

COMUNICACIÓN DE PAREJA Y VIH EN MUJERES EN DESVENTAJA SOCIAL

PARTNER COMMUNICATION AND HIV AMONG SOCIALLY DISADVANTAGED WOMEN

Loreto Lara*

Enfermera, Candidata a Magíster en Enfermería, Asistente de investigación Iniciativa Mano a Mano, UC

Rosina Cianelli

Enfermera Matrona, PhD. M. Salud Pública, Proyectos Mano a Mano, Escuela de Enfermería, UC, School of Nursing and Health Studies, University of Miami

Lilian Ferrer

Enfermera Matrona, PhD. M. Salud Pública, Proyectos Mano a Mano, Escuela de Enfermería, UC

Margarita Bernales

Psicóloga, Mg. en Psicología de la Salud, Proyectos Mano a Mano, Escuela de Enfermería, UC

Natalia Villegas

Enfermera Matrona, Instructor Adjunto, Candidata a Magíster en Enfermería, Asistente de investigación Iniciativa Mano a Mano, UC

Artículo recibido el 9 de septiembre, 2008. Aceptado en versión corregida el 24 de noviembre, 2008

RESUMEN

La comunicación de pareja en torno el VIH es descrita como un factor protector en la adquisición de esta enfermedad, favoreciendo la adopción de conductas sexuales seguras tales como la negociación de pareja y la utilización de preservativo. Objetivo: Determinar el nivel de comunicación de pareja en torno al VIH en mujeres chilenas en desventaja social. Cuatrocientas noventa y seis mujeres contestaron la entrevista inicial de la investigación Testing an HIV/AIDS Prevention Intervention for Chilean Women (RO1 TW 006977 PI Cianelli). Se utilizó la escala Health protective sexual communication scale [HPC]. Se realizó un análisis descriptivo utilizando el programa Statistical Package for the Social Sciences [SPSS] 16.0. El promedio del nivel de comunicación de pareja fue de 3.26 + 2.7 puntos con la pareja principal, de 2.52 + 2.48 puntos con una segunda pareja y de 0 puntos con una tercera pareja. Los temas de menor comunicación entre las parejas fueron el uso de preservativo y la realización del test para VIH antes de tener relaciones sexuales. Las mujeres de la muestra presentan bajos niveles de comunicación de pareja en relación a VIH con todas sus parejas sexuales. Son necesarias estrategias que potencien este tópico dentro de las intervenciones de prevención de VIH y SIDA de manera de fortalecer la adopción de conductas de autocuidado en torno al tema. Palabras Clave: VIH y SIDA, comunicación de pareja, mujeres, prevención.

ABSTRACT

Partner communication related to HIV has been described as one protective factor in the prevention of the acquisition of this disease, favoring the adoption of safe sexual practices, such as couple negotiation and condom use. Objective: Determine the level of partner communication related to HIV among socially disadvantaged Chilean women. Four hundred and six (406) women responded to a baseline interview for the research project Testing and HIV/AIDS Prevention Intervention for Chilean Women (RO1 TW 006977, PI. Cianelli). The Health Protective Sexual Communication Scale [HPC]. A descriptive analysis was done using Statistical Package for the Social Sciences [SPSS], version 16.0. The mean level of partner communication was 3.26 +2.7 points with the main partner, 2.52 +2.48 points with the second partner, and 0 points with the third partner. The themes related with less partner communication were condom use and getting an HIV test before having sexual intercourse. Conclusion: Women in the sample had low levels of partner communication in relation to HIV with all their sexual partners. Strategies within HIV/AIDS prevention programs are needed to trigger partner communication, in order to strengthen the adoption of self care behaviours around this issue. Key Words: HIV and AIDS, partner communication, women, prevention.

INTRODUCCIÓN

La pandemia de VIH se ha propagado rápidamente en el mundo, a fines del año 2007, treinta y tres coma dos millones de personas vivían con VIH o SIDA (Programa Conjunto de las Naciones Unidas en VIH y SIDA [ONUSIDA], 2007). En Latinoamérica, esta cifra corresponde 1.6 millón (ONUSIDA, 2007) de los cuales quince mil setecientos trece (15.713) casos fueron notificados en Chile, siendo la prevalencia de un 0.2%, por lo que se considera como una "epidemia incipiente" (Ministerio de Salud [MINSAL], 2006). Sin embargo, estimaciones al año 2003 hacen referencia a 38 mil personas viviendo con el virus hasta ese año, por lo que la prevalencia sería mayor (Corporación Nacional del SIDA [CONASIDA], 2003).

Los primeros casos de VIH y SIDA fueron reportados en el año 1981 en San Francisco, Estados Unidos en personas pertenecientes a los "clásicos grupos de riesgo" tales como trabajadores sexuales u hombres homosexuales (Fauci, 2003). Sin embargo, hoy en día el perfil de la pandemia ha cambiado tendiendo hacia la pauperización, feminización y heterosexualización.

La epidemia de VIH se asocia a desigualdades socioculturales, concentrándose en países de bajo o mediano ingreso per cápita y en personas de escasos recursos, sin o con menor acceso a servicios de salud y educación, con problemas sociales como altos niveles de abuso de sustancias, desigualdad de género, falta de programas de prevención, prostitución; factores que conllevan a un aumento de las conductas de riesgo (Caballero-Hoyos & Villaseñor-Sierra, 2003; Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2006).

Por otra parte, la feminización de la epidemia se refleja en el cambio de las cifras que a nivel mundial. Actualmente 15.4 millones de mujeres viven con VIH y SIDA, lo que representa el cuarenta y seis coma cuatro por ciento (46.4%) de las personas que han adquirido el virus al año 2007 (ONUSIDA, 2007). En Chile, esta situación se refleja en la disminución de la razón hombre:mujer

desde 7:1 para VIH y 13:1 para SIDA hacia el año 1990 a 4:1 para VIH y 7:1 para SIDA hacia el año 2005 (CONASIDA, 2003; MINSAL, 2006), siendo la vía de transmisión heterosexual la más frecuente representando el 74% de los casos en mujeres (MINSAL, 2006).

El fenómeno mencionado ha llamado la atención de la comunidad científica en Chile, especialmente por las características de las mujeres que están contrayendo la enfermedad: dueñas de casa heterosexuales, con pareja estable y que viven en zonas rurales del país. Al inicio de la epidemia, este grupo no era considerado como grupo de alto riesgo de adquisición de VIH y SIDA (CONASIDA, 2003; Greenblatt & Hessol, 2001) situación que ha cambiado radicalmente en los últimos años.

Se debe considerar que existen complejos factores que colocan a la mujer en alto riesgo de adquisición de VIH y SIDA, la vulnerabilidad femenina está condicionada a: factores biológicos, factores socioculturales y factores psicológicos.

Biológicamente, la transmisión de VIH es dos a ocho veces mayor desde el hombre hacia la mujer que desde la mujer hacia el hombre, ya que, la mucosa vaginal de la mujer está más expuesta durante la relación sexual al semen que contiene mayor carga viral que el fluido vaginal, además, existe mayor riesgo de trauma vaginal, sangramiento y adquisición de otras infecciones de transmisión sexual (Cummins, Charlene, & Dezzutti, 2000; Quinn & Overbaugh, 2005).

Socioculturalmente, la mujer tiene mayor dependencia económica de su pareja, lo que muchas veces condiciona desigualdad de poderes dentro de la relación, entre lo que se cuenta presión por tener relaciones sexuales con su pareja por dinero, menor capacidad de negociación y comunicación de pareja junto con poca capacidad de toma de decisiones en cuanto a prevención de VIH y otras enfermedades de transmisión sexual, a lo que se suma el machismo y la falta de conocimientos en torno a la sexualidad femenina (Cianelli, Ferrer, & Mc

Elmurry, 2008; Lin, McElmurry, & Christianset, 2007). Psicológicamente, las mujeres reportan mayores niveles de violencia intrafamiliar, lo que junto a las condiciones descritas anteriormente conllevan mayores niveles de depresión y baja autoestima, además del uso de sustancias ilícitas (Hader, Smith, Moore, & Holmberg, 2001). Todos estos factores dificultan la posibilidad de una comunicación efectiva con la pareja y la toma de decisiones relacionadas con la prevención en cuanto a la prevención de VIH y SIDA.

Türmen (2003) señala que es importante que las iniciativas en prevención de VIH y SIDA incorporen los múltiples factores que determinan la vulnerabilidad de grupos específicos hacia la adquisición de VIH. Diversos autores señalan que una buena comunicación de pareja es un factor protector en la adquisición de VIH, influyendo en las conductas de riesgo en que incurren las mujeres, en la capacidad de negociación con la pareja y en la autoeficacia (DiClemente et al., 2001; Kim, Peragallo, & DeForge, 2005). Adicionalmente, influye en la posibilidad que tiene la mujer de poder decidir participar en una intervención de prevención de VIH y SIDA (Peragallo, 2005). Por lo tanto, la potenciación de la comunicación de pareja es un pilar fundamental para el cambio conductual y reducción de la vulnerabilidad.

Catania, Coates y Kegeles (1994) definen comunicación de pareja en relación a VIH como la comunicación verbal sobre temas relacionados con el sexo seguro y con historia sexual relevante para la transmisión de VIH y SIDA con la pareja sexual. Golbach y Holmes (2003) plantean un modelo conceptual sobre dinámica de pareja y riesgo de adquisición de enfermedades de transmisión sexual incluido el VIH y SIDA, en el que consideran como factores determinantes para el uso de preservativo en la pareja la cercanía emocional, la condición de poder dentro de la relación, las características físicas y sociales de la pareja y la comunicación de pareja.

Catania et al. (1989) reportaron un mayor

uso de preservativos en mujeres con alta autoeficacia en relación al uso de condón y con habilidades de comunicación de pareja. Por otra parte Quina, Harlow, Morokoff, Burkholder y Deiter (2000), señalan que existe asociación entre el tipo de comunicación con su pareja (preferencias sexuales y/o información sobre conductas sexuales) con la frecuencia de relaciones sexuales sin protección, siendo esta mayor en aquellas mujeres que mostraron menor comunicación en cuanto a información sobre conductas sexuales. Datos reforzados por Castañeda (2000), quien reportó la relación de causalidad entre comunicación de pareja y uso de preservativo. Peragallo et al. (2005), consideran a la comunicación de pareja en torno al VIH como un factor determinante para la adopción de conductas de sexo seguro como la negociación con la pareja y el uso de preservativo.

Bandura (1990), plantea que la adopción de prácticas saludables en torno al VIH está determinada por la autoeficacia, la que es influenciada especialmente por factores psicológicos entre los que se mencionan las habilidades para negociar conductas de sexo seguro, parte de la comunicación de pareja en torno al VIH.

Producto del cambio epidemiológico que Chile está viviendo en relación al VIH, es importante estudiar los factores considerados protectores para la prevención de VIH como la comunicación de pareja en mujeres chilenas, por lo que el objetivo de este artículo es determinar el nivel de comunicación de pareja en torno al VIH de mujeres chilenas en desventaja social, dado a la relevancia de este tópico en cuanto a la adopción de conductas de prevención de VIH.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo de corte transversal que utiliza datos del estudio cuasi experimental Testing an HIV/AIDS Prevention Intervention for Chilean Women (RO1 TW 006977, PI. Cianelli), cuyo objetivo fue probar un programa de capacitación en prevención de VIH y SIDA basado en el aprendizaje social-cognitivo en mujeres chi-

lenas adultas en desventaja social, proyecto financiado por los Institutos Nacionales de Estados Unidos y aprobado por el Comité de Ética de la Escuela de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Todas las mujeres que integraron el estudio participaron de un proceso de consentimiento informado. Como análisis de datos secundarios, se respeta la confidencialidad de estos mediante el manejo anónimo de la información sin la divulgación de datos a terceros; además el acceso a estos es restringido (solo personas autorizadas que trabajen en proyectos Mano a Mano; clave de acceso para archivos computacionales, almacenamiento bajo llave de los cuestionarios respondidos).

Este proyecto es parte de la Iniciativa Mano a Mano (Iniciativa de prevención en VIH, Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile).

Muestra

Cuatrocientas noventa y seis mujeres respondieron la entrevista inicial del estudio. El proceso de reclutamiento en el proyecto original se realizó en nueve centros de atención primaria (cinco en la comuna de La Pintana y cuatro en Puente Alto), donde las mujeres fueron invitadas a participar en la investigación por medio de folletos informativos con el número telefónico de contacto del proyecto, contacto personal con investigadores de la iniciativa Mano a Mano, ayudantes de investigación y por líderes comunitarios previamente entrenados. Las participantes cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: ser mujer chilena, tener entre 18 años y 49 años de edad, tener actividad sexual durante los últimos seis meses previos al ingreso al estudio y residir en la comuna de La Pintana y Puente Alto.

Recolección de datos

Se realizó una entrevista estructurada aplicada individualmente en forma privada por entrevistadores capacitados, la que duró en promedio una hora. Las entrevistas se realizaron entre abril de 2006 y noviembre de 2007, en los centros de salud de las

comunidades participantes del estudio. El instrumento aplicado consta de escalas que evalúan conocimientos sobre VIH, autoeficacia, depresión, autoestima, comunicación de pareja, violencia y uso de sustancias. Las escalas utilizadas han sido validadas en mujeres de habla hispana y poseen una confiabilidad mayor o igual a $\alpha=0.7$.

Instrumento

Para el análisis del nivel de comunicación de pareja en torno al VIH se utilizó Health protective sexual communication scale [HPC] creada por Catania et al. (1995) y adaptada por Peragallo et al. (2005). Esta escala posee 10 ítems que evalúan la conversación de la pareja en relación a tópicos como el uso de condón, el número de parejas sexuales, necesidad de realización de la prueba para VIH/SIDA, infecciones de transmisión sexual, utilización de drogas intravenosas, posibles relaciones homosexuales y utilización de métodos anticonceptivos en los últimos tres meses. Las participantes podían responder sí (1 punto) o no (0 punto), por lo que el puntaje final se distribuye entre 0 y 10 puntos. Entre 0-3 punto se considera bajo nivel de comunicación de pareja, 4-6 nivel medio de comunicación de pareja y de 7 a 10 un alto nivel de comunicación de pareja. Para este estudio se incluyeron las tres últimas parejas sexuales de las participantes en los tres meses anteriores a la entrevista. En cuanto a la consistencia interna de la escala Peragallo et al. (2005) reportó una consistencia interna alta ($\alpha=0.82$) en mujeres latinas. Ahora, para este estudio realizado en mujeres chilenas de bajo nivel socioeconómico la confiabilidad fue de $\alpha=0.79$.

Análisis

Se realizó un análisis descriptivo de los datos utilizando el software estadístico Statistical Package for the Social Sciences [SPSS] 16.0. El análisis de fiabilidad de las puntuaciones de la Escala HPC se ha realizado mediante el coeficiente alfa de Cronbach, considerando los 10 ítems de la escala.

RESULTADOS

Características Sociodemográficas

El promedio de edad de las participantes del estudio es de 32.3 + 9.1 años. El 72.1% vivía con su pareja al momento de la entrevista. El 44.4% son casadas, 24.8% solteras y 24.2% conviven. El promedio del ingreso mensual del hogar es de 230.000 pesos chilenos con un promedio de ingreso mensual per cápita de 54.000 pesos chilenos. El 42.7% de las mujeres completó la enseñanza media, 18.3% poseen enseñanza media incompleta y 15.1% terminó la enseñanza básica. El 52.8% son dueñas de casa, 12.7% no tienen trabajo, 16.1% posee un trabajo estable y el 18.4% agrupa a mujeres con trabajos esporádicos y estudiantes. El 79.6% de las participantes tiene como previsión de salud el Fondo Nacional de Salud [FONASA] y el 15.5% no tiene previsión (Tabla 1).

Nivel de comunicación de pareja en torno al VIH

El promedio en el nivel de comunicación en torno al VIH con la pareja principal fue de 3.26 + 2.7 puntos, lo que expresa un nivel medio de comunicación. Ahora bien, el cincuenta y ocho por ciento (58%) de las mujeres del estudio tienen un bajo nivel de comunicación de pareja. Destaca que el 19.8% de las mujeres entrevistadas obtuvieron 0 punto (Tabla 2).

El 85.3% de las mujeres entrevistadas no ha hablado con su pareja principal sobre la posibilidad de no tener relaciones sexuales sin preservativo. El 83.2% de las participantes no ha hablado con su pareja de la necesidad de ambos realizarse el test de VIH antes de tener relaciones sexuales y el 51% de las mujeres no ha conversado sobre el uso de anticonceptivos con la pareja ni con cuantas personas ha tenido relaciones sexuales anteriormente.

El 5% respondió la escala para una segunda pareja. El promedio en el nivel de comunicación fue de 2.52 + 2.48 puntos. El 76% de ellas obtuvo un puntaje igual o menor a 3 puntos, lo que significa un bajo nivel de comunicación de pareja en torno al

VIH con su segunda pareja. El 28% de este grupo obtuvo 0 punto.

El 84% de las entrevistadas no le ha dicho a su segunda pareja que no tendría relaciones sexuales sin utilizar condón. El 88% de las participantes no ha hablado de la necesidad de ambos de realizarse el test de VIH antes de tener relaciones sexuales con su segunda pareja y el 40% no ha preguntado el número de personas con que su compañero ha tenido relaciones sexuales a diferencia que con la pareja principal donde el 50.7% sí ha hablado de este tema. Dos mujeres respondieron la escala para una tercera pareja sexual, ambas obtuvieron puntaje 0.

Por otra parte, se observan diferencias entre el nivel de comunicación de pareja según características sociodemográficas (Tabla 3). Destaca que las mujeres menores de 29 años poseen un nivel medio de comunicación con la pareja principal, en cambio las mujeres de 30 años y más poseen bajos niveles de comunicación con esta. Datos que no se mantienen si se considera una segunda pareja con la cual la comunicación está en un bajo nivel para ambos grupos de edad. Además, destaca que las mujeres solteras poseen un mayor nivel de comunicación en torno al VIH con su pareja principal que con una segunda pareja, al contrario de lo que ocurre con las mujeres casadas, cuya puntuación promedio es menor con la pareja principal que con la segunda pareja. No se observa esa diferencia entre las mujeres que conviven, cuyas medias de comunicación de pareja reflejan un nivel medio de esta con ambas parejas. En cuanto al nivel de comunicación de pareja en torno al VIH según el nivel educacional, impresiona un menor nivel de comunicación con ambas parejas en aquellas mujeres que poseen enseñanza básica incompleta. Las mujeres con trabajo estable y las mujeres sin trabajo presentan un nivel medio de comunicación con la pareja principal, mientras que las dueñas de casa presentan un bajo nivel de comunicación en torno al VIH con su pareja principal y un nivel medio con una segunda pareja.

DISCUSIÓN

Actualmente, las características epidemiológicas del VIH y SIDA en Chile apuntan hacia la feminización, ruralización, pauperización y heterosexualización, razón por la cual, las mujeres adultas con una pareja heterosexual y estable han aumentado su riesgo de adquisición de la enfermedad (CONASIDA, 2003). De allí la importancia de estudiar en la prevención del VIH y SIDA factores protectores que influyen tal como la comunicación de pareja en torno al VIH.

Las mujeres de este estudio podrían ser consideradas como población en riesgo de adquirir VIH y SIDA, solo por sus características sociodemográficas tales como tener una pareja estable, la mayoría ser dueña de casa, y pertenecer a un grupo de escasos recursos, superando solo por algunos pesos la línea de pobreza urbana, valorada en 47.000 pesos chilenos por persona de acuerdo al Ministerio de Planificación y Cooperación [MIDEPLAN] (2006).

En términos globales, en este estudio se concluyó que existe un bajo nivel de comunicación de pareja en torno al VIH con todas las parejas sexuales evaluadas, lo que podría deberse a que las mujeres participantes en esta investigación poseen dificultades para la negociar con la pareja, poseen un bajo nivel de autoeficacia y poca capacidad para toma de decisiones para el autocuidado en cuanto a los métodos de prevención de VIH (DiClemente et al., 2001; Kim et al., 2005). Ejemplo de esto podría ser que mujeres participantes del estudio tienen mayores dificultades para conversar con su pareja sobre el uso de preservativo antes de tener relaciones sexuales y sobre la necesidad de conocer la condición serológica de ambos, lo que coincide con lo planteado en la literatura internacional en la que se describe que las mujeres con menores niveles de comunicación de pareja tienen mayor riesgo de tener de relaciones sexuales desprotegidas, es decir, sin utilización del preservativo y/o que están desinformadas en cuanto a conductas sexuales de su pareja (Castañeda, 2000; Quina et al., 2000) lo que nuevamente reflejarían el conflicto existente en la toma

de decisiones para la ejecución de acciones que favorezcan la prevención de VIH y SIDA u otras patologías de transmisión sexual. Adicionalmente, se hace presente la necesidad de indagar y potenciar otros factores que influyan en la adopción de conductas sexuales seguras tal como la cercanía emocional con la pareja que favorece el ambiente para la negociación y discusión de temas relacionados con el VIH y SIDA e infecciones de transmisión sexual (Gorbach & Holmes, 2003).

No se encontró en la literatura estudios que indaguen sobre el nivel de comunicación de pareja en torno al VIH y características socioeconómicas, sin embargo, Collazos, Echeverri, Molina, Canaval y Valencia (2005), señalan que la mayoría de las mujeres todos los estratos socioeconómicos y niveles educacionales se sienten cómodas hablando sobre temas sexuales con su pareja, sin embargo, el nivel de comunicación de pareja es bajo, solo el 26% de estas conversa con su pareja sobre relaciones sexuales con otras parejas en el último tiempo, datos que coinciden con lo encontrado en este estudio, donde la mayoría de las mujeres no habla con sus parejas sobre la cantidad de parejas sexuales.

Las limitaciones de este estudio podrían deberse a que la evaluación se centra en mujeres de escasos recursos económicos de residencia urbana, por lo que no se podrían extrapolar los resultados a otros grupos socioeconómicos y de residencia rural.

Finalmente, dados los resultados de esta investigación, se hace imperativa en intervenciones de prevención de VIH y SIDA la incorporación de estrategias que promuevan la comunicación de pareja en torno al VIH, incentivando el intercambio de ideas sobre el uso de preservativo y la utilización del test de ELISA para VIH, así como diseñar e implementar estrategias que promuevan la autoeficacia y faciliten la toma de decisiones en este tópico, las que se basan principalmente en intervenciones que mejoren la autoestima y el conocimiento. De esta manera se podrá fortalecer uno de los factores protectores para la adquisición de VIH y SIDA y

asimismo, la capacidad de adoptar medidas de autocuidado de las mujeres en torno al tema. Es allí donde radica la relevancia de este tema para enfermería, ya que, los resultados de este artículo entregan una justificación concreta a la necesidad de incorporar nuevos tópicos a la prevención de VIH y SIDA, como lo es la comunicación de pareja, así como de idear e investigar intervenciones educativas que promuevan los temas anteriormente mencionados y además de considerarlos en el quehacer diario, principalmente para aquellas personas que se desempeñan en el área sexual y reproductiva. Se sugieren futuros estudios que indaguen sobre comunicación de pareja en hombres y mujeres de diferente nivel socioeconómico, así como en mujeres que residen en zonas rurales y por último estudios que relacionen el nivel de comunicación con capacidades de negociación con la pareja, autoeficacia y toma de decisiones en mujeres chilenas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bandura, A. (1990). Perceived self-efficacy in the exercise of control over AIDS infection. *Evaluation and Program Planning*, 13, 9-17. Recuperado el 5 de julio, 2008, de: <http://www.des.emory.edu/mfp/Bandura1990EPP>
- Caballero-Hoyos, R. & Villaseñor-Sierra, A. (2003). Conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes urbanos: consenso cultural de dudas e incertidumbres. *Salud Pública de México*, 45(1), 108-114.
- Castañeda, D. (2000). The Close Relationship Context and HIV/AIDS Risk Reduction Among Mexican Americans. *Sex Roles*, 42, 551-580.
- Catania, J., Coates, T., Greenblatt, R., Dolcini, P., Kegeles, S. & Corman, M. (1989). Predictors of condom use and multiple partnered sex among sexually active adolescent women: implications for AIDS related health interventions. *Journal of sex research*, 26, 525-538.
- Catania, J., Coates, T., & Kegeles, S. (1994). A test of the AIDS risk reduction model: Psychosocial Correlatos of Condom Use in the AMEN Cohort Survey. *Health Psychology*, 13, 548-555.
- Catania, J., Binson, D., Dolcini, M., Stall, R., Choi, K., Pollack, L., et al. (1995). Risk factors for HIV and other sexually transmitted diseases and prevention practices among US heterosexual adults: Changes from 1990 to 1992. *American Journal of Public Health*, 85(11), 1492-1499.
- Chile, Ministerio de Salud. (2006). Evolución VIH/SIDA 1986-2005. Recuperado el 18 de mayo, 2007, de: <http://www.minsal.cl>
- Chile, Ministerio de Salud, Comisión Nacional del SIDA. (2003). Boletín epidemiológico N° 15. Recuperado el 18 de mayo, 2007, de <http://www.minsal.cl>
- Chile, Ministerio de Planificación y Cooperación. (2006). Línea de pobreza por años según zona. Recuperado el 11 de agosto, 2008, de <http://www.mideplan.cl/casen/modulos/pobreza/2006/pobreza2006cuadro1.xls>
- Collazos, M., Echeverri, N., Molina, A., Canaval, G., & Valencia, C. (2005). Riesgo de VIH/SIDA en la mujer: No es cuestión de clase. *Colombia Médica*, 36(3), 50-57.
- Cummins, J., Charlene, J., & Dezzutti, S. (2000). Sexual HIV-1 Transmission and Mucosal Defense Mechanisms. *AIDS Reviews*, 2, 144-154.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2006). HIV/AIDS among Women. Recuperado el 5 de junio, 2008, de: <http://www.cdc.gov/hiv/topics/women/resources/factsheets/pdf/women.pdf>
- Cianelli, R., Ferrer, L., McElmurry, B. (2008). Issues on HIV Prevention Among Low-Income Chilean Women: Machismo, Marianismo, and HIV Misconceptions. *Culture, Health and Sexuality*, 10(3), 297-306.
- DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Crosby, R. A., Sionean, C., Brown, L. K., Rothbaum, B., et al. (2001). A Prospective Study of Psychological Distress and Sexual Risk Behavior Among Black Adolescent Females. *Pediatrics*, 108(5), 1-6.
- Fauci, A. (2003). HIV and AIDS: 20 years of science. *Nature Medicine*, 7, 839-843.
- Golbach, P. & Holmes, K. (2003). Transmission of STIs/HIV at the Partnership Level: Beyond Individual-Level Analyses. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 80, 15-25.
- Greenblatt, R. & Hessel, N. (2001). Epidemiology and natural history of HIV infection in

- women. Recuperado el 4 de noviembre, 2007, de: http://www.reproline.jhu.edu/video/hiv/tutorials/English/tutorials/HIVoverview/references/docs/epi_nh_guide.pdf
- Hader, S., Smith, D., Moore, J., & Holmberg, S. (2001). HIV Infection in Women in the United States. *The Journal of Medical Association*, 285(9), 1186-1192.
- Kim, Y., Peragallo, N., & DeForge, B. (2005). Predictors of participation in an HIV risk reduction intervention for socially deprived Latino women: A cross sectional cohort study. *International Journal of Nursing Studies*, 43(5), 527-534.
- Lin, K., McElmurry, B., & Christianset, C. (2007). Women and HIV/AIDS in China: Gender and Vulnerability. *Health Care for Women International*, 28(8), 680-699.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas en VIH y SIDA. (2006). Panorama general de la epidemia del SIDA. Recuperado el 3 de mayo, 2007, de: <http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2006/2006GRCH02es.pdf>.
- Peragallo, N., Deforge, B., O'Campo, P., Lee, S. M., Kim, Y. J., Cianelli, R., et al. (2005). A Randomized Clinical Trial of an HIV-Risk-Reduction Intervention Among Low-Income Latina Women. *Nursing Research*, 54, 109-118.
- Quina, K., Harlow, L., Morokoff, P., Burkholder, G., & Deiter, P. (2000). Sexual Communication in Relationships: When Words Speak Louder Than Actions. *Sex Roles*, 42, 523-549.
- Quinn, T. & Overbaugh, J. (2005). HIV/AIDS in Women: An Expanding Epidemic. *Science*, 308, 1582-1583.
- Türmen, T. (2003). Gender and HIV/AIDS. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 82(3), 411-418.

Tabla 1: Resumen características sociodemográficas (n= 496)

Edad (años)		32.3 + 9.1
Residencia con pareja	Sí	72.1%
	No	27.9%
Estado civil	Soltera	24.8%
	Casada	44.4%
	Conviviente	24.2%
Promedio ingreso mensual	230.000 pesos chilenos	
Promedio ingreso mensual per cápita	54.000 pesos chilenos	
Nivel educacional	Básica completa	15.1%
	Básica incompleta	8.9%
	Media completa	42.7%
	Media incompleta	18.3%
	Superior	14.2%
Situación laboral	Dueña de Casa	52.8%
	Sin trabajo	16.1%
	Trabajo estable	18.4%
Sistema de Salud	FONASA	79.6%
	Sin previsión	15.5%
	Privados/FF.AA.	2.6%

Tabla 2: Nivel de comunicación de pareja en torno al VIH según número de pareja sexuales

Nivel de comunicación de pareja relacionado a VIH	Porcentaje de mujeres (número de mujeres)		
	Pareja 1 (n=495)	Pareja 2 (n=25)	Pareja 3 (n=2)
Bajo (0-3 puntos)	58%	76%	100%
Medio (4-6 puntos)	27.5%	20%	-
Alto (7-10 puntos)	14.5%	4%	-

Tabla 3: Nivel de comunicación de pareja según características sociodemográficas

Características sociodemográficas		Nivel de comunicación de pareja (promedio+DS)	
		Pareja 1 (n=496)	Pareja 2 (n=25)
Edad (años)	18-29	3.9 + 2.7	2.9 + 3
	30-49	2.7 + 2.5	2.3 + 2.2
Estado Civil	Soltera	4.4 + 2.7	1.7 + 1.3
	Casada	2.4 + 2.3	3.6 + 2.2
	Conviviente	3.5 + 2.8	3 + 4.1
Ingreso mensual per cápita	≤ 48.000	3.1 + 2.6	3 + 2.6
	≥ 49.000	3.4 + 2.7	1.5 + 2
Nivel educacional	Básica completa	3 + 2.7	3 + 1.7
	Básica incompleta	2.2 + 2.4	1.6 + 2
	Media completa	3.3 + 2.6	3.5 + 2
	Media incompleta	3.6 + 2.6	2.6 + 3.4
	Superior	3.3 + 2.8	-
Situación laboral	Dueña de Casa	2.7 + 2.5	3.4 + 3.6
	Sin trabajo	3.7 + 2.6	3.6 + 2
	Trabajo estable	4 + 2.5	1.6 + 1.2