

La violencia de género y su implicación con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y las Enfermedades de Trasmisión Sexual (ETS)

Gladys Garay Sánchez, Ed.D.
Profesora y Consultora Independiente
Educatora en Ciencias de la Salud Pública y la Conducta Humana
ggscuartest@yahoo.com

Angel Villafañe Santiago, Ed.D., MRC
Departamento de Consejería para el Desarrollo Estudiantil
Universidad de Puerto Rico
Recinto de Río Piedras
angelpr39@gmail.com

Resumen

La violencia es uno de los problemas sociales que afectan la población femenina. La misma se expresa en diferentes formas, avalada por la construcción social de género. Este trato desigual entre la mujer y el hombre trae consigo implicaciones que afectan las decisiones sexuales que pueda tomar la mujer. El uso de protección sexual, la negociación sexual, la posibilidad de una revelación de diagnóstico son diferentes factores propiciados por la violencia. Esta culturización de género hace que la mujer arriesgue su salud sexual. Por estas razones la violencia en la relación de pareja propicia en la mujer limitadas formas para la prevención del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y las Enfermedades de Trasmisión Sexual (ETS).

Palabras Claves: violencia, Virus de Inmunodeficiencia Humana, enfermedades trasmisión sexual

Abstract

Violence is one of the social problems that affect women. It can be expressed in different ways, and is often supported by the social construction of gender. This unequal treatment between the genders has implications that can have an impact on a woman's sexual decisions. The use of sexual protection, sexual negotiation, the possibility of revealing positive diagnoses are several factors that can be affected by violence in the relationship. This cultural construction of gender can influence the risks a woman takes in terms of her sexual health. For these reasons, relationship violence can limit the ways a woman can protect herself from the Human Immunodeficiency Virus (HIV) and Sexually Transmitted Diseases (STD).

Keywords: violence, human immunodeficiency virus, sexually transmitted disease

El acto de la violencia es definido como la alteración, las amenazas, la agresión física o emocional. Las distintas formas de expresarla se manifiestan mediante la fuerza, el poder, la coerción, la agresión e intimidación. Todas han tomado auge en diversos escenarios tanto educativos, como institucionales y familiares. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009) ha determinado que la violencia es uno de los problemas sociales que más se está observando a nivel mundial. La violencia ha sido empleada por siglos y en la actualidad está siendo utilizada con mayor frecuencia en poblaciones vulnerables como las niñas, las adolescentes y las mujeres (Martínez, Sánchez & Tinoco, 2006; Velzeboer, 2003). Por esta razón, Jensen (2009) explica que la violencia ha sido percibida por la mujer como un acto natural, en el que era remoto catalogar la acción como una violación a los derechos de quien la recibe.

Probablemente este fenómeno se deba a la construcción del género en la que influyen las formas en que los padres y madres educan, los valores impuestos según los criterios de crianza; los aspectos religiosos y el mismo proceso de aculturación. Muchas veces en este último, se legitima la supremacía de un género sobre otro predominando la masculinidad. Se resalta la fortaleza del hombre versus la supuesta debilidad de la mujer llegando al extremo de aceptar la violencia como parte del proceso de la relación de pareja. A esos efectos, Ide, Sanford & Alpern, (2000) señalan que la mujer asume un papel maternal, sumisa, cariñosa, trabajadora del hogar y complaciente con el hombre. Esto se puede interpretar como parte de los roles asignados a la construcción del género femenino que al dejar de llevarlos a cabo e incumplir con las expectativas masculinas puede conducir a la violencia física o emocional desembocando en la violencia por género.

La violencia de género puede definirse como el acto de amenaza o agresión que ocasione algún daño a la salud física, sexual o psicológica. En este caso, se aplica el término como el empleo de abuso de poder en alguna situación de vulnerabilidad para la mujer. Este puede ser el caso de la violencia en el ámbito familiar donde la estructura patriarcal está arraigada por el constructo social y de género en el que el hombre es el que actúa el poder (Vale Nieves, 2003). De esta forma, la mujer es la que recibe la descarga de ese poder negativamente dirigido. Un ejemplo de ello, lo presenta la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (Endireh en Martínez, Sánchez & Tinoco, 2006) señalando que el 43.2% de las mujeres de 15-44 años en México informaron sufrir algún tipo de violencia por su pareja, sean expresadas como intimidación y/o dominación para tener relaciones sexuales con su pareja sin su consentimiento.

Según la OMS (2003) más del 36% de las niñas y el 29% de los niños han sufrido abuso sexual infantil en la región sur-sureste de México. Esto contrasta con lo indicado por Velzeboer, (2003) quien encontró que una tercera parte de las adolescentes ha sufrido una iniciación sexual forzada y en algunos países casi una de cada cuatro mujeres señaló haber sido víctima por parte de su pareja. Otros datos de una investigación realizada (Martínez, Sánchez & Tinoco, 2006) revelaron que el 10% de las jóvenes de 12-14 años, tuvo su primera relación sexual contra su voluntad. Estos investigadores señalan que en el pueblo de Chiapas en México, más de 1/3 de mujeres casadas o de unión consensual de 15 y o más años, han sufrido algún tipo de violencia a lo largo de su relación con su última pareja. Esto responde a que la violencia sexual es interpretada por muchas mujeres como una condición inherente a la masculinidad que satisface las necesidades del hombre por encima de las de su pareja. Por tanto, la violencia sexual se ha convertido en uno de los actos más comunes dentro de la relación de pareja constituyendo una coerción del derecho a tomar decisiones, a elegir y a ser felices como mujeres y como personas. De acuerdo con Hirschfeld (2008) y Calvin (2009) las expresiones de violencia por parte de la pareja limitan a la mujer a seguir unas medidas de prevención. Así lo expresa Calvin, cuando señala que “la experiencia de violencia hace que la mujer no pueda imponer medidas de prevención”. Esta situación de riesgo puede incidir en infecciones de transmisión sexual como lo es el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), pudiendo ocasionar el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Esto significa que el cuerpo carece de fortaleza para combatir las infecciones y otros procesos relacionados a las enfermedades en los seres humanos. Por tanto, el virus se mantiene latente afectando las células que protegen o sirven de defensa al sistema inmune. La infección por VIH puede estar asociada con la

violencia de género de manera directa a través de la violencia sexual, y de manera indirecta, por la incapacidad de las mujeres para negociar el uso de condones o las condiciones bajo las cuales las relaciones sexuales ocurren. La violencia sexual en la mujer constituye un importante factor de riesgo frente a la infección por VIH. Estos datos concuerdan con Hirschfeld (2008) al expresar que las mujeres con VIH de Puerto Rico revelaron que la violencia hacia ellas por parte de su pareja era un factor de riesgo para adquirir el VIH.

Según la Organización Mundial de la Salud (2009) la infección por VIH sigue siendo uno de los más graves problemas de salud pública con los que se enfrenta el mundo, en particular los países en desarrollo. Esta organización ha determinado que las mujeres son más sensibles a este virus que los hombres, aún más, porque la violencia de género aumenta su vulnerabilidad. Al principio de esta epidemia, la asociación del VIH con la violencia de género era oculta y máxime el relacionarla con la violencia sexual. Sólo se consideraban en riesgo las mujeres expuestas a algún tipo de violencia sexual: migrantes, trabajadoras del sexo y usuarias de drogas inyectables. A su vez, en el contexto del VIH, la decisión en cuanto a la salud reproductiva también se percibía afectada la mujer embarazada por el riesgo de transmisión vertical (Rutenberg, Biddocom, & Kaona, 2000). Sin embargo; las estadísticas reflejaron un aumento en la incidencia y prevalencia del VIH y las ITS, considerándose entonces, la relación entre la violencia de género y el VIH e ITS (Kishor & Johnson, 2004; Martínez, Sánchez & Tinoco, 2006; Meston & Ahrold, 2008).

Un estudio con mujeres de Zimbabwe (García Moreno & Watts, 2001) reveló una fuerte relación entre el abuso físico y sexual para la violencia. Estas participantes informaron que era más probable que a quiénes las parejas le habían amenazado o agredido, informaran haber sido forzadas a tener relaciones sexuales, que las mujeres que no habían experimentado agresión física. Otro estudio realizado por Chappard (2008) reveló que el 45% de las mujeres con VIH entrevistadas había sido forzada a tener relaciones sexuales. Esta información provee que el uso del poder en las relaciones sexuales fue asociado con la prevalencia de la infección por VIH y otras ITS (Dunkle, Jewkes, Brown, Gray, McIntyre & Harlow, 2008). Por esta razón, Pettifor, Measham, Rees y Padian (2008) exponen que la desigualdad de género juega un papel importante en la epidemia del VIH a través de sus efectos en el poder de la mujer en la relación sexual.

Lo expuesto avala la feminización del VIH en Estados Unidos (Diamond, Richardson, Milan, et al., 2005; Pugatch, Ramratnam, Strong, et al., 2004 & Weinhardt, Kelly, Brondino, et al., 2004). Estos autores han informado en sus estudios que son muchas las mujeres con el VIH en tratamiento clínico que han experimentado la violencia en sus vidas. También en América Latina, como lo es el caso de Puerto Rico la violencia se apodera en la vida sexual de la mujer cuando se limitan a tomar decisiones para prevenir riesgos a su salud debido al temor por las reacciones de sus parejas (Hirschfeld, 2008). Esto evidencia que son diversos los factores que inciden en la mujer que es víctima de violencia y a su vez, como consecuencia se generan diferentes maneras de llevar a cabo el acto de violencia conjugándose diversos aspectos sociales.

Otro tipo de violencia que se ha encontrado asociado a la desigualdad femenina lo es la explotación sexual en mujeres, siendo uno de los actos que revelan la violencia de género, razón para ello las altas tasas de relaciones sexuales forzadas (Organización Panamericana de la

Salud [PAOH], 2008). Un estudio de jóvenes en la ciudad Xhosa en Sur África (Pettifor, Measham, Rees & Padian, 2008) mostró el control del hombre sobre casi cada aspecto de las experiencias sexuales tempranas de las mujeres, animando la violencia y las prácticas sexuales forzosas. Esta acción provee a ellas limitadas posibilidades de negociar la relación sexual con protección y el uso consistente del condón. Esto ocurre porque las mujeres no ejercen su autonomía en la toma de decisiones sobre el derecho que poseen para su salud sexual (Ferreira, 2009).

Según Dunkle, Jewkes, Brown, Gray, McIntyre y Harlow (2004) la situación se agrava si la mujer depende del factor financiero para la compra del condón. Un estudio en Carolina del Norte sobre la infección del VIH en mujeres, reveló que éstas presentan un comportamiento sexual riesgoso por su dependencia masculina financiera (CDC, 2005). En esta investigación las mujeres reportaron baja autoestima, necesidad de sentirse amada por la figura masculina y consumían alcohol y drogas. Las relaciones de género y las condiciones de vida y el contexto sociocultural que facilitan la transmisión del VIH en la mujer, no desaparece después de conocer su diagnóstico de VIH (Paiva & otros, 2002). Es por ello que, la mujer enfrenta la dificultad de comunicar su diagnóstico y de negociar el uso del condón. Esta situación trae como consecuencia la violencia cuando ellas en su deseo de no contagiar al compañero, rechazan las relaciones sexuales y ellos utilizan la fuerza física para tenerlas.

La Fundación para el Estudio e Investigación de la Mujer (Bianco y Aranda en Loto, 2010) encontró que nueve de cada diez mujeres con VIH fueron víctima de algún tipo de violencia a lo largo de su vida y ocho de cada diez, padecieron violencia antes de conocer su diagnóstico de VIH. Lo mismo ocurrió con el 56% de las mujeres de Chile quienes experimentaron la violencia, previo a recibir el diagnóstico de VIH (Calvin, 2009). Es probable que todas estas mujeres con el VIH hayan sufrido abuso sexual, violencia física, psicológica y sexual. Por esta razón, Weinhardt (2004) plantea que el nivel de violencia es una realidad en la vida de la mujer con VIH.

La magnitud del problema es evidente cuando el estudio de Olley, Seedat, Gxamza, Reuter & Stein (2005), demostró que a las mujeres se les dificultó reconocer su vulnerabilidad al adquirir el VIH por su posición de subordinación; sin embargo, consideraron la susceptibilidad para la violencia. Aún las trabajadoras sexuales han padecido de la violencia con sus clientes porque las catalogan como responsables de la transmisión del VIH (Organización Panamericana de la Salud, 2008). Esto concuerda con algunos hallazgos del estudio de Garay Sánchez (2008) donde algunas mujeres con el VIH en tratamiento clínico continuo consideraban que revelarles la condición a su pareja produciría rechazo o violencia. Por otra lado, a las participantes del estudio de Olley, Seedat; Gxamza; Reuter & Stein (2005) se les dificultó enfrentar a la pareja con relación a su comportamiento y al uso del condón para reducir el riesgo del VIH o alguna ITS. Tomando en consideración los hallazgos de estos estudios podemos indicar que la violencia influye en la conducta sexual, ya que es complicado para ellas negociar el uso del condón o algún método anticonceptivo (Songiamsak, Nilaiyaka & Hornboonherm, 2001 & Kalishman, 1999). Ante esta eventualidad las mujeres con VIH que participaron del estudio de Kalishman informaron que cuando sentían algún fallo en el condón, omitían el hecho a su compañero y no le informaban por temor. Esta omisión era una muestra de cómo la mujer manejaba prevenir la violencia, decidiendo por su salud física y emocional. El

esfuerzo por ocultar alguna información que colocara en peligro a la pareja, resultaría en tener que ajustarse a calmar la angustia provocada y tratar de mantenerse normal y sumisa.

La literatura revisada ha demostrado que existe interacción entre el VIH y la violencia de género. Esta conexión proporciona graves consecuencias para la salud y el desarrollo humano, particularmente en la población femenina. Esto se refleja en el impacto emocional que presenta la mujer al momento de establecer una relación de pareja o un acto sexual. Estas mujeres temen a las respuestas de sus parejas facilitando el que las mismas omitan el diagnóstico de VIH (Garay Sánchez, Villafañe Santiago, Miranda & Tosado Acevedo, 2010). Estos autores también señalaron que algunas de las participantes del estudio, indicaron que “interfiere la falta de habilidad en ellas para negociar el uso del condón o seguir el tratamiento clínico prescrito”. Se añade a esto que cuando la mujer revela su diagnóstico de VIH a su pareja, ésta recurre al abandono (Organización Panamericana de la Salud, 2009).

El impacto emocional, la falta de habilidad para negociar el uso del condón y las consecuencias del VIH cuando una mujer tiene una relación sexual demuestra que los esfuerzos por reducir el VIH y las ITS han quedado afectados por la violencia de género. A esos efectos, se necesita realizar ajustes o modificar las estrategias de prevención al VIH e ITS para reducir el riesgo de la violencia sexual y por consiguiente, las infecciones sexuales en la mujer (Martínez, Sánchez & Tinoco, 2006). Por ello, para reducir la propagación del VIH se requiere aumentar el desarrollo de la igualdad en relación al género.

Una forma efectiva y eficaz para reducir el riesgo en la conducta sexual de la mujer con el VIH en tratamiento clínico continuo es motivando a la mujer a participar de varias sesiones de consejería grupal (Garay Sánchez, 2008). Es evidente que se necesita que la mujer ejerza su poder sexual obteniendo el control en la relación, reduciendo el sexo forzado, desarrollando y manteniendo consistencia en el uso del condón. Esto confirma que la falta de equidad y poder de la mujer en las relaciones con la pareja compromete su salud sexual (Meston & Ahrold, 2008). Para ello es necesario abordar las desigualdades de género para asegurar la salud sexual y reproductiva de las mujeres y su bienestar general.

Por consiguiente, se recomienda comenzar desde edades tempranas y a nivel institucional, proveer ejercicios y estrategias de prevención de violencia en las mujeres. Es tiempo de ofrecer trato igual a la mujer en todas las relaciones, en donde el poder sea equitativo. Para ello es necesario apoderar a la mujer para que tome control de sus acciones tanto personales como sociales. Se recomienda que se ofrezcan actividades como cine- foro, teatro foro entre otros, para que la mujer reconozca cómo manejar y prevenir la violencia. Este tipo de dinámica debe incluir al género masculino para que internalice la importancia de estos aspectos en el desarrollo de la socialización y su impacto en la violencia y el VIH. Ello puede ocurrir en escenarios escolares, religiosos, laborales, familiares y universitarios. Es inminente atender la situación para que haya una igualdad de género para todos trabajar en la prevención de la violencia conjuntamente con el VIH y las ITS.

En resumen podemos indicar que la violencia en la relación de pareja tiene sus cimientos en la desigualdad de género provocado por las distintas maneras de educar a los hijos (as), los valores impuestos según los criterios de crianza; algunos aspectos filosóficos religiosos y el mismo proceso de aculturación. Esta desigualdad legitima la supremacía de un género sobre otro predominando la masculinidad. En consecuencia, hay repercusiones como la vulnerabilidad

al contagio de las infecciones de transmisión sexual, como por ejemplo el VIH/SIDA. Esto nos pone en perspectiva del trabajo de concienciación en términos del apoderamiento de la mujer, de manera que se vaya erradicando el feminicidio debido a las relaciones de poder ejercidas por la masculinidad.

Referencias

Bennett's, A., Shaffer, N., Phopong, P. Chaikukul, P. Mock, PA, Neeyapun, K, Bhadrakom, C., Mastro, TD. (1999). Differences in sexual behavior between HIV- Infected pregnant women and their husbands in Bangkok, Thailand. *Aids Care*. Abingdon, 1 (11), 649- 663.

Calvin, M. E. (2009). *Dos caras de una misma realidad: violencia contra las mujeres y feminización del VIH/SIDA*. Educación Popular en Salud, Comunicaciones Red. Red Chilena contra la Violencia Doméstica y Sexual. Ediciones Santiago de Chile, Malaquías Concha 043 – Ñuñoa.

Center for Disease Control. (2005). HIV Transmission Among Black Women—North Carolina. *Morbidity and Mortality Week Report*, 54, 89–94.

Chappard, D. (2008). *Violencia hacia la mujer y VIH/Sida*. Fundación Daniela Chappard. Asunción, Paraguay.

Diamond, C., Richardson, J. Milan, J., Stoyanoff, S., McCutchan, A., Kemper, C., Larsen, R., Hollander, H., Weismuller, P. & Bolan, R. (2005). *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 39 (2), 211-118.

Dunkle, KL; Jewkes, RK & Brown, HC; Gray G, McIntyre J, Harlow S. (2004). Gender-based violence, relationship power, and risk of HIV infection in women attending antenatal clinics in South Africa. *The Lancet*, 363 (9419), 1415-21.

Ferreira, S. (2009). Mujeres con VIH. *Scielo*. Berria: Hiesa. EHGAM en 19 (11). ADN. 11-16. Colonia, Alemania.

Garay Sánchez, G. (2008). *Efectividad y Eficacia de un modelo de intervención en consejería grupal como método para reducir el riesgo en la conducta sexual de la mujer con el VIH en tratamiento clínico continuo*. (Tesis doctoral inédita). Universidad Interamericana de Puerto Rico, Río Piedras Puerto Rico.

Garay Sánchez, G., Villafañe Santiago, A., Miranda, MT & Tosado Acevedo, R. (2010). *Modelo de intervención en consejería grupal como método para reducir el riesgo en la conducta sexual de la mujer con el VIH en tratamiento*. En proceso de publicación *Revista GRIOT*. Universidad de Río Piedras; Río Piedras, Puerto Rico.

García Moreno, C. & Watts, C. (2001). La Violencia Contra las Mujeres: Su Importancia para la Prevención del VIH/SIDA. *Resumen del SIDA*, 3, 2. Recuperado en agosto 2010 de: <http://www.abc.com.py>.

García Moreno, C. & Watts, C. (2003). Violence against women: Its importance for HIV/AIDS. AIDS. Recuperado en septiembre 2010 de: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11086869

Gilbert, L. & Walker, L. (2002). Treading the path of least resistance: HIV/AIDS and social inequalities - a South African case study. *Social Sciences in Medicine*, 54, 1093–1110.

González, S. (2002). *El ajuste psicológico y social entre la población heterosexual con la condición de VIH por género*. (Tesis inédita doctoral). Universidad de Puerto Rico, Recinto Metropolitano.

Greig, F. & Koopman, C. (2003). Multilevel analysis of women's empowerment and HIV prevention: quantitative survey results from a preliminary study in Botswana. *AIDS Behavior*, 7, 195–208.

Hirschfeld, D. (2008). Lucha contra machismo para prevenir VIH en Puerto Rico. Recuperado en septiembre 2010 en: <http://www.scidev.net/es/health/hiv-aids/news/>

Holstad, M., Dilorio, C., Magowe, M. (2006). Motivating HIV Positive Women to Adhere to ART & Risk Reduction: Challenges for Risk Reduction Behaviors for HIV + Women. *Online Journal Issues Nursing*, 11(1), 5.

Ide, M. Sanford, W., Alpern, A., Sánchez, O., Hernández-Jennings, M. & Pintado-Espiet, Maribel (2000). Violencia en la mujer. *Nuestros Cuerpos Nuestras Vidas: La guía definitiva para la Salud de la mujer Latina*. Colectiva del Libro de la salud de las Mujeres de Boston.

Jensen, M. (2009). Mujeres y SIDA: ¿nos has escuchado hoy? *Informe de la Organización Mundial de la Salud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. Recuperado en septiembre 2010 de: <http://www.who.int/features/2004/aids/es/>.

Kalishman, S. (1999). Psychological and social behavior among men and correlates of high – risk sexual women living with HIV/ AIDS. *Aids Care*, 1, 415-428.

Kishor, S. & Johnson, K. (2004). *Profiling domestic violence: a multi-country study*. ORC Macro. Maryland.

Kishor, S & Kierten, J. (2000). The intersections of HIV and violence: directions for future research and investigations. *Social Science in Medicine*, 50, 459-78.

Loto, N. (2010). *Informe Vínculos silenciados: Violencia y VIH en las mujeres*, Buenos Aires, Argentina.

Martínez, I., Sánchez, I. & Tinoco, R. (2006). La violencia de género y VIH/SIDA en contextos multiculturales. *La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares*. Endireh, México.

Meston, C. & Ahrold, T. (2008). Ethnic, Gender, and Acculturation Influences on Sexual Behaviors. *Archives for Sexual Behavior*, 33, 223-234.

Organización Mundial de la Salud. (2003). Sobre el abuso sexual y el VIH/ SIDA en hispanos. *Informe de la Organización Mundial de la Salud*. Ginebra, OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2009). Diez datos sobre el VIH/SIDA. *Informe de la Organización Mundial de la Salud*. Ginebra, OMS.

Olley, B., Seedat, S., Gxamza, F., Reuter, H., & Stein, D. (2005). Determinants of unprotected sex among HIV positive patients in South Africa. *AIDS Care*, 17 (1),1-9.

Organización Panamericana de la Salud (PAOH). (2008). La violencia de género y el VIH-SIDA. *Hoja informativa de la Unidad de Género, Etnia y Salud y la Unidad de VIH/SIDA*. Género y Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Washington, DC: USA.

Paiva, Rosario Latorre, Gravato y Lacerda (2002). Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/AIDS. *Cadernos Saúde Pública*,18 (6), 2-17.

Pettifor, A., Measham, D., Rees, H. & Padian, N. (2008). Sexual Power and HIV Risk, SoutAfrica. University of the Witwatersrand, Johannesburg, South Africa; University of California at Berkeley, Berkeley, California, USA & University of California at San Francisco, San Francisco, California, USA.

Pugatch, D., Ramratnam, M., Strong, L., Feller, A., Levesque, B. & Dickinson, B. (2004). Gender Differences in HIV Risk Behaviors among Young Adults and Adolescents Entering a Massachusetts Detoxification Center. *Journal Substance Abuse*, 21 (2). 79-86. Publisher Springer Netherlands.

Rutenberg, N.; Biddlocom, A. and Kaona, F. (2000). Reproductive Decisión –Making in the Context of HIV and AIDS: a Qualitative Study In Ndola, Zambia. *Family Planning Perspectives*, 26 (3), 187-196.

Songiamsak, S; Nilaiyaka, P. & Hornboonherm, P. (2001). Sexual Behavior self care in Pregnancy and post parto between women with HIV. *The Lancet*. London, 367, 256-267.

Vale Nieves, O. (2003). “Construcción social del género: De la construcción a la Construcciones: el género que se desborda”. *Género, Sociedad y Cultura*. Publicaciones Gaviota.

Velzeboer, M. (2003). Violence against women: the health sector responds. PAHO. Washington, DC: USA. Recuperado de: www.paho.org/Spanish/AD/GE/Viol-VIH_FS0705.pdf

Weinhardt, Kelly, J., Brondino, M., Rotheram, M. Kirsebaum, Chesney, M., Remien, R., Morin, S., Marguerita, Ehrhardt, Johnson, M., Catz, S., Pinkerton, S., Benotsch,, E., Hong, D.& Gore, C. (2004). HIV Transmission Risk Behavior Among Men and Women Living With in 4 Cities in the United States. *Medscape. Journal Acquire Immune Deficiency Syndrom*, 36(5),1057-1066.