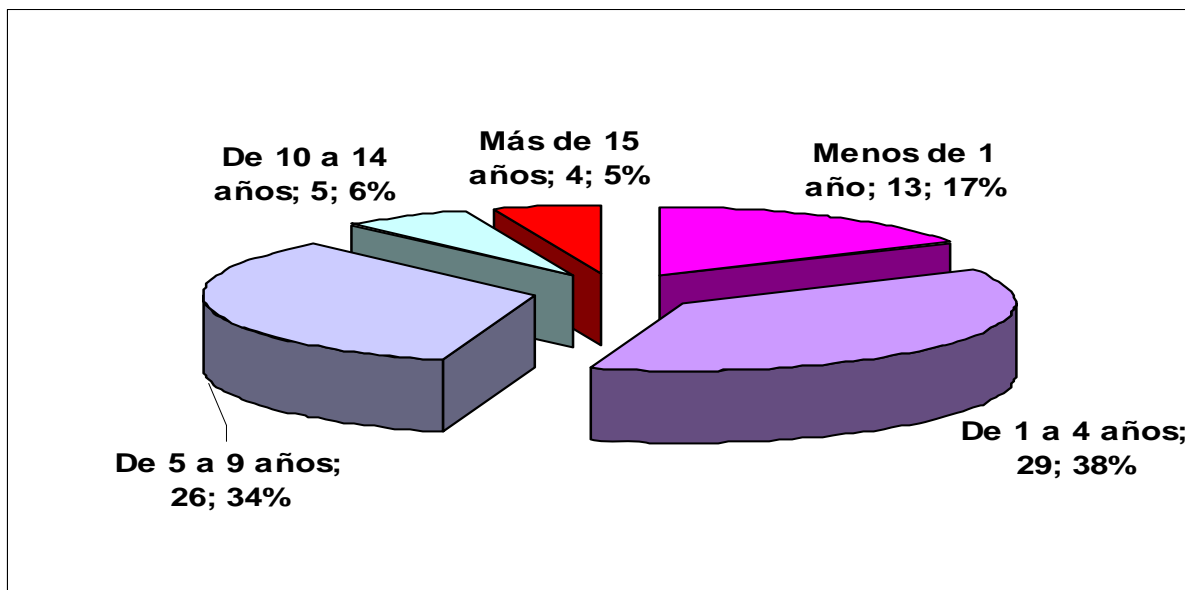
3.2.2 VIH

3.2.2.1 Tiempo de Infección/Notificación

El mayor número de las Mujeres encuestadas que viven con VIH, tienen un período entre 1 a 4 años de notificación del diagnóstico (29 para un 38%), seguido de aquellas que tienen de 5 a 9 años (26 para el 34%). Vemos que son notificaciones recientes, en su mayoría con menos de 10 años. Estos datos coinciden con los obtenidos en el Diagnóstico Situacional de Personas Viviendo con VIH/Sida en Venezuela³⁴.

Al comparar este dato, con la edad de las encuestadas (Tabla 16), se deduce que la edad en que fueron notificadas del diagnóstico del VIH debe estar por el orden de los 20 a 38 años en la mayoría de ellas.

Gráfico 5: Tiempo de Infección / Notificación de la Infección por VIH a las Mujeres Participantes



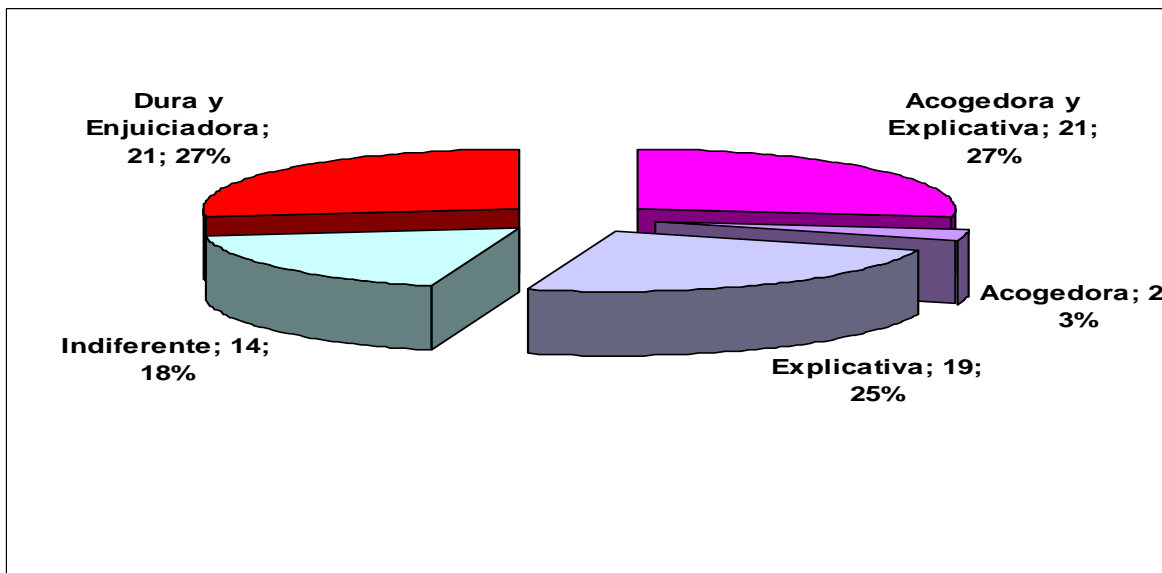
3.2.2.2 Forma de Notificación

En el grupo de mujeres que viven con VIH encuestadas no se aprecia una tendencia única en cuanto a la forma de notificación del diagnóstico. Hay 21 (27%) mujeres que califican la notificación de Dura y enjuiciadora, y el mismo número que la califican de Acogedora y explicativa (27%). Por otra parte, 19 (25%) la califican de Explicativa, 14 (18%) de Indiferente y 2 (3%) de Acogedora.

Esta diversidad en cuanto a la forma de notificación del diagnóstico, puede estar asociada a: (a) carencia de protocolos únicos en los diversos centros de salud para la atención de los/as PVVs en general y para la forma de notificación en particular, (b) personal capacitado y formado en unas instituciones y no en otras, de manera que las herramientas individuales del/la profesional que atiende el caso determina el abordaje del mismo, y/o (c) aún existe discriminación y prejuicios en prestadores/as de servicios de salud, aspectos que determinan su abordaje a las PVVs.

³⁴ Red de Gente Positiva. Op Cit (página 14)

Gráfico 6: Formas de Notificación de la Infección por VIH en las Mujeres Participantes



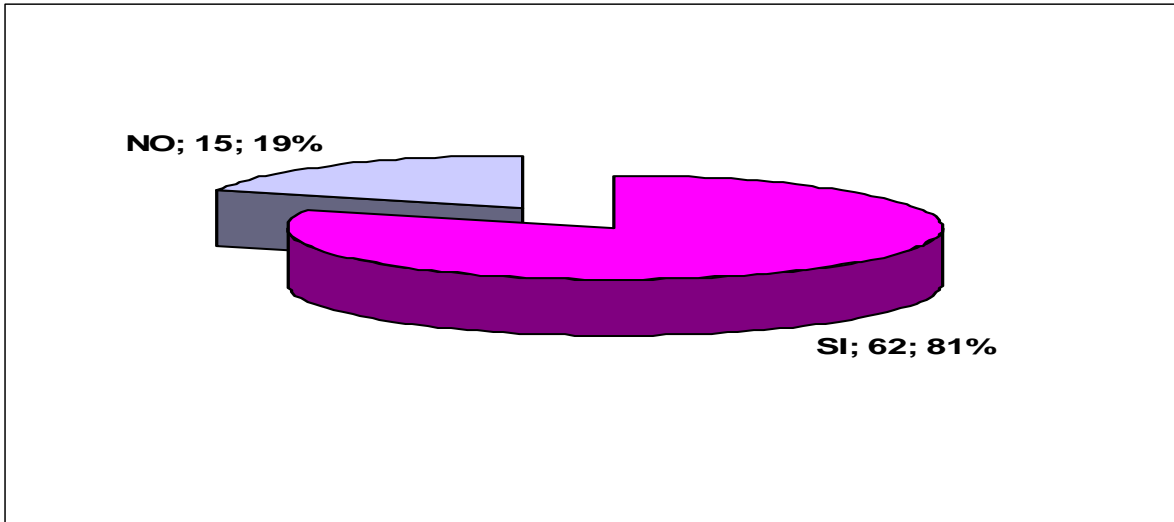
3.2.2.3 Tratamiento Antirretroviral

El mayor número de mujeres encuestadas tiene Indicación de tratamiento Antirretroviral (62, que constituyen el 81%). Es un elevado número de mujeres jóvenes, en edad productiva, que ameritan el suministro de la medicación antirretroviral para mantener un adecuado estado de salud y garantizar un mayor período y calidad de vida.

Es notorio este elevado número y caben ciertas interrogantes ¿Por qué tantas mujeres necesitan la medicación antirretroviral? ¿Ocurrirá lo mismo en la población masculina? ¿Serán las condiciones de vida las que están determinando un deterioro en su salud? Interrogantes estas, que requieren ser aclaradas para obtener una mayor comprensión del problema.

La descripción sociodemográfica de las mujeres encuestadas reveló una gran vulnerabilidad social y económica. Si a esta vulnerabilidad se le suma la vulnerabilidad física por su estado de salud, se acrecienta aún más su condición de dependencia y subordinación social.

Gráfico 7: Número de Mujeres Participantes con Tratamiento Antirretroviral

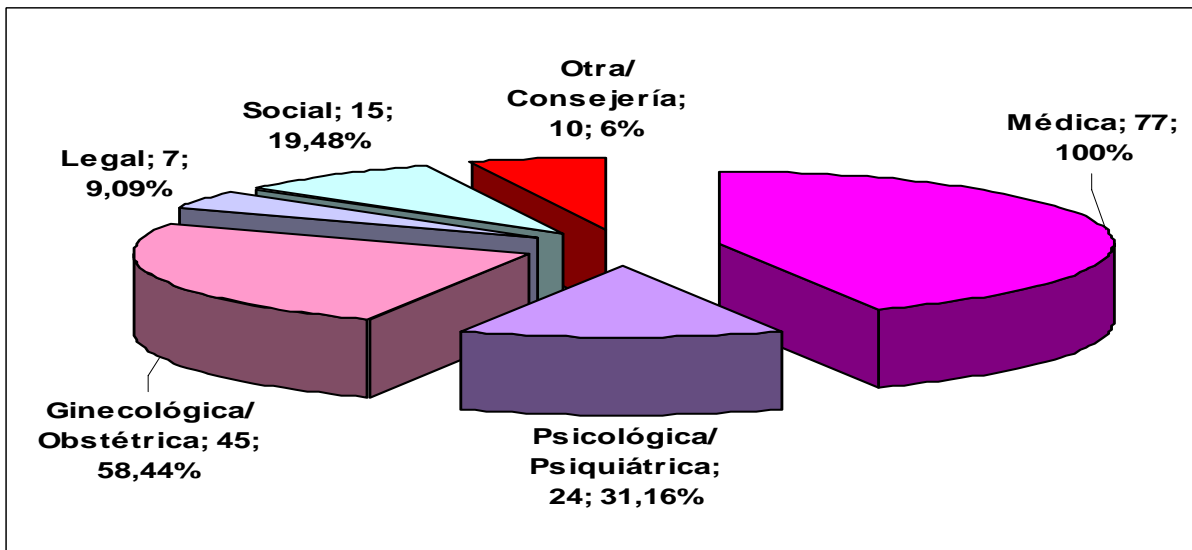


3.2.2.4 Atención recibida actualmente

El total de Mujeres que viven con VIH recibe atención médica actualmente (77 que es el 100%) y más de la mitad (45, 58,44%) tienen atención ginecológica/obstétrica. En una cantidad significativamente menor, reciben atención Psicológica/Psiquiátrica, social, legal o consejería.

Impresiona que la atención se dirija fundamentalmente a su estado de salud física, con poco abordaje de aspectos emocionales, legales o sociales. Aspectos que pueden haber incidido en las causas de la infección o pueden estar afectando directa o indirectamente su condición de vida y de salud actual. En definitiva, no reciben una atención integral acorde a su condición de VIH positivo.

Gráfico 8: Tipo de Atención que han recibido las Mujeres Participantes



3.2.3 Violencia contra las Mujeres

Es significativo el número de mujeres encuestadas que señalan haber vivido alguna forma de Violencia a lo largo de la vida, son 107 de un total del 150 (71,33%). Hay que destacar, que la violencia contra las mujeres es identificada por ambos grupos. Es reconocida por las mujeres que asisten a organizaciones que abordan esta problemática, pero también por aquellas que viven con VIH.

Tabla 24: Relación Violencia contra las Mujeres a lo largo de la vida y actual

		Mujeres que viven con VIH		Mujeres víctimas de Violencia		Totales	
		F	%	F	%	F	%
Violencia a lo largo de la Vida	Si	46	30,66	61	71,33	107	71,33
	No	31	20,67	9	6	40	26,67
	No sabe/ No contestó	0	0	3	2	3	2
Violencia actual	Si	13	16,89	36	49,32	49	32,67
	No	64	83,11	33	45,21	97	64,67
	No sabe/ No contestó	0	0	4	5,47	4	2,667

Al identificar el tipo de violencia vivido a largo de la vida, hay una clara tendencia a reconocer la violencia de pareja vivida por la propia mujer encuestada (28 mujeres viven con VIH y 56 mujeres víctimas de violencia), seguida de la violencia que vieron en sus padres (13 mujeres que viven con VIH y 14 mujeres víctimas de violencia).

Luego se encuentra el Maltrato Infantil y el Acoso Sexual, y en tercer y cuarto lugar están la Violencia sexual y el Abuso sexual infanto juvenil.

Es en la categoría Violencia de pareja actual, en la que se evidencian diferencias marcadas entre los grupos, con un número mayor de mujeres víctimas de violencia (56) en comparación con las mujeres que viven con VIH (28).

Tabla 25: Formas de Violencia a lo largo de la vida y actualmente de las Mujeres

	Formas de Violencia	Mujeres que viven con VIH		Mujeres víctimas de Violencia	
		F	%	F	%
Violencia a lo largo de la vida	Violencia de Pareja	28	36,36	56	76,71
	Violación Sexual	3	3,89	8	10,95
	Acoso Sexual	7	9,09	9	12,33
	Abuso Sexual Infanto Juvenil	2	2,59	6	8,21
	Violencia de Pareja (padres)	13	16,88	14	19,17
	Maltrato Infantil	5	6,49	11	15,09
	Otros	3	3,89	2	2,73
Violencia actual	Violencia de Pareja	8	10,38	30	41,09
	Violación Sexual	1	1,29	1	1,36
	Acoso Sexual	2	2,59	2	2,73
	Abuso Sexual Infanto Juvenil	0	0	0	0
	Violencia de Pareja (padres)	2	2,59	8	10
	Maltrato Infantil	0	0	2	2,73
Otros	1	1,29	5	9,5	

3.2.4 Información, Evaluación y Atención en VIH y/o Violencia contra las Mujeres

3.2.4.1 Nivel de Información sobre el VIH (anterior – actual)

En cuanto al Nivel de información sobre el VIH de las Mujeres que han sido víctimas de violencia, los porcentajes se inclinan entre dos categorías: Escaso (43,83%) y Bastante (47,94%), sin diferencias significativas entre ellas.

Las mujeres que viven con VIH muestran diferencias notables entre el Nivel de Información antes y después del diagnóstico de VIH. Antes del Dx señalan en su mayoría (51,94%) Ningún nivel de información, mientras que después del Dx la balanza se inclina a la categoría Bastante (59,74%).

Es notable la cantidad de mujeres que viven con VIH que señalan tener Ninguno y Escaso Nivel de información.

Tabla 26: Nivel de Información sobre el VIH de las Mujeres Participantes

	Nivel de Información sobre el VIH	F	%
Mujeres víctimas de Violencia	Ninguno	6	8,21
	Escaso	32	43,83
	Mediano	0	0
	Bastante	35	47,94
Mujeres con VIH antes del Dx	Ninguno	40	51,94
	Escaso	21	27,27
	Mediano	13	16,88
	Bastante	3	3,89
Mujeres con VIH después del Dx	Ninguno	1	1,29
	Escaso	6	7,79
	Mediano	24	31,16
	Bastante	46	59,74

3.2.4.2 Exploración de la Violencia y del VIH en los servicios de atención a Mujeres

La mayor cantidad de mujeres que viven con VIH reportaron que en sus casos NO fueron explorados antecedentes de Violencia contra las mujeres en los diversos centros de atención (54,56%). Sólo un 35,06% reconoce que SI fueron explorados tales antecedentes, y los servicios de atención donde esta exploración se realizó corresponde en mayor medida a los de Atención Médica (16,88%) y Social (16,88%).

Tabla 27: Exploración de la Violencia contra las Mujeres en los centros de atención a las Mujeres que viven con VIH

Exploración de la Violencia contra las mujeres en los centros de atención a las mujeres que viven con VIH			Servicio donde se hizo la exploración		
	F	%		F	%
SI	27	35,06	Médico	13	16,88
			Psicológico/Psiquiátrico	2	2,59
			Gineco/Obstétrico	6	7,79
			Legal	3	3,89
			Social	13	16,88
			Otro	1	1,28
NO	42	54,56			
No sabe/ No contestó	8	10,38			
Totales	77	100			

Por su parte, el 84,91% de las mujeres víctimas de violencia señalan que en sus casos NO se exploraron antecedentes de ITS o VIH en los centros de atención. Sólo un 12,36% señala que la exploración SI fue realizada, y fundamentalmente en Servicios Gineco-obstétricos.

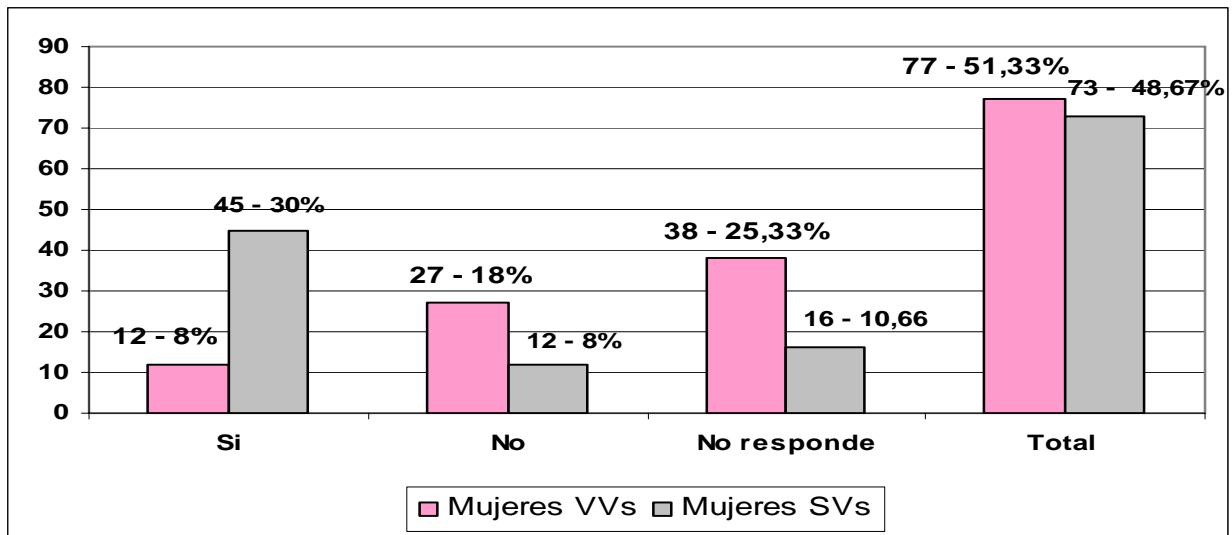
Tabla 28: Exploración de Antecedentes de ITS o VIH en los centros de atención a las Mujeres Víctimas de Violencia

Exploración de Antecedentes de ITS o VIH en los centros de atención, a las mujeres víctimas de Violencia			Servicio donde se hizo la exploración		
	F	%		F	%
SI	9	12,36	Médico	3	4,1
			Psicológico/Psiquiátrico	2	2,73
			Gineco/Obstétrico	7	9,58
			Legal	1	1,36
			Social	2	2,73
			Otro	0	0
NO	62	84,91			
No sabe/ No contestó	2	2,73			
Totales	73	100			

El 38% de las mujeres encuestadas considera que la atención recibida en los diversos servicios SI mejora su salud sexual y reproductiva; de éstas el 30% son víctimas de violencia y sólo el 8% viven con VIH. Por otra parte, un 26% considera que esta atención NO mejora su salud sexual y reproductiva; de éstas el 18% viven con VIH y 8% son víctimas de violencia. Hay un grupo significativo de mujeres que No saben o no contestan esta pregunta.

Se aprecian dos tendencias: las mujeres víctimas de violencia tienden a valorar positivamente los servicios de atención, mientras que las mujeres VIH tienden a valorarlos negativamente.

Gráfico 9: Valoración de los Servicios de Atención por las Mujeres Participantes



3.2.5 Salud Sexual y Reproductiva de las Mujeres

3.2.5.1 Pareja

El 56% de las mujeres encuestadas mantiene relación de pareja actual. De éstas, el 24,67% viven con VIH y el 31,33% ha sido víctima de violencia. En cuanto a la condición de seropositividad al VIH de su pareja, 21 mujeres que viven con VIH (14%) señalan que sus parejas tienen la misma condición serológica. Mientras que en el grupo de mujeres víctimas de violencia, encontramos un 22% que señalan que su pareja es seronegativa al VIH, y llama la atención un 4,66% que indica que su pareja es seropositiva.

Tabla 29: Relación de Pareja de las Mujeres Participantes

Pareja actual							Condición de seropositividad de la pareja				
	Mujeres que viven con VIH		Mujeres víctimas de Violencia		Total		Mujeres que viven con VIH		Mujeres víctimas de Violencia		
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	
Si	37	24,67	47	31,33	84	56	Seropositiva	21	14	7	4,665
							Seronegativa	9	6	33	22
							No sabe/ No contestó	7	4,67	7	4,665
No	40	26,67	26	17,33	66	44					

3.2.5.2 Hijos/as

De las 150 mujeres encuestadas 122 tienen hijos/as, esto es un 80% del total. Tienen hijos/as tanto las que viven con VIH como las que han vivido situaciones de violencia. Se aprecia un número ligeramente

mayor de mujeres que viven con VIH que NO tienen hijos/as, lo que puede estar asociado al temor de transmisión vertical del virus o al no tener relación de pareja.

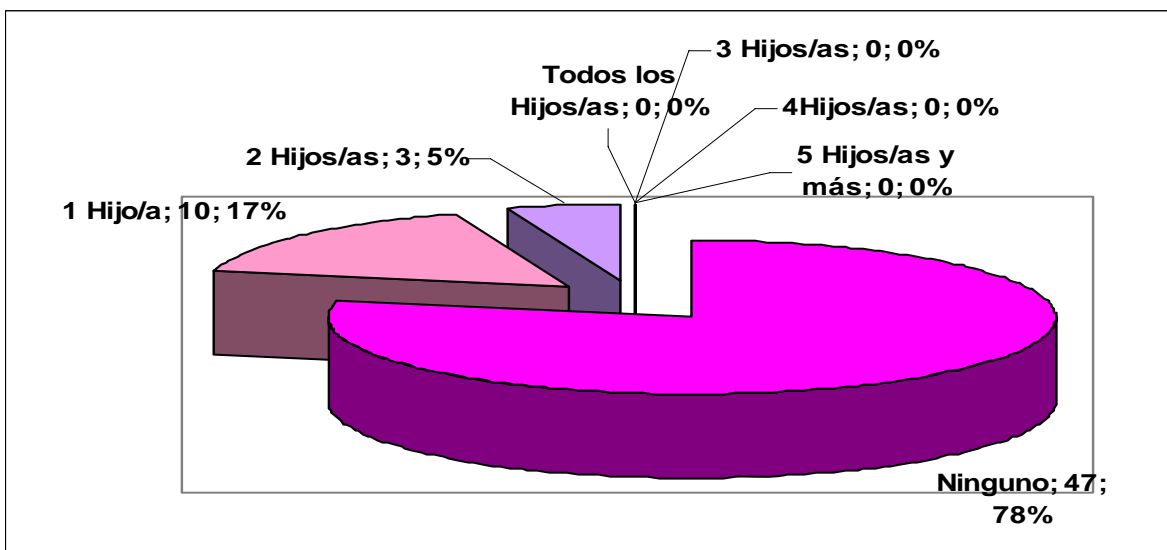
El número de hijos/as es variado, con mayor tendencia en ambos grupos a tener entre dos y tres hijos/as. No se aprecian diferencias marcadas entre el número de hijos/as de uno u otro grupo de mujeres.

Tabla 30: Número de Hijos/as de las Mujeres participantes

Mujeres que viven con VIH						Mujeres víctimas de violencia					
Mujeres e Hijos/as			Número de Hijos/as			Mujeres e Hijos/as			Número de Hijos/as		
	F	%		F	%		F	%		F	%
Si	60	40	1Hijo/a	13	16,88	Si	62	41,33	1Hijo/a	15	20,55
			2 Hijos/as	17	22,07				2 Hijos/as	20	27,39
			3 Hijos/as	18	23,37				3 Hijos/as	14	19,17
			4 Hijos/as	6	7,79				4 Hijos/as	11	15,06
			5 Hijos/as y más	6	7,79				5 Hijos/as y más	2	2,73
No	17	11,33				No	11	7,34			
Totales	77	51,33				Totales	73	48,67			

En el 78% de las mujeres que viven con VIH Ninguno de sus hijos/as es portador del VIH. Existe un 17% con un hijo/a seropositivo/a al VIH y un 5% con 2 hijos/as con esta misma condición.

Gráfico 10: Número de Hijos/as que viven con VIH de las Mujeres



3.2.5.3 Realización de Exámenes y Pruebas

La Evaluación Ginecológica es el examen que las mujeres víctimas de violencia encuestadas se realizan en mayor medida; todas lo conocen (ninguna mujer marcó la respuesta No sabe/No contestó) y el porcentaje de mujeres que Nunca se lo ha realizado es el más bajo (5,47%) en comparación con las

otras pruebas; el mayor número de mujeres se ha realizado esta evaluación en un lapso entre 1 y 6 meses (54.79%).

De las pruebas de laboratorio asociadas a ITS y VIH la más conocida es el VDRL (sólo 8,24% señala No sabe/ No contestó), seguida de la prueba ELISA (27,39% Ns/Nc) y por último, la menos conocida es el Western Blot (36,98%). Un 27,39% de estas mujeres Nunca se ha realizado una prueba de VDRL, el 42,46% Nunca se ha realizado una prueba ELISA, y el 58,94% Nunca se ha realizado un Western Blot.

De acuerdo a estos datos, las mujeres víctimas de violencia están menos informadas y/o se realizan menor número de pruebas y exámenes para detectar ITS, en comparación a pruebas y exámenes que abordan otras áreas de su salud sexual y reproductiva.

Tabla 31: Exámenes Médicos y de Laboratorio practicados a las Mujeres víctimas de violencia

Exámenes Médicos y de Laboratorio practicados a Mujeres víctimas de violencia					
Evaluación Ginecológica			Elisa		
	F	%		F	%
Nunca	4	5,47	Nunca	31	42,46
Entre 1 y seis meses	40	54,79	Entre 1 y seis meses	4	5,47
Entre 7 meses y 1 año	16	21,93	Entre 7 meses y 1 año	6	8,24
Entre 13 meses y años	9	12,34	Entre 13 meses y años	2	2,75
Hace más de 2 años	4	5,47	Hace más de 2 años	10	13,69
No sabe/ No contestó	0	0	No sabe/ No contestó	20	27,39
VDRL			Western Blot		
	F	%		F	%
Nunca	20	27,39	Nunca	43	58,94
Entre 1 y seis meses	15	20,51	Entre 1 y seis meses	1	1,36
Entre 7 meses y 1 año	16	21,93	Entre 7 meses y 1 año	1	1,36
Entre 13 meses y años	6	8,24	Entre 13 meses y años	0	0
Hace más de 2 años	10	13,69	Hace más de 2 años	1	1,36
No sabe/ No contestó	6	8,24	No sabe/ No contestó	27	36,98

3.2.5.3 Toma de Decisiones sobre la Salud Sexual y Reproductiva

En la mayoría de las áreas exploradas en materia de salud sexual y reproductiva, las mujeres refieren tomar Decisiones Propias, sin diferencias significativas entre los grupos; excepto en dos casos: (1) para el caso del Uso del condón, donde las Mujeres que viven con VIH lo consideran una Decisión Propia en un 29,88% mientras que para las mujeres víctimas de violencia es una decisión De ambos en un 20,55% (2) para el Tratamiento antirretroviral, en donde las mujeres que viven con VIH lo consideran Decisión propia en un 64,95%, mientras que las mujeres víctimas de violencia No saben o No contestaron en un 75,37%

Las diferencias marcadas entre los grupos referidas al Uso del condón pueden estar asociadas a los cambios en la conducta sexual de las mujeres que viven con VIH luego de ser diagnosticadas, y esta Decisión propia sobre el Uso del condón es tomada recientemente, luego del diagnóstico.

La Decisión Propia que tiene mayor porcentaje de mujeres es la referida a los Exámenes Gineco – obstétricos, pareciera que es la decisión que las mujeres toman solas con mayor facilidad, está seguida del Uso de Métodos anticonceptivos. La Iniciación de las relaciones sexuales, el Tener relaciones

sexuales y el Tener hijos/as, aunque son consideradas en mayor porcentaje como Decisiones propias de las mujeres, este porcentaje compite cercanamente con aquellas mujeres que piensan que son Decisiones de ambos.

Tabla 32: Toma de Decisión sobre Salud Sexual y Reproductiva en las Mujeres Participantes

Toma de Decisión sobre salud sexual y reproductiva en las mujeres		Mujeres que viven con VIH		Mujeres víctimas de Violencia	
		F	%	F	%
Tener Hijos/as	Decisión Propia	32	41,56	27	36,98
	De su pareja	6	7,79	16	21,93
	De ambos	23	29,88	18	24,66
	De la familia	0	0	0	0
	Sin decisión	6	7,79	5	6,86
	Otro	1	1,29	1	1,36
	No sabe/No contestó	9	11,69	6	8,21
Exám. Gineco/Obstétricos	Decisión Propia	56	72,76	57	78,09
	De su pareja	1	1,29	4	5,48
	De ambos	2	2,59	5	6,86
	De la familia	0	0	0	0
	Sin decisión	3	3,89	1	1,36
	Otro	2	2,59	0	0
	No sabe/No contestó	13	16,88	6	8,21
Uso del condón	Decisión Propia	23	29,88	13	17,81
	De su pareja	11	14,28	14	19,17
	De ambos	18	23,34	15	20,55
	De la familia	0	0	0	0
	Sin decisión	10	12,98	9	12,34
	Otro	2	2,59	1	1,36
	No sabe/No contestó	13	16,88	21	28,77
Uso del Tratam. antirretroviral	Decisión Propia	50	64,95	10	13,69
	De su pareja	0	0	1	1,36
	De ambos	2	2,59	1	1,36
	De la familia	0	0	0	0
	Sin decisión	7	9,09	5	6,86
	Otro	4	5,19	1	1,36
	No sabe/No contestó	14	18,18	55	75,37

Toma de Decisión sobre salud sexual y reproductiva en las mujeres		Mujeres que viven con VIH		Mujeres víctimas de Violencia	
		F	%	F	%
Iniciación relac. sexuales	Decisión Propia	36	46,8	24	32,87
	De su pareja	8	10,38	21	28,78
	De ambos	18	23,34	16	21,93
	De la familia	0	0	0	0
	Sin decisión	2	2,59	1	1,36
	Otro	1	1,29	0	0
	No sabe/No contestó	12	15,6	11	15,06
Uso Métodos Anticonceptivos	Decisión Propia	32	41,56	36	49,33
	De su pareja	2	2,59	7	9,58
	De ambos	10	12,98	13	17,81
	De la familia	0	0	1	1,36
	Sin decisión	12	15,6	5	6,86
	Otro	3	3,89	0	0
	No sabe/No contestó	18	23,34	11	15,06
Tener Relaciones Sexuales	Decisión Propia	35	45,47	19	26,02
	De su pareja	5	6,49	18	24,66
	De ambos	17	22,07	18	24,66
	De la familia	0	0	0	0
	Sin decisión	7	9,09	6	8,21
	Otro	0	0	0	0
	No sabe/No contestó	13	16,88	12	16,45

3.2.6 Violencia contra las Mujeres y sus efectos en la Salud Sexual y Reproductiva

Los efectos de la Violencia en la salud sexual y reproductiva son reconocidos fundamentalmente por las mujeres víctimas de violencia, con porcentajes más elevados en las categorías: Tener relaciones sexuales, Número de hijos, Tener hijos. En la categoría Protegerte de las ITS hubo el mismo porcentaje que consideraba que la violencia SI tenía efectos, que las que consideraban que NO tenía efectos en la salud sexual y reproductiva.

Si bien un porcentaje de las mujeres que viven con VIH SI consideraron los efectos de la violencia en la salud sexual y reproductiva, en todas las categorías, este porcentaje siempre fue superado por el de aquellas que respondieron NO, o por las que No saben/No contestó.

Tabla 33: Efectos de la Violencia contra las Mujeres en la Salud Sexual y Reproductiva

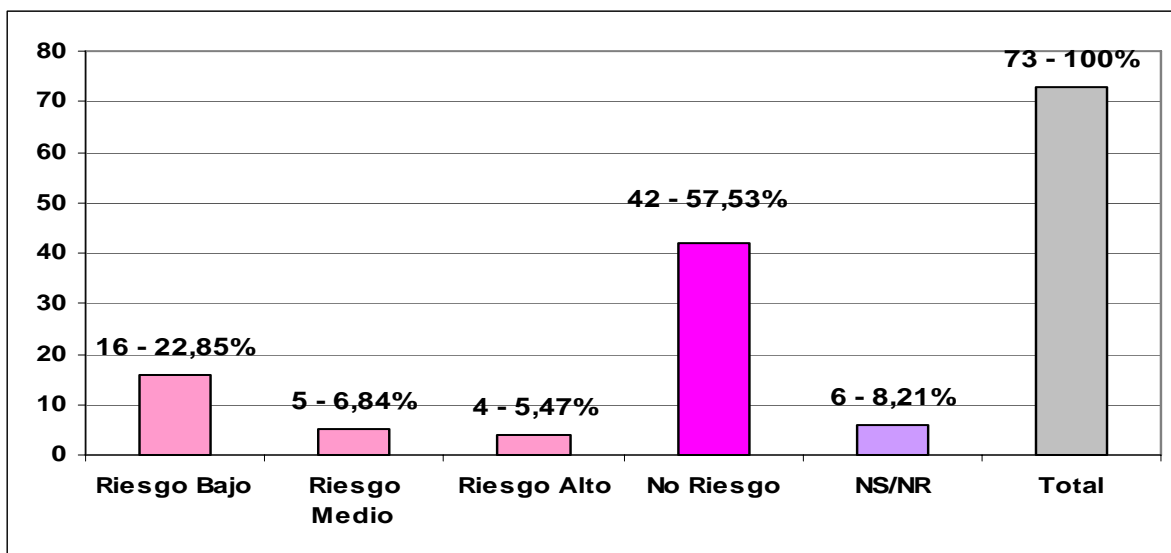
La violencia vivida limita o limitó en...		Mujeres que viven con VIH		Mujeres víctimas de Violencia	
		F	%	F	%
Tener Relac. Sexuales	Si	23	29,87	39	53,42
	No	28	36,36	24	32,88
	No sabe/No contestó	26	33,77	10	13,7
Número de Hijos/as	Si	14	18,18	32	43,84
	No	26	33,77	24	32,88
	No sabe/No contestó	37	48,05	17	23,28
Uso Mét. Anticept.	Si	14	18,18	24	32,88
	No	27	35,06	30	41,09
	No sabe/No contestó	36	48,04	19	26,03
Realizac. Exámenes Médicos	Si	12	15,59	15	20,55
	No	27	35,06	41	56,16
	No sabe/No contestó	38	49,35	17	23,29
Protegerse de las ITS	Si	26	33,77	26	35,65
	No	22	28,57	26	35,65
	No sabe/No contestó	29	37,66	21	28,7
Tener Hijos/as	Si	14	18,18	32	43,84
	No	26	33,77	24	32,88
	No sabe/No contestó	37	48,05	17	23,28
Uso del Condón	Si	20	25,97	22	30,14
	No	24	31,17	33	45,2
	No sabe/No contestó	33	42,86	18	24,66
Asistir a citas médicas	Si	15	19,48	17	23,29
	No	24	31,17	41	56,16
	No sabe/No contestó	38	49,35	15	20,54
Protegerse del VIH	Si	25	32,46	24	32,88
	No	21	27,27	28	38,36
	No sabe/No contestó	31	40,26	21	28,76
Usar Tratamiento anti-retroviral	Si	11	14,28	6	8,21
	No	33	42,86	20	27,39
	No sabe/No contestó	33	42,86	47	64,38

3.2.7 Percepción de Riesgo de Infección por VIH e ITS en Mujeres Víctimas de Violencia

El mayor porcentaje de mujeres víctimas de violencia encuestadas considera NO tener riesgo de infección por VIH ni a las ITS, que son 57,53%

De las mujeres que consideran estar en Riesgo de infección por VIH o ITS, 22,85% consideran que éste es Riesgo es Bajo; 6,84% lo consideran Medio y apenas un 5,47% lo consideran Riesgo Alto.

Gráfico 11: Percepción de Riesgo de Infección por VIH e ITS en Mujeres Víctimas de Violencia



Capítulo IV: RESULTADOS CUALITATIVOS GRUPOS FOCALES



Como se presentó en el Marco Metodológico, el análisis de los Grupos Focales fue realizado en base a cuatro (4) temas, con la información de cada uno de los ocho (8) grupos realizados. En general, tanto en los grupos de Mujeres que viven con VIH como en los de Mujeres víctimas de violencia, la información sobre dichos temas fue similar.

4.1 Construcción de la Sexualidad

Las mujeres muestran la **Inequidad de Género** que ellas han percibido a lo largo de su vida, hablan de cómo ésta determina su lugar en la sociedad, en la familia y en la pareja. Lugar de subordinación, que no les permite la toma libre de decisiones ni la posibilidad de conocer o de buscar otras opciones de vida distintas a las que conocen en el ámbito familiar y de pareja, señalando incluso que el buscar cambios a ese patrón puede generar violencia contra la mujer.

“Somos las que llevamos todo, porque somos más vulnerables, porque nos pisotea la sociedad, los machistas, y también las mujeres”

“Los hombres también sufren pero no como nosotras. Pero nosotras en verdad somos peores que los animalitos porque a éstos los curamos y decimos pobrecitos”.

“Yo tenía falta de apoyo de la familia. Me cansé de ser ama de casa, no seguí estudiando y no tenía ninguna profesión, pero no tenía cómo hacerlo distinto a él. Si yo lo dejaba me cerraban la puerta y la vida se me hacía chiquitica. Pero él no me maltrató, se portó bien conmigo”.

“Mi abuela siempre decía que cuando una mujer no tenía hombre se estaba quedando sola y no importa si la maltrataba”.

“Venimos de un patrón de género, se nos ha dicho cómo comportarnos como mujer y como hombre. Eso nos ha sido enseñado desde la infancia”

“A nosotras en la casa y ellos de la calle. Un hombre puede tener varias mujeres; si no, no son hombres. Una del hogar, de un solo hombre. Me sentí mal cuando me dejó por otra porque yo creía que había fallado como mujer. Cuando me traicionó se me murió el amor. Me rompió el corazón cuando me dijo que la otra era mejor que yo, antes tenía esperanza, fe en que regresara”.

“Inicialmente se ha criado a la mujer dedicada al hogar. Ahora hay pasos agigantados en la participación de la mujer y eso ha generado violencia. Ahora la mujer se atreve a decir lo que le pasa. Desde la infancia hemos aprendido que el maltrato es la forma más efectiva de enseñanza. Esto nos ha ido marcando. Ahora sale, trabaja, ve que hay un mas allá que la puerta de su casa y reconoce que su marido la maltrata. Antes era más sumisa. Ahora se ha liberado. Ahí viene la marca de machismo en la niña y luego en la mujer”.

Elas reconocen la influencia de la **Religión** en la construcción de su sexualidad; influencia que apunta a la inequidad de género y al sufrimiento de la mujer. La búsqueda de lo religioso es dada como una salida a la soledad.

“Las que hemos estado metidas en la Iglesia, si nos cuidamos es malo. Estamos pecando si pedimos condón, como si fuéramos malas”

Las mujeres sufrimos. Así está en la Biblia. Nosotras tenemos que sufrir dolores de parto porque fue mandado por Dios. Pero yo le digo a Dios: ¿por qué tenemos que sufrir así?. Somos señaladas, discriminadas”.

“Si uno está con Dios no está sola, puedo quedarme varios días sola en mi casa y no me siento sola”

Se destacan las diferencias en la **Educación sexual de las mujeres**, de la que se dirige a los hombres. En el caso de Ellas, esta educación apunta a la subordinación, la ubicación de su deseo sexual como aspecto secundario en su vida, colocando primero los estudios, los hijos, la familia, la pareja, con restricción de los espacios de acción. Hay un rechazo de ellas hacia esta educación problematizada, que las coloca en riesgo.

“A la hembra, que se cuide. Primero los estudios, pero si se enamora que se cuide”.

“Hemos sido educadas así, desde pequeña les han enseñado (a los hombres) que esto (señala zona genital) es para las señoritas y a nosotras no. Llegamos al matrimonio y no nos damos cuenta de lo que hacen (se refiere a los hombres) en la calle”.

“Esta educación es una violencia psicológica que le dieron los padres a uno desde pequeña. Lo rompe uno después con un nuevo paradigma. Si me hubieran educado distinto yo me hubiera evitado tanto dolor”.

Al hablar de las causas de la infección por VIH, una participante señala:
“Es por seguir esas pautas de seguir al marido, de que es como dice el otro. Aguanta porque los hijos son primero, la familia es primero”.

“Yo no podía pedirle al hombre que quería tener sexo, sino cuando él quería. Me quedaba con las ganas. Eso me lo dijo mi familia y eso lo practiqué”.

“A mí me pasó que mi mamá me mandaba a los 5 años al negocio de mi tío por un “paquete de galletas americanas” (toallas sanitarias). Mi tío lo envolvía, y cuando llegaba a casa mi madre no me daba. Si le pedía me regañaba. En la primera regla la toalla sanitaria me la puse al revés. Me desarrollé a los 14 y me embaracé a los 15. Se habló de aborto pero seguí. Me botaron de mi casa. Rezaba para que Dios me quitara el hambre, porque tenía la panza vacía”.

“Nos afecta en la gestación, porque pareciera que para ser mujer hay que tener un hijo”.

Al indagar sobre el tema del cuerpo en la sexualidad femenina, se encontró que en todos los grupos focales al formular preguntas como: **¿De quién es mi cuerpo?** o **¿Quién decide sobre mi cuerpo?**, la constante fue encontrar un silencio por respuesta, interrumpido cuando alguna de las participantes, con duda señalaba:

“...Mi cuerpo es mío”

“...No sé”

Las mujeres hablan de una **Falta de apropiación del propio cuerpo**; está centrado en la reproducción y en el placer del otro. Un cuerpo que tienen que cuidar y que proteger de los hombres. Señalan que lo conocen poco.

“A mí de pequeña no me decían nada de mi cuerpo”

“No te mojes, no te bañes, no planches, porque tendrás problemas más tarde. Cuando tengas relaciones va a ser doloroso. Que tenía que cuidarme”

“De las relaciones no me decían nada. Mi mamá fue muy cerrada. En el liceo fue donde supe un montón de cosas en la clase de puericultura”

“Cuidado con abrir las piernas, cuidado con una barriga”

“Cuidado con un novio”

“Mi mamá no me decía nada. Cuando pequeña me pasó que el hombre con quien vivía mi mamá, bueno mi padrastro, quiso como abusar de mí”

“A mí no me dijeron nada. Que no podía estar con faldas cortas, que tuviera las piernas cerradas, que no me juntara con varones. No era información precisa”

“A los 9 años pregunté a mi abuela, que fue la que me crió, ¿por dónde salen los niños?, ¿que si por el ombligo? y lo que me dio fue una cachetada. Siempre me decían de la cigüeña, o de una semillita...”

“No tomamos conciencia de lo que nos está pasando, de nuestro propio cuerpo”

Las mujeres que viven con VIH mencionan la **Necesidad de apropiarse de su cuerpo**. Para ellas la infección les ha mostrado una dimensión distinta del mismo, y de su derecho a la información para la adecuada toma de decisiones sobre su sexualidad.

“Ahora sí sabemos, estamos armadas y ahora el cuerpo es nuestro. Pero antes era de él, él era más libre, su cuerpo era de él y también de uno”

“Con responsabilidad, conocimiento, información. Que nos enseñen valores, deberíamos valorarnos cada día más. Querer nuestro cuerpo, mantenerlo bien. En relación con el hombre, que vivamos felices sin problemas, compartir sin discusiones”

“Ahora que estoy enferma, bueno que estoy infectada, me siento más dueña de mi cuerpo, decido cuando quiero tener relaciones sexuales y en las condiciones que yo quiero”

“En la fundación me preguntaba una madre por qué no me he muerto. Y es porque me he cuidado y lo he hecho por mis hijos. Me he controlado y he cuidado mi cuerpo con el tratamiento porque quiero mi vida”

El cuerpo es un tema del que poco hablan las mujeres, les cuesta mirarse a sí mismas y reconocerse, no han sido educadas para dar respuesta a sus deseos, a preguntarse sobre su cuerpo.

El silencio ante el cuerpo parece romperse sólo ante situaciones extremas, como puede ser la infección por VIH, que viene a remover ideas y creencias arraigadas en cada una de las mujeres y que de mantener este silencio puede ponerse en riesgo la vida.

Por otra parte, en cuanto a la **Educación sexual dirigida a los hombres**, las mujeres destacan la permisividad en su sexualidad, el acceso a diversos espacios sociales, la libertad para ser infieles en la relación de pareja, el papel controlador del hombre en la relación y el disfrute de la sexualidad masculina como necesidad fisiológica a la que él debe dar respuesta.

“El hombre es hombre porque está en la calle, no es culpable”

“El me decía que no me preocupara porque yo era de la casa. `Vos sois la propia. Aquellas (las mujeres con las que está fuera del hogar) son puro placer, no sirven`. O sea que yo no era placer. Me decía `Tú eres la madre de mis hijos`”.

“El sale a buscar mujer teniendo a una en su casa y a una le da rabia. El que tiene permiso de salir es el hombre. A una le enseñaban a quedarse en su casa. Sin la libertad de él. Tengo que llegar antes que él para que no se moleste, y él decía que no podía estar en la calle porque no me faltaba nada”

“El hombre tiene que satisfacer su necesidad y hay que complacerlo”

“Nos han enseñado que el hombre no llora, que es duro. Eso es culpa también de nosotras porque no hemos abierto los ojos”.

“A ellos les decimos que pueden tener varias muchachas pero que se cuiden de embarazarla, pero le felicitamos por tener varias”

“El prestó servicios en una marina y era mujer tras mujer y no sabe quién lo infectó”.

“Se ponen a beber y a buscar mujeres. Uno no sabe si por el efecto del alcohol lo hacen sin protección. Después llegan a su casa y obligan a la mujer a tener sexo, eso es una violación”.

Dentro de la Educación sexual del hombre destacan el tema de la **Homosexualidad y la Bisexualidad masculina**, señalando la influencia social y familiar que éste recibe para seguir un patrón de sexualidad hegemónico. Las mujeres consideran que estos hombres, inician y mantienen relaciones heterosexuales para cumplir con el patrón sexual establecido, lo que en consecuencia las coloca en riesgo de infección por VIH.

Dentro de este mismo patrón de sexualidad hegemónica, las mujeres reflejan la concepción construida de que el homosexual no es hombre, “y mucho menos macho”.

“La misma educación que nos dan los padres no nos deja ser. A muchas de nosotras nos pasó (la infección por VIH) porque el marido es bisexual. En mi caso esa persona no era lo que quería ser; lo obligaron a casarse para cumplir con su familia. Tenía dos vidas: una perfecta con la familia y la paralela. Yo digo, ¿eres bisexual? Sí, pero con responsabilidad. Al hombre no le enseñan a vivir como quiere. Soy otra ahora pero no me fue bien en esa situación. Muchos gays que conozco no saben cómo decirlo y están buscando novias para disimular y no se cuidan”

“Un gay me dijo que el 80 por ciento de los hombres que ha tenido, son casados”

“¡Cuantos hombres hay disfrazados que se hacen pasar por hombres y son homosexuales!”

“Si te digo que de los hombres que han pasado por el servicio hay hombres ‘hombres’ te miento, es que hay machos pero no muchos”

En cuanto a la **Relación de pareja**, las mujeres hablan sobre sus ideas y dudas en cuanto a su feminidad; sobre su desempeño como mujer en la relación sexual, la estabilidad de la relación, la salud y el embarazo.

“Si él es infiel, será que yo no le funciona”.

“Nos enamoramos, y nos queremos quedar con él hasta que la muerte nos separe.
Nos entregamos por ese hombre”

*“Yo me cuidaba hace años con pastilla. Me creía respetable. Lo importante era la familia.
No me vi como madre soltera, sola con hijos. Me enseñaron que la pareja era para siempre y
me cuidé de embarazarme pero no de infección”.*

“Cada una tiene que vivir lo suyo. Yo conozco a muchas que han llegado al nivel
de que nos les importa si se infectan, siempre que el tipo se quede con ella”.

“Nosotras creemos que si el tipo me exige es porque me quiere”.

“Si tú no estás con él se molesta y se busca otra. Hay que cumplir aunque una no quiera”

*“Es un problema cultural. Nos han dicho que tenemos que aguantar, si te vas eres la mala de la partida.
Si quieres poner un parao te miran mal. Y si tenemos suerte conseguimos un buen hombre.
Nosotras mismas criticamos a otras mujeres que se buscan a otro hombre”*

“Cuando le digo a mi familia que me quiero divorciar,
me dicen que lo piense porque dependo de él. Todo el mundo quiere opinar.
Estoy buscando ayuda”

*“Tenemos miedo desde la infancia. Mi padre murió cuando yo era niña.
Y vi después un hombre y creí que lo más importante era el carro, lujo.
Pero no ví la violencia que vivía. No nos revisamos y vivimos el miedo desde pequeña.
Tenemos un hombre no sólo por el sexo, sino porque creemos que no nos va a llegar otro”.*

En el tema de las relaciones de pareja, se refleja cómo se mantienen los patrones de educación sexual no igualitaria, con marcada inequidad en la relación, que coloca a las mujeres en desventaja. Estas perciben la inequidad, las fallas en su educación sexual, el papel del hombre y la sexualidad. Incluso manifiestan la necesidad de hacer cambios a esta realidad, pero no saben cómo hacerlo.

Las mujeres hablan de complacer al hombre en las **Relaciones Sexuales**. Y esto es visto como una herramienta para mantener a la pareja y la estabilidad de la relación.

*“Si lo quiere ese viernes (tener relaciones sexuales) yo estoy bien bonita,
presentable para esperarlo, porque si no se me va. Ahí sí soy bien viva”.*

“Yo era cenicienta de lunes a viernes. El viernes en la noche era una princesa, estaba para él, nunca me vio descuidada, estaba para él. Nunca me sentí sumisa, con rollos y descuidada. Me ponía hermosa, mi autoestima por encima”. **La investigadora pregunta** ¿Qué pasa si no haces eso?, la participante contesta: “Se va”

“Tengo 13 años y me ha hecho tanto daño, que me pregunto si lo quiero. Estoy con él por la necesidad de los niños, cuando está y me busca para el sexo, siento como un rechazo. Lo aprecio como el padre de mis hijos. El no es malo completamente, trae detallitos. Pero no quiero que me esté agarrando si no que cumpla con sus hijos. A veces prefiero hablar con él, pero no somos iguales ni siquiera viendo la TV - creo que ya se perdió el amor, pero pienso en mis hijos”

“No disfrutamos la pareja, si no para que nos dé comida. No disfrutamos la relación sexual. Pensamos en la pareja porque es lo que nos conviene, por los hijos”.

Sin embargo, reconocen que esta herramienta no es efectiva, mencionan la infidelidad masculina y la femenina, la presión para tener relaciones sexuales y el temor de las mujeres a vivir sin pareja. Las mujeres poco mencionan lo afectivo del contacto sexual, el vínculo amoroso, ni el deseo sexual.

La **Fidelidad** es un tema femenino. No se habla de la fidelidad per se, sino de la Infidelidad tanto masculina como femenina.

“No queremos quedarnos solas. Cuando te pasa le echas bola, pero después ¿quién me va a representar? Pero eso lo sabemos ahora porque antes no abrimos los ojos”.

“Las tenemos (las relaciones sexuales) a juro. Si no lo hago dice que tengo otro hombre”.

“El hombre siempre está liberado, no debería ser así, yo no lo acepto, ¡Para que se ponga a hacer eso (tener relaciones sexuales con otras mujeres) y me traiga enfermedad!”.

“Ahí no teníamos problemas (en las relaciones sexuales) porque nos llevábamos bien. Ahora después de mi infidelidad me quiere tener a punto de sexo para que no lo engañe. Estoy harta de sexo y se molesta cuando no quiero. Siempre me recuerda que no quiere que lo engañe otra vez y yo le digo que ya estoy viviendo la consecuencia de eso: el VIH. Asumo mi consecuencia. Tengo mi niña y lo que me atormenta es que mi hija es seropositiva”

“Nosotras tenemos que ser fieles”

Se aprecia una naturalización de la **Infidelidad masculina**, una permisividad social que se espera en la relación de pareja. Es algo aceptado en el hombre y sancionado en la mujer. Es un tema que manejan las mujeres a través de la sospecha, que no se afronta abiertamente. Señalan la infidelidad como elemento asociado a la infección por VIH.

“Yo no sospechaba la infidelidad de él. Ni me lo imaginaba. Todavía digo que a lo mejor no fue él. Me enteré con el embarazo. No sé que pasó. Él no habla nada y no entiende mucho. La enfermedad la he llevado yo sola, porque aparte de ser hombre es bruto, no sé lo que tiene en la cabeza. Con VIH tengo 6 meses y con él 6 años”.

“Cuando descubría las otras relaciones me agarraba de manos con ellas por él. Lo encontraba en los hoteles. Duró 8 años con una muchacha menor que yo”.

“Yo le digo a mi esposo que si va a tener algo en la calle que se cuide”

“Estoy segura que él es una persona que no me ha dado motivo (de ser infiel). Ni una sospecha. Yo no me descuido, hasta los interiores se los reviso buscando un pelo amarillo. Si lo ha hecho lo ha disimulado muy bien. ¡Porque uno no sabe, ellos son una cosa seria!”.

“La mujer es distinta. Si no tiene una pareja estable y si quiere tener algo por fuera, debe cuidarse para no pasarles eso a los hombres. A mí me pasó lo de la infección, porque él andaba así en la calle, teniendo relaciones sexuales con otras mujeres”

“Es que él es hombre. Es un hombre que tiene un problema, que se le alborotaron las hormonas, es un enfermo”.

También reconocen la **Infidelidad femenina**, y la explican como una búsqueda de placer o como consecuencia de la infidelidad masculina, señalan que el hombre no está “preparado” para enfrentar la infidelidad femenina.

“Pero he visto casos de mujeres de casa, que meten a hombres en su casa cuando el hombre se va. No podemos echarle toda la culpa al hombre. Nosotras tampoco somos santas”.

“A mí me dijeron que la fidelidad está fuera de moda”

“El ha sido infiel y yo también. Ahora está más tranquilo de tanto hablar con él y calmarlo. Al punto están las cosas de la infidelidad, que le ha afectado para trabajar y la que sale a la calle soy yo, yo mantengo el hogar. Eso lo dejó tocado, mi infidelidad. He sido la psicóloga de él, su médico. De broma no enloqueció, pero lo ha ido superando. Se deprime cuando se acuerda. Yo tengo que sacar a mis hijos adelante, mi hija más pequeña es seropositiva también y tengo que echar adelante. La mujer es más fuerte y no me puedo echar a morir”.

“Hay mujeres que son obligadas a ser infieles por los hombres. Tengo una amiga que tenía que estar dispuesta a las 5 de la mañana cuando el esposo quería. Esta mujer se buscó un amante para sentirse bien. Complacía al marido porque tenía que cumplir con él y se buscó un amante para satisfacerse ella, pero cumplía con el marido”.

“Yo por lo menos no lo haría (ser infiel). No lo veo normal. Será que ninguna pareja le satisface a las que son infieles, porque si mi esposo me satisface en la cama ¿por qué voy a buscar más?”

“Elas también deben tener problemas para andar buscando hombres así,
por eso se contagian”

Como se ve, la fidelidad no es conceptualizada, se reconoce su contraparte: La infidelidad. El hombre no tiene que justificar su infidelidad, es algo natural que ocurra. La mujer, cuando la reconoce debe explicarla y justificarla.

En síntesis, las mujeres señalan que la Construcción de su sexualidad ha estado determinada por un contexto social de inequidad de género, que le marca un lugar en la relación con el hombre de subordinación, de invisibilidad y de poca decisión sobre su sexualidad, que la hacen vulnerable y la colocan en riesgo de infección por VIH.

Esta inequidad de género en la construcción de su sexualidad, se combina con una gran vulnerabilidad socioeconómica, tal como se evidenció en los resultados cuantitativos en el Nivel Sociodemográfico.

4.2 Vivencia de la Infección por VIH

La vivencia de la infección por VIH, fue mostrada en los grupos focales a través de varios aspectos del problema: la forma de transmisión del virus, la notificación o diagnóstico del VIH positivo, la discriminación por vivir con VIH, los efectos del tratamiento antirretroviral, cambios en su conducta sexual post-infección y sus Derechos sexuales y reproductivos.

En los grupos focales se mencionan tres **Formas de Transmisión del Virus**: la transmisión vertical, la transmisión en accidentes laborales y la transmisión por vía sexual. Esta última, es la que se señalan con mayor frecuencia en los grupos.

Yo descubrí esto en marzo. Me he ocupado siempre de mis hijos. Yo me había puesto a estudiar.
Terminando la tesis me enfermó. No sé si fue mi esposo, él tiene dos años de muerto.
Era vagabundo, mesonero, lo descubrí varias veces con mujeres.
Pero dos veces me puyé con agujas en mi trabajo. No sé si también así pude infectarme”.

“Yo soy de mi casa, él me ha traído la enfermedad”.

“La infección llega a mi vida por mi mamá. A ella se lo pegó mi papá”

“En mi caso, me enteré por mi hijo. Nunca imaginé esto. Mi niña pequeña está infectada.
Después me enteré que su papá se la pasaba en sitios nocturnos y él ni sabe quién lo infectó y
cuando se enteró nos abandonó. La mayoría de los hombres no acepta que una tenga ésto.
La mujer está infectada por culpa del hombre”.

“Las muchachas hoy son muy entregadas y no le paran a la información.
Por eso les pasa”.

“Mi caso es que a mí también fue él quien me pegó el VIH. Yo trabajaba en casa de familia y era de mi casa.
Lo conocí en el cuartel, cuando visitaba a mi hermano. Iba pa´ mi casa con él y ahí lo conocí.
Mi hermano me decía que él no servía, que fumaba marihuana y era mala conducta.
Yo no hice caso hasta que quedé embarazada. El se fue y no sabe que tiene eso, mi papá me dice que lo llame y
le diga. Mi hermano me dice que no, porque se va a armar un chisme y no quiero”.

“Mi mamá me regañó porque no le pedí la prueba a ese hombre. Ahora con una enfermedad encima y dos muchachos. Pero yo lo veía sano y yo era de mi trabajo a mi casa. Me dediqué a trabajar para levantar a mis hijos. Mi hija hubiera sido sana porque fue por cesárea, pero nunca me hicieron la prueba donde me controlaron el embarazo. El doctor dice que la infecté con la lactancia”.

En relación con el **Diagnóstico**, las mujeres destacan la manera como reciben la información, el impacto que les causó y cómo vivieron el diagnóstico con su pareja. Por lo general, son ellas quienes conocen primero el diagnóstico; esto, asociado a embarazos.

Si bien la infección con VIH las impactó negativamente, se sienten obligadas a afrontarlo por los hijos e incluso por la pareja misma, siguiendo con su rol social establecido de cuidadoras y protectoras de la relación de pareja y de la familia.

Las mujeres restan o niegan su dolor y sufrimiento, colocando en primer lugar el dolor y sufrimiento de los otros/as. No presionan a la pareja a realizarse la prueba del VIH, lo aceptan y procuran mantener la relación.

“Al tiempo caigo enferma por el estómago y voy también al ginecólogo y me mandó a hacer el examen. Me salió positivo, me cayó como una pedrada. Pero más le dolió a él que a mí, a mí no me dolió tanto, porque tenía que trabajar”.

“El salió positivo y se quería matar. Yo le di ánimos porque había que echar pa'lante, le dije `qué vamos a hacer`. Su familia le dice que por qué está conmigo que soy sidoso. Yo estoy bien, estoy gorda y me siento bien.”

“A mí me diagnosticaron hace 7 años con el embarazo de 6 meses. Rechacé a mi hija. Yo vine agarrándole amor después que nació. Las doctoras estaban pendientes de que no le hiciera daño a la niña. Cuando él se enteró me abandonó. A los 6 meses nos reconciliamos y me embaracé otra vez. Su familia me agarró odio porque él está con una mujer enferma. El no se ha hecho el examen. Tengo mis dos hijas en contra mía, no quieren saber nada de mí. Yo estaba muy enamorada. Me ayuda con las niñas económicamente. Antes del virus se portaba bien; mujeriego sí era, como todo hombre”.

“El me infectó. Seguimos juntos. El se hizo la prueba y salió positivo. Yo tengo ya 4 niños, están pequeñitos, pasé todo un año esperando a que mi hijo saliera negativo. Mi esposo está desesperado también. El dice que no fue él, pero ha sido mi único hombre. Ahora nos cuidamos. No quiero volver a caer.”

“A él le salió positivo fue el Western Blot. Se enteró fue por mí. Apenas tengo 6 meses de diagnosticada. Todavía no lo creo”.

En cuanto al impacto de la infección por VIH, las mujeres señalan el **Estigma y la Discriminación** que han vivido desde los centros de atención en salud, y el estigma hecho acción desde el ámbito familiar, lo que incrementa la dificultad para afrontar la infección.

Fue evidente en los grupos focales, el dolor que viven y han vivido estas mujeres ante el rechazo y la discriminación de la gente más cercana y de quienes ellas esperaban apoyo y atención. Sus verbátums estuvieron acompañados de llanto, facies de tristeza con gran resonancia afectiva para las investigadoras y las otras participantes del grupo. Se obtuvo gran cantidad de ejemplos en torno a este tema en cada uno de los grupos.

Pareciera que éste es el aspecto más significativo a la hora de hablar de la vivencia de la infección, y muestra a su vez la gran necesidad de contar con apoyo y contención afectiva, más allá de las consecuencias físicas de la infección.

“Yo veía que todo (en la sala de hospitalización) era un secreto de los médicos conmigo. No me esperaba esto”

“Hay rechazo cuando vas al médico y te ponen en grande la marca de que estás positiva. Entonces lo miran a una raro”.

“Una persona en el hospital me dijo que me iba a mandar presa si iba para el hospital otra vez porque yo tenía sida”

“A mí me pasó con la odontólogo. Me quiso cobrar más por lo que tenía. Pasaban a todos primero y me fui. A veces uno oculta su condición pa` que lo atiendan y uno se los dice pa` que se protejan y protegerse uno”

“El otro maltrato que he vivido es con las enfermeras, me inyectaban de mala gana, me la pasaba llorando. La jefe de enfermeras me pidió los nombres de ellas pero yo dije que no porque dejaba eso en manos de Dios. No limpiaban el cuarto donde estaba”

“Mi familia me pregunta `cómo pudiste infectarte con eso`”

“Tengo 4 primas y sus maridos me discriminan. Ellos saben lo que tengo y me discriminan más ahora que cuando yo trabajaba como trabajadora sexual. Yo me contagié porque a uno de mis clientes se le rompió el condón. ¡Que no diga yo que voy a Puerto La Cruz! Yo ahora estoy trabajando en otra cosa con el gobierno y los ayudo, pero ellos quieren la ayuda de lejito y hay hasta una hija que no quiere que me acerque; pero cuando yo estaba en esa vida no me discriminaban”.

“Mi suegra me había botado como un perrito y yo soporté todo eso. Vivía de casa en casa porque no querían que viviera con ellos por tener VIH. Porque nunca lo he negado. No me da pena que me señalen. Ya tengo 12 años con esa enfermedad y no me da pena que me señalen como mujer, sidosa o portadora pero yo no quiero que la gente se infecte porque todos son inocentes”.

“Mi mamá parece que tuviera un corazón de piedra. Cuando se enteró de ésto se fue y se olvidó de mí. Nos quedamos mi papá y yo. El es incondicional”

“Toda la vereda se enteró completa. Tuve que irme a otro sitio. No le digo a nadie ni siquiera a las niñas. (Cuando estén) Más grandes les digo”

Es clara la violación de sus Derechos Humanos, así como de sus **Derechos Sexuales y Reproductivos** en lo que respecta a:

- a.- Su derecho a la salud sexual y reproductiva como parte integral de la salud general de las personas a lo largo de todo su ciclo de vida, y
- b.- Derecho a adoptar decisiones sin sufrir discriminaciones ni violencia.

Que por una parte es causada por las instituciones prestadoras de servicios que sí conocen la problemática y deben atenderla, en tanto afectan a la mujer que vive con VIH directamente; y que al no existir la adecuada Educación e información en la colectividad, se genera un rechazo y discriminación del grupo familiar y del entorno más inmediato de estas mujeres.

De este estigma y discriminación vividos, deriva su negativa de seguir asistiendo a los centros de salud, a reclamar sus derechos, la resistencia a reconocer públicamente el diagnóstico ante otras personas (invisibilidad de su condición de vivir con VIH). Y es por esto; que procuran no participar en actividades en las que pueda ser conocida su condición. Esto explica, la dificultad en la convocatoria a los grupos focales, su reserva ante la solicitud de registro fotográfico; y en definitiva, la no participación ciudadana ni la conformación de grupos organizados de mujeres que viven con VIH.

“Cuando uno tiene ésto debe cuidarse porque ya no hay vuelta atrás. Me ha costado decirlo”

“¿Pa’ dónde van esas fotos?”

¿Qué van a hacer ustedes con esas fotos?”

“Yo no quería venir para acá porque me daba pena y no sabía con quién me iba a encontrar”

El tener que seguir un esquema para la ingesta del **Tratamiento antirretroviral**, para lograr la adherencia al mismo, así como lidiar con sus efectos secundarios agrega mayor complejidad a la Vivencia de la infección por VIH. Se evidencia la necesidad de una atención integral de estas mujeres, que abarque la salud física y los aspectos sociales, familiares, de pareja y emocionales como un conjunto, que tome en cuenta, lo que implica la dosificación de ARVs con una visión de género (prescripción, embarazo, métodos anticonceptivos).

“A veces no quiero seguir tomando ARVS (medicamentos antirretrovirales). Los he dejado y en el programa me han amenazado con sacarme de la lista. Me las tomo a juro, me las han cambiado 3 veces”

“Lo que he hecho es llorar con este embarazo. Abandoné el tratamiento, pero vi en la TV lo que pasa si no lo tomo, y volví otra vez”.

“Los médicos no toman en cuenta las condiciones de la mujer que atienden, no la toman en cuenta como mujer cuando mandan el tratamiento. A veces no tiene ni para comer y tiene que tomarse las pastillas”

“Es que a nosotras nos toman en cuenta para lo de los medicamentos, están diseñados para hombres”.

Otro aspecto a destacar, son los **Cambios en su conducta sexual post-infección**. Ellas destacan cambios relacionados con relaciones sexuales y venganza por la infección por VIH, rechazo a mantener relación de pareja, disminución del deseo sexual y empoderamiento en el uso del condón.

Es indiscutible que el diagnóstico y la vivencia de la infección tienen efectos en su conducta sexual, que parecen estar marcados por la rabia, la hostilidad, el rechazo a su deseo sexual, y a no mantener relaciones sexuales y de pareja.

Ellas no reconocen como propia la rabia y la hostilidad ante la infección, poniendo en “otras” las ideas de venganza, otras a quienes descalifican.

“Una amiga mía no le importa y no se cuida, así que le está pegando eso a todo el mundo”.

*“Bueno yo conocí a una mujer que se puso a acostarse con varios hombres
vengándose porque la habían infectado”*

*“Yo conozco a una en Puerto Maya, que se acostó con casi todos los hombres del pueblo
después que supo que tenía la infección, ella quería enfermarlos a todos”*

Para ellas es más fácil hablar de su rechazo y miedo a mantener relaciones de pareja, así como de la disminución en su deseo sexual. Esto puede explicar lo observado en los datos cuantitativos donde se encontró una mayor tendencia de este grupo de mujeres a mantenerse solas, sin relación de pareja o con relaciones no formales.

*“Ahora con todo lo que he aprendido estoy pila para rechazar cualquier cosa. Yo he aprendido tanto con
el VIH, que no me dejen embromar con ninguno”...”por eso es que no tenemos a ninguno”*

“Hoy estoy sola con mi hijo y no tengo pareja ni la tendré”

“Me he limitado a quedarme sola. Tengo miedo a que me rechacen”

*“La mayoría no acepta un condón y yo tendría que hablarle claro y no van a aceptar.
A mí me llegan y yo les digo que no. Me preguntan por qué estoy sola si necesito quien me ayude.
Sí, hay unas que tienen marido porque han tenido suerte
porque los hombres no la aceptarían a una con enfermedad. Los hombres no tienen ni idea”.*

*“Yo no tengo pareja. Tengo 15 años con esto. Antes no quería a los hombres, ahora menos.
El VIH me ha cambiado la vida. Ahora me cuido mi salud, voy al medico”*

*“De hecho con una pareja vivimos 8 meses y usábamos condón.
Lo dejé porque no me despertaba más nada con esto del VIH. No le dije y lo dejé”.*

*“No tenemos intimidad. No quiero. El quiere pero tiene miedo y
ni siquiera el condón lo quiere usar. No me trata mal, pero a mí no me nace”*

Un grupo de estas mujeres señala, haberse empoderado después de la infección en el uso del condón. Empoderamiento que está asociado a un entrenamiento recibido en las organizaciones a las que han asistido. Esto permite reconocer tanto la labor de algunas organizaciones que trabajan en el área, así como también la efectividad del trabajo educativo a las mujeres, que les abre otras maneras de vivir con la infección, alejadas de la rabia y de la soledad.

“Una tiene que decidir, es como una dice”

“Cada uno tiene su culpa. Esta enfermedad me enseñó a ser responsable.
Ahora yo exijo el condón, si no, no hay nada”

“Nosotras las seropositivas usamos preservativos ahora, después de la infección”

“En el caso de las parejas seropositivas usamos condones”

Es evidente que para estas mujeres la vivencia de la infección por VIH está marcada por grandes limitaciones y dificultades. Pasan por el impacto de conocer la condición de seropositividad de la cual no tienen la más mínima sospecha, pues parecieran no percibirse en riesgo. Ven la infección desde muy lejos. La realización de los exámenes y el diagnóstico viene dado por la decisión de otro (médico, pareja). Decisión que irrumpe en su vida y marca cambios significativos tanto en su sexualidad como en su vida en general.

Hay que rescatar los beneficios reportados por aquellas mujeres que han recibido educación en el uso del condón y señalar la necesidad de un abordaje integral más allá de la sola intervención médica.

4.3 Violencia contra las Mujeres y su relación con la Infección por VIH

Las participantes reconocen diversas **Formas de Violencia contra las mujeres**, en principio identifican la **Violencia física**, pero luego son capaces de reconocer la **Violencia psicológica y la verbal**. Los relatos de situaciones de violencia provienen tanto de las mujeres víctimas de violencia, como de las que viven con VIH. Describen diversas manifestaciones de la violencia que van desde golpes, lanzamiento de objetos hasta la amenaza de muerte.

“En mi caso cuando mi marido llegaba ebrio y si la comida no estaba como quería, me gritaba y hasta me lanzaba objetos. Embarazada me dio una patada. Después del diagnóstico, no se molestó por el diagnóstico de VIH en sí, sino por una infidelidad que yo viví. Todavía no acepta eso; yo llevé maltrato y hasta amenaza de muerte. Me acorralaba, me golpeaba y no me dejaba dormir. Ahora por la infidelidad tengo que salir adelante con él y con mis hijos”

“La semana pasada entrevisté a una mujer, que decía que ella no creía que su marido era violento con ella, porque no la golpeaba. Al principio cuando le preguntaba de la violencia, dudó porque el tipo no le pegaba, pero cuando le pregunté si la gritaba, dijo que le decía sidosa, la insultaba”... “Nos han enseñado que violencia es golpe”... “Pero peor que eso es la violencia psicológica”

“Yo me siento normal (en referencia al VIH), mi problema es el hombre ese que tengo, tan maltratador. Me duele la cabeza, no duermo pensando que me va a matar.

Tengo 8 años que no duermo bien”.

“Definitivamente es una relación de poder, del hombre contra la mujer, poder no sólo físico sino también económico.
Se ha tratado de dar cambio a eso. Ellos deben asumir su parte”

“Cuando tenemos violencia, el hombre cree tener una propiedad con nosotras. Piensan que como somos esposas, no tenemos que cuidarnos, y estar con ellos cuando quieran”.

“El me agrede verbalmente. A veces estamos felices, pero cuando peleamos queda el rencor, la rabia. Ahora tenemos discusiones porque empecé a abrir los ojos y estoy en la universidad. Mi hermano me dice que yo maltrato a mi marido porque estoy mejorando. Me dice que es por culpa de una amiga que me está abriendo los ojos”.

“Yo le tengo miedo a mi marido. Prefiero que me golpee a que me humille”.

“Yo digo que con el maltrato se termina el amor. Uno piensa en los hijos, pero los hijos no piensan en uno.
Cuando yo dejé a mi marido, mis hijos me cayeron encima. Mi papá y mi mamá peleaban demasiado y yo no quería lo mismo para mis hijos. Yo aguanté maltrato verbal hasta que quiso pegarme”

“Hay mujeres que no saben que su marido no debe pegarle”.

Hay un énfasis particular en el tema de la **Violencia sexual**, vivida por las mujeres de ambos grupos, hablan de la huella que deja en sus vidas esta forma de violencia, tanto en sus vínculos familiares, sexualidad e incluso embarazo e hijos/as.

“Cuando pequeña me pasó que un hombre, bueno, mi padrastro, intentó abusar de mí, cuando yo tenía 2 años.
Mi mamá dice que él no me hizo nada, pero lo consiguieron borracho encima de mí. Yo no me acuerdo.
Mi mamá no me crió sino mi abuela. Ella me mandó con mi abuela porque él quiso como abusar de mí.
Yo le reprocho que por qué ella (su madre) se quedó con él y mis dos hermanos y a mí me mandó con mi abuela”...
“Con mi hija la mayor también se propasaba porque como estaba empollaita ¡y mi mama se la llevó para que mi marido no abusara de ella!, ¡y el que estaba haciéndolo era mi padrastro!”

“Después que mi esposo murió yo andaba sola y un hombre andaba tras mío.
Yo le decía que tenía HIV y él me decía que no le importaba. Tenía una obsesión. Me violó.
Quedé embarazada. No sabía si era niño o niña porque no era concebida con amor.
En la fundación me decían que lo tuviera y que ellos me ayudarían.
Yo no quería ese embarazo porque era de una violación. Yo decía que no, que era un machismo de un hombre y no era de Dios. En la mujer viene eso: la violación, y el rechazo”.

“Me cuesta tener relaciones. Yo fui ultrajada hace 15 años y es difícil.
Estuve dos horas de angustia, le suplicaba al violador que me dejara viva, nadie se metió porque creían que era mi pareja. He recibido apoyo pero todavía me cuesta.
Es terrible y hay mucho que aprender para orientar a nuestros hijos”.

El tema de la **Denuncia** representa un conflicto para las mujeres. Hay presiones familiares y sociales para no denunciar. Se trata de delitos donde es difícil encontrar “pruebas” y su testimonio no es considerado lo suficientemente válido por el sistema de justicia. Consideran que la denuncia y el proceso judicial son inefectivos, e incluso los señalan como violentos y agresivos para ellas.

“Nos da miedo denunciar”

“Mi mamá me dijo que me quedara tranquila y yo le hice caso. No abusó de mi hija porque lo amenacé. Mi madre no tiene vida marital con él. Que puede ser que como ella no le daba nada, él tenía que desahogarse. Pero no pasó de ahí, de tocarle las nalgas”

“Yo le digo a mi mamá que si pasa algo denuncio” (la investigadora pregunta: ¿y por qué no denunciaste en el caso de tu hija?) “Mi mamá me dijo que no denunciara, que me quedara tranquila que no pasó nada, no la violó ni nada, sólo le tocaba las nalgas”

“Hace meses yo viví una experiencia con mi nieta. El vendedor de barquillas de la plaza le dijo que fuera para su casa que él le iba a dar más barquillas. Cuando iba saliendo él le enseñó el pene. Ella salió corriendo para la casa toda asustada y llorando. Se encerró en el cuarto. Con mi insistencia me explicó y me la llevé para que el señor, aunque ella estaba muy asustada. Fuimos con mi marido. Estaba la esposa de él y no quería abrir la puerta y se vino toda mi familia y se armó un escándalo. Busqué un policía, era una mujer policía, y tuvo que abrir el portón. La niña explicó y él dijo que era mentira. Hemos llevado esto a la alcaldía y no pasó de ahí porque dicen que él no le hizo nada. El se burla ahora”.

“En la policía humillan cuando se pone la denuncia. También nos violentan”.

“Yo denuncié a mi esposo hace 3 meses. Me preguntaron ¿qué me decía? Me sentí humillada. Al mes llegó la citación para él. El no fue. No vale la pena rebajarse”.

“Somos tomadas como locas e inventadoras, piden informes psicológicos porque no nos creen”

“Yo he vivido acoso sexual, psicológico, judicial. Dentro del mismo sistema me maltratan. Tengo años que no salgo de un tribunal. Hay una especie de terrorismo judicial. He dicho que recurriré a organismos internacionales. La demora también es una forma de maltrato”.

“Yo no creo ni en la LOPNA ni en la Protección de violencia contra la mujer. Buscamos ayuda denunciando y no nos hacen caso, no logré más nada. No hacen caso a la caución. Eso cuesta mucho en tiempo y todo. Es muy difícil. Hay que ayudar a las mujeres pero eso quita tiempo”

Salir de la situación de Violencia es un tema difícil, es un proceso y un camino que la mujer debe transitar, donde hay muchas cosas en riesgo: la integridad física, la familia, los hijos/as, el futuro y hasta la vida; la esperanza es una nueva vida al final de este camino. Señalan: la denuncia, huir del hogar, ser violentas y agredir a su agresor, y el divorciarse, como algunas de las vías para salir de esta situación.

“Cuando una decide divorciarse para salir de la violencia es difícil. La gente me decía que no lo hiciera porque mi marido era muy bueno. Yo me tuve que ir de la casa con mis hijas, por sus maltratos. Él me insultaba y me maltrataba cuando me veía. Yo lloraba y temblaba del miedo, hasta que un día lo enfrenté y le dije de todo. Dejé de ser pendeja, fui a la PTJ y lo denuncié. Lo detuvieron y hasta hoy no se ha metido conmigo. Me divorcié, tengo mis tres niñas. Tengo nueva pareja. La gente quiere meterte ideas con la nueva pareja y las hijas, pero es un buen hombre y estoy decidida. Me levantó mis tres muchachas, están en colegio privado, me obligó a estudiar. Mi nueva pareja empezó a valorarme, me hizo linda. Saqué mi licenciatura, voy a postgrado y me siento bien. Y tengo 51 años”

“Hay dos caminos: no decir lo que te pasa o romper la situación. Debe haber un patrón de respeto y debemos reaccionar ante la violencia”.

“Tenemos muchas fallas, el Estado, la Sociedad, y no me refiero sólo a la mujer maltratada. Nosotras tenemos la tendencia a soportar, a ocultar. Tenemos temor de visibilizarnos. A mí me da igual que salga mi nombre, porque si ha habido violencia no debo callar. Mientras las mujeres tengamos miedo se nos hará más difícil el cambio. El Estado ha contribuido mucho en esta situación y lo evitaría si hiciera más, pero nosotras tenemos que decirlo. Tenemos que reconocer todos los tipos de maltrato. Lo digo porque nos hemos visto ya en esto. Tengo varios años poniendo una denuncia, y me mandaron a una evaluación psicológica porque no me creían porque no tenía marcas, pero tengo que continuar”

“Yo estoy amenazada de muerte. El me dice que si lo dejo me va a matar, o los dos nos vamos a morir y va a matar a las niñas. Antes del sida me amenazaba, pero ahora es peor. Dice que lo engaño. Me amenazó con un machete. Su familia también cree que si lo dejo es porque tengo otro. Cada vez que me voy, me consigue y me lleva a juro para la casa. Yo también quería envenenarlo para salir de eso. Dice que me va a matar y que cuando le pregunten va a decir que por puta”

“Con el primer embarazo me golpeaba, una vez de broma no me sacó la niña pero yo lo quemé y dejó de pegarme”.

“Tengo problemas con mi hijo varón de 21 años. Nos hemos ido a los golpes. He tratado de denunciarlo. Quiero irme con mis otros hijos a un lugar tranquilo. Me dicen que todo esto me hace daño, pero cómo hago si vivimos en la casa. El es un hijo rebelde, me insulta, me amenaza. No trabaja y tiene una mujer preñada en la casa. Es un hijo criado que me dejó mi primer marido, no lo parí pero lo terminé de criar”.

“No sé. Yo digo que también la estabilidad económica y lo que viví no quiero pasarlo otra vez. Aprendí, di un paso importante que es divorciarme de la violencia”

Al evaluar la interrelación entre la Violencia contra la Mujer y el VIH, en cada uno de los grupos trabajados, se tiene que para las mujeres que viven con VIH, **No existe relación entre la violencia contra las mujeres y el VIH**, consideran no haber vivido situaciones de violencia. Señalan la inequidad de género, pero no la violencia contra las mujeres.

“Yo no lo relaciono. La mayoría de nosotras aquí no tenemos violencia”.

“A veces una misma se busca la violencia porque no sabes como decirle cosas y reaccionas con violencia”.

“No. Violencia es cuando uno se entera y uno empieza a echarse la culpa. Antes de eso no. El viene conmigo a la consulta. Bueno el tendrá sus machismos de que tiene que acostarse con todas porque sino creerán que es raro, homosexual. Ahorita lo que hay es liberalismo. Si el hombre no responde, ella busca que sí; la mujer está muy liberal”

“No, para nada. Ambos habíamos tenido relaciones por fuera. Nos habíamos separado y cada uno tenía su relación con otra persona. Yo tuve una pareja por fuera, ahí no había violencia”

“No había violencia, pero yo sabía que andaba con otras. Andaba pintorreado. Lo agarré en el trabajo. No era santo. Murió de infarto. Tenía una mujer que no lo dejaba tranquilo. Murió solo, sin nadie”

“A mí ningún hombre me obligó, me violó, me agredió. Yo misma me agredí, yo rechazaba el condón”

“No era la violencia, es que no usábamos condón y no teníamos eso en la mente. Cuando empecé a perseguirlo lo encontraba con mujeres pero no pensaba en VIH. Cuando me enteré ya era demasiado tarde. Ahora si le hablo de condón me insulta. Agarra los condones y los sopla como bomba”.

“Yo no veo eso junto, están separados. La violenta soy yo. Soy agresiva, cambié con la noticia del VIH, eso me molestó”

“A mí me cuesta verlo (la relación violencia-VIH), porque debería haber respeto, y no tendríamos que cuidarnos los esposos y las esposas”

“No tiene que haber violencia para que llegue el sida. Porque el hombre llega muy cariñosito y entonces puede transmitir la enfermedad”

Al preguntarles sobre su **Concepción de Violencia**, las mujeres que viven con VIH, señalan:

“Decirle a alguien de manera inadecuada que tiene VIH”.

“Agresión verbal y física”.

“Cuando nos discriminan y no aceptan nuestra comida por ejemplo, algo que lastima”.

“El VIH es una violencia en nuestra vida”.

“Nos violentó la ignorancia de información, no me pasó por la cabeza que me iba a pasar. No hay información. Uno no se fija en con quién se acuesta. El puede estar podrido y no lo ves. La muchacha puede estar bellísima y él no cree que está infectada”.

Ellas hacen referencia a **Casos de mujeres que viven con VIH y Violencia**:

“Yo conocí una que era VIH y también consumidora (droga). Uno de los compañeros abusó de la hija y se murió. La otra niña que tiene también es violada pero tiene mucho miedo. Ella no dice nada porque como es consumidora y cambia de hombre. La gente, la familia no la ayudan. Todas las parejas que ha tenido la maltrataron”

“Yo conozco a una que cuando va a buscar el tratamiento está cada vez más delgada. Nos mira y llora. El esposo iba con ella. El es drogadicto; ella busca el tratamiento y él vende para buscar la droga. No nos atrevemos a denunciar, ella está asustada. También hay una usuaria que el esposo dice que es seronegativo pero él no ha querido hacerse la prueba y la castiga porque ella es VIH. Va con los ojos morados pero ella no hace nada”

“A veces siento lástima, a veces siento rabia. Creo que tienen que salir de eso. Salir adelante. Muchas están ciegas. Conozco a una que la maltrataba físicamente y con palabras. La veía moreteada, tiene VIH, infectada por el marido, pero él ya murió”

Sólo algunas logran asociar la violencia contra la mujer y el VIH.

“Te voy a decir algo. En mi caso yo no me daba cuenta de que me engañaban, no sabemos en que condiciones pasa, a veces sabemos y le damos oportunidades, perdonamos cuando se arrodilla”.

“Nos hacemos las locas ante la violencia, sí tiene que ver pero no queremos darnos cuenta”

“Bueno, es verdad que hay muchachas de 14 años que han sido violadas y después sale positiva la prueba de VIH”.

Puede observarse, que las mujeres que viven con VIH identifican la Violencia contra las mujeres cuando sus manifestaciones son extremas. No relacionan situaciones de su vida con esta violencia contra las mujeres, más bien la reconocen asociada a la discriminación por vivir con VIH y en los casos de Violencia sexual.

Por su parte, las mujeres que son víctimas de violencia, aunque reconocen sus limitaciones en el tema de la toma de decisión en las relaciones sexuales en la pareja, **ven muy lejana la posibilidad de infección.**

“Estamos propensas a lidiar con esa enfermedad. Nos vemos obligadas a tener relaciones sin que nosotras queramos y sin saber con quién ha estado. Esa enfermedad es muy grave y estamos propensas a que nos dé”.

“También creemos que eso no nos va a dar. Lo vemos sano”.

“Un amigo me dice que él sabe con quién se acuesta, que él no es loco”

“Mi marido era muy mujeriego. El se acostaba con cualquier persona tanto que le agarré asco. Yo le decía que se revisara con el médico y él no me hacía caso. Yo siempre iba al oncológico y cuando le decía que fuera me decía que él no estaba loco. No quería cuidarse”

“Fíjate que yo me hice el examen de sida cuando me separé de mi esposo. Cuando las cosas se pusieron feas por la violencia supuse que si yo no le daba nada, él iría a buscar en la calle”

“Tenemos que cuidarnos porque si no los satisfacemos como ellos quieren, se buscan a las trabajadoras sexuales que son expertas y entonces nos traen la enfermedad, ellos creen que tienen ese derecho”

Ni las mujeres que viven con VIH ni las que han sido víctimas de violencia, consideraron o consideran estar en **Riesgo de infección por VIH**.

“Uno sabe que existe pero no se imagina que eso le puede pasar.”

“Yo confié en que mi pareja no tenía nada. El me dijo que era sano, yo lo veía sano”

“Yo me hice la prueba como cosa mía y no pensé que iba a salir positiva. Uno cree que le pasa a otro”.

“Mi hijo dice que eso es una raya (usar condón), que él sabe cuando una mujer está enferma”

“A la gente le cuesta creer que esto le pasa a una ama de casa”

“Yo que iba a saber que iba a caer. Mi esposo era taxista. Me hicieron cesárea y todo el mundo me miraba raro. Me dejaron esperando mucho rato. Cuando el doctor me dijo, no lo creía ¿por qué si yo soy de mi casa? Mis padres se pusieron muy mal. En mi mente yo decía: yo no tengo esa enfermedad. Cuando me dieron de alta mi familia me apoyó. Yo me decía: Dios mío es mentira. La prueba va a salir negativa. ¡Cuando me dan la prueba y sale positiva! ¡El confirmatorio sale positivo! Llamé a mi esposo, él no estuvo pendiente nunca de mi embarazo. Era muy vagabundo y nunca se cuidó. Estábamos juntos, pero tú sabes como son los hombres”.

“La que está en la calle como que tiene más información, se cuida de un embarazo. Nosotras no. Yo pensaba que no me iba a pasar porque yo tenía una sola pareja”

“Yo sé que no voy a estar en la calle buscando nada. Una no piensa en desconfiar sino que confía que la protección le toca a él. Soy un poco ignorante y no me doy cuenta que él piensa diferente”.

“Yo creo que nosotras estamos más afectadas”

De las razones asociadas a esa **No percepción de riesgo** y a las **causas de la infección** en sí mismas, señalan:

“Por ignorancia. Nunca me preocupé porque yo no me acostaba con GAYS, ni con drogadictos, ni era prostituta. Yo no pertenecía a ese ambiente. Yo era fiel, de mi casa. Tenía todo, mi nevera llena. El llegaba todos los días en la madrugada. Me cansé y sin el apoyo de mi familia me divorcí. Cuando conocí a mi segundo marido era el mismo cuento: tenía todo pero era muy mujeriego. El cuento era que me decía que era mujeriego porque estaba solo. Después de ese divorcio me enteré por un amigo de que mi marido era gay, ese me infectó y se desapareció. Se enteró de mi infección y me dijo que él no tenía nada, pero yo sé que fue él.”

“Yo era muy ignorante y confiada. Yo vi el sida tan lejos... me pasó por la cabeza con el primero porque se la pasaba con ficheras, pero mírame, de quien yo menos esperé”.

“Son machistas, no les importa. No tienen conciencia”.

“Mi esposo no sabía que se iba a infectar inyectándose, consumiendo droga, porque así fue como se le pegó. Infectó a otras mujeres, él era buen mozo y tenía que responder”.

“Hay hombres que sacan a la mujer de su familia, casadita y está infectada porque él se lo pasó”.

“Hemos visto casos de mujeres que son las que han infectado, el marido se murió y ella sigue sin cuidarse. Una mujer que yo conozco está infectada y tiene relaciones con muchos hombres y eso se lo pasa a los hombres con quienes se acuesta y éstos se lo llevan a las amas de casa”

“Porque hay mujeres de casa muy confiadas, desinformadas, con miedo de usar condón por temor a que el esposo crea que una tiene otro”

“Si él va a la calle y tiene otras mujeres tiene que cuidarse de ellas y no de nosotras. De nosotras no tendría que cuidarse porque nosotras no estamos en la calle.”

En síntesis, la violencia contra las mujeres constituye un fenómeno que ha afectado a ambos grupos de mujeres, en sus diversas manifestaciones (violencia física, psicológica, verbal, sexual) y a lo largo de la vida. Adicionalmente, las mujeres que viven con VIH, señalan la violencia asociada a la Vivencia del VIH, en donde resaltan la discriminación y el rechazo del entorno. Esto coincide con lo señalado en el apartado anterior sobre el punto de Estigma y discriminación y la necesidad de tratamiento integral.

Para las mujeres, salir de la situación de violencia no es asunto de una toma de decisiones rápida; reconocen gran cantidad de elementos y factores que las mantienen viviendo la violencia, todos asociados a su construcción de la sexualidad, su visión de familia, de madres y de pareja.

La salida definitiva de la violencia, se constituye entonces en un proceso que por lo general contempla diversas estrategias: la denuncia, la huida, la separación de la pareja, la agresión al victimario; ninguna de ellas lo suficientemente efectiva para esta solución rápida. Ellas resaltan la importancia de mantenerse firmes en la decisión tomada, pese a las dificultades encontradas, con la esperanza de una vida libre de violencia.

Aunque las mujeres reconocen la Violencia vivida, no la asocian con el Riesgo de infección por VIH, hablan del efecto de la violencia en la toma de decisión a la hora de mantener relaciones sexuales, pero no conectan esto con la posibilidad de infección y si lo hacen, lo ven de manera muy remota. En la mayoría la asociación apunta más a la conexión con la Inequidad de género e incluso con la educación sexual recibida y su construcción de la sexualidad.

4.4 Estrategias de Prevención

Las respuestas de las mujeres en cuanto a lo que podría hacerse para evitar más infecciones por VIH, estuvieron dirigidas a: Empoderar a las propias mujeres, a la necesidad de información y a brindar una educación sexual responsable.

Entienden el **Empoderamiento** como el reforzar en las mujeres la posibilidad de toma de decisiones, valorarse a sí mismas, brindarle herramientas prácticas e información adecuada y veraz.

“Empoderar a la mujer”

“Debe formarse para decir no, nos protegemos o no tenemos relaciones porque ese es su cuerpo”

“Hoy hay mujeres que no saben que pueden decidir”

“Valorarnos”

“Empezar a crecer internamente nosotras”

“Tomar una decisión de valorarnos”

“Aprender a tomar decisiones”

“Somos capaces de llevar un hogar adelante, capaces de prepararnos”

“Darles información, enseñarlas a valorarse. Hacerles las cosas prácticas, cero teorías.
Olvídate que esa habladora no funciona”

“Enseñarlas a que no están solas”.

“Con nosotras mismas hay que hacer cosas, porque uno sabe que ellos son así y lo permite”

No obstante, reconocen las dificultades que les significa el trabajo en el área de derechos de las mujeres y los impedimentos que hasta las mismas mujeres colocan hacia aquellas que luchan por estos derechos.

“La gente me critica porque estoy trabajando por mis derechos y los de las mujeres de mi comunidad”

“Todas las que hacemos trabajo comunitario, pasamos trabajo porque las mismas mujeres nos cuestionan.
Nos limitan echar parlante”.

“Pero cuesta mucho quedarse quieta cuando una empieza.”

“Muchas mujeres no saben. Estamos en siglo XXI y hay mucho que no saben”

La otra estrategia que sugieren tiene que ver con la Información sobre el VIH/Sida, aun cuando dudan en la efectividad de las herramientas, metodología y recursos empleados para dar esa información, destacando la necesidad de adaptarla a la población a la que va dirigida para lograr el impacto esperado.

“Hay información pero no suficiente. Tampoco es suficiente la formación de la mujer”

“La información esta en la calle solo hay que distribuirla.”

“Hay que educar, dar información, como sea. Si ellos dicen vamos a una discoteca no están pendientes de cuidarse, porque pueden conseguir a una mujer que esté tomando tratamiento y no le va a decir lo que tiene. Hay vida desordenada: no se cuidaba, era promiscua.”

“No quieren darse cuenta (los participantes de las actividades) de que eso existe. Botan los papeles que unos les da, no leen.”

“En los talleres la gente bota los folletos.”

“O es que la información no está apta para ellos, porque creen que eso no es con ellos, hacen fiesta con los condones. Nosotros eliminamos los condones de la charla.”

“No sé si eso viene de la misma casa porque los padres no quieren saber de eso”

“Yo a las mujeres les doy información, las ayudo a subirles la autoestima, lo único que conocen es la violencia.”

“Yo sí soy VIH y doy información porque ese también es mi derecho. Si no quiero que otra pase por esto, ¡tengo que hacer algo!”

Al evaluar la efectividad de la información suministrada a la población, reconocen que mucha gente tiene información: jóvenes, adultos, mujeres y profesionales, y sin embargo se infectan por el VIH. Identifican entonces, que la sola información no es suficiente.

En este punto señalan la importancia de una **Educación adecuada en materia de sexualidad**, dirigida sobre todo a los/as hijos/as. Aunque reconocen no saber cómo hacerlo desde el hogar, y establecen diferencias en la educación del niño de la niña, reproduciendo el mismo patrón de educación sexual con inequidad de género y con ciertos prejuicios sobre la sexualidad femenina y masculina.

“Hay que educar a la niña desde pequeña. Hay que dar buena información”

“Hoy las niñas saben de todo y hasta de más. Hablan de vagina, pene, no de totona como uno aprendió.”

“Debería haber charlas para mujeres pero sobre todo para hombres sobre su responsabilidad y cómo tratarnos. Entiendo que es la cultura donde se han criado. Hay dos tipos de machismo: un tipo que es dañino.”

“Ahorita hay que tener sexo responsable. Hazlo pero con conciencia. Si haces esto y esto sin condón te va a pasar. Todo tiene que ser con responsabilidad.”

“Si hubiese tenido una hija le daba la pastilla tempranito. A los varones les doy su preservativo.”

*“A mi hijo le he enseñado a ser primero mujer para que sea hombre.
¿Cómo va a valorar a una mujer si primero no es mujer? Si me equivoco pido perdón.
Pero no quiero que sea agresor entonces que aprenda a ser mujer.
Yo le digo que no tenga tantas mujeres en la calle.”*

“El hombre es la persona que debe cuidarse. El padre de mis hijos le dice a uno de mis hijos que lo más sabroso es `a rin pelao`. ¡Cómo les va a decir eso!
Lo que debe decirle es que se proteja.”

“Yo he tenido que educar a mi pareja porque él no ha querido saber nada del sida.
Yo le advierto que se cuide si va a tener algo por ahí.
Mira ellos son unos muérganos y no pueden ver a una mujer.”

“El tema del sida, es un tema desconocido. Hay muchas teorías y en Venezuela se ha infectado un poco de gente y no saben nada.
Yo hablo con mis hijos y les explico. No le digo que se abstenga pero sí que se cuide.
La idea no es que ande de mujer en mujer pero si debe cuidarse con las que tenga.”

*“Hoy no se informa como antes pero hay cosas que se dicen pero no se dicen otras.
Hay colegios atrasados en esto. Buenos y malos.
Hace poco 3 niños adolescentes se apretaban los testículos para ver quién es mas macho.”*

“A mis hijos les he dicho todo. He sido mamá y papá y he tenido que enseñarlo a hacer pipí parado y eso lo enseña un hombre. Les hablo de las ITS, de la gente buena y mala.
Al de 10 años me cuesta hablarle de sexualidad.”

“No sé como enseñar a mi hijo y ya le he visto mucha curiosidad. ¿Qué decirles si saben tantas cosas?”

Por otra parte, el **uso del condón** siempre surgió de manera espontánea tanto en las mujeres que viven con VIH/Sida como las que son/han sido víctima de violencia contra las mujeres. Cuando se les pregunta sobre si lo han usado, las mujeres víctimas de violencia lo refieren como anticonceptivo y no para protección ante ITS (aun cuando perciben algún riesgo de infección), destacando el rechazo en su utilización por considerar que disminuye el placer sexual en la relación.

*“Yo ahora con mi segunda pareja lo uso, pero no siento lo mismo. Quiero carnita con carnita.
Lo uso porque me retiraron el dispositivo.”*

“Yo, en algunas oportunidades. Cuando no tenía ningún dispositivo y usé condón por ese tiempo. Debería usarlo porque mi esposo pasa hasta 3 días en la calle.”

“Yo lo usé para evitar embarazo. Con el ritmo quedé embarazada.”

“A mí también me falló el ritmo. Lo usé para no embarazarme. Me estoy cuidando porque estoy haciendo mi casa. Ahora tengo un problema en la matriz y quiero tener otro bebé.”

“Yo también, para no embarazarme”

*“Yo nunca he tenido una infección por relaciones sexuales.
Me dio candidiasis por estrés e hilo dental. Le tengo miedo al VIH.
Tengo un amigo gay y tiene VIH, eso me da miedo”*

Aunque reconocen la importancia del uso del condón como medida para evitar la infección por VIH, manifiestan la dificultad de exigirlo a la pareja, dejando en ésta la decisión de usarlo o no.

Las mujeres no se han apropiado de esta estrategia preventiva por diversas razones: (a) no han sido educadas en su utilización, (b) temor a perder la pareja, (c) señalan disminución del placer sexual, (d) porque creen que su uso está asociado con infidelidad o enfermedad, (e) piensan que su pareja debe usarlo o lo usa en relaciones extramatrimoniales. Esto refleja una vez más, la subordinación de la mujer ante la figura del hombre, dejándole a éste el poder de decidir sobre su derecho a la salud.

“Hay que educar en el uso de preservativos, porque a la gente no le gusta.”

*“Se supone que el hombre es quien debe hacerlo.
La mujer es mal vista si lo exige, creen que uno tiene otro hombre.”*

“También una tiene que exigir y el condón no es muy caro. Pero el hombre piensa mal de uno.”

“También creen que si pedimos condón estamos enfermas y se van con otras.”

“La mayoría de los hombres tienen una cultura de no usar el condón y lo usa en la calle pero no con uno porque una está en su casa.”

“Entonces nosotras creemos que como se cuida afuera no nos va a pasar nada.”

*“Bueno depende del hombre. Mi marido no sale de la casa.
Se la pasa acostado y arregla todo. No es callejero. Yo creo que no tiene otra pareja.
Las mujeres lo admiran. No toma, no fuma. No lo voy a alabar mucho.”*

“Yo creo que yo le diría a mi esposo. Dios quiso que yo viniera hoy porque yo ahora puedo llegar y conversar y decirle que vamos a cuidarnos los dos. Y si no quiere no le doy de aquello. Le hablo de las enfermedades y de la pena con el ginecólogo. Si no lo compra ya no es culpa mía. Yo no lo voy a comprar tiene que hacerlo el pa` cuidarme, y el que tiene los reales es él.”

Las mujeres que viven con VIH también señalan el no uso del condón antes de la infección, refiriendo el cambio que asumieron post-infección, donde se muestran firmes en tener relaciones sexuales sólo con protección.

Antes de la infección muestran las mismas ideas referidas por las mujeres que viven situación de violencia:

“De vez en cuando yo lo usaba pero para descansar de las pastillas.
Pero era muy incómodo, no tenía encanto.”

“Yo tuve mis relaciones y no nos cuidábamos. Con mi esposo no me cuidaba porque yo confiaba en él. Pero después me quedé sola y hace 7 años conocí a esta nueva pareja, nos casamos y no lo usé, no se lo exigí. Si él estaba en la calle yo pensaba que él tenía que cuidarse.”

“El me decía que si iba a tener algo se lo ponía.
Yo le decía mijo cuídate porque Uds. son como los ventiladores,
no se quedan tranquilos. Yo me confié.”

“La primera vez que lo usamos fue porque yo le dije vamos a ver cómo se siente, pero ya estábamos enfermos. Ya hace 3 años de eso pero no lo usamos más. Con mi pareja actual tampoco lo exigía. Yo le decía que si iba a estar con otra persona que se cuidara, que no me trajera enfermedad a la casa.”

“Uno adopta el mito de que con el condón no es igual y el hombre no acepta usarlo porque no es igual.
Una acepta y ellos te convencen”

“Me infecté cuando dejé de usarlo para poder embarazarme”

Post-infección muestran un cambio para el uso del condón. Se identifican cuatro enfoques sobre el tema: (a) las que lo usan y lo asumen favorablemente como método para evitar la reinfección por VIH y proteger a la pareja. Valoran el condón como un recurso para mantener su salud y la de la pareja; (b) las que lo ven como una limitación para conseguir pareja; (c) las que lo valoran pero no pueden usarlo por ser víctima de violencia; y (d) las que lo valoran, han recibido entrenamiento para su uso pero no están empoderadas ni lo utilizan efectivamente.

En el primer enfoque se evidencia el cambio de actitud ante el uso del condón, que las lleva a enseñar a su pareja y a negociarlo dentro de la relación de pareja como un recurso que protege a ambos. Para algunas es más atractivo el uso del condón femenino.

“Una tiene que decidir, es como una dice, y si no le gusta chao.”

“Hay que enseñarle. Lo primero que yo le dije a mi actual pareja es mi condición. Lo enseñé a usar el condón. El problema estaba cuando se lo iba a poner, se avergonzaba y yo quedaba vestida y alborotada. Yo le decía que conmigo sin condón nada, así que tuvo que aprender. Se fue adaptando.”

“El mejor invento fue el condón femenino, a él le gusta.”

“¿Se imaginan si supiéramos todo esto antes?. No estaríamos aquí”

“Hoy me gusta más el femenino. Antes lo veía como un obstáculo. Hoy ni que venga mi actor preferido...”

“Yo estoy sana y tengo que cuidarme.
Cuando yo vivía esa vida en la que trabajaba (trabajadora sexual)
me cuidaba también. Mi marido horita se molesta porque no le doy nada sin condón.
Me saca la piedra que me exija tanto; él reclama ¡esa cuidadera!,
pero sin condón no le doy nada.”

“Mi actual pareja se cuida y si no, no le doy nada. El es seronegativo y
quiere hacerlo sin condón porque quiere vivir lo que yo he vivido, pero yo le digo que no.
Me ha apoyado en lo que estoy viviendo. Estoy bien.”

“Tenemos que exigir el condón porque somos las que llevamos todo, porque somos más vulnerables
porque nos pisotea la sociedad, los machistas, y también las mujeres.”

En el segundo enfoque, expresan su dificultad en el uso del condón. Lo perciben como una limitación en la actividad sexual y a la hora de conseguir pareja. Mantienen la asociación condón-enfermedad.

“Lo uso por lo que he vivido. No sé cuándo tendré otra pareja.
Ya cargo condón en la cartera. Soy joven; la próxima vez pido condón.
Soy exigente. Pero tiene que haber mucha confianza.”

“Es triste que no podamos hacerlo libremente si es tan lindo y sabroso. Un solo hombre me ha hecho
llegar al clímax. Eso lo hacía mi esposo y hasta de eso me cohibí. Cuando lo haga tomaré medidas
aunque sea triste eso.”

“Debería ser lindo hacerlo al natural, pero hay que cuidarse.”

“Estoy sola porque la mayoría no acepta un condón y yo tendría que hablarle claro y no van a aceptar.
A mí me llegan y yo les digo que no. Me preguntan por qué estoy sola si necesito quien me ayude.
Me he limitado a quedarme sola. Tengo miedo a que me rechacen.”

En el tercer enfoque es notorio cómo algunas mujeres que viven con VIH se ven limitadas a usar y/o exigirlo por el riesgo de perder a la pareja, y por la situación de violencia que viven.

“A él no le gusta y uno lo complace. Pero ellos están en la calle y uno no sabe si lo usa.”

“El es seronegativo. Yo tengo condón pero él tiene miedo de contagiarse incluso con el preservativo”

“No lo he usado. Me cohibo porque me siento incómoda con él.”

“El dice que eso es horrible. Mi papá tiene VIH y no lo usa
porque dice que la única mujer ha sido mi mamá.”

“Yo tengo una lucha con ese hombre. Las relaciones son a juro, porque si no, se pone muy molesto y me pega. No sé cómo quitármelo de encima y mucho menos decirle que use condón”

“Mi problema con mi marido es que él no se cuida. No quiere usar preservativo, ni tomar medicamento. No nos estamos cuidando, tenemos sexo sin protección y dice que ¿pa’ qué si ya tenemos esto?. Tenemos relaciones sexuales a juro porque él se pone bravo. Si no lo hago dice que tengo otro hombre, y le saco el condón pero dice que no.”

Finalmente, el cuarto enfoque es de algunas mujeres que señalan sentirse más seguras teniendo los condones en casa sin haberlos usado, incluso cuando han recibido el entrenamiento de cómo usarlos. No explican las razones por las cuales no lo usan, pese al entrenamiento propio y de la pareja. Podría pensarse que esto está asociado con la valoración negativa del uso del condón que se señaló anteriormente.

“No, nunca lo hemos usado; hemos ido los dos a talleres donde nos han explicado. Pero nunca lo usamos. Los tengo en casa y él sabe que están ahí”

“Yo tampoco los he usado, ni él, pero sí los tenemos desde que sabemos que tenemos VIH”

“Mi marido lo tiene en la cartera.” Pregunta la investigadora: ¿Los usa? “Yo le digo que si va a estar por ahí que los use”

Las mujeres reconocen el problema de la epidemia del VIH y la necesidad de evitar nuevas infecciones. Identifican cuatro estrategias de prevención: empoderamiento a las mujeres, información adecuada en VIH, educación en el tema de la sexualidad y el uso del condón.

En relación con esta última forma de prevención como lo es el uso del condón, se ponen de manifiesto las creencias sobre el VIH, la construcción de la sexualidad, la inequidad de género y la relación con la violencia contra las mujeres. Aspectos estos que deben considerarse a la hora de desarrollar una estrategia para que las mujeres adopten el uso del condón.

Capítulo V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES



5.1 CONCLUSIONES

Sobre las Mujeres

- Los resultados obtenidos a Nivel Sociodemográfico apuntan a que las mujeres encuestadas son fundamentalmente jóvenes, con nivel educativo medio-bajo, escasa calificación profesional y laboral, con ingresos económicos que no les permiten cubrir la totalidad de sus necesidades básicas. No se evidencian diferencias significativas entre las Mujeres que viven con VIH y las Mujeres víctima de violencia en los diversos aspectos encuestados a nivel sociodemográficos. Son simplemente mujeres venezolanas con una gran vulnerabilidad económica y social, a la que se suma la violencia y el vivir con VIH.
- La construcción de la sexualidad en las mujeres y las decisiones sobre su salud sexual y reproductiva, están cargadas de una Educación sexual basada en inequidades de género, que determinan una falta de apropiación de su deseo sexual, de su cuerpo, y una carencia de estrategias para prevenir infecciones, que las coloca en un lugar de subordinación respecto al hombre. Es éste quien toma las mayores decisiones y/o la mujer se coloca en el lugar de satisfacer sus deseos, siguiendo el patrón cultural establecido.
- Todos estos elementos determinan tanto la problemática de la infección por VIH en las mujeres, como el problema de la violencia.
- Las mujeres resaltan dos imágenes de la figura masculina asociadas a la infección por VIH. Por un lado perciben a hombres con orientación homosexual o bisexual, que mantienen relaciones de pareja con mujeres para satisfacer un patrón social establecido; y por otro, perciben a hombres heterosexuales con diversas parejas sexuales además de la relación estable. En ambos casos, ellas consideran que están en riesgo de infección por VIH.
- Las mujeres tienen mayor facilidad en la toma de decisiones sobre su salud sexual y reproductiva en el tema de la maternidad, más que en otros aspectos como placer, infecciones de transmisión sexual e incluso tener relaciones sexuales. Es por esto que, toman en mayor medida las decisiones propias sobre la asistencia al ginecólogo y el uso de métodos anticonceptivos.
- Es además por la vía de la maternidad, por donde generalmente conocen del diagnóstico del VIH y no por la solicitud voluntaria de la prueba. Esto explica en gran medida el impacto del diagnóstico por lo inesperado y por sus efectos en su vida y la del hijo/a.
- Las mujeres ven con más claridad los efectos de la Violencia vivida en su salud sexual y reproductiva, cuando se relaciona con la maternidad. No relacionan los efectos de la violencia en

la protección a las infecciones ni en otros aspectos como: placer, actividad sexual, asistencia a citas médicas, entre otros.

- Es indiscutible el efecto que tiene el vivir con VIH en la salud sexual y reproductiva de las mujeres; ellas deben adaptarse a una nueva condición de salud que amerita ajustes y aprendizaje de estrategias. No todas son capaces de alcanzarlos, muchas se niegan a mantener relaciones de pareja y a continuar con su vida sexual, bien por falta de herramientas, por el impacto de la infección, o por temor al rechazo de futuras parejas. Hay quienes logran adquirir modos asertivos de vivir con la infección, siempre luego de la ayuda y orientación de otras/os. Otras mujeres, aun cuando están conscientes de los riesgos para su salud y la de otros, el mantener actividad sexual no protegida, mantienen las mismas conductas ajustadas a la educación sexual problematizada que han recibido.
- La Violencia contra las mujeres es reconocida por los grupos que participaron en la investigación en sus diversas manifestaciones y a lo largo de la vida. Reconocen en mayor medida la violencia de pareja y la violencia sexual, así como las huellas que éstas dejan en sus vínculos familiares, sexualidad e incluso embarazo e hijos.
- A las mujeres les cuesta asociar Violencia y VIH, ya que reconocen o identifican la violencia sólo cuando hay manifestaciones graves y fundamentalmente reconocen la violencia física y sexual.
- El salir de la violencia constituye un proceso lento con gran cantidad de obstáculos que están asociados a la construcción de la sexualidad y a cómo se maneja el problema desde las diversas instituciones.
- Aunque las mujeres reconocen la Violencia vivida, no la asocian con el Riesgo de infección por VIH, hablan del efecto de la violencia en la toma de decisión a la hora de mantener relaciones sexuales, pero no conectan esto con la posibilidad de infección y si lo hacen, lo ven de manera muy remota. En la mayoría de las mujeres, la asociación apunta más a la conexión con la Inequidad de género e incluso con la educación sexual recibida y su construcción de la sexualidad.
- Al no percibirse en riesgo de infección, las mujeres no utilizan métodos de protección, consideran que el mantener una sola pareja las protege del VIH.
- Las mujeres reconocen el problema de la epidemia del VIH y la necesidad de evitar nuevas infecciones. Identifican cuatro estrategias de prevención: empoderamiento a las mujeres, información adecuada en VIH, educación en el tema de la sexualidad y el uso del condón.
- El entrenamiento para el uso del condón y el manejo de herramientas para vivir con VIH, son reconocidos por las mujeres como estrategias favorables y necesarias para su empoderamiento, pero sólo son brindadas por algunas organizaciones.
- En relación con esta última forma de prevención como lo es el uso del condón, se ponen de manifiesto las creencias sobre el VIH, la construcción de la sexualidad, la inequidad de género y la relación con la violencia contra las mujeres. Aspectos estos que deben considerarse a la hora de desarrollar una estrategia para que las mujeres adopten el uso del condón.

Sobre las Organizaciones

- Las Organizaciones participantes reconocen la interrelación entre la Violencia contra las mujeres y la infección por VIH, pero no aplican de manera efectiva estrategias que contemplen esta

interrelación en sus actividades, no cuentan con las herramientas para hacerlo, ni están totalmente capacitadas para atención y orientación de casos.

- Las Organizaciones de atención participantes, no muestran efectivamente la interrelación Violencia – VIH a sus usuarias, y esto no ayuda a las mujeres en el reconocimiento y en la toma de acciones para su protección.
- En la mayoría de los casos, a las mujeres no se les exploran los antecedentes de violencia contra la mujer, ni los antecedentes de infecciones de transmisión sexual. No le solicitan ni le informan sobre la necesidad de realizarse exámenes médicos, lo que de alguna manera refuerza la percepción de No riesgo de infección y/o de No relación entre la violencia y su vida sexual.
- Las mujeres que viven con VIH señalan que reciben atención médica de manera casi exclusiva sin un abordaje integral, mientras que sus necesidades van más allá de la salud física, pues uno de los problemas fundamentales es el estigma y la discriminación por vivir con VIH, problemas que repercuten en su vida en general y por ende en su salud integral, que no están siendo debidamente abordados.

CONCLUSIÓN FINAL

Queda en evidencia que la Vulnerabilidad de las mujeres ante el VIH, no está dada sólo por la Violencia contra las mujeres, sino además por su condición económica, educativa y social, así como por el lugar de subordinación producto de nuestra construcción cultural de la sexualidad y por la Inequidad de género establecida socialmente.

5.2 RECOMENDACIONES

- El problema de la epidemia del VIH en Venezuela, debe ser abordado de manera integral donde se consideren tanto los aspectos relacionados con la mujer que vive con VIH, como con la construcción de la sexualidad femenina y masculina; y cómo están determinados unos y otras en el problema.
- Todas las organizaciones que trabajen con mujeres en sus diferentes momentos de vida (niña, adolescente, jóvenes, adultas, adulta mayor), deben desarrollar estrategias de abordaje en el tema del empoderamiento, la inequidad de género, la violencia contra las mujeres y la salud sexual y reproductiva, incluyendo el tema del riesgo de infección a las ITS y el VIH.
- Es imperativo que las Organizaciones que trabajan con VIH y las que abordan la Violencia contra las mujeres, trabajen de manera interrelacionada y cuenten con protocolos de atención, personal capacitado, mecanismos de referencia y contrarreferencia de casos, y un discurso común para el abordaje de las mujeres.
- Asimismo ambos tipos de organizaciones deben procurar la atención integral de las mujeres con quienes trabajan, asociando tanto la problemática del VIH y de la Inequidad de género y violencia contra las mujeres, como los diferentes aspectos de su vida.
- Es necesario profundizar en el tema, y desarrollar más proyectos e investigaciones dirigidos a la conexión Inequidad de Género – Violencia y VIH, para lo cual se requiere la asignación de recursos financieros para tal fin.
- Es obligación de los organismos que dictan las políticas públicas en materia de Mujer – Salud y VIH en el país, incorporar líneas de trabajo en estos temas, que además estén coordinadas entre las diversas organizaciones competentes tanto gubernamentales como no gubernamentales.
- El trabajo debe estar dirigido tanto a la atención de las mujeres que ya viven con una o ambas problemáticas, como también a la prevención de la Violencia contra las mujeres y su infección por VIH, considerando a las mujeres mismas con su realidad, necesidades y problemas, siendo ellas protagonistas de este proceso.
- En definitiva se trata de Visibilizar esta interrelación en diversos espacios como serían: Grupos de mujeres organizadas, redes de organizaciones de mujeres y/o de aquellas que trabajan con Derechos sexuales y reproductivos, en la publicidad y otros medios de comunicación, en los marcos legales que rigen temas de violencia contra las mujeres y/o salud integral, en los espacios de formación de profesionales y no profesionales que trabajan con estos temas, y en la colectividad.
- Se recomienda la divulgación de los resultados de la presente investigación, que pueda servir como punto de partida para la realización de otras investigaciones, como para el desarrollo de actividades de formación y promoción de los temas aquí abordados.



Capítulo VI: BIBLIOGRAFÍA

- AVESA, FUNDAMUJER (2006): **Boletín en Cifras**. Vol 3. Nro 3.
- Arroyo, R y Valladares, L. (2004): **Violencia sexual contra las mujeres**. Serie de Documentos Técnico Jurídicos. Año 1. Proyecto Regional. Corte Penal Internacional y Justicia de Género. Unión Europea – n(o)vib.
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (1999): **Metodología de la Investigación**. México: Mac Graw Hill.
- Cloet, R (2006): **Nunca pensé que esto me podía pasar a mí. VIH/SIDA y género en Ecuador**. UNIFEM.
- Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas-Organización Mundial de la Salud (1993). **International Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects**. Ginebra, CIOMS-OMS. En www.bases.bireme.vr
- Del Río Chiriboga, C (1997): “Introducción. Mujer y SIDA: conceptos sobre el tema”. En: **Situación de las Mujeres y el VIH/SIDA en América Latina**. México: Ediciones del Instituto Nacional de Salud Pública.
- García, B (2004) “Reducir la Vulnerabilidad de las mujeres. Campaña mundial contra el SIDA 2004”. **Revista Conciencia Latinoamericana**.
- LACCASO (2003): **Monitoreo y Evaluación de la Respuesta de Venezuela al compromiso de la Declaración de la UNGASS**.
- León, M. (2006): **Módulo IV. Violencia, Abuso y Explotación Sexual**. Curso de Ampliación “Formación Socioeducativa para la promoción de la Salud Sexual y reproductiva Adolescente” de AVESA. Mimeográfico.
- Martínez, M. (1996): **Comportamiento humano: nuevos métodos de investigación**, 2ª edic., México: Trillas.
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social. **Plan Estratégico Nacional VIH/SIDA. Un enfoque para la Salud y calidad de Vida**. 2003.
- Morgan, D. (1998): **Focus groups as qualitative research**. Newbury Park, CA.: Sage.
- ONUSIDA (2006): El impacto del SIDA sobre las personas y las sociedades. En www.unaids.org
- Programa Nacional de SIDA e ITS. Ministerio de Salud. República Bolivariana de Venezuela (2005): **Declaración de Compromiso en la Lucha contra el VIH/SIDA- UNGASS 2001**. Informe del Gobierno de la República Bolivariana de Venezuela, Período 2003 – 2005.

- _____ (2005): **Informe de la Situación del VIH/SIDA en Venezuela.**
- Red Venezolana de Gente Positiva: **Informe final de estudio Diagnóstico situacional de las personas viviendo con VIH/Sida en Venezuela.** ACCSI, ONUSIDA, AID FOR AIDS. Febrero, 2007.
- Tamayo y T., M. (2001): **El proceso de la investigación científica.** México: Limusa.
- Vandale, S; Liguori, A; y, Rico, B (1997): **Una Agenda latinoamericana de Investigación-Acción sobre Mujeres y Sida. En: Situación de las mujeres y el VIH/SIDA en América Latina.** México: Ediciones del Instituto Nacional de Salud Pública.
- Vidal, F., Carrasco, M.; Pascal, R (2004): **Mujeres Chilenas viviendo con VIH/SIDA.** FLACSO. Sede Académica de Chile.



Capítulo VI: ANEXOS

Anexo A: ORGANIZACIONES PARTICIPANTES

MANOS AMIGAS POR LA VIDA (MAVID)	
Dirección	Urb. Tarapío, Esquina 189. Naguanagua, Valencia, estado Carabobo
Teléfono y dirección electrónica	(0241) 808.6946 mavid_01@yahoo.com
Persona contacto	Eduardo Franco, Presidente mavid_01@yahoo.com
Misión	Minimizar el impacto y transmisión del VIH mediante el apoyo psicológico y la orientación a las personas que viven con VIH/Sida en Derechos Humanos y acceso a tratamiento.
Servicios	Consejería en VIH/Sida, Charlas de prevención, apoyo emocional, Banco de Medicamentos antirretrovirales, Atención al paciente hospitalizado

ASOCIACIÓN CIVIL IMPULSO VITAL ARAGUA (ACIVA)	
Dirección	Urb. Madre María, Sector C, edificio 6, apartamento 631, Maracay, estado Aragua
Teléfono y dirección electrónica	(0243) 218.0954 aciva_@hotmail.com
Persona contacto	Jesús Medina, Presidente
Misión	Procurar el bienestar biopsicosocial de las personas que viven con VIH/Sida y entorno del estado Aragua.
Servicios	Asesoría a las personas que viven con VIH/Sida, Charlas de prevención en centros educativos, Defensa de los Derechos Humanos de las personas que viven con VIH/Sida, Incidencia gubernamental.

FUNDACIÓN AMIGOS DE LA VIDA	
Dirección	Av. Urdaneta, Esquina Pelota a Ibarra, Edificio CAOMA, Mezzanina, Caracas, Distrito Capital.
Teléfono y dirección electrónica	(0212) 564.6725, 564.2980 amigosvzla@yahoo.com
Persona contacto	Alirio Aguilera, Coordinador General alirio.aguilera@gmail.com
Misión	ONG sin fines de lucro que presta atención integral: médica, psicológica y educación a personas que viven con VIH/Sida, a sus familiares, pareja y público en general
Servicios	Asesoría médica (Infectología), Asesoría psicológica individual, Asesoría de pareja y familiar, Cursos de capacitación, Charlas de prevención, Talleres focalizados, Centro de Documentación.

ASOCIACIÓN LUCHEMOS POR LA VIDA (ALVI)	
Dirección	Urb. Campo alegre, avenida 114, número 5105-82.Valencia, estado Carabobo
Teléfono y dirección electrónica	(0241) 825.1423 alvicarabobo@hotmail.com
Persona contacto	Tania Carreño, Administradora taniacarreño@hotmail.com
Misión	Apoyar a las personas que viven con VIH y su entorno.
Servicios	Apoyo psicológico, Consejería individual, información actual en VIH/Sida y su prevención.

ACCION SOLIDARIA (ACSOL)	
Dirección	Avenida Orinoco, entre Calle Coromoto y segunda Calle, Quinta Los Olivos, Urb. Bello Monte, Caracas, Distrito Capital.
Teléfono y dirección electrónica	(0212) 952.9554, 952.2098 infovih@acsol.org
Persona contacto	Ana Correia, Trabajadora Social aicx@hotmail.com
Misión	Contribuir a reducir el impacto de la epidemia del VIH/Sida, mediante educación para la prevención, atención integral para los afectados, incidencia pública en alianza con otros actores.
Servicios	Asesoría pre y post test VIH, consulta médica especializada, laboratorio, charlas y talleres para público en general y personas que viven con VIH, Orientación a estudiantes, Centro de Información Nacional en VIH/Sida (llamadas telefónicas), Plan Vacacional.

MUJERES EN POSITIVO POR VENEZUELA	
Dirección	Maternidad Concepción Palacios, Edificio viejo, Consulta de venereología, Medicina Interna, Av. San Martín, Caracas, Distrito Capital.
Teléfono y dirección electrónica	(0212) 482.5066 mujeresenpositivo@gmail.com
Persona contacto	Diana Irazábal, Coordinadora General mujeresenpositivo@gmail.com
Misión	Asistir de manera integral a las mujeres que viven con VIH/Sida a nivel nacional, así como a los/as niños/as, adolescentes que posean cualquier parentesco con esta población inicialmente afectada.
Servicios	Asesoría y orientación a mujeres afectadas por el VIH/Sida y familiares, grupo de autoapoyo, charlas y talleres, actividades prodefensa de los derechos humanos, y sexuales y reproductivos, incidencia política, canalizar ayuda económica.

ASOCIACIÓN CIVIL PRODEFENSA DE LOS DERECHOS HUMANOS (AMAVIDA)	
Dirección	Urbanización La Paz, Avenida Principal, Maracaibo, estado Zulia
Teléfono y dirección electrónica	(0261) 735.5494 amavidazulia@gmail.com
Persona contacto	Estevan Colina, Director General estevancolina@hotmail.com
Misión	Defender los derechos humanos de las personas que viven con VIH/Sida en el estado Zulia.
Servicios	Consejería en VIH/Sida, Defensa de los derechos humanos, Asesoría Jurídica, Talleres de formación, Centro de Información.

RED VENEZOLANA DE GENTE POSITIVA (RVG+)	
Dirección	Avenida Rómulo Gallegos, Edificio Maracay, piso 11, apto. 21, El Marqués, Caracas, Edo. Miranda
Teléfono y dirección electrónica	(0212) 232.7938, Telefax (0212) 235.9215 rvgpositiva@yahoo.es
Persona contacto	Walver Villegas, Secretario walverpsico@yahoo.es
Misión	Promover una mayor participación y compromiso de las personas que viven con VIH/Sida para el mejoramiento de calidad de sus vidas
Servicios	Capacitación e intercambio de información, acciones para la defensa de los derechos humanos de las personas que viven con VIH/Sida, actividades de cabildeo para incentivar y optimizar la cooperación entre las personas que viven con VIH/Sida y otros entes involucrados en la respuesta nacional ante el VIH/Sida.

ACCIÓN CIUDADANA CONTRA EL SIDA (ACCSI)	
Dirección	Avenida Rómulo Gallegos, Edificio Maracay, piso 11, apto. 21, El Marqués. Caracas, Edo. Miranda
Teléfono y dirección electrónica	(0212) 232.7938, Telefax (0212) 235.9215 accsi@accsi.org.ve
Persona contacto	Edgar Carrasco, Director de Derechos Humanos ecarrasco@accsi.org.ve
Misión	Desarrollar estrategias articuladas y efectivas para la protección, promoción y defensa de los derechos humanos (DDHH) de las Personas que viven con VIH/Sida (PVVs) y Poblaciones Vulnerables (PV) en Venezuela.
Servicios	Actualmente ACCSI hace efectiva su misión a través de las siguientes líneas de acción: Servicios, Comunicaciones, Capacitación, Trabajo en red, Movilización y Cabildeo, Investigación, Monitoreo y Evaluación.

CASA DE LA MUJER LARENSE	
Dirección	Carrera 18, entre Calles 24 y 25, Edificio Fundacomún, piso 1, Barquisimeto, estado Lara.
Teléfono y dirección electrónica	(0251) 233.3227 casadelamujerlarenses@hotmail.com
Persona contacto	Diputada Belkis Gómez, Presidenta belkis_gomez@hotmail.com
Misión	La Casa de la Mujer Larense, como órgano Regional Permanente tiene como misión brindar apoyo integral sin distinción de raza, color, credo, etnia, estrato social, a través de la definición, ejecución de las políticas de asuntos relacionados con la condición de la mujer.
Servicios	Asesoría legal, Orientación Psicosocial, atención médica integral, orientación y capacitación.

CASA DE ABRIGO "ELISA JIMÉNEZ"	
Dirección	Instituto Nacional de la Mujer, Caracas, Distrito Capital.
Teléfono	(0212) 860.8210 al 12, Telefax (0212) 860.5215
Persona contacto	Yurbin Aguilar, Supervisora Casa de Abrigo
Misión	Dar abrigo a mujeres víctima de violencia intrafamiliar.
Servicios	Atención legal para protección de su agresor, Gestiones en Área Social para vivienda, estudios, trabajo, consulta médica en rutina para diagnóstico de salud, búsqueda de citas para asuntos especiales de salud, medicamentos, atención psicológica, abrigo por tiempo prudencial.

ASOCIACIÓN LARENSE DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR (ALAPLAF)	
Dirección	Avenida Libertador con Calle 33, Centro Comercial El Recreo, Nivel II, local 65-71. Barquisimeto, estado Lara
Teléfono y dirección electrónica	(0251) 447.1531/ 1008, Telefax (0251) 446.6989 alaplaf@cantv.net
Persona contacto	Delia Mondragón, Coordinadora de Unidad deliaven@hotmail.com
Misión	Promover el derecho de mujeres, hombres y adolescentes a disfrutar de su SSyR bajo un concepto de atención integral, a través de actividades de promoción y educativas, psicológicas, legal y médicas, propiciando la organización y corresponsalia de la población involucrada.
Servicios	Educación y orientación social, médica (gineco-obstétrica), psicológica y legal.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR (PLAFAM)	
Dirección	Urbanización Las Acacias, Calle Minerva, Quinta PLAFAM, Caracas, Distrito Capital.
Teléfono y dirección electrónica	(0212) 693.9358 / 8255 / 8323, Telefax (0212) 693.9757
Persona contacto	Maribel Goncalves. Gerente de Programas mgoncalves2508@cantv.net
Misión	Incrementar el desarrollo humano del país, con especial atención a los Derechos Sexuales y reproductivos de mujeres, hombres y jóvenes, en especial aquellos de bajos recursos económicos. Garantizar la SSyR, la equidad de género, la tolerancia y diversidad.
Servicios	Ginecología y obstetricia, orientación en planificación familiar y salud sexual y reproductiva, ecografía, urología, psicología con especial énfasis en violencia basada en género, actividades educativas.

CASA DE LA MUJER “JUANA RAMÍREZ LA AVANZADORA”	
Dirección	Calle López Avelado Norte, N° 11, Urbanización Calicanto, Maracay, estado Aragua
Teléfono y dirección electrónica	(0243) 246.3796, Telefax (0243) 246.3796 cmjr@cantv.net
Persona contacto	Luisa Arias Melo, Coordinadora de Programas larias_23@yahoo.com
Misión	Incidir socialmente en la construcción de una democracia basada en los derechos humanos, la solidaridad, la igualdad de oportunidades y la erradicación de todas las formas de discriminación contra la mujer.
Servicios	Atención legal y psicológica a mujeres en situación de violencia intrafamiliar, capacitación en el área de violencia intrafamiliar y género, divulgación y difusión, extensión.

Anexo B: FORMATO DE CUESTIONARIO PARA ORGANIZACIONES QUE TRABAJAN EN VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES



AVESA
Asociación
Venezolana
Para una
Educación
Sexual
Alternativa



PROYECTO “VULNERABILIDAD DE LA MUJER VICTIMA DE VIOLENCIA ANTE EL VIH-SIDA, EN VENEZUELA” Información sobre la Organización

1. Nombre de la Organización

2. Dirección

3. Teléfonos y Dirección electrónica

Teléfonos: _____ Fax: _____

Email: _____

4. Persona contacto

Nombre: _____

Cargo: _____

Email: _____

5. Misión

6. Servicios que ofrece

7. Para Organizaciones con atención en Violencia contra la mujer

1. ¿Cuántas personas atiende su organización mensualmente? _____

2. ¿Cuántas mujeres atiende mensualmente? _____

3. ¿La organización considera la violencia contra la mujer como elemento asociado a la infección del VIH? Si _____ No _____

4. ¿En cuáles actividades de la organización se refleja esta asociación?: (marque con una X, puede seleccionar más de una opción)

- En la atención directa a casos _____
- En el contenido de charlas, talleres, jornadas, seminarios, foros. _____
- En el contenido del material divulgativo (trípticos, revistas, afiches, etc.) _____
- En el contenido del material educativo (manuales, textos, guías) _____
- En todas las anteriores _____
- En ninguna actividad _____
- Otra _____ Especifique _____

5. ¿Existe algún protocolo de atención o abordaje a la mujer que vive con VIH en su Organización? Si _____ No _____

6. ¿Cuenta la Organización con directorio de instituciones que trabajen el tema de VIH? Si _____ No _____

7. ¿Cuenta la Organización con sistema de referencia de casos con este tipo de instituciones que trabajan con VIH? Si_____ No_____

8. En su Organización el personal: (Marque con una X)

- No está capacitado para detectar riesgo de infección u orientar casos de mujeres que viven con VIH. _____
- Está en capacidad de detectar casos de mujeres viviendo con VIH y remitirlos a otra institución. _____
- Está en capacidad de brindar atención inicial a la mujer que vive con VIH y remitirla a otra institución _____
- Puede brindar atención integral en VIH y Violencia contra la mujer _____

MUCHAS GRACIAS

Anexo C: FORMATO DE CUESTIONARIO PARA ORGANIZACIONES QUE TRABAJAN EN VIH/Sida



AVESA
Asociación
Venezolana
Para una
Educación
Sexual
Alternativa



**PROYECTO
“VULNERABILIDAD DE LA MUJER VICTIMA DE
VIOLENCIA ANTE EL VIH-SIDA, EN VENEZUELA”
Información sobre la Organización**

1. Nombre de la Organización

2. Dirección

3. Teléfonos y Dirección electrónica

Teléfonos: _____ Fax: _____

Email: _____

4. Persona contacto

Nombre: _____ Cargo: _____

Email: _____

5. Misión

6. Servicios que ofrece

7. Para Organizaciones con atención en VIH

1. ¿Cuántas personas atiende su organización mensualmente? _____

2. ¿Cuántas mujeres atiende mensualmente? _____

3. ¿La organización considera la violencia contra la mujer como elemento asociado a la infección del VIH? Si _____ No _____

4. ¿En cuáles actividades de la organización se refleja esta asociación?: (marque con una X, puede seleccionar más de una opción)

- En la atención directa a casos _____
- En el contenido de charlas, talleres, jornadas, seminarios, foros. _____
- En el contenido del material divulgativo (trípticos, revistas, afiches, etc.) _____
- En el contenido del material educativo (manuales, textos, guías) _____
- En todas las anteriores _____
- En ninguna actividad _____
- Otra _____ Especifique _____

5. ¿Existe algún protocolo a atención o abordaje de la Violencia contra la mujer en su Organización? Si _____ No _____

6. ¿Cuenta la Organización con directorio de instituciones que trabajen el tema de Violencia contra la mujer? Si _____ No _____

7. ¿Cuenta la Organización con sistema de referencia de casos con este tipo de instituciones que trabajan Violencia contra la Mujer? Si_____ No_____

8. En su Organización el personal: (Marque con una X)

- No está capacitado para detectar u orientar casos de víctimas de violencia contra la mujer. _____
- Está en capacidad de detectar el caso de violencia contra la mujer y remitirlo a otra institución. _____
- Está en capacidad de brindar atención inicial a la víctima de violencia contra la mujer y remitir a otra institución _____
- Puede brindar atención integral en VIH y Violencia contra la mujer _____

MUCHAS GRACIAS

Anexo D: FORMATO DE CUESTIONARIO PARA MUJERES CON VIH



AVESA
Asociación
Venezolana
Para una
Educación
Sexual
Alternativa



PROYECTO
“VULNERABILIDAD DE LA MUJER VICTIMA DE
VIOLENCIA ANTE EL VIH-SIDA, EN VENEZUELA”
Encuesta a Mujeres viviendo con VIH-SIDA (MVs).

I DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

1.1 Edad

Rango Edad	Marque con x
18 a 27 años	
28 a 37 años	
38 a 47 años	
48 a 57 años	
58 a más años	

1.2 Nivel Educativo

Nivel Educativo	Marque con x
Ninguno	
Educación Preescolar	
Básica completa	
Básica incompleta	
Ciclo diversificado incompleto	
Ciclo diversificado completo	
Técnico medio	
Técnico superior incompleto	
Técnico superior completo	
Universitaria incompleta	
Universitaria completa	
Postgrado incompleto	
Postgrado completo	

1.3 Nivel Socioeconómico:

Nivel Socioeconómico	Marque con x
No Pobres (satisfacen todas sus necesidades básicas: vivienda adecuada que cuenta con todos los servicios básicos, tales como: electricidad, aguas servidas, aseo; viven menos de tres personas por habitación)	

Pobreza No Extrema (con una necesidad básica insatisfecha)	
Pobreza Extrema (dos o más necesidades básicas insatisfechas)	

1.4. Estado Civil

Estado civil	Marque con x
Soltera	
Casada	
Unión de hecho / Concubina	
Divorciada	
Separada	
Viuda	

1.5. Religión

Tipo	Marque con x
Ninguna	
Católica	
Evangélica	
Protestante	
Testigo de Jehová	
Adventista	
Otra	

1.6 Ocupación

Ocupación	Marque con x
Ama de casa (Quehaceres del hogar)	
Estudiante sin trabajo	
Estudiante con trabajo	
Pensionada/Jubilada sin trabajo	
Pensionada/Jubilada con trabajo	
Incapacitada permanente	
Empleada u obrera fija	
Empleada u obrera contratada	
Empleada u obrera ocasional	
Trabajadora por cuenta propia (sin empleado ni obrero a cargo)	
Empleadora o patrona	
Miembro de Cooperativa	
Ayudante familiar no remunerada	
Servicio doméstico	
Otra ocupación	

1.7 Ingreso mensual

Bolívares	Marque con x
Ninguno	
Menos de 499.000	
De 500.000 a 999.999	

1.8 Participación en el ingreso económico en el hogar

Porcentaje	Marque con x
Sin ingreso que aportar (0%)	
Menos de la mitad (menos del 50%)	
La mitad (50%)	

		Menos del 100% del ingreso familiar	
De 1.000.000 a 1.499.000		Todo el ingreso familiar (100%)	
De 1.500.000 a 1.999.999		No sabe o no responde	
Más de 2.000.000			

II Información sobre VIH/Sida

2.1 Tiempo de notificación del diagnóstico

Año	Marque con x
Menos de 1 año	
De 1 a 4 años	
De 5 a 9 años	
De 10 a 14 años	
Más de 15 años	

2.2 Forma de la notificación del diagnóstico

Tipo	Marque con x
Acogedora y Explicativa	
Acogedora	
Explicativa	
Indiferente	
Dura y/o enjuiciadora	

2.3 Nivel de información que tenías sobre el VIH/Sida antes de la notificación

Nivel	Marque con x
Ninguna	
Escasa	
Mediana	
Bastante	

2.4 Nivel de información sobre VIH que tienes actualmente sobre el VIH/Sida

Nivel	Marque con x
Ninguna	
Escasa	
Mediana	
Bastante	

2.5. Tratamiento Antirretrovirales

¿Tomas Antirretrovirales?	Marque con x
Sí	
No	
No responde	
No aplica	

2.6 Situación actual de tu pareja

¿Tiene Pareja actualmente?	Marque con X	¿Cuál es su Condición Serológica ante el VIH?		
		Portadora del VIH (Seropositiva)	No es portadora del VIH (Seronegativa)	NS/NR
Sí				
No				

2.7 ¿Tienes hijos/as? Número

Hijos/as	Marque con X	Nº de hijos/as				
		1	2	3	4	5 y más
Sí						
No						

2.8. Condición serológica al VIH de los/as hijos/as

Condición	Todos	Ninguno	Nº hijos/as con Seropositividad				
			1	2	3	4	5 y más
Seropositiva							

2.9. Atención recibida actualmente

Tipo de atención	Sí	No
Médica		
Psicológica/Psiquiátrica		
Gineco-obstétrica		
Legal		
Social		
Otra (indique)		

III SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

3.1. Exploración de Historia de Violencia en los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva

¿Se han explorado antecedentes de Violencia contra la mujer?	¿En qué servicio de atención?					
	Médica	Psicológica/Psiquiátrica	Gineco-obstétrica	Legal	Social	Otra
Sí						
No						
No responde						

3.2 Toma de decisión respecto a:

¿Quién decide sobre?	Marque con x					
	Decisión Propia	De la Pareja	De Ambos	De la Familia	Sin Decisión	Otro
Tener hijos						
Nº de hijos						
Iniciación de la relación sexual						
Exámenes médico-gineco obstétricos						
Métodos anticonceptivos						
Uso del preservativo						
Tener o no relación sexual						
Tratamiento Antirretroviral						

IV VIOLENCIA

4.2 Situaciones de Violencia a lo largo de la vida

¿Has sufrido situaciones de Violencia a lo largo de tu vida?	¿Qué tipo?						
	Violencia de pareja (física, psicológica o sexual)	Violación sexual	Acoso sexual	Abuso sexual infanto juvenil	Violencia entre los padres o grupo familiar	Maltrato infantil	Otra
Sí							
No							
NS/NR							

4.2 Violencia actual

¿Vives actualmente situaciones de violencia?	¿Qué tipo?						
	Violencia de pareja (física, psicológica o sexual)	Violación sexual	Acoso sexual	Abuso sexual infanto juvenil	Violencia entre los padres o grupo familiar	Maltrato infantil	Otra
Sí							
No							
NS/NR							

4.3 Relación Violencia – Salud Sexual y Reproductiva – VIH

La situación de violencia vivida limitó o limita actualmente....	Si	No	NS/NR
1. Tu decisión con respecto a tener relaciones sexuales			
2. Tu decisión de tener hijos/as			
3. Tu decisión con respecto al número de hijos/as			
4. El Uso del preservativo			
5. El Uso de métodos anticonceptivos			
6. La Asistencia a servicios de salud para consultas médicas			
7. La Asistencia a servicios de salud para realización de exámenes médicos			
7. Protegerte del VIH			
8. Protegerte de Infecciones de Transmisión Sexual			
9. Tomar tratamiento Antirretroviral			

4.4 Atención en Violencia

¿Has recibido atención para abordar la situación de violencia vivida?	Marque con una x	Tipo de atención recibida				
		Médica	Psicológica	Legal	Social	Otra
Si						
No						
NS/NR						

¿Consideras que esta atención en Violencia buscó mejorar tu Salud Sexual y Reproductiva?	Marque con una X
Si	
No	
NS/NR	

¡Gracias por tu valiosa colaboración!!!

AVESA/UNIFEM

Anexo E: FORMATO DE CUESTIONARIO PARA MUJERES QUE VIVEN SITUACIÓN DE VIOLENCIA



AVESA
Asociación
Venezolana
Para una
Educación
Sexual
Alternativa



PROYECTO “VULNERABILIDAD DE LA MUJER VICTIMA DE VIOLENCIA ANTE EL VIH-SIDA, EN VENEZUELA” Encuesta a Mujeres en Situación de Violencia

I DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

1.1 Edad

Rango Edad	Marque con x
18 a 27 años	
28 a 37 años	
38 a 47 años	
48 a 57 años	
58 a más años	

1.2 Nivel Educativo

Nivel Educativo	Marque con x
Ninguno	
Educación Preescolar	
Básica completa	
Básica incompleta	
Ciclo diversificado incompleto	
Ciclo diversificado completo	
Técnico medio	
Técnico superior incompleto	
Técnico superior completo	
Universitaria incompleta	
Universitaria completa	
Postgrado incompleto	
Postgrado completo	

1.3 Nivel Socioeconómico:

Nivel Socioeconómico	Marque con x
No Pobres (satisfacen todas sus necesidades básicas: vivienda adecuada que cuenta con todos los servicios básicos, tales como: electricidad, aguas servidas, aseo,; viven menos de tres personas por habitación)	
Pobreza No Extrema (con una necesidad básica insatisfecha)	
Pobreza Extrema (dos o más necesidades básicas insatisfechas)	

1.4. Estado Civil

Estado civil	Marque con x
Soltera	
Casada	
Unión de hecho / Concubina	
Divorciada	
Separada	
Viuda	

1.5. Religión

Tipo	Marque con x
Ninguna	
Católica	
Evangélica	
Protestante	
Testigo de Jehová	
Adventista	
Otra	

1.6 Ocupación

Ocupación	Marque con x
Ama de casa (Quehaceres del hogar)	
Estudiante sin trabajo	
Estudiante con trabajo	
Pensionada/Jubilada sin trabajo	
Pensionada/Jubilada con trabajo	
Incapacitada permanente	
Empleada u obrera fija	
Empleada u obrera contratada	
Empleada u obrera ocasional	
Trabajadora por cuenta propia (sin empleado ni obrero a cargo)	
Empleadora o patrona	
Miembro de Cooperativa	
Ayudante familiar no remunerada	
Servicio doméstico	
Otra ocupación	

1.7 Ingreso mensual

Bolívares	Marque con x
Ninguno	
Menos de 499.000	
De 500.000 a 999.999	
De 1.000.000 a 1.499.000	
De 1.500.000 a 1.999.999	
Más de 2.000.000	

1.8 Participación en el ingreso económico en el hogar

Porcentaje	Marque con x
Sin ingreso que aportar (0%)	
Menos de la mitad (menos del 50%)	
La mitad (50%)	
Menos del 100% del ingreso familiar	
Todo el ingreso familiar (100%)	
No sabe o no responde	

1.9 ¿Tienes hijos/as? Número

Hijos/as	Marque con X	Nº de hijos/as				
		1	2	3	4	5 y más
Sí						
No						

II Información sobre situación de Violencia

2.1 Situaciones de Violencia a lo largo de la vida

¿Has sufrido situaciones de Violencia a lo largo de tu vida?	¿Qué tipo?						
	Violencia de pareja (física, psicológica o sexual)	Violación sexual	Acoso sexual	Abuso sexual infanto juvenil	Violencia entre los padres o grupo familiar	Maltrato infantil	Otra
Sí							
No							
NS/NR							

2.2 Violencia actual

¿Vives actualmente situaciones de violencia?	¿Qué tipo?						
	Violencia de pareja (física, psicológica o sexual)	Violación sexual	Acoso sexual	Abuso sexual infanto juvenil	Violencia entre los padres o grupo familiar	Maltrato infantil	Otra
Sí							
No							
NS/NR							

2.3 Relación Violencia – Salud Sexual y Reproductiva – VIH

La situación de violencia vivida limitó o limita actualmente....	Si	No	NS/NR
1. Tu decisión con respecto a tener relaciones sexuales			
2. Tu decisión con respecto al número de hijos/as			
3. El Uso de preservativo			
4. El Uso de métodos anticonceptivos			
5. La Asistencia a servicios de salud para consultas médicas			
6. La Asistencia a servicios de salud para realización de exámenes médicos			
7. Protegerte del VIH			
8. Protegerte de Infecciones de Transmisión Sexual			
9. Tomar tratamiento antirretroviral			

2.4 Atención en Violencia

¿Has recibido atención para abordar la situación de violencia vivida?	Tipo de atención recibida				
	Médica	Psicológica	Legal	Social	Otra
Si					
No					
NS/NR					

¿Esta atención en Violencia contempla mejorar tu Salud Sexual y Reproductiva?	Marque con una X
Si	
No	
NS/NR	

III Información sobre VIH

3.1 Nivel de información sobre VIH tiene actualmente

Nivel	Marque Con una x
Ninguno	
Escaso	
Bastante	

3.2 Realización de Exámenes

Período de tiempo en que te realizaste los siguientes exámenes	Nunca	Entre 1 y 6 meses	Entre 7 meses y 1 año	Entre 13 meses y 2 años	Hace más de 2 años
Evaluación ginecológica/Citología					
Elisa					
VDRL					
Western Blot					

3.3 Situación actual de pareja

¿Tiene Pareja actualmente?	Marque con X	¿Conoces si tu pareja es portador/a de VIH?		
		Sí	No	NS/NR
Sí				
No				

IV Salud Sexual y reproductiva y VIH

4.1. Exploración VIH

¿Se han diagnosticado antecedentes de ITS o VIH en tu caso?	¿En qué servicio de atención?					
	Médica	Psicológica/ Psiquiátrica	Gineco- obstétrica	Legal	Social	Otra
Sí						
No						
No responde						

4.2 Toma de decisión respecto a:

¿Quién decide sobre?	Marque con x					
	Decisión Propia	De la Pareja	De Ambos	De la Familia	Sin Decisión	Otro
Nº de hijos						
Iniciación de la relación sexual						
Exámenes médico-gineco obstétricos						
Métodos anticonceptivos						
Uso del preservativo						
Tener o no relación sexual						
Tratamiento ARV						

4.3 Percepción de riesgo de infección por VIH

¿Consideras que puedes estar en riesgo de contraer el VIH?	Este riesgo puede ser.		
	Bajo	Medio	Alto
Sí			
No			
NS/NR			

4.4 ¿Por qué consideras que SI tienes riesgo de infección por VIH?

4.5 ¿Por qué consideras que NO tienes riesgo de infección por VIH?

¡Gracias por tu colaboración!!!

AVESA/UNIFEM

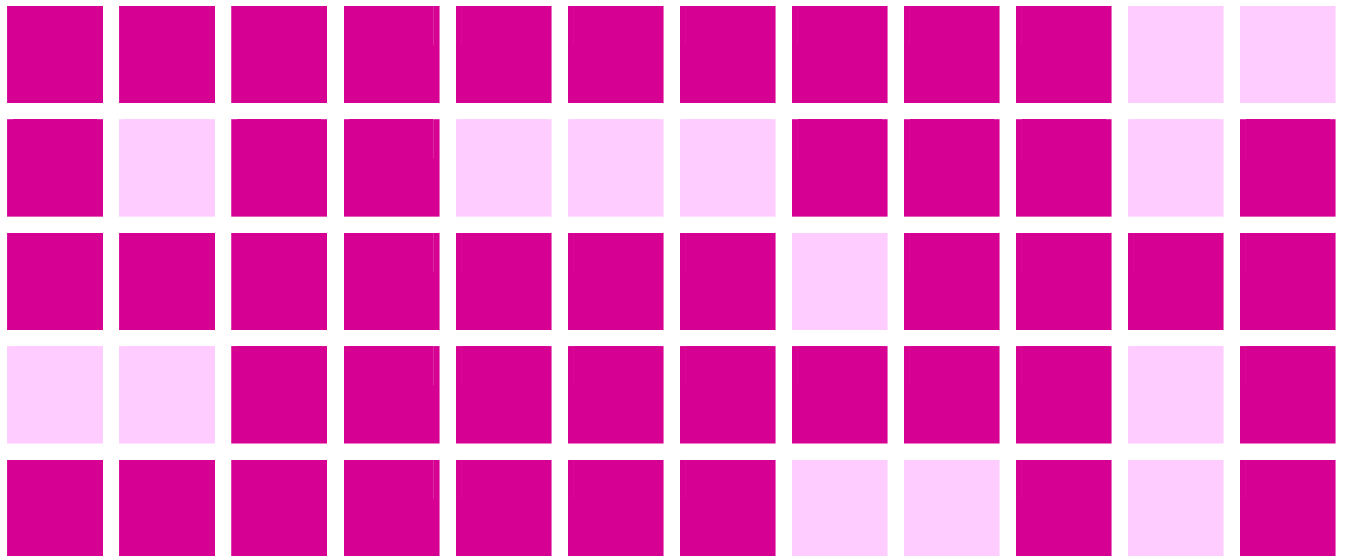


AVESA
Asociación
Venezolana
Para una
Educación
Sexual
Alternativa

Av. Anauro cruce con calle Roraima,
Ota. Avesa, San Bernardino,
Apartado Postal P.O. Box: 3307 Carmelitas
Caracas, Venezuela
Teléfono: (+58) 212-551.8081/ 0212 / 6854
Fax: (+58) 212-552.5410
E-mail: avesa1@cantv.net
Página web: www.avesa.org.ve
RIF No. J-30975538-2

Esta publicación presenta los resultados finales del proyecto VULNERABILIDAD DE LA MUJER VICTIMA DE LA VIOLENCIA ANTE EL VIH/Sida EN VENEZUELA, investigación realizada en dos áreas fundamentales para la salud de la mujer: la Violencia contra las Mujeres y el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), a través de la combinación de la metodología cuantitativa con la cualitativa.

Participaron 18 organizaciones (gubernamentales y no gubernamentales) y 224 mujeres en situación de violencia y/o que viven con VIH.



El desarrollo del proyecto así como esta publicación en abril de 2007 fueron posibles gracias al apoyo de:

