

¿que necesitan las mujeres que tienen sexo con mujeres en la prevención del VIH?

¿está a riesgo de contraer VIH una mujer que tiene sexo con otra?

El riesgo de contagio con VIH de las Mujeres que tienen sexo Con Mujeres (MCM), es el mismo que el de todos, depende de lo que hagan. Es posible que algunas de estas mujeres se inyecten drogas, tengan sexo con hombres, intercambien sexo por dinero o drogas, sean víctimas de abuso, tengan sexo con otras parejas o tengan inseminación artificial.

Cabe recordar que la identidad sexual y la conducta sexual no siempre van de la mano; por ejemplo, la mujer que se identifica a sí misma como lesbiana puede estar teniendo relaciones sexuales con hombres y no toda MCM se identifica como lesbiana o bisexual. En esta hoja informativa el término "MCM" encierra todas las categorías anteriormente mencionadas, a menos que se use un término específico.

Entre las personas que usan drogas intravenosas, las tasas de VIH entre la MCM es mucho mayor a las que solo tienen sexo con hombres. Un estudio a usuarias de drogas intravenosas (UDIs) en 14 ciudades de los EEUU indicó que la mujer que tenía una pareja sexual femenina estaba más propensa que las heterosexuales a compartir agujas o jeringas, a intercambiar sexo por dinero o drogas, a carecer de un techo y a contraer el VIH.¹

La mujer que se identifica a sí misma como lesbiana o bisexual y que además tiene sexo con hombres puede tener un riesgo mayor de infección con VIH debido a la forma en que su pareja masculina escoge parejas sexuales y al poco uso del condón. En una encuesta a mujeres lesbianas y bisexuales en 16 ciudades pequeñas de los EEUU, de las mujeres que dijeron tener relaciones sexuales activas, el 39% reportó sexo con hombres gay o bisexuales y un 20% reportó sexo con UDIs.²

¿es posible la transmisión de mujer a mujer?

Hasta el momento sabemos que el riesgo de transmisión del VIH asociado con la práctica sexual entre mujeres es bajo y sin definición.³ El VIH está presente en el flujo vaginal y en la sangre menstrual, aunque la cantidad de virus no se ha medido con exactitud. El sexo de mujer a mujer incluye un sinnúmero de actividades, lo que se desconoce es el nivel de riesgo que encierra cada una de estas. Se cree que el sexo oral, por sí solo, presenta un riesgo relativamente bajo,³ mientras que aquellas actividades que dañan las paredes vaginales ya sea por compartir juguetes sexuales sin el uso de un condón o al introducir dedos con heridas o con uñas largas o puntiagudas presentan un mayor riesgo.

Hasta hoy, no han habido estudios rigurosos que examinen los riesgos de transmisión del VIH en cuanto a actos sexuales cunnilingus de mujer a mujer, sin embargo ya se han reportado algunos de estos casos.⁴ Solamente ha habido un estudio de parejas lesbianas discordantes (una en la pareja esta infectada y la otra no). A pesar de haber seguido muy de cerca a 10 parejas por un corto período de tiempo, no hubo seroconversión (nadie se infectó).⁵

¿cuales son las barreras en la prevención?

El factor económico, social y ambiental puede constituir una barrera para la prevención. Las MCMs de bajo nivel económico, drogadictas, sin el entrenamiento adecuado para desempeñar algún trabajo, sin un hogar estable, o sometidas a la violencia, pueden estar recurriendo a la prostitución o estar teniendo sexo como un método de supervivencia.³

Las expectativas en torno a la heterosexualidad y las actitudes negativas que la sociedad y la cultura imponen a la homosexualidad pueden estar contribuyendo al incremento en las conductas de riesgo entre algunas MCMs. En un estudio a jóvenes lesbianas de San Francisco, CA, se descubrió que estas usaban alcohol y drogas, tenían relaciones sexuales sin protección con hombres y experimentaban la sexualidad con jóvenes gay como una forma de responder a las presiones sociales.⁶

Quién lo dice?

1. Young RM, Weissman G, Cohen JB. Assessing risk in the absence of information: HIV risk among women injection drug users who have sex with women. *AIDS and Public Policy Journal*. 1992;7:175-183.

2. Norman AD, Perry MJ, Stevenson LY, et al. Lesbian and bisexual women in small cities-at risk for HIV? *Public Health Reports*. 1996;111:347-352.

3. Mays VM, Cochran SD, Pies C, et al. The risk of HIV infection for lesbians and other women who have sex with women: implications for HIV research, prevention, policy, and services. *Women's Health: Research on Gender, Behavior and Policy*. 1996;2:119-139.

4. Kennedy MB, Scarlett MI, Duerr AC et al. Assessing HIV risk among women who have sex with women: scientific and communication issues. *Journal of the American Medical Women's Association*. 1995;50:103-107.

5. Raiteri R. HIV transmission in HIV-discordant lesbian couples. Presented at the 11th International Conference on AIDS. Vancouver, BC. 1996. Abstract #Tu.C.2455.

6. Gómez CA, Garcia DR, Kegebein VJ, et al. Sexual identity versus sexual behavior: implications for HIV prevention strategies for women who have sex with women. *Women's Health: Research on Gender, Behavior and Policy*. 1996;2:91-109.

7. Hollibaugh A. LAP Notes. Lesbian AIDS project at GMHC. 1994;2:12. Contacto: Io Cyrus, Lesbian AIDS Project (212) 337-3531.

¿qué se está haciendo?

El "Lesbian AIDS Project" (LAP) del GMHC de la ciudad de Nueva York ofrece múltiples servicios a las mujeres VIH+ o VIH- que tienen sexo con mujeres. El LAP organiza grupos, ofrece talleres sobre sexo seguro y una línea de asistencia telefónica. Las lesbianas que forman parte del personal y que poseen alto riesgo de infección con VIH y las VIH+ están a cargo de educar a la comunidad, incluso en las cárceles y en centros de rehabilitación.⁷

En San Francisco, CA, el Lyon Martin, un Centro de Salud para mujeres, adiestró a mujeres lesbianas/bisexuales para que diseminaran información sobre sexo seguro en los bares de mujeres, clubs de baile y clubs de sexo. Cariñosamente conocidas como las "SLUTS del sexo seguro" las educadoras están empeñadas en abrir los ojos de estas mujeres por medio de dramatizaciones, ofreciendo consultas a nivel individual, y repartiendo condones y lubricante.⁸

Un programa de alcance comunitario en Hollywood, CA, dirigió sus esfuerzos a los UDIs gay, bisexuales, lesbianas y transexuales que operaban desde la calle. Basado en el modelo de reducción de riesgo, el programa ofreció grupos de apoyo, consejería impartida por miembros del mismo grupo, servicios de referencia y paquetes preventivos con equipo de higiene.⁹

En Guatemala, se abrieron las puertas de un local que sirve como centro de libre expresión libre de alcohol, drogas o sexo para lesbianas, transvestis, y hombres gay/bisexuales. La Casa de la Cultura patrocina talleres de creatividad, clases de artesanía, fotografía, literatura, clases de Inglés y Francés. Se realizan conferencias y mesas redondas sobre temas tales como la violación de los derechos humanos, la actitud de la iglesia católica ante los gay y las lesbianas, como mantenerse VIH-, y los aspectos legales del SIDA.¹⁰

¿qué queda por hacer?

Es necesario desarrollar estudios sobre prácticas y riesgos sexuales, escogencia de parejas, y sobre las características demográficas de las MCMs. Para que la intervención sea eficaz se deben tomar en cuenta la identidad y el comportamiento sexual y el tipo de actividad en cuanto a las drogas. Tomar en cuenta la identidad sexual de las mujeres que tiene sexo con otras al diseñar mensajes de prevención puede ser un elemento crucial.

Los proveedores de servicio y el personal de salud tienen que ser sensibilizados ante las necesidades de las MCM y ser capacitados para asesorar las conductas de riesgo no solo desde el punto de vista heterosexual. Muchos proveedores de servicio asumen que las mujeres VIH+ son todas heterosexuales.¹¹ Si una mujer dice haber tenido sexo con un hombre, la mayoría no pregunta si han tenido sexo con una mujer. Asimismo, si una mujer reporta uso de drogas intravenosas, la mayoría no procede a preguntar sobre el comportamiento sexual, asumiendo el uso de drogas como riesgo principal. Esto no solo afecta el cuidado médico y la educación que las MCMs puedan recibir sino que además se documentan erróneamente los comportamientos de riesgo. Por lo tanto las tasas de VIH entre las MCM son incorrectas.

Como grupo, las MCM han estado invisibles en el sistema de clasificación del CDC. Mientras que en las categorías de grupos de riesgo masculinas se incluyen a los hombres que tienen sexo con hombres, el uso de drogas intravenosas y el contacto heterosexual entre otras, la categoría MCM aún no existe. Actualmente se están haciendo esfuerzos para identificar más claramente a las MCM dentro del sistema de vigilancia del CDC.¹² Al obtener información actual de los casos de SIDA entre las MCM se va a poner en claro la necesidad de aplicar programas de prevención en esta población.

Todavía no se sabe cual es el mensaje más efectivo para las MCM. Algunos grupos opinan que es necesario centrar el enfoque en la causa del riesgo de infección de la mayoría de las MCM—el uso de drogas y el sexo con hombres—en vez de un enfoque en los riesgos de transmisión de mujer a mujer. La educación y el alcance comunitario deberán centrar sus objetivos en la limpieza de las agujas o en el uso de nuevas agujas y en el uso del condón y lubricante al tener sexo anal con hombres, además de establecer un mensaje más claro sobre las relaciones sexuales entre mujeres.¹³

Es inconcebible que a 15 años del flagelo del VIH, aún no exista información acertada sobre los riesgos que indiquen lo que se debe o no hacer sexualmente entre parejas femeninas. Un programa de prevención completo utiliza muchos elementos para proteger del VIH a la mayor cantidad de personas posible. La mejor forma de proteger a las MCM radica en asesorar adecuadamente los factores de transmisión para poder reportar los casos de manera adecuada.

PREPARADO POR CYNTHIA GÓMEZ, PHD Y PAMELA DE CARLO, TRADUCCIÓN ROMY BENARD-RODRÍGUEZ

Alentamos la reproducción de este documento; aunque, no se admite la venta de copias y UCSF deberá ser mencionada como fuente de esta información. Para obtener copias, llame por favor al National Prevention Information Network al 800/458-5231 o al Internet <http://www.caps.ucsf.edu> o <http://hiviniste.ucsf.edu/prevention>. Estas hojas informativas están disponibles en inglés. Cualquier comentario o pregunta acerca de esta hoja informativa puede ser electrónicamente dirigido al FactsSheetM@psg.ucsf.edu. ©Septiembre 1997, University of California.

8. Stevens PE. HIV prevention education for lesbians and bisexual women: a cultural analysis of a community intervention. *Social Science in Medicine*. 1994;39:1565-1578. Contacto: Lani Ka'ahumanu (415) 821-3534.

9. Reback CJ, Watt K. Street drugs, street sex: community-based outreach to gay, bisexual, lesbian and transgender drug users. Presented at the 11th International Conference on AIDS. Vancouver, BC. 1996. Abstract #ThC4670. Contacto: Cathy Reback (213) 463-1601.

10. Martinez LF, Mayorga R, Lorenzana A, et al. The Guatemalan Gay/bisexual and Lesbian Culture House: alternative activities fostering self-esteem, behavioral changes, and AIDS prevention. Presented at the 11th International Conference on AIDS. Vancouver, BC. 1996. Abstract #ThD363. Contacto: (en Guatemala) L.F. Martinez (502-2) 23335.

11. Warren N. Out of the question: obstacles to research on HIV and women who engage in sexual behaviors with women. *SIECUS Report*. 1993;October/November:13-15.

12. Centers for Disease Control and Prevention. *Report on lesbian HIV issues meeting*. Decatur, GA; April 1995.

13. Gorna R. Lesbian safer sex: alarmist or inadequate? Presented at the 11th International Conference on AIDS. Vancouver, BC. 1996. Abstract #ThD244. Contacto: (en Inglaterra) Robin Gorna, Terrence Higgins Trust (011) 44-171-831-0330.