



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Unidad Género, Etnia y Salud Unidad Infección por VIH

GUÍA PARA EL DESARROLLO DE LOS ESTUDIOS NACIONALES SOBRE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Y VIH EN BELICE, HONDURAS Y NICARAGUA 1

**WASHINGTON D.C.
FEBRERO, 2006**

1 Preguntas y/o comentarios por favor, dirigirlos a: Diny's Luciano lucianod@paho.org , Anda Samson anda.samson@gmail.com y Farah Nageer nageerfa@paho.org. Este documento incluye los acuerdos sobre aspectos metodológicos producidos en la reunión del Proyecto "Las redes de atención a la violencia doméstica y sexual como punto de entrada para el tratamiento y la prevención del VIH/SIDA en Belice, Honduras y Nicaragua. 21-23 de Noviembre, 2005, Tegucigalpa.

TABLA DE CONTENIDO

1. Introducción	3
2. Apuntes para la construcción del marco conceptual	5
2.1. Tipologías de violencia y definiciones del estudio	6
2.2. Intersecciones entre el VIH y la violencia	9
3. Aspectos metodológicos	17
3.1. Objetivos	17
3.2. Tipo de estudio	18
3.3. Preguntas del estudio	18
3.4. Variables e indicadores	18
3.5. Población y muestra	20
3.6. Métodos de investigación	21
3.7. Análisis de los datos	23
4. Consideraciones éticas	23
4.1. Riesgos y beneficios	23
4.2. Confidencialidad, privacidad y anonimato	24
5. Diseminación de los resultados	25
6. Referencias	26
7. Anexo: Cuestionario individual	

1. Introducción

La presente guía es un instrumento de referencia para el desarrollo de los estudios de país sobre violencia contra las mujeres y el VIH que se llevarán a cabo en Belice, Honduras y Nicaragua en el marco del proyecto “Las redes de atención a la violencia doméstica y sexual como punto de entrada para el tratamiento y prevención del VIH/SIDA” que coordinan las Unidades de Género, Etnia y Salud y de Infección por VIH de la OPS/OMS.

El propósito de los estudios de país es explorar las relaciones entre VIH y dos formas específicas de violencia basada en el género –violencia doméstica, con énfasis en la relación de pareja, y violencia sexual extrafamiliar (VDS)- en mujeres entre 18-59 años usuarias de servicios de salud; así como sus experiencias, conocimientos y percepciones sobre ambos temas. El período de ejecución de los estudios de país es de 6 meses (Febrero – Julio, 2006) y serán ejecutados con los fondos de la Iniciativa 3 X 5 y de la OMS.

Actualmente existen pocos estudios que articulen ambos temas en América Latina y el Caribe. Hasta la fecha no existe evidencia en la región que establezca si la VDS puede ser un factor de riesgo para contraer el VIH, y si la condición de VIH + puede ser un factor desencadenante de violencia contra las mujeres en sus relaciones de pareja, y su familia. Tampoco se cuenta con información sobre las experiencias, conocimientos y percepciones de las mujeres VIH + y las sobrevivientes de violencia sobre ambos temas que pueda ser utilizada como base para el desarrollo de políticas, estrategias y programas que aborden las intersecciones entre los dos problemas. En los Estados Unidos, África del Sur, India, entre otros países, se han desarrollado algunos estudios que abordan las relaciones entre el VIH y la violencia contra las mujeres, indicando que las mujeres que viven o han vivido VDS tienen más probabilidades de estar infectadas por el VIH o tener otra ITS que las que no tienen historial de violencia. Asimismo, los episodios de violencia por parte de la pareja, en la familia y/o las comunidades pueden aparecer o incrementarse cuando las mujeres declaran que son VIH + a su pareja y/o familia.

Debido a que la información producida en otros países, si bien permite aproximarse a la vinculación entre el VIH y la VDS, sus conclusiones no pueden ser extrapoladas al contexto latinoamericano y caribeño ya que las diferencias culturales y en la situación socioeconómica y política, determinan especificidades que deben ser documentadas para desarrollar intervenciones contextualmente significativas y que logren el impacto esperado. Los estudios de país producirán información que permitirá explorar posibles factores relacionados que puedan ser investigados en mayor profundidad en estudios posteriores y avanzar en la construcción de evidencia empírica de esta asociación. Los estudios de país serán de carácter exploratorio y combinarán la aplicación de un cuestionario con la prueba voluntaria de VIH.

Los países participantes en este proyecto cuentan con programas de atención a la VDS y el VIH a nivel gubernamental y no gubernamental, sin embargo las estrategias para incrementar el acceso de mujeres sobrevivientes a prevención y tratamiento del VIH han sido muy escasas, y de igual manera, muy pocos programas de atención al VIH han incorporado la atención a la violencia en sus componentes.

Los estudios de país permitirán recopilar y analizar información sobre ambos temas que será utilizada para adaptar instrumentos de atención existentes, así como revisar las políticas y estrategias en torno a estos problemas en los países de referencia. Sus resultados servirán de base para transformar las redes de atención a la VDS en puntos de entrada para la atención y prevención del VIH, y a su vez, los programas de VIH incorporarán intervenciones prioritarias sobre VDS.

Esta iniciativa será un esfuerzo colaborativo entre la OPS/OMS, los ministerios de salud, y las organizaciones de la sociedad civil que trabajan en torno al VIH y la violencia contra las mujeres en los países participantes.

2. Apuntes para la construcción del marco conceptual sobre VIH y VDS

La VDS y el VIH constituyen problemas importantes de salud pública en las Américas. Según estimaciones de ONUSIDA, en los últimos años, la proporción global de mujeres VIH-positivas ha aumentado progresivamente. En 1997, las mujeres constituían el 41% de las personas con el VIH; en 2002, esa cifra había llegado casi al 50%. (1) En Nicaragua, para 1998 la relación Hombre-Mujer de los casos de VIH era 7:1; mientras que en el 2003 fue de 3:1 (1) En algunos de los países más afectados de la región, el número de mujeres recién infectadas en ciertos grupos de edad actualmente sobrepasa el de los hombres. Por ejemplo, las tasas de VIH en Trinidad y Tobago son cinco veces más altas para las jóvenes que para sus pares varones de 15 a 19 años de edad. (2)

En relación con las dimensiones de la VDS, según encuestas internacionales, entre el 10% y el 69% de las mujeres señala haber sido agredida físicamente por una pareja masculina en algún momento en su vida. (3). Los datos nacionales extraídos de las encuestas demográficas y de salud en América Latina y el Caribe indican que el porcentaje de mujeres alguna vez unidas que fueron víctimas de violencia física por parte del cónyuge o de otra persona, alcanza el 41.1% en Colombia, el 27.3% en Haití, el 28.7% en Nicaragua y el 41.2% en Perú. (4, 5, 6, 7) En Belice, durante el período enero-diciembre del 2003 – 2004, se reportaron 1,004 casos de violencia doméstica contra mujeres de todas las edades. (8)

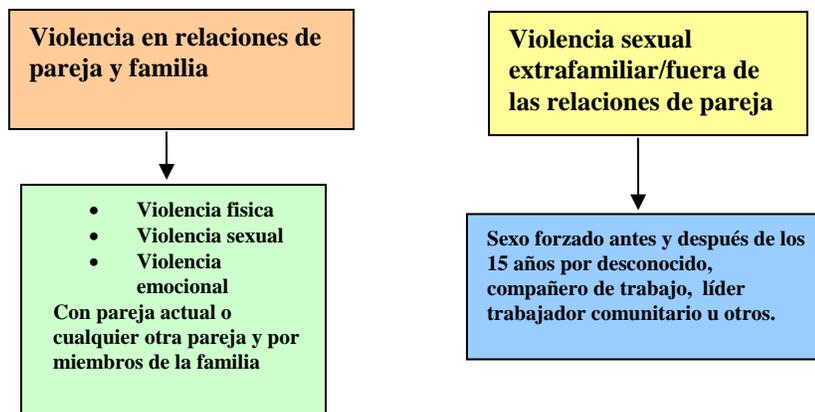
En el siguiente cuadro se presentan los datos disponibles sobre prevalencia de VIH y estimaciones de la prevalencia de violencia doméstica y sexual extrafamiliar en los países que realizarán el estudio.

País	Prevalencia de VIH en mujeres de 18-49 años a nivel nacional (2004)	Estimaciones de prevalencia de violencia doméstica y sexual contra mujeres (15-49 años) a nivel nacional
Belice	En adultos: 2.4 En mujeres embarazadas participantes en el Programa de prevención de Transmisión Vertical la tasa de prevalencia fue 0.8	93.3% de los casos de violencia doméstica reportados en el 2004 correspondían a mujeres entre 15-49 años. (8)
Honduras ²	2.0 (Hombres: 1.7)	a. Cualquier tipo de violencia después de los 15 años: 15.8% b. Violencia física por parte del esposo o compañero en los últimos 12 meses: 11.7% c. Violencia sexual por parte del esposo o compañero en los últimos 12 meses: 4.7% d. Violencia sexual en niñez y/o adolescencia: 4.9% (9)
Nicaragua	0.1 (Hombres: 0.3)	a. Cualquier tipo de violencia después de los 15 años: b. Violencia física por parte del esposo o compañero en los últimos 12 meses: 28.7% (10) c. Violencia sexual por parte del esposo o compañero: 36% reportó que los golpes físicos solían estar acompañados con el sexo forzado. (11)

² En el caso de la ENESF – 2001 de Honduras se han planteado cuestionamientos metodológicos a la encuesta por lo que se considera como un referente y deberán incluirse estimaciones sugeridas en otros estudios.

2.1. Tipologías de violencia y definiciones del estudio

Los estudios de país se centrarán en dos tipos de violencia contra las mujeres en cualquier etapa de sus vidas en: a) las relaciones de pareja y la familia, y b) la violencia sexual extrafamiliar o fuera de las relaciones de pareja. En la primera se incluirán las tres formas de violencia establecidas en la Convención de Belem Do Para (1994): física, psicológica y sexual. El énfasis del estudio estará en la violencia en las relaciones de pareja –actual o cualquier otra pareja.



Cabe destacar que, en el caso de la violencia en las relaciones de pareja y la familia las formas de violencia son un continuum, mas que categorías discretas. Sin embargo, para fines operativos se abordarán de manera separada. Por otro lado, debido a que las definiciones establecidas en la legislación nacional sobre violencia doméstica – en algunos casos, intrafamiliar- y la violencia sexual varían entre los países participantes, se propone que para facilitar el análisis comparativo de los datos se adopten las siguientes definiciones:

Violencia doméstica/intrafamiliar: “Toda acción u omisión cometida por algún(a) miembro(a) de la familia en relación de poder, sin importar el espacio físico donde ocurra, que perjudique el bienestar, la integridad física, psicológica o la libertad y el derecho al pleno desarrollo de otro(a) miembro(a) de la familia.(3) En América Latina y el Caribe los conceptos de violencia doméstica e intrafamiliar se utilizan frecuentemente de manera intercambiable, y en los estudios de país también se asumirá tal flexibilidad conceptual partiendo de la premisa de que este tipo de violencia hace referencia al ámbito relacional en que se construye la violencia más allá del espacio físico donde ocurre.

- **Formas de violencia:**

3 Sagot, Monserrat. Ruta Crítica de las Mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina. OPS/OMS. 2000. San José, Costa Rica.

➤ **Violencia física:** Ocurre cuando una persona que está en una relación de poder con respecto a otra, le inflige daño no accidental, por medio del uso de la fuerza física o de algún tipo de arma, que puede provocar o no lesiones externas, internas o ambas. El maltrato repetido no severo también se considera violencia física. (4) En los estudios de país este concepto se operacionalizará de la siguiente manera:

- a. Abofeteado o tirado cosas que pudieran herirla
- b. Empujado, arrinconado o jalado el pelo
- c. Golpeado con su puño o con alguna otra cosa que pudiera herirla
- d. Pateado, arrastrado o dado una golpiza
- e. Intentado estrangularla o quemarla a propósito
- f. Amenazado con usar o usado una pistola, cuchillo u otra arma en contra la entrevistada

En el caso de la violencia física durante el embarazo este concepto se operacionalizará de la siguiente manera:

Alguna vez estando embarazada fue golpeada o agredida físicamente, por alguna de sus parejas.

Para los fines de los estudios nacionales quedará excluido el feminicidio.

- **Violencia sexual:** Es todo acto por el cual una persona en relación de poder y por medio de la fuerza física, coerción o intimidación psicológica, obliga a otra a ejecutar un acto sexual contra su voluntad, o a participar en interacciones sexuales que propician su victimización y de las que el ofensor obtiene gratificación. La violencia sexual ocurre en una variedad de situaciones como la violación en el matrimonio o unión de hecho, el abuso sexual infantil, el incesto, el acoso sexual, y la violación en una cita. Incluye, entre otras: caricias no deseadas, relaciones emocionales sexualizadas, penetración oral, anal o vaginal con el pene u objetos, exposición obligatoria a material pornográfico, voyeurismo y exhibicionismo.(5)

En los estudios de país la violencia sexual se operacionalizará de la siguiente manera:

Violencia sexual por parte del esposo o compañero:

- a. La ha forzado físicamente a tener relaciones sexuales cuando no lo deseaba
- b. Quiso que usted tuviera relaciones sexuales cuando no lo deseaba y lo hizo porque tenía miedo a lo que él le podía hacer
- c. Alguna vez él la forzó a realizar algún acto sexual que lo encontró humillante o degradante

Violencia sexual intrafamiliar antes de los 15 años (aparte de la pareja): Alguien de su

4 Sagot, Monserrat. ibid

5 ibid

familia la tocó alguna vez sexualmente, o le hizo hacer algo sexual en contra de su voluntad

Violencia sexual (aparte de su pareja/esposo): forzada a tener relaciones sexuales o a realizar algún acto sexual en contra de su voluntad

Primera relación sexual forzada: Cómo describiría su primera relación sexual: quiso tener relaciones sexuales, no quería tener relaciones sexuales pero pasó, o fue obligada a hacerlo.

➤ **Violencia psicológica:** Es toda acción u omisión que dañe la autoestima, la identidad, o el desarrollo de la persona. Incluye los insultos constantes, la negligencia, el uso de gestos intimidatorios, la humillación el no reconocer aciertos, el chantaje, la degradación, el aislamiento de amigos y familiares, la destrucción de objetos apreciados, el ridiculizar, rechazar, manipular, amenazar, explotar, comparar, entre otros.(6) La violencia patrimonial o económica se asume como parte de la violencia psicológica e incluye todas aquellas medidas tomadas por el agresor, u omisiones, que afectan la sobrevivencia o bienestar de la mujer y sus hijas(os), o el despojo o destrucción de sus bienes personales o de la sociedad conyugal. Esto implica la pérdida de la casa de habitación o del lugar de vivienda, los enseres y equipamiento doméstico, la tierra, otros bienes muebles o inmuebles, así como los efectos personales de la afectada o de sus hijas(os). Incluye también la negación a cubrir cuotas alimenticias para las hijas(os) o gastos básicos para la sobrevivencia del núcleo familiar, así como control de los gastos o ingresos.

La violencia emocional se operacionalizará a través de dos categorías, el abuso emocional y las conductas de control:

Abuso emocional por parte de la pareja

- a. La insulta o la hace sentir mal consigo misma
- b. La menosprecia o humilla frente a otras personas
- c. Él hace cosas a propósito para asustarla o intimidarla (por ejemplo, de la manera como la mira, como la grita o rompiendo cosas).
- d. Amenaza con hierirla o a alguien que a la entrevistada le importa.

Conductas de control parte de la pareja

- a. Trata de impedir que vea a sus amistades
- b. Trata de restringir el contacto con su familia
- c. Insiste en saber dónde está en todo momento
- d. Le trata con indiferencia
- e. Se molesta si habla con otro hombre
- f. Sospecha a menudo que le es infiel
- g. Exige que le pida permiso antes de buscar atención para su salud

6 ibid

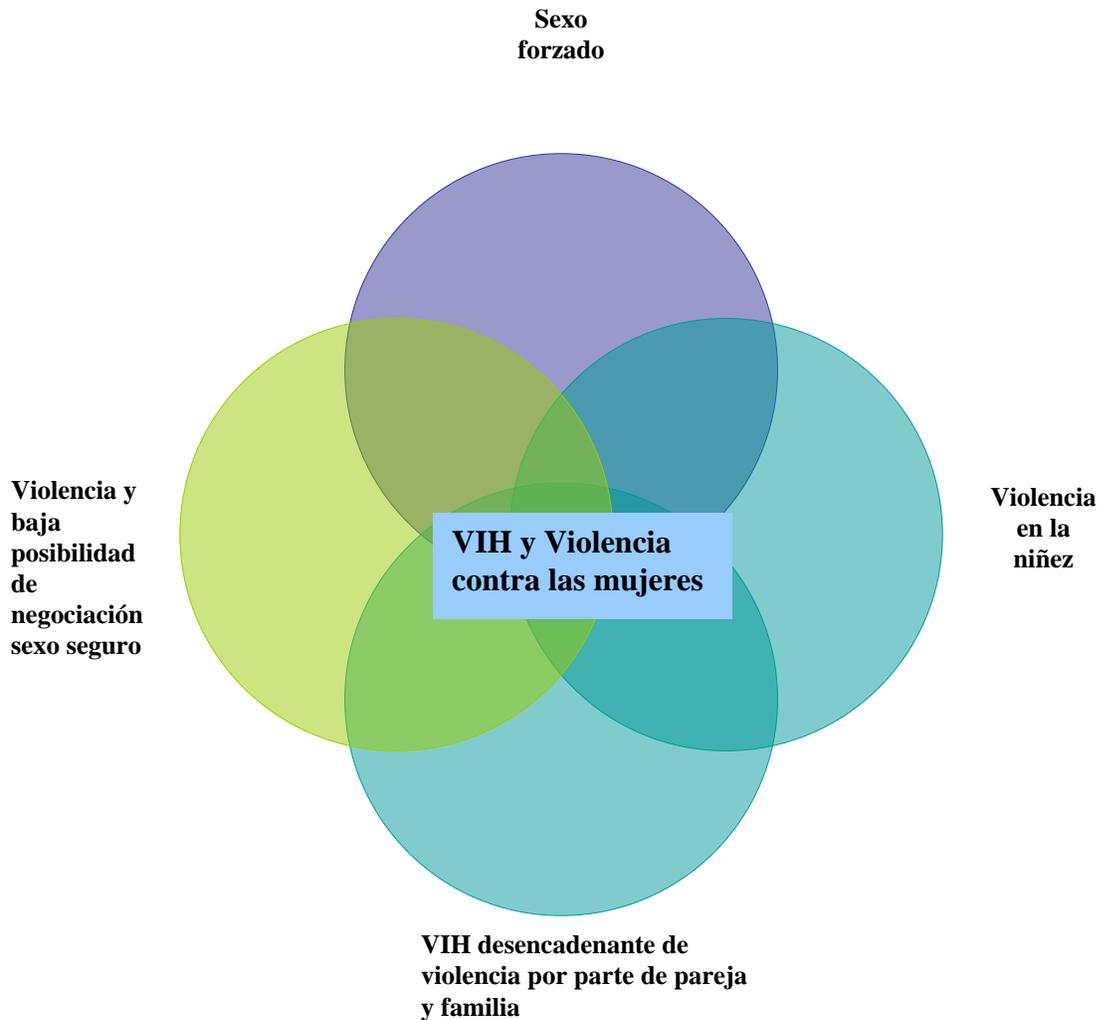
- **Pareja:** persona con quien una mujer tiene o tenía una relación de afecto íntimo o cercano, de índole sexual. Incluye al esposo, ex-esposo, cónyuge (unión libre) o ex-cónyuge, novio o ex-novio.
- **VIH y SIDA:** VIH se utilizará para referirse al virus y a la epidemia, y se empleará la expresión “mujeres VIH+” para describir a aquéllas que viven con el virus en todas las etapas de la enfermedad.(7)

2.2. Intersecciones entre el VIH y la VDS

La relación entre VIH y VDS ha sido relativamente documentada en varios estudios estableciéndose cuatro posibles vías a través de las cuales se produce esta asociación: i) el sexo forzado, ii) la violencia como factor que limita la capacidad de las mujeres para negociar sexo protegido, iii) la violencia en la niñez y su relación con conductas sexuales de alto riesgo en la adolescencia y adultez, y; iv) la epidemia como factor desencadenante de formas de violencia en la pareja y la familia.(8) Los tres primeros colocan la violencia como un factor de riesgo frente al VIH y el último hace referencia a la relación inversa.

7 OPS/OMS. 2005. Plan regional de VIH/ITS para el Sector Salud. Washington D.C.

8 Esta caracterización fue desarrollada por Suzane Maman et al (2000) en “The intersections of HIV and violence: directions for future research and interventions. Journal of Social Science and Medicine 50 (2000) 459-478. USA.



Cabe destacar que, la relación entre la violencia doméstica y las infecciones de transmisión sexual ha sido documentada en algunos países de América Latina. En un estudio multicéntrico sobre los perfiles de la violencia doméstica basado en los resultados de las encuestas demográficas y de salud se encontró una asociación positiva entre ITS y violencia doméstica debido a las altas tasas de sexo forzado en mujeres, las reducidas posibilidades de negociar sexo protegido y uso del condón, así como de acceso a consejería y prueba de ITS y VIH. Los resultados muestran que existe una mayor prevalencia de ITS en mujeres que han sufrido violencia en sus relaciones de pareja que las que no. En la República Dominicana la proporción de mujeres que tuvo una ITS durante los últimos 12 meses anterior a la encuesta fue de 3.7% entre las que habían vivido violencia y de 1.0% entre las que no habían vivido esta situación. En Colombia estas cifras alcanzan el 3.1 % y 1.2%, en Haití 18.4% y

10.3% y en Perú 5.4% y 3.7% respectivamente. (12).

- **Modelo ecológico para analizar las relaciones entre VIH y VDS**

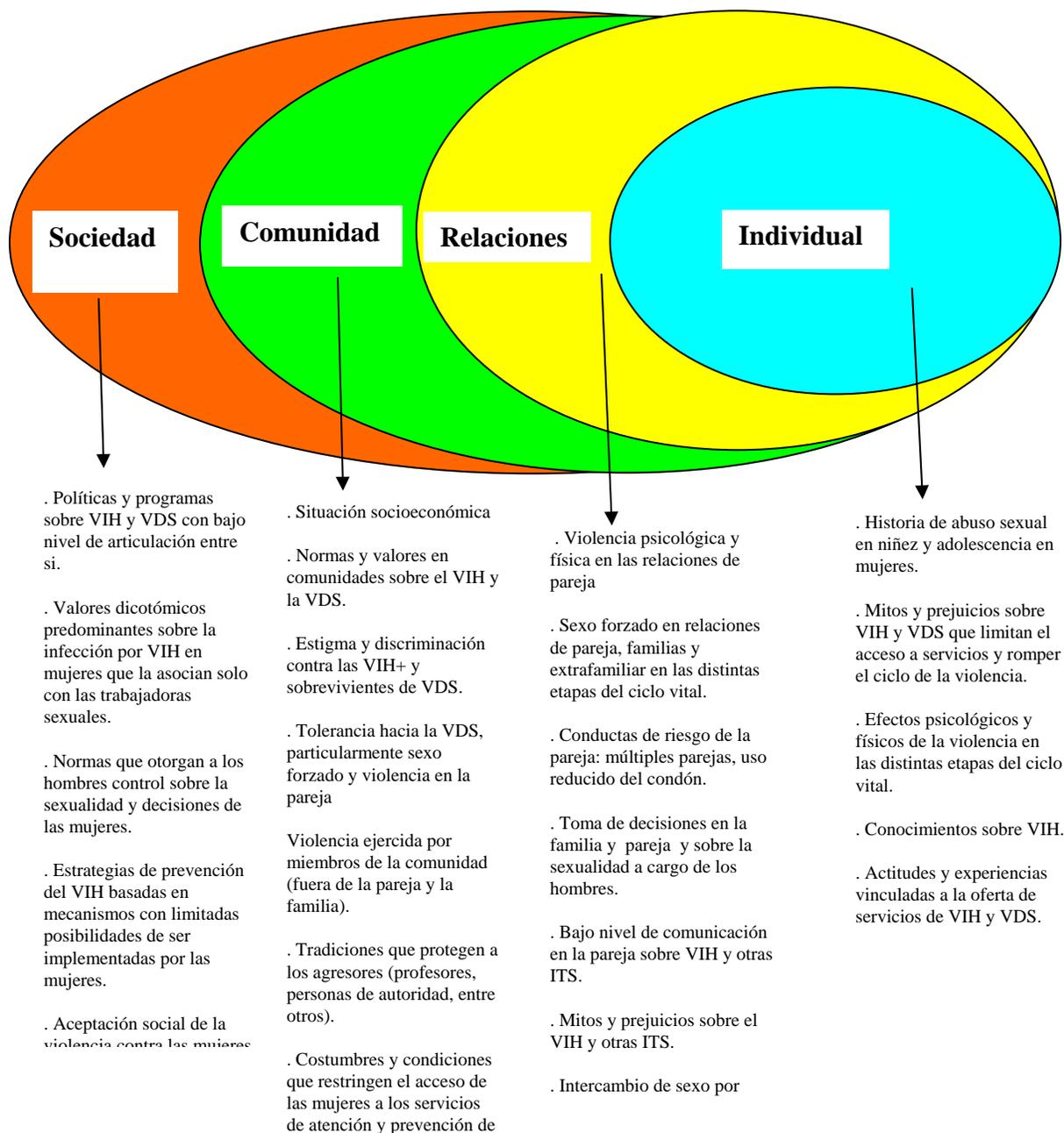
Muchos de los estudios sobre violencia doméstica/intrafamiliar han utilizado el modelo ecológico sobre violencia contra las mujeres desarrollado por Lori Heise (1998) que establece un conjunto de factores asociados al problema en los niveles societal, comunitario, relacional e individual. (13) Utilizando este modelo para analizar los posibles factores que interactúan en la relación entre el VIH y la VDS, en el nivel societal se encuentran, entre otros factores, la escasa articulación entre las políticas públicas que intervienen sobre ambos problemas, la implementación de enfoque preventivos sesgados por valores tradicionales de las relaciones entre hombres y mujeres; y la existencia de normas culturales que colocan a las mujeres en una condición de vulnerabilidad frente al VIH y la VDS.

En el nivel comunitario pueden incluirse factores como la situación socioeconómica, los mitos y prejuicios sobre ambos temas, las costumbres y tradiciones que refuerzan la violencia y restringen el acceso a servicios de atención y prevención.

En el nivel relacional se encuentran: la presencia de sexo forzado, los resultados en el empoderamiento por la exposición sistemática a situaciones de violencia física, sexual y psicológica relaciones de pareja y la familia, el bajo nivel de comunicación en la pareja, la escasa participación de las mujeres en la toma de decisiones relacionadas con la sexualidad; y el despoder de las mujeres que las coloca en relaciones de intercambio de sexo por dinero, bienes o favores.

En el nivel individual pueden incluirse: la historia de abuso en la niñez, las percepciones y conocimientos sobre ambos temas, los efectos psicológicos y físicos generados por la historia de violencia, y las experiencias de las mujeres asociadas a los servicios de atención de VIH y/o VDS. En la siguiente figura se presentan estos factores según niveles del modelo ecológico.

Modelo ecológico sobre posibles factores asociados en la relación entre VIH y VDS



- **Evidencia existente sobre la relación entre VIH y VDS y sus implicaciones para los estudios de país**

Los estudios sobre el VIH y la VDS desarrollados hasta el momento constituyen una fuente privilegiada de información para documentar la asociación entre ambos, y al mismo tiempo permiten identificar los retos para el desarrollo de los estudios de país. En general, los retos metodológicos actuales se relacionan particularmente con tres aspectos: a) el tipo de estudio que se utiliza para abordar ambos temas, b) las definiciones y tipologías de violencia que se priorizan; y c) los instrumentos para medir las variables seleccionadas. En cuanto a la selección del tipo de estudio, en los países donde se ha avanzado en la exploración de las relaciones VIH y VDS, aun es necesario desarrollar estudios prospectivos para profundizar en la correlación entre variables como la alta prevalencia de violencia sexual, prácticas sexuales de riesgos, toma de decisiones en la pareja; y los factores comunitarios y sociales que gravitan en la asociación entre ambos problemas, entre otros. Asimismo, se requiere documentar los cambios en las relaciones de pareja y familiares que se producen en la vida de las mujeres VIH+ y como se vinculan las experiencias de violencia previas a la infección con las que se producen una vez las mujeres declaran status de VIH+. Los factores biológicos-como la seroconversión-, sociales y psicológicos que actúan tanto en la VDS como en el VIH complejizan la medición del riesgo para predecir y/o establecer causalidad entre ambos y, por lo tanto, la selección del tipo de estudio mas apropiado según el nivel de desarrollo de evidencia empírica.

En relación con las definiciones y las tipologías de violencia prioritarias, el reto consiste en separar tipos de violencia que son parte de un continuun como el caso de la violencia de pareja e intrafamiliar y que generalmente tienen una temporalidad difícil de establecer ya que la violencia en la familia y la pareja puede atravesar todo el ciclo vital de muchas mujeres. Medir el período de exposición a estas tipologías de violencia, la frecuencia y severidad de dichos eventos y su posible asociación con el VIH complejiza la decisión sobre el tipo de datos a recolectar y los instrumentos para obtenerlos.

Por último, los instrumentos para la recolección de datos pueden restringir la identificación de los casos de VDS, generando dificultades para estimar el grado de riesgo. Asimismo, dado que aun en lugares donde se han documentado parcialmente esta asociación, no existe suficiente evidencia empírica para describir sus características; por lo que la selección de instrumentos de recolección de información sigue siendo un gran reto. La combinación de métodos cualitativos y cuantitativos parece constituir la vía más idónea para enfrentar, en parte, esta limitación.

A continuación se presenta la información disponible sobre el VIH y la VDS y un breve análisis de sus implicaciones para futuros estudios sobre el particular.

a. Infección por VIH a través del sexo forzado

Según los datos nacionales provenientes de las encuestas demográficas y de salud (1997-2000) la prevalencia de sexo forzado que viven las mujeres en sus relaciones de pareja es elevada. La proporción de mujeres entre 15 y 49 años alguna vez unidas que afirma haber sido víctima de violencia sexual por parte de su esposo o compañero alcanza el 11% en Colombia, el 10% en Nicaragua y el 17% en Haití. En México y Perú, esta proporción es del 23%. (14)

En los Estados Unidos, las tasas de violencia en citas en mujeres adolescentes varía entre un 20-60%. (15). En Argentina, en un estudio sobre iniciación sexual de mujeres adolescentes, el 12.4% indicó que tuvo su primera relación sexual a una edad que no quería, ocurrió por razones de violación/violencia y un 10.1% por presión de la pareja. (16)

En algunos países el sexo forzado puede ser una conducta relativamente aceptada por considerarse la relación sexual como un deber de la mujer en las relaciones de pareja. En el estudio “Promoción de la participación de los hombres en la salud sexual y reproductiva en Centroamérica” (OPS/OMS, 2005) se encontró que en Belice, el 16.4% de los hombres considera que se justifica la agresión física del hombre cuando la mujer se niega a tener relaciones sexuales en el momento en que el hombre lo desea. Estas cifras alcanzan el 2.3% en Tegucigalpa y 11.8% en Bluefields y Punto Cabezas (Nicaragua). La idea de que no constituye una violación si el hombre obliga a su propia mujer a tener relaciones sexuales es relativamente extendida, alcanzando el 26.3% de los hombres entrevistados en Belice, el 18.3% en Tegucigalpa y 16.3% en Bluefields y Punto Cabezas. (17)

En Estados Unidos se estima que el riesgo de adquirir una enfermedad de transmisión sexual durante un asalto sexual es 6%-12% para Gonorrea, 4%-17% para Chlamydia y 0.5%-3% para la Sífilis. En el caso del VIH en una sola relación el riesgo es de 1%-2% tanto para penetración vaginal como para los casos de penetración anal. (18)

Implicaciones: Aunque la evidencia ha mostrado que el sexo forzado puede ser una vía para la infección por VIH, el mismo no siempre implica infección por VIH, al igual que en el caso de cualquier otro tipo de sexo no protegido. Por otro lado, dado que en muchas sociedades se considera como obligación de la mujer tener relaciones sexuales con su pareja, aun en contra de su voluntad y el estigma social asociado a la violencia sexual, los nuevos estudios necesitan indagar sobre estas experiencias utilizando distintas estrategias metodológicas que incrementen el reporte de estos casos y acercarse progresivamente a una estimación de la prevalencia mas realista de las que se cuenta actualmente en América Latina y el Caribe.

b. La violencia limita la capacidad de las mujeres para negociar conductas preventivas

La posibilidad de que las mujeres desarrollen conductas preventivas frente al VIH puede ser el resultado de la combinación de varios factores. Entre estos se incluyen los sociales, comunitarios, y relaciones de pareja. En primer lugar, las mujeres que viven violencia presentan una tasa menor de uso de condón que aquellas que no viven esta situación. Asimismo, algunas mujeres también intercambian sexo por dinero, bienes o favores. Hasta un 38% de las adolescentes solteras entre 15 – 19 años han tenido sexo por dinero o bienes en algunos países africanos. (19)

Segundo, las decisiones sobre las relaciones sexuales generalmente son consideradas como prerrogativa masculina. En Belice 31.1% de los hombres entrevistados en el estudio sobre salud sexual y reproductiva considera que el hombre decide qué clase de relaciones sexuales debe tener la pareja, en Tegucigalpa la proporción fue de un 24.0% y 34.6% en Bluefields y Punto Cabezas. (17) En tercer lugar, las relaciones extramaritales también constituyen un importante riesgo frente a la infección del VIH para las mujeres. Este tipo de relación tiene una frecuencia estimada en Estados Unidos entre un 26% y un 50% en los hombres. (26) En Honduras (2001), la proporción de hombres que reportó haber tenido relaciones múltiples fue de un 25.6%. (9). Los resultados de algunos estudios muestran la relación entre las relaciones extramaritales y la infección por VIH. Encuestas en Zaire y Rwanda encontraron una mayor tasa de infección por VIH entre los encuestados que reportaron relaciones sexuales extramaritales que los que reportaron tener relaciones monógamas. (20) En los Estados Unidos varios estudios han indicado tasas de uso reportado de condón mas bajas en individuos con múltiples parejas.(20) Un estudio en Nigeria señala que aunque la mayoría de hombres y mujeres asocian el VIH con la multiplicidad de parejas, persiste una alta prevalencia de relaciones sexuales extramaritales. (21) Estos resultados corroboran que la percepción de riesgo no necesariamente modifica una conducta de riesgo.

Otro fenómeno importante es la baja tasa de uso de condón en mujeres sexualmente activas. En Nicaragua (2001), apenas el 6% de las mujeres que tuvieron relaciones sexuales en el último año usó condón. En Honduras (2001) esta cifra alcanza el 3.5%. (9,10) Por otro lado, la falta de poder de las mujeres en las relaciones de pareja, limita la comunicación con el compañero o esposo sobre el VIH y otras ITS. En Nicaragua, la proporción de mujeres actualmente en unión que nunca discutió sobre prevención del VIH con su pareja, alcanza el 50.7% de las mujeres edad reproductiva, llegando casi a un 60% entre las que no tienen ningún nivel de instrucción formal y las que tienen entre 1-3 cursos de la educación primaria aprobados. (10).

Implicaciones: La toma de decisiones sobre conductas preventivas como sexo

protegido o defensa frente al sexo forzado involucra diversos factores como conductas de control por parte de la pareja, actitudes de mujeres y hombres frente a sexualidad, así como el impacto mismo de la violencia en las víctimas. Por otro lado, los estudios que asocian las relaciones extramaritales per se con el VIH no permiten establecer la intermediación de los factores que determinan el riesgo de dicha conducta frente al VIH tales como la ausencia de medidas de protección, los roles de género asignados a hombres y mujeres, los niveles de percepción de riesgo, entre otros.

c. La violencia durante la niñez y su relación con conductas sexuales de alto riesgo en la adolescencia y adultez

Las consecuencias de la violencia en la niñez en etapas posteriores, incluyen actividad sexual sin protección y múltiples parejas. En un estudio realizado en Estados Unidos con 357 hombres y mujeres viviendo con el VIH, el 68% de las mujeres y el 35% de los hombres reportó haber tenido experiencia de asalto sexual desde la edad de 15 años. El asalto sexual se relacionó con historia de abuso de sustancias y tratamiento de salud mental. Las/os sobrevivientes de asalto sexual reportaron además, mayor ansiedad, depresión y síntomas de personalidad borderline, así como una mayor cantidad de actividad sexual reciente sin protección, que las personas que no habían sido asaltadas sexualmente. (22) Un estudio en Carolina del Norte, Estados Unidos, encontró que el abuso sexual puede estar asociado con enfermedades de transmisión sexual y problemas ginecológicos en mujeres adultas, aun cuando la violencia ocurrió en la niñez. (23). En San Francisco, California (1993), se encontró que las mujeres adultas afro americanas sobrevivientes de violencia sexual después de los 15 años, tenían 6 veces más probabilidades de haber tenido relaciones sexuales 10 veces o más, tres veces más probabilidad de reportar que nunca usaron condón y tres veces más probabilidad de no negociar el uso del condón, en los tres meses anteriores a la encuesta. (24)

Sin embargo, un estudio abre interrogantes sobre la vinculación entre abuso sexual en la niñez y el VIH. En África del Sur (2004) se encontró que el abuso sexual en la niñez, la primera relación sexual forzada y la experiencia de violencia sexual en la adultez fuera de la relación de pareja no estuvieron asociados con la condición de VIH+ en mujeres. (25)

Implicaciones: El abuso sexual en la niñez no necesariamente en todos los casos conduce a conductas riesgo en etapas posteriores ya que factores como apoyo familiar, búsqueda de ayuda y estructura social pueden modificar la probabilidad del desarrollo de estas conductas. En las investigaciones sobre VIH y VDS, la indagación sobre abuso sexual en la niñez también permite establecer la presencia de la violencia en las distintas etapas del ciclo vital como parte de un continuun y abrir nuevas preguntas sobre las vulnerabilidades acumuladas que puede producir la violencia frente al VIH.

d. La epidemia del VIH como desencadenante de la violencia en mujeres VIH positivas

Cuando las mujeres ponen en evidencia que son VIH + también enfrentan el riesgo de la violencia así como el de abandono por parte de sus parejas, familiares y amigos. En un estudio realizado en los Estados Unidos, el 20.5% de las mujeres infectadas por el VIH reportaron abuso físico. (26) En Kenya (2001), 19.0% de 324 mujeres VIH + vivieron violencia por parte de sus parejas después de reportarles que eran VIH +. (26) En Tanzania (2001) la probabilidad de reportar violencia por parte de su pareja fue 10 veces mas alta entre mujeres VIH + menores de 30 años que entre las mujeres VIH negativas del mismo grupo de edad. (26) Algunas trabajadoras sexuales han reportado incremento de la violencia contra ellas por parte de los clientes, ya que las catalogan como principales responsables de la infección por VIH. (27)

Implicaciones: Dado que la alta prevalencia de VDS en América Latina y el Caribe es necesario que los nuevos estudios muestren la interface entre las experiencias de violencia pre y post infección por VIH, así como las diferencias en el nivel de severidad, frecuencia y posiblemente nuevas tipologías de violencia generadas por la condición específica de ser VIH+. Los estudios sobre violencia también deberán tomar en consideración la condición de VIH+ como un posible factor de riesgo frente a la VDS.

3. Aspectos metodológicos

3.1. Objetivos

Objetivo general

Explorar las relaciones entre VIH y la VDS en mujeres de 18-49 años usuarias de los servicios de salud públicos y privados incluidos en el estudio para identificar factores que potencialmente permitan mejorar la respuesta institucional frente a ambos problemas.

Objetivos específicos

- a. Estimar la proporción de mujeres sobrevivientes de VDS en usuarias de los servicios de VDS incluidos en el estudio que son VIH +.
- b. Estimar la proporción de mujeres VIH positivas usuarias de los servicios de atención al VIH incluidos en el estudio que viven o han vivido VDS antes y después de estar infectadas por el VIH.
- c. Explorar las experiencias, conocimientos y percepciones de las mujeres VIH + y las sobrevivientes de VDS relacionadas con ambos temas que pueden potencialmente restringir el acceso a prevención y tratamiento.

3.2. Tipo de estudio

Los estudios de país serán exploratorios, de carácter descriptivo. Estimarán la proporción de VIH y la VDS en una muestra de usuarias de servicios de salud públicos y privados y explorarán sobre sus conocimientos, experiencias y prácticas relacionados con ambos temas. Sus resultados sugerirán preguntas para futuros estudios y aumentarán el grado de familiaridad con las posibles relaciones entre VIH y VDS. Además, permitirá identificar los retos metodológicos que involucra el estudio de estas relaciones así como posibles conceptos o variables promisorias y prioridades para investigaciones posteriores.

3.3. Preguntas de Investigación

- a. ¿Qué proporción de mujeres sobrevivientes de VDS usuarias de los servicios de salud incluidos en el estudio son VIH+?
- b. ¿Qué proporción de las mujeres VIH+ usuarias de los servicios de salud incluidos en el estudio tienen experiencias de VDS antes y después de estar infectadas?
- c. ¿Qué opiniones, actitudes y experiencias tienen las mujeres sobrevivientes de VDS y las VIH+ usuarias de los servicios de salud incluidos en el estudio sobre ambos temas que potencialmente se relacionan con el acceso a los servicios de atención y prevención?

3.4. Variables e indicadores

Las variables e indicadores han sido seleccionados a partir de los factores asociados al VIH y la VDS identificados a través del modelo ecológico. En los estudios nacionales se sugiere que el análisis de los factores correspondientes al nivel societal se realice utilizando fuentes secundarias e incorporar dicho análisis en el marco conceptual de los informes de país. Las variables e indicadores correspondientes a los niveles comunitario, relacional e individual serían incluidos en el cuestionario que se aplicará para indagar sobre los mismos. En el siguiente cuadro se presentan las variables e indicadores seleccionados.

Variables e indicadores según nivel de los factores asociados		
Nivel/Factores asociados al VIH y la VDS	Variables	Indicadores (categorías generales)
1. Comunitario	a. Actitudes hacia los roles de género	<ul style="list-style-type: none"> Ideas sobre comportamientos aceptables del hombre y la mujer en el hogar
	b. Recursos de apoyo en situaciones de violencia	<ul style="list-style-type: none"> Personas e instituciones que han tratado de ayudar a las víctimas de VDS
		<ul style="list-style-type: none"> Respuesta de los servicios de salud frente al VIH y la VDS
2. Relacional	a. Experiencias/tipo de violencia en las relaciones de pareja y la familia antes y después de los 15 años	<ul style="list-style-type: none"> Violencia emocional y conductas de control por parte de la pareja Violencia sexual Violencia física
	b. Tipo de violencia experimentada, aparte de la de pareja y la familia antes y después de los 15 años	<ul style="list-style-type: none"> Violencia sexual
	c. Primera relación sexual	<ul style="list-style-type: none"> Sexo forzado
	d. Conductas de riesgo relacionadas con el VIH	<ul style="list-style-type: none"> Uso de condón relaciones sexuales Múltiples parejas del esposo pareja Múltiples parejas de la entrevistada Intercambio de sexo por dinero, favores o bienes
	e. Experiencias de VDS y condición de VIH + (Solo para VIH+)	<ul style="list-style-type: none"> Comunicación de condición de VIH y reacciones de familia y pareja Tipo de violencia experimentada después de comunicar la condición de VIH+ , si ocurre Cambios en relaciones sociales y de pareja
3. Individual (Estos factores individuales se asumen como resultado de experiencias personales, familiares, comunitarias, institucionales).	a. Actitudes hacia los roles de género	<ul style="list-style-type: none"> Ideas sobre comportamientos aceptables del hombre y la mujer en el hogar
	b. Respuestas frente a la VDS	<ul style="list-style-type: none"> Búsqueda de ayuda en personas y servicios de atención/apoyo
	c. Conocimientos sobre el VIH	Respuesta recibida <ul style="list-style-type: none"> Formas de contagio Formas para protegerse del VIH Percepción de riesgo Lugares donde puede recibir servicios/ayuda
	d. Utilización de servicios de VIH y VDS	<ul style="list-style-type: none"> Uso y factores asociados a la utilización (o no) de servicios de VIH y VDS.
	f. Resultados en salud	<ul style="list-style-type: none"> Lesiones físicas Necesidad de asistencia medica para atender las secuelas Hospitalización debido a lesiones

3.5. Población del estudio y muestra

Mujeres entre 18-49 años usuarias de los servicios de salud para la atención de la VDS y el VIH públicos y privados.

- **Tamaño de la muestra:** los criterios para seleccionar la muestra serán dos: a) el volumen de demanda de servicios de los establecimientos seleccionados y, b) la prevalencia de VIH y VDS. A partir de los datos que se recolecten en cada país sobre volumen de demanda de atención por tipo de servicios, promedio de usuarias por mes, cantidad y ubicación geográfica de los establecimientos seleccionados se procederá a elaborar el marco de muestreo. Dado que los criterios de inclusión, restringen significativamente el tamaño del universo, la determinación del tipo de muestra (probabilística o no probabilística) dependerá del tamaño de la población y la cantidad de personas dables de ser entrevistadas en el período de tiempo del estudio. En el caso de que en el país de referencia se opte por hacer una muestra probabilística, se analizará cual es número mínimo de mujeres a entrevistar en cada grupo (VIH+ y sobrevivientes de VDS para conformar una muestra que asegure un error estándar menor de .01.
- **Selección de los establecimientos:** se realizará un muestreo por conveniencia, seleccionando las redes de atención a la VDS por país, centros y grupos que ofrezcan servicios de atención a personas viviendo con el VIH y que tengan por lo menos un servicio de salud. Estos centros deberán ser representativos de la diversidad de servicios existentes en términos de tratamiento, servicios de apoyo y prevención del VIH y la VDS; y ejemplificarán, donde sea posible, las diferencias geográficas y de grupos étnicos. El espectro de instituciones públicas y privadas será identificado por los equipos nacionales del proyecto. Para la preparación del marco de muestreo (% de mujeres según tipo de establecimiento y zona geográfica) por país se utilizará la matriz que se presenta a continuación.¹⁰

Matriz para la preparación del marco de muestreo

Ciudad	Tipo de establecimiento según problema que atiende – VDS y VIH (Hospital, ONG, grupo, u otro)		
	Hospitales (especificar nivel de atención)	ONGs	Grupos de apoyo u otros
1			
2			
3			
4			
Total			

⁹ El proceso de selección de la muestra será apoyado técnicamente por un/a especialista en el tema que asistirá a los 3 países participantes.

¹⁰ En el caso de Belice no se cuenta con redes de atención a la VDS, por lo que los establecimientos serán seleccionados según tipo de servicios: asistencia psicológica, legal, médica, grupos de apoyo u otros.

Se determinará la cantidad específica de establecimientos, número de encuestadas y el marco de muestreo, después de una prueba piloto del instrumento para la recolección de datos y la consideración de las características de las usuarias/participantes de cada servicio/establecimiento.

- **Criterios de inclusión:** las mujeres que cumplan con los siguientes criterios, aplicados en conjunto, serán incluidas en el estudio:
 - a. Dieciocho a cuarenta y nueve años de edad.
 - b. Por lo menos una visita a uno o más a los establecimientos de atención en salud al VIH y la VDS seleccionados desde el primero de enero del 2000 hasta el último día del mes anterior al inicio del estudio en el país de referencia.
 - c. Para las VIH+: diagnóstico de infección por VIH documentado y confirmado a través de una prueba por análisis de enzima-inmunoabsorbente (ELISA), Western Blot, cultivo en laboratorio. Deliberadamente se otorgará una sobre representación de las personas que tienen por lo menos 3 meses de haber sido diagnosticadas VIH+. Quedan excluidos los casos agudos de VIH.
 - d. Para las sobrevivientes de VDS: caso documentado de violencia doméstica y/o violencia sexual extrafamiliar. Se excluirán sobrevivientes de VDS que presenten las siguientes características: a) conducta suicida y autodestructiva, psicosis, ideas homicidas, síntomas psiquiátricos, y b) condiciones físicas o emocionales en el momento del estudio discapacitantes o que constituyan causa de hospitalización.

3.6. Métodos de investigación

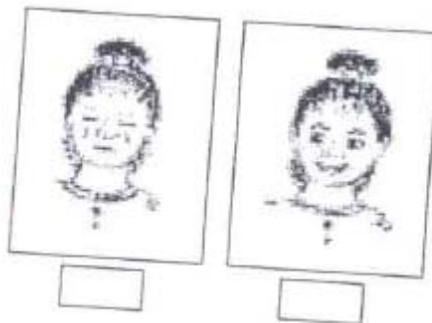
Los estudios de país combinarán la aplicación de un cuestionario individual, con la prueba de VIH para mujeres sobrevivientes de VDS.

- **Cuestionario individual:** se aplicará un cuestionario con preguntas cerradas. La mayoría de las preguntas incluidas en el cuestionario anexo han sido tomadas y/o adaptadas del cuestionario del “Estudio multicéntrico sobre violencia doméstica y salud de las mujeres de la OMS” (2005) y de las encuestas demográficas de salud. (28). Dado que en América Latina y el Caribe no se cuenta con estudios sobre la violencia que viven las mujeres VIH+, las preguntas incluidas en el cuestionario sobre este tema están basadas en estudios realizados en Estados Unidos y África. En este sentido, antes de realizar el pre-test se llevarán a cabo 5 entrevistas a profundidad con mujeres VIH+ para evaluar la validez y pertinencia de las mismas e identificar nuevas preguntas a incluir en el cuestionario. Después del pre – test se podrán cerrar algunas preguntas abiertas de la versión preliminar del cuestionario y se adaptará el lenguaje a la población del estudio. Las preguntas han sido precodificadas, con instrucciones para el llenado. El cuestionario

será aplicado a ambos grupos de población para cuantificar información relativa a los siguientes temas:

- Antecedentes de la entrevistada: edad, asistencia escolar, pertenencia étnica, actividad laboral, reproducción, prueba de VIH, y pareja.
- Actitudes hacia los roles de género
- Experiencia de violencia
- Impacto y manera de enfrentar la violencia
- Conocimientos y percepciones sobre el VIH
- Experiencia de violencia asociada a la condición de VIH + (sólo para las mujeres VIH +).

Implementando la metodología utilizada por la OMS en el estudio multicéntrico sobre violencia domestica y salud de las mujeres, una vez concluido el cuestionario se le ofrecerá a la entrevistada una tarjeta con un dibujo para responder a la pregunta sobre abuso sexual antes de los 15 años, sin tener que responder verbalmente a la encuestadora. La marca en la opción de la niña con la cara triste corresponderá a una respuesta afirmativa que si vivió esta experiencia, mientras que la selección de la cara feliz significará que no ha enfrentado dicha situación. La tarjeta será cerrada por la entrevistada por lo que la encuestadora no conocerá sus resultados durante la entrevista. En la portada de cada tarjeta se colocara el ID que permitirá posteriormente vincular la respuesta con el cuestionario y la prueba de VIH. A continuación se presenta un ejemplo de tarjeta para el reporte de violencia sexual antes de los 15 años utilizada por la OMS.



En el cuestionario consta de formato de consentimiento individual para la entrevista. Las mujeres entrevistadas serán clasificadas en dos grupos. Al grupo # 1 corresponden todas las que fueron identificadas a través de los servicios de VIH y que han sido diagnosticadas como VIH+. En el grupo # 2 se incluyen todas las que fueron identificadas en los de atención a la VDS, aun sean VIH+.

➤ **Prueba de VIH:** se realizará de manera voluntaria, sólo a las mujeres sobrevivientes de VDS que no se la hayan realizado en la última semana antes de la encuesta. No se realizará la prueba en los casos en los que durante la aplicación del cuestionario se acrediten como un caso de VIH+ según la definición establecida en los

criterios de inclusión. Se considerará como caso de infección por VIH, aquel que cumpla con los criterios diagnósticos de laboratorio de, al menos, dos resultados positivos de prueba de tamizaje. Las pruebas se realizarán según las pautas de país para tales fines y se incorporará las recomendaciones de la Guía de prueba y consejería de VIH y género elaborada por la OMS (2005). El método que se utilizará en el estudio es anónimo y vinculado. Cada participante tendrá un ID que vinculará el cuestionario aplicado con la muestra para la prueba de VIH. Las muestras serán enviadas al laboratorio y por lo tanto, los resultados de la prueba no se conocerán durante el trabajo de campo. Dado que la participación es voluntaria, se leerá el consentimiento informado. La encuestadora deberá dar respuesta a las preguntas y comentarios de la participante. A cada una de las personas elegibles para la prueba de VIH se le entregará información sobre el tema, un cupón para consejería voluntaria y gratuita y para hacerse la prueba en un establecimiento previamente alineado para este estudio. También se le entregará un directorio de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que trabajan sobre el tema donde puede recibir diversos servicios de atención y prevención.

3.7. Análisis de datos

El análisis y la administración de datos de la encuesta se llevará a cabo con el uso del programa **Census and Survey Processing System (CSPRO)**. Los cruces de variables se establecerán, una vez se acuerde con los equipos nacionales del proyecto las variables e indicadores prioritarios del estudio. Las pruebas de VIH serán enviadas a laboratorio para el análisis. Las bases de datos del cuestionario y los resultados de la prueba de VIH serán manejadas estrictamente por la investigadora principal del estudio de cada país y por las investigadoras que realizarán el análisis multicéntrico en la Oficina Central de la OPS/OMS.

La presentación de los resultados del cuestionario incluirá un análisis secundario sobre las investigaciones llevadas a cabo en el país que tengan relación con la VDS y el VIH, tales como censos nacionales o de encuestas, evaluaciones de programas de VIH y VDS, e investigaciones realizadas por centros de investigación y universidades, entre otras. Estos datos proporcionarán los antecedentes para la investigación relacionados con el marco legal, políticas sectoriales y actores; así como la información existente sobre diversos aspectos, dimensiones o componentes del VIH y la VDS. A nivel regional se realizará un análisis multicéntrico agregando los resultados de los estudios de país.

4. Consideraciones éticas

4.1. Riesgos y beneficios

Los riesgos para las participantes incluyen ser objeto de estigma, discriminación y violencia al ser detectadas como VIH +. Para el equipo de investigación, a pesar de las medidas de seguridad, el riesgo de ser infectado/a es una probabilidad que siempre debe ser considerada. Asimismo, debido a los prejuicios en torno al VIH y la VDS en determinadas

comunidades, las investigadoras pueden estar expuestas a violencia por parte de las parejas, familiares o personas cercanas a las entrevistadas. También, ambos temas tienen un contenido emocional que puede desbordar a las entrevistadoras ya sea porque se envuelven mucho en el tema, o por la carga psicológica que genera la exposición sistemática a historias de violencia y de experiencias de vida de las personas VIH +. Las previsiones para enfrentar estos riesgos son las siguientes:

- a. Medidas estrictas para mantener el anonimato, la confidencialidad y la privacidad (descritas en el punto 5.2).
- b. Para enfrentar la carga psicológica se establecerá un número máximo de encuestas por persona/día; y apoyo psicológico, en caso necesario.

Entre los beneficios para las participantes se destacan la posibilidad de conocer su situación en relación al VIH, así como la posibilidad de recibir información, tratamiento y consejería. En el caso de las que tengan resultado negativo, también tendrán la posibilidad de recibir consejería e información sobre medidas de prevención y centros de atención disponibles. Asimismo, tendrán la posibilidad de contactar redes de apoyo para la atención a la violencia y, en caso de que aun no se hayan incorporado, ser miembros de grupos de autoayuda; y referir a mujeres conocidas que enfrentan esta situación. Para el equipo de investigación, el estudio les ofrece la oportunidad de ser pioneras/os en una iniciativa de esta naturaleza en América Latina y el Caribe, de producir evidencia para el desarrollo de políticas, estrategias y programas que articulen eficazmente ambos temas en sus países. Para los países participantes en el proyecto, los estudios nacionales significarán una oportunidad para mejorar sustancialmente la atención a la VDS y al VIH.

Los protocolos de los estudios de país deberán ser aprobados por los Comités de Ética en los países respectivos.

4.2. Confidencialidad, privacidad y anonimato

La confidencialidad, privacidad y anonimato de las participantes serán tres elementos transversales en todas las fases de los estudios nacionales. La privacidad se refiere al control del individuo sobre sus fronteras personales para compartir información. La confidencialidad alude a lo que las organizaciones encargadas de los estudios nacionales podrán o no hacer con sus datos; y el anonimato es el compromiso que asume el equipo de investigación de que no se dará ninguna información que permita identificar a las participantes en los estudios de país.

El consentimiento informado se implementará en la aplicación del cuestionario y la prueba de VIH. Los formularios de consentimiento incluyen: a) propósito del estudio; b) qué significará la participación en el estudio; c) cómo se mantendrá la confidencialidad; d) el

derecho a rehusar la participación sin perjudicar su relación con la institución o individuos afiliados a la investigación; e) derecho a rehusar contestar preguntas específicas durante la entrevista; f) derecho a interrumpir su participación en cualquier momento.

Cabe destacar que los mitos y prejuicios sobre VIH y VDS expuestos por la entrevistada serán verificados y corregidos por la entrevistadora, una vez se concluya la encuesta. El formulario de consentimiento informado para la prueba de VIH que se aplicará, será el aprobado por las autoridades del MINSA en el país de referencia. Para asegurar la confidencialidad y el anonimato se seguirán los siguientes procedimientos estándares: a) uso de un código de números, b) almacenamiento en archivos con llave de todos los formularios y datos, particularmente la información con identificadores individuales; y c) manejo de bases de datos del estudio solo por investigadoras principales en computadoras de la OPS/OMS.

Derechos de las participantes del estudio

- Confidencialidad protegida a través de la entrega de los resultados de la prueba solo a la persona a la que se le ha hecho la prueba.
- Ser bien informadas sobre el alcance del estudio y la prueba del VIH antes de firmar el consentimiento.
- Las mujeres que pidan asistencia serán referidas a servicios locales y de apoyo para VIH y VDS.
- Tendrán suficiente tiempo para tomar la decisión de participar en el estudio.

Los lineamientos éticos del estudio son congruentes con los propuestos por la Organización Mundial de la Salud para la investigación de mujeres sobrevivientes de violencia:

- Seguridad de las entrevistadas y del equipo de investigación
- Confidencialidad
- Evitar dificultades a las entrevistadas relacionadas con el estudio.
- Ofrecer información verbal e impresa a la entrevistadas sobre el tema y recursos existentes de atención y prevención sobre los temas de estudio.(29)

5. Diseminación de los resultados

El desarrollo de los estudios de país sobre VDS y VIH ha sido concebido como un proceso participativo de construcción de conocimiento y articulación intersectorial para mejorar la atención a ambos problemas. Con ese objetivo se llevó a cabo la reunión del proyecto “Las redes de atención a la violencia doméstica y sexual como punto de entrada a la atención y prevención del VIH” en Honduras, en noviembre de 2005. Dicha reunión contó con la participación de representantes de instancias gubernamentales (ministerios de salud), redes de personas viviendo con el VIH, organismos internacionales y personal de la OPS de los tres países participantes en dicho proyecto. A nivel de país, para el desarrollo

de los estudios y la diseminación de sus resultados se mantendrá este enfoque intersectorial.

El propósito de los estudios de país es proporcionar evidencia a las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales para que se implementen acciones dirigidas a incorporar conjuntamente el VIH y la VDS en sus intervenciones. En los países participantes se espera que las redes de atención a la VDS se transformen en puntos de entrada para la atención y prevención del VIH, y que paralelamente, los servicios de VIH incorporen contenidos prioritarios sobre VDS. Este cambio en ambos servicios producirá nuevos instrumentos de atención o modificará los actuales, mejorando la integralidad de las intervenciones y la coordinación intersectorial.

Para lograr este propósito se recomienda que la estrategia de diseminación sea diseñada en la primera etapa de los estudios de país, incorporando, entre otras, las siguientes actividades:

- Realizar un mapeo de los actores nacionales y locales que probablemente estén más interesados en la investigación e informarlos de los objetivos del estudio.
- Involucrar a las/os usuarias e interesados en ambos temas como las organizaciones de mujeres que luchan contra la violencia contra las mujeres, Ministerios u Oficinas de Asuntos de la Mujer, redes de mujeres/personas viviendo con el VIH, grupos de jóvenes, ONGs que trabajan en torno al VIH, universidades, centros de investigación, entre otros. Esto permitirá desarrollar un compromiso intersectorial con los resultados del estudio.
- Producir un informe ejecutivo centrado en los principales resultados con implicancias políticas y programáticas.
- Realizar actividades de análisis de los instrumentos (protocolos, guías de prevención, materiales educativos, sistemas de referencia, u otros) que se utilizan actualmente en el país de referencia para ajustarlos a partir de la evidencia generada por el estudio.

6. Referencias

1. ONUSIDA. 2001. Resumen Mundial de la Epidemia del VIH/SIDA. Ginebra.
2. El VIH y SIDA en las Américas: Una epidemia con muchas caras. Washington, DC: OPS/OMS/ONUSIDA, 2001.
3. OMS. 2002. Informe Mundial de Violencia. Ginebra.
4. Ministère de la Santé Publique et de la Population. 2000. Enqueté Mortalilité, Morbidité et Utilisation des Services- EMMUS-III, Haïti.
5. Profamilia. 2000. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Colombia.
6. Encuesta Demográfica y de Salud. Nicaragua. 1998. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos y Ministerio de Salud.
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Perú, 2000.
8. OPS/OMS. 2005. Vigilancia de la violencia doméstica en Belice. (Mimeo)
9. Secretaría de Salud et al. 2002. Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar (ENESF – 2001). Tegucigalpa, Honduras.
10. MINSA e INEC. 2002. Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud. Managua, Nicaragua.
11. Ellsberg, Mary, et al. 1996. Prevalencia y características de la violencia conyugal hacia las mujeres en Nicaragua. Red Nacional de Mujeres contra la Violencia, UNAN-León y Umea University. Nicaragua.
12. Kishor, Sunita and Jonson, Kiersten. 2004. Profiling domestic violence: a multi-country study. ORC Macro. Maryland. June, 2004.
13. Heise, Lori. 1998. Violence against women: an integrated, ecological framework. In Violence against women, Vol. 4, No. 3, June 1998. 262-290. Sage Publications, Inc. USA.
14. Luciano, Diny. 2005. Dimensionando la violencia sexual en las Américas. Presentación en la Reunión de expertos sobre “Atención en salud para mujeres sobrevivientes de violencia sexual”. OPS/OMS e IPAS. Washington D.C.
15. Family Prevention Fund. 2002. Identifying and responding to domestic violence- consensus recommendations for child and adolescent health. San Francisco.
16. Pantelides, Edith y Geldstein, Rosa. 1998. Encantadas, convencidas o forzadas: iniciación sexual de adolescentes de bajos recursos. AEPA, CEDES y CENEP. Buenos

Aires.

17. OPS/OMS. 2005. Investigación de base para la promoción de la participación de los hombres en los programas de salud sexual y reproductiva en Centroamérica. Washington D.C.

18. Patel, Mitesh and Minshall, Lisa. 2001. Management of sexual assault. Genitourinary Emergencies. Volume 19, Number 3, August 2001. USA.

19. UNFPA. 2005. State of world population: the promise of equality – gender equity, reproductive health and MDGs. New York.

20. Choi, Kyung-Hee et al. 1994. Extramarital sex and HIV risk behavior among US adults: results from National AIDS Behavioral Survey. American Journal of Public Health. December 1994; 84: 2003-2007. USA.

21. Isiugo-Abanihe, Uche. 1994. Extramarital relations and perceptions of HIV in Nigeria. Health Transition Review 4, 1994, 111-125. Nigeria.

22. Kalichman, Seth et al. 2002. Emotional adjustment in survivors of sexual assault living with HIV/AIDS. Journal of Traumatic Stress, Vol. 15, No. 4, August 2002, pp.289-296. USA.

23. Sexual assault among North Carolina women: Prevalence and health risk factors. *Journal of Epidemiology and Community Health Online*, 2002, 56: 265-271.

24. Wingood, Gina, and DiClemente, Ralph. 1998. Rape among African American women: sexual, psychological and social correlates predisposing survivors to risk of STD/HIV. *Journal of Women's Health*. Volume 7, Number 1, 1998. USA.

25. Dunkle, Kristin, et al. 2004. Gender-based violence, relationship power and risk of HIV infection in women attending antenatal clinics in South Africa. *The Lancet*. Vol.363. May 1,2004.

26. *Violence Against Women and HIV/AIDS: Setting the Research Agenda*, Meeting Report, Geneva, October 23-25, 2000. World Health Organization, 2001, p. 11.

27. OPS/OMS. Proyecto "Redes de atención a la violencia doméstica y sexual como punto de entrada para el tratamiento y la prevención del VIH/SIDA. Washington D.C.

28. OMS. Estudio multicentrico sobre salud de las mujeres y violencia doméstica – Cuestionario individual. Lima, 2002.

29. World Health Organization. Putting women's safety first: ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women. Geneva. WHO/EIP/GPE/99.2, 1999.