

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

Artículo

**“EXPERIENCIAS DE USO DEL CONDÓN ENTRE USUARIAS ANTES Y
DESPUÉS DEL DIAGNÓSTICO CON VIH: ESTUDIO CUALITATIVO EN
MÉXICO, 2009-2010”**

ALUMNA:

Anabel Castillo García

**MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD CON ÁREA DE CONCENTRACIÓN
EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

Generación 2012-2014

COMITÉ DE TESIS:

Directora: Dra. Tamil Kendall

Escuela de Salud Pública de Harvard

Asesora: Dra. Lourdes Campero Cuenca

Instituto Nacional de Salud Pública

CUERNAVACA, MORELOS, Julio 2014

RESUMEN

Objetivo. Aportar evidencia empírica y profundización en la discusión de las condiciones y experiencias de uso y no uso del condón antes y después del diagnóstico de VIH en mujeres mexicanas que viven con VIH.

Metodología. Estudio cualitativo con 55 entrevistas semi-estructuradas a mujeres con VIH, de tres Estados del país. Para comprender la compleja relación entre las construcciones culturales, intrapersonales e individuales en el comportamiento sexual, así como, las posibilidades de resistencia y transformación que conlleva el impacto del diagnóstico del VIH en el uso del condón, este análisis se basó en la teoría de los guiones sexuales.

Resultados. Antes del diagnóstico, ninguna mujer reporta haber usado el condón de manera consistente. Después del diagnóstico, una minoría (39%) lo usan en cada relación sexual; sin embargo, más de la mitad (61%) reportan que el uso no es permanente. Desde la teoría de los guiones sexuales, en los comportamientos sexuales de las mujeres, se pueden identificar algunas constantes y cambios. Estos están relacionados a la percepción del riesgo, las relaciones amorosas y las normas culturales, los cuales enmarcan los motivos de uso y no uso del condón entre mujeres mexicanas, antes y después del diagnóstico.

Conclusión. Para impulsar la autonomía de las mujeres en el uso del condón, es fundamental resignificar éste, como parte del autocuidado y del cuidado mutuo en la pareja. Desde esta postura y la perspectiva de género, los servicios de salud deben trabajar junto con las mujeres con VIH sobre el riesgo de la re-infección.

Palabras clave. VIH-SIDA; Condón; Mujeres; Género; Prevención; México;

Guiones sexuales.

1.- Introducción

Actualmente (2013), a nivel mundial se calcula que hay 35.3 millones de personas que viven con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). En países de bajos y medianos ingresos las mujeres constituyen el 52% de todos los casos (1). En México, de los casos que anualmente se reportan (2013), aproximadamente el 18% corresponden a mujeres (mayoritariamente entre 20 a 54 años de edad), de las cuales el 98% lo adquirió por vía sexual (2).

El uso consistente y correcto del condón puede prevenir la transmisión sexual del VIH (3) y también es una acción importante para promover la salud sexual de las personas que ya viven con el virus. Evita otras infecciones de transmisión sexual y la re-infección de una segunda cepa o virus que ha evolucionado para ser inmune a los fármacos (4).

En México, a partir del Programa de Acción Específico 2007-2012 en respuesta al VIH/SIDA e Infecciones de transmisión sexual, se enfatizó la promoción del condón para la prevención de la transmisión del VIH entre la población. Además, se buscó incorporar en todas las instituciones del sector salud una estrategia de 100% uso de condón en mujeres y hombres que viven con VIH (5). El programa nacional correspondiente a 2013-2018 se encuentra en elaboración, pero busca dar continuidad a dicha estrategia (6).

Entre la población femenina mexicana la proporción de uso de condón varía según diversas circunstancias. De acuerdo a encuestas nacionales se observan fluctuaciones según estado conyugal, edad, educación y nivel

socioeconómico (7–10). En una encuesta reciente, con representación a nivel nacional (2012), casi la mitad de las mujeres (48%) entre 15 y 19 años de edad reportaron haber usado el condón como su método anticonceptivo en la última relación sexual, proporción que disminuye por rangos de edad hasta 14.7% en mujeres entre 35 y 49 años (11).

Algunos estudios han señalado que en México como en otros países, el poco uso del condón como anticonceptivo y para el cuidado de la salud sexual se debe a factores socioculturales y de género, así como a una baja percepción de riesgo de adquirir el VIH(12–15). Los estudios sobre sexualidad con enfoque de género en México señalan que, por lo general, mientras que a los hombres se les percibe como personas sexualmente “agresivos” e “hipersexuales”, a las mujeres se las identifica con una sexualidad pasiva, y por lo mismo, se les asigna un rol de sometimiento a las decisiones sexuales de su pareja. El sistema dominante de sexo-género y las construcciones sociales de la sexualidad contribuyen a que el control y el poder de la decisión sobre las condiciones de cómo se dan las relaciones sexuales, y por lo tanto, el uso del condón, esté en manos de los hombres (16). Esta situación ocasiona mayor dificultad para tener prácticas sexuales seguras y para el cuidado de la salud sexual (17–19). Se ha documentado que es una práctica común y aceptable dejar de usar condón cuando se tiene una pareja estable (20–22). En ciertos sectores sociales, existen severos juicios de valor sobre las mujeres que usan o piden el uso del condón, ya que presuponen desconfianza y multiplicidad de parejas. Particularmente, en mujeres unidas, el sexo protegido no está bien visto porque se asume que este

tipo de compromiso social supone monogamia (23,24). Además, existe el ideal del amor romántico de entrega a la pareja (25,26).

Entre las mujeres es común la percepción de que al estar casadas se reduce el riesgo de contraer VIH y otras ITS (27–29). Dicha creencia constituye una barrera que inhibe la posibilidad de que ellas propongan o insistan en el uso del condón, aun cuando pudiera haber cierta desconfianza sobre la fidelidad sexual de la pareja (21,23).

Cabe señalar que la mayoría de la información en torno al uso de condón proviene de encuestas demográficas enfocadas a la planificación familiar en mujeres unidas. Los estudios que abordan las barreras al uso del condón, se han llevado a cabo principalmente con jóvenes (30,31).

En el caso particular de las mujeres que viven con VIH, estudios de diferentes países indican que el uso del condón es inconsistente y parcial (variando entre el 30 y 70%), aun cuando tengan una pareja VIH-negativa (serodiscordante). El porcentaje más alto de uso del condón se da entre personas que conocen y comparten su estatus VIH-positivo (32,33). El porcentaje más bajo se asocia con diversos factores, entre ellos la negativa de la pareja (34–36). En los Estados Unidos, se reporta que entre 40 y 60% de las mujeres hispanas adultas tiene un uso consistente del condón (37). Al considerar únicamente a las mujeres jóvenes hispanas se reporta que, en la última relación sexual, 17% tuvo sexo sin protección (38).

En México, algunos estudios señalan que las mujeres con VIH experimentan dificultades y barreras para la práctica del sexo seguro y el disfrute de su vida sexual (39,40). Sin embargo, poco se ha profundizado sobre los

cambios y las constantes en la práctica del uso del condón antes y después del diagnóstico con VIH. El objetivo de este estudio es contribuir a la reflexión sobre dicha práctica a partir de un análisis cualitativo de las experiencias de mujeres mexicanas que viven con VIH.

2.- Material y Métodos

Se realizaron entrevistas semi-estructuradas a 55 mujeres en edad reproductiva (18 a 49 años) con diagnóstico positivo de VIH, reclutadas en 8 clínicas públicas con especialidad en VIH, de tres Estados (Distrito Federal, Estado de México y Morelos). Mediante una guía de preguntas se indagó sobre la vida sexual y reproductiva antes y después del diagnóstico con VIH, incluyendo preguntas específicas sobre el uso del condón. Interesaba identificar sus conocimientos sobre el condón masculino, la frecuencia y motivos del uso del condón en sus relaciones sexuales y la dinámica de pareja en la cual se usaba o no el preservativo.

Con la finalidad de explorar la influencia del estatus de VIH de la pareja masculina en los deseos y prácticas reproductivas y sexuales femeninas, se buscó entrevistar a mujeres con parejas VIH-positivas y VIH-negativas. El tamaño final de la muestra se alcanzó por saturación teórica, es decir cuando nuevas entrevistas no aportaron información novedosa en los temas de mayor interés (41).

El análisis de los datos se sustenta en la teoría de los guiones sexuales, la cual propone analizar la sexualidad como un proceso de aprendizaje, reconocimiento, negociación e improvisación y que identifica tres tipos: a) los guiones culturales, que son las normas sociales que permiten o rechazan las distintas expresiones sexuales de los individuos; b) los guiones interpersonales, que son el mecanismo a través del cual el individuo, en respuesta al mundo externo se apropia de las expectativas deseadas y c) los guiones intra-psíquicos, que son expresiones articuladas en base a emociones, deseos, fantasías, miedos o angustias, involucradas a la vida sexual y afectiva (42–44). Esta teoría propone la interacción de los tres guiones. Por un lado, si bien abala que la cultura influye de manera importante en los individuos; reconoce también la posibilidad de resistencia y transformación individual en el comportamiento sexual. Trabajar desde esta perspectiva teórica, permite identificar diferentes escenarios en los que se manifiestan de distintas maneras los guiones en las mujeres con diagnóstico de VIH y uso de condón. Se parte de que el diagnóstico de VIH impacta sustancialmente en las mujeres; no obstante, los guiones sexuales pueden o no permanecer fijos o movilizarse hacia expectativas y prácticas diferentes sobre el uso del condón.

A través de un proceso inductivo, se llevó a cabo el análisis de la información recolectada. Primero se realizó una lectura sistemática de las entrevistas; después se llevó a cabo una codificación en la que se diferenciaron circunstancias de uso y no uso del condón, antes y después del diagnóstico. Posteriormente la codificación se centró en los temas emergentes, priorizando los

motivos del uso y no uso del condón, y el contexto de la pareja (seroconcordante o serodiscordante). Finalmente, se organizó la información en función de tres guiones culturales identificados: la percepción de riesgo de adquirir el VIH, el amor romántico y el rol sexual pasivo, señalando si éstos generaron cambios a nivel interpersonal e intra-psíquico. Cabe señalar que aunque el enfoque del análisis se concentra en los guiones sexuales, reconocemos que los contextos materiales que vulneran a las mujeres, por ejemplo la pobreza y la dependencia económica sobre la pareja masculina y la violencia de género son factores estructurales que limitan o anulan la posibilidad de las mujeres de hacer modificaciones en sus relaciones intrapersonales. Para facilitar este análisis, se utilizó el software ATLAS/TI 6.2.

Este estudio fue revisado y aprobado por el Centro Nacional para la prevención y el Control del VIH/SIDA CENSIDA; posteriormente fue aprobado por la comisión de ética de la Universidad de British Columbia Okanagan Behavioural Research Ethics Board.

3.- Resultados

Descripción de la población (cuadro 1):

Como se muestra en el cuadro 1, en este estudio participaron 55 mujeres que viven con VIH cuyas edades oscilan entre los 19 y 41 años; la mediana de edad fue de 27 años. Más de la mitad (60%) tenía educación básica. Al momento de la entrevista, la mayoría de las mujeres estaba casada o en unión libre (73%). El número de hijos promedio por participante fue de dos, con al menos un hijo y cinco como máximo. Un gran número se dedicaba al hogar (69%). Varias de las

participantes habían permanecido en relaciones estables de largo plazo (55%). Una proporción elevada de la muestra reportó tener vida sexual activa (71%). En cuanto el estado serológico de la pareja, la mayoría de las mujeres tenía pareja seroconcordante (42%).

CARACTERÍSTICAS SOCIDEMOGRÁFICAS DE MUJERES QUE VIVEN CON VIH. MÉXICO 2009-2010

<i>Variables</i>	<i>Mujeres que viven con VIH</i> n= 55	<i>Mujeres que viven con VIH</i> %
Edad:		
18-25	18	33%
26-30	18	33%
30-35	13	24%
36 o más	6	11%
Educación:		
Sin educación	2	4%
Primaria	16	29%
Secundaria/técnica	20	36%
Preparatoria	13	24%
Universidad	4	7%
Estado civil:		
Casada o Unión Libre	40	73%
Separada	7	13%
Viuda	6	11%
Soltera	2	4%
Número de hijos:		
1 a 2	30	55%
3 a 5	16	29%
Ocupación:		
Trabajo domestico	5	9%
Hogar	38	69%
Empleada	9	16%
Profesionista	3	5%
Tiempo con pareja actual:		
Menos de un año a 3	11	20%
4 a 8 años	22	40%
9 años o más	8	15%
Vida Sexual Activa:		
Sí	39	71%
No	16	29%
Pareja Estable:		
Sí	36	65%

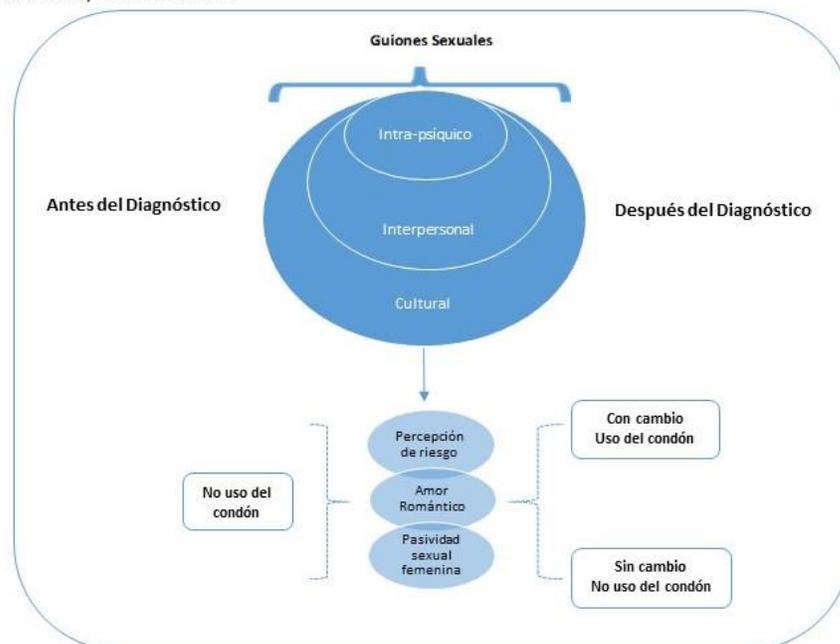
No	19	35%
Estatus VIH de la pareja:		
VIH positivo	25	45%
VIH negativo	12	22%
No sabe	12	22%
VIH positivo y murió	6	11%

Ninguna mujer reportó haber usado el condón de manera consistente antes del diagnóstico. Después del diagnóstico, algunas (39%, 20 de 51) lograron incorporar el condón en cada relación sexual; sin embargo, más de la mitad (61%, 31 de 51) reportó que este uso no había sido cien por ciento consistente. Al

preguntar a las mujeres si utilizaron condón en su última relación sexual, llama la atención que 29% (15 de 51) respondió que no. Si bien los deseos reproductivos pueden ser motivo de no uso del condón, en este momento se dejarán fuera del análisis, ya que el enfoque de esta investigación es el uso del condón para el cuidado de la salud sexual, algo que debe de ser universal entre mujeres con VIH y sus parejas sexuales. Existe otro estudio que profundiza sobre este tópico (45).

A continuación, los hallazgos del estudio se presentarán divididos en dos apartados: I) el uso del condón antes del diagnóstico y II) los cambios y constantes en los motivos para el uso y no uso del condón después del diagnóstico. Asimismo, como parte de cada uno de estos apartados se presentan los motivos de uso y no uso del condón según los guiones sexuales. Estos guiones están interrelacionados en la cotidianidad, pero para fines de análisis se presentarán por separado. (Figura 1)

Figura 1. Guiones sexuales y el uso del condón



1. Uso del condón antes del diagnóstico

Falta de percepción de riesgo

Las participantes reportaron no haber usado el condón antes del diagnóstico. Una de las principales razones de ello fue la falta de percepción de riesgo de adquirir el VIH. En general, se puede decir que independientemente de la edad o del tiempo de duración de la pareja, tanto en relaciones formales como informales, las mujeres entrevistadas no consideraron que podían adquirir el VIH, y por lo tanto no percibieron el uso del condón como algo necesario. En sus testimonios se distingue la falsa creencia de que por tener relaciones con alguien conocido no existe riesgo de adquirir una ITS, así como la percepción de que el VIH se detecta a simple vista:

“Por eso le digo que uno es ignorante. Y por eso es que conoces a un chavo y todo, [...] y ya te vas. Pero sin las precauciones. Yo decía. ‘¿El condón para qué? ¿Cómo me voy a enfermar? ¿Cómo esta persona va a estar infectada? Si lo conozco desde ¡uh! Yo veo que está bien, se ve bien físicamente’” (Nancy).

Amor romántico

Encontrarse en una relación estable, ya sea de matrimonio o de noviazgo formal, fue una de las razones que más refirieron las participantes para no usar condón; ellas manifestaron que cuando había un compromiso “serio” con la pareja, descartaban la posibilidad de usar condón. Muchas de sus parejas tenían supuestos similares:

“...yo siempre le decía que el día que yo me juntara iba a ser porque yo iba a ser estable y feliz con mi pareja [...] Nunca me ha gustado tener muchos novios, entonces yo sentía que ya estaba nada más con él y el conmigo, y [que] él ya no se metía con nadie ni yo; entonces decíamos “¿para qué?”. Entonces por eso no lo usaba yo [el condón]” (Verónica).

Rol sexual pasivo

En esta muestra de mujeres, un motivo frecuente para no usar el condón fue el rechazo de su uso por parte del compañero. Las entrevistadas percibían que un motivo de esta renuencia era el machismo:

“Pero, él no quería utilizar condón. [Él decía:] ‘Que no, que él no, que no le gustaba utilizar condón’. Porque le digo que pues ahora sí como dicen aquí: es un machista” (Catalina).

Las entrevistadas refirieron que si el hombre se rehusaba a ponerse el condón, ellas accedían a tener sexo sin protección. Diferentes testimonios dejan ver cómo las mujeres aceptaban tener prácticas de riesgo desde un rol pasivo, en el cual “accedían” a las decisiones sexuales de sus parejas masculinas:

“...como casi no usábamos el condón, porque él decía no, y yo decía no, ‘pero no quiero ponerme el condón decía’, [...] y si no, como siempre accedía a lo que él quería [...], me decía: ‘sino me voy a ir’, o así como que, entonces pues como que yo accedía a lo que él decía con tal de tenerlo contento” (Rosa).

II. Cambios y constantes en los motivos para el uso y no uso del condón después del diagnóstico

Percepción del riesgo de reinfección

Con el diagnóstico de VIH, las mujeres transitan súbitamente de un contexto en el que el uso del condón dentro de las relaciones “serias” o estables no es lo habitual, a otro en el que el uso consistente del condón es promovido y esperado, por lo menos desde el discurso de los servicios médicos de VIH a los que ellas acuden. La diseminación de información sobre las posibles consecuencias negativas del sexo no protegido para personas con VIH y sus parejas es parte fundamental de este nuevo contexto. En este sentido, las mujeres entrevistadas refirieron que los prestadores de servicios de salud (psicólogos, enfermeras y médicos) les habían hecho gran hincapié en que debían usar condón en todas sus relaciones sexuales. A partir de su diagnóstico, la mayoría de las mujeres pudieron percibir cierto riesgo por tener sexo no protegido con una pareja VIH-positiva y varias sabían que podían exponerse a la re-infección. Con excepción de cuatro mujeres que nunca habían oído hablar de la re-infección, las participantes en el estudio pudieron dar alguna explicación al respecto.

“Bueno ahí del [hospital], nos dijeron que, tendremos que usar a la fuerza el condón. Porque, tenemos lo mismo, él tiene VIH yo tengo VIH. Pero él me puede pasar a lo mejor un virus más fuerte, y yo le puedo pasar otro virus más fuerte. Entonces es mejor que usemos condón, también” (Isela, pareja seroconcordante)

La consejería e información sobre la re-infección fue lo que motivó a las mujeres a practicar el sexo protegido; ya que cuando no habían tenido acceso a la información, no usaban condón.

“al principio no usamos [condón] pero ya después sí. Pero era cuando yo no sabía que era la reinfección-[...] vine a un taller, dije: ‘¿qué pasa si te reinfectas?’, de ahí para acá, ya siempre, uso condón” (Camila, pareja de estatus desconocido).

El conocimiento y aceptación por parte de los varones sobre los efectos negativos en la salud por no usar el condón, son fundamentales para lograr más fácilmente su uso en los encuentros sexuales:

“E: ¿Has tenido algún problema para no usarlo? [condón]

N: No ninguno. En mi caso no, porque él sabe que si no lo usa se puede contagiar y en caso de que ya lo tuviera [VIH] tenemos que usarlo para que nuestro virus no se haga más fuerte, y que el tratamiento no se haga inmune y él está consciente de eso” (Nelly, pareja de estatus desconocido).

Sin embargo, las experiencias de otras mujeres demuestran que el diagnóstico de VIH y la información sobre la re-infección no siempre son suficientes para que ellas puedan cambiar el guion cultural que les impide incorporar el condón en su vida sexual, si la pareja masculina no accede. El siguiente caso muestra esta situación:

“No, sólo me dicen [en el servicio de salud] y que bueno que me lo digan, y aunque me presionen pero sale lo mismo, no cambia mucho. La verdad no tomamos nada, no se pone el condón, el doctor me dice: ‘hay precisamente esas enfermedades y que hay más enfermedades en lo de la mujer, tú no sabes si se mete con otras personas y esas personas tengan otras relaciones, entonces te debe de cuidar o tu tratar de que te cuide’, pero [él] no toma esas precauciones del condón” (Ana, pareja serodiscordante).

El conocimiento y comprensión del estatus de la pareja (serodiscordante o seroconcordante) y la actitud de la pareja frente a ello, es fundamental. La experiencia de Anel demuestra que la negativa de la pareja, bajo la argumentación de que la protección es fútil si ambos viven con VIH, y su creencia de que vivir con VIH conlleva a una muerte rápida, contribuyen a descartar el uso del condón. Sin embargo, ella expresa la voluntad de cuidarse:

“La doctora me dijo de que, nos dijo a los dos que usáramos eso [el condón]. Que porque sí él tenía más virus y yo menos y que me los iba a pasar. Y yo le dije a él que usáramos porque nos dieron aquí y no, nunca quiso. Ya cuando yo le decía pues, cuando él quería tener relaciones, le decía: ‘Póntelo’. Y nunca quería, y lo hacíamos así. [...]Que porque como quiera ya estábamos contagiados. Y yo estaba ahí con la idea de que, - ‘pues sí verdad estamos contagiados y de una vez para que nos muramos’-” (Anel, expareja seroconcordante).

Entre parejas serodiscordantes la conceptualización del riesgo que representa la transmisión del VIH puede ser compleja, y aun cuando las mujeres tienen la inclinación a usar el condón, no siempre logran el uso consistente. Lucrecia explica que ha tenido sexo sin condón con su pareja seronegativa “*una o dos veces, pero así siempre, no. Siempre lo usamos.*” Para Lucrecia, como para otras mujeres con parejas serodiscordantes, se conjuntan diversos argumentos por parte de los compañeros: que al vivir en pareja la transmisión es algo ineludible y que el sexo sin condón es como una prueba de amor:

“Él me dice que: ‘sí va a pasar, tarde o temprano va a pasar’, es lo que él me dice. Pero, le digo: ‘más vale tarde que temprano’. Y luego me dice: ‘es que yo te quiero’-” (Lucrecia, pareja serodiscordante).

Cambio en el ideal del amor romántico como motivo de uso del condón

Después del diagnóstico muchas mujeres son menos propensas a creer en la monogamia como forma de prevenir infecciones de transmisión sexual (ITS). La consciencia de la posibilidad de la infidelidad se refuerza en los servicios de salud, donde los médicos mencionan la posibilidad de que los compañeros tengan otras parejas sexuales. Se introduce un rechazo a confiar en la monogamia y se modifica el guion interpersonal de las mujeres, que solicitan que por lo menos el hombre tome precauciones y use condón. Algunas de ellas contemplan la posibilidad de la infidelidad y este puede ser ya un argumento para usar condón y así proteger su salud:

“Yo le dije: ‘si tú llegaras a estar con otra mujer, pues no seas tonto. No seas tonto porque la vas a infectar, o ella te va a reinfectar’ [...] Hay tantas, tantas enfermedades venéreas tan feas, que a mí me da miedo. Yo digo: ‘No, o sea, por favor [si] no me muero de VIH, y me vengo a morir de otra infección fea.’ [...] Así como [mejor]: ‘¡Póntelo! Póntelo [el condón] por una infeccioncita, que uno nunca sabe’, por eso” (Daniela, pareja seroconcordante).

Tras el diagnóstico, algunas mujeres logran cambiar el significado del condón, asociando su uso con la expresión del amor y de la responsabilidad del “cuidado de sí y del otro”. Cuando los compañeros aceptan y participan en esta resignificación del condón, modificando el guion a nivel interpersonal, las parejas pueden lograr su uso consistente:

Cien por ciento. [...] ahorita [que] estamos infectados, si queremos tener relaciones tenemos que cuidarnos [...], y él ha aceptado y me ha dicho: ‘yo respeto tu decisión, [...] ya entendí’, [...] le digo que si quiere tener relaciones hay que cuidarnos porque nos podemos reinfectar, [...] por lo mismo. Le digo si tú realmente me quieres y te quieres a ti mismo, nos vamos a cuidar” (Teresa, Pareja seroconcordante).

En los testimonios es claro que las mujeres impulsan la resignificación del condón como parte del cuidado mutuo, pero requieren la cooperación de la pareja masculina, práctica y tiempo para acostumbrarse:

“Según él decía que no se sentía nada. Dice: ‘no, es que no es lo mismo’. Le digo: ‘pues sí, pero ni modo así va a ser, ¿qué quieres?’. Luego se fue acostumbrando él y yo también me fui acostumbrando a eso, a usar el condón. Sí, sí, él sí lo acepta. Porque sabía que tenía que ser así, más que nada dice él también: ‘para cuidarte a ti y cuidarme yo mismo’.” (Itzel, pareja seroconcordante).

Sin cambio en el ideal del amor romántico como motivo para no uso del condón

Pese a los conocimientos que una mujer o la pareja puedan tener, en algunos casos persiste el guion cultural anterior al diagnóstico, según el cual usar condón con una pareja estable es ajeno al ideal del amor romántico. Hay mujeres cuyos compañeros explícitamente prefieren asumir el riesgo de la infección y no usar condón y después del diagnóstico permanecer juntos pese al riesgo de transmisión del VIH, conducta que puede ser vista como una prueba de amor. Un ejemplo de esto:

“Pues, él ya no quiso y dijo que: ‘Pues que él quería algo serio conmigo’. Y que sí iba a estar yo así [con VIH], que pues él también. Que él quería estar conmigo. Y que para él le daba igual estar o no estar así [con VIH]” (Thelma, pareja serodiscordante).

Cambio en el rol sexual pasivo como un motivo de uso del condón

Existen testimonios que dan evidencia del cambio que experimentan algunas mujeres en el guion cultural que socialmente se les ha asignado de ser

sexualmente pasivas. Esto se da a partir del impulso de cuidarse, el cual las lleva a rechazar al dominio masculino y reclamar cierta autonomía en la vida sexual. Para las participantes, parte de este cuidado radica en tener el valor para insistir a la pareja sobre el uso del condón, oponiéndose al rol pasivo y negándose a prácticas que no quieren, entre ellas, el sexo sin condón:

“Si usamos condón. Siempre. Si, o sea desde que yo me enteré que yo tenía VIH. Ya ahora; ya no, si no quiero tener [sexo] pues no, ahora ya tengo ese valor de decir no, a lo que yo no quiero y antes no” (Rosa, pareja seroconcordante)”

El tema del cuidado está entre los principales argumentos que exponen las mujeres para usar el condón. Como parte del rechazo al rol sexual pasivo, algunas mujeres justifican el uso del condón como una forma de “autocuidado” que les permitirá estar sanas. Al evitar la re-infección pueden alargar su vida para seguir presentes como madres. Muchas de las mujeres muestran la fuerza de esta convicción y logran cuidarse mediante el uso del condón, como se ve en este testimonio:

“Yo quiero estar bien, yo quiero estar bien con mis niños y yo dije: ‘no, ahora de aquí para adelante me voy a cuidar, yo me voy a cuidar, me voy a cuidar, me voy a cuidar’. Por eso me cuido, digo: ‘no, yo me cuido por mis bebés’. Tengo tres bebés y los quiero mucho” (Yolotzin, pareja seroconcordante).

Sin cambio en el rol sexual pasivo como motivo de no uso del condón

Pese a esto, la construcción social de género que caracteriza a las mujeres como sexualmente pasivas, les asigna el rol cultural de complacer a su pareja sometiéndose a las decisiones sexuales de ésta, lo cual las hace más vulnerables a la re-infección y otras ITS. En este sentido, ciertos testimonios de las mujeres que viven con VIH que no logran el uso del condón, se sustentan en la creencia de que la mujer como esposa tiene la obligación de tener sexo. A continuación se ilustra un caso extremo de esta construcción social, su vínculo con la violencia sexual y la imposibilidad de negociar el uso del condón en relaciones violentas.

“Porque él no quería [usar condón]... Entonces como dos ocasiones me agarró a fuerzas, y este... Incluso, me amarró, hasta creo que me amarró, me montó, y este, y yo pues, espantada, ¿no? ...- ¡Ay! Por eso te casastes, por eso eres mi mujer, y que vas a querer a fuerzas y no sé qué [...] pero de que me vas a dar lo que yo quiero: sí” (Lourdes, expareja seroconcordante).

Otras participantes también manifestaron tener dificultad para mantener el uso del condón, como consecuencia de guiones de género que dictan que la mujer es responsable de la sexualidad del otro. Así, “para complacerlo” tratan de dar gusto a la pareja y acceden a una especie de chantaje, como se muestra aquí:

“Para que no ande de canijo por allá, entonces yo lo dejo que él no use condón [...] -yo le decía tienes que usar el condón para no traer infecciones y él que me decía bueno está bien ponlo-, pero después ya no lo quiso” (Patricia, pareja seroconcordante).

4.- Discusión

La presente investigación muestra el complejo proceso por el que transitan las mujeres antes y después del diagnóstico de VIH para poder incluir el condón consistentemente como parte del cuidado de su salud sexual.

Al igual que en otros estudios, en éste se encontró que las razones que las mujeres mencionaron para no usar el condón antes del diagnóstico estaban centradas en la falta de percepción de riesgo, en los argumentos relacionados al ideal de amor romántico (por encontrarse en una relación estable) y en el rol sexual pasivo de las mujeres (aceptación de las decisiones masculinas), entre otros (46,47).

Con respecto a lo que sucede después del diagnóstico, poco menos de la mitad de las mujeres reportó haber usado el condón en todas las ocasiones después del diagnóstico, mientras que la otra mitad reportó que el uso del condón no había sido perfecto. Este hallazgo coincide con lo que la literatura internacional reporta: que hay entre 30 y 60% de uso irregular del condón entre mujeres que viven con VIH (48–52).

El entendimiento del riesgo que representa la transmisión del VIH, las concepciones del amor romántico y el rol sexual pasivo persisten como barreras importantes después del diagnóstico. En términos generales, la vida sexual sigue siendo una práctica poco controlada por ellas (40,53).

En cuanto a la percepción de riesgo después del diagnóstico, otros estudios entre personas que viven con VIH en Brasil y África han identificado la creencia

errónea de que se puede renunciar al uso del condón si ambos miembros de la pareja viven con VIH (54,55). En nuestra muestra, el matiz es que al haber seroconcordancia se piensa que ya no tiene caso cuidarse. Hay otros elementos relacionados con esta falsa creencia, como el miedo, la depresión, la poca claridad sobre el VIH/SIDA y el fatalismo.

Con referencia al ideal del amor romántico, coincidimos con estudios previos que han descrito la relación inversa entre confianza y percepción de riesgo como parte de los factores complejamente vinculados con el VIH (56,57). Se ha visto que las parejas suspenden el uso del condón conforme pasa el tiempo, pues no ven por qué deberían protegerse, y también como una manera de aumentar la unidad y acercar a la pareja (57). En la presente investigación el no uso del condón fue percibido por muchas parejas como una prueba de amor. Este fenómeno se da tanto en parejas seroconcordantes como serodiscordantes y significa una barrera para el uso del condón antes y después del diagnóstico de VIH.

Sobre el rol pasivo femenino, se observó que los conocimientos sobre la re-infección y el estatus de la pareja no garantizaban el uso regular del condón, ya que éste dependía de la cooperación del compañero y en gran medida de la capacidad de las mujeres para aceptar o rechazar ese rol. Ello coincide con estudios internacionales entre mujeres que viven con VIH que muestran que la renuencia de la pareja, la ira que lleva a abusos verbales y en casos extremos al abuso físico, así como el miedo al abandono y el temor de que los compañeros salgan a buscar nuevas parejas para poder tener relaciones sexuales sin condón,

son factores determinantes del uso irregular del condón (58–62). En las mujeres mexicanas se agrega la necesidad percibida de complacer sexualmente a la pareja.

En los casos donde existían cambios en torno al uso del condón y/o la modificación de alguno de los guiones relacionados con el género y la sexualidad, estos no se daban de manera lineal. Más bien los cambios podían surgir a partir del cuestionamiento de la normatividad sexual establecida o de la necesidad de construir relaciones que se adapten a la nueva realidad de la pareja, en función de las circunstancias y acontecimientos presentes. Por ejemplo, la preocupación por la re-infección permite la incorporación de la percepción de riesgo y es una motivación para usar condón. Por otro lado, cuando se pierde la confianza en la pareja se rechaza la idea de entrega total y la ilusión de la fidelidad sexual, que es una forma de transformar el guion del amor romántico. Otra manera de modificar el guion del amor romántico es la resignificación del uso del condón como expresión de cuidado mutuo entre la pareja. Una motivación de las mujeres que viven con VIH para usar condón es el deseo de proteger a la pareja, el cual se ha encontrado en otros estudios y concuerda con esta investigación (63,64). Por su parte, a pesar de la evidencia de que el guion cultural del rol sexual pasivo influye fuertemente en el no uso del condón, el presente trabajo muestra que al recobrar cierta autonomía y la responsabilidad del cuidado propio, las mujeres insisten en el uso del condón para impedir prácticas de riesgo, priorizando la necesidad de cuidarse para estar bien por sus hijos. Nuestro estudio mostro que las mujeres que rechazaron el rol tradicional heterosexual de la pasividad femenina lograron usar

el condón, lo cual coincide con otros estudios donde señalan que cuando las mujeres que viven con VIH logran transgredir el rol heterosexual tradicional, consiguen reintroducir con éxito los condones en sus relaciones (65,66).

Finalmente, este estudio subraya que la cooperación por parte del compañero es fundamental para el uso del condón. Por ello se ha visto como prioritario que los hombres sean incorporados en los esfuerzos de prevención del VIH junto con las mujeres (67). Desde la teoría de los guiones sexuales, podemos observar que si bien algunos de ellos permanecen fijos, las mujeres logran modificar las emociones, deseos, fantasías, miedos o angustias involucrados en la práctica del uso del condón a un nivel intra-psíquico, y que esto puede ser una oportunidad para apropiarse de nuevas identidades, más congruentes con las expectativas de sexo protegido, en un nivel interpersonal. Este cambio en los procesos individuales y en las relaciones de pareja, puede ser impulsado por los prestadores de servicios de salud (68,69).

5.- Conclusiones

Los resultados que se presentan pueden tener un impacto en la prevención de nuevos casos de VIH en las mujeres mexicanas, al mostrar una vez más, la necesidad de romper con los estereotipos de género que actúan como barrera para el uso del condón. La incorporación de la perspectiva de género en los programas de salud, puede ayudar a no reproducir roles de género tradicionales en los productos comunicativos que se utilizan para la promoción de la salud o en la difusión de medidas de prevención. También al promover el conocimiento y

educación de la sexualidad, particularmente, cuando se quiere abrir el tema del uso del condón como parte de la prevención del VIH e ITS entre mujeres unidas en programas dirigidos a este sector de la población, tomando en cuenta su situación por vulnerabilidad de género.

Con respecto a la promoción del uso consistente del condón entre mujeres que viven con VIH y sus compañeros, es necesario introducir intervenciones educativas cuya idea central sea mejorar el conocimiento sobre el VIH, con énfasis en la comprensión y manejo de la serodiscordancia/concordancia, la re-infección. Con base en la reflexión de los guiones sexuales, se debe promover que las mujeres cuestionen y rechacen los roles tradicionales de género.

El presente estudio encontró elementos comunes en el proceso de cambio que experimentan las mujeres que viven con VIH cuando logran un uso consistente del condón. Ellas hacen conciencia sobre el riesgo de la re-infección, resignifican el condón como un mecanismo para permanecer sanas, cambian las concepciones del amor romántico por el cuidado mutuo, rechazan el dominio masculino y reclaman cierta autonomía dentro de su vida sexual. Todos estos cambios pueden ser reforzados desde los servicios de salud.

Es preciso impulsar acciones que tomen en cuenta a los compañeros de las mujeres que viven con VIH, alentándolos a involucrarse en los servicios de salud, para que quienes desconocen su estatus serológico se realicen la prueba de VIH, al igual que las mujeres, asegurar un buen conocimiento de los conceptos de seroconcordancia y serodiscordancia, la eficacia del condón para prevenir la transmisión del VIH, y en el caso de vivir con el VIH, los riesgos de la re-infección.

Asimismo se requiere impulsar intervenciones educativas para varones con temas como la construcción de la masculinidad, la desigualdad de poder en la toma de decisiones y su vínculo con la violencia. Lo anterior para tratar de disminuir su influencia como barreras directas en el uso del condón.

Al mismo tiempo se debe mejorar la capacidad de los médicos, enfermeras, psicólogos y otros proveedores de salud para tener una comunicación activa, receptiva y libre de prejuicios hacia la población usuaria, con la finalidad de mejorar la consejería. Por ello es necesario que los proveedores de servicios de salud tengan formación con perspectiva de género en relación a la sexualidad. La labor de los prestadores de servicios de salud es importante para que la población comprenda que mediante el uso del condón se previene la re-infección en parejas seroconcordantes y la transmisión del VIH en parejas serodiscordantes, para permitir que las mujeres que tienen dificultades para negociar el uso del condón cuenten con redes de apoyo dentro de los servicios de salud y para reducir el fatalismo que rodea al diagnóstico de VIH. Si los servicios de salud son sensibles y con perspectiva de género podrían identificar otros elementos de la situación social de las mujeres con VIH que pueden impedir el uso del condón, como pueden ser la violencia o la dependencia económica.

Referencias.

1. GLOBAL REPORT UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013 [Internet]. 2013. Recuperado a partir de: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_en.pdf
2. CENSIDA. Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México Registro Nacional de Casos de SIDA Actualización al 30 de septiembre de 2013 [Internet]. 2013. Recuperado a partir de: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN_3er_trim_2013_v3.pdf
3. Weller Susan C, Davis-Beatty Karen. Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission. *Cochrane Database Syst Rev.* junio de 202d. C.;
4. Piantadosi A, Chohan B, Chohan V, McClelland RS, Overbaugh J. Chronic HIV-1 Infection Frequently Fails to Protect against Superinfection. *PLoS Pathog.* 16 de noviembre de 2007;3(11):e177.
5. CENSIDA. PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO 2007-2012 En respuesta al VIH/SIDA e ITS [Internet]. 2008. Recuperado a partir de: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/transparencia/PAE_2007_2012_En_respuesta_VIHSIDA_ITS.pdf
6. PESIDA [Internet]. [citado 4 de julio de 2014]. Recuperado a partir de: <http://pesida.net/index.php/component/content/category/2-uncategorised>
7. Gayet C, Juárez F, Pedrosa LA, Magis C. Uso del condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual. *Salud Pública México.* enero de 2003;45:S632-S640.
8. Menkes C, Suárez L. Factores asociados al uso del condón entre los adolescentes en diversos países de América Latina. [citado 30 de junio de 2014]; Recuperado a partir de: http://cedua.colmex.mx/documentos/Xreunion/ponencias/J_1_4.pdf
9. Sánchez-Domínguez MS, Leyva-Flores R, Caballero García M, Infante Xibille C. Disposición a usar condón en localidades con alta movilidad poblacional de México y Centroamérica. *Migr Desarro.* 2010;8(15):155-74.
10. Tapia-Aguirre V, Arillo-Santillán E, Allen B, Angeles-Llerenas A, Cruz-Valdéz A, Lazcano-Ponce E. Associations among condom use, sexual behavior, and knowledge about HIV/AIDS. A study of 13,293 public school students. *Arch Med Res.* agosto de 2004;35(4):334-43.
11. Allen-Leigh B, Villalobos-Hernández A, Hernández-Serrato MI, Suárez L, Vara E de la, de Castro F, et al. Inicio de vida sexual, uso de anticonceptivos y planificación familiar en

mujeres adolescentes y adultas en México. *Salud Pública México*. enero de 2013;55:S235-S240.

12. Enria G, Fleitas M, Staffolani C. Programas de Salud y Género. Mujeres con VIH/SIDA. (Spanish). *Health Programs Gend Women HIVAIDS Engl*. enero de 2010;18(35):275-92.
13. Hidalgo I, García F, Flores Á, Castañeda X, Lemp GF, Ruiz J. Aquí y en el otro lado. Los significados socioculturales de la sexualidad y sus implicaciones en la salud sexual de los migrantes mexicanos. (Spanish). *Here Side Sociocult Mean Sex Their Implic Sex Health Mex Migr Engl*. enero de 2008;4(3):27-50.
14. Campero L, Kendall T, Caballero M, Mena AL, Herrera C. El ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos: un estudio cualitativo de personas heterosexuales con VIH en México. *Salud Pública México*. febrero de 2010;52(1):61-9.
15. Campero L, Caballero M, Kendall T, Herrera C, Zarco Á. Soporte emocional y vivencias del VIH: Impactos en varones y mujeres mexicanos desde un enfoque de género. *Salud Ment*. octubre de 2010;33(5):409-17.
16. Drezin J, Torres MA, Daly K. Barreras que impiden el acceso a los condones: Estableciendo una agenda para la incidencia política. [Internet]. [citado 25 de junio de 2014]. Recuperado a partir de: <http://www.icaso.org/media/files/289-condomaccess2007spa.pdf>
17. Ortner SB, Whitehead H. *Sexual Meanings: The Cultural Construction of Gender and Sexuality*. CUP Archive; 1981. 456 p.
18. Kendall T, Pérez Vázquez H. Hablan las mujeres mexicanas VIH positivas Necesidades y apoyos en el ámbito medico, familiar y comunitario [Internet]. Colectivo SOL, A.C.; 2004. Recuperado a partir de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/mujeremex.pdf>
19. Szasz I. Sexualidad y género: algunas experiencias de investigación en México. *Debate Fem*. 1998;77-104.
20. Szasz I. Sexualidad y salud reproductiva/necesidades y derechos de la población. *Demos*. 2009;(008).
21. Kendall T, Pelcastre BE. HIV vulnerability and condom use among migrant women factory workers in Puebla, Mexico. *Health Care Women Int*. junio de 2010;31(6):515-32.
22. Herrera C, Campero L. La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. *Salud Pública México*. noviembre de 2002;44(6):554-64.
23. Hirsch JS, Higgins J, Bentley ME, Nathanson CA. The Social Constructions of Sexuality: Marital Infidelity and Sexually Transmitted Disease--HIV Risk in a Mexican Migrant Community. *Am J Public Health*. agosto de 2002;92(8):1227-37.
24. Sobo EJ. *Choosing unsafe sex: AIDS-risk denial among disadvantaged women*. University of Pennsylvania Press; 1995.

25. Pedrola B, Luis J, Piqueras C, Teresa M, Gorrotxategi Larrea M. Si me quiere, nada malo puede pasar. El genero en la prevención de la transmisión sexual del VIH/SIDA. *Psychosoc Interv.* 1998;7(2):207-16.
26. Carrillo H. *The Night is Young: Sexuality in Mexico in the Time of AIDS.* University of Chicago Press; 2002. 390 p.
27. Hirsch JS, Meneses S, Thompson B, Negroni M, Pelcastre B, del Rio C. The Inevitability of Infidelity: Sexual Reputation, Social Geographies, and Marital HIV Risk in Rural Mexico. *Am J Public Health.* junio de 2007;97(6):986-96.
28. Allen B, Torres P. Género, poder y VIH/SIDA en la vida de las mujeres mexicanas: prevención, atención y acciones prioritarias. *CÓRDOVA JA Al.* 2008;275-87.
29. Morales OW. Reseña de «A Courtship after Marriage: Sexuality and Love in Mexican Transnational Families» de Jennifer S. Hirsch [Internet]. *Migraciones Internacionales.* 2003 [citado 19 de junio de 2014]. Recuperado a partir de: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=15102210>
30. De Jesús-Reyes D, Menkes-Bancet C. Prácticas y significados del uso del condón en varones adolescentes de dos contextos de México. *Papeles Poblac.* marzo de 2014;20(79):73-97.
31. Villaseñor-Sierra A, Caballero-Hoyos R, Hidalgo-San Martín A, Santos-Preciado JI. Conocimiento objetivo y subjetivo sobre el VIH/SIDA como predictor del uso de condón en adolescentes. *Salud Pública México.* enero de 2003;45:s73-s80.
32. Nöstlinger C, Nideröst S, Gredig D, Platteau T, Gordillo V, Roulin C, et al. Condom Use with Steady Partners Among Heterosexual People Living with HIV in Europe: Testing the Information-Motivation-Behavioral Skills Model. *AIDS Patient Care STDs.* diciembre de 2010;24(12):771-80.
33. Sullivan KM. Disclosure of Serostatus to Sex Partners Among HIV-Positive Men and Women in Hawaii. *Issues Ment Health Nurs.* noviembre de 2009;30(11):687-701.
34. Kaida A, Laher F, Strathdee SA, Money D, Janssen PA, Hogg RS, et al. Contraceptive Use and Method Preference among Women in Soweto, South Africa: The Influence of Expanding Access to HIV Care and Treatment Services. *PLoS ONE.* noviembre de 2010;5(11):1-11.
35. Stevens PE, Galvao L. «He Won't Use Condoms»: HIV-Infected Women's Struggles in Primary Relationships With Serodiscordant Partners. *Am J Public Health.* junio de 2007;97(6):1015-22.
36. Dolezal C, Warne P, Santamaria EK, Elkington KS, Benavides JM, Mellins CA. Asking Only «Did You Use a Condom?» Underestimates the Prevalence of Unprotected Sex Among Perinatally HIV Infected and Perinatally Exposed But Uninfected Youth. *J Sex Res.* julio de 2014;51(5):599-604.

37. Golub S, Botsko M, Gamarel K, Parsons J, Brennan M, Karpiak S. Dimensions of Psychological Well-being Predict Consistent Condom Use among Older Adults Living with HIV. *Ageing Int.* septiembre de 2011;36(3):346-60.
38. Villar-Loubet O, Jones D, Waldrop-Valverde D, Bruscantini L, Weiss S. Sexual Barrier Acceptability Among Multiethnic HIV-Positive and At-Risk Women. *J Womens Health* 15409996. marzo de 2011;20(3):365-73.
39. Cristina Herrera, Campero L, Marta Caballero, Kendall T, Quiroz AE. Cuerpo y sexualidad en la experiencia de hombres y mujeres con VIH: una exploración de diferencias y coincidencias de género en México. *Estud Sociológicos.* 2009;XXVII(79):147-70.
40. DeMaría LM. Capítulo 4. Mejores Prácticas. Mujeres, adolescentes y niñas mexicanas: una mirada comprensiva en torno al VIH y el SIDA Epidemiología, prevención, atención y mejores prácticas en México [Internet]. CENSIDA, INMUJERES / INSP,; 2010. Recuperado a partir de: <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/MujeresVIH.pdf>
41. Charmaz K. Grounded theory in the 21st century: Applications for advancing social justice studies. En: Denzin NK, Lincoln YS, editores. *The Sage handbook of qualitative research.* 3rd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2005. p. 507-36.
42. Simon W, Gagnon JH. CHAPTER 3: Sexual Scripts. 1998. p. 29. Recuperado a partir de: <http://proxy.colmex.mx>
43. Maticka-Tyndale E, Gallant M, Brouillard-Coyle C, Holland D, Metcalfe K, Wildish J, et al. The sexual scripts of Kenyan young people and HIV prevention. *Cult Health Sex.* 1 de febrero de 2005;7(1):27-41.
44. Segovia JS, Delgado JB. Guiones sexuales de la seducción, el erotismo y los encuentros sexuales en el norte de Chile. *Rev Estud Fem.* 2008;16:539-56.
45. Kendall T. Falling short of universal access to reproductive health: unintended pregnancy and contraceptive use among Mexican women with HIV. *Cult Health Sex.* 2013;en prensa.
46. Amuchastegui A. El lenguaje del placer. 75. Recuperado a partir de: <http://www.debatefeminista.com/PDF/Articulos/75.pdf>
47. Masters NT, Casey E, Wells EA, Morrison DM. Sexual Scripts among Young Heterosexually Active Men and Women: Continuity and Change. *J Sex Res.* julio de 2013;50(5):409-20.
48. Soeters HM, Napravnik S, Zakharova OM, Eron JJ, Hurt CB. Opportunities for sexual transmission of antiretroviral drug resistance among HIV-infected patients in care. *AIDS Lond Engl.* 6 de agosto de 2013;
49. Cicconi P, Monforte A d'Arminio, Castagna A, Quirino T, Alessandrini A, Gargiulo M, et al. Inconsistent condom use among HIV-positive women in the «Treatment as Prevention Era»: data from the Italian DIDI study. *J Int AIDS Soc* [Internet]. 16 de octubre de 2013 [citado 26 de junio de 2014];16(1). Recuperado a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3798584/>

50. Lifshay J, Nakayiwa S, King R, Reznick OG, Katuntu D, Batamwita R, et al. Partners at risk: motivations, strategies, and challenges to HIV transmission risk reduction among HIV-infected men and women in Uganda. *AIDS Care*. junio de 2009;21(6):715-24.
51. Irungu E, Chersich MF, Sanon C, Chege R, Gaillard P, Temmerman M, et al. Changes in sexual behaviour among HIV-infected women in west and east Africa in the first 24 months after delivery: *AIDS*. mayo de 2012;26(8):997-1007.
52. Njabanou NM, Atashili J, Mbanya D, Mbu ER, Ikomey GM, Kefie CA, et al. Sexual behavior of HIV-positive women in Cameroon. *J Int Assoc Provid AIDS Care*. abril de 2013;12(2):98-102.
53. Herrera C, Campero L, Caballero M, Kendall T, Quiroz AE. Cuerpo y sexualidad en la experiencia de hombres y mujeres con VIH: una exploración de diferencias y coincidencias de género en México. *Estud Sociológicos*. 2009;147-70.
54. Silva AM da, Junior C, De KR. The invisibility of serodiscordance in care for people with HIV/AIDS. *Ciênc Amp Saúde Coletiva*. diciembre de 2011;16(12):4865-74.
55. Desgrées-du-Loû A, Orne-Gliemann J. Couple-centred testing and counselling for HIV serodiscordant heterosexual couples in sub-Saharan Africa. *Reprod Health Matters*. noviembre de 2008;16(32):151-61.
56. Leyva Flores R, Caballero M, Instituto Nacional de Salud Pública (Mexico). *Las que se quedan: contextos de vulnerabilidad a ITS y VIH/SIDA en mujeres compañeras de migrantes*. Cuernavaca, Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2009.
57. Amorim CM de, Szapiro AM. Analyzing the risk problem in couples with serodiscordance. *Ciênc Amp Saúde Coletiva*. diciembre de 2008;13(6):1859-68.
58. Ngure K, Mugo N, Celum C, Baeten J M, Morris M, Olungha O, et al. A qualitative study of barriers to consistent condom use among HIV-1 serodiscordant couples in Kenya. *AIDS Care*. abril de 2012;24(4):509-16.
59. Paiva V, Latorre M do R, Gravato N, Lacerda R. Sexuality of women living with HIV/AIDS in São Paulo. *Cad Saúde Pública*. diciembre de 2002;18(6):1609-19.
60. Krishnan AKS, Hendriksen E, Vallabhaneni S, Johnson SL, Raminani S, Kumarasamy N, et al. Sexual Behaviors of Individuals with Hiv Living in South India: A Qualitative Study. *AIDS Educ Prev*. agosto de 2007;19(4):334-45.
61. Sears D, Cabrera C, Ortiz F, Anderson B, Stein M. Sexual risk behavior among HIV-positive patients at an urban clinic in Santiago, Dominican Republic. *AIDS Care*. diciembre de 2011;23(12):1637-43.
62. Peltzer K. Sexual behaviour among HIV-infected new mothers in South Africa 3-12 months after delivery. *AIDS Care*. febrero de 2014;26(2):186-90.
63. Reis RK, Gir E. Living with the difference: the impact of serodiscordance on the affective and sexual life of HIV/AIDS patients. *Rev Esc Enferm USP*. septiembre de 2010;44(3):759-65.

64. King R, Lifshay J, Nakayiwa S, Katuntu D, Lindkvist P, Bunnell R. The virus stops with me: HIV-infected Ugandans' motivations in preventing HIV transmission. *Soc Sci Med* 1982. febrero de 2009;68(4):749-57.
65. Bhagwanjee A, Govender K, Reardon C, Johnstone L, George G, Gordon S. Gendered constructions of the impact of HIV and AIDS in the context of the HIV-positive seroconcordant heterosexual relationship. *J Int AIDS Soc.* enero de 2013;16(1):1-11.
66. Pulerwitz J, Amaro H, De Jong W, Gortmaker SL, Rudd R. Relationship power, condom use and HIV risk among women in the USA. *AIDS Care.* diciembre de 2002;14(6):789-800.
67. Pérez-Jiménez D, Serrano-García I, Escabi-Montalvo A. Men's role in HIV/AIDS prevention for women: exploring different views. *P R Health Sci J.* marzo de 2007;26(1):13-22.
68. Malta M, Todd CS, Stibich MA, Garcia T, Pacheco D, Bastos FI. Patient-provider communication and reproductive health among HIV-positive women in Rio de Janeiro, Brazil. *Patient Educ Couns.* 1 de diciembre de 2010;81(3):476-82.
69. Holstad MM, Essien JE, Ekong E, Higgins M, Teplinskiy I, Adewuyi MF. Motivational Groups Support Adherence to Antiretroviral Therapy and use of Risk Reduction Behaviors in HIV Positive Nigerian Women: A Pilot Study. *Afr J Reprod Health.* septiembre de 2012;16(3):14-27.