

**Percepción de Riesgo de Infección por VIH Sida en Estudiantes Universitarias Desde un Enfoque de Género Año 2009**

**Leticia Centelles Badell e Hilda Horta Rivero**  
**Escuela Internacional de Educación Física y Deporte.**  
**La Habana - Cuba.**

(Recibido: Septiembre 2009. Aceptado para Publicación: Noviembre 2009)

**RESUMEN**

Desde una perspectiva de género y con el propósito de estimar la percepción del riesgo de contraer el VIH en mujeres estudiantes de la Escuela Internacional de Educación Física y Deporte, se realiza una investigación cualitativa en la que se aplican entrevistas a profundidad mediante la técnica de grupos focales y se exploran las siguientes variables: conocimientos generales y actitudes frente al SIDA, edad de las primeras relaciones sexuales, conducta sexual de riesgo, vulnerabilidad, medidas preventivas para disminuir el riesgo de infección y consecuencias sociales del SIDA. Los resultados muestran baja percepción de riesgo dada por: 1) no detectar el elevado riesgo que supone la monogamia serial y mostrarse más favorables a mantener relaciones sexuales sin preservativo en esas circunstancias que con una pareja ocasional; y 2) percepción individual sesgada de forma optimista que no predice interés por la prevención. Se aprecia que el riesgo de un embarazo no deseado prevalece por encima de la posibilidad de contraer la infección y que existe una actitud favorable ante las personas que viven con VIH SIDA. Los hallazgos de baja percepción de riesgo, señalan la necesidad de priorizar la población estudiantil femenina de la EIEFD para realizar estrategias de prevención.

Palabras claves: VIH Sida, estudiantes, género

**Risk Perception of HIV Aids Infection in Female College Students from a Gender Perspective. Year 2009**

**ABSTRACT**

This qualitative research is made from a gender perspective with the purpose of having an estimation of the existent risk of HIV infection in women students from the 'Escuela Internacional de Educación Física y Deporte'. Thorough interviews have been conducted through the focal groups' technique to explore the following variables: general knowledge and attitudes towards AIDS, age of the first sexual intercourse, risky sexual behavior, vulnerability, preventive measures to diminish infection risk and social consequences of AIDS. The results of this research show a low perception of risk in women, determined by 1- not perceiving the high risk that serial monogamy implies and for showing themselves in favor of having sexual intercourse without condoms in those circumstances instead of doing it with an occasional partner, and 2- an optimistic and individually biased perception which does not predict an interest in preventing a possible infection. It is noticed that the risk of an unwanted pregnancy prevails on top of the possibility of being infected, and also that there is a benevolent attitude towards those who are living with HIV and AIDS. The findings of a low

risk perception point out the need to prioritize the female student population of the EIEFD in order to develop prevention strategies.

Keywords: HIV Aids infection, students, gender

## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades, sobre todo aquellas que han tenido efectos epidemiológicos, han supuesto claros puntos de inflexión dentro de la historia de la humanidad. Las consecuencias que han traído consigo a nivel político, económico y social las han convertido en tema de estudio en distintos ámbitos, desde el clínico-sanitario hasta el sociológico, pasando por el económico o el filosófico. Dichos estudios ponen de manifiesto la importancia de un tema de gran vigencia debido, en gran medida, al hecho de que la enfermedad es una característica inherente al ser humano. A pesar de los indudables avances científicos alcanzados en la era actual, las enfermedades incurables siguen existiendo y causando efectos incuestionables. Una de las enfermedades que ha afectado de una manera radical a la sociedad actual ha sido el SIDA. El estigma que recae sobre los enfermos infectados por VIH está todavía patente en muchos sectores de la sociedad. La evolución actual de la epidemia pone de relieve la impotencia de las minorías ante las adversidades.

El SIDA es uno de los más graves y principales problemas en la actualidad, al considerar su trascendencia y magnitud. De acuerdo con la OMS, cerca de la mitad de las nuevas infecciones ocurren en personas de 15 a 25 años (Gayet, 2002). Sin embargo, considerando el largo período de latencia de la enfermedad, se supone que el 31.5% de los casos notificados adquirieron el virus en el período de la adolescencia y 37.8% lo hicieron en la segunda década de vida.

La modificación del comportamiento sexual es uno de los aspectos más significativos que se debe lograr en la prevención de las ITS y dentro de ellas, la infección VIH/SIDA; sin embargo, es uno de las más difíciles de tratar por diversas razones: el sexo causa placer,

procrea y dentro de su propio contexto significa poder; tiene un lenguaje mudo y se practica pero no se discute en muchas culturas del mundo. Tales riesgos están en relación con la alta prevalencia de actividad sexual sin protección, que deriva de algunos factores como: la inadecuada o ineficiente información sobre la sexualidad humana en muchas culturas, los riesgos asociados a ellas, la forma de prevenirlas y el nivel sociocultural entre otros.

La Escuela Internacional de Educación Física y Deportes –EIEFD-, según su visión como Universidad y a partir de una cantera de jóvenes procedentes de más de 82 países de América Latina y el Caribe, Asia y África, forma profesionales, que contribuirán en su accionar como agentes de transformación social a la formación de un hombre nuevo con más salud y calidad de vida, a través de la Educación Física y el deporte. Para ello deberá contribuir a la modificación de comportamientos de riesgo y actitudes incompatibles con un óptimo estado de salud, por parte de la población de sus países de origen, entre los que se encuentra una conducta sexual irresponsable. Para lograr este objetivo y desde la misión de la Universidad, centrada en formar profesionales con una concepción humanista y solidaria, es necesario dotar al futuro profesional de los conocimientos necesarios desde el punto de vista epidemiológico y con enfoque de riesgo, todo lo relacionado con la propagación de las ITS y VIH SIDA. Sin embargo, se observan entre los estudiantes conductas y actitudes que apuntan hacia una escasa percepción del riesgo de adquirir estas enfermedades.

Con relación a la conceptualización de la percepción del riesgo, una definición posible y bastante frecuente en la literatura respecto al riesgo percibido, es concebir este constructo como la evaluación que un sujeto hace de la probabilidad de que un evento adverso ocurra en el futuro y de sus consecuencias probables (Barrientos, 1998). Aunque a primera vista esta definición puede resultar bastante coherente, parece que lo que está sugiriendo es que los sujetos operan con probabilidades numéricas de ocurrencia de determinados eventos y de sus posibles consecuencias. Por ello, para estudiar la percepción de riesgo, se debe estudiar las

creencias, actitudes, juicios, sentimientos, emociones y valores que las personas tienen o adoptan frente a los riesgos. Resulta de especial interés el abordar este criterio epidemiológico desde un enfoque de género, por ser la condición femenina un importante factor de riesgo en la posibilidad de infección por el VIH.

Con el propósito de evaluar conocimientos, comportamientos y actitudes en torno al VIH - SIDA, así como explorar la percepción de riesgo entre los estudiantes del sexo femenino de la EIEFD, se realizó una investigación cualitativa de tipo descriptivo, durante el segundo semestre del curso escolar 2008-2009.

## **DESARROLLO**

Mientras que el término sexo alude a las diferencias de carácter estrictamente biológico que existen entre hombres y mujeres y que no suelen determinar nuestra conducta, por género entendemos el conjunto de características sociales, culturales, políticas, jurídicas y económicas asignadas socialmente en función del sexo de nacimiento y aprendidas durante el proceso de socialización. El género se relaciona con todos los aspectos de la vida económica y social, cotidiana y privada de los individuos y determina características y funciones dependiendo del sexo o de la percepción que la sociedad tiene de él. Así mismo determina lo que es esperado, permitido y valorado en una mujer o en un hombre en un contexto determinado. El género no se refiere solo a los hombres y a las mujeres, sino también a las relaciones sociales que se establecen entre ellos. Por ser una construcción sociocultural, es específico de cada cultura y cambia a lo largo del tiempo. Los roles sexuales de género siguen limitando en gran medida la capacidad de las mujeres a la hora de prevenir conductas de riesgo. Las expectativas sociales derivadas de una concepción tradicional de las relaciones afectivo-sexuales hacen que muchas mujeres accedan a los deseos del varón en sus encuentros sexuales, incluso cuando ello implique adoptar prácticas poco seguras que ponen en riesgo su

salud. (Kamb y Wortley 2000; García-Sánchez, 2003; García-Sánchez, 2004; UNAIDS, 2002).

El Enfoque de Género analiza las relaciones sociales entre los sexos, permitiendo mostrar las inequidades e injusticias que derivan de patrones culturales sobre las mujeres, que han determinado históricamente su subordinación y limitado sus posibilidades de realización y autonomía.

La expansión de la epidemia por VIH SIDA, ha producido un giro hacia la transmisión heterosexual y las tasas de infección en las mujeres Pero más allá de las estadísticas disponibles, hay profundas diferencias entre hombres y mujeres en las causas subyacentes de la infección por el VIH/sida y sus consecuencias, que reflejan las diferencias biológicas, de comportamiento sexual, de actitudes y presión social, y de poder económico que influyen en la vulnerabilidad a la infección (García-Sánchez, 2003; Parlamento Europeo, 2002; Federación de Planificación Familiar de España, 2000). Existen vulnerabilidades diferenciadas para hombres y mujeres, muchas de las cuales son consecuencia del proceso por el cual la sociedad dicta diferentes pautas de comportamiento a cada uno de los géneros, como se verá más adelante. Aquí, sin embargo, hablaremos específicamente de aquellas vulnerabilidades que afectan a las mujeres, ya que consideramos importante, además de hacer visible su especificidad, poder identificar algunas de las determinantes de estas vulnerabilidades, asociadas al hecho de pertenecer al sexo y al género femeninos. La vulnerabilidad de las mujeres tiene múltiples rostros: biológico, epidemiológico, social y cultural.

Para el caso de la vulnerabilidad biológica se ha comprobado que en las relaciones heterosexuales la mujer es de 2 a 4 veces más vulnerable a la infección por el VIH que el hombre, porque la zona de exposición al virus durante la relación sexual es de mayor superficie en la mujer, porque la carga viral es mayor en el semen que en los fluidos

vaginales, y porque las infecciones de transmisión sexual (ITS) (co-factores de infección por el VIH) son más frecuentemente asintomáticas y no tratadas en la mujer que en el hombre,<sup>8</sup> lo que debilita la mucosa vaginal permitiendo la entrada del virus, más aún en las adolescentes, cuyo aparato genital todavía está inmaduro.

Epidemiológicamente los patrones de formación de pareja vigentes en la gran mayoría de las sociedades llevan a que mujeres más jóvenes mantengan relaciones sexuales y establezcan pareja con hombres de mayor edad, lo que hace que dichas mujeres estén en un riesgo mayor de infectarse por el VIH y demás ITS, debido a que practican sexo desprotegido con hombres de una franja de edad en la que son más elevados los niveles de prevalencia del VIH e ITS. Por otro lado, las mujeres suelen necesitar más transfusiones sanguíneas que los hombres (Kamb y Wortley, 2000).

El ideal Así, el ideal sexual femenino tradicional, en la mayor parte de las sociedades, espera ciertos comportamientos y actitudes en las mujeres que a su vez garanticen el control de la reproducción: virginidad antes del matrimonio ‘muchas veces confundida con la idea de inocencia y ésta con ignorancia de las cuestiones sexuales’, pasividad, no reconocimiento o expresión del deseo sexual, obligación de complacer a la pareja más allá de su propio deseo o voluntad, fidelidad sexual a la pareja y orientación a la procreación como principal motivo para ejercer la sexualidad. En contrapunto, el ideal de la masculinidad implica que el hombre ante todo debe ser heterosexual, activo, tener múltiples conquistas sexuales, no necesita saber sobre sexo porque lo sabe todo, tiene un impulso incontrolable que debe satisfacer de inmediato, debe ser fuerte y arriesgado, e invulnerable.

Las características mencionadas como ideales, tanto femenino como masculino, obstaculizan de manera preocupante las posibilidades de una prevención eficaz del VIH, ya que si bien estas normas no son obedecidas al pie de la letra por todos los individuos, sí

determinan muchas de las prácticas sexuales de riesgo en las mujeres, en la medida en que dificultan un disfrute consciente y responsable de la sexualidad

La sexualidad femenina está muy fuertemente marcada por las nociones del amor romántico, no sólo en la juventud sino también en la madurez. Con la idealización del enamoramiento muchas mujeres legitiman sus deseos sexuales, y dan a la sexualidad un significado afectivo y a veces "irracional", que en muchas ocasiones impide un ejercicio más libre y responsable de la sexualidad. Al hablar de negociación del uso del condón muchas veces se asume que las mujeres, a diferencia de los hombres, siempre quieren usarlo. Sin embargo, el ejercicio de la sexualidad basado en la noción de amor romántico implica, para muchas, un ideal de amor sin condiciones ni infidelidades por lo que el condón es visto como señal de pérdida de confianza en la pareja, haya o no fundamentos para tenerla. Para otros la sexualidad implica renuncia, sufrimiento y desigualdad como constitutivos del lugar de lo femenino. Estos factores agravan el problema de la falta de conciencia de riesgo en las mujeres, en especial las monógamas que basan su ideal de vida en el ideal de la pareja estable, la confianza y la supuestamente mutua fidelidad. El resultado es la imposibilidad de pensar en la necesidad de sexo más seguro y menos aún de practicarlo. Apropiarse del propio cuerpo y de sus deseos es fundamental para establecer relaciones de mayor reciprocidad entre hombres y mujeres, y para adoptar conductas preventivas.

Los vínculos entre VIH/SIDA y género son estrechos y complejos. Si bien el VIH/SIDA afecta tanto a mujeres como a hombres, los factores discriminatorios de género de orden social, cultural, económico y legal hacen a las mujeres y las niñas de dos a cuatro veces más vulnerables al VIH/SIDA que los hombres. Desde que apareció el VIH/SIDA hubo una evolución conceptual en la forma de caracterizar a la epidemia: de la idea de 'grupos de riesgo' se pasó a la de 'prácticas de riesgo', luego a la de 'situaciones y contextos de riesgo', y finalmente a la de 'condiciones sociales del riesgo', lo que dio lugar al concepto de

vulnerabilidad". La distinción es importante, ya que "mientras el riesgo apunta hacia una probabilidad y evoca una conducta individual, la vulnerabilidad es un indicador de inequidad y desigualdad social y exige respuestas en el ámbito de la estructura social y política". Existen vulnerabilidades diferenciadas de carácter biológico, social y cultural para hombres y mujeres. A excepción de las biológicas, el resto es mayoritariamente consecuencia del proceso por el cual la sociedad dicta diferentes pautas de comportamiento a cada uno de los géneros. La organización de las identidades y roles de género, las modalidades que cobran las relaciones de poder y las asimetrías sociales en el acceso y el control de recursos materiales y simbólicos entre varones y mujeres juegan un papel prioritario con relación a las posibilidades de autocuidado y a las prácticas de prevención del VIH-SIDA. (Kamb y Wortley, 2000, García-Sánchez, 2004, Federación de Planificación Familiar de España, 2000).

Ciertos factores biológicos que aumentan la transmisión del VIH están bien documentados. Por ejemplo, se sabe que la presencia de otras infecciones de transmisión sexual (ITS) aumenta la transmisión del VIH, que las diferencias anatómicas e histológicas de la mujer la hacen más susceptible a la infección y que el riesgo de transmisión varía según el estadio de la enfermedad en los hombres y las mujeres (Kamb y Wortley, 2000, García-Sánchez, 2004, UNAIDS (2002). Las diferencias fisiológicas en el tracto genital contribuyen directamente a que la mujer corra un riesgo más elevado de contraer la infección por el VIH y ETS que el hombre. Además, la presencia de una ITS sin tratar aumenta mucho, tanto en el hombre como en la mujer, el riesgo de transmitir o contraer el VIH a través de las relaciones sexuales sin protección. A menudo, las normas relativas al género determinan lo que se considera que el hombre y la mujer deben saber acerca del sexo y la sexualidad, y por tanto, limitan su capacidad de establecer con precisión su nivel de riesgo y de obtener la información exacta y los medios para protegerse contra el VIH. En muchas sociedades, no se considera correcto que las mujeres tengan o se interesen por tener amplios conocimientos

sobre la sexualidad o la salud reproductiva. En muchas sociedades, el ideal femenino se caracteriza por la pasividad y la ignorancia de la mujer, así como por el diferimiento de sus expectativas en provecho de las necesidades sexuales del hombre, mientras que la masculinidad se define por la conquista sexual, las múltiples parejas control de las interacciones sexuales. En muchos lugares, el control y dominio masculinos se expresan por medio de la coacción y la violencia sexuales. Muchas mujeres de todo el mundo se manifiestan incapaces de ejercer un control de la situación en las relaciones sexuales y según cuales sean las circunstancias. En situaciones de violencia o de amenaza de violencia la mujer ve gravemente limitada su capacidad de adoptar medida para protegerse contra la infección o de insistir para que su pareja masculina tome precauciones.

Según algunos estudios, hay un mayor riesgo de contagio del VIH de varón a mujer, posiblemente porque el semen depositado en la vagina permanece más tiempo en contacto que la secreción vaginal en la uretra del varón, por la mayor superficie de la mucosa vaginal y por la mayor concentración de partículas virales en el semen comparado con el fluido vaginal. Otros estudios señalan que no hay diferencias significativas en las tasas de transmisión del VIH para hombres y mujeres y la sitúan en torno a 12 infecciones por 100 personas-año (García-Sánchez, 2004; Parlamento Europeo, 2002; European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS, HIV/AIDS (2001).

En lo social si bien hasta hace pocos años los roles sexuales tradicionales censuraban una sexualidad femenina que fuera más allá de la función reproductiva, hoy día las transformaciones sociales y la generalización de los métodos anticonceptivos permiten a las mujeres diferenciar la reproducción y la sexualidad, y los avances en la igualdad de género en las relaciones de pareja han traído grandes cambios en los hábitos sexuales y reproductivos de la población. (Federación de Planificación Familiar de España, 2000). Aun así, hay una serie de condicionamientos sociales que hacen que muchas mujeres no expresen abiertamente sus

necesidades, gustos y preferencias sexuales y que antepongan el amor romántico y la entrega incondicional a la pareja, a la protección y el cuidado de su propia salud (Bayés, Pastells y Tuldrà, 1996; Crimp, 1996, García-Sánchez, 2004; UNAIDS (2002). Otro aspecto importante a considerar es el promedio de parejas sexuales en hombres y mujeres. En varios países europeos los hombres presentan una media superior a la de las mujeres y éstas suelen tener parejas sexuales más estables, frente a una mayor frecuencia de relaciones esporádicas entre los hombres.

La edad media de inicio de la actividad sexual con coito se sitúa alrededor de los 15-16 años. Hay estudios más recientes que sugieren indirectamente que en la actualidad es algo inferior y que las mujeres suelen ser menos precoces que los hombres.

El uso correcto y consistente del condón es una medida muy efectiva para la prevención de embarazos y de las ITS. A pesar de sus muchas ventajas (ausencia de sofisticación, bajo precio, facilidad de distribución) tiene una notable limitación, al estar su uso influido por cuestiones sociales y culturales que dan su control al hombre (Planes, Gras, Soto y Font-Mayolas, 2000; Bayés, Pastells y Tuldrà, 1996; García-Sánchez, 2003). Su uso está más relacionado con la evitación de embarazos que con la prevención de infecciones. Relaciones sexuales. Si bien son eficaces cuando se utilizan de forma sistemática y correcta, hay muchos obstáculos relacionados con el género que limitan su empleo. En las culturas donde los preservativos se asocian con las relaciones el placer y la intimidad y el temor de que proponer su empleo podría herir a la pareja.

Donde el VIH se percibe como un signo de “promiscuidad sexual”, el estigma es mucho más opresivo para la mujer que para el hombre. En todas partes se comunican casos de mujeres que viven con el VIH que han sido expulsadas del hogar, a menudo por esposos que muy probablemente les transmitieron la infección. Aunque hay situaciones comunes a ambos sexos que limitan el uso del preservativo, como el alcohol o que la otra persona sea conocida,

hay otras más propias de un determinado sexo. Cuando una relación se estabiliza, las parejas tienden a dejar de utilizar el preservativo, al interpretar su uso como un elemento de desconfianza en la relación, que la mujer se encuentra en desventaja de poderlo negociar.

Los factores de desigualdad que intervienen en los encuentros afectivos y sexuales se intensifican en los contextos de exclusión social y/o pobreza. Debido a las desigualdades de oportunidades en el mercado laboral, una vía alternativa para muchas mujeres es la prostitución o el trabajo sexual. Sin entrar en el análisis de su definición, el hecho de intercambiar sexo por dinero, regalos, favores, seguridad o para pagar droga y deudas contraídas con las redes organizadas de tráfico de mujeres y de inmigración ilegal pone a las mujeres en un riesgo especial de adquirir la infección por el VIH o por otras ITS (García-Sánchez, 2003; García-Sánchez, 2004 European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS, HIV/AIDS, 2001).

Las mujeres jóvenes en riesgo de exclusión social son especialmente vulnerables a las ITS y a tener embarazos no deseados como resultado de las presiones sociales, económicas y de género a las que tienen que hacer frente en sus encuentros sexuales. Junto a los factores de riesgo asociados a la juventud, han de afrontar otros factores adicionales de vulnerabilidad, como la falta de educación o la falta de apoyo familiar y social, que puede privarlas de un apoyo afectivo esencial a la hora de prevenir las prácticas de riesgo. vulnerabilidades diferenciadas para hombres y mujeres, muchas de las cuales son consecuencia del proceso por el cual la sociedad dicta diferentes pautas de comportamiento a cada uno de los géneros, como se verá más adelante. Aquí, sin embargo, hablaremos específicamente de aquellas vulnerabilidades que afectan a las mujeres, ya que consideramos importante, además de hacer visible su especificidad, poder identificar algunas de las determinantes de estas vulnerabilidades, asociadas al hecho de pertenecer al sexo y al género femeninos. La

vulnerabilidad de las mujeres tiene múltiples rostros: biológico, epidemiológico, social y cultural.

Para el caso de la vulnerabilidad biológica se ha comprobado que en las relaciones heterosexuales la mujer es de 2 a 4 veces más vulnerable a la infección por el VIH que el hombre, porque la zona de exposición al virus durante la relación sexual es de mayor superficie en la mujer, porque la carga viral es mayor en el semen que en los fluidos vaginales, y porque las infecciones de transmisión sexual (ITS) (co-factores de infección por el VIH) son más frecuentemente asintomáticas y no tratadas en la mujer que en el hombre (García, 1995). lo que debilita la mucosa vaginal permitiendo la entrada del virus, más aún en las adolescentes, cuyo aparato genital todavía está inmaduro.

Epidemiológicamente los patrones de formación de pareja vigentes en la gran mayoría de las sociedades llevan a que mujeres más jóvenes mantengan relaciones sexuales y establezcan pareja con hombres de mayor edad, lo que hace que dichas mujeres estén en un riesgo mayor de infectarse por el VIH y demás ITS, debido a que practican sexo desprotegido con hombres de una franja de edad en la que son más elevados los niveles de prevalencia del VIH e ITS.

Adquirir o evitar una infección por el VIH u otra ITS es más complejo para las mujeres que para los hombres. Las circunstancias en que las mujeres tienen relaciones sexuales varía según su propio contexto: cultural, estado socioeconómico, edad, preferencia sexual, entorno rural o urbano, país desarrollado o no desarrollado, religión, y según su propia relación de pareja. Ciertas características, como el sexo de su pareja, la duración de la relación (casual o estable), los motivos de ésta (amor, dinero, protección, drogas), el deseo de tener hijos, la elección del método anticonceptivo, la naturaleza y las circunstancias del acto sexual (planificado o no, consentido o con violencia), afectan a las decisiones y habilidades para protegerse de la infección (Planes, Gras, Soto y Font-Mayolas, 2000; Gayet, 2002; García-

Sánchez., 2004; European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS, HIV/AIDS, 2001).

La epidemia del VIH/SIDA tiene, cada vez más, rostro de mujer. Las construcciones culturales de género hacen que las mujeres enfrenten más frecuentemente inequidades, pobreza y violencia, esto las hace más vulnerables a la epidemia. Al analizar los vínculos entre VIH y violencia contra la mujer, se encontró que el sexo y las relaciones de género de las personas determinan tanto su nivel de vulnerabilidad ante la infección del VIH como sus posibilidades de obtener atención médica y acceder a un tratamiento. El bajo estatus social de las mujeres, los estereotipos, el poco acceso a la información, la falta de educación sexual y otras oportunidades de vida, limitan sus capacidades de negociar relaciones sexuales seguras. Por lo tanto, aumentan el riesgo de infección. Estas situaciones de desigualdades sociales, económicas y legales se reflejan en una feminización de la epidemia.

La prevención de la transmisión siempre forma parte de las discusiones sobre como prevenir la propagación del VIH, SIDA, pero muchas veces no se aborda desde un enfoque de género, que toma en cuenta los derechos humanos de las mujeres. Siendo la población femenina de la Escuela Internacional de Educación Física y Deporte procedente de 82 países con una realidad bien diferente a la cubana, y atendiendo a una prevalencia elevada en algunas ITS, se hace preciso explorar desde un enfoque de género, la percepción del riesgo hacia el contagio por VIH.

## **OBJETIVOS**

Identificar la percepción de riesgo de contraer la infección por VIH entre las estudiantes de la Escuela Internacional de Educación Física y Deporte, a través de la exploración de conocimientos, comportamientos y actitudes.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

### **Clasificación de la investigación.**

El presente estudio es una investigación cualitativa, realizada con la técnica de entrevistas a profundidad mediante la técnica cualitativa de grupos focales, como forma de búsqueda de consenso a 46 estudiantes del sexo femenino de la EIEFD, que cursan de 3er y 4to años de la carrera, aspirantes al curso electivo 'Epidemiología de las ITS y el VIH SIDA'.

### **Técnicas y procedimientos**

Con el propósito de conocer desde la narrativa de los jóvenes y de indagar de manera más profunda en los conocimientos, actitudes y percepción de riesgo, se aplicó como técnica los grupos focales, por permitir descubrir la lógica argumentativa utilizada en relación con la infección por el VIH - SIDA, al mismo tiempo que permite observar a varios actores sociales interactuando y elaborando en esa interacción los significados sociales relativos al tema de estudio. Se trabajó con 5 grupos focales de 8 estudiantes cada uno y 1 de 6 estudiantes, cuya composición se logró de manera aleatoria por sorteo.

No se confeccionó un cuestionario con preguntas pre-establecidas, sino que se estableció un guión que sirvió de pauta para la exploración de los aspectos a estudiar y permitirle a los entrevistados que profundizaran voluntaria y arbitrariamente en el tema, indagando sobre las siguientes variables:

- Conocimientos generales sobre el SIDA.
- Actitudes frente al SIDA.
- Edad de las primeras relaciones sexuales.
- Conducta sexual de riesgo: Teniendo en cuenta- coito sin condón, cambio frecuente de pareja, sexo oral sin condón, uso de drogas inyectables.
- Vulnerabilidad a infección por el VIH: Posibilidad de padecer la enfermedad.
- Medidas preventivas para disminuir el riesgo de infección.

- Consecuencias sociales del SIDA

Concluida cada sesión de los grupos focales, se proporcionó información sobre la temática respondiendo a las dudas e inquietudes sobre el VIH- SIDA. Una vez obtenida la información correspondiente, se transcribió para su análisis agrupando las respuestas similares de modo de establecer categorías de análisis y determinar las ideas principales.

### **Ética**

Se le informó a las entrevistadas que a fin de conocer la percepción de riesgo de contraer VIH SIDA en estudiantes de la EIEFD, se estaba realizando una investigación en la que habían sido seleccionados. De este modo se obtuvo el consentimiento oral de los participantes.

## **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

La media de la edad de las estudiantes encuestadas fue  $22,4 \pm 0,56$  años. La distribución por países es la siguiente: 16 de África (34,7%) ,11 de Asia (23,9), 10 de América Latina (21,7%) y Caribe 9 (19,5%). (Tabla I)

**Tabla I Distribución por países de estudiantes participantes de los grupos focales. EIEFD .Curso 2008-2009.**

<b>Distribución por continentes</b>	<b>Número de participantes</b>	<b>%</b>
África	16	34.7
Asia	11	23.9
A. Latina	10	21.3
Caribe	9	19.5
Total	46	100

-Conocimientos generales sobre el SIDA.

Respecto a los conocimientos generales sobre el SIDA, la totalidad de las participantes contaban con suficiente y adecuada información sobre las generalidades de la infección por VIH.

El 100% de las jóvenes reconoció al VIH como el agente causal de la enfermedad. Todos ellos admitieron que el VIH es capaz de infectar a cualquier persona, en tanto la mayoría sabía que es una enfermedad que destruye el sistema inmunitario y que es una enfermedad letal.

El total de las participantes manifestó saber cómo se transmite el virus del SIDA. Sin embargo, un tercio del total sólo reconoce como vía de transmisión la relación sexual con penetración vaginal, no así el sexo oral ni el anal. La mayoría identificó sin problemas las vías de transmisión. La totalidad refiere que el uso de agujas infectadas puede ser un forma de adquirir la infección, y muy pocas reconocieron como posible la vía de transmisión vertical (materno infantil) además de la sexual: la mayoría afirmó que durante el embarazo la madre infectada no puede transmitir el virus a su bebé y algunas expresaron que no sabían.

#### -Actitudes frente al SIDA.

El 100% de las estudiantes considera necesario que se hable de la prevención del VIH en las escuelas. El 100% de las estudiantes asiáticas, refiere que no contaron con información en las escuelas de sus países de origen y que en el seno familiar no se abordan estos temas. Las estudiantes de países islámicos manifestaron su acuerdo en que se hable libremente de sexualidad, pero consideran imposible que se haga en sus países por consideraciones religiosas en las que el Islam considera como tabú el tema de la sexualidad.

La mitad de las estudiantes coincidió en considerar culpables a las personas infectadas con el VIH, en tanto la otra mitad lo califica como “mala suerte” o “exceso de confianza”. De las 46 participantes 32 manifestaron tener contacto con personas que viven con el SIDA, en

tanto el resto lo admitió con evidentes señales de vergüenza, lo que apunta claramente al estigma que representa la enfermedad en sus países de origen. .

En caso de infectarse con el virus, la mayoría declaró estar de acuerdo en no ocultarlo, en tanto las restantes consideraron que no les gustaría que este hecho saliera del círculo de algunos familiares y amistades muy íntimas. Al indagar acerca de las causas, explicaron que sus países las personas infectadas son despreciadas y discriminadas.

-Edad de las primeras relaciones sexuales: La media de inicio de relaciones sexuales es de 15,06 años.

-Conducta sexual de riesgo: Teniendo en cuenta- coito sin condón, cambio frecuente de pareja, uso de drogas inyectables.

La proporción global de la práctica de relaciones sexuales protegidas (uso de condón) fue mayoritaria en las jóvenes, que refirieron exigirlo a sus parejas en su mayoría en caso de tener relaciones casuales o con personas no confiables, en tanto muy pocas los utilizan siempre. Al indagar acerca de la temática desde la experiencia de sus países, la mayor parte de las jóvenes admitió que los jóvenes aún conociendo los riesgos, no se utilizan preservativos por distintos motivos: se asimilan con el mundo homosexual, por cuestiones morales o religiosas, por incomodidad, por ser caros, no les importa su uso, por una conducta irresponsable de riesgo, por rechazo de la pareja, implican infidelidad o bien por falta de comunicación. En general, no consideraron siempre necesario el uso del condón con una pareja estable, en tanto sí apoyaron la idea de optar por ese tipo de comportamiento con una pareja ocasional, lo cual indica que no hay alta percepción del riesgo en caso de monogamia serial (monogamia con parejas afectivas sucesivas). Hay que destacar que la totalidad de las mujeres concedió especial importancia al rol del condón como método anticonceptivo y algunas de ellas le concedieron aun mayor valor en esta función, que como forma de prevenir la infección por VIH e ITS, lo que apunta hacia la idea de que la posibilidad de un embarazo

no deseado, siendo un riesgo menos grave e irreversible que la posible infección por el VIH, resulta más inmediato que éste.

La mitad de las mujeres no consideró necesario exigir el uso del condón a sus parejas por ser según ellas “muy estables sexualmente” y tener parejas confiables. Otras coincidieron en expresar “que sienten timidez o temor a que se pierda la magia del momento al pedir al compañero que use el condón”. Sólo unas pocas declararon exigir el uso del condón a sus parejas “por ser el sexo asunto de dos”. Las que refieren no tener vida sexual activa, consideran que no les es necesario. Resulta de interés el que un número considerable de encuestadas declarara no tener nada que temer por no tener una conducta sexual activa.

La totalidad de las encuestadas consideró la promiscuidad como una conducta de riesgo. La mitad de ellas refirió haber tenido tres o más parejas sexuales en el último año. Muy pocas no pudieron precisar el número de parejas sexuales, en tanto la mitad refiere tener pareja estable, aunque el concepto de estabilidad no es uniforme en los grupos, arrojando un tiempo aproximado con la misma pareja de 3-6 meses. Resultó significativo el hecho de que casi la mitad de las participantes en esta investigación refirió haber tenido síntomas sugestivos de ITS alguna vez en su vida sexual activa, mientras que la mayoría percibió no tener algún riesgo de adquirir una enfermedad de transmisión sexual con su vida sexual actual.

Todas las encuestadas condenaron el uso de drogas, y consideraron el uso de jeringuillas infectadas como causa de transmisión del VIH.

#### -Vulnerabilidad a la infección por el VIH.

Se exploró mediante la situación problemática: “En comparación con las demás estudiantes de mi mismo sexo y edad, mis posibilidades de sufrir el SIDA están...”, obteniéndose en más de la mitad de las respuestas, que estaban por debajo de la media,

mientras que sólo 6 estudiantes refirieron estar por encima de la media y el resto se consideró con igual probabilidad que los demás.

La mayoría coincide en afirmar que sí creen que pueden adquirir el virus, pero que en el fondo no lo aceptan. Declaran que una conducta sexual irresponsable, puede conducir a la infección, pero mantienen un sentimiento de vulnerabilidad: "...a mí no puede sucederme". La mayoría considera que prostitutas y homosexuales son las personas más expuestas a contraer la infección, aunque piensan que cualquiera puede infectarse. En cuanto a la presión social sentida, expresaron que resulta importante la opinión del grupo y las amigas(os) más cercanos, que pesa mucho más que muchos carteles con mensajes anti SIDA juntos.

#### -Medidas preventivas para disminuir el riesgo de infección.

En sentido general debido a que la medida de prevención más validada por las personas es el uso del preservativo, se cuestiona su utilización producto de las divergencias al momento de decidir quién lo porta y/o quién lo exige, etc.

Las jóvenes expresaron que los hombres toman como medida, la abstinencia sexual con otras personas que no es su pareja estable, en tanto ellas acuden a la utilización del juego erótico como medida de evitar tener relaciones sexuales. La totalidad se refirió a escauceos amorosos en los que no se produce la penetración, pero encaminada a evitar el embarazo. La posibilidad de protegerse radica en percepciones de autoeficacia: Pensar en lo que se está haciendo, tener conciencia y mantener el control de la relación, es el rol que las muchachas se adjudican. Los jóvenes reconocen como eficaces la abstinencia, uso del condón y la fidelidad. También consideraron otras acciones preventivas como el uso de agujas estériles; transfusión de sangre segura y no exponerse a modas que te pongan en riesgo como los tatuajes y las perforaciones.

La totalidad de las estudiantes coincidió en afirmar que desde su llegada a Cuba han conocido de una fuerte campaña para la prevención del contagio por VIH SIDA. Un número

considerable considera que no debe ser del todo eficaz en tanto cada día se contagian nuevas personas. De igual modo expresaron que los que deberían ser más educados en estos temas son los padres, a quien las campañas deberían dedicarles un buen espacio. La mayoría de las muchachas refiere que las campañas no son sólo lo que se necesita para prevenir el riesgo de infección, sino también el que se hable de temas en casa y que ello forme parte de la educación a recibir por los padres. Todas las estudiantes asiáticas y algunas africanas musulmanas explicaron que en sus culturas el hablar de sexo y sexualidad es algo tabú y que en general lo que han aprendido ha sido en la universidad al contactar con otras culturas “más abiertas”, en este sentido.

Como forma de prevenir la infección también sugieren la abstinencia, cosa que reconocen poco factible, y por ello, la fidelidad. Pero sobre todo concluyen que los mejores métodos de prevención son la educación desde la escuela o desde la familia, la información desde organizaciones o sitios web y las conversaciones entre jóvenes, de igual a igual, con las mismas vergüenzas y dudas sobre el tema.

#### -Consecuencias sociales del SIDA

La principal forma en que se sienten amenazados es por rechazo social y discriminación. La totalidad concuerda en afirmar en que el SIDA trunca las expectativas y las metas de las personas, que se marca el final del camino, la destrucción de las esperanzas. Una estudiante lee en voz alta una anotación tomada de la película “Filadelfia” y que según ella resume el trato que en lo sucesivo tendrá el enfermo de SIDA.:”....”. La mayoría de los latinoamericanos y caribeños afirman que resulta una enfermedad temible porque además de los padecimientos físicos hay que exponerse a la discriminación y al rechazo. Los africanos y asiáticos concuerdan, pero de una manera más débil.

## CONCLUSIONES

La percepción del riesgo incluye diferentes elementos que deben considerarse en conjunto para comprender cómo los individuos y los grupos sociales los perciben. La interculturalidad, condición que se da en sociedades conformadas por distintos grupos sociales, raciales y culturales, es un factor a tener en cuenta en el análisis de la percepción de riesgos por infección al VIH SIDA en la Escuela Internacional de Educación Física y Deportes.

Existe una baja percepción de riesgo para la infección, dada por:

- Criterio de no llevar una vida sexual activa, situación que dificulta la labor de prevención;
- Desestimación de la importancia del uso del condón como medio de prevención de la infección por el VIH.
- No considerar como comportamiento de riesgo el no uso de condón en la monogamia serial.

Los datos obtenidos sobre vulnerabilidad a la infección por el VIH permitieron comprobar el fenómeno del sesgo optimista descrito por Weinstein (1982) en sus trabajos. Hay una total subestimación de los riesgos cuando se tiene la sensación de que se controlan.

A través de la vulnerabilidad percibida no fue posible predecir el grado de preocupación por la posibilidad de padecer el SIDA, pudiendo entonces afirmarse que las encuestadas no suelen detectar el elevado riesgo que supone la llamada monogamia serial, y se muestran favorables a mantener relaciones sexuales sin preservativo en esas circunstancias, en mayor medida que con una pareja ocasional. Se aprecia cómo el ejercicio de la sexualidad femenina, está limitado. Finalmente, la sexualidad femenina está muy fuertemente marcada por las nociones del amor romántico, no sólo en la juventud sino también en la madurez. Con la idealización del enamoramiento muchas mujeres legitiman sus deseos sexuales, y dan a la

sexualidad un significado afectivo y a veces "irracional", que en muchas ocasiones impide un ejercicio más libre y responsable de la sexualidad. Al hablar de negociación del uso del condón muchas veces se asume que las mujeres, a diferencia de los hombres, siempre quieren usarlo. Sin embargo, el ejercicio de la sexualidad basado en la noción de amor romántico implica, para muchas, un ideal de amor sin condiciones ni infidelidades por lo que el condón es visto como señal de pérdida de confianza en la pareja, haya o no fundamentos para tenerla. Para otros la sexualidad implica renuncia, sufrimiento y desigualdad como constitutivos del lugar de lo femenino.<sup>23</sup> Estos factores agravan el problema de la falta de conciencia de riesgo en las mujeres, en especial las monógamas que basan su ideal de vida en el ideal de la pareja estable, la confianza y la supuestamente mutua fidelidad. El resultado es la imposibilidad de pensar en la necesidad de sexo más seguro y menos aún de practicarlo. Apropiarse del propio cuerpo y de sus deseos es fundamental para establecer relaciones de mayor reciprocidad entre hombres y mujeres, y para adoptar conductas preventivas.

Otro aspecto a destacar es que está presente la creencia generalizada de que la mujer debe, necesariamente, tener relaciones sexuales en el contexto de una relación establecida como romántica, es decir, el propio placer debe estar supeditado a la existencia de lazos afectivos y de significatividad para ser validada. En tales circunstancias, son muchas las jóvenes que viven la paradoja de no poder exigir a sus parejas, ya sean estas estables o esporádicas, el uso de medidas precautorias frente a la enfermedad, ya que sería quitarle el componente de confianza y cercanía a la relación.

En general se presentó en las estudiantes una actitud favorable ante las personas que viven con VIH SIDA.

Los hallazgos de baja percepción de riesgo de VIH SIDA, señalan la necesidad de priorizar la población estudiantil de la EIEFD para realizar estrategias de prevención.

En verdad, nos encontramos frente a una oportunidad histórica. Cuarenta millones de personas infectadas en todo el mundo son un grito desesperado ante la necesidad de intervención eficaz, de trabajo en el ámbito comunitario e individual, de compromiso más allá de las barreras impuestas por los actores (a veces censores) morales y religiosos, de una enfermedad que dejó de ser exclusivamente de sectores parias de la sociedad (homosexuales, prostitutas, bisexuales, etc.) y pasó a constituir uno de los peligros mayores y latentes de la modernidad y que nos debe llevar a replantearnos la perpetuación de la especie humana.

## REFERENCIAS

- \_\_\_\_\_ (1987, Nov.), pp. 21-22. [www.psandman.com/articles/riskcomm.htm](http://www.psandman.com/articles/riskcomm.htm)
- Bayés R, Pastells S y Tuldrà A. (1996). Percepción de riesgo de transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en estudiantes universitarios (2). *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, (39), 24-31.
- Bayés R, Pastells S. y Tuldrà A. (1995) Percepción de riesgo de transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en estudiantes universitarios. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, (33), 22-27.
- Crimp, D. (1996). *AIDS: cultural analysis, cultural activism*. Cambridge: The MIT Press:.
- European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS, HIV/AIDS (2001). *Surveillance in Europe (Mid year reports, n.o o 64-66)*, Saint Maurice: Eurohiv, France.
- Federación de Planificación Familiar de España. (2000). *Conclusiones del IV Seminario internacional sobre la salud de las mujeres y la cooperación al desarrollo*. Madrid: Federación de Planificación Familiar; 2000.
- García, D. (1995). *La discordia del sida: cómo se piensa y se habla acerca de un virus*, Madrid: Anaya

- García-Sánchez, Van Mens, (Ed.) (2003). *Best practices in HIV & STIs prevention for women in Western Europe*. Utrech: Platjin Casparie
- García-Sánchez. (2004, Mayo). Diferencias de género en el VIH/SIDA. *Gac Sanit* v.18, supl.2 Barcelona.
- Gayet C. (2002). La influencia de la cultura sobre la protección sexual: estereotipos de género y uso de condón entre jóvenes universitarios mexicanos. Sandman, P.M. Risk communication: Facing public outrage, *EPA Journal*,
- Kamb M, Wortley P. (2000). Human immunodeficiency virus and AIDS in women. En: *Women and health*. London: Academic Press.
- Parlamento Europeo. (2002). Informe sobre salud sexual y reproductiva y los derechos en esta materia. Final A5-0223/2002. RR/471232ES.doc. Comisión de Derechos de la Mujer e igualdad de oportunidades. Bruselas: Parlamento Europeo.
- Planes M, Gras ME, Soto J. y Font-Mayolas S. (2000). Percepción de riesgo y comportamientos heterosexuales relacionados con la prevención del sida en jóvenes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26 (107): 365-389.
- Planes, M et al. (2005/2006). Cambios en las percepciones de riesgo frente al SIDA de los estudiantes universitarios durante la última década. *C. Med. Psicosom*, N° 76/77 -
- UNAIDS (2002). Report on the global HIV/AIDS epidemic. Geneve: UNAIDS.