



# Teoría feminista: un marco teórico para la educación efectiva en la prevención del VIH en mujeres drogadictas<sup>1</sup>

*Sally J. Stevens, Ph.D. y Rosi Andrade, Ph.D.*

*Southwest Institute for Research on Women. University of Arizona*

Fecha de recepción: 10-05-06

Fecha de aceptación: 11-07-06

## **Resumen**

*Con el aumento en el número de mujeres infectadas con el VIH, los programas educativos de prevención enfocados en el género pueden ser útiles en asistir mujeres en conductas de riesgo, en reducir los comportamientos sexuales o el uso de drogas consideradas de alto riesgo. El estudio siguiente trata el tema tras la implementación de una intervención para reducir el riesgo de contraer el VIH con mujeres drogadictas. Dicha intervención se desarrolló empleando la teoría feminista que utiliza métodos feministas en su acercamiento. El Proyecto Community Outreach Project on AIDS in Southern Arizona (COPASA) for Women (Proyecto de Promoción Comunitaria sobre el SIDA para Mujeres en el Sur de Arizona) se realizó con 727 mujeres drogadictas que fueron elegidas al azar de cada uno de los dos niveles de intervención (básica y orientada a la mujer). Además, se realizaron entrevistas iniciales, y seguimientos de 6 meses a 12 meses para examinar riesgos en cuanto al uso de drogas o conductas sexuales así como cambios en conductas de riesgo a partir de la intervención. Los resultados del estudio indican que en general, los cambios en reducción de riesgos ocurrieron en mujeres de ambas tipologías; sin embargo, las conductas de riesgo sexual fueron más, para aquellas que participaron en la intervención orientada a la mujer (durante el seguimiento a los 12 meses). Estos resultados indican lo útil de desarrollar y llevar a cabo intervenciones para reducir los riesgos del VIH empleando teoría y métodos feministas y los relativamente intensificados y sostenidos resultados en proveer una intervención orientada a la mujer.*

*Palabras claves: teoría feminista, VIH, drogadicción, prevención, educación de la mujer.*

## **Abstract**

*With the increasing number of women becoming infected with HIV, gender-specific prevention education programs may be helpful in assisting at-risk women reduce their HIV drug and sex-risk behaviors. This study addressed this issue by implementing an HIV risk reduction intervention program for drug-involved women that was developed from feminist theory and which utilized feminist methods in the approach. The Community Outreach Project on AIDS in Southern Arizona (COPASA) for Women enrolled 727 drug-involved women, randomly assigned the women to one of two levels of intervention (basic and women-centered), and conducted a baseline and a six and 12-month follow-up assessment to examine baseline drug and sex risk behavior and changes in risk behaviors following the intervention. The study findings indicate that, on average, risk reduction changes occurred for women in both the basic and the women-centered interventions; however, sex risk behavior was more highly sustained at the more distal 12-month follow-up for those who participated in the women-centered intervention. These findings indicate the relative helpfulness of developing and delivering an HIV risk reduction*

*interventions using feminist theory and methods and the relatively heightened and sustained outcomes of providing a women- centered intervention.*

*Key words: Feminist Theory, HIV, Drug Use, Prevention, Education Women.*

## 1. Introducción

Con la epidemia del VIH/SIDA bien entrada en su tercera década, el número y la tasa de la infección en mujeres siguen aumentando. Las mujeres se encuentran en riesgo de contraer VIH/SIDA tras la inyección de drogas y tras conductas sexuales sin protección. En 2005, los Centros para el Control y Prevención de Enfermedad en EEUU (Centers for Disease Control and Prevention [CDC]) mostraron que en los EEUU había 44.461 mujeres adultas y adolescentes entre 15-44 años de edad viviendo con VIH, y otras 52.035 viviendo con SIDA. La verdad es que estas cifras no son reales dado que no reflejan los números actuales de mujeres viviendo en estados sin integración de los números de vigilancia del VIH/SIDA y tampoco incluyen el número de mujeres infectadas pero aún no diagnosticadas.

Mientras la mayor parte de los casos de VIH en el estado de Arizona (con una población de 5.130.632 en el año 2000), han sido entre hombres, la proporción de infecciones entre mujeres va aumentando lentamente. En un periodo de tres años desde 1985 a 1987, 6.6% de los casos emergentes eran entre mujeres, mientras entre el periodo de tres años desde 2002 a 2005, 14.5% de los casos emergentes eran entre mujeres (Arizona Department of Health Services, ADHS, 2006). Las vías de exposición para mujeres en Arizona incluyen 29% de usuarios de drogas inyectadas, 56% de contacto con heterosexuales en categorías de mayor riesgo; 10% sin indicar ningún riesgo; 3% de transmisión vertical o materno fetal; y 2% de productos sanguíneos o trasplante.

Las mujeres usuarias de drogas ilícitas y las mujeres que participan en relaciones heterosexuales de mayor riesgo, en particular, son vulnerables a la infección del VIH. La mujer drogadicta muchas veces participa en conductas de mayor riesgo incluyendo parejas múltiples, sexo sin protección, y compartiendo agujas o jeringuillas para inyectarse drogas (Bogart, Stevens, Hill, y Estrada, 2005; Porter y Bonilla, 2000; Kwiatkowski y Booth, 2000; Stevens, Andrade, y Ruiz, 2006). Además, el uso extenso de drogas puede contribuir al mal juicio, falta de destreza en poner el preservativo y/o limpieza de las jeringuillas, así como daño a la mucosa vaginal durante relaciones sexuales repetidas o toscas/violentas, aún aumentando el riesgo de contraer el VIH (Stevens, 2005).

En respuesta al aumento en el número de mujeres infectadas con VIH, se han implementado la educación de prevención y programas de intervención, muchos de los cuales emplean una orientación sin género específico. Algunas de estas intervenciones indican efectos positivos de corto tiempo en reducir las conductas sexuales o el uso de drogas considerados de alto riesgo en la transmisión del VIH a partir de participación en un programa de prevención (Stevens, Estrada, y Estrada, 1998; Rhodes y Malotte, 1996); sin embargo, otros estudios indican que estos efectos iniciales desaparecen en puntos de seguimiento más distantes (Cottler et al, 1998).

Durante la última década se ha dirigido más atención hacia intervenciones de género específico que toman en cuenta los temas contextuales dentro de las vidas de mujeres drogadictas. Estos temas contextuales incluyen temas médicos, sociales, económicos, y legales (Stevens y Bogart, 1999). Los temas médicos son numerosos y pueden incluir la relativa eficiencia de la transmisión del VIH de hombre a mujer (Haverkos y Quinn, 1995), y de la no diagnosticada presencia de enfermedades de transmisión sexual (ETS) vaginal (Siegal et al., 1992). Los temas sociales incluyen la diferencial en poder dentro de la relación de pareja (Su et al., 1995), actos de violencia (Dunkle et al., 2004), y una historia de abuso en la niñez (He, McCoy, Stevens y Stark, 1998). El empleo es un tema económico



contextual según indican las investigaciones; el ser desempleada se correlaciona con actividades de alto riesgo (McCoy y Inciardi, 1993). Otras investigaciones también muestran que aquéllos que intercambian sexo por dinero o drogas están aumentando el riesgo de contraer VIH (Elwood, Williams, Bell y Richard, 1997; Stevens, 2006). Finalmente, temas legales también contribuyen al contexto de las vidas de mujeres drogadictas como mujeres que tienen preocupaciones legales (estatus de inmigración, ordenes judiciales...) y pueden tener menos acceso a cuidados médico, buscar empleo, o alquilar su propia residencia (Bogart y Stevens, 2004). Los temas legales que más impactan en el grupo de mujeres drogadictas incluyen vivienda, ordenes judiciales, y asuntos civiles relacionados con los hijos (Bogart y Stevens, 2004). Resultados de estudios más recientes indican que las intervenciones de género específico que toman en cuenta el contexto de vida de las mujeres, pueden asistir más efectivamente a mujeres en el proceso de reducir ambas: las conductas sexuales y el uso de drogas consideradas de alto riesgo en la transmisión del VIH (Sterk, Elifson, y Theall, 2003; Stevens, Estrada y Villareal, 2003; Wechsberg et al., 2004).

Varias teorías y marcos que se acoplan de mejor manera con el contexto de las experiencias vividas por mujeres, han sido empleadas para guiar intervenciones que se dirigen a situaciones y conductas sociales difíciles (violencia de género, drogadicción, prácticas de riesgo...). Entre éstos, destacar el Modelo Relacional (Covington y Surrey, 1997; Gilligan, 1982); éste es un paradigma teórico para el desarrollo psicológico de la mujer, que considera que el desarrollo psicológico de este colectivo es distinto al del hombre. Este modelo enfatiza el poder aumentado de la relación sobre la vida de la mujer relativo a su homólogo masculino, y afirma que ambas (investigaciones e intervenciones educativas), deben tomarlo en cuenta al desarrollar y llevar a cabo servicios.

Los modelos de «empoderamiento» (Hagquist y Starrin, 1997), obligan al investigador y al profesional a pensar en términos de bienestar en vez de enfermedad; competencia en vez de déficit; puntos fuertes en vez de puntos débiles. En este modelo las investigaciones de intervención se esfuerzan en proveerles oportunidades a mujeres para establecer poder, auto eficacia, y control tras asistir a mujeres en adquirir las destrezas y recursos necesarios para tomar control de su salud.

Los modelos de Ecología Social (Green, Richard, y Potvin, 1996; Stokols, 1996), enfatizan la necesidad de considerar el contexto de vida de cada mujer con énfasis en influencias del medioambiente y la comunidad. Así, la intervención investigativa guiada por tal modelo funciona para cambiar ambas vulnerabilidades personales y sociales.

La Investigación Participativa y Acción (Andrade, Moll, Stevens, y Spear-Ellinwood, 2005) utiliza un enfoque de investigación colaborativo que equitativamente involucra a todos como iguales, reconociendo habilidades particulares de cada participante u organización. En este modelo, mujeres inscritas en intervenciones específicas son incluidas en desarrollar y llevar a cabo la intervención. El proceso de reflexionar, planear, implementar, observar, y desarrollar una acción se inicia y se continua a lo largo de la intervención e investigación del proyecto.

La teoría feminista afirma que la salud de la mujer es relativa a la opresión y al contexto de la condición de vida de la mujer (Stevens, 2006). Muchas veces se define como un deseo activo de mejorar la posición de la mujer para la sociedad (Delmar, 1986). Tendencias recientes en teoría feminista enfatizan la diversidad entre la mujer y su subjetividad, explorando las maneras en que el género se cruza con etapas de vida, sexualidad, etnicidad, y normas y prácticas culturales. La teoría feminista pos-modernista propone que la mujer está diferencialmente afectada por factores económicos, sociales, y políticos y el contexto en que viven. Los métodos de investigaciones feministas enfatizan un acercamiento igualitario/no-jerárquico que hace hincapié en la importancia de realizar investigaciones «con» mujeres en vez de «sobre» mujeres.

Mientras todas estas teorías, modelos, y marcos teóricos pueden ser útiles para desarrollar y llevar a cabo una intervención del VIH orientada a la mujer, suponemos que una intervención desarrollada desde una teoría feminista, y que incorpora métodos feministas, sería particularmente exitosa para asistir a mujeres drogadictas y reducir sus riesgos de VIH, prácticas sexuales y uso de drogas de alto riesgo. El propósito del estudio, entonces, fue desarrollar y llevar a cabo una intervención orientada a la mujer basada en teoría y métodos feministas y examinar los cambios en prácticas sexuales y uso de drogas de alto riesgo después de participación en la intervención.

## 2. Métodos: Proyecto de Promoción Comunitaria sobre el SIDA para Mujeres en el Sur de Arizona (COPASA)

El Proyecto de Promoción Comunitaria sobre el SIDA para Mujeres en el Sur de Arizona (COPASA) fue fundado por el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (National Institute on Drug Abuse [NIDA]), de 1997 a 2003. Los objetivos del Proyecto incluyeron los siguientes: 1. Evaluación del riesgo a VIH según el uso de drogas y prácticas sexuales; 2. Evaluación de factores legales, económicos, y sociales relacionados con prácticas de riesgo; 3. Proveer dos niveles de una intervención para reducir el riesgo de VIH; y 4. Evaluar los cambios en riesgo según el uso de drogas y prácticas sexuales a los 6 y 12 meses después de la entrevista inicial. El criterio para participación incluía ser mujer; tener 18 años o más de edad; no haber participado en tratamiento para el abuso de drogas en los últimos 30 días; y mostrar pruebas de ser usuaria de drogas inyectadas (UDI) (lesiones en la piel causadas por la inyección de drogas, resultados positivos en el análisis de la orina...) o uso de cocaína crack, o identificarse como una mujer pareja de un hombre UDI. Una evaluación preliminar se lleva a cabo para determinar la elegibilidad en el proyecto.

El equipo de investigación fue entrenado en hacer una serie de preguntas a participantes potenciales para evaluar el criterio de participación. En el caso de la mujer que se identifica como seleccionable, se le revisa el cuerpo en busca de lesiones en la piel causadas por inyección de droga y se le pide una muestra de su orín para un análisis inmediato. Si se comprueba su elegibilidad, inmediatamente se le hace la entrevista preliminar y la primera intervención como seguimiento a la entrevista; si no ponen una cita para cumplirlo dentro de dos días (no contando días del fin de semana o fiesta).

Los dos niveles de intervención para reducir el riesgo de VIH incluyen una intervención básica de dos sesiones y una intervención de seis sesiones orientada a la mujer. La intervención básica incluye consejos y la prueba de VIH, educación sobre la transmisión y prevención del VIH, aumento de conocimientos útiles en la limpieza de jeringuillas, y el uso de los preservativos masculino y femenino, y recomendación a otros servicios. Esta intervención básica se facilitó en las oficinas del Proyecto COPASA para Mujeres donde las participantes también tendrían acceso a preservativos (gratuitos), paquetes de productos de higiene, comida y artículos de ropa, café, agua y una variedad de bocadillos. La intervención básica se desarrolló desde una perspectiva feminista empleando métodos feministas. Aunque la intervención fue mínima en cuanto a su dosis, proporcionó más del nivel estándar de cuidado ofrecido en la comunidad en general.

La intervención de seis sesiones orientada a la mujer también se desarrolló desde una perspectiva teórica feminista. En parte, la teoría feminista se empleó para guiar la intervención dado la diversidad (etnicidad, uso de drogas, contexto de vida...) de las mujeres enfoque del proyecto. La teoría feminista enfatiza la importancia de la diversidad al examinar la intersección entre etnicidad, posición



económica, identidad sexual, etapa de vida, y otras características de importancia. Las intervenciones con base en la teoría feminista buscan realzar la conciencia de la mujer y mejorar el lugar de la mujer en la sociedad. Históricamente, las académicas feministas han examinado una amplia gama de temas incluyendo la política de la mujer y derechos legales, su posición económica y otros contextos y restricciones sociales (Mitchell y Oakley 1986; Stevens y Murphy 1999).

Basado en la teoría feminista, la intervención de COPASA orientada a la mujer incluyó una intervención básica de dos sesiones más cuatro sesiones individuales adicionales con enfoque en el contexto de vida de la mujer, asuntos legales, empoderamiento económico, y su red y apoyos sociales. Un plan personalizado de prevención del VIH basado en la reducción de riesgos se desarrolló para cada participante en la tercera sesión y se revisó en cada sesión posterior.

## Procedimiento

El equipo de prevención de COPASA para mujeres empleó un enfoque metodológico feminista igualitario, no-jerárquico en el cual la investigación se lleva a cabo «con» las participantes en vez de «sobre» las participantes. Las mujeres participaron en todos niveles de la intervención hasta el punto que fue posible y también tuvieron voz en la interpretación de los datos tras discusiones informales y grupos formales de discusión a lo largo del proyecto. Empleando datos para estimular la discusión, un facilitador de COPASA para mujeres y las participantes reflejaban sobre temas relevantes (el uso de drogas, el abuso físico y sexual) y como estos temas eran relevantes en sus vidas. Los grupos llamados focus groups eran grupos formales realizados por dos investigadores entrenados y se llevaron a cabo al final del proyecto. Se presentaron datos y se les pidió a las participantes que le dieran significado articulando las implicaciones para esfuerzos futuros en el trabajo de prevención del VIH orientado a la mujer. Las respuestas se grabaron y los temas sobresalientes se enumeraron.

Después del proceso de evaluar el criterio para la participación, las mujeres elegibles completan una entrevista inicial (de 90 minutos) sobre el riesgo de VIH inmediatamente seguida por la primera sesión de la intervención básica. A las dos semanas los participantes regresaban para recibir la segunda sesión de la intervención básica que concluía con la asignación al azar a la intervención básica o la intervención orientada a la mujer. Aquellas participantes asignadas a la intervención básica regresan a la evaluación de seguimiento a los 6 y 12 meses; y recibían preservativos (gratuitos), paquetes de productos de higiene, comida y artículos de ropa, café, agua, y variedad de bocadillos en las oficinas del proyecto; pero también podían iniciar una sesión inesperada o simplemente tomar un descanso, beber agua o tomarse un café dentro del edificio mientras que a la misma vez se apartaban por un periodo de lo que estuviese ocurriendo fuera (incluso el tiempo ambiental: calor extremo, lluvias monzones,...). Aquellas participantes asignadas a la intervención orientada a la mujer fijaron las fechas de las cuatro sesiones adicionales (aproximadamente de 2 a 3 semanas aparte una de la otra), así como las evaluaciones de seguimiento a los 6 y 12 meses. Estas participantes también tenían acceso a la gama de servicios auxiliares.

Los muestreos de Objetivo (Targeted) y Bola de Nieve (Snowball Sampling) se emplearon para reclutar a mujeres en el estudio. Un total de 727 mujeres completaron la entrevista preliminar; 80% de mujeres (n=580) completaron las evaluaciones de seguimiento a los 6 y 12 meses. Las participantes incluyeron un 10% que sólo eran usuarias de drogas inyectadas (UDI); 37% que eran usuarias de cocaína crack (UCC); 10% mujeres parejas de hombres UDI; 15% ambos UDI y UCC; 10% UDI y mujeres parejas de hombres UDI; 5% CCU y mujeres parejas de hombres UDI; y 12% que eran UDI, CCU, y mujeres parejas de hombres UDI.

## Hipótesis

Para este estudio examinamos cambios en el uso de drogas y prácticas sexuales de riesgo por VIH, en relación al seguimiento de la entrevista preliminar a los 6 y 12 meses. Se formuló una hipótesis: las mujeres asignadas a la intervención orientada a la mujer, tendrían mejores resultados en cuanto al riesgo de VIH, abuso de drogas y prácticas sexuales en ambos puntos de seguimiento, comparadas con las mujeres asignadas a la intervención básica.

## Muestra

Como hemos descrito en la tabla número 1, de las 727 mujeres inscritas en el proyecto COPASA para mujeres, el 66% era de origen minoritario con la mayor parte siendo hispanas de origen mexicano (32%). La edad media era 36.6 años, y el 39% se declaró casada. La mayor parte eran mujeres sin empleo (65%), declararon un sueldo de menos de \$500.00 dólares mensuales (68%), y tenían el equivalente a un título general en estudios de escuela superior (GED) o menos que una educación de escuela superior (66%).

Tabla 1: Información Demográfica (n=727)

Información Demográfica	N	% / media
Etnicidad		
Blanca	247	34%
Hispana	232	32%
Indígena Nativa	116	16%
Africana Americana	87	12%
Multi-Racial	45	6%
Edad Media	727	36.6 años
Casada	284	39%
Sin empleo	473	65%
Ingreso < \$500.00 por mes	494	68%
GED o menos educación	480	66%

## Resultados

Las tablas 2 a 5 describen los cambios de 6 meses y 12 meses en VIH, uso de drogas y prácticas sexuales para las participantes aleatorizadas en la intervención básica e intervención orientada a la mujer. Las variables de riesgo en cuanto las drogas incluyen (1) el número de veces que se han inyectado drogas, y (2) el número de veces que se ha fumado la cocaína crack durante los últimos 30 días. Las variables de riesgo en cuanto a prácticas sexuales por el mismo período de 30 días incluyen: (1) el número de veces que han tenido sexo vaginal; (2) el número de veces que han tenido sexo vaginal sin el uso de preservativos; (3) la proporción de sexo sin preservativo (calculado por el número de veces que han tenido sexo sin preservativo dividido por el número total de veces que han tenido sexo); (4) el número de encuentros sexuales (vaginal, anal, oral); y (5) el porcentaje de parejas sexuales de UDI. El tamaño de la muestra varía según cada variable; sólo aquellas reportando cada práctica específica fueron incluidas en el análisis.

Según se anota en las tablas 2 y 3, los resultados para mujeres asignadas a las intervenciones básica y orientada a la mujer indican reducciones en riesgos significativos a los 6 meses para todas las variables de riesgo de drogas y sexo, con



la excepción de la proporción de sexo ( $p > .05$ ) sin preservativo. Las tablas 4 y 5 muestran cómo se sostienen los efectos de las dos intervenciones. Los resultados a 12 meses indican que las mujeres recibiendo las intervenciones siguieron reduciendo considerablemente sus riesgos en cuanto a prácticas de uso de drogas. En términos de las variables de los riesgos de prácticas sexuales, sin embargo, reducciones considerables a 12 meses para el grupo de la intervención básica se obtuvieron en sólo dos prácticas de riesgo (número de encuentros sexuales y el porcentaje de parejas UDI de sexo vaginal). En contraste, aquellas asignadas a la intervención orientada a la mujer, eran mucho más ( $p < .05$ ) probable de sostener una reducción de las prácticas en cada una de las cinco prácticas de VIH y riesgo.

Tabla 2: Prácticas de riesgo desde entrevista preliminar a 6 meses:  
Grupo básico

Prácticas de riesgo (últimos 30 Días)	N	Entrevista preliminar	6 Meses	Significancia
<b>UDIs</b>				
Número de inyecciones	390	44.80	17.70	0.000
<b>Usuaris de Cocaína "crack"</b>				
Número de veces que fumo crack	334	22.00	4.90	0.000
<b>Actividad Sexual</b>				
Número de veces que tuvo sexo vaginal	255	12.50	9.40	0.013
Número de veces que tuvo sexo vaginal sin preservativo	255	10.40	7.20	0.002
Proporción de sexo sin preservativo	150	0.84	0.78	0.134
Número de encuentros sexuales (vaginal, anal, oral)	255	21.30	15.40	0.013
Porcentaje de parejas UDI con sexo vaginal	255	0.38	0.23	0.000

Tabla 3: Prácticas de riesgo desde entrevista preliminar a 6 meses:  
Grupo orientado a la mujer

Prácticas de riesgo (últimos 30 Días)	N	Entrevista preliminar	6 Meses	Significancia
<b>UDIs</b>				
Número de inyecciones	334	46.00	19.90	0.000
<b>Usuarios de Cocaína "Crack"</b>				
Número de veces que fumo crack	390	31.70	9.80	0.000
<b>Actividad Sexual</b>				
Número de veces que tuvo sexo vaginal	221	12.50	9.60	0.053
Número de veces que tuvo sexo vaginal sin preservativo	221	10.30	7.30	0.033
Proporción de sexo sin preservativo	110	0.78	0.72	0.148
Número de encuentros sexuales (vaginal, anal, oral)	221	20.70	13.90	0.003
Porcentaje de parejas UDI con sexo vaginal	221	0.41	0.26	0.006

Tabla 4: Prácticas de riesgo desde entrevista preliminar a 12 meses: Grupo básico

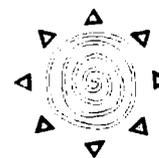
Prácticas de riesgo (últimos 30 Días)	N	Entrevista preliminar	12 Meses	Significancia
UDIs				
Número de inyecciones	390	44.80	14.80	0.000
Usuarios de Cocaína "Crack"				
Número de veces que fumo crack	334	22.00	5.30	0.000
Actividad Sexual				
Número de veces que tuvo sexo vaginal	196	12.60	11.10	0.268
Número de veces que tuvo sexo vaginal sin preservativo	196	10.40	8.20	0.087
Proporción de sexo sin preservativo	113	0.79	0.74	0.276
Número de encuentros sexuales (vaginal, anal, oral)	196	20.40	17.70	0.030
Porcentaje de parejas UDI con sexo vaginal	196	0.43	0.25	0.001

Tabla 5: Prácticas de riesgo desde entrevista preliminar a 12 meses: Grupo orientado a la mujer

Prácticas de riesgo (últimos 30 Días)	N	Entrevista preliminar	12 Meses	Significancia
UDIs				
Número de inyecciones	334	46.00	20.40	0.000
Usuarios de Cocaína "Crack"				
Número de veces que fumo crack	390	31.70	7.10	0.000
Actividad Sexual				
Número de veces que tuvo sexo vaginal	168	12.90	7.20	0.001
Número de veces que tuvo sexo vaginal sin preservativo	168	11.20	5.30	0.000
Proporción de sexo sin preservativo	76	0.87	0.67	0.000
Número de encuentros sexuales (vaginal, anal, oral)	168	21.90	11.80	0.001
Porcentaje de parejas UDI con sexo vaginal	168	0.41	0.13	0.000

## Discusión

Los resultados de este estudio sugieren que mientras ambas intervenciones básica y orientada a la mujer fueron efectivas en reducir riesgos de uso de drogas y prácticas sexuales, la intervención orientada a la mujer fue asociada con cambios sostenidos en riesgos de prácticas sexuales al más distante de los seguimientos (12 meses). Los cambios sostenidos en reducción de riesgos en VIH y prácticas sexuales no se encuentran fácilmente en la literatura. Aunque el motivo por este resultado positivo no está claro, las investigadoras especulan que el enfoque de la intervención en no tener una relación sexual con parejas (hombres) que muestran riesgos y que se niegan a emplear el preservativo quizás contribuyó a este resultado. Muchos programas de reducción de riesgos del VIH se enfocan en enseñar las técnicas en negociar el sexo con protección. En el proyecto COPASA para mujeres, el equipo le mostró a las participantes habilidades para negociar cuando fuera necesario. También se entrenaron en cómo dejar al hombre con



quien la negociación no era posible, en particular si al hombre no le interesaba emplear el preservativo, trataba a la mujer de una manera despectiva, era un UDI, o era promiscuo sexual. En otras palabras, a las participantes en COPASA para mujeres se les animaba a tener altas expectativas de los hombres con quienes estaban involucradas sexualmente.

Sí hubo varias limitaciones al estudio. Aunque se obtuvo evidencia física del uso de drogas (análisis de orín, lesiones de la piel indicando inyección de drogas), los datos obtenidos aquí fueron comunicados por las participantes mismas. En segunda parte, la muestra se seleccionó tras el muestreo de estrategias Targeted y Snowball; por lo tanto, la generalización de los resultados a otras poblaciones drogadictas es limitada. Las características de las mujeres, incluyendo disparidades relacionadas con la salud y riesgos de VIH, uso de drogas y prácticas sexuales, pueden variar por región geográfica, así como la asistencia social obtenida, los diferentes servicios sociales y el tratamiento disponible, y otras particularidades de la comunidad y de las mismas participantes. Finalmente, harían falta análisis más complejos que controlaran las diferencias entre la evaluación preliminar en prácticas de riesgo entre los dos grupos de intervenciones así como conducir una reexaminación de las variables confundidas para iluminar aún más los resultados del estudio.

En resumen, las conclusiones de este estudio indican que mujeres drogadictas informan tener altos niveles de riesgos de VIH, uso de drogas y prácticas sexuales en la evaluación preliminar, así como cambios en tales prácticas a puntos de seguimiento a los 6 meses y a los 12 meses. Basado en cambios comunicados en prácticas de riesgo, la eficacia de ambas intervenciones (básica y orientada a la mujer), basadas en teoría feminista, fue demostrada. Además, para mujeres asignadas a la intervención orientada a la mujer, el mantener el cambio en riesgos de VIH y prácticas sexuales fue un resultado novedoso que sugiere la efectividad de esta intervención y quizás lo útil de emplear teoría y métodos feministas en guiar la educación en prevención del VIH para mujeres drogadictas.

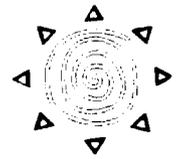
## Notas

<sup>1</sup> Esta investigación fue financiada por el National Institute on Drug Abuse; subvención DA 10651. La investigación, ideas, y opiniones incluidas en este artículo son de las autoras y no necesariamente los del financiador.

## Referencias

- ANDRADE, R.; MOLL, L.; STEVENS, S. AND SPEAR-ELLINWOOD, K. (2005): «Establishing ties: HIV prevention through facilitation: The case of Mujer Sana - Healthy Woman». In (Eds.): *Humanizing Pedagogy through HIV/AIDS Prevention: Transforming Teacher Knowledge*. Boulder, CO, Paradigm Publishers; 337-293.
- ARIZONA DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES. (2006): *Executive Summary: HIV/AIDS Annual Report - March 2006*. ADHS, Bureau of Epidemiology and Disease Control, Office of HIV/AIDS Services. <http://azdhs.gov/phs/hiv/2006annualreport> (accessed May 6, 2006).
- BOGART, J.G. AND STEVENS, S.J. (2004): «Legal systems issues among drug-involved women enrolled in a community based HIV prevention program», in Knight, K. and Farabee, D. (Eds.): *Treating Addicted Offenders: A Continuum of Effective Practices*. Kingston, N.J. Civic Research Institute.
- BOGART, J.G.; STEVENS, S.J.; HILL, R.J. AND ESTRADA, B. (2005): «Criminally involved drug using mothers: The need for system change». In *The Prison Journal*, 85, 1, 65-82.

- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. (2005a): *HIV/AIDS surveillance in women, through 2003, L264 slide series. Updated April 21, 2005* (in [www.cdc.gov/hiv/graphics/women.htm](http://www.cdc.gov/hiv/graphics/women.htm), accessed May 8, 2006).
- COTTLER, L.B.; LEUKEFELD, C.; HOFFMAN, J.; DESMOND, D.; WECHSBERG, W.M.; INCIARDI, J.A.; COMPTON, W.M.; BEN ABDALLA, A.; WILLIAMS, R.C. AND WOODSON, S. (1998): «Effectiveness of HIV-risk reduction initiatives among out-of-treatment non-injection drug users». In *Journal of Psychoactive Drugs*, 30: 279-290.
- COVINGTON, S.S. AND SURREY, J.L. (1997): «The relational model of women's psychological development: Implications for substance abuse». In Wilsnack, S. and Wilsnack, D. (Eds.): *Gender and Alcohol: Individual and Social Perspectives*. New Brunswick, N.J.: Rutgers Center of Alcohol Studies: 335-351.
- DELMAR, R. (1986): «What is feminism?», in Mitchell, J. and Oakley, A. (Eds.) *What is feminism?* Oxford, Basil Blackwell Ltd.
- DUNKLE, K.L.; JEWKES, R.K.; BROWN, H.C.; GRAY, G.E.; MCINTYRE, J.A AND HARLOW, S.D. (2004): «Gender-based violence, relationship power, and risk of HIV infection in women attending Antenata Clinics in South Africa». In *The Lancet*, 363: 1415-1421.
- ELWOOD, W.N.; WILLIAMS, M.L.; BELL, D.C. AND RICHARD, A.J. (1997): «Strawberry fields: Powerlessness and HIV prevention among people who trade sex for drugs». In *AIDS Care*, 9: 273-284.
- GILLIGAN, C. (1982): *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Cambridge, M.A., Harvard University Press.
- GREEN, L.W.; RICHARD, L. AND POTVIN, L. (1996): «Ecological foundations of health promotion». In *American Journal of Health Promotion*, 10(4): 270-281.
- HAGQUIST, C. AND STARRIN, B. (1997): «Perspectives. Health education in schools from information to empowerment models». In *Health Promotion International*, 12, 3: 225-232.
- HAVERKOS, H.W. AND QUINN, T.C. (1995): «The third wave: HIV infection among heterosexuals in the United States and Europe». In *International Journal of STD and AIDS*, 6: 1-6.
- HE, H.; MCCOY, H.V.; STEVENS, S.J. AND STARK, M.J. (1998): «Violence and HIV sexual risk behaviors among female sex partners of male drug users». In Stevens, S.J., Tortu, S., and Coyle, S.L. (Eds.): *Women, Drug Use and HIV Infection*. Binghamton, NY. The Haworth Medical Press: 161-175.
- KWIATKOWSKI, C.F. AND BOOTH, R.E. (2000): «Differences in HIV risk behaviors among women who exchange sex for drugs, money, or both drugs and money». *AIDS and Behavior* 4 (3): 233-240.
- MCCOY, H.V. AND INCIARDI, J.A. (1993): «Women and AIDS: Social determinants of sex-related activities». In *Women and Health*, 20: 69-86.
- MITCHELL, J. AND OAKLEY, A. (Eds.) (1986): *What is Feminism?* Oxford, Basil Blackwell, Ltd.
- PORTER, J. AND BONILLA, L. (2000): «Drug use, HIV, and the ecology of street prostitution». In Weitzer, R. (Ed.): *Sex for Sale: Prostitution, Pornography, and the Sex Industry*. New York, Routledge: 103-121.
- RHODES, F. AND MALOTTE, C.K. (1996): «HIV risk interventions for active drug users: Experience and prospects», in Oskamp, S. and Thompson, S. (Eds.): *Understanding and Preventing HIV Risk Behavior: Safer Sex and Drug Use*. Thousand Oaks, CA, Sage Publications: 207-226
- SIEGAL, H.A.; CARLSON, R.G.; FALCK, R.; FORNEY, M.A.; WANG, J. AND LI, L. (1992): «High-risk behaviors for transmission of syphilis and human immunodeficiency virus among crack cocaine-using women». In *Sexually Transmitted Diseases*, 19: 266-271.



- STERK, C.E.; THEALL, K.P. AND ELIFSON, K.W. (2003): «Effectiveness of a risk reduction intervention among African American women who use crack cocaine». In *AIDS Education and Prevention*, 15 (1): 15-32.
- STEVENS, S. (2006): «Subjective Objectivity: Reflections on Research Methods in Women's health». *Women's health: An Interdisciplinary Research Conference*. Bridging the Gap between Gender-Specific Medicine and Psychosocial Perspectives, Tucson, AZ., April 1, 2006.
- STEVENS, S. (2006): «Women and Substance Abuse: A Gendered Perspective». In *Fifth Annual Women's Mental Health Symposium, Tucson, AZ. January 7*.
- STEVENS, S.; ANDRADE, R. AND RUIZ, B. (2006): «Women and Substance Abuse: Gender, Age, and Cultural Considerations». In *Culturally-Based Substance Abuse Treatment for American Indians, Alaska Natives and Latinos*, Tucson AZ, April 17-19.
- STEVENS, S.J. AND BOGART, J.G. (1999): «Reducing HIV risk behaviors of drug involved women: Medical, social, economic, and legal constraints». In Elwood, W.N. (Ed.): *Power in the Blood: AIDS, Politics and Communication*. Mahwah, NJ. Lawrence Erlbaum Associates: 107-120.
- STEVENS, S.J.; ESTRADA, A.L. AND ESTRADA, B.D. (1998): «HIV sex and drug risk behavior and behavior change in a national sample of injection drug and crack cocaine using women», in Stevens, S.J.; Tortu, S. and Coyle, S.L. (Eds.): *Women, Drug Use and HIV Infection*. Binghamton, NY. The Haworth Medical Press: 25-48.
- STEVENS, S. AND MURPHY, B.S. (1999): «Feminist Strategies for Conducting Research With Drug-Involved Women». In *Women and Substance Abuse Conference*, San Diego, CA, March 12.
- STEVENS, S.J.; VILLAREAL, V.V. AND ESTRADA, B.D. (2003): «HIV risk behavior outcomes at 6 and 12 months among drug-involved women participating in a women's-centered HIV prevention program». In *Conference Proceedings for the XIV International AIDS Conference*.
- STOKOLS, D. (1996): «Translating social ecological theory into guidelines for community health promotion». In *American Journal of Health Promotion* 10(4): 282-298.
- SU, S.; PACH, A.; HOFFMAN, A.; PIERCE, T.G.; INGLES, J.S.; UNFRED, C. AND GRAY, F. (1996): *Drug injector risk networks and HIV transmission: A prospective study*. Unpublished report to the National Institute on Drug Abuse.
- WECHSBERG, W.M.; LAM, W.K.; ZULE, W.A. AND BOBASHEV, G. (2004): «Efficacy of a woman-focused intervention to reduce HIV risk and increase self-sufficiency among African American crack abusers». In *American Journal of Public Health*, 94 (7): 1165-1173.

*Sally J. Stevens, Ph.D.*

*es directora ejecutiva y profesora del Instituto del Sudoeste para la Investigación sobre la Mujer (Southwest Institute for Research on Women) de University of Arizona*  
*Correo electrónico: sstevens@dakotacom.net*

*Rosi Andrade, Ph.D.*

*es socia en investigaciones del Instituto del Sudoeste para la Investigación sobre la Mujer (Southwest Institute for Research on Women) de University of Arizona*  
*Correo electrónico: rosia@mail.sbs.arizona.edu*