

GÉNERO: PERCEPCIONES Y ACTITUDES FRENTE AL SIDA EN ESTUDIANTES
DE CIENCIAS SOCIALES DE LA UNT, 2010

Doris Eda Alva Díaz¹
Carolina Espinoza Camus ²
Josefina Ibáñez Pantoja³

I. RESUMEN

Investigación de tipo cuantitativa descriptiva y cualitativa, que estuvo orientada a conocer las percepciones y actitudes de estudiantes universitarios desde un enfoque de género, ejecutada con entrevista estructurada aplicada a una muestra de 265 jóvenes de estudiantes representativos del VI y VIII Ciclo de 05 Escuelas de la Facultad de Ciencias Sociales, UNT: Turismo, Antropología, Arqueología, Historia, Trabajo Social, con edades de 19 a los 25 años, y una identidad de género, mayormente femenina. Se indagó sobre las variables: percepciones, conocimientos, actitudes, estimando la percepción de riesgo de contraer VIH - SIDA, como parte de una buena práctica sexual saludable.

Los resultados obtenidos muestran la existencia de una baja percepción de riesgo entre los y las estudiantes, determinado por una mirada sesgada, que no predice riesgo de infección por creencias sobre la fidelidad y monogamia de la pareja y en la monogamia sin

¹Socióloga, Profesora de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Trujillo.

² Antropóloga Social, Profesora de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Trujillo

³ Trabajadora Social, Profesora de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Trujillo

preservativos. Encontramos, que si bien existe información, sus determinaciones responden a una actitud signada por su condición de género mayormente, lo que nos ha permitido captar conductas de riesgo, identificar potencialidades y dificultades humanas en la prevención del Sida, propuestas sobre medidas preventivas para disminuir el riesgo de infección, etc.

En general, se visibiliza que hay conocimientos básicos entre los y las estudiantes entrevistadas/os aunque no suficientes, Es significativo, también que muestren una actitud favorable y abierta hacia las personas infectadas. Los hallazgos señalan la importancia de que los Planes de bienestar social y el currículo incluyan el cuidado de la salud sexual.

Palabras claves: Percepciones, actitudes, sida, jóvenes, sexualidad, género

I. MARCO TEÓRICO

Desde la valoración de las dimensiones sociales, culturales, económicas de los derechos humanos, se aborda y fundamentan, los derechos sexuales y reproductivos de mujeres y hombres jóvenes, así como el reconocimiento de la grave desigualdad de género, que incluyen por un lado, el derecho a la salud y por otro lado, los derechos de las mujeres. La salud como proceso complejo, reconocido derecho universal, pilar del desarrollo social, integra dimensiones que se interrelacionan y rebasan los marcos institucionales y nacionales, demandando la globalización de recursos y oportunidades, no sólo de amenazas, riesgos y enfermedades.

La salud pública (SP), por un lado, más allá de la epidemiología y la estadística, se relaciona al mundo globalizado y sus desafíos, bajo los conceptos de salud internacional, cooperación para la salud, salud global, mercado para los productos básicos de salud, que trasciende las fronteras. Por otro lado, los estados al colocar como centro y rector del quehacer gubernamental, una Agenda mundial, llamada, los ODM (Objetivos del Milenio), han ubicado su rol prioritario ante el hambre, la pobreza, el Sida, la TBC y el Cuidado Ambiental. Milton Terris (1990) redefine el concepto de SP de Winslow (1920) como:

"La ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones; educar al individuo en los principios de la higiene personal, organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, así como desarrollar la maquinaria social que le asegura a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud".

Bennett (1990) se refiere a tres epidemias globales sucesivas: la primera epidemia del VIH o epidemia silenciosa - en gran medida está oculta y se disemina rápidamente en todo el mundo, la segunda epidemia del SIDA - representa las consecuencias visibles del VIH, la tercera epidemia - pasa de lo médico a lo social y se refiere a la negación, culpabilización, estigmatización, prejuicios y discriminación que están presentes en cada país que se enfrenta al VIH/SIDA. Esta reacción social, cultural, económica y política al SIDA sigue siendo un tema emergente para las CC.SS.

Los nuevos enfoques de la salud, con los paradigmas de equidad, calidad de los servicios, desarrollo humano y sostenibilidad, están orientados a reducir las inequidades marcando cambios en las políticas públicas, pasando de la atención de los grupos de riesgo al enfoque basado en la vulnerabilidad social, los condicionantes estructurales de la pandemia. Pasa de la centralidad de los factores individuales y micro sociales de los anteriores modelos de salud pública, centrados en sus aspectos biomédicos, a un enfoque de derechos, al reconocimiento de la condición de sujetos de derechos y redefiniendo la vulnerabilidad social. Implica políticas, planes, programas y servicios que aseguren la accesibilidad equitativa a los bienes públicos esenciales para atender la prevención de salud de poblaciones y personas, en este caso, afectadas por el vih/sida, el análisis de la situación de salud, la vigilancia y evaluación epidemiológica de planes, programas y tecnologías, la investigación epidemiológica de la enfermedad en poblaciones vulnerables, sus problemas de salud y la calidad de vida.

Cáceres, 2004 se refiere a la vulnerabilidad, como a la relativa desprotección en la que se pueden encontrar ciertos grupos de per-

sonas (migrantes, pobres, jóvenes, mujeres, minorías sexuales, personas con menor nivel educativo, y otros grupos que viven al margen del sistema), los grupos vulnerables enfrentan mayores daños a la salud en razón a las dificultades que han enfrentado o enfrentan para sobrevivir cotidianamente, no pueden ver la salud como un valor. La vulnerabilidad específica estaría dado por que ofrecer vender o negociar sexo, es un recurso de sobrevivencia para muchas personas vulnerables, suelen verse llevadas a dinámicas sociales en las cuales el ejercicio sexual actúa como medio de intercambio (pago de favores, prostitución, compra de drogas) o en los cuales tienen menor control sobre su actividad sexual (sexo en la clandestinidad, bajo el efecto de alcohol y drogas, coerción, abuso sexual, o sexo sin posibilidades de negociación o imposibilidad de acceder a parejas estables).

El estudio y la atención de la pandemia desafían la intervención interdisciplinar, en el diseño de políticas, en las respuestas y programas, ante el incremento de la población migrante y la situación de la seropositividad en la Región, que implican un abordaje intersectorial para la atención de la prevención en la juventud, que transita por caminos pobresas diversas y excludade la satisfacción sinérgica de las 09 necesidades humanas fundamentales (Max Neef, 1986), de un desarrollo para la libertad (Sen, 1999), del acceso a sus derechos humanos y DDSSRR, que comprenden:

- Ejercer control sobre su propio cuerpo.
- Tener relaciones sexuales cuando, con quien y como quieran tenerlas, no obligadas.
- Tomar decisiones sobre su propia sexualidad.
- Tener goce sexual.
- Protegerse contra los riesgos de las consecuencias de la actividad sexual, tales como: el embarazo, las infecciones de transmisión sexual y el VIH.
- Acceso a servicios no prejuiciosos, sensibles que ayuden a manejar asuntos de la salud sexual. (Hlatshwayo y Klugman, 2001)

Las poblaciones en busca de mejoras de ingreso, en el país, ha seguido las dos estrategias típicas vinculadas con situaciones de riesgo y de extrema vulnerabilidad al VIH: las migraciones en busca de mejores condiciones de vida y el trabajo sexual de supervivencia,

(Collins y Rau, 2000), por lo que el conocimiento de las percepciones y actitudes de los jóvenes acerca del sida permite identificar las estrategias de negociación de las condiciones del intercambio sexual, en un contexto caracterizado por la coerción, estereotipos, prejuicios y violencia hacia la mujer. Las razones fundamentales: el cuidado de la salud personal y colectiva de las/os estudiantes, y la promoción de una sexualidad saludable que prevenga comportamientos sexuales de riesgo.

Los desafíos claves para enfrentar la pandemia, han dejado de centrar el riesgo en la dimensión individual, para dar énfasis en la formación y conversión de los profesionales de la salud y educación en el tema, como elementos y actores clave para mejorar la respuesta interdisciplinaria, en la gestión de políticas sociales adecuadas para atender esta problemática de la salud. Dado el rol que desempeña socialmente, cada estudiante universitario y profesional que egresa, como referente para la comunidad, es importante que tenga la oportunidad de razonar sobre sus prácticas sexuales, y su rol en la adopción de actitudes y comportamientos saludables en el mejoramiento de la calidad de vida de la población. Los avances en el decrecimiento de la morbi mortalidad en los países desarrollados son dispares con el incremento significativo en las regiones atrasadas, cuya vulnerabilidad se asocia a la existencia de brechas y diferenciaciones en relación a las desigualdades sociales, al género, a la edad, étnico y cultural, que ponen atención a las dimensiones políticas y culturales de la atención del VIH/sida. La estigmatización y discriminación existente enfoca la importancia del conocimiento y la discusión entre actores clave para mejorar la respuesta al VIH /Sida en América Latina, (Landman 2000), y la fuerte relación existente entre el avance de la epidemia, los problemas de desarrollo y los derechos humanos (Bronfman y Herrera, 2000).

Los resultados de las investigaciones en la Región por el Programa de Antropología y Salud en especial los estudios antropológicos de género de los procesos de cuidado y autocuidado en población en general de 15 a 35 años, de las personas que viven con VIH y de las problemáticas en la vida cotidiana de diversos conjuntos sociales, así lo refrendan. Green (1995) en estudio de los comportamientos focalizados en mujeres VIH positivas con antecedente o no de uso de drogas inyectables muestra que el uso de preservativos es menor en

el caso de compañeros sexuales con VIH o con compañeros ocasionales, encontrando que resultaba más difícil para ellas negociar el uso cuando la pareja era VIH positivo, siendo más frecuente su uso en parejas regulares o en un cuadro de existencia de tensiones por la posibilidad de embarazo.

Por su parte, el Centro colaborador de ONUSIDA, ISP de México, convertido en Centro de referencia a nivel regional, por cuanto sus investigaciones favorecen la multiplicación de procesos informados participativos de decisión, que aporta conocimientos relevantes para los actores (personas con VIH /sida) como para los actores desde los equipos interdisciplinarios e interinstitucionales desde un enfoque democratizador. Sus investigaciones están orientadas a la intervención y toma de decisiones de las personas que viven con el problema, de cómo hacer que los actores se apropien de la información, circulan y reutilizan para mejorar la comunicación y capacidades entre las personas que están trabajando por la salud una respuesta social y política frente al VIH Sida.

Las epidemias del VIH/SIDA son extensas y profundas, en aquellas regiones donde la pobreza y la desigualdad económica imperan, donde el limitado acceso a los servicios públicos es persistentemente débil y la desigual. En ellos se estima que, las mujeres conforman casi el 50 por ciento de quienes viven con VIH y SIDA, y están desproporcionadamente atendidas.

La investigación, se basa en los acuerdos de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), la Carta de Derechos de Barcelona (julio 2002), que incluye, los derechos a la igualdad, la independencia económica y a la educación, que plantean a la academia:

- Utilizar un marco de género centrado en los derechos humanos.
- Verificar como se asegura que las políticas y los programas sobre el VIH/SIDA sean congruentes con las complejidad y diversidad de las vidas de mujeres, hombres, niñas y niños.
- Cambiar o transformar la desigualdad de poder entre hombres y mujeres, a fin de crear un contexto en el que ellas tengan igual poder y tanto las mujeres como los hombres sean menos vulnerables.

- Desarrollar una respuesta coordinada e institucionalizada al VIH/SIDA, que sea de múltiples niveles, multifacética y multi-sectorial.

Lo que implica para el país, la Región de La Libertad y la Universidad, el desafío de remontar el indicador negativo, *“la incapacidad de crear sociedades más equitativas y próspera”* donde la presencia de las brechas ciudadanas de género, colocan a la mujer en mayor riesgo, mucho más aún cuando se teniendo estigmas respecto a las poblaciones en riesgo, como: los hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras/es sexuales y usuarios/as de drogas, que oculta la creciente tasa de infección entre heterosexuales, personas generalmente consideradas ‘seguras’, mujeres casadas y de la tercera edad, con un factor de riesgo dominante, las relaciones heterosexuales.

OBJETIVO GENERAL:

Identificar e interpretar las percepciones y actitudes frente al SIDA desde un enfoque de género, en los estudiantes de la Facultad de Ciencias Sociales de la UNT.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- a) Conocer el nivel de percepción sobre el SIDA que presentan las y los estudiantes de la facultad de Ciencias Sociales.
- b) Explicar las actitudes que manifiestan los y las estudiantes frente al cuidado de su salud sexual y prevención del Sida.

RESULTADOS

CUADRO N° 1
ESTUDIANTES DE LOS CICLOS VI Y VIII DE LAS EAP DE LA FACULTAD DE
CC.SS. SEGÚN EDAD

EDAD	HIST.		ANTROP.		ARQ.		TRAB. SOC.		TUR.	
	F	%	F	%	f	%	f	%	f	%
19 - 20	22	55	14	24	12	26	17	34	18	25
21 - 22	10	25	28	48	21	45	26	52	38	53
23 - 24	4	10	12	20	10	21	5	10	11	15
25 y más	4	10	4	8	3	8	2	4	4	7
Total	40	100	58	100	46	100	50	100	71	100

FUENTE: Encuesta sobre SIDA aplicada a estudiantes de las Escuelas Académicos Profesionales, Fac. CC.SS. UNT - Trujillo 2010.

CUADRO N° 2
ESTUDIANTES DE LOS CICLOS VI Y VIII DE LAS EAP DE LA FACULTAD DE
CC.SS. SEGÚN SEXO:

SEXO	HIST.		ANTROP.		ARQ.		TRAB. SOC.		TUR.	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
• Masculino	21	53	25	43	14	30	2	4	20	28
• Femenino	19	47	33	57	32	70	48	96	51	72
Total	40	100	58	100	46	100	50	100	71	100

FUENTE: Encuesta sobre SIDA aplicada a estudiantes de las Escuelas Académicos Profesionales, Fac. CC.SS. UNT - Trujillo 2010.

CUADRO N° 3
ESTUDIANTES DE LOS CICLOS VI Y VIII DE LAS EAP LA FACULTAD DE CC.SS
SEGÚN ORIENTACIÓN SEXUAL

ORIENTA- CIÓN SE- XUAL	HIST.		ANTROP.		ARQ.		TRAB. SOC.		TUR.	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Homosexual	0	0	1	2	1	2	0	0	2	3
Heterosexual	34	85	51	88	32	70	50	100	53	75
Bisexual	0	0	1	2	1	2	0	0	1	1
No contesta- ron	6	15	5	8	12	26	0	0	15	21
Total	40	100	58	100	46	100	50	100	71	100

FUENTE: Encuesta sobre SIDA aplicada a estudiantes de las Escuelas Académicos Profesionales, Fac. CC.SS. UNT - Trujillo 2010.

CUADRO N° 4
CONOCIMIENTO DE LOS ESTUDIANTES SOBRE EL CONCEPTO DE SIDA

OPINIONES	HIST.		AN-TROP.		ARQ.		TRAB. SOC.		TUR.	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Un tipo de medicina	2	5	0	0	0	0	0	0	0	0
Un virus	34	85	51	88	43	93	48	96	56	78
Una bacteria	2	5	4	7	3	7	2	4	6	9
Ninguna de las anteriores	2	5	3	5	0	0	0	0	9	13
No contestaron	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	40	100	58	100	46	100	50	100	71	100

FUENTE: Encuesta sobre SIDA aplicada a estudiantes de las Escuelas Académicos Profesionales, Fac. CC.SS. UNT - Trujillo 2010.

CUADRO N° 5:
CONOCIMIENTO DE LOS ESTUDIANTES SOBRE CAUSAS QUE ORIGINAN EL SIDA

OPINIONES	HIST.		AN-TROP.		ARQ.		TRAB. SOC.		TUR.	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Retretes antihigiénicos	0	0	2	3	0	0	0	0	4	6
Contaminación del medio ambiente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Un virus	37	93	52	90	42	91	47	94	55	77
Una bacteria	3	7	4	7	4	9	3	6	8	11
No contestaron	0	0	0	0	0	0	0	0	4	6
Total	40	100	58	100	46	100	50	100	71	100

FUENTE: Encuesta sobre SIDA aplicada a estudiantes de las Escuelas Académicos Profesionales, Fac. CC.SS. UNT - Trujillo 2010.

CUADRO N° 7
CONOCIMIENTO DE LOS ESTUDIANTES DE LAS FORMAS DE INFECCIÓN DEL
VIH

OPINIONES	HIST.		AN-TROP.		ARQ.		TRAB. SOC.		TUR.	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Mantiene relaciones sexuales con una persona infectada sin usar preservativo correctamente	40	100	56	97	44	96	49	98	71	100
Mantiene relaciones sexuales con una persona usando preservativo correctamente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
No se ha vacunado contra el virus	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
No se lava las manos después de ir al retrete	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
No contestaron	0	0	2	3	2	4	1	2	0	0
Total	40	100	58	100	46	100	50	100	71	100

FUENTE: Encuesta sobre SIDA aplicada a estudiantes de las Escuelas Académicos Profesionales, Fac. CC.SS. UNT - Trujillo 2010.

CUADRO N° 17
APRECIACIÓN DE LOS ESTUDIANTES SOBRE SU NIVEL DE CONOCIMIENTO
DEL SIDA

OPINIONES	HIST.		ANTROP.		ARQ.		TRAB. SOC.		TUR.	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Muy buenos	0	0	1	1.7	5	10.9	8	16	8	11.3
Buenos	23	57.5	34	58.6	33	71.7	36	72	35	49.3
Escasos	17	42.5	23	39.7	8	17.4	6	12	20	28.2
Nulos	0	0	0	0	0	0	0	0	8	11.2
No contestaron	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	40	100	58	100	46	100	50	100	71	100

FUENTE: Encuesta sobre SIDA aplicada a estudiantes de las Escuelas Académicos Profesionales, Fac. CC.SS. UNT - Trujillo 2010.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El perfil etario de los y las estudiantes del estudio es heterogéneo, a pesar de corresponder a los mismos ciclos en todas las Escuelas, las edades se encuentran entre los rangos 19 a más de 25 años, al término de la adolescencia, e inicio de la juventud temprana y media, siendo el mayor porcentaje el rango de 19-20 años.

El mayor volumen de estudiantes (46.41%) se encuentra en los inicios de la etapa de juventud temprana, los 20 años, donde inicia la madurez y el equilibrio propios de la adultez. Entre las edades de 23 y- 24 años(15.84%) y de 25 a más (6.41%) los que sumados al primer grupo, se constituyen en el 68.66% de estudiantes, comprendidos en la etapa de la juventud, sea inicial, media o tardía, Pa-palia y Erickson. Etapa caracterizada porque al mismo tiempo que es el de mayor capacidad física, corresponde a la inserción activa en el mundo laboral y social, y generalmente, es el periodo de formación y consolidación de la relación de pareja, cuyo logro central es la capacidad de "intimidad" con el otro, el éxito del adulto joven es experimentar la intimidad con su pareja, lo cual hace posible que se desarrolle por medio de una relación auténtica y genuina, lo que implica ver a la juventud no sólo como grupo de riesgo sino por su potencial para el compromiso comunitario, ya que en el campo del conocimiento: es más reflexivo y más analítico, con iniciativas propias, es un tiempo donde sus ideales se clarifican, nace el deseo de comprometerse. Es la mejor época para el aprendizaje intelectual, capaz de dirigirse más objetivamente a la realidad, jerarquiza valores, prioriza lo urgente, asume conciencia propia de sus actos, lo que le otorga etapa, presenta el riesgo más serio, el "aislamiento" y soledad, que también puede desembocar en la dependencia, entonces será arrastrado por lo que los otros le determinen, con escasa autonomía, especialmente peligroso en el caso de las mujeres, que por la condición de género se encuentran subordinadas aún a poder masculino en la toma de decisiones relacionadas cuerpo. Granados, 2000, denomina cercos sociales, a esta condición de subordinación y dependencia de la mujer, que vienen a ser los patrones que controlan de manera eficaz la autonomía de la mujer, los mismos que son expresados a través de mensajes verbales, gestuales, comportamientos, actitudes, estereotipos que finalmente inciden en la disminución de la Autoes-

tima y valoración de las mujeres por sí mismas, es la importancia de la valoración de los otros en la construcción de relaciones inter géneros. La escasa autonomía de las estudiantes supone que otros se han apropiado de su palabra, de sus saberes, sus acciones y emociones, al entregar su poder a otros pierde el control sobre su propia vida, y la condición de sujeto, Ibáñez, 2005. Lo que tiene consecuencias en el aspecto académico, en la formación personal, limitando su acceso al conocimiento, en la toma de decisiones sobre su cuerpo, y su capacidad de actuación en su medio para prevenir el vih- sida.

También existe un 55% de estudiantes de la Escuela de Historia que se encuentran viviendo en el término de la etapa adolescente, este volumen no es representativo para la totalidad de las escuelas, por cuanto de la sumatoria se obtiene que sólo representan al 31.32% del total de estudiantes, que estarían atravesando el tramo final de la etapa adolescente, terminando los cambios biológicos de la pubertad, Erickson caracteriza al adolescente, como la persona que se separa en forma progresiva de la familia, que se plantea el tema de la propia identidad; definida como el sentido de continuidad y estabilidad de la persona a lo largo del tiempo; el sentido de la propia identidad se traduce en decisiones al final de la adolescencia con respecto a elecciones vocacionales y de pareja. Esto corresponde a un tiempo de desarrollo de la madurez, *un adolescente maduro desarrolla su conciencia de lo que es bueno y malo para su persona y su lógica lo guía a desviarse de la delincuencia y adopta un comportamiento social adecuado, busca guiarse de las personas que los inspira y gradualmente desarrolla sus ideales para ser un adulto exitoso. Si esta consolidación no se logra, se produce la "confusión de identidad"*

Identidad académica y género. La distribución según sexo por Escuelas nos remarca sobre la feminización de las Ciencias Sociales en la UNT, siendo la Escuela de Trabajo Social quien tiene la más alta concentración (96%), le siguen las Escuelas de Turismo (72%), Arqueología (70%) y Antropología (57%), presentando a la Escuela de Historia, como la de mayor concentración masculina(53%). Del total de estudiantes entrevistados (265), un total de 183 estudiantes que hacen el 69.05% corresponden al sexo femenino y 101 que hacen el 38.11% de estudiantes varones.

Información que nos estaría brindando la identidad de géne-

ro en las trayectorias académico profesionales de quienes eligen las carreras de CC.SS. por los perfiles e imagen profesional, que aun sesga las elecciones profesionales por el género, como también, por el ingreso con el mayor puntaje obtenido de un mayor número de postulantes a carreras que han sido ampliamente feminizadas, como el Trabajo Social y el Turismo, o al mayor volumen de postulantes y/o matriculadas del género femenino, relacionado con el mayor acceso de las mujeres a la educación superior. Las tasas educativas indican que las mujeres son las que más ingresan al sistema educativo, como nos lo muestran datos de la ANR, 2004, del total de 7matriculados eran Hombres (58%) y mujeres (42%), mientras que al 2007 se ha incrementado su acceso a la educación superior, el 49% son varones, mientras que el 51% son mujeres, y probablemente las que menos desertan.

Identidad que también nos señala probabilidades de mayor vulnerabilidad respecto a la influencia del género en la construcción de comportamientos saludables en sus prácticas sexuales, las cuales se basan en la capacidad de la autonomía para cuidar su salud, muy ligada a las capacidades desarrolladas en las mujeres, pero que se someten al dominio del varón.

Según estudio realizado por Alva y Vargas *“se encuentra que los varones tienen un mayor conocimiento y la necesidad de usar condón como protección contra el Vih/Sida, o una enfermedad de transmisión sexual”* que evidencian la influencia de los mandatos de género sobre la salud sexual y reproductiva. Situación confirmada para el caso de estudiantes de CC.SS, tal como lo confirmó el estudio sobre estereotipos sexuales, de Alva Díaz, 2009 *“en la práctica, subsiste la estigmatización, la burla y el silenciamiento, los varones se consideran y, así los perciben las chicas, como seres con una sexualidad aceptada y superior (...) Así mismo, estudiantes hombres y mujeres, opinan que lo mujer es la más preocupada en que su pareja tenga mayor goce sexual (58,3%), el varón en un 41,5% presume que es porque piensa más en su satisfacción personal, existiendo también opiniones respecto que el varón es el que tiene más derecho al goce en razón a que tiene más deseo y menos prejuicios”*

Resultados que nos evidencian la fuerte influencia de género en la forma de realizar las prácticas sexuales, donde predomina la opinión del varón, con decisiones respecto al cuidado de la salud sexual de la pareja. Sin embargo, si relacionamos los resultados ante-

riores con la orientación sexual, obtenemos que si bien en la distribución según Escuelas, hay una predominancia de la heterosexualidad en la mayoría de estudiantes en un 82.36% y en la totalidad de las Escuelas. La presencia de orientaciones sexuales diferentes, homosexuales (1.5%), y bisexuales (1.13%) junto a la existencia del 14.33% que no ha dado respuesta a su identidad sexual, nos estaría presentando la existencia de identidades y minorías sexuales invisibilizadas, lo que pueden corresponder por un lado, a los que temen expresar su identidad sexual, y por otro lado, encuentran dificultades en una definición precisa dada la variedad de sus prácticas sexuales (homo, bisexual, lésbica), expresando la inseguridad propia del fin de la adolescencia, o la inmadurez de la etapa de la juventud, (Erickson). Es en la etapa de la adolescencia y de la juventud cuando los varones tienen que demostrar que ya no son niños ni “mujercitas” y donde la masculinidad hegemónica adquirirá su expresión más desenfadada y a veces brutal de lo que es ser “hombre” Olavarria, 2005: 51 La presencia de diversidad sexual, o los que no se declaran heterosexuales son el 15.84% del total, los que se expresan en cada Escuela, con valores significativos: en Turismo(21%), Arqueología(26%), Historia (15%), Antropología(8%). En las Escuelas de Historia y Trabajo Social no declaran la existencia de orientaciones homosexuales ni bisexuales, que contrastan con la presencia de caricias y besos propios de comportamientos lésbicos observados en la Escuela de Trabajo Social, lo que bien puede corresponder a una clara definición heterosexual o a la expresión de una excesiva represión de su identidad sexual. Si alguna persona no respondió con honestidad, evidencia una escasa aceptación, producto de sus mandatos culturales inculcados a través del proceso de socialización, sufrirá de soledad y aislamiento social, e ingresará a formar parte de identidades de género marginales y de bajo reconocimiento social, o en su defecto a mantenerse invisibilizada.

Las investigaciones que han abordado la feminidad y masculinidad, han brindado explicaciones para entender el comportamiento de mujeres y varones a partir de los procesos de construcción de sus identidades durante la socialización primaria y secundaria, cuyas conclusiones nos orientan a entenderlas dentro del contexto socioeconómico, cultural e histórico en que se han realizado estos procesos de construcción y reproducción cultural, concluyéndose que las iden-

tidades son relacionales, se construyen en relación a la identidad del género dominante, identificando a la masculinidad como el género que normaliza, e incorporado en la subjetividad de ambos géneros, mandatos, regula sus relaciones.

El modelo "hegemónico", impone roles, espacios y atributos, señalando lo que se espera de ellas reguladas a través de cercos sociales y techos de cristal, y el de ellos, en roles, atributos y espacios diametralmente opuestos, siendo el referente con el que se comparan los hombres. Según el modelo de masculinidad dominante, los hombres tienen como parte de su identidad, ser personas importantes, activas, autónomas, fuertes, potentes, racionales, emocionalmente controladas, heterosexuales, proveedores, en oposición a las mujeres, que son pasivas/os, dependientes, débiles, emocionales. En palabras de Norma Fuller (1997), *la mujer y lo femenino representan el límite, la frontera de la masculinidad, lo abyecto. El hombre que pasa el límite se expone a ser estereotipado como no perteneciente al mundo de los varones, siendo marginado y tratado como inferior, como mujer*, los varones enfrentan la tarea de "*hacerse hombres*", Olavarría, 2003.

Por un lado, si en nuestra sociedad existen actitudes, valores y normas dominantes, respecto a la masculinidad y feminidad, estas son gravitantes en el proceso de definición y búsqueda de la identidad sexual y de género, que no sólo se expresan a través de los roles, atributos, espacios determinado y los mandatos culturales sino que se transmiten de manera implícita a través del *lenguaje y algunos simbolismos*, que la violencia y como fuente de liberación y praxis social sustentan en la premisa de que la lógica de género es una lógica de poder y de "dominación" (Lamas, 1995), se han construido desde el modelo de la masculinidad hegemónica, que reprime y castiga las conductas y actitudes asociadas a la feminidad para el varón o a la masculinidad para la mujer. Esto llevará a establecer relaciones de subordinación, no sólo de la mujer con respecto al hombre, sino también entre los propios varones, permitiendo la existencia de masculinidades hegemónicas y subordinadas, *hay varones que tratarían de diferenciarse de este referente, ello no sucede fácilmente dado que, así como representa una carga, también les permite hacer uso de poder y gozar de mejores posiciones en relación a las mujeres y a otros hombres inferiores en la jerarquía de posiciones y, a los hombres homosexuales y a aquellos varones "feminizados", que serían parte del segmento no importante de la socie-*

dad, en el caso de las mujeres, pertenecientes al ámbito de la casa y mantenidas por sus varones, Olavarría, 2003 si bien muestran los atributos que los distinguen de las mujeres, enfrentados a su intimidad y a la vida, esos "mandatos" están frecuentemente lejos de sus vivencias. Estos Modelos, han generado tensiones y conflictos en las relaciones de género, en las propias subjetividades e interioridades de aquellos que no se amoldaban y que se rebelaron en contra de las exigencias impuestas, siendo cuestionados por las mujeres desde los 50' por sufragismo y feminismo, los aportes científicos de la Antropología a las diversas disciplinas con el concepto de género, y hoy brindan nuevas luces con sus estudios de masculinidades y diversidad sexual.

En la Facultad de CC.SS. se estaría dando el fenómeno que reproduce lo societario, explicado por Guajardo los aportes que desde las Ciencias sociales y humanas se viene haciendo para *el conocimiento de la diversidad sexual de la humanidad*; que evidencian la tolerancia y aceptación de la homosexualidad en numerosas culturas; a contramano se expresa permisividad en la intolerancia en las celebraciones del cahimbo, con la presentación del famoso CACHIMBOMBO, una competencia de ridiculización del diverso sexualmente, con lo que se asume la adopción de lo que las sociedades occidentales han universalizado y normatizado la "normalidad", generando hostilidad hacia el diferente. La protesta organizada que se viene efectuando por grupos defensores de la diversidad durante la realización de dichos acontecimientos, del que participan cientos de nuevos estudiantes universitarios, a los que son incorporados por la experiencia de los estudiantes mayores y sus profesores. A esta convocatoria masiva se dirigieron las protestas organizadas del GPUC, momentos antes de que empezara la competencia del "Mr. Cachimbombo", quienes se presentaron como:

(...) un grupo universitario activista en busca de la concientización y respeto por la diversidad sexual, a la vez, una red de personas capaces de apoyarse mutuamente ante esta sociedad que muchas veces nos reprime. No pertenecemos ni defendemos ningún partido político, cada miembro es libre de sus creencias religiosas, políticas, filosóficas y de otra índole, así también, cada integrante es libre de su orientación sexual e identidad de género pero todos buscamos un mismo objetivo: promover el respeto por la diversidad sexual.

Con esto ahondaron en los valores que caracterizan a la

PUCP: tolerancia, autocrítica, etc. Estaría pendiente conocer las implicancias del ejercicio en la UNT del impacto de dicha discriminación y las manifestaciones de homofobia, desde el propio lenguaje o desde los actos simbólicos, como es la ridiculización de los gays en esta celebración del “cachimbombo”, que pervive desde muchas generaciones atrás, lo que evidencia que estamos a la zaga de los avances de las CCSS y de los logros del movimiento LGTB que con sus organizaciones emergentes, quienes han logrado colocarse en la agenda pública, discutir sobre el respeto a la diversas *formas de vivir la sexualidad y afectividad homosexuales y lésbicas*, logrando cambios amparados en el respeto a los derechos humanos, *a nivel regional como internacional (...) articulan de un modo complejo, flexible y culturalmente yuxtapuesto- elementos tradicionales de la cultura popular con la racionalización del discurso científico jurídico*, y el reconocimiento como interloco y gestor de políticas públicas en el sector salud y educación, que también tienen que ver con el tratamiento de los Vih-Sida.

Hay que considerar que *la mayor utilidad de los conceptos de minorías o mayorías sexuales se logra con la denuncia de formas de discriminación de las minorías sexuales al interior de los regímenes autoritarios o democráticos (...) al generar esferas de representación (...) o desde una perspectiva crítica, (...) al relevar las condiciones opresivas, injustas y de explotación de otro minoritario*, condición que llega a colocar al sujeto en una relación de auto agresión y violencia consigo mismo, en Costa Rica, se encontró que en un 30% entre las mujeres lesbianas y bisexuales, tuvieron una valoración positiva del suicidio.

Conocimiento sobre del vih-sida. Los siguientes hallazgos, estarían expresando, cierto grado de desconocimiento de los y las estudiantes respecto al Vih – Sida, que no se relaciona con las exigencias de su formación profesional y menos de su formación personal para el cuidado de la salud.

El 87.54% de estudiantes, identifica al Sida como virus, un 6.41% como una bacteria, es identificado con algo que afecta la salud, denota conocimiento elemental, que se incrementa, con aquellos estudiantes que cree que es un medicamento,(0.74% del total); que aunque parezca numéricamente poco significativo; suma un 12.43% en total, con lo cual va adquiriendo cierta significación. Es importante tener en cuenta que en todos los casos, la muestra corresponde a estudiantes que se encuentran en la mitad de la carrera, próximos al

egreso de las aulas universitarias, su desconocimiento nos evidencian vacíos en el dominio de este problema de salud pública, que nos involucra a todas las disciplinas, y mucho más a aquellas que son parte de las Profesiones de la salud. Se supone que por los ciclos que transitan, han sido expuestos al tratamiento del tema, por los medios de comunicación, pares, padres, o al interior de las aulas. La existencia del 5% de estudiantes de una Escuela que cree es un medicamento, niega el más mínimo conocimiento sobre el tema y desconocen la etiología del Sida. Es interesante que el 87.92% de la muestra que han opinado adecuada, subsistiendo un 12.07% que abarca a los que desconocen sobre sus causas, si es virus o bacteria, los que señalaron como causal a los retretes antihigiénicos, los que no respondieron. En relación al conocimiento sobre el sistema inmunitario se ha encontrado que un 90% identifica certeza, La existencia de un 8.28% de estudiantes que tienen desconocimientos básicos respecto a la pandemia junto al 5.28% que no contestaron y el 0.74% evidencian un 14.3% que tienen desconocimiento acerca de la función del sistema inmunitario, en el desarrollo de la Pandemia. Su conocimiento sobre la procedencia del VIH /Sida un 63.01% hizo afirmaciones ciertas mientras que un 13.96% hacen señalamientos que si bien podría relacionarse a la respuesta (migración) que ha contribuido a su expansión más no es el origen, que responde a una alteración genética humana y no contestaron, hacen un significativo 36.4%. Respecto a las formas de infección del VIH /Sida encontramos que el 98.11% son acertadas, de forma desagregada en dos escuelas se expresan con el 100% de acierto: en Turismo e Historia. Sobre los portadores y vectores que facilitan la transmisión del VIH/Sida encontramos que el 83.01% de estudiantes aciertan en sus respuestas, mientras existe un 19.60% de respuestas erradas, y 3.39% que no respondieron. Existen respuestas excedentes (6.03%) que representarían a la inseguridad en el conocimiento, existente mayormente en Historia y Arqueología, a excepción de Antropología que no los evidencia, que no implica necesariamente un mayor conocimiento por cuanto tiene un 4% que no respondieron y un 6.41% que tiene respuestas erradas (17 estudiantes)

Formas de contagio: por medio del afecto expresado a través del beso, existiendo aún un volumen total de 9.81% (26) de estudiantes en los que existiendo desconocimiento, lleva a perennizar el pre-

juicio. Hay desconocimiento que sólo hay riesgo de transmisión del HIV contagio cuando existen lesiones en la boca o en los genitales, es decir, se ingiere el semen o se lo mantiene en la boca cuando practica una felación (estimulación del pene con la boca), cunnilingus (estimulación de la vulva con la boca) el annilingus (beso negro o rimming, estimulación del ano con la boca).

En relación al contagio bebiendo del mismo vaso de la persona infectada existen un 13% de Arqueología, 10% de estudiantes de Historia, 10% de Trabajo Social, 6% de Antropología, y 4% de Turismo que así lo creen. Del mismo modo respecto a la afirmación errada de contagio por bañarse en la misma piscina, existen un volumen de 9% de Historia, un 13% de Antropología, un 7% de Arqueología, un 5% en Trabajo Social y 4% en Turismo. Se ha encontrado un 3% de estudiantes de Turismo que ignoran que la transmisión del virus es vía sexual y sanguínea, que entre los fluidos corporales son las principales fuente de contagio, la sangre y el semen.

Un mundo globalizado es un mundo con sida. Los reportes de ONUSIDA, desde el inicio de la epidemia, indican que más de 60 millones de personas se han infectado con el VIH. En el 2009 unos 33,3 millones de personas vivían con el VIH, en comparación con los 26,2 millones en 1999. Se produjeron 2,6 millones de nuevas infecciones, hubo 1,8 millones de defunciones relacionadas con el sida. Se estima que 150,000 nuevos casos habrían ocurrido en América Latina (...) en la región un total aproximado de 390,000 casos de SIDA han sido notificados de forma acumulativa hasta 2002, de los cuales 32,273 corresponden al área andina, y 12,184 al Perú. La incidencia de SIDA (expresada en casos por millón en 2000) se estima en 50.6 en América Latina y en 12.7 en el área andina (siendo de 38.6 en el Perú) en el año 2000. La razón de masculinidad en 2000 se estima en 2.65 en América Latina, 3.1 en el área andina, y 2.76 en el Perú.

La prevalencia entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres se mantenía entre el 18% y el 22% (Sánchez et al., 2007; Ministerio de Salud del Perú, 2006). La edad media de diagnóstico de SIDA apreciada, era de 32.5 años (DS 11.3) y la mediana de 31, aunque la edad entre las mujeres es ligeramente menor; se aprecia también una disminución del promedio de edad en el tiempo. El 77% de los casos reportados provienen de Lima y Callao, mientras departamentos como Ancash, Arequipa, Ica, Junín, La Libertad, Lambaye-

que, Loreto y Piura notificaron cada uno entre 1.5 y 3% de casos. La condición indicadora más comúnmente notificada es la de síndrome consuntivo (29%) seguida de tuberculosis pulmonar (13%) y otros diagnósticos de TBC. La relación hombre / mujer ha disminuido, confirmando que la población femenina es más vulnerable a nivel biológico y social, destacando un enfoque para analizar las tendencias de la epidemia, que incluye acciones intensivas de prevención generalizada de "puentes" que transmiten el VIH a sus parejas femeninas.

Las relaciones sexuales sin protección HSH es factor importante en las epidemias de Bolivia, Chile, Ecuador y Perú. En el Perú, se estimaba entre 56,000 y 76,000 personas viviendo con VIH, alcanzando seroprevalencias muy altas en algunos grupos. Para el 2004, en La Libertad la Tasa x 100,000 hts es de 16 y en el país de 734. Para Junio 2006 se notificaron 25,143 casos Vih y 18,274 de sida notificados con una mayor incidencia en la costa y selva, 1 de cada 10 HSH están infectados con el Vih en Lima son 2 de cada 10. Las opiniones de los y las estudiantes coinciden con los indicadores sociodemográficos y los indicadores de Morbilidad que nos revelan que aun cuando la epidemia de VIH en toda la región se concentra fuertemente entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, profesionales del sexo y sus clientes, así como los usuarios de drogas, siendo la población transexual la más afectada (diferentes estudios estiman una prevalencia de VIH del 32%).

Respecto a la Mortalidad: en el 2009 se produjeron en el mundo 1,8 millones de defunciones relacionadas con el Sida, mientras el número total de niños de 0 a 17 años que han perdido a sus padres debido al VIH aumentó a 16,6 millones. Casi 30 millones de personas han fallecido por causas relacionadas con el VIH, una de cada cuatro defunciones relacionadas con el sida se produce a causa de la tuberculosis, una enfermedad prevenible y curable, las estimaciones indican que aproximadamente 58 000 personas murieron a causa del sida el 2009.

La cifra estimada (x 100,000 habitantes) de defunciones por TBC entre personas seronegativas para el Vih correspondiente al 2008 dentro de la Región, Perú mantiene una de las cifras más altas, de 8.7 que se ubica entre los extremos de 0.0 en Barbados y el 32 en Haití, teniendo el doble de las cifras de países como Nicaragua, Co-

lombia, Venezuela, más del doble de Argentina, Brasil. Si se tiene en cuenta que, existe subregistro de mortalidad por SIDA, es altamente probable que un adecuado registro elevara las cifras, en grupos de edad extremos y que la distribución por edades de la muerte por SIDA, concentrada en el grupo de jóvenes, al que los AVPP y los AVAD asignan la mayor pérdida, muestra a esta enfermedad con un mayor impacto económico, en términos de la capacidad productiva que pierde la sociedad. Criterio relevante a la hora de definir prioridades, mucho más si se tiene en cuenta que a diferencia del resto de enfermedades infecciosas, la muerte prematura por SIDA va en aumento, principalmente en los grupos de adultos jóvenes.

La opinión de la muestra sobre las causas de muerte de los pacientes con Sida, se diferencia de la información científica mundial, que indica que más personas con infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) mueren de tuberculosis que de cualquier otra causa, sus respuestas afirman que en un 59.62% es por infección grave añadida (una generalización), el resto (37.35%) por cáncer y otros por problemas circulatorios. Sólo el 9.43% respondió con acierto. También encontramos excedentes que puede deberse a la inseguridad en la respuesta.

Uso de anticonceptivos, vih, salud sexual y embarazo. Hay presencia de un volumen de 4.52% estudiantes, que afirman que la mujer utilizando anticonceptivos orales y no usando preservativos no se puede contagiar del Vih, en su imaginario, creen que es posible protegerse contra el embarazo, en este caso con los métodos anticonceptivos orales, sin ser vulnerables a la transmisión de ETS. En el Perú, 400 niños nacen infectados con el vih cada año, los y las niños/as que nacieron con el VIH se elevó a 2,5 millones, en el mundo, incrementando el número total de niños menores de 15 años que viven con el VIH.

El 8.5% de Arqueología y 1% de Turismo que no contestaron representan el 1.88% del total, que sumadas a los de respuesta errada, nos da un 6.41 % de estudiantes en condición de riesgo por desconocimiento. Es importante tener en cuenta que respuestas correctas no implican coherencia con las prácticas sexuales de las y los jóvenes, sino su actitud, la que los hace vulnerables. Esto es compatible con las observaciones respecto al alto volumen de estudiantes que se embarazan durante el desarrollo de sus estudios, que en la mayoría

de los casos no corresponde a la planificación, aproximadamente a dichos ciclos llegan a embarazarse entre 4 a 5 estudiantes por aula. Se desconoce el volumen de la práctica de abortos, conocemos de la alta vulnerabilidad en un escenario de “agarres” y “sexo casual”, desprotegidos, Esto nos indica que el cuidado de la salud sexual, pasa por una mayor autonomía de la mujer, que garantice su toma de decisiones y el ejercicio de su sexualidad en forma saludable. Otro de los hallazgos encontrado respecto al tipo de comportamiento de los estudiantes ante un supuesto embarazo o infección del Vih, 14 opiniones que consideraron que seguirían adelante con el embarazo, *ya que no tendría por qué pasarle nada al bebe*, porque cree que él *bebe no se infecta*, evidenciando desconocimiento de que una mujer infectada puede transmitir el VIH a su bebé durante el embarazo, el parto o al amamantarlo, existiendo la probabilidad de que 1 en 5 bebés nacidos de mujeres infectadas con VIH queda infectado. En los Estados Unidos, hay 278,400 mujeres que padecen el virus, muchas de las cuales no lo saben, la mayoría de estas mujeres está en edad fértil. Desde 1985, aproximadamente 9,200 niños en los Estados Unidos han contraído SIDA, cerca de 5,400 han muerto y más del 90 por ciento se contagió el virus de su madre durante el embarazo o el parto. En Perú, hay la propuesta de lucha para disminuir la prevalencia de Vih en gestantes del 0.21% - 0.30% y 0.34% al 0.18% - 0.20% y 0.20%

De los grupos de riesgo a los grupos vulnerables. La mayoría de la muestra ha identificado acertadamente a los grupos de riesgo predominantes en las estadísticas globales, (Homosexuales y Heterosexuales que mantienen relaciones sin preservativo con varias parejas, los Drogadictos que comparten jeringuillas y los Heterosexuales que mantienen relaciones sin preservativo con varias parejas). Su vulnerabilidad, estaría en los siguientes grupos de estudiantes: Aquellos que consideran que las relaciones Heterosexuales sin preservativo con una pareja estable presentan muy poco riesgo de contraer el VIH, es una vulnerabilidad en tanto que los comportamientos y prácticas sexuales no siempre están caracterizadas por la fidelidad en la pareja. Los estudiantes que no piensan que el preservativo es el método más eficaz, es mínimo, el 11.2% (8) en Turismo que consideran que sus conocimientos son nulos, los 27.92% que consideran que tienen escasos conocimientos, el 60.7% que cree que tiene buenos conocimientos, y aún el 8.30% que cree que tiene muy

buenos conocimientos por cuanto reiteramos no sólo es cuestión de conocimientos sino de actitudes y decisiones saludables.

Y con muy alta vulnerabilidad estarían: Los y las estudiantes que consideran que las relaciones heterosexuales sin preservativo con varias parejas son de bajo riesgo, que los encontramos en escaso número y en la mayoría de escuelas (Historia (1), Antropología (3), Trabajo Social (1), Turismo (5) aun cuando su número sea mínimo), no se ha indagado si el consumo de drogas o alcohol es un elemento que se encuentra presente en el momento en que se deciden tener relaciones coitales sin protección, con la pareja o por sexo casual, pero siendo un elemento considerado “indispensable” en los momentos de socialización y disfrute, es altamente probable que se encuentre ligado a sus prácticas sexuales. Aquellos que han estigmatizado como personas portadoras del Vih/sida, a los homosexuales, drogadictos que se inyectan, trabajadoras sexuales, obviando a los que han recibido sangre contaminada con el virus, los y las que tienen compañeros promiscuos o infieles que no se protegen y a sus parejas estables u ocasionales de quienes desconocen sus prácticas sexuales. Así como, estudiantes que consideran que “nunca se verán en esa situación” ante un supuesto embarazo e infección del vih, evidenciando más buenos deseos, que certeza de la actitud que adoptaría en esa situación hipotética, y un mínimo número de estudiantes, el 6.03% (16) que se quedaron perplejos y no respondieron a la pregunta hipotética.

Así mismo, el desconocimiento de los y las estudiantes de que una ITS sin tratar, en cualquier miembro de la pareja, aumenta el riesgo de transmisión del VIH hasta 10 veces y que la mujer es altamente vulnerable los riesgos, para las y los jóvenes universitarios son las prácticas de sexo a cambio de beneficios sociales o económicos - prácticas denominadas como sexo recompensado - con implicancias en materia de salud pública.

Vulnerabilidad social y económica de la mujer y joven. Se ha señalado que hoy el Vih Sida tiene un rostro femenino, el Observatorio Nacional de VIH, en Colombia, señala que hay una mujer infectada por cada dos hombres, en el documento Factores de vulnerabilidad a la infección por VIH en mujeres de UNFPA se identificó el aumento en la incidencia del VIH en mujeres colombianas, infectadas en su mayoría por sus compañeros permanentes, relacionada a con-

ductas de discriminación de género (...) la mayoría de mujeres que han sido infectadas por sus compañeros permanentes, aceptan la infidelidad de sus esposos como una conducta "natural", tal permisividad, impide que las amas de casa teman pedir a sus parejas el uso de preservativo en las relaciones sexuales por temor a la represalia y el reproche.

La Vulnerabilidad de género, implica la existencia de áreas a las que ha accedido en condiciones de discriminación, que mantiene inequidades a nivel cultural, educativo, económico y de la salud, por la condición de género subordinado a la cultura patriarcal y machista dominante, sujeta a sus mandatos, a los roles, atributos y espacios asignados, así como a los cercos sociales que en función de la reproducción de ese sistema patriarcal se le ha impuesto, limitando el desarrollo de su autonomía y libertad para el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. La dominación sobre la mujer se evidencia en su menor acceso a los recursos y capitales culturales, sociales, económicos, lo que tiene implicancias en el ámbito de la sexualidad. Esta subordinación se agrava en una sociedad en la que las virtudes principales de las mujeres son la obediencia, la pasividad, por lo que les es difícil para ellas negociar e imponer un punto de vista o adoptar conductas sexuales seguras, incluso decidir cuándo tener sexo: "*...nunca quiso que usáramos ninguna clase de anticonceptivos, sí se lo sugerí más de una vez, sobre todo porque yo conocía su nivel de promiscuidad; yo sí sabía con cuántas se metía y cada cuánto y con cuántas anduvo antes de mí... Más bien [yo] aceptaba las condiciones como llegaran y si alguna vez lo comentamos [él decía] "no, no, no esperate no me late y no me gusta", y bueno hasta ahí se quedó...*"

La persistencia de una estructura de poder de género que dificulta el ejercicio de una sexualidad protegida, lo que se puede captar mediante las entrevistas y diálogos con jóvenes, hay falta de poder y control sobre su propia vida y su sexualidad que dificulta el ejercicio de sus derechos a una sexualidad protegida. Esta vulnerabilidad denota la importancia de proteger a las mujeres y hombres para evitar la infección por el VIH, mediante el fortalecimiento de ciudadanía viables que incluyan la eliminación de todas las formas de Discriminación contra la mujer (CEDA W) y la aprobación de legislaciones favorables al ejercicio saludable de la sexualidad.

La fidelidad, considerado un valor en cualquier relación de

pareja, limita en las mujeres la posibilidad de negociar el uso de condón por cuanto significaría el reconocimiento de una vida sexual fuera de esta relación al mismo tiempo que implica sospechar de la infidelidad de su pareja. En otros términos, la incapacidad de decir la verdad tiene implicaciones fuertes sobre la posibilidad de negociación de un condón, aun cuando se tengan evidencias de infidelidades de la pareja: "*Si es tu pareja, se supone que te es fiel y no tiene por qué cuidarse*".

Las respuestas relacionadas a un comportamiento de cuidado con su salud sexual, encontramos que sólo en Historia, el 100 % piensan que el uso del preservativo es una forma eficaz de prevención del Vih, estudiantes de Turismo (96%), Antropología (95%), Trabajo Social (94%), Arqueología (83%). Si relacionamos con las opiniones respecto a las acciones y recomendaciones a los jóvenes para disminuir el contagio del Vih-sida (cuadro No 32) encontramos que el 34.33% afirman que una forma eficaz es el condón, mientras que el 2.64% piensan que sólo es posible con la abstinencia y el 41.50%, siendo más responsable al tener una pareja. Las respuestas como el 7.16% que expresaron que debe tener conocimiento acerca de la enfermedad, el 8.67% darles información precisa y correcta, el 12.45% que cree que teniendo una pareja estable, son relativas; será la actitud frente al cuidado de la salud sexual, que tiene una connotación de género, con la toma de decisiones y control del cuerpo.

Prevención y propuestas. Encontramos una buena actitud de los y las estudiantes es la identificación con "una enfermedad que nos puede afectar a todos, 204 opiniones, que también se manifiesta con valores semejantes en todas las escuelas. Sus propuestas están dirigidas al comportamiento individual como: tener pareja estable (41.50%), uso de preservativos (34.33%), cuidado con las transfusiones sanguíneas e inyectables y mayor conocimiento sobre la enfermedad, el 11.69% recomienda informar que se debe evitar *llevar una vida tan bohemia*, que evidencian las prácticas sexuales, la existencia de escasas parejas estables, el consumo de alcohol y la casi inexistencia de portar preservativos para el sexo casual, que ratifica la inconsistencia entre el conocimiento y el discurso con la práctica.

Las iniciativas al interior de la universidad deben concretar una cooperación técnica con UNFPA, haciendo énfasis en la vulnerabilidad de la población universitaria, evaluar los riesgos de exposi-

ción al VIH e impulsar las condiciones favorables para el ejercicio informado y protegido de la sexualidad, con servicios integrales de salud sexual y reproductiva, y el compromiso de las CCSS para una cultura y educación ciudadana que reduzca la vulnerabilidad frente al VIH. Asumir el enfoque de género porque permite analizar las percepciones y actitudes frente al SIDA, identificando las conductas de riesgo y actitudes que coexisten con el de grupos con conocimientos limitados.

CONCLUSIONES

En las escuelas de Antropología, Arqueología, Trabajo Social y Turismo predomina el género femenino, a excepción de la escuela de Historia, siendo el 69.05% del total de estudiantes, determinado por la identidad de género de las trayectorias académico profesionales en CCSS, y una mayor vulnerabilidad respecto a la condición de género, vinculada a la baja autonomía y control sobre su cuerpo. El predominio de la heterosexualidad en un 83.1%, el 2.63% de diversa orientación sexual y el 14.33% de estudiantes que no se identifican con ningún género nos estaría presentando otras identidades, como minorías sexuales invisibilizadas.

Los estudiantes en un 87.54% identifican adecuadamente al sida como un virus, y valoran su conocimiento sobre el VIH-SIDA como bueno, siendo recibida la información mayormente en las escuelas, expresando en su mayoría, conocimiento de las causas (87.92%), riesgos, formas de contagio, las formas de infección (98.11%) principales recomendaciones acerca de las conductas riesgosas y las conductas protectoras.

Un escaso 12.07% cuenta con baja o alta desinformación en cuestiones básicas sobre el vih-Sida, expresa en sus percepciones, opiniones y actitudes, grupo en el que se encuentran los excedentes originados por las dobles respuestas (6.03%). Coexiste el conocimiento con el desconocimiento, si bien un 87.54% lo identifica como virus, un 6.41% como bacteria, el 87.92% que opina adecuadamente subsiste con un 12.07% que denotando desconocimiento elemental, incrementado con los que cree que es un medicamento, (0.74%), numéricamente poco significativo que sumados al 12.43% que no responde adquiere significación, sobre todo si se tiene en cuenta que se encuen-

tran en la mitad de la carrera, próximos al egreso de las aulas universitarias, evidenciando vacíos en el dominio de este problema de salud pública, que involucra a todas las disciplinas, mucho más a Trabajo Social, como parte de las Profesiones de la salud, y porque los ciclos que transitan han contado con materias y prácticas donde han sido expuestos al tratamiento del tema, el acceso a los medios de comunicación, pares, padres, o al interior de las aulas.

Las actitudes solidarias y respetuosas a las personas que se encuentren viviendo con el VIH – sida se expresan en 163 estudiantes opinan que ayudarían a sus amigos si saben que están infectados con el VIH-SIDA, 193 estudiantes opinan que los pacientes infectados con VIH –SIDA no deben perder sus trabajos y deben de permitirseles seguir trabajando, reconocen en ellos personas con derechos y cuando 204 estudiantes reconocen al VIH-SIDA como una enfermedad que le puede afectar a cualquier persona.

Muestran actitudes responsables y coherentes con el cuidado de su salud sexual, un poco menos de la mitad (125) y una alta vulnerabilidad de género, con desventaja para la mujer. Opiniones basadas en un mecanismo de prevención como la abstinencia y siendo más responsable al tener una pareja (41.50%), expresan buenos deseos difícil de sostener salvo que se oriente al celibato, y dado que la responsabilidad, así mismo las respuestas que demandan u mayor conocimiento acerca de la enfermedad (7.16%), información precisa y correcta (8.67%), pareja estable(12.45%) son relativas e inconsistente con el machismo y la cultura patriarcal presente que se ha observado, concluyendo que el cuidado de la salud sexual, que tiene una connotación de género, con la toma de decisiones y control del cuerpo de la mujer.

Muestran ciertas contradicciones cuando por un lado, 71 estudiantes opinan que los que están infectados con el VIH-SIDA deben de declararlo para no contagiar a otros, sin embargo existen opiniones contrarias a mostrarse en público para evitar las actitudes de rechazo.

En sus propuestas destacan, la importancia de tener una pareja estable, (41.50%), el uso de preservativos (34.33%), cuidado con las transfusiones sanguíneas e inyectables y mayor conocimiento sobre la enfermedad. El 11.69% recomienda evitar una vida bohemia, lo que evidencia prácticas sexuales donde hay escasa existencia de

parejas estables, el alto consumo de alcohol, el sexo casual, "los agarreres" y práctica de uso de preservativos dependiente del varón que ratifica la inconsistencia entre el conocimiento, el discurso, la práctica y la autonomía.

Así mismo, las propuestas, se concentran en los comportamientos individuales y no han dejado lugar a la existencia de otras que involucren campañas de sensibilización, capacitación, seguimiento, etc. en relación a los DDSRR y la prevención del vih /sida, que tiene que ver con una cultura saludable al respecto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

TERRIS M. "Tendencias actuales de la Salud Pública de las Américas", en "La crisis de la Salud Pública", Publicación Científica No 540, OPS, 1992

BENNETT, OLIVIA, Dossier de Panos: Triple Riesgo: Mujeres y Sida, London: Panos Institute, London, 1990

CÁCERES C, Frasca, Pecheny y Terto (2004) Ciudadanía Sexual en América Latina: Abriendo el Debate UPCH, Lima

MAX NEEF Manfred Enfoque de Desarrollo a Escala Humana Editorial

NORDAN Comunity, Montevideo, Uruguay, 1986

SEN, Amartya Kumar (2000). Desarrollo y libertad. Editorial Planeta. ISBN 978-84-08-03524-4.

HLATSHWAYO Y KLUGMAN. Un enfoque de derechos sexuales', Agenda No. 47, en Vicci Tallis. Género y Vih-Sida Informe general.

BRIDGE, 2001.

COLLINS JOSEPH Y RAU BILL, 'El SIDA en el contexto del desarrollo. Paper No. 4, UNRISD Programme of Social Policy and Development, Geneva: The United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD) /UNAIDS. 2000

LANDAMAN México INSP Manual Moderno, Descentralización y Participación en Salud: Nuevos aportes para la discusión. En: Briceño-L. Keçon, MCS & Coimbra CEA Coordinación - Salud y equidad una mirada desde las Ciencias Sociales. Rio de Janeiro, 2000.

BRONFMAN Y HERRERA De la Investigación en Salud a la Política. INSP, Cuernavaca, México y coordinadora de GLAMS (Grupo Latinoamericano de Mujer y Sida), 2000.

GREEN. Sexo, Amor y Seropositivismo: Balance de los Riesgos, AIDS como consecuencia de Género Perspectivas Psicológicas. London, 1995.

GRANADOS Arturo (2000) Autoestima y Relaciones de Género, en Género y Desarrollo. Políticas Sociales y Teoría Social. Aportes para el Desarrollo No 3. Escuela para el Desarrollo, Lima.

IBÁÑEZ Josefina, Niveles de Autoestima y Tipos de ciudadanía en estudiantes de Trabajo Social de la UNT, 2002. Tesis de Maestría, Trujillo, 2005.

ALVA Javier y Vargas Lita Iniciativas para desarrollar Servicios de Calidad e la atención de salud de l@s jóvenes. Flora Tristán Centro de la Mujer peruana- UNFPA, Lima, 2001

ALVA Díaz y otros "Estereotipos Sobre Derechos Y Deberes De La Sexualidad en los y las Docentes y Estudiantes de la Facultad De Ciencias Sociales - UNT. AÑO 2009", 2010

OLAVARRÍA José Adolescentes/jóvenes: qué poco sabemos de ellos. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. DLACSO- Sede Académica de Chile, 2005

FULLER Norma Identidades Masculinas, Varones de clase media en el Perú, Fondo Editorial Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.

OLAVARRÍA JOSÉ La Masculinidad y los Jóvenes Adolescentes. Reflexiones Pedagógicas. Docencia No 27, 2003.

LAMAS, Marta (1995) Usos, Dificultades y posibilidades de la categoría Género. Revista La Ventana N' 1

CGPUC, Revista de Colectivos Universitarios por la Diversidad Sexual, PUCP del 29, abril, 2009

MINSA DGSP - Evolución De Casos Notificados Del Síndrome Inmunodeficiencia Adquirida (Sida) Perú: 1991-2003 Dirección General d Salud de las personas OEI Oficina estadística e Informática

Salud Ambiental No 4, 2004, en : Situación de Salud en el Perú. Indicadores Básicos 2003-

-----MINSA - AIS - UPCH Recomendaciones para la Implementación de un Programa de Terapia antirretroviral para el Vih (Sida en el Perú, Lima, 2004, en Cáceres Carlos ... 2004: 29-30

-----DGSP - Evolución De Casos Notificados Del Síndrome Inmunodeficiencia Adquirida (Sida) Perú: 1991-2003 Dirección General d Salud de las personas OEI Oficina estadística e Informática

ONU SIDA informe del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) Ginebra, 23 11- 2010 en www.nacionesunidas.org.co/index.shtml?apc=ii-1

