

**UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE  
FACULTAD DE MEDICINA  
INSTITUTO DE ENFERMERIA MATERNA**



**PERCEPCIONES DE LOS ROLES DE GÉNERO Y SU INFLUENCIA EN LA SALUD  
SEXUAL DE MUJERES ESTUDIANTES DE INGENIERÍA DE LA UNIVERSIDAD  
AUSTRAL DE CHILE**

Tesis presentada como parte de los  
requisitos para optar al **GRADO DE  
LICENCIADA EN OBSTETRICIA Y  
PUERICULTURA.**

**DANIELA SILVANA NÚÑEZ HERNÁNDEZ  
VALDIVIA – CHILE  
2007**

## **COMISIÓN EVALUADORA**

PROFESORA PATROCINANTE

SRA. Debbie Guerra Maldonado

FIRMA

PROFESORA INFORMANTE

SRA. Marta Santana Soto

FIRMA

PROFESORA INFORMANTE

SRA. Juana Romero Zambrano

FIRMA

**FECHA DE APROBACIÓN**

## ÍNDICE.

<b>CONTENIDO</b>	<b>PÁGINAS</b>
<b>RESUMEN</b>	
<b>SUMMARY</b>	
<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>2. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>4</b>
2.1 Salud sexual.....	4
2.2 Salud sexual de la mujer.....	6
2.3 Género.....	10
2.4 Rol de género.....	11
2.5 Masculinidad, patriarcado y machismo.....	12
2.6 Situación del género en la Educación Superior.....	14
2.7 ¿Cómo los roles de género ponen en riesgo la salud sexual de las mujeres.....	16
<b>3. MATERIAL Y MÉTODO.....</b>	<b>20</b>
3.1 Diseño metodológico.....	20
3.2 Diseño de la muestra y población.....	21
3.3 Criterios de inclusión.....	22
3.4 Técnicas de recolección de información.....	22
3.5 Dimensiones y categorías de análisis.....	24
3.6 Procesamiento y análisis de los datos.....	24
3.7 Validez y Confiabilidad.....	25

<b>4. DISCUSIÓN Y RESULTADOS.....</b>	<b>27</b>
4.1 Salud sexual: la asimilación biomédica.....	27
4.2 Rol de género femenino.....	29
4.3 Rol de género masculino.....	36
4.4 Roles dentro de la relación.....	42
4.5 VIH/SIDA, ITS y métodos anticonceptivos.....	50
4.6 Percepción de riesgo ITS y VIH/SIDA.....	58
4.7 Toma de decisiones en salud sexual.....	65
4.8 Factores que influyen en la expresión sexual de la mujer.....	70
4.9 Acceso a la educación, información y atención en salud sexual.....	76
<b>5. CONCLUSIONES.....</b>	<b>81</b>
<b>6. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>87</b>
<b>7. ANEXOS.....</b>	<b>96</b>
ANEXO 1 Declaración de los derechos sexuales de la asociación mundial de sexología.....	96
ANEXO 2 Acta de consentimiento informado para la investigación.....	98
ANEXO 3 Entrevista individual semiestructurada.....	99
ANEXO 4 Guía para las entrevistas en profundidad.....	101

## RESUMEN

El propósito de este estudio es analizar las percepciones que tienen las estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Ingeniería de la Universidad Austral de Chile, sobre los roles de género, en su relación de pareja heterosexual, y su influencia en la salud sexual. La investigación se realizó bajo el enfoque de la metodología cualitativa exploratoria, descriptiva y transversal. El método utilizado fue estudio de casos, mediante una muestra intencionada no probabilística. Para la recolección de información se aplicó la entrevista semiestructurada y en profundidad a un total de 9 informantes.

Las estudiantes expresan relatos contradictorios sobre la percepción de los roles de género en la relación de pareja y en la sociedad, planteando una crisis de la valorización del rol femenino.

Los significados que las informantes atribuyen a la salud sexual son básicamente fundados en el aspecto biomédico de este concepto. Los conocimientos sobre VIH/SIDA son suficientes sólo en algunos aspectos y aún persisten mitos. Los conocimientos sobre las ITS (Infecciones de transmisión sexual) son escasos y la percepción de riesgo de VIH e ITS es baja dentro de la relación en pareja, pues ellas ven en la confianza una medida de protección, por lo mismo el uso del preservativo es bajo y sólo con el fin de prevenir el embarazo.

La toma de decisiones de estas mujeres en el ámbito de la salud sexual está limitada al aspecto reproductivo. Los factores que influyen en la expresión de la sexualidad están modulados, firmemente, por la presencia de roles de género hegemónicos y de una comunicación empobrecida en la pareja derivada de la falta del autocuestionamiento por parte de las mujeres. La percepción de las estudiantes acerca de la información, educación y atención en salud sexual es de baja a nula en la Universidad, lo cual las hace sentir invisibilizadas por las autoridades de esta institución.

Esta investigación demuestra la directa influencia de la percepción de los roles de género en la salud sexual de estas mujeres y plantea la posibilidad para los/las profesionales matrona/matrón de crear nuevas estrategias con perspectiva de género para la prevención de conductas sexuales de riesgo.

Palabras claves: Rol de género, salud sexual, universitarios, percepción de riesgo.

## SUMMARY

The purpose of this study is to analyse the perceptions that the Engineering Sciences students from Universidad Austral de Chile have about gender roles in their heterosexual partner relationships and the influence of these roles on sexual health. This research was carried out using an exploratory, descriptive, and transverse qualitative methodology approach. A study case using a deliberate non probable sample was used for this research. An in-depth semi-structured interview was applied to 9 informants to collect the information.

The students give contradictory accounts of events concerning their perceptions of gender roles within partner relationships and society, stating a crisis in the value of the feminine role.

The importance the informants attribute to sexual health is basically founded on the biomedical aspect of this concept. What is known about HIV/AIDS is enough in some aspects; however, some myths still persist. The knowledge about STD (Sexually Transmitted Diseases) is scarce and the perception of being at risk of HIV and STDs is low in partner relationship, for they see in confidence a protective measure. Thus, the use of condom is low and only with the purpose of preventing pregnancy.

The decision making of these women in the sexual health scope is restricted to the reproductive aspect. Factors that influence on the expression of sexuality are strongly modulated by the presence of hegemonic genre roles and impoverished communication in the couple; all this stemmed from the lack of self-questioning on the part of women. The perception female students have about information, education, and medical attention regarding sexual health is low or non-existent on campus, making them invisible in the presence of the authorities.

This research proves the direct influence of genre role perception on the sexual health of these women, and poses the possibility for obstetrician-gynaecologists to create new strategies, with gender outlooks, in the prevention of risky sexual behaviours.

Key terms: Gender role, sexual health, university students, risk percpetion.

## 1. INTRODUCCIÓN

El propósito de este estudio es analizar las percepciones que tienen las estudiantes de carreras de Ingeniería de la Facultad de Ciencias de la Ingeniería de la Universidad Austral de Chile, sobre los roles de género en su relación de pareja heterosexual y su influencia en la salud sexual.

El estudio de la salud con perspectiva de género facilitó el abordaje de la situación de vulnerabilidad que vive la mujer en el ámbito de la sexualidad, pues permitió visibilizar la relación existente entre las construcciones sociales de lo femenino y lo masculino y la salud de la mujer. Tal como lo señala REPRODUCTIVE HEALTH OUTLOOK (RHO) (s/f). *Los roles los derechos, las responsabilidades y el lugar asignado a la mujer dentro de una sociedad son situaciones que dejan a las mujeres vulnerables frente a las relaciones sexuales no deseadas y sin protección, a una alimentación deficiente, y al abuso físico y psicológico; también limitan el acceso de las mujeres a la atención de salud.*

Chile no está ajeno a esta situación. Las problemáticas que existen a nivel nacional en materia de sexualidad y reproducción están condicionadas no sólo por carencia de información, tienen que ver, predominantemente, con la construcción cultural de roles sexuales femenino y masculino, lo que otorga desigual poder a mujeres y hombres para tomar decisiones sobre su sexualidad, su vida reproductiva y su cuerpo, que es el lugar en que ambas se realizan (SERVICIO NACIONAL DE LA MUJER d).

El rol de género hegemónico masculino en nuestra sociedad está representado por el machismo, el que, según Mafud (citado por MORA *et al* 1998), es definido como *la actitud que prevalece en parte de la población latino- americana, que consiste en considerar a los hombres como superiores a las mujeres y con autoridad sobre ellas.* Este modelo de masculinidad imperante ha sido relacionado con múltiples problemas de salud sexual en las mujeres.

Por lo tanto resulta importante indagar acerca de cómo influyen los roles de género sobre la salud sexual en mujeres estudiantes de ingeniería, en un ambiente que, según las construcciones sociales de género, ha sido considerado como terreno masculino durante siglos y que sólo recién en las últimas décadas se está dando apertura a la matrícula femenina.

La investigación está enmarcada en el enfoque cualitativo, con el fin de analizar los conocimientos, percepciones, significados, creencias, valores y vivencias de las estudiantes de ingeniería, y así poder adentrarnos en las subjetividades e individualidad de la sexualidad de estas mujeres. Este trabajo permitirá conocer la realidad local, ya que se realizará en la Facultad de Ciencias de Ingeniería de la Universidad Austral de Chile, en la ciudad de Valdivia. En este contexto se plantean los siguientes objetivos:

### **1.1 OBJETIVO GENERAL.**

- Analizar las percepciones que tienen las estudiantes de carreras de Ingeniería de la Facultad de Ciencias de la Ingeniería de la Universidad Austral de Chile, sobre los roles de género en su relación de pareja heterosexual y su influencia en la salud sexual.

#### **1.1.1 Objetivos específicos.**

- Describir los significados y creencias que tiene la población en estudio sobre la salud sexual.
- Describir las creencias y valores que asigna la población en estudio al rol de género femenino y masculino.
- Describir la percepción, de la población en estudio, sobre los roles de género en su relación de pareja heterosexual.
- Identificar los conocimientos, percepción de riesgo y la toma de decisiones en materia de iniciativa en relaciones sexuales, Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH-SIDA y métodos anticonceptivos de la población en estudio.
- Identificar los conocimientos y la toma de decisiones en materia de métodos anticonceptivos de la población en estudio.
- Describir factores que influyen en la expresión sexual, de la población en estudio, tales como deseo y excitación sexual, orgasmo, consentimiento, presencia de presión y violencia sexual y dolor o molestias durante o después del coito.



- Describir la percepción, de la población en estudio, sobre el acceso a educación, información y atención en salud sexual dentro de la Universidad Austral de Chile.

La investigación es de corte exploratoria, ya que no se ha indagado con respecto a la influencia del género sobre la salud sexual en la Universidad Austral, menos aún en estudiantes de Ingeniería. Es descriptiva y transversal y se realizará mediante el estudio de casos. La muestra es intencionada no probabilística y fueron seleccionadas 7 de las 8 escuelas de la Facultad de Ingeniería (la octava es arquitectura), por lo tanto es una muestra representativa. La validez del estudio está dada por la triangulación de los resultados y la confiabilidad por la retroalimentación directa de los sujetos de investigación.

Los resultados de este estudio proporcionan información clave acerca de las actitudes hacia la sexualidad influenciadas por el género en las mujeres universitarias y las repercusiones que puede acarrear para estas estudiantes, combinando un plano conocido dentro del rol profesional de la matrona/matrón con uno emergente, en el cual se podrán cimentar bases para la creación de nuevas estrategias con perspectiva de género, para la prevención de conductas sexuales de riesgo. Además permite visibilizar las necesidades en salud sexual de este grupo de mujeres, las cuales son específicas de acuerdo al contexto en el que viven y expresan su sexualidad, pudiéndose desarrollar acciones que apunten directamente a la satisfacción de sus demandas en este ámbito.

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1 SALUD SEXUAL

En la última década, la OMS desarrolló los conceptos de salud reproductiva y salud sexual, los cuales fueron aprobados en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994), y ratificados en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995). En 1995 la OPS integra ambos conceptos. (CENTRO DE DIAGNÓSTICO E INVESTIGACIONES CEDIP, 2002)

Luego de numerosas transformaciones, en el año 2002 la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó una definición refinada: “Salud sexual es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es meramente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos”, por lo tanto, como señala la OMS y la ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) (2000) “la protección de la salud es un derecho fundamental del ser humano, es obvio que la salud sexual conlleva derechos sexuales” (ANEXO 1).

La CONFEDERACIÓN PARLAMENTARIA DE LAS AMÉRICAS (COPA) y la COMISIÓN DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (2006) señalan que en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) celebrada en El Cairo, los países, declararon que la salud y los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos fundamentales para el desarrollo, la meta era lograr hacia el año 2015 el acceso universal a los servicios de salud reproductiva y la información en relación al tema. Esta misma autora señala que, entre otros conceptos básicos, se tendrán en cuenta en la formulación de políticas el derecho esencial de la mujer de asumir el control y tomar decisiones en cuanto a su cuerpo y su sexualidad.

La preocupación en salud sexual de la OMS y la OPS (2002) se centra principalmente en 3 tópicos:

- **Pandemia del VIH/SIDA.** Las inquietudes y los problemas relacionados con la salud sexual repercuten en diversas ramas de la actividad humana tanto en el plano personal como social. La pandemia del VIH/SIDA ha puesto de relieve la extrema gravedad de las infecciones de transmisión sexual. Cada año, muere un millón de personas como resultado de las infecciones del aparato reproductor, tales como las infecciones de transmisión sexual (ITS) distintas del VIH/SIDA. Se ha calculado que es posible que cada año ocurran en el mundo 333 millones de casos nuevos de infecciones de transmisión sexual.
- **Violencia.** En el Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993 del Banco Mundial se calculaba que las mujeres entre 15 y 44 años de edad pierden una cantidad significativa de años de vida saludables (DHYL) a causa de las violaciones y la violencia doméstica, lo cual puede estar relacionado con la inequidad de género y el comportamiento irresponsable. Las víctimas de la violación son nueve veces más propensas que aquellas que no son víctimas, a cometer suicidio y a sufrir de depresión grave. Además, entre 50 y 60 por ciento de las víctimas sufren de disfunción sexual, incluido el temor al acto sexual y problemas de excitación sexual.
- **Disfunciones sexuales.** Recientemente, se ha puesto de relieve el problema de los síndromes sexuales. En Estados Unidos, se ha notificado una prevalencia del 43 por ciento para las mujeres y del 31 por ciento para los varones. Las disfunciones sexuales se han correlacionado con niveles más bajos de calidad de vida, así como también con otros problemas de salud tales como: cardiopatías, hipertensión, diabetes, medicamentos utilizados para tratar tales padecimientos e índices elevados de enojo y depresión.

Es muy importante señalar que además de los problemas urgentes en salud que ha detectado la comunidad internacional, la definición de salud sexual tiene como componente la obtención de placer y otros tópicos que comprenden una sexualidad sana:

- Aptitud para disfrutar de la actividad sexual y reproductiva, amoldándola a criterios de ética personal y social.
- Ausencia de: temores, sentimientos de vergüenza y culpabilidad, de creencias infundadas, otros factores psicológicos que inhiban la reactividad sexual o perturben las relaciones sexuales.
- Ausencia de trastornos orgánicos, de enfermedad y deficiencia que entorpezcan la actividad sexual y reproductiva. (HAMEL, 2006)

## 2.2 SALUD SEXUAL DE LA MUJER

Así como se impuso a las mujeres –y se las convenció- de que la palabra “hombre” era un concepto que hacía referencia al género humano (incluyendo amablemente a las mujeres), esta conducta continuó sobre otros aspectos de sus vidas como, por ejemplo, su sexualidad. (ORTIZ, 2003).

La salud sexual de la mujer está modulada por diversos factores que se encuentran arraigados en nuestra cultura, entre ellos, las diferencias de género. Así, la prohibición de búsqueda, de placer y de protagonismo a las mujeres, se concreta en su obediencia, en el cumplimiento de su dependencia, de su pasividad, de su falta de placer. (LAGARDE, 2001).

### 2.2.1 Factores que influyen en la expresión sexual.

El imaginario masculino sobre lo que debe ser la sexualidad femenina – o lo que espera de ella –, sumado al hecho de tener sólo el patrón masculino como la referencia de la sexualidad humana, ha dado como resultado una visión de la sexualidad femenina empobrecida y disfuncional. (ORTIZ, 2003).

Cuando los estándares de salud sexual se encuentran alterados, surgen las denominadas disfunciones sexuales. Una definición de éstas es la siguiente: “toda alteración persistente de los patrones normales de interés y de respuesta sexual” (Hawton, 1988, citado en CHARNAY y HENRÍQUEZ, 2003).

Un gran avance, ha sido la clasificación realizada por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) en 1994 -citado en NORAMBUENA (2005) - que ha agrupado los trastornos de respuesta sexual normal en cuatro tipos: 1. trastornos del deseo; 2. trastornos de la excitación; 3. falla orgásmica y 4 dolor sexual. Con esta clasificación Laumann *et al* (1999) -citado en NORAMBUENA (2005)-, encontró que 43% de las mujeres entre 18 y 59 años tienen trastornos de la respuesta sexual.

Según NORAMBUENA (2005) la sexualidad conceptualmente compromete no sólo procesos psicológicos sino que también orgánicos. Sin embargo, la clasificación de la APA se refiere sólo a aspectos psicológicos. El International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions desarrolló una nueva clasificación; mantuvo las cuatro áreas básicas y agregó dos más: Lubricación y satisfacción, según Basson *et al*, 2000, -citado por NORAMBUENA (2005)-.

En recientes investigaciones se ha encontrado una correlación positiva entre disfunción sexual y género. SANCHEZ-BRAVO *et al* (2005) estudiaron las relaciones de género y la disfunción sexual femenina en dos grupos: mujeres con disfunción y sin disfunción, y concluyeron que el rol de género de sumisión en la mujer, junto a otras variables están asociadas a la presencia de disfunciones sexuales femeninas.

En relación al trastorno del deseo, CHARNAY y HENRÍQUEZ (2003) realizaron un estudio cuantitativo sobre prevalencia del deseo sexual inhibido en mujeres en edad fértil, el cual demostró que un 34,9% de ellas presentan deseo sexual inhibido. En esta investigación también se señala que existe relación estadística significativa entre el deseo sexual inhibido y la satisfacción sexual y satisfacción afectiva en la pareja.

Esta relación entre satisfacción sexual y satisfacción afectiva en la pareja es un elemento común en todas las generaciones, según un estudio realizado por CASTRO *et al* (2005). Al momento de darle significado a la satisfacción sexual, las mujeres lo centran en el vínculo afectivo. Al mismo tiempo, se sacrifica el placer propio, pese a desear sentirlo, por conservar el vínculo y el objeto de amor. Los hombres privilegian mayoritariamente su propia satisfacción sexual y además necesitan la confirmación de su desempeño sexual para fortalecer el yo.

Estos mismos autores exponen que, en la pareja, es posible apreciar la preservación de mitos femeninos y masculinos en torno a la sexualidad; incapacidad de implantar estrategias dialógicas y de negociación efectivas; y la construcción social del hombre como sexualmente activo versus la mujer sexualmente pasiva, lo que lleva a situarlo como dominante en el campo de interacción.

Estos autores mencionan que la satisfacción de la sexualidad es experimentada y significada de forma distinta por las nuevas generaciones, y que las mujeres han tomado mayor conciencia de su sexualidad a un nivel intrapsíquico y de igual modo han comenzado a exigir sus derechos sexuales a nivel relacional. Sin embargo, estos autores plantean que aún se está lejos de una resistencia tajante de la mujer hacia los guiones socioculturales tradicionales y de un empoderamiento de su sexualidad, pues aún no han logrado adquirir autonomía sexual, debido a que fueron educadas bajo parámetros tradicionales de sexualidad.

En el libro “Los Discursos Contradictorios de la Sexualidad “, de Sharim *et al* (1996) -citadas por NORAMBUENA (2005)- las autoras analizan la complejidad de los factores que inciden en las prácticas y vivencias sexuales de las parejas y señalan que estamos en un tiempo de grandes y rápidas transformaciones culturales en el país. No se trata de un cambio absoluto en los roles que históricamente se han atribuido a hombres y mujeres. Dicen que más bien en cada hombre y mujer coexisten los viejos y los nuevos signos. Los actuales patrones de la

sexualidad son percibidos como una ampliación del modelo tradicional que no lo sustituyen ni los invalidan: es una suerte de cambio en la continuidad. Estructuras de roles fuertemente arraigadas y que hoy colocan especialmente a la mujer en un plano de permanente contradicción respecto de su sexualidad.

Las autoras citadas por NORAMBUENA (2005), señalan que ahora la mujer debe ser buena esposa, buena madre y buena amante, desarrollando una sexualidad capaz de gozar, seducir y satisfacer a su pareja. De lo contrario, cae sobre ella la más temida de las categorías: ser frígida. Todo esto, cuando aún se mantienen en el inconsciente colectivo mensajes como el entregado en 1984 por el entonces arzobispo de Santiago, Juan Francisco Fresno: “Toda mujer está colocada ante la alternativa de decidir, libremente, si prefiere ser Eva o María... “. Y frente a hombres que, también tocados por esta dicotomía, todavía no logran aclarar cuál es el rol que les toca jugar en este nuevo esquema de sexualidad.

### **2.2.2 Violencia sexual contra la mujer**

El grave problema de la violencia está presente de muchas formas en la realidad chilena. Los resultados de una investigación realizada por CALVIN Y TORO (2003) demostraron que un 55,8% de mujeres sufre de violencia conyugal. De ellas, un 22,7% declaró la presencia de una o más manifestaciones de violencia sexual y un 74,1% presentó diversas alteraciones en la salud. Las más altas incidencias corresponden en orden decreciente a: cefalea, palpitaciones y ahogos; colon irritable. En un segundo orden se ubican los problemas de salud sexual y reproductiva, la más alta proporción corresponde al embarazo no planificado (25.9%), le siguen el aborto espontáneo, las infecciones de transmisión sexual y el aborto inducido.

Referirse a la violencia en contra de las mujeres es abarcar un conjunto de hechos y situaciones vinculados a la condición femenina en el mundo actual. La falta de derechos en el plano de lo económico, social, político y cultural convierte a las mujeres en seres de segunda clase, dependientes y vulnerables frente a los demás (NORAMBUENA, 2005).

En relación a la violencia sexual, esta misma autora señala que existen estereotipos que se han repetido hasta el cansancio, el viejo estereotipo de que los varones buscan principalmente sexo y discontinuidad y las mujeres amor y continuidad, y que para ellas es la relación amorosa la que despierta su erotismo y se ubica como condición previa a la entrega. Se ha señalado que los contenidos del imaginario erótico femenino se expresan a través del placer, especialmente cuando está vinculado a la proyección de la relación en un continuo afectivo-sensorial, mientras que el imaginario erótico masculino se representaría a través de la pornografía, especialmente de la llamada dura, donde la violencia se muestra en forma directa, y el sometimiento hacia el falo se convierte en el tema central. En este contexto, la violación, como forma extrema de sometimiento, sería la manifestación del control masculino sobre la mujer,

acción que poco tiene que ver con el placer sexual en sí mismo, sino que expresa principalmente el goce por someter y humillar.

Entonces, la unión sexualidad y agresión en el imaginario erótico masculino está también enraizada con el dominio sobre la mujer y el poder o el impulso masculino a poseer, humillar, subordinar es una manifestación del erotismo. (NORAMBUENA, 2005).

La expresión de la sexualidad, sería, según Giddens (1992) -citado en NORAMBUENA (2005)-, una vía de acción directa en son de conseguir el placer masculino en base al sufrimiento y el sometimiento que logra de la mujer.

Rosenzvaig (2000) -citado por NORAMBUENA, 2005- señala que se ha escuchado globalizar estas confrontaciones llamándolas “luchas por el poder”, como si el poder fuese un atributo material o un trofeo a conquistar. Lo correcto sería referirse a una lucha de fuerzas colocada en un contexto de estrategias de dominación, donde la violencia gestual, verbal y emocional, representa las armas del enfrentamiento. El sexo puede ocupar un lugar privilegiado en este conflicto, y es evidente que el varón está mucho mejor preparado socialmente para el ejercicio sistemático de la violencia sexual, aunque este no sea un atributo de género excluyente.

En relación a lo anterior, se realizó un estudio en México, de metodología cualitativa con 155 jóvenes de secundaria y preparatoria por VILLASEÑOR-FARÍAS Y CASTAÑEDA-TORRES (2003) con el objetivo de analizar significados en torno a violencia sexual que tienen adolescentes escolares, en relación con esquemas de masculinidad y poder. Aquí se señala que los motivos de los hombres para ejercer violencia sexual plantean la polifuncionalidad de la violencia frente a la masculinidad, es decir, expresión de la naturaleza viril, espacio de construcción de la hombría, manifestación de poder, estrategia de empoderamiento, estilo de relacionamiento interpersonal y mecanismo para conseguir satisfactores.

### **2.2.3 Percepción de riesgo VIH SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)**

Según LAMEIRAS (1998), la percepción de riesgo en relación a la infección VIH supone la valoración personal que se hace de la vulnerabilidad al contagio, siendo primordial en el enfoque de prevención. Diversas investigaciones muestran diferencias por género en esta percepción, lo que podría acarrear consecuencias para la salud de las mujeres. Según VERA-GAMBOA *et al* (2006) los hombres jóvenes cuentan con información sobre el Sida, pero la falta de percepción de riesgo obstaculiza la labor de prevención. Esto se manifiesta en las altas tasas de transmisión de VIH/SIDA que prevalecen en la población.

NAVARRO *et al* (2003) también da cuenta de lo anterior en un estudio realizado con adolescentes y jóvenes entre los 15 y los 20 años, en el cual las mujeres temerían un embarazo y los hombres una Infección de transmisión sexual y el SIDA. La opción SIDA es, además, más señalada por los chicos que por las chicas de esta muestra.

En una investigación sobre la evolución de la percepción de riesgo de transmisión heterosexual de VIH (LAMEIRAS *et al*, 2002) se develó que, en contraste con el estudio anterior, las chicas son las que perciben mayor riesgo, pero continúa significativamente más baja en las relaciones sexuales enmarcadas dentro de las relaciones afectivas.

En relación a la percepción de riesgo de ITS, hay estudios que muestran una baja percepción en mujeres adolescentes de entre 16 y 17 años ya que el 88,3% percibió no tener algún riesgo de adquirir una enfermedad de transmisión sexual con su vida sexual actual. Sin embargo el 33% refiere haber tenido síntomas sugestivos de ITS y la proporción global de uso de condón fue de sólo el 23,4% (BLITCHTEIN-WINICKI *et al*, 2002).

### 2.3 GÉNERO

La aparición del término género se produce cuando ya existe un conjunto de investigaciones y reflexiones sobre la condición social de las mujeres; al introducir el concepto, se buscaba un ordenador teórico de los hallazgos y nuevos conocimientos a producirse, que tomara distancia del empleo acrítico, e históricamente empobrecido, de la categoría patriarcado, y que permitiera salir del empiricismo en que habían caído muchos de los informes de la investigación (DE BARBIERI, 1996).

LAGARDE (2001) define género como: *“Conjunto de cualidades biológicas, físicas, económicas, sociales, psicológicas, eróticas, políticas y culturales asignadas a los individuos según su sexo”*

También se encuentran en la literatura definiciones más elaboradas que relacionan género con aspectos de relación entre los géneros, tal como describen Figueroa y Liendro (1995) *et al* - citado por HARDY Y JIMÉNEZ (2001)-: *“Género puede ser definido como una categoría dinámica, construida socialmente, que tiene como base las diferencias sexuales biológicas. A partir de estas diferencias se determinan los papeles sociales de hombres y mujeres. El género es construido en un cuerpo que tiene un sexo definido y al que se le atribuyen características psicológicas, sociales y económicas, lo que resulta en acciones y comportamientos específicos, que casi siempre se traducen en relaciones de poder unilaterales: dominación masculina v/s sumisión femenina”*.



En resumen, género es una categoría compleja, que va más allá de lo meramente biológico o psicológico, comprende una dimensión construida socialmente dentro de la cual se articulan las relaciones de género y poder históricamente conocidas como una dualidad en que, siguiendo a LAGARDE (1997) “*los hombres como género tienen asegurado el dominio del mundo y las mujeres como género tienen asegurado el cautiverio*”.

## 2.4 ROL DE GÉNERO

Los atributos sociales y psicológicos de los sujetos, las formas de comportamiento, las actitudes, las relaciones, las actividades, así como el lugar que ocupan en relación con el poder, y todo lo que se atribuye al sexo es presentado por el fenómeno del etnocentrismo, como universal. De tal manera que cada cultura, y en ella cada grupo dominante consensualizan sus estereotipos de hombre y mujer como únicas formas de ser hombres y mujeres; como si siempre hubiera sido así, y como si siempre fuera a ser así. (LAGARDE, 2001)

Según Silva (2003) -citado por CASTRO *et al* (2005)-, las diferencias por sexo, podrían derivarse de una sociedad hegemónica masculina imperante aún en Chile, lo que mantendría una estrecha relación con el poder, donde los hombres, haciendo uso de éste, definirían los modelos deseables del proceder de la sexualidad femenina, legitimando que la mujer debe ser pasiva en su satisfacción sexual, no exigir por ella, sino que vivirla en función de los requerimientos de lo masculino. Probablemente esto suceda con mayor fuerza en las generaciones que vivieron su sexualidad bajo un patriarcado radical.

Desde el rol de género es esperable actitudes femeninas como, *verbigracia*<sup>1</sup>: “las mujeres no tienen deseos sexuales”, “una señorita no habla de esas cosas”, “las mujeres no deben provocar a los hombres” y “las señoritas no usan esa ropa”. Esto lleva a que la sexualidad, sobre todo en las mujeres, forme parte de una esfera oculta e íntima, casi vergonzosa, y a veces, culposa (CASTRO *et al*, 2005).

---

<sup>1</sup>Verbigracia es definido por la Real Academia de la Lengua (2005) – en <http://www.wordreference.com/es/en/frames.asp?es=verbigracia> como: ejemplo (hecho, texto o cláusula que se cita para autorizar un aserto).

Otra de las representaciones sociales de lo que es femenino es la maternidad, como señala LAGARDE (2001) “en la sociedad que especializa a las mujeres en la reproducción social, el conjunto de acciones maternas es algo propio de las mujeres, no es exterior a ellas, lo han internalizado como parte de sí mismas, y constituye un núcleo fundamental de la identidad femenina”.

Esta concepción de feminidad, según esta misma autora, es el conjunto de hechos de la reproducción social y cultural, por medio del cual las mujeres crean y cuidan, generan y revitalizan, de manera personal, directa y permanentemente durante toda la vida, a los otros. Los otros son sus padres, cónyuges, sus hijos, sus hermanos y los parientes. Pero los otros son también personas ajenas e incluso desconocidas para ellas, el requisito consiste en que cuiden de ellos de manera directa o por medio de sus cosas, y que lo hagan física, afectiva, erótica o intelectualmente. La maternidad es sintetizada en el ser social y en las relaciones que establecen las mujeres, aun cuando éstas no sean percibidas a través de la ideología de la maternidad como maternales.

## **2.5 MASCULINIDAD HEGEMÓNICA, PATRIARCADO Y MACHISMO**

Según Conell (1997) -citado por MÁRQUEZ, 2004-, la masculinidad hegemónica, representa un modelo de masculinidad que ha devenido en modelo identitario al que los varones refieren en su proceso de construcción.

Desde este modelo, que se deriva desde las distintas investigaciones basadas a su vez en los propios testimonios de varones, surgen algunos mandatos que señalan a los hombres y mujeres como han de sentir, comportarse y pensar: “Esta forma de ser hombre se ha instituido en norma, toda vez que señala lo que estaría permitido y prohibido. Delimita, en gran medida, los espacios dentro de los que se puede mover un varón, marcando los márgenes para asegurarle su pertenencia al mundo de los hombres. Salirse de él, sería exponerse al rechazo de los otros varones y de las mujeres.” (Olavarría, 2001, citado por MÁRQUEZ, 2004).

El machismo, como construcción cultural, es un modo particular de concebir el rol masculino. Se entiende, siguiendo a MAFUD (1967) –citado por MORA *et al* (1999)-, como la actitud que prevalece en parte de la población latino- americana, que consiste en considerar a los hombres como superiores a las mujeres y con autoridad sobre ellas. El hombre y la mujer viven en mundos distintos y la única relación entre ellos es la amorosa.

Derivado de las normas del patriarcado se acepta que la sexualidad de las mujeres está unida a la reproducción (madres) o al placer (putas) (NORAMBUENA, 2005)

Las sociedades patriarcales norman la sexualidad de las mujeres diferente a la de los hombres, con sentido de culpa en la mujer cuando se atreve a vivir su sexualidad placenteramente y el sentido libertario para el hombre, que es premiado mientras mayormente viva el placer sexual. Para las mujeres, ante esta inequidad, existen diferencias, entre quienes son dueñas de sus actos y trabajan en cómo suplir esta desigualdad y carencia y aquéllas que solo contemplan su realidad y se conforman con ella. (NORAMBUENA, 2005).

Según Callirgos (2003) -citado por ZUMELZU (2005)-, la masculinidad está incorporada en la subjetividad de los hombres y forma, en alguna medida, parte de su identidad. Sin embargo, existe un modelo muy difundido de hombre como ser dominante, que separa a las sociedades en aquellas caracterizadas por el patriarcado, donde el hombre prototipo es más responsable, una figura de autoridad, pero con compromisos y deberes, y otras sociedades “machistas” que tiene una autoridad bien marcada, pero acompañada y limitada por la irresponsabilidad.

Según lo anterior se puede citar a CASTRO *et al* (2005) quienes señalan cómo las mujeres, en un modelo hegemónicamente masculino predominante, han transitado por la historia invisibilizadas o subordinadas simbólicamente en sus derechos, restringidas en lo público, en lo laboral, en lo intelectual, en lo sexual, en lo económico y en su identidad, siendo desterradas a lo privado, a lo reproductivo y a su hogar.

Sin embargo, cabe destacar la presencia de cambios en la forma de ejercer la masculinidad hegemónica a través del tiempo. BONINO (2004) habla de una nueva práctica de dominación masculina: el micromachismo. Éste se refiere a actitudes de dominación “suave” o de “bajísima intensidad”, formas y modos larvados y negados de abuso e imposición en la vida cotidiana. Son, específicamente hábiles artes de dominio comportamientos sutiles o insidiosos, reiterativos y casi invisibles que los varones ejecutan permanentemente.

Este autor señala “referirme a los micromachismos con el nombre que he elegido, tanto como nombrarlos “pequeños” “suaves” o de bajísima intensidad”, alude por contraste, a los abusos “macromachistas” “grandes” “duros” o de “alta intensidad”, los únicos que socialmente son aún visibles como ejemplos de la llamada violencia basada en el género, de la cual, aunque pueda parecer exagerado decir, también los micromachismos son una expresión. Y lo son porque, cómo los “grandes” abusos, son abusos que se realizan sobre las mujeres por el hecho de serlo. Abusos asentados en una creencia masculina procedente del modelo de masculinidad hegemónica que lleva a los varones a sentirse superiores y a dar por sentado que la mujer debe estar disponible y al servicio de los propios deseos, placeres y razones. Y que desde esa posición y para asegurarla, es lícito utilizar diversos procedimientos de control e imposición.

BONINO (2004) describe cuatro tipos de micromachismos, con el fin de clasificar y visibilizar estos comportamientos:

- Los micromachismos utilitarios: que fuerzan la disponibilidad femenina usufructando y aprovechándose de diversos aspectos “domésticos y cuidadores” del comportamiento femenino tradicional, para aprovecharse de ellos. Se realizan especialmente en el ámbito de las responsabilidades domésticas.
- Los micromachismos encubiertos, que abusan de la confianza y credibilidad femenina ocultando su objetivo.
- Los micromachismos de crisis, que fuerzan la permanencia en el status desigualitario cuando éste se desequilibra, ya sea por aumento de poder personal de la mujer, o por disminución del poder del varón.
- Los micromachismos coercitivos, que sirven para retener poder a través de utilizar la fuerza psicológica o moral masculina.

## **2.6 SITUACION DEL GÉNERO EN LA EDUCACIÓN SUPERIOR**

PAPADÓPULOS Y RADA KOVICH (s/f) recopilaron datos sobre los procesos de reconversión de la educación superior de América Latina y el Caribe en las últimas décadas en lo relativo a la equidad de género, así como el impacto de los mismos en el mundo del trabajo. En este informe señalan que a pesar de la similitud de la matrícula femenina en casi todas las áreas, continúan existiendo carreras o áreas de estudio consideradas propiamente “femeninas” en tanto, el desempeño de las mismas es asociado a la extensión de los papeles tradicionales de la mujer en el espacio privado tales como el cuidado y atención de personas dependientes y tareas asociadas a la alimentación, vestimenta, educación básica, salud primaria, relaciones públicas, entre otros. Enfermería, Nutrición, Educación Básica y Media (Maestros y Profesores), Ciencias Sociales, entre otras opciones educativas, son relacionadas a roles considerados culturalmente como “típicamente” femeninos y continúan siendo espacios de concentración de la matrícula femenina en la educación superior, mientras tanto las áreas tecnológicas y las ciencias básicas, continúan siendo percibidas como “espacios masculinos”.

El ingreso ascendente de las mujeres a los sistemas universitarios de América Latina potencian su transito de una situación de marginalidad a otra que provee de mejores condiciones para un mejor acceso al mercado de trabajo y la autonomía económica. Sin duda este mejor

posicionamiento fortalece de la auto-confianza y auto-estima de las mujeres de cara a los procesos de mejora de la equidad de género (PAPADÓPULOS Y RADAKOVICH, s/f).

Estos mismo autores señalan que el crecimiento de la matrícula está en buena medida “explicado” por la feminización de la misma. Las excepciones son Chile y Colombia. Y esto porque el primero hace ya 30 años tenía una matrícula femenina de algo más del 47%, el cual es semejante al del 2001. Parecido es el caso de Colombia, aunque, en los últimos 20 años se ha registrado una leve caída de la participación femenina en la matrícula total (del 50 al 47%).

En relación a las áreas que presentan mayor cantidad de matrículas de hombres en Latinoamérica, según la Unión de Universidades de América Latina y el Caribe (UDUAL) y el Instituto Internacional Para La Educación Superior en América Latina y el Caribe (IESALC) (2005) –citado por PAPADÓPULOS Y RADAKOVICH, s/f - se aprecian Agronomía, Ingeniería, Arquitectura, Construcción y Ciencias Naturales y Exactas.

A nivel nacional se puede decir que en la educación universitaria se concentra poco más de un tercio de las mujeres que acceden a la educación superior. No obstante, en el año 2000 ingresaron 10.000 mujeres menos que varones en las universidades chilenas. La brecha es mayor en la matrícula de institutos profesionales y es prácticamente idéntica en los centros de formación técnica (SERNAM b).

Respecto a la situación por género al año 2000 en Chile, las mujeres son proporcionalmente más que los hombres en el área de administración y comercio, educación y ciencias sociales, mientras que los hombres superan muy ampliamente a las mujeres en el área tecnológica y, en menor medida en el área agropecuaria. Con todo, las brechas de género continúan existiendo en la educación superior, tanto por el lado del acceso, de la matrícula o por las preferencias u opciones profesionales de los estudiantes y titulados (SERNAM b).

Esta tendencia a la elección de las áreas de estudio es explicada, en parte, por el SERNAM (c) quien se señala que la división social del trabajo en función del sexo "genera trabajos masculinos y trabajos femeninos", la cual, además, establece barreras de acceso de las mujeres al trabajo remunerado. Desde el punto de vista de la oferta de trabajo para las mujeres, existe una serie de obstáculos que se basan en estereotipos respecto al rol que deben cumplir las mujeres en la sociedad y se vinculan principalmente al trabajo doméstico así como al cuidado y crianza de los hijos/as, enfermos/as y ancianos/as. Desde el punto del proceso de socialización, GARCÍA (2002) señala en su investigación cualitativa sobre las carreras de ingeniería y perspectiva de género, que en la más temprana infancia se mediatiza las habilidades profesionales en las estudiantes; las mujeres afirman que son educadas con una clara división del trabajo; esto es, a los hombres se les dan herramientas de juguetes, mientras

que a las mujeres “juegos de té”. Aparejado a esto va la idea de que las mujeres no tienen fuerza y son frágiles, como parte de la educación en la que crecen.

Además de estas inequidades de género existentes a nivel global dentro de la educación superior, los roles de género tradicionales aún se encuentran arraigados en buena parte de los/las estudiantes universitarios/as. Algunos estudios señalan que muchos hombres perciben la adquisición de habilidades técnicas por las mujeres como una amenaza a la masculinidad y al orden tradicional de entre los géneros (Henwood *et al* 2000, citado por GARCÍA, 2002). En este mismo contexto, GARCÍA (2002) expresa que en el aula los profesores tratan de manera distinta la relación mujer-ciencia-tecnología. Los maestros de más edad hacen comentarios discriminatorios respecto a la capacidad femenina frente a las ciencias exactas.

En relación a lo anterior, MORA *et al* (1999) realizó una investigación cuantitativa en la Universidad de Concepción, donde se dimensiona el machismo en los/las estudiantes, encontrándose que el machismo de los/las estudiantes fue más bien moderado, siendo el más bajo en la Facultad de Educación y el más alto en la de Física y Matemática. Estos mismos autores hallaron que son más machistas los hombres que las mujeres.

## **2.7 ¿CÓMO LOS ROLES DE GÉNERO PONEN EN RIESGO LA SALUD SEXUAL DE LAS MUJERES?**

*“La simbología esencialista del amor y la culpa con la que nos han manejado, [nuestra cultura] es uno de los puntos donde la masculinidad construye el dominio sobre la mitad de la humanidad...ahí radica el poder sobre las mujeres”.*

Margarita Pisano  
*“El triunfo de la Masculinidad”*

El género y la forma de abordar la sexualidad en mujeres y hombres tienden a evolucionar a través del tiempo. Sin embargo el fondo persiste, ya que aún siguen presentes los modelos hegemónicos de masculinidad y feminidad. En esta generación la mujer es coaccionada, ya que el hombre intentaría persuadirla para que acceda al acto sexual. En esta misma línea, y como otra forma de persuadir a la mujer, el hombre invertiría tiempo en caricias y gestos previos a la relación sexual. En cuanto a los hombres de esta generación resulta particular que

uno de los requerimientos para significarse satisfecho sexualmente, es sentirse protegido y cuidado por su pareja, según Passache (2005), citado por CASTRO *et al* (2005)

Estos mismos autores señalan que en esta generación, frente al reconocimiento paulatino de las mujeres de sus derechos y manifestar intentos por defenderlos, el hombre se ha visto en la necesidad de ejecutar, para continuar ejerciendo su poder, el chantaje sexual, por ejemplo, mediante amenazas de terminar la relación de pareja, o buscarse otra mujer, si no se accede al acto sexual y que sería una forma sutil de ejercer la violencia sexual, lo que finalmente reforzaría el patrón recursivo de pasividad femenina frente a la insatisfacción con su vida sexual.

De acuerdo al modelo hegemónico de masculinidad hay un estudio realizado por ZUMELZU (2005) en la Universidad Austral de Chile, en el cual los resultados obtenidos demuestran que se está iniciando un cambio de parte de los hombres jóvenes por mostrar otras masculinidades, y con ello una transformación en la distribución tradicional de los roles que deben cumplir socialmente hombres y mujeres; este cambio va en definitiva, en beneficio de ambos, pues al hombre le permite ampliar su llamado lado “femenino”, y a la mujer le permite vivir y expresar su sexualidad sin temores, ni represiones. Pero aún así, los resultados de este estudio muestran resultados alarmantes. La alta frecuencia de actividad sexual que al menos la mitad de los jóvenes del estudio tiene, y el bajo porcentaje de uso del preservativo, aumentan las probabilidades de embarazos e infecciones durante la adolescencia y juventud. Al contrario, de acuerdo a las metas y prioridades de vida que describen, su idea es postergar la paternidad hasta lograr una estabilidad económica, social y afectiva. Sin embargo, sus prácticas no se condicen con esto último, porque en términos de anticoncepción, su uso no es constante y se ha delegado la responsabilidad a la mujer.

En relación a lo anterior se puede señalar que MORA *et al* (1999) realizaron una investigación en la Universidad de Concepción donde se comprobó que la tendencia fue a mayor control de la natalidad en los estudiantes con bajo grado de machismo, con lo cual se demuestra que este modelo de masculinidad afecta directamente sobre la salud sexual y reproductiva.

En relación a la visión de la sexualidad por género, se realizó un estudio en México, también con jóvenes universitarios/as, en el cual la pregunta de investigación fue: “¿El género es un factor determinante en la manera que estudiantes universitarios de ambos sexos presentan sus actitudes ante su sexualidad?”. Se encontró que hay una diferencia significativa por sexo, confirmando que la actitud general ante su propia sexualidad fue muy conservadora para las mujeres y conservadora para los varones, lo cual llevó a concluir que predomina una actitud conservadora y dentro de esto sigue habiendo más restricciones para la sexualidad femenina. Conceptos como placer y responsabilidades están más asociados a los varones y los conceptos familia, afectividad y no-placer, a las mujeres. (ORTEGA, 2003)

En el factor liberal, (se consideran elementos característicos lo heterosexual, matrimonial y reproductivo) la actitud de los varones mostró ser menos conservadora que la de las mujeres. Esto implica una mayor limitación en las mujeres para el descubrimiento, la aceptación y la vivencia de expresiones alternas y placenteras en su vida sexual, en comparación con los varones, quienes aceptan un poco más esta posibilidad. (ORTEGA, 2003)

Sharim *et al* (1996) -citadas por NORAMBUENA (2005)- señalan que también se han incorporado otras prácticas, como la penetración anal, experimentada por el 28,5 % de los encuestados, o el sexo oral, practicado por el 67 %. Sin embargo, al momento de hablar de valores, incluso los más jóvenes continúan asociando el sexo con el poder masculino y creen que existen “mujeres para pololear y otras para el sexo”. También valoran la virginidad.

Una relación de género basada en la violencia puede afectar la salud sexual y reproductiva, tal como lo señala LEÓN (2006) en tanto coarta la autonomía sexual de la mujer, incrementa el número de embarazos no deseados y dificulta su protección contra el VIH. En cuanto a este último Piot (1999) –citado por LEÓN (2006)- señala tres aspectos centrales:

- La dificultad en la negociación de los condones: En una relación de pareja donde exista violencia la palabra negociación es prácticamente inexistente, se impone el poder del hombre sobre la mujer; y esto es llevado a diferentes terrenos de la vida diaria y específicamente en el ámbito sexual. La asociación de la utilización de los condones con la promiscuidad, la infidelidad y la prostitución, hace que para la mujer víctima de violencia sea más difícil solicitar su utilización, por el temor o riesgo real a una nueva agresión o descalificación. Es importante destacar además, el alto porcentaje de relaciones sexuales no consentidas por la mujer - que se constituyen en violaciones sexuales en las que está anulada toda voluntad y control de la mujer dentro de la relación sexual, y por ende la utilización del condón. También ocurre, que la mujer consiente tener relaciones sexuales aunque no lo deseen por temor a una reacción violenta.
- Orientación y pruebas voluntarias: El temor a una reacción violenta del hombre puede mantener a la mujer alejada de centros de salud, en tanto exista la posibilidad de detección de enfermedades de transmisión sexual y más aún del VIH. Muchas mujeres señalan “me va a decir que con quién me acosté”, “no va a reconocer que él fue quien me lo pegó, que él no tiene nada”, “si le digo algo me va a golpear”. Esta posibilidad de enfrentarse a una reacción violenta hace que la mujer no quiera hacerse la prueba de detección del VIH, o no regrese para conocer los resultados, o se niegue a informarle a su pareja de los resultados de la prueba, dificultando así tanto el tratamiento de ambos como la reducción de la transmisión.



- Reducción de la transmisión perinatal: La mujer embarazada que ha sido víctima de violencia posee una mayor tendencia a postergar la búsqueda de atención perinatal, tengan mayor número de embarazos no deseados, historia de ITS, infecciones vaginales y cervicales; a lo que se le une una mayor dificultad de detección y tratamiento del VIH por el temor a reacciones de violencia.

Es así como este marco teórico pone en evidencia la relación de los roles de género con la salud sexual de las mujeres. Estos roles generan relaciones de poder unilaterales, lo que deriva en la percepción colectiva de la dicotomía sumisión versus dominancia entre mujeres y hombres respectivamente, con lo que la autovaloración de las mujeres se empobrece.

### 3. MATERIAL Y MÉTODO

#### 3.1 DISEÑO METODOLÓGICO

Este estudio se realizó bajo el enfoque de la metodología cualitativa. Según HERNÁNDEZ *et al* (2003), este tipo de investigación da profundidad a los datos, la dispersión, la riqueza interpretativa, la contextualización del ambiente, o entorno, los detalles y las experiencias únicas. También aporta un punto de vista fresco, natural y holístico de los fenómenos, así como flexibilidad, que es lo central en este trabajo.

No se utilizaron hipótesis, se buscó respuesta a través de los objetivos específicos, lo cual es válido siguiendo al autor señalado anteriormente, quien menciona que el enfoque cualitativo puede o no probar hipótesis en su proceso de investigación.

La investigación fue de tipo exploratoria, pues es un tópico desconocido, poco estudiado o novedoso, como la influencia de las relaciones de género sobre la salud sexual de las mujeres, en ambientes considerados tradicionalmente como masculinos. Son escasas las publicaciones cualitativas que abordan la asociación de estas variables. Además fue descriptivo, ya que, tal como lo señala Danhke (1989) –citado por HERNÁNDEZ *et al* (2003)-, este tipo de estudio busca especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis y también pueden ofrecer la posibilidad de predicciones o relaciones aunque sean poco elaboradas.

Fue transversal, ya que se recolectaron datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (o describir comunidades, eventos, fenómenos o contextos) (HERNÁNDEZ *et al*, 2003).

El método utilizado fue estudio de casos, pues examina y analiza la interacción de los factores que producen cambio, crecimiento o desarrollo en casos particulares seleccionados, siendo en este caso las mujeres estudiantes de ingeniería.

### 3.2 DISEÑO DE LA MUESTRA Y POBLACIÓN

Esta investigación se realizó mediante una muestra intencionada no probabilística. Es también llamada muestra dirigida, lo que supone un procedimiento de selección informal (HERNÁNDEZ *et al*, 2003).

Además, según este autor, la elección de los/las sujetos/as no depende de que todos/as tengan la misma probabilidad de ser elegidos/as, sino de la decisión del/la investigador/a (y por supuesto, del consentimiento de las informantes), y es ventajosa, en cuanto se utiliza para una elección cuidadosa y controlada de sujetos/as con características especificadas en el planteamiento del problema.

La población sujeto estuvo compuesta por mujeres estudiantes de 7 de las 8 escuelas de Ingeniería de la Facultad de Ciencias de la Ingeniería que están dentro del Campus Miraflores, de la Universidad Austral de Chile. Las escuelas participantes son: Construcción Civil, Ingeniería Electrónica, Ingeniería Civil Acústica, Ingeniería Civil en Informática, Ingeniería Civil en Obras Civiles, Ingeniería Naval e Ingeniería Mecánica. La octava escuela es Arquitectura, la cual, además, está dentro del Campus Isla Teja.

Se eligió este grupo con el fin de trabajar con una muestra representativa. Se contactó con ellas a través de la ayuda de “porteros”, los cuales facilitaron el ingreso de las informantes al estudio. En este caso, los porteros fueron los Centros de Alumnos/as de estas carreras y un contacto personal, quienes abrieron las puertas para la realización de esta investigación a través la entrega de números telefónicos y correos electrónicos para establecer comunicación con las estudiantes. Mediante este mismo contacto personal se logró el acercamiento a otra informante, a través de un encuentro casual. Además se logró contactar a una informante a través de técnica “bola de nieve” que consiste en conocer a algunas de ellas que sirvan de conexión para la identificación de las demás.

Se logró agrupar a un universo de 9 mujeres motivadas en participar y que, lógicamente, cumplieron los requisitos de inclusión (ver siguiente página). En este sentido, siguiendo a Mccracken (1988) -citado por LOZANO (s/f)- , la muestra de informantes en las entrevistas cualitativas no tiene como objetivo representar una parte del mundo más amplio, sino atisbar el complicado carácter, organización y lógica de la cultura. A cada una de ellas se realizó una entrevista semiestructurada, previa información del tema y objetivos de la investigación, presentación y firma de una carta de consentimiento informado (ANEXO 2).

Para complementar la información se realizaron entrevistas en profundidad a las estudiantes que se encontraban dentro de los “casos típicos”, es decir, que presentaban elementos

marcados de masculinidad o feminidad hegemónica, además que estuvieran motivadas por participar y presentaran una fluidez aceptable de expresión de ideas.

### 3.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Los criterios de inclusión de la población sujeto para la realización de este estudio fueron los siguientes:

- Ser mujeres heterosexuales, estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Ingeniería de la Universidad Austral de Chile.
- Tener, o haber tenido pareja que estudie o haya estudiado en la Facultad de Ciencias de la Ingeniería de la Universidad Austral de Chile. Este criterio se escogió basado en los estudios que señalan mayor presencia de machismo en las facultades de Física y Matemáticas, Economía, Odontología e Ingeniería, y mayor en hombres que en mujeres (MORA *et al*, 1999).
- Tener, o haber tenido una relación de igual o mayor a 2 meses, para que haya transcurrido un tiempo de interacción en la pareja suficiente para percibir su comportamiento como tal.

Como criterio de exclusión se consideraron las mujeres que se encontraban afectadas en su salud mental de forma aguda (depresión) o que pudieran haber desencadenado algún proceso patológico en este aspecto, a consecuencia de los relatos.

### 3.4 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

El estudio se llevó a cabo a través de dos técnicas de recolección de información:

- Entrevista semiestructurada individual: Según la literatura, este tipo de entrevista cualitativa se basa en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador/a tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados (HERNÁNDEZ *et al*, 2003). En esta investigación se realizó a través de una sesión con una pauta preestablecida a todas las mujeres, lo cual hizo un total de 9 entrevistas (ANEXO 3).

- Entrevistas en profundidad o abiertas: Este tipo de entrevista, según HERNÁNDEZ *et al* (2003) se fundamentan en una guía general con temas no específicos y el entrevistador tiene toda la flexibilidad para manejarlas. En este caso, el entrevistador no busca contrastar una idea, creencia o supuesto, sino profundizar en el tema, y por sobre todo, conocer cómo el otro ve el problema o la situación. Es por esto que se entrevistaron a los casos típicos con el fin de ahondar en las categorías de análisis de las percepciones, problemas y prevención en salud sexual de las mujeres. (ANEXO 4)

Estas entrevistas se llevaron a cabo en lugares que resguardaron la privacidad, sin presencia de ruidos externos ni interrupciones, según la disponibilidad de la informante. La duración aproximada de cada sesión fue de 1 hora.

El número de entrevistas en profundidad cesó cuando se llegó a un punto de saturación teórica. Se utilizó una pauta, pues según PAULO (2005), siempre debe existir, una guía de entrevista para asegurarse que, al menos los temas claves, sean abordados a lo largo de la entrevista.

La entrevista debe ser un diálogo y dejar que fluya el punto de vista único y profundo del entrevistado (HERNÁNDEZ *et al*, 2003), por lo cual se utilizó un medio de grabación auditivo, previo consentimiento de las participantes, con el fin de obtener los datos adecuadamente sin obstruir ni interrumpir la conversación. Debido a la negativa de una de las informantes a grabar sus relatos, se llegó al acuerdo de tomar apuntes. Por lo escueto de lo registrado, se complementó con la información recordada inmediatamente después de la entrevista.

Finalmente, la validez, como lo menciona HERNÁNDEZ *et al* (2003), es el grado en que un instrumento en verdad mide la variable que busca medir. En este caso se comprobó al aplicar la pauta de las entrevistas semiestructuradas a 4 alumnas universitarias de la carrera de pedagogía básica, en la ciudad de Puerto Montt, a las cuales se acercó a través de un contacto personal.

### **3.5 DIMENSIONES Y CATEGORIAS DE ANALISIS**

Las categorías de análisis, derivadas de los objetivos específicos, en principio son las siguientes:

- Significados y creencias en torno a salud sexual.

- Creencias y valores en relación al rol de género femenino y masculino.
- Percepción de roles de género en su relación (es) de pareja actual o anterior
- Conocimientos ITS, VIH/ SIDA y métodos anticonceptivos.
- Percepción de riesgo ITS, VIH /SIDA.
- Toma de decisiones en salud sexual.
- Factores que influyen la expresión sexual.
- Acceso a educación, información y atención en salud sexual.

Durante el proceso de investigación fue agregada la subcategoría emergente de la percepción de las estudiantes sobre las actitudes de compañeros y profesores hacia el género. La necesidad de incorporar este tópico se explica en que su análisis favoreció el entendimiento del bajo empoderamiento femenino en la población estudiada.

### **3.6 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS**

Para procesar y analizar la información, en una primera instancia se recogió datos en cada sesión a través de la transcripción de las grabaciones y apuntes para su posterior análisis.

En los estudios cualitativos, el análisis de los datos no está determinado completamente, sino que es “prefigurado, coreografiado o esbozado”. Es decir, se comienza a efectuar bajo un plan general, pero su desarrollo va sufriendo modificaciones de acuerdo a los resultados. Sin embargo, HERNÁNDEZ *et al* (2003), propuso un esquema de trabajo, luego de revisar a diversos autores que tratan el análisis cualitativo:

- Revisar que el material (datos) se encuentre listos para el análisis

- Establecer un plan inicial de trabajo o una coreografía de análisis.
- Codificar los datos en un primer plano (codificación primaria), donde se codifican las unidades en categorías. Las categorías de análisis están predefinidas en esta investigación pero, según la codificación, pueden emerger nuevas categorías de análisis.
- Codificar los datos en un segundo plano (codificación secundaria), comparar categorías entre sí para agruparlas en temas y buscar posibles vinculaciones.
- Interpretar los datos.
- Describir contexto(s), eventos, situaciones y personas sujetos de estudio; encontrar patrones; explicar sucesos, hechos, y construir teoría.
- Asegurar la confiabilidad y validez de los resultados.
- Retroalimentar, corregir y regresar al campo.

### **3.7 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD**

La validación de este estudio se realizó a través de la triangulación hermenéutica, la cual es definida por CISTERNA, (2005) como la acción de reunión y cruce dialéctico de toda la información pertinente al objeto de estudio, surgida en una investigación por medio de los instrumentos correspondientes, y que en esencia constituye el corpus de resultados de la investigación. Lo anterior implica que otros (as) investigadores (as) utilicen nuestras reglas para ver si toman las mismas decisiones (o similares) respecto de las unidades, las categorías y los temas de análisis, según Grinell, 1997, citado por HERNÁNDEZ (2003).

Para asegurar la confiabilidad de la investigación, se recurrió a la obtención de retroalimentación directa de las sujetas de investigación (al menos una muestra de ellas), lo cual significó pedirles que confirmaran o refutaran nuestras interpretaciones y ver si se capturaron los significados que ellas trataban de transmitir, así como si las descripciones fueron lo suficientemente completas y profundas.

Finalmente, es de suma importancia considerar los resguardos éticos de esta investigación, los cuales se establecieron mediante la utilización de nombres ficticios, confidencialidad de la información y voluntariedad de participación en este estudio, lo que se explicita en la carta de consentimiento informado que firmaron las participantes. (ANEXO 2).

Además, para resguardar de mejor forma la identidad de las informantes en el transcurso de la investigación se decidió modificar u omitir algunos datos de menor relevancia, como también lugares físicos que no interfirieron en sus significados.



## 4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 4.1 SALUD SEXUAL: LA ASIMILACIÓN BIOMÉDICA

La salud sexual es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es meramente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad, según la OMS (2002). Los principales significados que las informantes atribuyen a salud sexual tienen que ver con la esfera biomédica de este concepto como la prevención de enfermedades de transmisión sexual, higiene, lo que se manifiesta a través de la frecuente utilización en sus relatos del término “cuidados” y sus derivados. Por ejemplo:

*...todos los cuidados que tengan que ver con mi sexualidad, ya sea sexualidad, entendiéndolo como actos sexuales, o como cuidados diarios... limpieza, higiene...no sé, yo creo que todos los cuidados que tiene uno, que abarcan todo, o sea cuidados médicos, cuidados de higiene, comportamiento, eso principalmente. (Andrea)*

*Salud sexual...a no tener ninguna enfermedad sexual, pero eso...También puede ser tener prácticas sexuales sanas o cuidadas, a esas cosas más que nada. (Mónica)*

*Yo creo que a lo que va salud sexual, es más que nada a las enfermedades de transmisión sexual, pero a qué va enfocado directamente... no. (Marcela)*

Algunas informantes además de referirse al aspecto biomédico de salud sexual, también lo relacionan con la salud reproductiva, en específico, con la regulación de fecundidad:

*...me cuido, tomo anticonceptivos, antes tenía otro tratamiento...Se refiere a cuidarse de enfermedades, de higiene, básicamente eso, más que nada a enfermedades. (Pamela)*

*Salud sexual...es como ser responsable respecto a tu sexualidad, y cuidarte para lo que te quieras cuidar: o para el embarazo o para las enfermedades de transmisión sexual. (Valeria)*

*...para cuidarse, cuidarse con su pareja, con la cosa de enfermedades. Como más que nada eso, cuidarse pa' no tener hijos... (Rebeca)*

Postulan a la importancia de la información en relación a la salud sexual, dentro de la cual ellas puedan decidir sobre sus conductas y evitar las que, eventualmente, les produzca algún riesgo:

*...entonces para mí la salud sexual es saber, conocerse, saber lo que es bueno y que es malo para uno, y cuidarse. (Pamela)*

*...también a información sobre mayor o menor riesgo sexual. Creo que se refiere a información sobre cómo tomar decisiones correctas, o sea si te comportas de una forma determinada, saber qué riesgos tienes. (Paulina)*

Al preguntar a las informantes acerca de otros aspectos que ellas consideren importantes en relación a la salud sexual, siguen opinando mayoritariamente, que la parte biomédica es la más relevante. La dimensión sociocultural de este concepto es manifestada con menor frecuencia, a través de un discurso referente a la expresión de la sexualidad dentro de la relación de pareja monogámica, basada en el amor. Lo anterior, parafraseando a PISANO (2001), tendría relación con la cultura patriarcal en la cual vivimos. “La simbología esencialista del amor y la culpa con la que nos han manejado, [nuestra cultura] es uno de los puntos donde la masculinidad construye el dominio sobre la mitad de la humanidad...ahí radica el poder sobre las mujeres”:

*Bueno, aparte de la pareja única, tiene que haber como amor entre ambos. (Jessica)*

*Tiene que haber amor, tiene que haber una relación. Es que pa' mí el sexo es como la cosa sin amor, cuando me hablan de sexo, porque es distinto a hacer el amor, porque ahí tú quieres a esa persona y tratas de expresar tu amor hacia esa persona, yo lo veo así, porque igual tengo amigos que de repente llegan y se acuestan con una persona y no es por amor, es por sexo yo creo, pero para mí no, principalmente tiene que haber amor. ...en las relaciones sexuales, en las relaciones de pareja igual, porque no solamente es puro sexo, tiene que haber una relación de pareja, algo así. (Patricia)*

*Para mí tener sexo por sexo, no. Es hacer el amor o mejor no hacer nada. En todas las relaciones que he tenido he sido así. No voy a ir a una fiesta y me gusta éste y me voy a meter con éste que me gustó, no, eso no lo encuentro digno, se podría decir, para uno misma, por respeto por uno más que nada. (Marcela)*

Además, en Chile, pese a que se han logrado importantes avances en el modelo dominante, la hegemonía masculina sigue prescribiendo la sexualidad (CASTRO *et al*, 2005). Las representaciones sociales producen una dicotomización de lo femenino y lo masculino en torno a las polaridades bien/mal (Puleo, 2000, citado por CASTRO *et al*, 2005). A raíz de esto, se observa como en las mujeres se desarrollan fuertes sentimientos de culpa, vergüenza y miedo, ante el deseo y la necesidad de vivir su sexualidad plenamente, más allá de lo esperado socialmente para su rol tradicional de género (CASTRO *et al*, 2005):

*...claro, porque si no hay amor, uno no queda bien, puede quedar con remordimientos...*  
(Jessica)

El aspecto psicológico propiamente tal, es vagamente mencionado:

*...o algo psicológico igual, porque yo encuentro que igual tiene que ver, no sé, yo creo.*  
(Rebeca)

*Psicológico, porque psicológicamente tengas la madurez de enfrentar lo que pueda suceder...*  
(Valeria)

Es así como se evidencia en esta última parte el apego hacia normas rígidas de la sexualidad en las mujeres, lo que ORTEGA (2003) consideró como “conservador”. En su estudio señala que la actitud de los varones fue menos conservadora que la de las mujeres y que con ello tenemos que las mujeres, en comparación con los varones, presentan mayor restricción en las opciones posibles que tienen para el conocimiento y enriquecimiento de su vida sexual y por lo tanto para el logro de una salud sexual integral.

## **4.2 ROL DE GÉNERO FEMENINO**

### **4.2.1 Estereotipos tradicionales**

Para profundizar en la construcción de sus identidades de género, se pregunta a las informantes que significa para ellas ser mujer y como viven su feminidad, y sus respuestas aluden a estereotipos de feminidad hegemónica. Algunas informantes postulan que el hecho de ser mujer es o debe ser basado en cuidados estéticos, atractivo físico y coquetería. En este sentido, LAGARDE (2001) señala que la relación básica de la mujer con su cuerpo es el ser de otro y que el deber estético de la mujer tiene el sentido de preparar su cuerpo (y su persona) esencialmente para el placer de otro (como destinatario), para lograrlo debe ser bella y atraerlo:

[la mujer es] *Cuidada, coqueta, arreglarse, ponerse linda* (Paulina)

[expreso mi feminidad]...*siendo coqueta a veces, eh...no sé expresarlo en forma concreta, porque es como normal no más...* (Patricia)

Algunas jóvenes señalan otra de las formas de feminidad hegemónica en la forma de ser y de mostrarse ante la sociedad: la delicadeza, rechazando la tosquedad como modelo identitario femenino:

*Para mi ser mujer es, principalmente, vivir mi feminidad, ya sea en mis conversaciones, en mis comportamiento...como forma de sentarte, forma de conversar, forma de hablar, tu vocabulario, aunque yo debo decir que yo soy buena pa' la chuchá, pero siento que no caigo en la vulgaridad, desde el punto de vista de ver una mujer así...* (Andrea)

De esta forma, se asocia a la feminidad con actitudes que son aceptables para la mujer en esta sociedad, el “ser señorita”, lo que significa no sólo no haber contraído matrimonio, sino el actuar de forma recatada:

*Comportarse siempre, o sea ser señorita... ser un poco recatada.* (Paulina)

Lo anterior no quita la percepción de las mujeres de la igualdad existente con respecto a lo intelectual entre los géneros:

*Más que nada es ser yo misma, más delicada... la mujer es la parte delicada, intelectual igual, más que nada eso, el resto tiene que ser a la par.* (Paulina)

Las labores que se desarrollan dentro del hogar, son vistas como tareas femeninas, las cuales son dejadas de lado por convivir en un medio llamado masculino, las cuales se retoman al reagruparse con sus pares:

*Por ejemplo la otra vez me junté con unas amigas y estuvimos haciendo como cosas de niña, cocinando, cosas que ya había olvidado un poco...* (Paulina)

Junto a lo anterior, se observa la comunicación que establecen entre mujer- sensibilidad- delicadeza y hombre - rudeza, dicotomizando el rol femenino y el masculino:

*No por tratar de igualar el lugar del hombre, vamos a dejar de ser más sensoriales, de ser más suaves, ¿me entiendes? no el hecho que seamos mujeres del 2007, tenemos que perder eso, no nos vamos a sentar a la par con hombre a tomar y a fumar y... siempre la mujer tiene que notarse más suaves. No es que nosotras nos quedemos detrás de los hombres, yo siempre he creído que esto va a la par. (Pamela)*

Siguiendo con el modelo dicotómico, Figueroa y Liendro (1995) *et al* -citado por HARDY y JIMÉNEZ (2001)- señalan que casi siempre se traducen en relaciones de poder unilaterales: dominación masculina v/s sumisión femenina, lo cual se traduce desde el significado de las mujeres como la dependencia y la protección de los hombres:

*...como te dije el otro día el hombre es como el macho, el protector y la mujer tiene que ser protegida. (Pamela)*

[Ser mujer es]...*ser más dependiente del hombre...* (Paulina)

Es posible vislumbrar, entre los relatos, como en la construcción de la sexualidad de cada sujeta se va constituyendo en relación al sexo que “le tocó” al nacer (CASTRO, *et al*, 2005):

[Para mí ser mujer es]...*acatar mis roles que yo entiendo que la sociedad me impone y además cumplir ciertos roles que yo como mujer me impongo... y vivir mi feminidad dentro de ese núcleo en el que yo me muevo. (Andrea)*

Pese a lo anterior, algunas informantes, rechazan la feminidad como parte de su identidad de género al no expresar rasgos del rol hegemónico, como el sentirse débiles o coquetas o estudiar una carrera que no es tradicionalmente femenina:

*...no soy muy femenina que digamos, no sé, no me gusta eso de ser como coqueta y cosas así, no me gusta eso de que sea el sexo débil... (Rebeca)*

*... yo no voy a la peluquería, no me tiño, no me pinto, no me preocupo de ese tipo de cosas, mi carrera también es una carrera que no es femenina... (Valeria)*

*Sabes lo que pasa, es que yo soy lo menos delicada que hay, he visto niñas que son delicadas, figuritas, que se visten bonitas, muñequitas, que les gusta llamar la atención y toda la cuestión que tú quieras... no me visto de rosado, no me pongo pinches... (ríe) (Marcela)*

El rol hegemónico femenino, según la visión de una de las informantes, no se encuentra internalizado dentro de sus compañeras, por el hecho de coexistir con hombres día a día, como señala una de ellas, lo cual demuestra una especie de fenómeno de homogenización entre los pares, en los que las mujeres tienden a asumir roles que son tradicionalmente masculinos. Esto sería útil para ganar la aceptación de los compañeros de carrera, para poder posicionarse dentro del mismo estatus social:

*...en Miraflores somos totalmente diferentes, somos como despreocupadas de nuestro aspecto físico, como que no nos importa tanto eso...no estamos tan preocupadas de cómo nos veamos, de la apariencia, que tienes que ser flaca, pechugona, que tienes que ser esto y esto otro, no, es más que nada la actitud...aquí se ven cuando llegan las mechonas con taquitos y carteras, ya en tercer año los tacos se fueron, con cueva se maquillan (ríe). Es porque entre tanto hombre descuidado, uno se descuida también... (Marcela)*

*Con mis compañeros soy como el amigo mujer, te tiendes a mimetizar un poco, por ejemplo te comienza a gustar el fútbol y esas cosas...empiezas a tener gustos masculinos, relegando a segundo plano los de mujer, no olvidándolos. (Paulina)*

Lo anterior no actúa así a la hora de la conquista amorosa, en la cual deben demostrar su parte “femenina” para llamar la atención del sexo opuesto:

*Mis amigos me dicen que soy la “amigote”. En realidad, nos cagamos de la risa, mis amigos me cuentan cosas de hombres, de que “anoche me acosté con tal mina y le hice esto”, cosas que de repente a mujeres no se las contarían, pero porque me comporto como otro más de ellos: veo el fútbol, sigo los partidos, la tabla de posiciones. Yo soy más como de ese tipo de cosas, porque los veo como amigos, entonces salgo a tomar con ellos, si hay que tomar en la calle, tomo en la calle, me da lo mismo, pero cuando llega la hora de conquistar, ya no actúo así. (Valeria)*

En relación a lo anterior, se observa que el punto de atracción se hallaría en la demostración de la hegemonía de la feminidad:

*Soltándome el pelo, eso les gusta los hombres en general acá....uno siempre está pendiente de lo que dicen los hombres. “Oh, que andas bonita”, por lo mismo uno se pinta, se arregla más, trata de andar más sonriente también (ríe). (Jessica)*

*...al hombre le gusta también, que se mantenga en su lugar de femenina. (Pamela)*

A partir de las percepciones de las estudiantes se observa la transición que se está comenzando a vivir en estas mujeres, lo que es manifestado por las ideas confrontadas de lo que debe ser femenino y masculino. El descrédito de algunas informantes del rol tradicional femenino, puede significar una crítica en relación a lo que “debe ser”. Sin embargo aún estamos frente a construcciones muy arraigadas del ser femenino, como por ejemplo, la que viene en el siguiente ítem.

#### **4.2.2 Maternidad: el destino del cuerpo anatómico y social femenino**

La maternidad es sintetizada en el ser social y en las relaciones que establecen las mujeres (LAGARDE, 2001), a través del cuidado de *los otros*:

*...porque, o sea para mí, las mujeres siempre son como más acogedoras... entonces mujer es como delicadeza, ternura, esa es como la parte que más nos diferencia...en la parte como de afectividad es distinto en la mujer que en el hombre... pero es como de actitudes, siempre soy como más maternal, ¿me entiendes?, como que yo me siento así, más maternal con mis compañeros, con mis amigos, siempre, me preocupo más de ellos, generalmente mis compañeros, mis amigos no son tan así. (Mónica)*

La maternidad propiamente tal, como constructo social, es un símbolo de la feminidad y es sentida, para algunas informantes, como aspecto fundamental en el hecho de ser mujer o como una experiencia que define gran parte su identidad, tal como lo señala LAGARDE (2001) “en la sociedad que especializa a las mujeres en la reproducción social, el conjunto de acciones maternas es algo propio de las mujeres, no es exterior a ellas, lo han internalizado como parte de sí mismas, y constituye un núcleo fundamental de la identidad femenina”:

*Ser madre, lo principal de ser mujer, lo más lindo... (Paulina)*

*Ser mujer... bueno ser mujer es ser mamá...bueno obviamente siendo mamá, porque tengo experiencia, entonces ahí me siento más mujer, es como fundamental en una mujer. (Patricia)*

*Ser mujer es poder dar a luz a un hijo. (Pamela)*

También es vista, por una informante que tiene la experiencia de ser madre, como la diferencia más importante entre lo sexos en la actualidad, debido a los adelantos en materia de igualdad de género:

*...algo muy bonito pa' mí, que yo creo que tengo por sobre de los hombres, que es poder dar a luz, tener un hijo, yo ya tuve esa experiencia, entonces pa' mí eso es lo que más te distingue de ser mujer a estas alturas, lo que pasa es que ahora un hombre, una mujer viven casi igual, esa es como la gran diferencia. (Pamela)*

Si bien es cierto, la maternidad es vista simbólicamente como la encarnación de la ternura y la feminidad, en las mujeres jóvenes y solteras tiene una entonación de discriminación entre las pares y es reconocida como una responsabilidad mayor, desde luego, sin excluir los sentimientos afectivos que expresan hacia sus hijos/as:

*Y es difícil ser mamá joven, porque tu mundo es como una pared, y tú eres un punto negro dentro de la pared, eres igual pero tienes una mochila más pesada, pero es precioso... (Pamela)*

#### **4.2.3 Mujeres en el mundo “masculino”**

Algunas informantes hablan sobre la lucha que significa para ellas el mantenerse en un medio masculino, lleno de prejuicios contra las mujeres en cual deben destacar y mantener cierta firmeza de carácter para no sentirse disminuidas:

*...es más que nada el hecho de sobresalir entre tantos hombres, se puede decir...hay que ponerse al nivel de ellos, sino te pasan a llevar de una. (Marcela)*

*...o sea, por ejemplo, pa' nosotros estudiar en Miraflores no es tan fácil en algunos momentos, hay que luchar contra ciertos prejuicios... (Andrea)*

Dentro de este mismo plano, las mujeres constantemente, deben estar demostrando sus capacidades, tal como señala GARCÍA (2002), que existe una continua presión entre las estudiantes de probar su experticia femenina en los grupos compuestos mayoritariamente por hombres:



*Hay que demostrar al medio que se puede, que estamos siempre al nivel de ellos. (Paulina)*

Los roles de género de nuestra cultura tienen directa influencia sobre la menor elección de las mujeres a las carreras del área ingeniería, en relación a otras carreras tradicionalmente femeninas. Según GARCÍA (2002) el proceso de socialización en la más temprana infancia mediatiza las habilidades profesionales en las estudiantes. En este estudio se señala que desde la infancia las mujeres afirman que son educadas con una clara división del trabajo, como señala esta informante:

*...no es como... típico que la mamá dice “cuando mi’jita sea enfermera”, mi carrera no poh’, uno nunca dice “mi’jita va a ser ingeniera”, nunca me lo inculcaron... (Valeria)*

#### **4.2.4 Mujer en la actualidad**

Finalmente hablan sobre lo que significa ser mujer en la sociedad. Manifiestan la sobrecarga de trabajo, la polifuncionalidad que debe tener la mujer hoy en día, (madre, esposa, mujer, trabajadora), así como las competencias que se deben ganar, no sólo para desarrollarse profesionalmente, sino también para demostrar que se pueden desenvolver al mismo nivel que los hombres:

*...tienes que ser capaz de cumplir demasiados roles a la vez... (Andrea)*

*Ser mujer implica llevar ciertas responsabilidades... saber ser madre, también saber llevar eso en conjunto, ser como más luchadora, porque pa’ nosotros es nuevo esto de empezar a ser mamá, trabajadora, mujer... (Pamela)*

*Ser mujer... hoy en día ser mujer, más allá que el sexo femenino, sino que el ser una mujer, lleva mucho más que una responsabilidad porque hoy en día para ser una mujer completa, tienes que ser buena esposa, tienes que ser buena madre, tienes que ser buena en tu trabajo, tienes que ser...onda tocar todos los instrumentos de la orquesta juntos...porque si eres mala en tu pega, dicen “no, porque tiene un hijo no cumple bien su trabajo” o si eres buena “porque tiene que trabajar no cumple con sus hijos”, “no cumple con su marido”, qué se yo, tienes que saber hacerlo todo y todo bien, entonces, la labor de la mujer en la sociedad, actualmente está como...saber ser casi perfecta. (Valeria)*

Es así como se puede comprobar hasta ahora el descubrimiento de la transición del nuevo rol, dentro de un discurso que demuestra implícita, pero firmemente esta dualidad. Los actuales

patrones de la sexualidad son percibidos como una ampliación del modelo tradicional que no lo sustituyen ni los invalidan: es una suerte de cambio en la continuidad. Estas estructuras de roles fuertemente arraigadas además hoy colocan, especialmente a la mujer, en un plano de permanente contradicción respecto de su sexualidad (Sharim *et al*, 1996, citadas por NORAMBUENA, 2005):

*...porque si no hay una relación sexual plena, con amor, uno no anda bien... hoy en día la mujer es liberal, yo creo que ya no son fieles, es difícil eso, a no ser que estés enamorada (ríe). Hoy ya la mujer se expresa más, si no te gusta algo lo dices, no como antes, ahora no, chao, filo. En la toma de decisiones, la mujer es más independiente, ya no depende del hombre como era antes.* (Jessica)

### 4.3 ROL DE GÉNERO MASCULINO

#### 4.3.1 Rol de género hegemónico

Al preguntar a las informantes el qué significa ser hombre, surgen muchas respuestas relacionadas con el rol masculino hegemónico. Dentro de ellas está competitividad, lo que es visto como instintivo y propio de sexo masculino:

*...tienen que representar entre ellos mismos quien es el más fuerte, quien es el más seguro, una cosa más animal, quien es el que predomina, el macho, el fuerte, ¿cachai? La competencia es entre el género, no va pa' impresionar al otro, entonces yo creo que el hombre es eso.* (Pamela)

Para Olavarría (2001), -citado por MÁRQUEZ (2004)- la masculinidad hegemónica ha instituido en norma, toda vez que señala lo que estaría permitido y prohibido. Delimita, en gran medida, los espacios dentro de los que se puede mover un varón, marcando los márgenes para asegurarle su pertenencia al mundo de los hombres. Salirse de él, sería exponerse al rechazo de los otros varones y de las mujeres”. Desde la perspectiva de las mujeres estos mandatos ejercen fuertes presiones en la forma de actuar de los hombres, en donde constantemente deben reafirmar su heterosexualidad a través de la rudeza y actitudes homofóbicas:

*Como que de repente los hombres mismos se encasillan y que no, no hago eso, y si preguntaras aquí, la mayoría son homofóbicos, entonces “no, eso es de gay” o “no seas gay”. Entonces el papel que ellos asumen es ése, como de estar a la defensiva...* (Mónica)

*Siempre están con ese peso, de que tienen que ser masculinos, y la cuestión, lo del hombre peludo, y es como... como algo que le han puesto que así tiene que ser, y por lo mismo, caen porque tienen que ser así, no pueden ser como más delicados, porque si no les dicen que son gay (ríe). (Rebeca).*

Consecuentemente, las informantes señalan la imposición de un modelo de autosuficiencia de los hombres hacia ellos mismos, que pasa a formar la cara externa de la masculinidad:

*Ellos se hacen los machos, pasan a ser como los que se lo saben todo, como que creen que matan, y no es tan así, son normales no más... Yo pienso que ellos se ponen como una carcaza encima, por lo que uno ve acá, se creen autosuficientes y todo, y al final son igual que todos no más, con sus fortalezas y debilidades. (Patricia)*

Se vislumbra, entre los relatos, la percepción de la constitución social de la masculinidad que condicionaría incluso conductas de riesgo en salud. En relación a esto Callirgos (2003) -citado por ZUMELZU (2005) señala que en sociedades “machistas” los hombres tienen una autoridad bien marcada, pero acompañada y limitada por la irresponsabilidad. Asimismo, cabe destacar que las sociedades patriarcales norman la sexualidad en sentido libertario para el hombre, que es premiado mientras mayormente viva el placer sexual (NORAMBUENA, 2005):

*Ellos siguen siendo tan machos... o sea el que se acueste con más mujeres sigue siendo el más macho, el que toma más copete sin curarse es el más macho, no se po' si son las 7 de la mañana y todavía está tomando “Ah, puta que es macho”. Siento que no hay cambio respecto a eso. (Valeria)*

Este mismo autor señala que en el patriarcado el hombre prototipo es más responsable, una figura de autoridad, pero con compromisos y deberes. Asimismo, como plantean las estudiantes, este hecho viene acompañado de lograr una posición socioeconómica de alto nivel entre sus pares, lo cual proviene de la presión social que se ejerce sobre ellos, la misma que desapueba el fracaso:

*El hombre tiene que ser exitoso, que le vaya bien, ser buen padre de familia. La sociedad le exige mucho al hombre, no se permite el fracaso. Esto ocurre sobre todo en ingenieros, se cierran mucho las perspectivas... tienes que sobresalir, no puedes tomar un camino diferente. Al final es tener plata, por el hecho de ser una ingeniería. (Paulina)*

### 4.3.2 La figura del hombre cercano.

Al preguntar qué significa ser hombre en la sociedad, varias mujeres, en sus respuestas, se refieren a los varones del campus Miraflores, que es el grupo masculino más cercano. Dentro de sus relatos se encuentran calificativos como “machistas” para muchos de sus compañeros:

*...en realidad donde estoy yo, son, no sé si se muestran así, o son realmente así, hay hartos hombres bien machistas, bien buenos pa' separar mucho el cuento con las mujeres. (Andrea)*

Sin embargo, este comportamiento, según las estudiantes, sufre transformaciones según el escenario en los que se encuentren. Cuando están en grupo surgen los famosos “Clubes de Tobys”, conocidos en la jerga chilena como los círculos herméticos en los cuales se relacionan los varones, más asociado al ámbito del ocio y la recreación. Fuera de estas agrupaciones se establecen relaciones de género más igualitarias:

*...cuando están delante de mujeres son distintos a cuando están entre ellos mismos. Con nosotras quieren tener un poco más de respeto, tratarnos de iguales, en cambio cuando están ellos solos, sus conversaciones de “Clubes de Toby”, siempre se agrandan. (Marcela)*

*...cuando están en su círculo de amigos, ahí cambian, y uno no sabe por qué tanto cambian, se alborotan con las minas... (Jessica)*

En este contexto, algunas mujeres se sienten vulneradas en su autoestima por suertes de cofradías que coexisten dentro de los grupos masculinos, en los que las mujeres son vistas como objetos de atracción, pero no son admitidas, es más, se permite la desaprobación del género como discurso frecuente, lo cual, como se mencionó anteriormente, no sucede cuando se encuentran en el plano íntimo:

*...no sé, dicen que ya no hay machismo, pero igual es como que por ser mujer ah no, a ti no... y acá sobre todo por ser ingeniería, no se por que esta Facultad es de puros hombres, entonces es como... como que los chicos te pasan a llevar, porque como son más, se sienten como aclanados, entonces como que se sienten que te pueden pasar a llevar, hablan de otras niñas, se refieren mal a las mujeres en general, de repente, y eso. Y yo creo que cambian, cuando están solos son como más amistosos, más agradables. (Rebeca)*

Algunos estudios señalan que muchos hombres perciben la adquisición de habilidades técnicas por las mujeres como una amenaza a la masculinidad y al orden tradicional de entre los géneros (Henwood *et al*, 2000, citado por García, 2002). En el aula los profesores tratan de

manera distinta la relación mujer-ciencia-tecnología. Los maestros de más edad hacen comentarios discriminatorios respecto a la capacidad femenina frente a las ciencias exactas (GARCÍA, 2002), lo cual produce en las estudiantes sentimientos de desagrado y tristeza:

*...un profe decía que teníamos que cocinar o tener 3 pololos para poder pasar los ramos, no discriminaba pero molestaba con eso. A mí me molestaba mucho, a muchas le molestaba, le decían que sus tallas no eran agradables porque los únicos que se reían eran los hombres, quedas marcando ocupado, pero como era un caso puntual da lo mismo, pero si todos fueran así sería distinto.*(Paulina)

*...yo he tenido un montón de problemas con varios profesores que dicen “Y usted qué hace acá, si usted es mujer” “Usted debería estar estudiando enfermería o aprender a cocinar, a coser y a barrer”, los mismos profesores (recalca). En todo caso no son todos los profesores, son algunos, pero esos algunos te bajonean, que venga uno y te diga “Ya, barra usted, porque usted es mujer”, o sea quedai’ así como... (Pone cara de extrañeza). (Marcela)*

*Había un profesor que me dijo que no era necesario aprender tanto porque después yo estaba para quitarle el sueldo al marido... (Andrea)*

En este caso no hay diferencias en las edades para expresarlos, incluso los propios compañeros expresan actitudes y comentarios discriminatorios hacia sus compañeras. No obstante, según Marcela *los compañeros son menos explícitos, no son tan duros como los profesores*, por lo tanto estas actitudes se expresan de forma menos evidente. En este caso se refieren a un supuesto favoritismo hacia las mujeres, por el hecho de ser minoría dentro de la Facultad, minimizando sus aptitudes intelectuales. Sin embargo la autopercepción de las mujeres continúa siendo positiva en relación a estas capacidades:

*...de repente los compañeros, como son pocas mujeres piensan que uno tiene buena nota “ah, por que tú eres mujer”, porque piensan que el profe, donde eres mujer, somos regalonas, porque somos muy pocas, debe ser por eso, pero yo creo que no es así y a mi me da rabia porque la mujeres se preocupa más incluso que los hombres de los estudios es mas ordenada quizás mas organizada a lo mejor por eso igual nos va mejor acá que a ellos. (Jessica)*

*...que ya no pueden decir, por ejemplo, no se po’, las mujeres van a ser más malas ingenieras que los hombres, porque se ve dentro del transcurso de la carrera que a las mujeres nos va mejor o igual que a ellos no más. (Valeria)*

En los campos ocupacionales de algunas carreras del área de ingeniería es muy difícil el ingreso de mujeres, debido al imaginario colectivo que estereotipa el trabajo, en el cual, siguiendo a PAPADÓPULOS Y RADAKOVICH (s/f) las áreas tecnológicas y las ciencias básicas, continúan siendo percibidas como “espacios masculinos”. Esto mismo genera sentimientos de superioridad en los varones sobre las compañeras, desde el punto de vista de las mujeres:

*Yo creo que ellos se sienten superiores porque ellos pueden hacer otras cosas dentro de la carrera que nosotras no, hay empresas que no aceptan mujeres... (Marcela)*

#### **4.3.2 Transición del rol masculino**

A pesar de lo anterior, también se evidencia a través de las conversaciones modelos nuevos de masculinidad. Los siguientes relatos muestran la percepción de las mujeres en relación al cambio que se está iniciando de parte de los hombres jóvenes por mostrar otras masculinidades, el cual es requerido por la sociedad actual, lo que es concordante con el estudio de ZUMELZU (2005), quien señala que este cambio conlleva una transformación en la distribución tradicional de los roles que deben cumplir socialmente hombres y mujeres; este cambio va en definitiva, en beneficio de ambos, pues al hombre le permite ampliar su llamado lado “femenino”:

*... un hombre ahora, yo creo que tiene que mantener un montón de cosas de las exigencias que tenía en el pasado digamos, ser como rudo, ser no se poh', hombre, ¿cachai?, como macho, pero también ahora la sociedad le está exigiendo que tenga su parte femenina también... (Andrea)*

*...por ejemplo, entrábamos leña juntos, no era cómo de, onda “tú quédate adentro mirando tele, yo entro la leña” o “tú quédate cocinando, por mientras”. Él a veces me invitaba a mí a comer y cocinaba él, ¿cachai? Él sabía que, de repente, por ejemplo, cosas en la Universidad, mi carrera y la de él son carreras como masculinas. Hay ramos en los que yo, definitivamente era mejor que él no más, aunque yo fuera mujer, no tenía ni un atado en que yo le enseñara. (Valeria)*

Esta transformación del rol, para las estudiantes, está provista de contradicciones en la sociedad, en la cual los hombres entrecruzan sus comportamientos entre la galantería y el machismo:

*...pa' una sociedad como ésta, aún se confunde, los hombres juegan mucho a ser caballeros, pero son machistas: “pa' adelante usted.” puede ser de caballero, pero “las mujeres siempre*

*tienen que ir adelante” pasa a ser machista, entonces hay una línea muy delgada entre eso. (Valeria)*

También se postula a que parte de la transformación del rol masculino está en el reconocimiento de la apertura del rol femenino en la esfera profesional y con esto, a un mayor o igual status socioeconómico, como señala NORAMBUENA (2005) “La diferencia entre los géneros, no sólo implica una diferencia de roles o acciones, sino que esta diferencia va acompañada de una diferencia de status. La emancipación de la mujer pasa por cuestionar la situación de subordinación en que se encuentra actualmente y pasa por cuestionar la construcción genérica desde el accionar político, cultural y simbólico, a los que las mujeres no quieren estar sujetas y de lo cual pretenden desidentificarse”:

*...aceptar de que las mujeres les invadan partes que ellos no están acostumbrados, y que ya no pueden decir, por ejemplo, no se poh’, las mujeres van a ser más malas ingenieras que los hombres... entonces empezar a aceptar la igualdad. En realidad, el aceptar que la mujer gane más que ellos (Valeria)*

#### **4.4 ROLES DENTRO DE LA RELACIÓN.**

##### **4.4.1 Rol femenino: Cuidadora v/s organizadora**

Nuevamente nos enfrentamos al rol de cuidadora, tal como se menciona anteriormente, tiene que ver con la maternidad, la cual es sintetizada en el ser social y en las relaciones que establecen las mujeres (LAGARDE, 2001), a través del cuidado de *los otros*. *Los otros* para las mujeres son los seres con los cuales se relacionan esencialmente para existir:

*... cuidarlo, darle cariño, afecto... las cosas de un pololeo no más. (Paulina)*

*Yo me sentía como mamá, lo tenía que cuidar, alimentar, preocupar de que estudie, es como más de mamá. (Jessica)*

*...pero lo que a mí me toca como rol es ser como mamá, no sé, como acompañarlo, siempre apoyarlo en las cosas que él quiera hacer. (Patricia)*

No obstante, también la mujer percibe su propio rol como decisivo al tomar el control sobre las actividades cotidianas, de poner un cierto orden al vivir el día a día, organizando también los espacios dentro de la pareja:

*...de yo decidir dónde vamos, de yo decidir qué hacemos, de yo decirle: “oye no miremos una película hoy día, estudiemos”. En el fondo yo era como la que llevaba la situación (Valeria)*

*Yo creo que yo era siempre la que organizaba todo ¿Oye qué vamos a hacer estas vacaciones?, él me decía “no se, ahí vemos”, ahí yo armaba todo un cuento, todo un programa, pero siempre la que estaba como organizando, manteniendo el control de los tiempos. Yo siento que eso era como lo más marcado. A veces tomaba decisiones solas, pero ese era como el rol práctico. (Andrea)*

*Más que nada ordenar las cosas, porque él es bien cabro chico, bien al lote, no estoy diciendo que soy como mamá, pero es como ordenar las cosas, ordenarlo a él, ordenarme a mí, organizar más que nada en la parte cotidiana. (Marcela)*

Este rol no es bien visto por los pares. Valeria cuenta que una persona cercana a su pololo, de sexo masculino, desapueba completamente su comportamiento:

*... “oye, como te dejai que esa mina te mande” “claro, tu hacís la huevá que ella quiere” “si ella quiere que vayas a su casa, tu partí corriendo” (Valeria)*

#### **4.4.2 Rol masculino dentro de la pareja: rudo y protector**

La protección emocional que ofrece la pareja es una de las principales características que relacionan las informantes a la forma de ser de sus parejas. Esta característica es acorde con el modelo hegemónico de masculinidad, en el cual debe el hombre debe ser el ente protector, que ofrezca seguridad y estabilidad:

*Eh... era súper protector conmigo, súper protector, o sea como un cuento onda “yo soy el hombre aquí” ¿cachai?, eh...” tranquila”, onda “¿Qué hacemos acá?”, “no se, ahí”... como quizás la solución del problema, como que él era como fuerte ahí, cuando habían problemas, cualquier tipo de problema, si poh’ siempre como protector, protector a cagar, súper protector. (Andrea)*

*Él es como que trataba de proteger, de protegerme, pero más que eso no... en el sentido emocional, de sentir que están apoyándote, apoyarte cuando uno tiene problemas... todo (Jessica)*



*...siempre me protege eh... no se, me da mucha protección. La protección, la confianza, mucha confianza, mucha seguridad. (Pamela)*

Este comportamiento es bien recibido por las informantes. Ellas requieren la protección de su pareja para evitar sentirse avasalladas por personas:

*Como que me tenía que proteger, y yo tenía que tener su presencia, como que si alguien te pasa a llevar igual él se va a hacer presente, alguien en quien sostenerte. (Paulina)*

Este estereotipo de género de “macho protector” se visibiliza también en la cotidianeidad, lo que se manifiesta en el hecho de ser atento o “caballero”. Este apelativo, dentro de nuestra sociedad se asigna a hombres, casados o solteros (en contraste con “señorita”), que muestren abiertamente comportamientos de galantería a la mujer, lo que implícitamente demuestra el inconsciente colectivo en las mentes masculinas: un rol de género femenino desprovisto de herramientas para sortear dificultades del día a día:

*...súper preocupado, súper atento, de esos que te van a buscar, te van a dejar, prefiere ir él a tu casa para que tú no salgas por el frío... qué se yo, súper atento. (Valeria)*

*...era muy atento, se preocupaba por mí, ehh...Él siempre fue muy caballero, entonces siempre me llevaba, no se poh', como que me atendía en ese aspecto, no se poh' hace tantas cosas por mi. Bueno y el día a día me bajaba del auto, de la micro, me abría la puerta, no se poh', cosas así como tontas, no sé... (Mónica)*

*Era caballero...atento, siempre atento. (Paulina)*

*Al principio muy pendiente de mí, pendiente. (Jessica)*

Algunas mujeres reconocen estos actos de protección hacia ellas como demostraciones de la masculinidad hegemónica de su pareja:

*...es súper machista, pero no en mala, o sea es muy caballero, por ejemplo te abre la puerta, o deja que te subas primero a la micro. Esto lo tiene muy marcado. (Paulina)*

Nuevamente nos presentamos ante la expresión de la masculinidad hegemónica a través del comportamiento rudo:

*Era como súper tajante y súper así como rudo ¿cachai?, como para dar su punto de vista.* (Andrea)

Este comportamiento también se manifiesta hacia la crianza de los hijos/as. Según la apreciación de las mujeres, los hombres presentan un estilo más enérgico en la corrección de ellos/as:

*...es el que reta más a nuestro hijo, yo igual le digo las cosas y le pido disculpas, pero él es que lo reta, es un poco más duro que yo y se impone firme ahí. Él dice que no importa que sea el malo de la película, pero igual hay que corregirlo.* (Patricia)

Además de lo anterior, se observa la adopción de la conducta de normalización de la masculinidad hegemónica por parte de las informantes:

*Es bien hombrecito, no tenía ninguna actitud que haga dudar de su masculinidad. Él es normal, hombre común y corriente* (Paulina)

*...igual tiene su vozarrón, pero sí, él es bien varonil, no sé como expresarlo pero es normal, varonil.* (Patricia)

La percepción de las estudiantes de las demostraciones de afecto de la pareja hacia ella, en la mitad de las entrevistadas, es que son mutuas y no tienen mayores variaciones en la manera de expresarlas en grupo o en la intimidad:

*A veces él, a veces yo, es indistinto. No cambia delante de las otras personas. No hay diferencia sobre lo afectuoso.* (Paulina)

*Yo creo que era mutuo, que era mutuo en las demostraciones de afecto.* (Andrea)

La otra mitad de las informantes sienten que se producen transformaciones en la forma de expresar la afectividad en la pareja. En la intimidad son más expresivas y en la esfera pública se reducen a demostraciones más escuetas:

*Bueno. Era cariñoso, amoroso, de caricias. Él yo creo, pero es que nunca estábamos abrazados cuando estábamos con más gente. Como que estábamos pero no estábamos. Estábamos juntos pero no... de la mano por ejemplo, pero conversando, como si fuéramos amigos no más, sin una relación afectiva. (Mónica)*

Lo anterior lo atribuyen a vergüenza de la pareja de expresar sus sentimientos en público:

*Los dos, depende del día, si estamos con más gente yo, bueno él igual pero más que un abrazo y un agarrón de manos, nada más que eso. Cuando hay más gente es más como retraído, tímido, le cuesta más acercarse a mí, pero cuando estamos solos es más amoroso, cambia harto en el sentido afectuoso (Marcela)*

*...le da vergüenza darme besos frente a la gente, son como besos cortito... esa es la diferencia, como que le da vergüenza expresar su cariño frente a la gente, en cambio yo no po', yo lo expreso no más (Patricia).*

Sin embargo, hay relatos en los que las mujeres perciben discursos igualitarios sobre las relaciones de género de sus parejas. Es el caso de la siguiente informante:

*...igualitario en ese aspecto, él no se cree superior a la mujer, no cree que son mejores, o por lo menos eso es lo que me dice, lo que me pinta a mí (ríe). (Marcela)*

Asimismo es posible toparse con relatos que muestran percepciones de relaciones de género más igualitarias en la pareja:

*...siempre con mucha conversación, mucho cariño igual, con harto respeto, nunca, nunca... no se poh' ¿hai cachado que de repente hay parejas que habla uno no más y el otro no habla? ¿O que uno se mete en las conversación del otro? Bien respetuosa... (Andrea)*

*Yo creo que el día de mañana si yo gano más que él no creo que se sienta disminuido. (Patricia)*

4.4.2.1 Dominación masculina: Según BONINO (2004) una forma de expresarse el micromachismo es a través de requerimientos abusivos solapados: son pedidos sin pedir

explícitamente, "mudos", que apelan a activar automáticamente los aspectos "cuidadores" del rol femenino tradicional y hacer que la mujer cumpla ese pedido sin percatarse que lo está haciendo por coacción. En este caso una informante señala que su pareja espera de ella el despliegue de su entrega como mujer para satisfacer sus necesidades, atribuyéndolo a su inmadurez psicológica:

*Inmaduro. Los hombres en general son muy inmaduros. Inmaduro (ríe), cuando tienen polola espera que se lo hagan todo ¿cachai?, hasta incluso los trabajos, que les enseñen, tratan de buscar cosas más fáciles a través de la polola, que se les haga todo más fácil. No sé incluso hasta pa' buscar trabajo, son como dependientes de las mujeres. (Jessica)*

Marcela también atribuye a la inmadurez el comportamiento de su pareja de no hacer frente a los problemas. Este tipo de actitud es para BONINO (2004) es una maniobra de dominación en tanto implica la imposición de silencio a la relación con la mujer. Permanecer en silencio no es sólo no poder hablar, sino no sentirse obligado a hablar ni a dar explicaciones (recurso que sólo pueden permitirse quienes tienen poder) y por tanto imponer el no diálogo y el enmascaramiento:

*...bueno igual se muestra más maduro frente al resto de la gente pero conmigo es el cabro chico que siempre ha sido...él es bien cabro chico siempre que había problemas entre nosotros dos tenía que yo ser la que los resolvía porque él dejaba pasar los días y después con un beso se arreglaba todo.(Marcela)*

Dentro de las categorías que BONINO (2004) señala, micromachismo encubierto, representado por la autoindulgencia y la autojustificación, el varón elude responsabilizarse por sus actitudes injustas, su desinterés en el cambio o el no tener en cuenta a la mujer apelando a diversas razones que, según él, son inmodificables, tal es el caso de la siguiente estudiante:

*A veces es medio descariñado, conmigo a veces se pone frío, o sea no es que sea frío, sino es que... a mí me gusta que me exprese su cariño, que me hagan cariño... y, por ejemplo, él no es de esos cariños, es de esos cariños medios toscos a veces, de esos que te hacen cosquillas y te molestan, cosas así, esa es su forma de expresar cariño, y yo necesito más de eso... siempre yo le pido más y él dice "no, es que yo soy así" Esas son las diferencias que tenemos. (Patricia)*

Dentro de las percepciones de roles tradicionales de hombres y mujeres está la relación humanista-arte-mujer y hombre-técnico-matemático. Tal como señala Walby (1990), citado por GARCÍA, (2002) la elección de las carreras humanísticas descansa en parte, en el contrato social por género que la sociedad patriarcal ha establecido a través de los siglos, ya que las carreras de estas áreas ofrecen estas profesiones para el ejercicio libre con horarios flexibles.

Esto a su vez, les permite un desempeño profesional variado, en consultorios privados, en docencia, en laboratorios o en el sector salud, y así combinar carrera y familia (García, 1992; López y Vargas, 1994, citados por GARCÍA, 2002). En estas profesiones, las mujeres, tradicionalmente asumen el peso de la familia y las funciones domésticas, mientras que el hombre el peso de las funciones de sustento. (GARCÍA, 2002). En este caso esta creencia es compartida entre los géneros:

*...de repente hueviaba que [las mujeres] somos más lentas, que nos cuesta, yo creo que es verdad, las mujeres son más pa' las letras y los hombres son como más prácticos, eso me molestaba, que se burle de la parte intelectual, aunque él lo hacía para molestarme. (Paulina)*

En el siguiente relato se observa implícitamente una relación de poder desigual en la pareja. Una informante reconoce que le es difícil situarse a la par de su pareja, pues se muestra él como el dominante ante las situaciones:

*En la parte de la relación de pareja, yo con otras personas soy capaz como de mandar, no es que él sea el que mande pero él es siempre como el que habla más, no sé si la persona fuerte de la pareja, pero como que él lleva más la batuta, no sé si soy más sumisa, no sé como explicarlo. Igual es como que siempre lleva la batuta. (Patricia)*

Las jóvenes señalan que su pareja se siente muchas veces insegura de la relación. Este hecho se manifiesta a través de conductas provistas de celos, las cuales actúan, según las informantes, por el hecho de estar siempre rodeadas de hombres:

*[Mi pololo es] Inseguro porque lo que pasa es que estamos rodeados de demasiados hombres, entonces el hecho de que en la carrera, en Miraflores hayan muchos hombres, es inseguro en ese aspecto, no confía, según él confía en mí, pero no en confía en el resto de los hombres, porque han sido iguales. (Ríe) (Marcela)*

*Igual que, por lo menos acá como somos pocas mujeres, y estamos rodeadas de muchos hombres, también es difícil porque el hombre empieza a tener celos, no lo demuestra, pero en realidad, siempre está pendiente con quién andai, si te llaman mucho. (Jessica)*

Estos mismos celos son también gatillantes de este sentimiento de propiedad sobre la mujer. Ellas señalan que debido a esto es muy difícil tener amigos dentro de su medio:

*...celoso, súper celoso. Se enojaba siempre cuando me juntaba con mis amigos, me decía “pero por qué”, se enojaba, ponía caras feas. Es que yo no tenía amigos casi, no podía tener amigos, él era así, siempre. O sea yo igual los tenía, pero él igual se enojaba porque yo tenía amigos, no le gustaba que anduviera con ellos. Es que es imposible no tener amigos aquí, entonces... (Mónica)*

En relación a lo anterior, Jessica manifiesta que, para evitar hacer sentir celos a su pareja, tienen que acompañarse en casi todas las oportunidades por su pareja, así como el resto de sus compañeras:

*...tenía que andar con él pa’ arriba y pa’ abajo. Las parejas cuando salen, tienen que salir, con su pareja. Acá andan pa’ arriba y pa’ abajo siempre juntos, si salen por separado empiezan las peleas, “pucha, con quien saliste”, “que ese huevón anda detrás de ti”, cosas así, por lo mismo aquí como son muchos hombres y pocas mujeres.*

Esta violencia psicológica se manifiesta más explícitamente en el deseo de subordinación y dominio sobre su persona, en el sentido de pretender obtener su servicio en el plano doméstico a partir de palabras desprovistas de afectividad y gentileza (micromachismo: abuso de la capacidad femenina de cuidado (BONINO, s/f)), el permanente control sobre sus amistades y sus salidas (micromachismo: Hipercontrol (BONINO, s/f)). Al notar estas ansias de subyugación, Jessica, dotada de un fuerte carácter, se empodera al hacer notar su malestar de forma verbal y no cumpliendo sus exigencias. Además trata de imponerse ante él, como mecanismo de defensa ante estas agresiones:

*....pensaba que pololeando yo era suya y poco menos la mujer de su vida... Él se metía con quién me juntaba y porque se ponía celoso...eso me hacía sentir, que él dominaba mi vida, pero yo no lo dejé. A mí me molestaba cuando no me dejaba salir pero yo igual salía. Una vez que se sentó a la mesa y me dijo: “Sírvenme”, yo le respondí que no era su empleada o mujer, que se sirva solo, y tenía muchas cosas como machistas pero yo lo paraba, quería que yo esté en general a su disposición para todo...y como no me gusta que me dominen, lo terminé dominando yo (ríe). (Jessica)*

Estos rasgos incipientes de violencia de género también se pueden observar en la actitud de apropiación del cuerpo femenino y adopción de la conducta de control sobre su exposición:

*Entonces no había carrete que íbamos, que yo llevara un escote, que no tuviéramos una mocha “mira, te están mirando” “mira ese hue’on te está mirando las pechugas”. “mira que te está mirando”. Primero empezó a haber un asunto como de celos por cómo me vestía... (Valeria)*

Este sentimiento de propiedad se da también cuando la mujer se relaciona con otros hombres, lo cual gatilla un comportamiento obstinado en acaparar su compañía. Lo anterior se evidencia con la ingesta alcohólica, y para las mujeres esta es la única causa, además se culpabilizan por prestarles poca atención:

*...cuando se ponía a tomar, se ponía distinto, se ponía totalmente imbécil, por ejemplo: “otra vez te sacó a bailar ese huevón” “pero si es mi amigo, es mi compañero de curso” “bailemos”, “no, no quiero bailar amor, estoy conversando” “no, pero bailemos, pero bailemos” “si estoy conversando déjame finalizar, no quiero bailar” “No, no quieres bailar conmigo” y que “yo soy tu pololo” “te da vergüenza bailar conmigo”...se ponía ñipa, se enojaba por puras tonteras poh’. Me decía “acompañame a comprar” “no, si está helado” “pero acompañame, pero es que acompañame”. Se ponía como cargante, por cualquier tipo de cosas. “Pucha – le decían- deja tranquila a la Valeria, déjala tranquila, no seá cargante, déjala”. Yo creo, simplemente que era el copete, absolutamente, no le puedo echar la culpa a otra cosa, porque cuando él no tomaba y salíamos no pasaba nada. Quizás puede haber sido que yo lo dedicaba poco tiempo cuando salíamos, yo no podía estar todo el rato con él, porque, si no, pa’ eso nos quedamos carreteando solos. (Valeria)*

Para finalizar este capítulo, es preciso señalar que las entrevistadas tienen una percepción sobrevalorada del rol masculino dentro de la relación, no así a nivel social, lo cual no les permite dimensionar la magnitud del problema de la desigualdad del poder intergenérico, minimizando estos hechos pues lo aluden a inmadurez de la pareja, consumo de alcohol, celos o simplemente se normaliza.

#### **4.5 VIH/SIDA, ITS y métodos anticonceptivos.**

##### **4.5.1 Conocimientos VIH/SIDA e ITS:**

La información que poseen las siguientes informantes en relación al mecanismo de patogenia del SIDA es suficiente, dentro del rango esperable para este grupo de mujeres universitarias:

*...el VIH es el virus de inmunodeficiencia humana. Actúa en el sistema inmunológico, lo disminuye en forma proporcional en el tiempo, por lo tanto queda el cuerpo más expuesto, por ejemplo un resfrío te mata. (Paulina)*

Sin embargo, otras estudiantes lo relacionan directamente a la muerte. Sus relatos carecen de otras fases de la enfermedad:

*Que es un síndrome que te mata, principalmente eso. (Marcela)*

Sólo una estudiante se refirió a la etapa en que se es portador/a del virus, sin desarrollar la enfermedad:

*...creo que uno puede ser portadora por años sin saberlo, hasta tener los primeros síntomas... (Pamela)*

A la hora de distinguir el VIH del SIDA no hay consenso con respecto a la presencia del virus en el cuerpo y la manifestación de la enfermedad. Algunas informantes señalan que es lo mismo, mientras que otras conocen bien sus diferencias:

*El VIH y el SIDA es lo mismo. (Paulina)*

*No hay diferencia entre VIH y SIDA, pa' mí es lo mismo, no sé si tendrán alguna diferencia, o sea si alguien me habla de VIH o me habla de SIDA, pa' mí es lo mismo. (Andrea)*

Las informantes conocen ITS más difundidas en el ámbito coloquial o en los medios de comunicación como el VIH, sífilis, gonorrea, herpes, hepatitis B:

*.Sífilis, no se cual más. Sé que hay como herpes y cosas pero no se que nombre tendrán. (Andrea)*

*Ahora no me acuerdo de todas, pero es la sífilis, los herpes, SIDA, principalmente son esas tres, la gonorrea, pero más que eso... (Marcela)*

Al continuar la conversación sobre el tema, es posible encontrar mitos que vinculan la falta de higiene como mecanismos de transmisión de ITS:

*Enfermedades de transmisión sexual... yo no sé si será por falta de aseo... (Jessica)*



No obstante, para otra informante esta misma percepción de contagio de ITS cambió a través del tiempo. Ella ha podido esclarecer las vías de transmisión en su adultez. También se puede dilucidar que en esta transformación ella adquiere una mayor percepción del riesgo:

*A ver... enfermedades de transmisión sexual, pa' mí son las enfermedades que se transmiten a través de... mira voy a ser clara, yo antes pensaba que era por higiene, las enfermedades de transmisión sexual, pero ahora que estoy más grande me doy cuenta que no es así, que de repente uno no sabe que es portador, y si me metí con otra persona y tú no sabías, la otra persona menos... (Pamela)*

Otro de los mitos es considerar las infecciones vaginales por hongos (micosis) como infecciones de transmisión sexual:

*[Una amiga me dijo] “oye, sabes que me metí, con mi pololo y me dio un hongo” y después de los dos meses sabían que su pololo se había metido con Pedra, Juana y Diega. Uno a veces se mete con alguien y esa persona está infectada...*

Dentro de las creencias erradas que las mujeres de este estudio tienen sobre las ITS, se encuentra la de pensar que sus manifestaciones se pueden observar siempre a simple vista. Esta acción es vista como medida de prevención:

*...le miraba su miembro por si veía algo extraño en su cosa... (Jessica)*

*... lo llevé a hacerse los exámenes, el del SIDA, porque las enfermedades de transmisión sexual son más visibles, en cambio el SIDA es distinto... (Pamela)*

Todas las informantes nombran la vía sexual como principal mecanismo de contagio, lo que deja de manifiesto que la totalidad de las alumnas reconocen el SIDA como infección de transmisión sexual, por ejemplo, recalca una informante:

*...el SIDA se contagia por vía sexual. (Pamela)*

También se nombra la transmisión del virus a través de la sangre y fluidos:

*Eh... bueno, contacto con secreciones, o bueno igual hay un cuento de las agujas y todo ese cuento. (Andrea)*

Otra informante también reconoce la transmisión vertical del VIH como vía de contagio:

*A través del sexo, de madre a hijo, por la sangre, en transfusiones, jeringas. (Paulina)*

*...se contagia por la sangre también (Marcela)*

Una de las informantes refiere no sólo en coito en el contagio de ITS, sino también el roce genital:

*No, solamente por la penetración sino el roce yo creo, puedes contagiarte con algo con lo que sea. (Jessica)*

También hacen alusión a factores de riesgo como relaciones coitales desprotegidas o múltiples parejas sexuales:

*...por no tener la misma pareja única, tanto como el hombre o mujer pueden contagiarse de algo, por la misma relación sexual pueden contagiarse. (Jessica)*

*Eh... bueno a través de una relación sexual sin condón, por ejemplo, yo se que hay algunas, la mayoría por fluidos, y por... bueno por eso, por relaciones mal cuidadas no más, por no tener prevención. (Pamela)*

Las estudiantes entrevistadas, además de lógica relación que establecen todas ellas de las ITS con la transmisión sexual, (como ellas afirman “el nombre lo dice”), establecen conexión con otras vías de transmisión, como otros fluidos corporales como la sangre pero señalan que estas vías son menos frecuentes:

*Enfermedad de transmisión sexual...tal como su nombre lo dice son no sé po' enfermedades que se transmiten por las relaciones sexuales, y que todos sabemos que no sólo por esta vía, sino también hay un asunto de sangre, de fluidos, que sé yo vaginal, todo el cuento, pero más que todo, o sea el cuento máximo por el cual se esparce por el mundo es la transmisión sexual... (Valeria)*

*Son enfermedades que se transmiten por tener relaciones y también de madre a hijo, como la sífilis y herpes (Paulina)*

En relación a la prevención del VIH/SIDA e ITS, las informantes identifican al menos una de las tres formas que se señala frecuentemente en los medios de comunicación, en la que el denominador común es el uso del preservativo:

*Las típicas que siempre dicen: abstinencia, pareja única, uso de condón. (Marcela)*

Asimismo, las informantes hacen hincapié en el hecho de comprobar primero que la persona con la cual se relacionan sexualmente no presente ninguna infección, para poder hacer uso de la opción pareja única:

*Usando condón, teniendo una pareja única y que no esté contagiada obviamente, o evitando tener relaciones. (Mónica)*

También se hace referencia de la prevención del contagio vía contacto con fluidos como la sangre. En este ejemplo una informante señala:

*No teniendo conductas de drogadicción, por las agujas. (Paulina)*

Pese a la información anteriormente descrita, se observa la creencia de que los procedimientos de transfusiones sanguíneas se realizan en lugares que no cumplen con normas en prevención de infecciones:

*Haciéndose transfusiones en centros certificados. (Paulina)*

Cabe destacar que dentro de las aseveraciones no se menciona otras formas de expresar la sexualidad en que no haya contacto de fluidos corporales, que eventualmente son de alto riesgo infectante, como caricias y juegos eróticos. Masivamente se conocen como “preámbulo”, en la cual la única función visualizada socialmente sería preparar para la relación coital.

Es posible visualizar la connotación social del SIDA y las ITS en el siguiente relato, en el cual la informante se refiere al pudor con el que son abordados estos temas y resalta el estigma social que representa el adquirir el SIDA, siendo de mayor complejidad el vivir en esta situación, al ser un tema tabú dentro de las enfermedades con alto nivel de impacto biosicosocial:

*Y más encima que existe un pudor con respecto a las enfermedades de transmisión sexual, no es lo mismo decirle a tu mamá “tengo cáncer” a “mamá tengo SIDA”. (Pamela)*

A través del siguiente relato se advierte el rechazo personal y social que produce el tener una ITS, lo que lleva al individuo/a que las padece a abordar estas patologías en aislamiento:

*...cuando mi ex pololo me llamó pa’ decirme que él había tenido algo, me sentí asquerosa, hasta que salieron los exámenes yo no sabía si tenía algo. No tenía. Yo ya tenía otra pareja, no sabía como decirle que me habían llamado a mí ¿me entiendes? ... inclusive hasta el SIDA es un poco más aceptado actualmente, porque decir, no sé po’ “tengo gonorrea”, es como sucio, entonces son enfermedades que las lleva uno solo, entonces pa’ mí son terribles y horribles. (Pamela)*

#### **4.5.2 Conocimientos en anticonceptivos**

Los más nombrados son los de uso común, debido a su accesibilidad, ya que son los que dispone el Ministerio de Salud para su utilización en los centros de salud públicos. También debido a su uso masivo, ya que son los de mayor relación costo/beneficio, los anticonceptivos orales (ACO), el dispositivo intrauterino (T de cobre) y los preservativos:

*Métodos anticonceptivos es como... yo lo diferencio por el asunto del embarazo, o sea, es para prevenir el embarazo más que para prevenir las enfermedades de transmisión sexual, métodos anticonceptivos son para no concebir, o sea el nombre lo dice. Pastillas clásicas, de todos los días, condones, la T de cobre... para las ingenieras, o sea para el común de los mortales, esos son los mas comunes. (Valeria)*

*Condón, pastillas, las T de cobre y esas cosas. (Rebeca)*

*Anticoncepción, bueno la palabra lo dice, no tener hijos. Están las pastillas, el condón, el dispositivo intrauterino... (Paulina)*

*Las pastillas, los condones, los anillos, las t desechables o las t de cobre, no se si se ponen todavía...eh es yo lo que se es que son para evitar el embarazos. (Mónica)*

*Son tratamientos que impiden la concepción, básicamente. Hay varios... el dispositivo intrauterino eh...las pastillas anticonceptivas, el condón... (Pamela)*

*Para mí es para no quedar embarazada...la t de cobre, el condón, las pastillitas ¿cómo que se llaman? Si po' anticonceptivas. Y el método natural. (Jessica)*

*Entiendo que es para no quedar embarazada, pero más que eso... eso es método anticonceptivo. El condón, las pastillas y la abstinencia (Marcela)*

Cabe destacar sólo en los dos últimos casos señalan método no artificiales como la anticoncepción natural y la abstinencia, que también consideran como opción válida.

También son propuestos métodos menos tradicionales y usados como parches, implantes e inyecciones hormonales e incluso la anticoncepción de emergencia como la llamada “píldora del día después”:

*...hay unos parches igual, que son hormonas igual, básicamente eso. (Pamela)*

*... el diafragma, implantes e inyecciones mensuales. (Paulina)*

*...igual son hartos, son montones, hoy en día muchos mas todavía, ahora qué sé yo, aparecieron estos parches que te ponen en el brazo, en el pecho. (Valeria)*

*...está la píldora del día después... (Jessica)*

Además reconocen en los anticonceptivos orales las reacciones adversas y otros usos que se le pueden dar, como el tratamiento del hirsutismo, el acné, la dismenorrea y los desordenes menstruales:

*Además sé que las pastillas anticonceptivas tienen otros beneficios como control de peso, sirve para el hirsutismo, como también reacciones adversas. (Paulina)*

*Bueno yo ahora deje de tomar pastillas, volví a tener reglas dolorosas, la espalda pa' la cagá, así que volveré a tomar pastillas, aunque no pase na'... siento que se me desordenó todo...* (Andrea)

Sin embargo se observa déficit de conocimiento en torno al mecanismo de acción de los anticonceptivos hormonales y el dispositivo intrauterino al no tenerlo claro:

*...los otros métodos no sé... sé que liberan hormonas y que tienen algo que ver con el óvulo, no se si será que no se acerquen, no sé. No sé como funcionan los otros métodos.* (Mónica)

Lo anterior se manifiesta de la misma manera al encontrar creencias erradas. Estas estudiantes valoran los métodos como “abortivos”, señalando que destruyen o dejan caer el óvulo fecundado:

*...las pastillas anticonceptivas encuentro que son abortivas, las T de cobre también. Porque según lo que yo tengo entendido las hormonas que dan en las pastillas anticonceptivas hacen que el endometrio se caiga así no más, sin importar que haya un óvulo fecundado o no, se cae igual.* (Rebeca)

*Con la T de cobre igual puede haber fecundación, y después se destruye.* (Rebeca)

*...el dispositivo intrauterino que para mi gusto es abortivo...* (Pamela)

No obstante, el mecanismo de acción del preservativo está claro:

*...el condón sé como actúa, que el semen no entra a la vagina, o sea al útero.* (Mónica)

*El condón y esas cosas no es abortivo...* (Rebeca)

De lo anterior se desprende que estas estudiantes poseen amplios conocimientos en la gama de opciones que la industria farmacéutica ha puesto a la disposición de las/los usuarios/as para la regulación de fecundidad, siendo más populares los que las políticas de salud nacionales han destinado como recursos de los servicios de salud públicos, siendo poco conocidos los

métodos de anticoncepción natural. Sin embargo el mecanismo de acción no es bien conocido, lo cual da paso a las creencias erróneas sobre ello. Cabe mencionar que sólo se señaló como método para hombres el preservativo, pero no definitivos como la vasectomía, ni la esterilización quirúrgica femenina. Esto último puede responder en que además de no ser mayormente difundidos (sobre todo la vasectomía, que no se otorga como opción en los servicios públicos), a la etapa de ciclo de vida en que están viviendo, en la cual muchas no son madres y no desean serlo aún, o no han completado la familia, por lo tanto no es un método al cual accederían a corto ni mediano plazo.

## 4.6 PERCEPCIÓN DE RIESGO ITS y VIH/SIDA

### 4.6.1 Percepción de riesgo ITS/VIH: ¿Nosotros?... no creo

La mayoría de las estudiantes de la investigación señalan la confianza en la relación de pareja como eje fundamental de la prevención en ITS, incluyendo el VIH/SIDA:

*Cuando es el pololo hay que tener la confianza, confiar en la palabra de la otra persona.*  
(Paulina)

*...si la relación se basa en la confianza no tomaría otras precauciones, que fue al menos como me sentí en esta relación que tuve, como que nunca dudé de que, no sé po'...si alguna vez me cagó que se haya puesto algo, pero eso va a depender de la confianza.* (Andrea)

La forma más común de protegerse de la transmisión del VIH o ITS es la pareja única y estable. Ellas ven la imposibilidad de cometer infidelidad por parte de ellos y propia, por la existencia de amor de pareja, por lo tanto confían en sus parejas y ven lejana la posibilidad de contagio:

*... en realidad veo que no hay riesgos, porque sé que él es fiel, y tengo confianza en eso.*  
(Patricia)

*La forma que tenemos para cuidarnos nosotros actualmente del SIDA es la pareja única. Por mi lado me hice los exámenes y estoy bien y todo, él también ahora (el del SIDA), pero es básicamente la confianza. Por mi lado yo sé que él es mi pareja única, yo confío ciegamente en que yo soy su pareja única, además que no le queda tiempo porque está todo le día conmigo. Pero por mi lado, no, porque pa' mí, él es mi pareja única, me siento plenamente segura, y concretamente segura que yo estoy segura de cualquier infección o enfermedad*

*sexual teniendo mi pareja única, y él también. Al menos esa es la garantía que le puedo dar yo a él.* (Pamela)

*... él tenía claro que si yo le ponía el gorro, en ningún momento me iba a acostar con la otra persona, porque para mí involucraba amor y para él también. Los dos nos conocíamos y sabíamos eso.* (Valeria)

*Que me engañara, o que yo lo engañara, básicamente eso. No me veía con riesgo porque estaba segura de que estábamos los dos no más po', como que nunca desconfié de él.* (Mónica)

El riesgo de contraer una infección de transmisión sexual (incluyendo el VIH/SIDA) se ve como algo lejano. Tal como señalan VERA y GAMBOA (2006), los y las jóvenes están más preocupados por evitar un embarazo y el SIDA pasa a un plano secundario:

*Enfermedad de transmisión sexual, es como que a uno no le puede pasar... No se pensó en las enfermedades de transmisión sexual, uno siempre piensa en el embarazo.* (Paulina)

*...y si no lo usaba [el preservativo], había una sensación de seguridad implícita, si quedo embarazada él es alguien de confianza, es conocido.* (Paulina)

También es visto como realidad ajena a nuestra cultura:

*Él viajó a Suecia hace tres años, entonces yo le dije “te voy a exigir un test de VIH”* (ríe). (Patricia)

Perciben menor riesgo si ellas o la pareja ha tenido pocas parejas sexuales, y por lo tanto se fían de este factor:

*...pero por lo menos él tuvo una relación [sexual] antes que conmigo, una vez con una polola, así que...* (Patricia)

*entonces uno dice “no he estado con tantas personas”, uno conoce con quien ha estado, igual se confía, pero en realidad no sabe, entonces no es mucho lo que uno se cuida con respecto a las enfermedades de transmisión sexual.* (Rebeca)



*...asumí en ese momento que él no tenía nada por su historia (Paulina)*

Sin embargo, igual existen aprensiones con respecto al VIH/SIDA. En el siguiente relato una de las informantes refiere sentir miedo a la enfermedad:

*Entonces, también cuando vi los exámenes y mi doctora me dijo, tranquila, está todo bien, yo ahí recién pude respirar, pero me dio mucho miedo y sobre todo el SIDA... entonces fue como... terrible. (Pamela)*

Las jóvenes del estudio señalan que han tomado conciencia y percepción de riesgo de VIH/ITS con el tiempo o luego de experiencias personales o de personas significativas relacionadas con infecciones de transmisión sexual, y que su salud sexual es vivida irresponsablemente, pero esto es tarde, ya que se logra luego de haber terminado la relación:

*Ahora lo asumo con más responsabilidad, antes cuando uno es más chica se sabe de este tema, pero no se le toma el peso, uno madura, los años pasan... por eso, pero uno se puede equivocar. Lo asumí con lo que me pasó...que el doctor me pidió exámenes porque pensó que podía tener hongos o herpes, pero al final no era nada. (Paulina)*

*...como un juego después de todo, me importaba pasarlo bien y me hacía sentir deseada e importante.... ahora no pienso lo mismo que por no cuidarme pude haber contraído alguna enfermedad por confiada o por hacerme la tonta. Menos mal he tenido suerte en ese aspecto de las enfermedades porque no he contraído nada aunque igual hace 2 años que no me hago exámenes. Sí me he hecho de sangre pero no PAP y esas cosas (Jessica)*

*...nosotros terminamos un tiempo y después volvimos y él estuvo con otra persona en el tiempo que terminamos, entonces como que ese tiempo juntos nunca...igual fue súper inconciente porque nunca dijimos “ya, hagámonos un test” porque igual es importante, como que nunca lo planteamos, yo después me di cuenta que en realidad me podría haber contagiado cualquier cosa. (Mónica)*

#### **4.6.2. Preservativo como método anticonceptivo**

En concordancia a lo planteado anteriormente, se observa claramente que el uso del preservativo está destinado con el fin de prevención del embarazo:

*...era como más pensado en el embarazo, como que conversábamos siempre pensando en el embarazo, nunca conversamos usar preservativo para prevenir enfermedades. (Mónica)*

*Me cuido con pastillas, en los días fértiles usamos condón, la idea principal es que usemos los dos sistemas. (Pamela)*

Sin embargo, este uso no es de forma regular ni se mantiene a medida que avanza el tiempo de relación, ya que se utiliza cuando recién la inician o sólo algunas veces:

*Igual use preservativo pero no usarlo algunas veces es como nunca haberlo usado ¿o no? (Jessica)*

*No, no lo usábamos siempre, en los días más fértiles tratábamos de usarlo, aunque ya el último mes lo usábamos todas las veces.... (Patricia)*

*Compramos preservativos y eso, pero después yo decidí solita ir a al doctor a pedirle pastillas. (Mónica)*

*Primero, con condón, y después como de 6 meses que llevábamos vida sexual, empecé a tomar pastillas. (Andrea)*

Luego de un tiempo de relación, se cambia por un método que sea más “práctico” y “cómodo”, que prevenga solamente embarazo, ya que, tal como se mencionó anteriormente, al tener una pareja estable se sienten libres de la transmisión de ITS/VIH:

*...porque era en realidad más práctico para nosotros, o sea después de conversarlo, pero era más práctico usar pastillas. Porque no sé, era más cómodo, tomas la pastilla y listo, como ya estamos hace tiempo juntos y todo. (Mónica)*

*Porque era incómodo, porque no nos gustaba, porque era más cómodo, igual, quizás porque uno se siente más protegida también con las pastillas que con preservativos. (Andrea)*

*Al principio usábamos preservativos, al principio no sabía cuánto iba a durar la relación, ni como se iba a dar todo, empecé a tomar pastillas cuando teníamos más confianza. Cuando nos hicimos el examen del SIDA ya había empezado a usar pastillas. (Marcela)*

Este bajo uso del preservativo, se debe a la presencia de estereotipos de género y el tan frecuente mito de que con condón “no se siente igual”, al igual como comprobaron VERA y GAMBOA (2006) en un estudio sobre conocimientos y percepción de riesgo en ITS/VIH en la Universidad Pública del estado de Yucatán, México:

*Con mi pareja lo usaba de repente...a mi pareja no le gustaba usar, porque tiene que parar, hay que parar una relación sexual para usar condón. Él no lo quería usar porque decía que sin, así no más se siente mejor. (Paulina)*

*...él dijo que no era lo mismo [usar preservativo]. Nunca lo usamos...como te digo elude el tema, nunca como te dije usaba preservativo, y quizás con quién se habrá metido no, no usaba. Una vez le sugerí empezar a usar y dijo que no era lo mismo (Jessica)*

Por otro lado, se observa un caso en que, a sugerencia de la pareja, usan el preservativo, porque él se siente más seguro en relación a la prevención del embarazo, aunque a ella le causa problemas físicos, accede a utilizarlo en momentos de alta fertilidad, relegando a segundo plano las molestias que ello le causa:

*No, claro pero es que yo opté [a usar preservativo] por seguridad, más por seguridad de él porque el hombre le tiene miedo a las pastillas, al menos él, no sienten que sean tan seguras como yo. Pero en el momento de casos extremos, porque soy alérgica al látex y quedo horrible... cuando estoy en período fértil y él quiere tener relaciones para que no ande asustado, entonces ya en casos extremos sí, usamos condón más por respeto a mi pololo que puede tener miedo ¿me entiendes? pero la idea principal es abstenerse en un momento de que él no se sienta seguro, como yo te decía tratamos más de abstenernos, más por respeto a mi pololo que puede tener miedo Pero cuando él quiere, y también para que se disfrute el momento no lo voy a tener yo asustado ni ya usemos condón te relajai, tú y yo... también lo disfruto, pero después tienes que estar usando crema, pastillas y cosas... el post es incómodo (Pamela)*

El uso del preservativo con perspectiva de prevención de ITS/VIH es para relaciones sexuales ocasionales, en las cuales desconocen la historia o los antecedentes de la otra persona:

*[Usar condón]...sobre todo cuando no conoces al tipo (Valeria)*

*Yo, bueno si desconozco la pareja, con condón, y si tengo una relación estable, bueno, en realidad nunca yo he tenido una relación así... yo me imagino que si de repente tengo una relación casual, con condón.*

*Con alguien desconocido tiene que ser con condón. Se pueden ver muy decentes pero no...y quizás con quién se puede haber metido. (Paulina)*

*Teniendo relaciones y no usando condón si es que uno no sabe con quien ha estado, y aunque supiera con quien he estado, porque nadie se anda haciendo exámenes para ver si tiene alguna enfermedad. (Rebeca)*

*...o sea se sabe también obviamente que de repente tu mismo esposo, tu pareja estable, por fuera se presta para otro tipo de cosas [infidelidad]...y tú en tu matrimonio no vai a usar condón, porque no te imaginas que el tipo anda por afuera haciendo tonteras. Muchas veces pasa eso. (Valeria)*

Sin embargo surgen contradicciones a la hora de situarse en el caso concreto de prevención, en los que se evidencia que el rol de género femenino tradicional afectaría sobre la prevención del ITS/VIH, ya que ellas no portan preservativos para utilizarlos en alguna relación sexual esporádica, ni van a los lugares físicos a adquirirlos:

*Yo creo que no soy de mente tan liberal como pa' andar con el condón en la cartera, pero no tendría relaciones sexuales esporádicas sin condón. (Paulina)*

*De usar condones lo decidí yo, pero por ejemplo, comprándolos, la primera vez fuimos juntos, que sé yo, y los compró él, o sea, él los pidió, porque igual a mi me da lata...yo era más chica, es una lata, o sea te da vergüenza, él tenía como más patitas pa' pedirlos. (Valeria)*

De este capítulo se desprende que, al igual como concluye en su estudio VERA- GAMBOA *et al* (2006), las jóvenes universitarias cuentan con información sobre el SIDA. En este caso, cuentan con mayor información sobre sus vías de transmisión, prevención y factores de riesgo, sin embargo, falta ahondar en la historia natural del SIDA y sus etapas, partiendo desde el contagio, así como las diferencias entre el VIH y el SIDA, para poder desestigmatizar esta infección y quitarle el carácter de “terminal” y así restar connotación social a este tema.

El conocimiento que poseen en relación a las ITS es superficial, pues han oído nombrar a muchas de ellas, pero a la hora de profundizar salen a la luz mitos y creencias erradas en relación a lo básico en el conocimiento como la vía de transmisión, la etiología y la sintomatología.

En cuanto a la percepción de riesgo, al igual que en el estudio citado, el VIH/SIDA, es muy baja y nulamente percibidas las ITS dentro de su relación en pareja, sólo la perciben con personas que no tengan confianza ni una relación de amor y estabilidad, relaciones que ellas no practican, salvo una excepción. Ellas se sienten seguras de la fidelidad de sus parejas y de la propia, así es que la real preocupación es la posibilidad de un embarazo imprevisto. Los discursos son contradictorios, pues a pesar del rechazo a contraer una ITS o VIH, no existe una conducta de prevención, especialmente para las ITS.

Debido a lo anterior, el uso del preservativo se enfoca principalmente en la prevención del embarazo, y en las primeras etapas de la relación de pareja, cuando no hay confianza aún. Los motivos para abandonar o no comenzar a utilizar este método son la obtención de la confianza necesaria para desestimar la probabilidad de contagio y la presencia de mitos y estereotipos de género masculinos y femeninos. De esto último también hace referencia VERA y GAMBOA (2006) en sus conclusiones finales.

## **4.7 TOMA DE DECISIONES EN SALUD SEXUAL**

### **4.7.1 Toma de decisiones en métodos anticonceptivos**

La decisión para comenzar a utilizar un método anticonceptivo recae principalmente en la mujer, lo que muestra la autonomía de la mayor parte de ellas con respecto a la toma de decisiones en este aspecto, pero también plantea la despreocupación por parte del hombre y designación implícita o explícita de este rol a su pareja:

*Para el cuento de los anticonceptivos, fue inquietud mía, po' ¿cachai?... (Andrea)*

*Con respecto el tema del embarazo, yo decidía que no quería tomar pastillas, por lo tanto se usaba condón y punto. Eso lo decidía yo (Valeria)*

*Yo le decía “nos tenemos que cuidar” ....él delegaba más la responsabilidad en mí que en él. De hecho me lo dijo una vez: “el baile es de dos”, le dije yo y él me dijo “No”, “Pero es mejor saber los dos acerca del tema” y me dijo “No, si igual tienes razón”. (Paulina)*

Las razones que dan las informantes acerca de su iniciativa en prevención del embarazo son la inmadurez o la falta de información en métodos anticonceptivos de sus parejas:

*Él no tenía mucha información, la información llegó de mi parte, cómo hacerlo llegó de mi parte, después él ya como que agarró el ritmo siguió preocupado, pero el monitorear que siempre se cumpliera fue responsabilidad de los dos. A veces un poco más de uno, porque yo sabía un poco más. (Valeria)*

*Yo las tomaba [las decisiones] para cuidarse, yo lo tomo como que él es más cabro chico, que le faltaba madurar en ese sentido y cómo que él consideraba que yo sabía más en ese aspecto... (Paulina)*

Algunas entrevistadas reclaman la falta de continuidad de sus parejas en la participación por asegurarse el cumplimiento del método, debido a la comodidad que representa para ellos el que la mujer sea quien debe tomarse el anticonceptivo, desligándose de la responsabilidad que ello significa:

*Al principio [recordaba la hora de la toma del anticonceptivo oral], después ya no, es que los hombres descansan en uno en eso poh'. Al principio me llamaba y me decía oye son las 9 y después descansó no más. Es muy cómodo pa' estos huevones. (Andrea)*

También señalan que fue una decisión compartida, pero la responsabilidad de cumplimiento del tratamiento es de las mujeres, ya que se sienten con mayor compromiso porque el método está dirigido hacia ellas, además de tener a su cargo el trabajo reproductivo:

*Fue una decisión mutua, queríamos un método más seguro, pero al final la responsabilidad, obviamente, la tengo más yo porque, yo soy la que tengo que tomar... porque nos alcanza con uno [hijo]...y también sería mucho para mí, porque casi yo soy la que lleva la responsabilidad de quedarme con él...(Patricia)*

Para otras la decisión fue implícita, ya que al momento de conocer a su pareja ya usaban el método anticonceptivo, lo que hace suponer que:

*... yo hacía comentarios de repente pero como que el elude el tema, porque yo tengo la T. [antes de conocerlo] Nunca se preocupó de eso. (Jessica)*

Es posible encontrar una excepción, que para la informante también lo fue en su historia de vida. Si bien es cierto, la decisión de comenzar con un método anticonceptivo ya estaba tomada antes de la relación, se observa la preocupación de la pareja por mantener la cuenta los ciclos menstruales de su pareja, monitoreando así:

*...es que sabes, como que nunca se tomó la decisión, Él me conoció tomando pastillas, yo me estoy cuidando con pastillas, y él lo asumió no más empecé hace un tiempo... Pero sí, por ejemplo, yo soy bastante desordenada, me tomo la pastilla porque me suena la alarma y toda la cuestión, pero él es el que sabe perfectamente las fechas, eso lo maneja él. Es la primera vez que me toca una pareja que se preocupa por eso. Él mantiene los días, él me dice: "no es que seas desordenada en los ciclos, sino que tienes un ciclo de 21 o 28 días" ...y yo me asustaba por eso. Lleva la cuenta en su celular. (Pamela)*

Pero las informantes siguen pensando que la responsabilidad en salud sexual es propia del género femenino:

*... "yo te ayudo a comprarlos", me decía [preservativos], porque en el fondo es para los dos, pero viéndolo del género, yo soy como "mis gastos son mis gastos". (Pamela)*

Se observa el escaso poder de negociación de algunas mujeres en el uso del preservativo. Es el caso de la siguiente informante, quien tiene que tratar de persuadir constantemente a su pareja para su uso, pero no siempre lo logra. Igualmente ella consiente la relación sexual, lo que luego la haría presentar sentimientos de culpabilidad:

*En relación al uso del preservativo él no lo quería usar porque decía que sin así no más se siente mejor. A veces lo usaba, a veces no. Yo trataba de convencerlo con el argumento de no*

*quedar embarazada. Cuando no lo usaba no era en contra de mi voluntad, yo sabía a lo que me atenía, nunca forzada, claro que al otro día me decía “puta, que soy pastel”, “que irresponsable”... (Paulina)*

En lo anterior se evidencia la preocupación de la mujer por asegurar el disfrute en la pareja, tal como demuestran los estudios de sexualidad: para la mujer es más importante satisfacer a su pareja que obtener placer sexual ella misma. (VIDAL Y DONOSO, 2002).

Además se observa la autonomía de la mujer en la toma de decisiones a utilizar el método anticonceptivo, que podría tener su causa en el hecho de que es visto como responsabilidad femenina por ambos sexos. Esta autonomía decae firmemente cuando el método anticonceptivo toma el nombre de “condón”. Esto, como ya se mencionó, se debe a mitos y estereotipos de género en relación a este método.

#### **4.7.2 Toma de decisiones en prevención ITS, VIH/SIDA.**

En relación a abordar en sí el tema de la prevención de VIH/ITS, se conversa vagamente o simplemente no se dialoga. Tal como señalan CASTRO *et al* (2005) que comprobaron en su estudio la incapacidad de implantar estrategias dialógicas entre las parejas, relacionadas con el tema de su sexualidad:

*No, nunca [se habló de la prevención del SIDA o ITS]. (Rebeca)*

*No, claro que yo pensaba si... de repente le decía oye por que no vai al médico, como tenía una molestia en los genitales...pero como te digo elude el tema... (Jessica)*

*Acerca de la prevención de las enfermedades venéreas o SIDA, se habló porque una vez fui al ginecólogo y me examinó y me pilló una infección (podía ser herpes u hongos, algo así) y me pidió el PAP, bueno al final no era nada...entonces ahí toqué el tema, le dije algo así como que podía haberme contagiado algo. En todo caso el riesgo de embarazo era lo principal por lo que nos cuidábamos. (Paulina)*

Si bien es cierto hay mujeres que deciden tomarse y pedirle a la pareja el examen del VIH, esto sucede después de comenzada la vida sexual y tampoco se percibe la necesidad de otro tipo de exámenes para detectar infecciones comunes como el VDRL para la sífilis:

*... entonces yo a mi pareja actual le comenté que me había hecho los exámenes y si es que él se había hecho alguna vez algo, y él me contó que nunca, que aunque siempre usaba condón,*



*pero a mí no me da seguridad eso, entonces me lo llevé a hacerse los exámenes, al menos el de Elisa... (Pamela)*

*Yo empecé a tocar el tema. Normal lo tomó, como una opción válida, si al final él ha tenido otras parejas sexuales, yo también, y esas parejas quizás cuántas parejas más han tenido, y al final uno se termina acostando con medio mundo. Y explicándole eso más que nada... (Marcela)*

La reacción de la pareja no siempre es con disposición a aceptar inmediatamente la propuesta, ya que además de sentir lejana la presencia del VIH, lo relacionan con la presencia de infidelidad por parte de la pareja:

*Al principio igual lo tomó medio mal, porque él “como tú o cómo yo”, pero uno nunca sabe, porque él creía que yo me había metido con alguien más, por eso que yo estaba insegura, que tenía miedo. Yo no dudaba de él, igual la duda siempre está, pero él lo tomó así. (Marcela)*

Las estudiantes confían en la fidelidad de la pareja y esto es, para ellas, lo que implícitamente las protege de las ITS y el VIH. Cuando surge alguna duda o advierten la no exclusividad de la pareja anterior a la relación nace la idea de parte de la mujer de tomar medidas precautorias que implican solamente la toma del examen de ELISA, pero lamentablemente después de haber iniciado la vida sexual activa.

#### **4.7.3 Iniciativa en relaciones sexuales**

En la mitad de las entrevistadas la decisión de comenzar una relación sexual es de los hombres, en la otra mitad es compartida, pero ninguna manifestó ser siempre de ellas. En muchas ocasiones las mujeres prefieren no tomar la iniciativa en el terreno sexual VIDAL y DONOSO (2002) ni hablar de la insatisfacción sexual que pudiera producirles la eyaculación precoz de su pareja, por el temor a las consecuencias que esto pudiera traer, ya sea en términos de represalias físicas de evaluaciones negativas por parte del varón, o de eventuales problemas para la relación (Sharim et al, 1996, citado por VIDAL y DONOSO, 2002):

*Depende, pero casi siempre era él. (Rebeca)*

*Él, por lo general es él, no siempre sí, pero principalmente él. (Marcela)*

*Él, él era como más insistente, él siempre tomaba la iniciativa en ese aspecto. (Mónica)*

*...en la parte sexual, él tomaba más la iniciativa que yo, pero yo también a veces lo hacía, pero él más que nada... (Andrea)*

*¡Ah!, los dos, por lo general es de los dos. (Patricia)*

*La iniciativa para tener relaciones sexuales la tomaba cualquiera de los dos. (Paulina)*

*Cualquiera de los dos, cualquiera de los dos, de repente hasta juntos. (Pamela)*

*Los dos la tomábamos, cuando la relación está bien, los dos, entre los dos como que se da, pero después cuando ya no estaba enamorada, era él. (Jessica)*

Se evidencia que durante la relación sexual es el hombre quien tiene el poder de manejarla. La razón es que a ellas no les surge la decisión de innovar o de establecer pautas, por lo tanto esperan la iniciativa masculina en el desarrollo de la relación:

*...en la intimidad, no se po', date vuelta pa' allá, córrete pa' acá, quizás él era el que tenía más ganas como de innovar en cosas o de probar cuestiones, yo... no, no me nacía, pero si él me pedía que me moviera pa' la izquierda, pa' la derecha, ni un atado. (Valeria)*

La razón para no comenzar ellas es la presencia de pudor en las mujeres para tomar la iniciativa en esta materia, por lo tanto esperan que el hombre sea quien lo haga. Así, la prohibición de búsqueda, de placer y de protagonismo a las mujeres, se concreta en su obediencia, en el cumplimiento de su dependencia, de su pasividad, de su falta de placer (LAGARDE, 2001):

*...bueno él siempre tomaba la iniciativa pero no era porque yo no quisiera... No, en realidad no me he puesto a pensar en eso, no siempre estaba dispuesta, estaba cansada, a veces no hay tiempo para eso, pero cuando había tiempo y él la tomaba me gustaba eso, me agradaba más a tomarla yo. Yo creo que es un tema más de vergüenza. Era pudor más que nada, el empezar yo a tocar, a dar besos, durante toda la relación casi. (Marcela)*

## 4.8 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA EXPRESIÓN SEXUAL DE LA MUJER

### 4.8.1 Deseo sexual

Cuando se les pidió a la informantes conversar sobre su deseo sexual, se recibieron respuestas muy escuetas como:

*Deseo, si hubo deseo (Paulina)*

Sin embargo también fue posible conversar sobre ello con algunas mujeres del estudio. Para las mujeres existen diferencias en el deseo sexual entre hombres y mujeres. Ellas señalan que su deseo es menor, pero aún así acceden a iniciar su vida sexual con la pareja, para satisfacer esta necesidad “inminente” y natural del sexo masculino:

*...después de un tiempo de pololeo más o menos, después de un año de tener al pobre sufriendo ahí, porque los hombres siempre... más que uno (risas). Para los dos fue la primera vez porque él lo necesitaba un poco más que yo, en ese sentido tenía más ganas que yo, a lo mejor, lo que no implicaba que no tuviera ganas de hacerlo, de hecho, si no hubiese sido así, no lo hubiese decidido (suspiro y risas). Porque él lo necesitaba un poco más que yo, en ese sentido tenía más ganas que yo, a lo mejor, lo que no implicaba que no tuviera ganas de hacerlo, de hecho, si no hubiese sido así, no lo hubiese decidido. (Valeria)*

La siguiente entrevistada señala que esta diferencia se relaciona con la falta de espacios físicos de intimidad. A las mujeres esta circunstancia les afecta en su deseo sexual en mayor proporción que a los hombres:

*...porque siempre tenía más deseo que yo, como que él siempre quería y yo no quería siempre. No sé, no tengo idea porqué, ah, puede ser de repente estábamos incómodos, como que puede llegar alguien, nunca estábamos como tranquilos, siempre estábamos nerviosos para tener una relación. Yo vivo con mis papás y él igual, entonces era complicado. Como que a él no le importaba mucho, no estaba ni ahí... (Ríe). (Mónica)*

Otras mujeres aluden la disminución de deseo sexual el hecho de no sentirse enamoradas, lo cual responde a, como se citaba en el capítulo de salud sexual a la simbología esencialista del amor: (PISANO, 2001)

*No, es como... ya de primeras... tampoco, cuando empieza la relación uno no esta enamorada ni nada de eso, por eso a uno no me entusiasmaba el hecho de tener relaciones, ya con el tiempo cuando estaba enamorándome y todo eso era más bonito... (Jessica)*

#### **4.8.2 Orgasmo, sensación no imprescindible**

Las informantes refieren alcanzar el orgasmo, pero no en todas las oportunidades:

*Sí tenía, pero no siempre. (Paulina)*

*¿Si alguna vez no llegué al orgasmo con él? Sí, más de alguna vez no llegué al orgasmo con él... (Mónica)*

*...a veces los tengo (orgasmos) (Patricia)*

El orgasmo femenino, según las entrevistadas está mediado por la diferencia que existe en la excitación de la pareja. Es sabido que en los hombres el proceso de excitación es más rápido, por lo tanto llegan más rápido al orgasmo:

*...me dijo que teníamos que hablar y hablamos y le conté que estaba nerviosa que era complicado y como que lo fuimos solucionando de a poquito, después como que tomamos distancia, lo hacíamos más tranquilos, porque si lo hacíamos muy rápido él al tiro se aceleraba y llegaba al orgasmo al tiro, a mí me costaba más poh', entonces teníamos que hacer el esfuerzo entre los dos. (Mónica)*

Por lo tanto el hecho de llegar a un orgasmo también esta mediado por el tiempo que se invierta en el desarrollo de la relación sexual:

*Entonces la mayoría de las veces llego al orgasmo...tenemos nuestro tiempo y somos similares en eso, entonces casi siempre yo llego al orgasmo, o cuando él se siente demasiado excitado como que para y trata que estemos juntos en esto (Pamela)*

Ellas refieren que a través del diálogo con la pareja se logra un acoplamiento entre ellos, con el consecuente disfrute femenino. Este diálogo no se logra fácilmente, cuando se logra, las mujeres lo establecen una vez transcurrido un tiempo de relación:

*Cuando yo no llegaba al orgasmo porque lo hacíamos muy rápido, yo creo que en ese momento faltó comunicación, porque yo no le dije nada tampoco, dije pucha, las próximas veces le digo... (Mónica)*

*Bueno al principio como toda pareja, difícil conocerse, teníamos relaciones y yo nunca llegaba, y él siempre (ríe). Al principio no sentía nada, pero después ya conociéndonos sabíamos cuánto aguantar entre comillas, y ahí se fue dando mejor, yo llegaba a orgasmos también, él me esperaba se podría decir. (Marcela)*

De lo anterior expuesto se desprende que el hombre es quien tiene el poder en la relación sexual, tal como mencionan Sharim, *et al* (1996) –citadas por VALDIVIESO (2005) “es el orgasmo masculino el que determina la duración y el éxito de la relación sexual de la pareja, así como el que define las posibilidades del orgasmo femenino”.

También es posible encontrar mujeres en las cuales la llegada del punto cúlmine de placer es una ocasión especial, no hay una exigencia de parte de ellas para mejorar este aspecto, y refieren sentirse bien con el placer que les ofrece la relación sexual:

*... igual me siento bien, o sea cuando llego a un orgasmo igual es súper bacán, pero cuando no igual me siento bien, es decir, llegar al orgasmo pa' mí es especial. Pa' mí el orgasmo es más que el placer, o sea lo máximo del placer pa' mí es poder llegar a un orgasmo. (Patricia)*

*La forma a veces era muy rápido, otras veces muy lento, entonces era como difícil tener el mismo ritmo. (Marcela)*

*Era como que... empezaba a tener quería que termine lo más rápido posible, pero orgasmo tenía hartos cuando, como te digo, estaba enamorada pero la rutina de la pareja, no la sexual, lo mismo siempre, no salir, vernos pa' puro estudiar...eso aburre y a la larga uno empieza a no sentir deseo por la pareja. (Jessica)*

Además de la cantidad de tiempo, las entrevistadas también manifiestan que la presencia de caricias previas es fundamental para llegar al orgasmo, elemento que no siempre está presente y que no se demanda a consecuencia de un no cuestionamiento de la situación por la cual no disfrutaban al máximo de su relación:

*A ver... a veces llego, no siempre depende de no sé, yo creo que depende de lo que se haga antes, o sea me explico: si llego y tengo relaciones sin nada de cariños y cosas, es muy probable que no llegue a un orgasmo... (Patricia)*

#### **4.8.3 Presencia de dolor o molestias relacionadas con el acto sexual**

La vivencia de un encuentro sexual está relacionada con el placer, pero lamentablemente no siempre es así. En los siguientes relatos las informantes expresan las experiencias que han tenido relacionadas con el dolor durante o después de la relación coital.

Algunas jóvenes refieren dolor la primera o primeras veces en la relación sexual, lo cual es normal, ya que no es recurrente:

*Bueno, las primeras veces si pos' de hecho igual fueron varias veces q lo intentamos hasta que el dolor no fue tanto....luego no, puros placeres (Ríe) (Patricia)*

*Las primeras sí, me dolía, pero después ya no, como que me relajaba más, molestias no. (Mónica)*

Se señala el dolor como causa propia, no lo atribuyen a causas físicas o la falta de deseo dentro de la relación, sino a procesos psicológicos que viven estas mujeres, lo que determina la falta de excitación y con esto de lubricación, dando como resultado dolor en el coito. No es alarmante, pues no es persistente en el tiempo:

*A veces sí, dolor, como que me faltaba lubricación...lo asumo como algo mío, de repente no andaba bien no más, no sé por que, pero no era una constante. (Paulina)*

Lo que sí es preocupante es el dolor a causa de la disminución de lubricación que tiene como causa la falta de excitación con la pareja, ya que demuestra que las mujeres están manteniendo relaciones sexuales sin total deseo, como se hablará en el ítem siguiente:

*Sí, como que me hincho, no sé porqué, no sé por qué, sólo me daba dolor con él, a veces no me excitaba, por eso tiene que ser entonces. (Jessica)*

Otros relatos evidencian el dolor que se produce por la ansiedad masculina por concretar la penetración. La siguiente informante relaciona su dolor con el uso del preservativo, pero al reflexionar, saca en conclusión la falta de delicadeza de su pareja en el coito:

*Varias veces, al principio cuando usábamos condón, era una irritación, que después quedaba doliendo, alguna vez sangré también, pero yo creo que por uso o desuso (ríe). Yo creo que al principio fue el preservativo, pero sin condón igual me dolía, ya era cosa de él porque se ponía medio bruto, medio animal.* (Marcela)

#### **4.8.4 Consentimiento, presión, presencia de violencia**

A pesar de que ninguna mujer refirió ni mostró ser víctima de violencia sexual en la pareja, sí tenemos presente el sentimiento de presión para las mujeres que aún, no sintiéndose a gusto con la forma de la relación sexual, las mantienen para complacer a la pareja y hacerlo sentir bien, desplazando su propio placer en pro del placer masculino. En general, los estudios de sexualidad muestran que para la mujer es más importante satisfacer a su pareja que obtener placer sexual ella misma (VIDAL Y DONOSO, 2002):

*...nunca le dije en ese momento que yo no me sentía bien, entonces quizás me sentía presionada para cumplir con él, para que no se sienta mal él tampoco.* (Mónica)

Passache (2005), -citado en CASTRO et al, 2005- refiere que en esta generación la mujer es coercionada, ya que el hombre intentaría persuadirla para que acceda al acto sexual. En esta misma línea, y como otra forma de persuadir a la mujer, el hombre invertiría tiempo en caricias y gestos previos a la relación sexual, lo cual se observa en el anterior y siguiente testimonio:

*...cuando el quiere tener relaciones conmigo por ejemplo.... se pone cariñoso y todo eso.... en cambio yo lo soy siempre. Por lo general siempre soy cariñosa, me siento bien... porque como es poco cariñoso y yo me aprovecho eso...* (Patricia)

*...bueno en realidad, una vez que estaba enojada [me sentí presionada]... pero al final igual me convenció con cariños* (Patricia)

Se aprecia la sumisión de la mujer para acceder a la relación sexual, no habiendo en ella un deseo de comenzar a tenerla, situación que además no es cuestionada por ellas, por esto mismo no hay búsqueda de canales de comunicación para expresar su desagrado, por parte de la mujer y opta por encontrar placer con otras parejas sexuales:

*...si estábamos solos, él siempre quería, entonces ahí a veces yo no quería, pero seguía insistiendo, me hacía cariño, muchos besos que terminaban por molestarme...se supone que éramos pareja, pero el problema era que yo no estaba enamorada...ya no me era grato tener relaciones, era como “ya, sácate las ganas”. Le decía que no porque sentía que teníamos relaciones por sacarse las ganas. Es difícil de explicar porque también me acostumbré, y empecé a buscar por otros lados. (Jessica)*

También se advierte en esta informante el hecho de comenzar a tener vida sexual activa con la pareja para cuidar la relación, porque, según ellas el deseo del hombre es inminente, lejano a control de tipo psicológico debido a su naturaleza. Si bien es cierto la decisión es tomada con el consentimiento de la mujer, ella sería presionada por esta creencia:

*Yo diría que ante la presión de... o sea no la presión, porque yo veía que era casi inminente, más de su parte, porque yo me podría seguir aguantando, quizás hasta hoy día... pa' mí no era como tan... tan desesperante, como para los hombres, yo siento que pa' ellos es más complicado el contener sus ganas sexuales. Nosotras, las mujeres no tanto, pero también uno tiene un límite. Nosotras tenemos más autocontrol, para todo. Entonces, quizás podría yo haber esperado más tiempo, [para comenzar a tener vida sexual activa] pero yo sentía que como pareja tampoco nos hacía bien estar así, que no era bueno, entonces, a fin de cuentas la decisión la tomé yo, pero ante la necesidad de ambos. (Valeria)*

El consentimiento explícito de la mujer está presente, pero internamente no viven un total deseo, lo cual no es cuestionado y ceden ante la petición masculina. Esta contradicción se observa en el hecho de querer acceder a una relación sexual para no sentir la cercanía afectiva de la pareja cuando ellas no sienten amor:

*Igual daba consentimiento pero no lo disfrutaba como cuando uno está enamorada, uno debe querer a la persona, o no sé, que tú lo veas y te de alguna sensación de querer estar con él, pero de repente pasa que no pasa eso y uno igual tiene... Igual a veces le decía que no. No me excitaba, no me producía deseo...Pa' que me deje tranquila, sino estaba todo el rato haciéndome cariño, y eso ya no me gustaba, ni que me de besos. (Jessica)*

Las informantes afirman que nunca han mantenido una relación sexual sin su consentimiento, pero sí se demuestra el no total convencimiento a acceder a la relación sexual, todo enmarcado en una relación de poder desigual entre los géneros, en que los estereotipos de mujer que debe satisfacer las demandas de la pareja, mitos de género como el poco autocontrol de naturaleza masculina del impulso sexual, de lo cual también se hace referencia en el segmento de deseo sexual.



## **4.9 ACCESO A LA EDUCACIÓN, INFORMACIÓN Y ATENCIÓN EN SALUD SEXUAL.**

### **4.9.1 Información en salud sexual**

En relación al acceso a información en salud sexual de las estudiantes del campus Miraflores dentro de la Facultad, la mayoría de las estudiantes lo calificaron como inexistente o escasa, lo que se advierte con palabras como “nada” “limitado” “poco”:

*En relación a la información, nada.* (Paulina)

*Dentro de mi facultad es limitado, súper limitado, nunca ha habido una charla, un cartel en la facultad, mmm no sé po’* (Andrea)

*Aquí en la Universidad yo no he tenido ninguna.* (Pamela)

*Es que hay poca información, yo creo...* (Rebeca)

*Nada, nula.* (Jessica)

*Es poca...* (Marcela)

Al continuar la conversación sale a la luz el tema del “condonmático”, el cual es una máquina dispensadora de preservativos que el Centro de Salud Universitario junto con la Federación de Estudiantes de la Universidad situaron en los dos campus (Miraflores e Isla Teja) en lugares concurridos. Ninguna de las entrevistadas utiliza este servicio ya que el hecho de extraer un preservativo les produce pudor por las miradas de los compañeros/as:

*...igual hay un condonmático, pero nadie saca nada porque todos nos quedan mirando así (abre más los ojos) cuando sacamos un condón, entonces eso.* (Mónica)

*Me acuerdo que un tiempo hubo una campaña sobre el uso del condón, los dispensadores de condón que pusieron en la U. Pero no resultó porque en Miraflores pusieron uno afuera de la biblioteca ¿Quién va a sacar uno a vista de todo el mundo?, pero nada más que eso. (Paulina)*

*Además poner esos condomáticos, está en la biblioteca, lo único malo es que no está en un lugar privado. O sea en la biblioteca, donde todo el mundo entra y sale (Valeria)*

Dentro de los relatos se encuentran la razón principal: estereotipos de género que se refieren a no explicitar el mantenimiento de una vida sexual activa en las mujeres, es decir mantener una sexualidad escondida, por lo tanto el uso del “condomático”, que como se mencionaba, está en un lugar muy concurrido, amenaza este modelo de feminidad y produce desconcierto para los hombres, con lo cual vienen las murmuraciones y comentarios, es decir la sanción social, lo cual obstaculiza enormemente el acceso al uso de este beneficio:

*O sea de hecho pusieron un condomático, y lo pusieron en la biblioteca donde están todos estudiando ¿Cachai o no? Quién va a ir a sacar uno... como que no. En Miraflores donde está ubicado yo cacho que ni un hombre saca. De repente una mujer igual puede querer, pero yo ni cagando en Miraflores ¿te imaginai?, lleno de huevones diciendo: “Oye a ésta le toca”, tu cachai como son los pelambres de repente entre hombres. Imagínate, ver que están sacando un condón en la biblioteca ¿Por qué no lo pusieron en el baño? (Andrea)*

Lo anterior también obstaculiza el acceso a la información masiva como carteles o anuncios:

*... que sea demasiado evidente la información hace que tú no quieras ir a verla para que no digan nada, no en mi caso, pero pienso que debe pasar. Cuando está demasiado obvia la información, igual da lata condones aquí, condones allá, y si te vas apurada a mirar...qué onda la mina. (Valeria)*

Una percepción positiva es el hecho que sirva a modo de signo de uso del preservativo, lo cual les ayudaría en su utilización:

*Pero igual la máquina ya es un llamado de atención diario, porque tú la ves, y te acuerdas del condón, esta ahí en la puerta. (Valeria)*

La ausencia de una sede del Centro de Salud Universitario dentro de la Facultad de Miraflores, además de la falta de atención causa la sensación de haber perdido una fuente muy importante

de información con respecto a salud sexual, a través de la información escrita que se encuentra ahí:

*Siento que eso se complicó un poco desde que sacaron el centro médico de Miraflores se lo llevaron a la Teja, el año pasado o antepasado, pasado parece. Y ahí, bueno en la entrada tenían folletos con información, como de consultorios. Entonces se llevaron el consultorio y se llevaron los folletos, entonces nunca más vi un folletito que dijera protégete... nada. (Valeria)*

Refieren que la mayor fuente de información actual son las pares y anteriormente el colegio:

*...acá la información viene básicamente por los compañeros. (Pamela)*

*...porque es más lo que se conversa entre nosotras mismas. (Marcela)*

*No, no. Con mis compañeras que hablamos más del tema siempre estamos como... como que ya tenemos en nuestro inconciente que tenemos que cuidarnos. Y nosotras hablamos de eso, pero así como algo externo que nos recuerde que tenemos que cuidarnos... (Mónica)*

*...uno sabe por lo que le enseñaron en el colegio, de ahí uno está informada, entonces como que no hay mayor preocupación con respecto a eso. (Rebeca)*

*...como que acá no se informa nada, estoy con la misma información que tenía del colegio. (Marcela)*

#### **4.9.2 Educación en salud sexual**

En relación a educación en salud sexual la percepción de las jóvenes es buena cuando han tomado un ramo optativo acerca de sexualidad:

*En la parte educación, hay un ramo optativo en la carrera sobre sexualidad. Los compañeros se informaron harto, ejemplo como usar bien un condón, hasta les enseñaron a usar las pastillas que se toman después de la relación, como la del día después. Hay disponibilidad en la U. (Paulina)*

*Nosotros tenemos el optativo de sexualidad, se llama sexualidad humana. Yo conozco muy pocos que no lo hayan tomado, yo también lo tome. Era clásico de mis compañeros “Mira regalan condones” muy felices (risas). Yo creo que por ahí, en mi carrera se agarra la sexualidad. (Valeria)*

Lamentablemente este acceso en educación sexual es para muy pocas carreras, como es el ejemplo de la siguiente informante que no conoce un espacio de educación sexual:

*En la educación nada, no quiero desprestigiar a la Universidad, pero tiene que haber algún tipo de educación, en algunas carreras enfocadas al área biológica verán más esto, pero acá en Miraflores es poquísimo... (Pamela)*

*Acá en Ingeniería nula, nada, nada de educación. Creo que hace tres años hicieron una charla de que apareció un anticonceptivo nuevo, pero fue los mismos gallos del laboratorio del anticonceptivo que hicieron la charla, pero que nazca de ellos hablar de sexualidad y cosas así, no, nada. (Marcela)*

Las mujeres que saben que existe una instancia de información son muy pocas, sólo una de ellas sabe que se impartió alguna vez un taller de autocuidado:

*Yo sé que se impartió alguna vez, no sé si este semestre o el año pasado, unos talleres de autocuidado. Yo no participé de eso, y, pero impartida por la Universidad yo sé que hay, pero yo no he participado en ninguna. (Pamela)*

Dentro del tema de la obstaculización para la educación sexual está el morbo con el que es tomada la sexualidad. En este caso los compañeros bromean constantemente, no tomando en serio las sesiones educativas, lo cual molesta a las mujeres, quienes expresan sus deseos de aprender:

*...por ejemplo yo tomé un optativo, yo tomé sexualidad igual no era malo pero era pura chacota imagínate, si eran puros hombres, eso es lo único en salud sexual que podría haber tenido en la Facultad, o sea optativo, que yo tome, bueno ahí te pasaban todos los métodos anticonceptivos, a un compañero le enseñaron a poner un condón en un palo, imagínate el hueveo... (Andrea)*

*He escuchado un optativo que es sexualidad, pero yo no lo quise tomar porque todos mis compañeros lo tomaban como a la chacota, y entonces que lata porque ese es un tema serio y*

*da lata que los chicos lo tomen a la chacota. Esa es la única formación sexual que tenemos en la Universidad, nada más. (Mónica)*

#### **4.9.3 Atención en salud sexual**

Para las estudiantes, el acceso a la atención en salud sexual dentro de su Facultad es muy restringido y la razón en que la mayoría coincide es la retirada del centro de salud universitario:

*En mi Facultad, atención en sexual... nulo, nulo. De hecho ya no tenemos centro médico (Andrea)*

*Yo accedí a la universidad y todo eso por iniciativa mía, pero, bueno de hecho en el centro médico que teníamos antes, la matrona no atendía allá parece, creo que atendió un tiempo cuando se quemó el otro. No, limitada, y no sé como se informarán los hombres, bueno me imagino que por sus parejas, porque generalmente las mujeres son las que más se preocupan porque tú tomái las cuestiones... pero no, súper limitada. (Andrea)*

*¿En Miraflores? Pa' nosotros fue un cagazo que se hayan llevado el centro médico. (Valeria)*

*Nada, acá en la universidad no tenemos nada, yo creo que voy a hablar por muchas mujeres, no tenemos centro médico acá en Miraflores, entonces el acceso es como más particular, o sea la que quiere ir al ginecólogo va a un doctor aparte, porque ir a la Teja a un centro médico... son pocas, yo sé que son pocas las que van, recurren más a doctores particular fuera de la universidad (Pamela)*

*Acá en Miraflores no hay nada, hay que ir a la Teja a pedir hora, o particularmente, por otros lados. No sé nada sobre el consultorio, no sé si es porque yo he sido dejada en ese aspecto, porque yo por lo menos al ginecólogo de la U nunca he ido, no sé si yo he sido dejada, o porque simplemente no se informa, pero yo le pregunto a mis compañeras, y tampoco tienen idea, no saben, no hay instancia física donde uno pregunte. Acá no hay ni primeros auxilios, nada. (Marcela)*

Otro factor obstaculizador que perciben las alumnas es el déficit de profesionales, en el área de la salud sexual y reproductiva, sobre todo de ginecólogos, por lo tanto las horas son muy escasas:

[¿Había intención de matrona o ginecólogo?] *Me parece que no, pero a partir de ahí te derivaban. Tú ibas primero para allá al centro médico por último a preguntar, a hacer la consulta “Oye, disculpa hay ginecólogo o matrona” “Llama a este número”. Ahora ni pensai en la situación de ir pa’ allá, a puro consultar, no sabís cuando es la hora, más encima que, no sé, a la matrona no es tan difícil pedir la hora, pedí hora el lunes me dieron pa’l jueves, pero pa’l ginecólogo es terrible, tienes una hora en el día, está colapsado, y cuando agarrai línea no quedan horas, es una carnicería por decirlo así. (Valeria)*

Las estudiantes se sienten invisibilizadas por parte de las autoridades de la Universidad y reclaman la falta de preocupación que perciben hacia ellas por el hecho de ser menos en cantidad:

*El hecho que seamos tan pocas mujeres, donde hay pocas mujeres como que no nos dan mucha importancia acá, no hay una parte donde se pueda decir “Ya, aquí hay horas, tomen horas para el ginecólogo”, no incentivan eso, no hacen na’. (Marcela)*

*...por decirte, en el asunto de la mujer, no creo que se vaya a invertir en poner una matrona acá, porque somos tan pocas, pero el hecho de que seamos pocas no quiere decir que no existamos. (Pamela)*

*Yo creo que es por despreocupación más que nada, lo otro es que está allá, entonces es menos accesible para nosotros, bueno no es tanto por eso, solo despreocupación, porque nos podrían informar de los horarios, esas cosas, cuando sacar hora para qué, como se paga... (Rebeca)*

Escasos son los factores que ellas consideran como facilitadores. El más importante está dentro de lo económico, ya que los costos accequibles para las y los estudiantes, lo cual es un gran beneficio, pues es conocido el hecho de que el estudiante cuenta con recursos monetarios ceñidos a sus necesidades más próximas:

*Es barato, eso es una facilidad, se podría decir, pero es el hecho de que no esté dentro de nuestros horarios, esté en la Teja, tenemos que ir para allá a pedir hora, si es que hay hora, que te atiendan y sino que te deriven quizás para cuando. (Marcela)*

## 5. CONCLUSIONES

Al finalizar esta investigación, se ha podido concluir lo siguiente:

Los significados que las estudiantes de ingeniería tienen sobre salud sexual son básicamente fundados en lo biomédico. A través de los relatos se observa la necesidad de estas estudiantes de obtener información y educación en salud sexual, que les permita decidir con claridad. El aspecto sicosocial se infiere a través de sus discursos de pareja exclusiva y de actividad sexual dentro del vínculo afectivo. Todo lo relacionado con el placer *per se* no está internalizado como parte de una sexualidad sana, lo que permite apreciar la presencia del rol de género femenino hegemónico.

Los roles de género son un tema lleno de contradicciones. La percepción de las mujeres de su rol social está lejos de la percepción del que viven internamente y se manifiesta en el entrelace de su discurso innovador y tradicional respectivamente. Conceptos como maternidad en su forma simbólica y esencialista como el ser para otros/as y la dicotomización de los roles, están muy internalizados en la forma de ser y relacionarse de las informantes.

No obstante, las informantes reconocen que hoy la sociedad exige a la mujer el cumplimiento de muchos papeles para obtener el reconocimiento, y a ellas en particular les exige mimetizarse con los hombres para lograr situarse en el mismo nivel en de la escala social dentro de sus espacios. En estos comportamientos resultan ser poco hegemónicos y aquí se puede observar un quiebre dentro lo que ellas perciben como socialmente esperado para la mujer, pudiendo ser el primer paso para la construcción de roles de género redistribuidos.

La percepción del rol femenino dentro de la relación no está exenta de contradicciones, siendo sintetizado a través del sentimiento maternal, pues ellas sienten que cuidan, pero a la vez se sienten que toman las decisiones en los aspectos cotidianos de la relación.

Así es que estas mujeres están viviendo una crisis dentro de la valorización de su rol de género, pero aún no se logra una concientización en este sentido. Aquí es en donde debe actuar nuestra intervención como matronas/es, promoviendo la reflexión a través de talleres con mujeres y hombres promoviendo la deconstrucción de los roles tradicionales, asegurando así no sólo una mejor salud sexual, sino también una mejor calidad de vida.

Para las informantes, la percepción del rol de género masculino en la sociedad es substancialmente hegemónica, pero dentro de la relación las conductas derivadas de las normas patriarcales son percibidos como comportamientos derivados de la inmadurez emocional de la pareja, consumo de alcohol, celos o simplemente se normaliza, no sopesando la presencia de roles tradicionales que derivan en los micromachismos (BONINO s/f) e incluso en problemas de tanta magnitud como la violencia psicológica, lo cual dificulta el proceso señalado anteriormente de concientización en las mujeres.

Los indicios de cambios en la distribución de los roles son visibles en el plano íntimo (relaciones de pareja y amistad). Sin embargo estos cambios aún no son los necesarios como para derribar estereotipos que se han construido durante siglos, como la clásica dicotomía dominación v/s sumisión que aún está presente en las relaciones de pareja y de género colectivamente, claramente explicitada a través de los relatos de las informantes.

Siguiendo con los patrones masculinos hegemónicos, se observa claramente la discriminación por género que viven algunas mujeres dentro de la Facultad de Ingeniería, manifestada por las expresiones y actitudes de menoscabo que compañeros y profesores dirigen hacia ellas. Lo anterior puede derivar del sentimiento en los hombres de pérdida de terreno que genera la apertura de estas carreras a las mujeres, terreno considerado como masculino por siglos como son las habilidades técnicas y matemáticas, tal como señalan Henwood *et al*, 2000 -citado por GARCÍA (2002)-. Ello puede traer consigo problemas de autoestima en las estudiantes, lo que se relaciona con el menor empoderamiento en la toma de decisiones en todo aspecto, incluyendo la sexualidad.

En lo relativo a salud sexual, los conocimientos que las estudiantes poseen en la variedad de anticonceptivos son vastos, sin embargo hay déficit en el mecanismo de acción, lo cual provoca presencia de algunas creencias erradas sobre ellos. El conocimiento sobre el VIH/SIDA es suficiente en algunos aspectos, pero en otros hay déficit, por lo tanto está



estigmatizado, relacionándose fácilmente a la etapa final de la enfermedad que es la muerte. Las vías de transmisión y prevención están claras, aunque se reduce a las medidas preventivas que se han hecho populares en los medios de comunicación: uso del preservativo, abstinencia, pareja única, sin mencionar otras formas de expresión de la sexualidad como caricias o juegos eróticos. Por esto se hace necesaria la educación en salud sexual enfocada en la desestigmatización del VIH/SIDA y en formas menos conocidas de prevención, que a la vez resulten atractivas para las/los jóvenes. El conocimiento sobre las ITS es reducido, lo cual genera mitos sobre ellas, por lo tanto se hace imprescindible la intervención del profesional matrona/matrón, pues una de sus misiones es justamente la educación en salud, lo cual a su vez, es un derecho sexual que este grupo de mujeres no está recibiendo.

La toma de decisiones sobre el uso de anticonceptivos es delegada a la mujer, y ellas adoptan este rol reproductivo y de cuidados de la sexualidad, pues es vista por las y los jóvenes como propia del género femenino. Esta toma de decisiones decae cuando el tema es el uso del preservativo. Esto último a la hora de llevarlo a la práctica es muy difícil, pues debido a los estereotipos de género no es aceptable para ellas portarlos ni comprarlos. Así se ve discontinuado su uso cuando se estabiliza la relación, y además supeditado a los designios de la pareja. Otro obstáculo para su utilización es la presencia de mitos. Esto condicionaría el rechazo por parte de los hombres al no desear o algunas veces no permitir su uso. Todo esto pone en evidencia la vulnerabilidad de contagio de alguna ITS, incluyendo el VIH, en esta población.

La percepción de riesgo para el VIH/SIDA es baja dentro de la relación en pareja, sólo la conciben en encuentros casuales, con personas que no conozcan o cuando hay poca confianza, lo que evidencia la presencia de roles femeninos tradicionales, pues ellas fundan en el amor y los sentimientos la confianza total a la pareja y muchas veces idealizan la relación. La percepción de riesgo para las ITS es casi nula en todas sus relaciones, lo cual podría ser por el menor conocimiento y difusión de ellas que del VIH, lo cual evidencia que estas estudiantes son un grupo de riesgo para el contagio de alguna de estas infecciones. El logro de una percepción aceptable del riesgo se logra después de terminada la relación, cuando ya no hay posibilidad de tomar medidas de prevención, pero es un paso para las futuras relaciones.

La prevención de ITS/VIH es pobre en diálogo y surge la inquietud en la mujer para la detección del VIH pero no de ITS, aunque después de iniciada la actividad sexual, lo que no resulta útil como medida de prevención. Esta invisibilidad de las ITS puede deberse a su menor difusión en relación al VIH, además del mayor temor que produce ésta última, al asignarle el carácter de terminal.

La mitad de las mujeres manifestaron que la pareja siempre o casi siempre tomaba la iniciativa para mantener relaciones sexuales y el que impone las pautas del desarrollo del acto sexual es el hombre, esto se debe al pudor que experimentan las mujeres debido a la internalización del

rol pasivo de la mujer. Si ella no actúa así, corre el riesgo de formar una mala reputación e imagen como mujer al mostrarse sexuadas ante sus parejas, pues eso, según lo que se entrevistó a lo largo de la investigación, no debe ocurrir en el plano de una relación de amor.

El deseo sexual es percibido con diferencias, que para ellas son naturales de sexo masculino tales como la imposibilidad de contener sus ganas y es más importante satisfacer este deseo que el propio en pro de la relación de pareja. Para ellas su deseo sexual se condiciona con el entorno y el hecho de sentirse enamoradas. En esto se puede ver la connotación romántica de la mujer v/s la instintiva de los hombres que perciben las estudiantes de esta investigación.

La presencia de orgasmo es vista como un hecho escindido de la relación sexual, al no percibirla como fundamental dentro de ella pues ellas prefieren la expresión de afectividad en el coito. En los hombres sí se presenta siempre y determina el orgasmo femenino. Para que pueda darse con frecuencia en la mujer, hay que pasar por etapas en que se “lucha” para poder obtener esta recompensa a la paciencia femenina, si es que se llega y si no, no es demandado como exigencia para el mejoramiento de su propio disfrute, lo cual nuevamente nos pone frente a los roles de género en que se relaciona a la mujer con la entrega de amor, sobre todo a la mujer con la que los hombres pueden formar parejas estables.

El dolor durante o después del coito se presenta, por variados factores como por ejemplo en las primeras veces, por procesos psicológicos de la mujer, por la brusquedad de la pareja a la hora de la penetración. Otro factor que se describe es la falta de excitación, siendo un problema de mayor complejidad, pues se relaciona con el consentimiento que en este caso está sumido en la inercia femenina, quien lo da de forma extrínseca, pero en su interioridad no lo desea y entrega su cuerpo para el disfrute de otro, en este caso su pareja.

Siguiendo con el tema de consentimiento, que como se menciona está verbalmente, pero muchas veces se entrega para la obtención de placer de la pareja, en desmedro del propio, otras veces para cultivar la relación afectiva, todo esto marca el débil poder de decisión y de autocuestionamiento en este aspecto de la mujer.

Al igual como señala Passache (2005) –citado por CASTRO et al (2005)- la nueva forma de coerción se presenta al invertir tiempo en caricias por parte del varón, para que la mujer acceda a la relación sexual, por lo tanto esta persuasión es menos explícita y es invisible para mujeres, quienes no distinguen entre la libre expresión afectiva que debe haber en una pareja, con los intentos de persuadirla para la relación sexual.

La percepción que tienen las estudiantes con respecto a la información en salud sexual es de baja a nula y esto se debe, principalmente a los roles de género hegemónicos que dificultan el

acercamiento de ellas a lo evidente, puesto que les daría mala fama el expresar públicamente su sexualidad. La información viene principalmente instituida desde el colegio y actualmente por las pares. Además la retirada del Centro de Salud Universitario del campus Miraflores, es vista como serio factor obstaculizador de la información, y lógicamente de la atención, sintiéndose invisibilizadas para las autoridades de la Universidad, por el hecho de ser menor en cantidad. La educación sexual también tiene está modulada por el género, pues son los compañeros quienes ven con morbo y bromean repetitivamente con todo lo relacionado con la sexualidad, por lo que algunas informantes no se animan a tomar el optativo, que por cierto, sólo es impartida para pocas carreras en la Universidad.

La salud sexual es manifestada a través de los derechos sexuales (ANEXO 1), tal como menciona la OPS y OMS (2002) en la definición de salud sexual: “Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos”. En esta población algunos han sido vulnerados, entre ellos:

- El derecho a la libertad sexual y el derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexuales del cuerpo: Estos dos derecho son vulnerados en las mujeres a través de las diferencia de los roles de género, ya que debido a esto ellas no expresan libremente su sexualidad, encerrándose de forma inconciente en comportamientos que ellas asumen como propio de lo femenino como la sumisión y entrega de satisfacción al hombre, lo cual lleva a no conocer ni dimensionar prácticas para la vivencia de una salud sexual sana y enriquecida, y con ello vivir el placer con la misma intensidad que sus parejas, (por lo tanto, además el derecho al placer sexual se ve quebrantado) ya que las mujeres se relegan a segundo plano a través del ejercer menor autonomía y control sobre sus cuerpos.
- El derecho a la toma de decisiones reproductivas: Este derecho se ve coartado en el limitado uso del preservativo, no sólo como forma de prevención del embarazo, también en la prevención VIH/ITS. Las mujeres que optan por este método no son apoyadas por sus parejas ni mucho menos instadas a utilizarlo, por la existencia de mitos y estereotipos de género que debilitan su preferencia y continuación en el tiempo, esto es potenciado por el escaso empoderamiento de las mujeres en la toma de decisiones, ya que no exigen su uso.
- El derecho a información basada en el conocimiento científico, el derecho a la educación sexual integral y el derecho a la atención de la salud sexual: Estos derechos están siendo quebrantados en gran parte de las alumnas. Según sus percepciones la información que reciben es insuficiente. La educación, si bien es cierto es percibida como apropiada sólo para un segmento de esta población, también el acceso es restringido por roles de género masculinos. Estas carencias son vista como falta de preocupación por parte institucional, en este caso de la Universidad, lo cual, según el derecho a la información, debe ser

difundida y apropiada para todos los niveles sociales, así como la educación, que según la declaración de derechos sexuales debe ser integral, durante toda la vida y que involucre a todas las instituciones sociales. Otra de las razones es que los roles de género tradicionales tanto femeninos como masculinos inciden directamente en la no recepción de información y educación, pues si se muestran muy interesadas en recibirla, corren el riesgo de ser consideradas como mujeres muy sexuadas.

De todo lo expuesto se puede concluir que los roles de género tienen directa relación con la salud sexual de estas estudiantes, y más aún en este grupo de mujeres, en que se dificulta mayormente el proceso de empoderamiento, al tener pareja dentro de un ambiente considerado, tradicionalmente, como terreno masculino.

Por ello se hace imprescindible la intervención de la matrona/matrón en salud sexual de este segmento de población tan vulnerable en este aspecto. Este tipo de intervención debe ajustarse a las necesidades específicas que, en este caso, son el bajo empoderamiento de la mujer en la relación de pareja, y la presencia de roles de género hegemónicos marcados, lo que lleva a una toma de decisiones limitada de las mujeres, y por consiguiente, una salud sexual debilitada. Es necesario plantear estrategias que involucren la presencia de hombres y mujeres para un trabajo de reflexión y concientización de la importancia que tiene para nuestra sociedad, y para ellas/os en particular, las construcciones sociales de lo que es masculino y femenino, lo que a su vez permitirá construir relaciones de género más igualitarias.

También es interesante la posibilidad que ofrece este estudio de acercamiento entre la comunidad universitaria, en que, a través de talleres educativos realizados por estudiantes de la Escuela de Obstetricia y Puericultura, incluidos en las planificaciones de las asignaturas tanto clínicas como preclínicas, se amplíen los conocimientos de las mismas compañeras, del mismo modo que se afiance uno de los compromisos como futuros/as matronas/matrones que es el de desarrollar acciones que fomenten la educación a nivel comunitario, reforzando de este modo, las competencias de las/los estudiantes del área de la salud en el ámbito educativo.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

- APA. 1994. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC. American Psychiatric Association. (Original no consultado, citado en NORAMBUENA, V. 2005. Sexualidad y poder patriarcal en mujeres en edad intermedia de la vida, consultantes del centro de salud familiar de ovejería, comuna de Osorno. Tesis para optar al título de magister en género y cultura mención ciencias sociales, Santiago, Chile, Universidad de Chile. (Disponible en [http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2005/norambuena\\_v/html/index-frames.html](http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2005/norambuena_v/html/index-frames.html)). Consultado el 11 de abril de 2007).
- BASSON R, et al. 2000. Report of the International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction: definitions and classifications. *J Urol*; 163: 888-93. (Original no consultado, citado en NORAMBUENA, V. 2005. Sexualidad y poder patriarcal en mujeres en edad intermedia de la vida, consultantes del centro de salud familiar de ovejería, comuna de Osorno. Tesis para optar al título de magister en género y cultura mención ciencias sociales, Santiago, Chile, Universidad de Chile. (Disponible en [http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2005/norambuena\\_v/html/index-frames.html](http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2005/norambuena_v/html/index-frames.html)). Consultado el 11 de abril de 2007).
- BLITCHTEIN-WINICKI, D.; PAREDES, L.; CALERO J.; MAGALLANES, M.; NÚÑEZ, E.; PESSAH, S.; ESCURRA, M.; ALVA, K.; SWEING, E.; GONZÁLES, M. 2002. Percepción y comportamientos de riesgo de ITS/VIH, en mujeres adolescentes inscritas para obtener su libreta militar en Lima y Callao Vol. 63 (4): 257 - 268
- BONINO, L. 2004. Los micromachismos. *Rev. La Cibeles* (2), mes de noviembre.
- CALLIRGOS, J. 2003. Balance de los estudios sobre masculinidad; Escuela para el desarrollo Lima. <http://www.escuela.org.pe/balance%20sobre%20estudios%20masculinidad.pdf>. (18 Mayo 2004). (Original no consultado, citado por ZUMELZU, P. 2005. Participación e incorporación de los hombres en salud sexual y reproductiva, ¿Cuáles son sus necesidades? Tesis Presentada como parte de los requisitos para optar al grado de Licenciada en Obstetricia y Puericultura, Valdivia, Chile.
- CALVIN, M y TORO, M. 2003. Experiencias comunitarias en violencia doméstica y sexual. *Revista mujer salud / red de salud de las mujeres latinoamericanas y del caribe*

- RSMLAC. Vol. 4: 56-71. Enero-diciembre. (Disponible en <http://www.epes.cl/pdf/Documentos%20EPES%20en%20pdf.pdf>). Consultado el 4 de marzo de 2007).
- CASTRO, K, GONCÁLVEZ, K y VÉLIZ, O. 2005. Sudor travieso ¿Transición de la sexualidad femenina? Estudio Interpretativo sobre la construcción de los significados femeninos en torno a la satisfacción sexual. Seminario de Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología, Antofagasta, Chile, Universidad Católica del Norte. (Disponible en [http://cybertesis.ucn.cl/ucn/2005/castro\\_k/doc/castro\\_k.pdf](http://cybertesis.ucn.cl/ucn/2005/castro_k/doc/castro_k.pdf)). Consultado el 10 de mayo de 2007).
- CEDIP 2003. Guía Perinatal. (Disponible en <http://www.cedip.cl/Guias/Guia2003/capitulo01.swf>). Consultado el 30 de abril de 2007).
- CHARNAY, M y HENRÍQUEZ, E. 2003. Prevalencia del deseo sexual inhibido en mujeres en edad fértil y factores relacionados. Rev. Ciencia y enfermería (Concepción, Chile). Vol. 9(1): 55-64. (Disponible en [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S071795532003000100007&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071795532003000100007&lng=es&nrm=iso)). Consultado el 4 de marzo de 2007).
- CISTERNA, F. 2005. Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa. Rev. Teoría de la Universidad del Bío-Bío. (Chillán, Chile). Vol. 14 (1): 61-71. (Disponible en <http://omega.fdomay.ubiobio.cl/th/v/v14/a6.pdf>). Consultado el 11 de abril de 2007).
- CONNELL, R. 1997. La organización social de la masculinidad, en T. Valdés y J. Olavarría (Eds.) Masculinidades. Poder y crisis, Ediciones de las Mujeres N° 24. ISIS Internacional. Santiago: FLACSO-Chile. (Original no consultado, citado en MÁRQUEZ, A. 2004. Ordenamientos de género al interior de las familias y los grupos de pares de varones adolescentes. Memoria para optar al título de Psicólogo, Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales. 346 p.) (Disponible en [http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2004/marquez\\_a/sources/marquez\\_a.pdf](http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2004/marquez_a/sources/marquez_a.pdf)). Consultado el 10 de mayo de 2007).
- COPA y COMISIÓN DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. 2006. Informe sobre la salud sexual y reproductiva en las Américas. (Ecuador). (Disponible en <http://www.isis.cl/MujerySalud/Sexual/Documentos/doc/1412salusexenlasam%E9ricas2006.pdf>). Consultado el 10 de Mayo de 2007).

- DANKHE, G. 1989. Investigación y comunicación In C. Fernández Collado y Dankhe G.L. (comps.), La comunicación humana: Ciencia Social, México: McGraw-Hill, pp. 385-454. (Original no consultado, citado en Hernández, R. 2003. Metodología de la Investigación. México, Mc Graw Hill. 465 pp.).
- DE BARBIERI, M. s/f. Certezas y malos entendidos sobre la categoría género. <<http://www.bibliojuridica.org/libros/4/1838/4.pdf>>. Consultado el 10 de mayo de 2007).
- EFAD. 2006. Introducción a la Metodología Cualitativa y Cuantitativa. Métodos de Recolección de datos. (Santiago, Chile).
- FIGUEROA, JG y LIENDRO, EZ. 1995. La presencia del varón en la salud reproductiva. In: Hardy E, Osis MJ, Crespo ER (Eds.). Ciências Sociais e Medicina. Atualidades e Perspectivas Latino-Americanas. Campinas, Centro de Pesquisas das Doenças Materno-Infantis de Campinas. (Original no consultado, citado por HARDY, E y JIMÉNEZ, A. 2001. Masculinidad y Género. Rev. Cubana Salud Pública (La Habana, Cuba). Vol.27 (2): 77-88) (Disponible en <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662001000200001&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662001000200001&lng=es&nrm=iso)>. Consultado el 4 de marzo de 2007).
- GARCÍA, P. 2002. Las carreras en ingeniería en el marco de la globalización: una perspectiva de género. Rev. Latinoamericana de estudios educativos (Distritos Federal, México) Vol. 32(3): 91-105).
- GIDDENS, A. 1992. "La transformación de la intimidad. Sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas," Cátedra S.A., Madrid. Pag. 110-113. (Original no consultado, citado en NORAMBUENA, V. 2005. Sexualidad y poder patriarcal en mujeres en edad intermedia de la vida, consultantes del centro de salud familiar de ovejería, comuna de Osorno. Tesis para optar al título de magister en género y cultura mención ciencias sociales, Santiago, Chile, Universidad de Chile. (Disponible en <[http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2005/norambuena\\_v/html/index-frames.html](http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2005/norambuena_v/html/index-frames.html)>. Consultado el 11 de abril de 2007).
- HAMEL, P. 2006. Sexualidad y género. (Disponible en <[http://www.med.uchile.cl/apuntes/archivos/2006/obstetricia/guia\\_n5\\_sexualidad\\_y\\_genero\\_phb.pdf](http://www.med.uchile.cl/apuntes/archivos/2006/obstetricia/guia_n5_sexualidad_y_genero_phb.pdf)>. Consultado el 3 de Mayo de 2007).

- HARDY, E. y JIMÉNEZ, A. 2001. Masculinidad y género. Rev. Cubana Salud Pública Vol.27 (2).
- HAWTON, K. 1988. Terapia sexual. Ed. Doyma. España. (Original no consultado, citado en CHARNAY, M y HENRÍQUEZ, E. 2003. Prevalencia del deseo sexual inhibido en mujeres en edad fértil y factores relacionados. Rev. Ciencia y enfermería (Concepción, Chile). Vol. 9(1): 55-64). (Disponible en <[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S071795532003000100007&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071795532003000100007&lng=es&nrm=iso)>. Consultado el 4 de marzo de 2007).
- HENWOOD, Flis et al. 2000. "A Tale of Two cultures? Gender and inequality in computer education", en Wyatt et al. Technology and In/equality: Questioning the information society, Gran Bretaña, Routledge. (Original no consultado, citado por GARCÍA, P. 2002. Las carreras en ingeniería en el marco de la globalización: una perspectiva de género. Rev. Latinoamericana de estudios educativos (Distritos Federal, México) Vol. 32(3): 91-105).
- HERNÁNDEZ, R. 2003. Metodología de la Investigación. México, Mc Graw Hill. 465 pp.
- LAGARDE, M. 1997. Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia. (Original no consultado, citada por Álvarez, J. 2003. Las muertas de Juárez: bioética, género, poder e injusticia. acta bioeth. Vol.9 (2): 219-228) (Disponible en <[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726569X2003000200008&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726569X2003000200008&lng=es&nrm=iso)>. Consultado el 4 de marzo de 2007).
- LAGARDE, M. 2001. Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas. 2a. edición. Universidad Nacional Autónoma de México. México. 872 Pp.
- LAMEIRAS, M. 1998. El estudio de la sexualidad en jóvenes españoles. Rev. Interação (Curitiba, Brasil) Vol. 2: 133-161, enero/diciembre. (Disponible en <<http://calvados.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/psicologia/article/viewFile/7651/5457>>. Consultado el 10 de mayo de 2007).
- LAUMANN, E, PAIK, A, ROSEN, R. 1999. Sexual Dysfunction in the United States. Prevalence and Predictors. JAMA 281: 537-44. Medline. (Original no consultado, citado en NORAMBUENA, V. 2005. Sexualidad y poder patriarcal en mujeres en edad intermedia de la vida, consultantes del centro de salud familiar de ovejería,



- comuna de Osorno. Tesis para optar al título de magister en género y cultura mención ciencias sociales, Santiago, Chile, Universidad de Chile. (Disponible en <[http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2005/norambuena\\_v/html/index-frames.html](http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2005/norambuena_v/html/index-frames.html)>. Consultado el 11 de abril de 2007).
- LEÓN, M. 2006. Violencia contra la mujer y VIH-SIDA. Rev. venezolana de estudios de la mujer. (Caracas, Venezuela). Vol. 11 (26): 137-146. (Disponible en <<http://www.revele.com.ve/programas/indice/ria.php?rev=mujer&id=13723>>. Consultado el 6 de mayo de 2007).
- MAFUD, J. 1967. El Machismo en Argentina. Revista Mundo Nuevo. 16. (Original no consultado, citado por MORA, O, MATHIENSEN, M y CASTRO, M. 1999. El Machismo en los estudiantes de la Universidad de Concepción, Chile. Revista de Servicio Social. (Concepción, Chile). Vol 1 (2) (Disponible en <<http://www2.udec.cl/~ssrevi/numero2/articulos/machismo.htm>>. Consultado el 3 de noviembre de 2006).
- MCCRACKEN, G. 1988. The long interview (Qualitative Research Methods Series No. 13). Newbury Park, California, EE.UU.: Sage Publications. (Original no consultado, citado por LOZANO, M. s/f. Televisión y vida cotidiana en México, Guadalajara y Monterrey: marco de referencia para el trabajo de campo (encuestas, entrevistas y grupos de discusión). Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey Cátedra Televisa) (Disponible en <<http://www.mty.itesm.mx/dhcs/catedra/teoria6.html>>. Consultado el 11 de abril de 2007).
- MORA, O, MATHIESEN, M y CASTRO M. 1999. El Machismo en los estudiantes de la Universidad de Concepción, Chile. Revista de Servicio Social. (Concepción, Chile). Vol 1 (2). (Disponible en <<http://www2.udec.cl/~ssrevi/numero2/articulos/machismo.htm>>. Consultado el 3 de noviembre de 2006).
- NAVARRO, E, BARBERÁ, E, REIG, A. 2003. Diferencias de género en motivación sexual. Rev. Psicothema. (Oviedo, España).Vol. 15 (003): 395-400.
- NORAMBUENA, V. 2005. Sexualidad y poder patriarcal en mujeres en edad intermedia de la vida, consultantes del centro de salud familiar de ovejería, comuna de Osorno. Tesis para optar al título de magister en género y cultura mención ciencias sociales,

Santiago, Chile, Universidad de Chile. (Disponible en [http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2005/norambuena\\_v/html/index-frames.html](http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2005/norambuena_v/html/index-frames.html)). Consultado el 11 de abril de 2007).

OLAVARRÍA, J. 2001 *¿Hombres a la deriva? Poder, trabajo y sexo*. Santiago. FLACSO-Chile. (Original no consultado, citado en MÁRQUEZ, A. 2004. Ordenamientos de género al interior de las familias y los grupos de pares de varones adolescentes. Memoria para optar al título de Psicólogo, Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales. 346 p.) (Disponible en [http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2004/marquez\\_a/sources/marquez\\_a.pdf](http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2004/marquez_a/sources/marquez_a.pdf)). Consultado el 10 de mayo de 2007).

OMS. 2002. (Original no consultado, citado por [http://www2.hu-berlin.de/sexology/ECS5/el\\_significado\\_de\\_salud\\_sexual.html](http://www2.hu-berlin.de/sexology/ECS5/el_significado_de_salud_sexual.html)). Consultado el 4 de octubre de 2006).

OPS y OMS. 2000. Promoción para la salud, recomendaciones para la acción. Actas de una Reunión de Consulta. (Guatemala). (Disponible en [http://www.paho.org/Spanish/HCP/HCA/salud\\_sexual.pdf](http://www.paho.org/Spanish/HCP/HCA/salud_sexual.pdf)). Consultado el 10 de Mayo de 2007).

ORTEGA, S. 2003. Actitudes ante la sexualidad en universitarios de la FES-Z desde una perspectiva de género. Rev. Archivos Latinoamericanos de Sexología. (Disponible en [http://www.accessmylibrary.com/coms2/summary\\_0286-32442252](http://www.accessmylibrary.com/coms2/summary_0286-32442252) ITM. Consultado el 11 de abril de 2007).

ORTIZ, M. 2003. El malestar sexual de las mujeres. Agenda Salud. Publicación trimestral del programa mujeres y salud de Isis Internacional. N° 32 Octubre-Diciembre 2003. Santiago, Chile. (Disponible en <http://www.isis.cl/temas/salud/agenda/agenda32.pdf>). Consultado el 15 de mayo de 2007).

PAPADÓPULOS, J Y RADAKOVICH, R. sf. Educación Superior y Género en América Latina y el Caribe. [www.iesalc.unesco.org/ve/.../dr.%20jorge%20papadópulos%20no%20presentacion.pdf](http://www.iesalc.unesco.org/ve/.../dr.%20jorge%20papadópulos%20no%20presentacion.pdf).

- PASSACHE, V. 2005. Violencia en las relaciones de pareja. Trabajo presentado en primera capacitación área clínica. Escuela de Psicología, Proyecto MECESUP, Universidad Católica del norte, Antofagasta, Chile. (Original no consultado, citado en CASTRO, K, GONCÁLVEZ, K y VÉLIZ, O. 2005. Sudor travieso ¿Transición de la sexualidad femenina? Estudio Interpretativo sobre la construcción de los significados femeninos en torno a la satisfacción sexual. Seminario de Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología, Antofagasta, Chile, Universidad Católica del Norte. (Disponible en [http://cybertesis.ucn.cl/ucn/2005/castro\\_k/doc/castro\\_k.pdf](http://cybertesis.ucn.cl/ucn/2005/castro_k/doc/castro_k.pdf)). Consultado el 10 de mayo de 2007).
- PAULO, L. 2005. La investigación social. Supervisión acción vecinal programa apex-cerro. Universidad de la República, Facultad de Ciencias Sociales. (Disponible en <http://www.rau.edu.uy/fcs/dts/laurapaulo/investigacionsocial.pdf>) . Consultado el 11 de abril de 2007).
- PIOT, P. 1999. Aspectos de la protección del VIH/SIDA. In Population Reports (USA). Population Information Program Center of Communication Programs, The Johns Hopkins University School. Vol. 27 (4). (Original no consultado, citado en LEÓN, M. 2006. Violencia contra la mujer y VIH-SIDA. Rev. venezolana de estudios de la mujer. (Caracas, Venezuela). Vol. 11 (26): 137-146. (Disponible en <http://www.revele.com.ve/programas/indice/ria.php?rev=mujer&id=13723>). Consultado el 6 de mayo de 2007).
- PISANO, M. 2001. El triunfo de la masculinidad. Editorial Surada. Santiago de Chile.
- RHO. 2003. Género y Salud Sexual. Información general/Lecciones aprendidas (Disponible en [http://www.icmer.org/RHO/html/gsh\\_overview.htm](http://www.icmer.org/RHO/html/gsh_overview.htm)). Consultado el 10 de mayo de 2007).
- ROSENZVAIG, R. 2000. “Las parejas Tormentosas”, Revista Terapia Sexual. Vol 3 (2) Sao Paulo, Brasil: sexovida.com. (Original no consultado, citado en NORAMBUENA, V. 2005. Sexualidad y poder patriarcal en mujeres en edad intermedia de la vida, consultantes del centro de salud familiar de ovejería, comuna de Osorno. Tesis para optar al título de magister en género y cultura mención ciencias sociales, Santiago, Chile, Universidad de Chile. (Disponible en [http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2005/norambuena\\_v/html/index-frames.html](http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2005/norambuena_v/html/index-frames.html)). Consultado el 11 de abril de 2007).

SANCHEZ-BRAVO, C, MORALES-CARMONA, F, CARREÑO-MELÉNDEZ, J, MARTÍNEZ-RAMÍREZ, S. 2005. Disfunción sexual femenina y su relación con el rol de género y la asertividad. *Perinatología y Reproducción Humana* (México). Vol. 19, (3-4): 152-160. (Disponible en [http://scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S018753372005000300004&lng=en&nrm=iso](http://scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S018753372005000300004&lng=en&nrm=iso)). Consultado el 11 de abril de 2007).

SERNAM.

- a) Detección y análisis: Prevalencia de la violencia intrafamiliar. Documento de trabajo (preliminar). 2001. Santiago de Chile. (Original no consultado, citado en CALVIN, M y TORO, M. 2003. Experiencias comunitarias en violencia doméstica y sexual. *Revista mujer salud / red de salud de las mujeres latinoamericanas y del caribe RSMLAC*. Vol. 4: 56-71. Enero-diciembre. (Disponible en <http://www.epes.cl/pdf/Documentos%20EPES%20en%20pdf.pdf>). Consultado el 4 de marzo de 2007).
  
- b) Brechas de género en la educación superior en Chile. Algunos Indicadores relevantes. Departamento de Estudios y Estadísticas (Santiago de Chile). 2002 (Disponible en [http://www.sernam.cl/basemujer/analisis/Brechas\\_de\\_genero\\_en\\_la\\_educacion\\_superior.pdf](http://www.sernam.cl/basemujer/analisis/Brechas_de_genero_en_la_educacion_superior.pdf)). Consultado el 30 de marzo de 2007)
  
- c) Seminario Perspectivas Innovativas en Política Social: Desigualdades y Reducción de Brechas de Equidad. Ponencia Servicio Nacional de la Mujer MLR Santiago, Chile. 2002 (Disponible en <http://www.sernam.cl/basemujer/analisis/Brechas%20de%20g%e9nero.pdf>). Consultado el 30 de marzo de 2007)
  
- d) Género, Salud y Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en el contexto de la reforma. s/f. (Disponible en <http://www.ops-oms.org/Spanish/DPM/GPP/GH/sexualreproductiverights.pdf>). Consultado el 25 de abril del 2007)

SHARIM, D, SILVA, U, RODÓ, A, RIVERO, D. 1996 Los Discursos Contradictorios de la Sexualidad Colección: Estudios Sociales. (Original no consultado, citado en NORAMBUENA, V. 2005. Sexualidad y poder patriarcal en mujeres en edad intermedia de la vida, consultantes del centro de salud familiar de ovejería, comuna de Osorno. Tesis para optar al título de magister en género y cultura mención ciencias sociales, Santiago, Chile, Universidad de Chile. (Disponible en

<[http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2005/norambuena\\_v/html/index-frames.html](http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2005/norambuena_v/html/index-frames.html)>. Consultado el 11 de abril de 2007).

- SILVA, J. 2003. Ángeles del desierto. Implicancias de los contratos sociales-sexuales en los crímenes de Alto Hospicio. Tesis de Magíster, Universidad de Chile. Documento no publicado. (Original no consultado, citado en CASTRO, K, GONCÁLVEZ, K y VÉLIZ, O. 2005 Sudor travieso ¿Transición de la sexualidad femenina? Estudio Interpretativo sobre la construcción de los significados femeninos en torno a la satisfacción sexual. Seminario de Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología, Antofagasta, Chile, Universidad Católica del Norte.
- VAN DER STRATEN A, KING R, GRINSTEAD O. 1995. Couple communication, sexual coercion and HIV risk reduction in Kigali, Rwanda. AIDS. Vol. 9 (8): 935-44. (Original no consultado, citado por FHI, 2001. Cuando la pareja dialoga, disminuye el riesgo Network en español. (Estados Unidos). Vol. 21, (4)) (Disponible en <[http://www.fhi.org/sp/RH/Pubs/Network/v21\\_4/NWvol21-4gendroles.htm](http://www.fhi.org/sp/RH/Pubs/Network/v21_4/NWvol21-4gendroles.htm)>. Consultado el 10 de mayo de 2007).
- VERA-GAMBOA, L.; SÁNCHEZ-MAGALLÓN, F.; GÓNGORA-BIACHI, R. 2006. Conocimientos y percepción de riesgo sobre el Sida en estudiantes de bachillerato de una universidad pública de Yucatán, México: un abordaje cuantitativo-cualitativo. Rev. Biomed. (17):157-168.
- VILLASEÑOR-FARÍAS, M Y CASTAÑEDA-TORRES, J. 2003. Masculinidad, sexualidad, poder y violencia: análisis de significados en adolescentes. Rev. Salud Pública de México (Cuernavaca, México). Vol. 45 (1): 44-57. (Disponible en: <[http://scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003636342003000700008&lng=es&nrm=iso](http://scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342003000700008&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0036-3634.
- UDUAL/IESALC, 2005. Feminización de la matrícula de educación superior en América Latina y el Caribe. (Original no consultado, citado en PAPADÓPULOS, J. y RADA KOVICH, R. s/f. Educación Superior y Género en América Latina y el Caribe. <[www.iesalc.unesco.org/ve/.../dr.%20jorge%20papadópulos%20no%20presentacion.pdf](http://www.iesalc.unesco.org/ve/.../dr.%20jorge%20papadópulos%20no%20presentacion.pdf)>)
- ZUMELZU, P. 2005. Participación e incorporación de los hombres en salud sexual y reproductiva, ¿Cuáles son sus necesidades? Tesis Presentada como parte de los requisitos para optar al grado de Licenciada en Obstetricia y Puericultura, Valdivia, Chile.

## 7. ANEXOS

### **ANEXO 1: DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS SEXUALES DE LA ASOCIACIÓN MUNDIAL DE SEXOLOGÍA**

- El derecho a la libertad sexual. La libertad sexual abarca la posibilidad de la plena expresión del potencial sexual de los individuos. Sin embargo, esto excluye toda forma de coerción, explotación y abuso sexuales en cualquier tiempo y situación de la vida.
- El derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexuales del cuerpo. Este derecho incluye la capacidad de tomar decisiones autónomas sobre la propia vida sexual dentro del contexto de la ética personal y social. También están incluidas la capacidad de control y disfrute de nuestros cuerpos, libres de tortura, mutilación y violencia de cualquier tipo.
- El derecho a la privacidad sexual. Este involucra el derecho a las decisiones y conductas individuales realizadas en el ámbito de la intimidad siempre y cuando no interfieran en los derechos sexuales de otros.
- El derecho a la equidad sexual. Este derecho se refiere a la oposición a todas las formas de discriminación, independientemente del sexo, género, orientación sexual, edad, raza, clase social, religión o limitación física o emocional.
- El derecho al placer sexual. El placer sexual, incluyendo el autoerotismo, es fuente de bienestar físico, psicológico, intelectual y espiritual.
- El derecho a la expresión sexual emocional. La expresión sexual va más allá del placer erótico o los actos sexuales. Todo individuo tiene derecho a expresar su sexualidad a través de la comunicación, el contacto, la expresión emocional y el amor.
- El derecho a la libre asociación sexual. Significa la posibilidad de contraer o no matrimonio, de divorciarse y de establecer otros tipos de asociaciones sexuales responsables.

- El derecho a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables. Esto abarca el derecho a decidir tener o no hijos, el número y espaciamiento entre cada uno, y el derecho al acceso pleno a los métodos de regulación de la fecundidad.
- El derecho a información basada en el conocimiento científico. Este derecho implica que la información sexual debe ser generada a través de la investigación científica libre y ética, así como el derecho a la difusión apropiada en todos los niveles sociales.
- El derecho a la educación sexual integral. Este es un proceso que se inicia con el nacimiento y dura toda la vida y que debería involucrar a todas las instituciones sociales.
- El derecho a la atención de la salud sexual. La atención de la salud sexual debe estar disponible para la prevención y el tratamiento de todos los problemas, preocupaciones y trastornos sexuales.

**Los derechos sexuales son derechos humanos fundamentales y universales.**

Declaración del 13avo. Congreso Mundial de Sexología, 1997, Valencia, España revisada y aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología, WAS, el 26 de agosto de 1999, en el 14º Congreso Mundial de Sexología, Hong Kong, República Popular China.

(Tomado de OPS y OMS (2000). Promoción para la salud, recomendaciones para la acción. Actas de una Reunión de Consulta, Guatemala).

## ANEXO 2: ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACIÓN

**Investigadora responsable:** Daniela Silvana Núñez Hernández

**Título del proyecto:** Percepciones de mujeres emparejadas, estudiantes de Ingeniería, sobre los roles de género y la influencia sobre su salud sexual.

Yo, \_\_\_\_\_, he sido informada por la Srta. Daniela Núñez Hernández estudiante de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Austral de Chile sobre su trabajo de tesis a realizarse con mujeres de la Facultad de Ingeniería de esta universidad y me ha solicitado participar en este estudio, que tiene como propósito analizar las percepciones que tienen las estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Ingeniería de la Universidad Austral de Chile, sobre los roles de género en su relación de pareja heterosexual y su influencia en la salud sexual.

Al participar en esta investigación, yo estoy en pleno conocimiento de sus objetivos y estoy de acuerdo en que la información recolectada se utilice sólo con fines académicos.

Yo entiendo que:

1. En mi participación, se asegura que los beneficios son mayores que los riesgos, y la privacidad y confidencialidad de los testimonios realizados.
2. Cualquier pregunta con respecto a mi participación deberá ser contestada por la investigadora y / o colaboradoras del proyecto. Preguntas más específicas serán respondidas por la investigadora responsable del proyecto: Daniela Núñez Hernández., fono: 096887968
3. Yo podré retractarme de participar en este estudio en cualquier momento sin dar razones.
4. Los resultados de este estudio pueden ser publicados, con propósitos académicos, pero mi nombre o identidad no será revelada.
5. Este consentimiento está dado voluntariamente sin que haya sido forzada u obligada.

---

Nombre y firma de participante

---

Nombre y firma de tesista

Valdivia, \_\_\_\_\_



### **ANEXO 3: ENTREVISTA INDIVIDUAL SEMIESTRUCTURADA.**

- 1) ¿Qué significa para ti salud sexual? ¿A qué crees tú que se refiere?
  - 2) ¿Qué es para ti ser mujer? ¿Cómo crees que debe ser una mujer?
  - 3) ¿Qué crees tú que significa ser hombre hoy día en la sociedad y como persona? ¿Cómo crees tú que debe ser un hombre?
  - 4) ¿Cuál es el rol que cumples tú como mujer dentro de tu pareja? ¿Y tu pareja (o ex pareja)?
  - 5) ¿Cómo describirías a tu pareja (o ex pareja)? ¿Qué características destacarías de tu pareja?
- (Rol de género  
Masculinidad)
- 6) ¿Cómo describirías el trato o comportamiento de tu pareja cuando están solos? ¿Cómo se comporta (comportaba) contigo cuando están con más gente?
  - 7) ¿Quién toma (tomaba) la iniciativa en las demostraciones de afecto?
  - 8) ¿Eres activa sexualmente? (¿O fuiste con tu pareja?) ¿Cuándo comenzaste a tener relaciones sexuales? Según tu criterio ¿Contabas con información suficiente en relación a salud sexual?
  - 9) ¿Hablan o hablaban sobre temas relacionados con la sexualidad y cuidados de la salud sexual con su pareja? ¿Cuáles?
  - 10) ¿Quién toma las decisiones, en materia sexual en la pareja (uso de anticonceptivos, iniciativa en relaciones sexuales, prevención VIH SIDA)? ¿Cómo lo hacen (haces)?
  - 11) ¿Qué entiendes por infecciones de transmisión sexual, enfermedades de transmisión sexual o enfermedades venéreas y VIH SIDA? ¿Cuáles conoces?

12) ¿Cómo se transmiten?

13) ¿Cómo se previenen?

14) ¿Qué entiendes por métodos anticonceptivos? ¿Cuáles conoces?

15) ¿Has consultado o en qué caso consultarías a Matrona o especialista en Salud Sexual y Reproductiva?

16) ¿Cómo describes el acceso a la educación, información y atención en salud sexual, como alumna de ingeniería de la UACH? ¿Qué te facilita u obstaculiza este acceso?

#### **ANEXO 4: GUÍA PARA LAS ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD**

-Salud sexual (deseo sexual, orgasmo, satisfacción, dolor o molestias, consentimiento, iniciativa (presencia de violencia sexual), toma de decisiones en salud sexual, percepción de riesgo y prevención de VIH-SIDA, infecciones de transmisión sexual, uso del preservativo, embarazo no planificado).