

**UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA**



**PERCEPCIÓN DE RIESGO DE CONTAGIO POR EL VIRUS DE
INMUNODEFICIENCIA HUMANA Y SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA
ADQUIRIDA EN ADOLESCENTES QUE CURSAN TERCER AÑO MEDIO EN DOS
ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES DE LA CIUDAD DE VALDIVIA**

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

IVETTE JUNNE RETAMAL JELVEZ

**VALDIVIA – CHILE
2006**

COMISION CALIFICADORA

PROFESORA PATROCINANTE: Sra. Myriam Márquez M. _____
Firma

PROFESORA COPATROCINANTE: Sra. Juana Romero Z. _____
Firma

PROFESOR INFORMANTE: Sr. Sergio Pavié C. _____
Firma

FECHA DE APROBACIÓN: _____

AGRADECIMIENTOS

A ti Mi Amor

Por ser tal cual eres, por apoyarme, alentarme y comprenderme incondicionalmente, por tu paciencia. Y por enseñarme lo que es el amor. Te amo mucho.

A ti Mamá

Por ser como eres, mi mejor amiga y mi ejemplo de mujer, por tus palabras de apoyo en todo momento, entregándome valores y entereza para superar los obstáculos, por el amor que me has entregado.

A ti Papá

Por apoyarme siempre en todo, por tu mirada realista hacia la vida que hace que mantenga los pies en la tierra. Por enseñarme a ver la pared más baja de lo que es, y por muchas cosas más, gracias Papito.

A mis Hermanos

Por existir y por esos momentos maravillosos que me entregan. Los quiero mucho.

A mis Abuelos; June y Ricardo

Por su preocupación e interés en mí y en mi felicidad. Porque sin ustedes, mi camino habría sido un poco más difícil. Los quiero mucho.

A ustedes; Mauricio y Ceci

Por ser mis segundos padres, entregándome valores, cariño y preocupación, por ser un ejemplo para mí.

A mis amig@s

Por compartir anécdotas de vida tan extraordinarias que me hacen cada día mejor persona y mujer.

A Ud. Sra. Myriam

Por sus palabras de aliento y guía en momentos de confusión.

Gracias a Dios por ponerlos en mi camino.

INDICE DE MATERIAS

CAPÍTULO		PÁGINA
	RESUMEN SUMMARY	
1.	INTRODUCCIÓN	1
2.	MARCO TEÓRICO	3
2.1	Concepto de riesgo y percepción de riesgo	3
2.2	Adolescencia: una transición en el desarrollo	4
2.3	Adolescentes y salud sexual	4
2.3.1	Adolescentes y ejercicio de la sexualidad	5
2.3.2	Factores que inciden en el ejercicio sexual	7
2.4	Adolescentes, ITS Y VIH/SIDA	7
2.4.1	Conocimientos acerca del VIH/SIDA	8
2.4.2	Fuentes de información	9
2.4.3	Vulnerabilidad de género y social	9
2.5	Adolescentes y anticoncepción	10
2.6	Adolescentes y sus pares	11
2.7	VIH/SIDA en Chile	12
2.7.1	Distribución del VIH/SIDA en Chile y en la Décima Región	12
3.	MATERIAL Y MÉTODO	14
3.1	Diseño metodológico	14
3.2	Diseño de la muestra	15
3.3	Técnicas de recolección de información	16
3.4	Dimensiones y categorías de análisis	16
3.5	Procesamiento y análisis de la información	17
3.6	Validación y confiabilidad de la investigación	18
4.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN	20
4.1	Caracterización de los y las adolescentes participantes	20
4.1.1	Interpretación de datos	24
4.2	Categoría: conocimientos sobre VIH/SIDA	25
4.2.1	Información sobre VIH/SIDA	26
4.2.2	Fuentes de información	27
4.2.3	Información que entrega el colegio	28
4.2.4	Evaluación de la información entregada	39
4.2.5	Visión de la información recibida	31
4.3	Categoría: Riesgo	32
4.3.1	Concepto de riesgo	33

4.3.2	Factores de riesgo	33
4.3.3	Medidas de prevención	34
4.3.4	Percepción de riesgo real	35
4.4	Categoría: Comunicación	37
4.4.1	Comunicación familiar	38
4.4.2	Comunicación entre pares	40
4.5	Análisis final y Discusión	42
4.5.1	Condiciones causales	43
4.5.2	Contexto	43
4.5.3	Estrategias de acción/interacción	44
4.5.4	Condiciones intervinientes	45
4.5.5	Consecuencias	47
5.	CONCLUSIONES	48
6.	BIBLIOGRAFÍA	51
7.	ANEXOS	56

INDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO		PÁGINA
Nº 1	RELACIONES COITALES SEGÚN SEXO	21
Nº 2	JUEGOS SEXUALES SIN LLEGAR A LA PENETRACIÓN SEGÚN SEXO	21
Nº 3	RELACIÓN AMOROSA EL ÚLTIMO AÑO SEGÚN SEXO	22
Nº 4	FUENTES DE INFORMACIÓN SEGÚN SEXO	23
Nº 5	FUENTES DE INFORMACIÓN SEGÚN SEXO Y ESTABLECIMIENTO	23

INDICE DE CUADROS

CUADRO		PÁGINA
1.	CODIFICACIÓN AXIAL CONOCIMIENTOS SOBRE VIH/SIDA	25
2.	CODIFICACIÓN AXIAL RIESGO	32
3.	CODIFICACIÓN AXIAL COMUNICACIÓN	37
4.	CODIFICACIÓN SELECTIVA PERCEPCIÓN DE RIESGO DE CONTAGIO VIH/SIDA	42

RESUMEN

El objetivo de esta tesis es determinar la percepción de riesgo de contagio VIH/SIDA que poseen las y los adolescentes que cursan Tercer año medio en dos Establecimientos Educativos de la Ciudad de Valdivia. Para lo anterior se utilizó un diseño metodológico cualitativo con elementos cuantitativos, éste diseño cualitativo está basado en el enfoque de la Teoría Fundamentada (Grounded Theory) de Glasser y Strauss. Se trabajó con adolescentes de ambos sexos provenientes de un Liceo técnico profesional municipal, y uno científico humanista particular, utilizando como medios para la recolección de datos un cuestionario de evaluación de riesgo, y entrevistas semiestructuradas. Para la aplicación del cuestionario se trabajó con 54 jóvenes, 29 mujeres y 25 hombres de entre 15 y 18 años de edad, que al momento de la investigación cursaban tercer año medio. Posteriormente, se aplicaron entrevistas semiestructuradas a 14 adolescentes, 6 mujeres y 8 hombres. Los y las informantes participaron en forma voluntaria, previo consentimiento informado.

El procesamiento de los datos se realizó mediante el método de análisis de contenidos, en el cual se utilizaron tres tipos de codificación de manera sucesiva, que son abierta, axial y selectiva. Las categorías analizadas son los conocimientos sobre el tema, el riesgo, y finalmente, la comunicación.

Los resultados de esta investigación arrojaron que la percepción de riesgo en relación al contagio del VIH/SIDA que poseen los y las adolescentes es lejana, viendo al virus y la enfermedad como un problema externo a su vida y entorno, generando sentimientos de invulnerabilidad y a su vez manteniendo conductas mínimas de prevención para dicho contagio. Esta percepción del riesgo de los y las adolescentes se establece a partir de los conocimientos que poseen y que han adquirido a través de distintos medios, sin embargo las fuentes más relevantes siguen siendo la familia y el colegio, los cuales ejercen una influencia importante en sus vidas y desarrollo personal. A su vez, surge el planteamiento por parte de los y las jóvenes para acceder a una información más clara, participativa, testimonial y entregada por expertos/as (profesionales de la salud).

La proyección de este trabajo de investigación pretende dar luces, a través de sus resultados a la comunidad educativa y de salud, del problema del riesgo que enfrentan los y las adolescentes actualmente, al encontrarse frente a una información que no genera sensibilización, y por ende no está produciendo cambios de conductas en ellos/as. De esta manera se espera contribuir y fomentar el estudio en grupos vulnerables, a fin de conocer y acercarse a su realidad y a las necesidades que presentan, para así otorgar una información fidedigna, promoviendo conductas preventivas que anticipen los riesgos para su salud sexual y reproductiva.

PALABRAS CLAVES: Adolescentes, VIH/SIDA, percepción de riesgo.

SUMMARY

The objective of this thesis is to determine perception of risk of infect VIH/SIDA that they have and the adolescents who attend Third grade of high school in two Educational Establishments of the City of Valdivia. For previous utilization methodologic design qualitative with quantitative elements this qualitative design is based in the approach of the Establish Theory (Grounded Theory) of Glasser and Strauss. Worked with adolescent of both originating sexes of a Grammar school professional policeman, and one scientist of particular humanist, using like average for recolection of data a questionnaire of evaluation of risk, and semistructured interviews. For application of questionnaire work with 54 adolescents, 29 women and 25 men of between 15 and 18 of age, that at the time of investigation attend third grade. Later, interviews semistructured to 14 adolescents, 6 women were applied and 8 men. And the informants participated in voluntary form, previous informed consent.

Processing of data realice by a method of analysis of contents, in which three types of codification of axial and selective way were used successive, which they are opened. The category analyzed they are the knowledge on the subject, the risk, and finally, communication.

The results of this investigation emit that perception of risk in relation to infect of the VIH/SIDA that they have and the adolescents are distant, seeing the virus and the disease like an external problem to its life and surroundings, generating invulnerability feelings and maintaining minimum conducts of prevention for said infect as well. This perception of risk of and the adolescents settles down from the knowledge that they have and that have acquired through from different means, nevertheless the most relevants sources continue being the family and the school, who exert an important influence in their lives and personal development. As well, it arises the exposition on the part of adolescents to accede to one information more clear, participative, testimonial and given by experts (professional of the health).

Proyection of this work of investigation pretende to give lights, through of its results to the educative community and of health, of the problem of the risk that face and the adolescents at the moment, when being as opposed to one information that does not generate sensibilization and therefore not producing changes of conducts in them. This way it is hoped to contribute and to foment the study in vulnerable groups, in order to know and to approach its reality and the needs that present/display, to give one information trustworthy, promoting preventive conducts that anticipate the risks for their sexual and reproductive health.

KEY WORDS: Adolescents, VIH/SIDA, perception of risk.

1. INTRODUCCIÓN

La adolescencia es un término relativamente nuevo, que ha sido extensamente utilizado, sólo en los últimos 50 años aproximadamente. Dado lo complejo del tema, éste ha sido abordado desde variadas temáticas en las últimas décadas, siendo en los últimos años el tema de la drogadicción y sexualidad en adolescentes uno de los tópicos más investigados. Sin embargo queda una brecha importante en lo que respecta al tema de los/as adolescentes y el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), considerando que el grupo de los/as adolescentes y mujeres (jóvenes y adultas) son mayormente vulnerables a dicho problema.

Entre los/as adolescentes, la prevalencia real de casos infectados por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y que han desarrollado las manifestaciones clínicas del SIDA, es incierta (ISIS INTERNACIONAL., 2001).

Esta falta de estudios e investigaciones al respecto, en especial en Chile, deja la interrogante acerca de si la información entregada a los y las adolescentes está cubriendo sus necesidades e inquietudes, dando lugar al cuestionamiento de los programas educacionales, respecto al tema. Todo esto asociado a un inicio sexual que comienza entre los 15 y 19 años de edad, sin las precauciones adecuadas, lo cual hace más urgente la necesidad de investigar dicho tópico (INJ., 2001).

Es por esto que el propósito de esta investigación es conocer, si los y las adolescentes perciben riesgo de contraer VIH/SIDA y cuáles son sus creencias respecto al tema, ya que de éstas interrogantes se puede obtener valiosa información para generar campos de promoción y prevención eficaces, a fin de reducir el riesgo que, como afirman los estudios, dicho grupo posee. Basado en lo anterior, en el curso de la investigación se pretende determinar cuál o cuáles son sus fuentes de información, lo que es relevante para establecer cuan fidedigna es ésta, es decir, la calidad que de la información que poseen.

Desde la perspectiva de género, a través del análisis se pretende establecer las diferencias con respecto a conocimientos de hombres y mujeres adolescentes, con el fin de establecer como éstas influyen en la información otorgada, su recepción e incorporación en las prácticas sexuales.

El dilucidar estas interrogantes mediante una investigación con enfoque cualitativo, es de suma importancia en el quehacer del /la profesional matron/matrona, pues permite guiar de manera concreta, la información a las necesidades e inquietudes de los y las adolescentes, para así llegar a ellos/as de manera clara, confiable y fidedigna, con una información de calidad, generando un impacto en la salud sexual y reproductiva de estos/as jóvenes, siendo protagonistas de su sexualidad, de manera sana, segura y responsable.

Para el desarrollo de esta investigación es necesario plantearse los siguientes objetivos:

Objetivo general

1. Explorar la percepción de riesgo de contagio VIH/SIDA que poseen los y las adolescentes que cursan Tercer año medio, en dos Establecimientos Educativos de la Ciudad de Valdivia.

Objetivos específicos

1.1 Describir algunas características de los y las adolescentes sobre aspectos y patrones de su salud sexual.

1.2 Identificar la concepción de “riesgo” que poseen los y las adolescentes.

1.3 Identificar los factores de riesgo de contraer VIH definidos por los y las adolescentes.

1.4 Determinar los conocimientos sobre el tema del VIH/SIDA de los y las adolescentes.

1.5 Identificar los factores que influyen en el conocimiento de mujeres y hombres adolescentes sobre el riesgo de contagio del VIH, como familia, pares y colegio.

1.6 Identificar las principales fuentes de información que poseen los/las adolescentes sobre prevención del contagio de VIH.

1.7 Establecer las diferencias existentes entre mujeres y hombres adolescentes, respecto a la percepción de su riesgo de contagio del VIH.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 CONCEPTO DE RIESGO Y PERCEPCIÓN DE RIESGO

El concepto de riesgo es abordado por múltiples disciplinas sociales y biológicas de las cuales se pueden extraer diversos conceptos y definiciones. Desde el punto de vista social, con frecuencia se ha sostenido que la percepción de riesgo está determinada por cuestiones de equidad, y que su aceptabilidad está relacionada con la libertad, pero también con la justicia (DOUGLAS, M., 1996).

Según DULANTO, E. (2000) el riesgo es la contingencia, el evento o la acción que aproxima a un daño. También se entiende como el desarrollo de acciones o eventos con posibilidades de causar daño y cuya normatividad y control quedan bajo la influencia de la suerte, lo cual exime de responsabilidad a todos, menos a quién asume el riesgo.

Los *factores de riesgo* a su vez se han definido como toda característica o circunstancia determinable de una persona o un grupo de personas que según los conocimientos que poseen, se asocia a un riesgo anormal de sufrir un proceso patológico. Es decir los factores de riesgo son características que presentan una relación significativa con un resultado definido. Este enfoque llevó también a identificar factores sociales y comportamentales como elementos conducentes al mayor riesgo de ser dañado (BACKET, E., *et al.*, 1985).

En diversas investigaciones sociales acerca de la percepción del riesgo se ha establecido que los individuos tienen un fuerte *sentido de riesgo*, pero injustificado, de inmunidad subjetiva, en otras palabras. Se subestima aquellos riesgos que se consideran controlados, así como también los riesgos que conllevan los acontecimientos que ocurre rara vez. Esto lleva a ignorar riesgos cotidianos más comunes y en el otro extremo se tiende a restar importancia a los riesgos más infrecuentes y de baja probabilidad. Sin embargo, el hecho de saberse amenazado por un acontecimiento futuro puede resultar menos terrorífico si se conocen las probabilidades de evitar ese acontecimiento (DOUGLAS, M., 1996).

Es importante resaltar que la percepción de riesgo de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)/SIDA que tienen los/las adolescentes es la sucesión de una serie de factores individuales, sociales y culturales. La percepción del doble riesgo (embarazos e ITS/SIDA) se produce en el encuentro entre la normatividad frente a la sexualidad adolescente, los condicionantes sociales y culturales frente a la prevención de riesgos, el creciente inicio temprano de las relaciones sexuales entre los y las jóvenes y las transformaciones, en las formas que hombres y mujeres viven su sexualidad, como consecuencia de los cambios en la socialización de roles de género. El riesgo en el mundo juvenil posee una dimensión social y cultural innegable, que adquiere especificidad en el marco de sus espacios de sociabilidad, sus experiencias de vida significativa y los códigos específicos de cada (sub)cultura juvenil siendo

uno de los principales escenarios donde se expresa éste, el de la diversión y el tiempo libre. (SÁNCHEZ, M., 2002; MATUS, C., 2005).

2.2 ADOLESCENCIA: UNA TRANSICIÓN EN EL DESARROLLO

Hay cierto acuerdo unánime entre los diferentes autores que la adolescencia, considerada como un período evolutivo, se extiende aproximadamente entre los 12 y 18 años. Puede ser definida como, “*la fase evolutiva durante la cual el individuo trata de establecer su identidad adulta a través de un largo período de cambios que tienen la finalidad de adecuar el aparato psicológico para la vida genital adulta*” (BOBADILLA, E., FLORENZANO, R., 1981).

De entre las múltiples definiciones de adolescencia, INOSTROZA Y QUIJADA (2000), consideran que es tanto una construcción social como un atributo del individuo. Ciertas culturas y subculturas reconocen un período de transición de una década o más entre la infancia y la edad adulta, mientras que en otras consideran que esa transición ocurre en el curso de un breve rito de iniciación que puede durar unos pocos días u horas.

En 1974, la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), definió la adolescencia como un período durante el cual “El individuo progresa desde el punto de la aparición de las características sexuales secundarias hasta la madurez sexual”.

Es importante destacar que aparte del aspecto biológico de este fenómeno, las transformaciones psíquicas están profundamente influenciadas por el ambiente social y cultural.

Para este estudio se consideró la definición otorgada por la OMS, la cual la define como un lapso de edad que va desde los 10 a los 20 años, con variaciones culturales e individuales. Desde el punto de vista *biológico*, se inicia cuando aparecen los caracteres sexuales secundarios y la capacidad de reproducción, y termina con el cierre de los cartílagos epifisarios y del crecimiento. *Socialmente* es el período de transición, que media entre la niñez dependiente y la edad adulta autónoma, económica y socialmente. *Psicológicamente*, “*es el período que empieza con la adquisición de la madurez fisiológica y termina con la adquisición de la madurez social, cuando se asumen los derechos y deberes sexuales, económicos, legales y sociales del adulto*”.

2.3 ADOLESCENTES Y SALUD SEXUAL

La salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes preocupa desde hace muchos años a la comunidad internacional, especialmente a los organismos de salud. Las cifras sobre embarazo adolescente o los datos acerca de los riesgos que las y los adolescentes pueden correr, en razón de su actividad sexual o por motivos de género, son inquietantes.

Según el psiquiatra de la Universidad Católica de Chile Dr. GUIDO SOLARI citado por BOBADILLA E., FLORENZANO R. en su libro *El Adolescente en Chile: Características y Problemas* (1981), la sexualidad, aunque parezca redundancia el decirlo, es siempre psicosexualidad. Las raíces y móviles de la conducta sexual del adolescente no pueden ser sólo buscadas en sus raíces fisiológicas, sino que, por una parte, deben ser entendidas desde su aprendizaje infantil y, por otra, estudiadas y comprendidas en el marco de motivaciones psicoculturales actuales. De otro modo, la sexualidad del adolescente aparece desarraigada y ajena a la totalidad del mundo adolescente. (ISIS INTERNACIONAL, 2001)

No se puede negar que con el inicio de la adolescencia se produce un aumento notable de la sexualidad y de la conducta sexual. Es indudable que el incremento de la actividad sexual que se verifica durante la adolescencia obedece a cambios hormonales, al llegar la pubertad algo sucede y hace de la conducta sexual algo próximo a la omnipresencia. Hay completos estudios sobre el aprendizaje de los roles masculino y femenino y los procesos de identificación en la infancia, así como de la existencia de juegos y contactos genitales en prepúberes. ANNA FREUD citada por BOBADILLA E., FLORENZANO R. (1981), dice *“los instintos sexuales del hombre no despiertan repentinamente entre los trece y los quince años de edad, o sea, con la pubertad, sino que operan desde que comienza a desarrollarse el niño, cambian progresivamente de una forma a otra, progresan desde un estado a otro hasta que, por fin, la vida sexual adulta se logra como resultado final de esa prolongada serie de desenvolvimientos”*. En la adolescencia, sólo tipos limitados de respuestas sexuales serían evidentes de no existir tal aprendizaje previo.

2.3.1 Adolescentes y el ejercicio de la Sexualidad

A comienzos de la década de 1920 y hasta finales de 1970 se vivió una evolución en las actitudes y el comportamiento sexual. Esta “evolución sexual” ha conllevado una aceptación y tolerancia mayor hacia las relaciones prematrimoniales, junto con un descenso en la doble moral: el código que da a los hombres más libertad sexual que a las mujeres. Una razón para este cambio, es una disminución gradual de la edad en que los/las jóvenes alcanzan su madurez sexual, unida a una tendencia a casarse a una edad más tardía. Los índices de actividad sexual prematrimonial han aumentado de acuerdo con ésta concepción, especialmente entre las adolescentes. (PAPALIA, D., *et al.*, 2001).

En Chile, según la TERCERA ENCUESTA NACIONAL DE LA JUVENTUD realizada en el año 2001 por el INSTITUTO NACIONAL DE LA JUVENTUD (INJ) efectuada a 2.864 jóvenes de entre 15 y 19 años de edad, los adolescentes que declararon tener relaciones sexuales alcanzan el 73,8%, siendo esta una práctica que aumenta con la edad, con porcentajes significativos en todos los tramos etáreos y escasa diferencia según área (urbano o rural). En los niveles socioeconómicos más bajos el inicio de la vida sexual parece ser más precoz que en los niveles más altos. Según esta misma encuesta, donde sí se observan diferencias más claras entre hombres y mujeres, es en la edad en la cual tuvieron la primera relación sexual, ya que si bien la mayoría se inicia en el tramo de 15 a 19 años, los hombres que declaran haber tenido relaciones sexuales antes de los 15 años son muchos más que las mujeres (20,8% y 6,2% respectivamente).

El programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) (2005) calcula que, al menos, la mitad de las adolescentes habrá tenido su primera relación sexual antes de los 16 años de edad, y la mayoría antes de los 20 años. Teniendo en cuenta estos datos, es considerable destacar el promedio de edad para la primera relación sexual de los/las adolescentes chilenos, la cual es de 16,2 en el caso de los hombres y de 17,8 en el caso de las mujeres. (ISIS INTERNACIONAL, 2001; INJ., 2001).

Este inicio de las relaciones sexuales marca un hito en el desarrollo físico y psicológico del hombre y la mujer en todas las sociedades, y tanto el momento en que se produce este evento, como el contexto en el que ocurre, surten un impacto inmediato y tiene consecuencias a largo plazo para el individuo. Además, la primera relación sexual conlleva el inicio de una etapa de riesgo potencial de contraer infecciones de transmisión sexual (ITS) (SINGH, S., *et al.*, 2000).

El inicio precoz de la actividad sexual que manifiestan algunos adolescentes esta relacionada directamente a una madurez psicológica menor y se puede llegar a pensar que es una forma de rebelarse contra la “autoridad”, ya sea familiar o social. Este inicio precoz también se relaciona enormemente a influencias sociales, en mayor grado por sus mismos compañeros y amigos. (PAPALIA, D., *et al.*, 2001).

Sobre los riesgos que conllevan algunos patrones del comportamiento sexual, el mayor riesgo lo tienen los/las jóvenes que inician su actividad sexual a una edad temprana, que tienen múltiples parejas sexuales y que no usan anticonceptivos o no lo usan de manera adecuada. Dos aspectos importantes acerca de la actividad sexual temprana son los riesgos de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y embarazo (PAPALIA, D., *et al.*, 2001).

Acercas del embarazo adolescente, es relevante destacar lo que indica el Instituto Nacional de Estadística (INE), ya que confirma una tendencia que se viene dando desde la década del 80; mientras la fecundidad promedio de las mujeres chilenas cae progresivamente, la tasa de embarazo adolescente aumenta. En 1990 los hijos de madres menores de edad constituían el 11% del total de nacidos vivos; en el año 2001 esa cifra se elevó al 16%. Este fenómeno se hace aún más evidente si se observa que la tasa de fecundidad de las jóvenes de 17 años, entre 1980 y 1998, creció de 59 a 71 nacidos vivos por cada mil mujeres de esa edad. De igual forma, en las de 16 años aumentó de 33 a 50, y en las de 15 años, de 13 a 23 (INJ., 2001)

Por otro lado, en estudios realizados en Chile se ha encontrado que la mayor parte de las mujeres tienen relaciones sexuales con personas a las que las une un vínculo más permanente. De hecho, la mayoría declaró haber sostenido su última relación sexual con su pareja habitual (87,5%) y solo un 1,8% de las mujeres sexualmente activas sostuvo relaciones sexuales con una pareja ocasional. En el caso de los hombres, disminuye a un 64,5% el porcentaje que sostuvo su última relación sexual con su pareja habitual, existiendo además una importante cantidad de jóvenes varones que tuvo su último encuentro sexual con una ex pareja (13,1%) o con una pareja ocasional (12%). (INJ., 2001).

2.3.2 Factores que inciden en el ejercicio sexual.

Dentro de los factores que inciden en el ejercicio sexual de los y las adolescentes, destacan la actividad sexual temprana, y en mayor grado, la presión social, esto según una encuesta realizada en Chile en la cual se les preguntó a los y las adolescentes *por qué no esperan para iniciar sus relaciones sexuales hasta tener una mayor edad*. Tanto varones como mujeres mencionan la curiosidad como una razón para la relación sexual temprana, y más varones que mujeres citan sentimientos y deseos sexuales. Un muy bajo porcentaje de ambos sexos mencionan el amor como una razón. (INJ., 2001).

Otro factor que incide en el comportamiento sexual es el uso de métodos anticonceptivos, se considera que la mejor medida de seguridad para los/las adolescentes sexualmente activos es el uso regular de condones, que les dan alguna protección contra las infecciones de transmisión sexual lo mismo que contra el embarazo. El uso de condón ha aumentado en grandes proporciones en los últimos años, quizá debido a las campañas educativas dirigidas a prevenir la transmisión del SIDA. (PAPALIA, D., et al., 2001).

Por otra parte los mecanismos tradicionales que reprimen la sexualidad adolescente son menos efectivos en áreas urbanas. Los adolescentes tienen mayor libertad y están menos sujetos a presiones familiares y comunales. Existen mayores oportunidades para contactos sociales informales y el mayor acceso a medios de comunicación que estimulan el desarrollo de actitudes más libres de conducta sexual. (BOBADILLA, E., FLORENZANO R., 1981).

2.4 ADOLESCENTES, INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) Y VIH/SIDA

Según PAPALIA D. (2001), uno de cada tres casos de ITS se presentan en adolescentes; cuanto más joven sea el/la adolescente, mayor es la posibilidad de infección. Las principales razones para la diseminación de ITS entre los/las adolescentes son la actividad sexual temprana, que aumenta la posibilidad de tener múltiples parejas sexuales de alto riesgo, y la falta de uso del condón. La mitad de los/las jóvenes son sexualmente activos a la edad de 17 años, se estima que un 25% puede desarrollar una ITS antes de graduarse de secundaria.

Un aspecto a destacar es el hecho que las ITS tienen más posibilidades de desarrollarse sin ser detectadas en las mujeres que en los hombres, y en los/las adolescentes en comparación con los adultos. Entre el 50 y el 80 por ciento de las ITS en las mujeres son tratadas tardíamente o jamás, porque las infecciones no presentan ningún síntoma externo reconocible. Desde el aspecto fisiológico es interesante considerar que las mujeres jóvenes en el inicio o a mediados de la adolescencia son particularmente susceptibles al VIH y a las ITS porque su vagina y cérvix tienen una capa más fina de células exteriores. El acto de coito sexual por primera vez puede incluir sangrado, el que también puede incrementar las probabilidades de contraer VIH/ITS. (PAPALIA D, et al., 2000; ISIS INTERNACIONAL, 2001).

A su vez, la epidemia del SIDA ha tenido efectos importantes en la población adolescente y joven de América Latina y El Caribe. La Organización Panamericana para la Salud (OPS)

estimó en 1997, que la mitad de todas las nuevas infecciones se presentaban en personas menores de 25 años de edad y que la mayoría se infectaba por la vía sexual (CABALLERO, R., et al., 2003.a)

El análisis de datos chilenos muestra que existe una tendencia al aumento sostenido en el tiempo, del número de personas que contraen el VIH. Junto a ello, el rango de edad en el que se concentra mayor cantidad de afectados, es el de personas que tienen entre 20 y 49 años, es decir, adultos jóvenes y adultos. Sin embargo y de acuerdo a las características propias de la enfermedad, de un período prolongado de latencia entre la seroconversión en VIH y las manifestaciones del SIDA que puede durar entre 2 y 11 años, es posible pensar que en muchos casos la transmisión del virus puede haberse producido en etapas más tempranas de la vida, como en la adolescencia (CONASIDA, 1999).

Al respecto, la propuesta estratégica de prevención del VIH/SIDA elaborada por la Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA) del Ministerio de Salud, considera dos ejes centrales: la gestión del riesgo y la vulnerabilidad. El riesgo entendido como la probabilidad de adquirir o transmitir el VIH, derivada de una conducta individual, y la vulnerabilidad, como producto de la inequidad social, que tiene dimensiones culturales, políticas y económicas (MOLINA, R., et al., 2003).

2.4.1 Conocimientos acerca del VIH/SIDA

En Chile en el año 2000 se realizó un Estudio Nacional de Comportamiento Sexual elaborado por el Ministerio de Salud (MINSAL) y la Comisión Nacional del Sida (CONASIDA), en el que se le consultó a la población sobre la veracidad de una serie de afirmaciones correctas e incorrectas, referidas a los modos de prevención del SIDA, y sobre las formas de transmisión sanguínea, sexuales y casuales. En general, la frecuencia de respuestas correctas fue muy alta frente a los mecanismos de transmisión que han sido suficientemente divulgados por las campañas de educación y programas de prevención del VIH/SIDA. Esto se verifica, por ejemplo, en las aseveraciones respecto a que la transmisión del VIH “*Se evita manteniendo una pareja única, mutuamente fiel, sin que ninguno de los integrantes esté infectado*”, y “*Se previene el SIDA evitando compartir jeringas/agujas*”, donde ambas respuestas obtuvieron sobre el 90% de respuestas correctas. Sin embargo se encontró un alto número de respuestas incorrectas tales como:

- El 48% de los encuestados cree que “*Se evita el SIDA teniendo relaciones sólo con personas de las cuales se está enamorado*”.
- Casi un 48% responde que sí, “*Se previene el SIDA evitando donar sangre*”.
- Sobre el 30% de los entrevistados cree que “*Se puede prevenir el SIDA, lavándose después de una relación sexual*”.
- Proporciones todavía mayores cree que puede prevenir la transmisión del VIH “*Evitando baños públicos*” y “*Evitando ser picado por un insecto*” (39.7% y 32.9% respectivamente).

En general los y las adolescentes tienen poca conciencia de que el uso de preservativos reduce el riesgo de transmisión del virus, como lo demuestra un estudio realizado en Brasil a 2556 adolescentes (BORUCHOVITCH, E., 1992).

Sin embargo, se debe destacar que la información disponible permite señalar que el traspaso y manejo de conocimientos de parte de los y las adolescentes, no son suficientes para la adopción de medidas preventivas frente al VIH/SIDA e ITS. Ellos/as necesitan motivaciones personales para actuar y apoyo afectivo para desarrollar destrezas y habilidades que los lleven a transformar el conocimiento en práctica conductual (MOLINA, R., *et al.*, 2003).

2.4.2 Fuentes de Información

En un estudio realizado en México por GAYET, C. *et al.*, (2002) (a), cuyo objetivo era establecer si ciertas características de los jóvenes influyen en la elección de las personas con quienes hablan sobre el SIDA, efectuado a 4886 jóvenes entre 15 y 19 años se obtuvo la siguiente información; Los/Las adolescentes son un grupo social heterogéneo que presenta un alto grado de exposición a una variedad de medios de comunicación masiva y mensajes. El uso de estos medios se relaciona con aspectos asociados a la satisfacción de sus necesidades, socialización, factores situacionales. Tales medios de comunicación masiva, sobre todo la televisión son la principal fuente de información sobre el tema del SIDA y juegan un papel central en la construcción social y percepción sobre el problema. A la vez, los/las adolescentes otorgan un alto grado de credibilidad a los profesores, padres y amigos como fuentes de información interpersonales sobre el SIDA. Es importante considerar que casi la totalidad de los adolescentes ha escuchado algo de información sobre el SIDA.

Acerca de las preferencias diferenciadas por sexo, las mujeres consideran como fuentes de información, a los padres en un nivel de importancia muy semejante al de los profesores, a diferencia de los varones, entre los cuales la preferencia por los padres es menor a la hora de buscar información, sin embargo curiosamente es el médico en quien más confían a la hora de pedir información. También es interesante recalcar la importancia de los periódicos como única fuente de información masiva que presenta una relación directa, en sentido positivo, con el nivel de conocimientos que se posee entre los adolescentes. (GAYET, C., *et al.*, 2002. a; CABALLERO, R., *et al.*, 1997.b).

2.4.3 Vulnerabilidad de Género y Social

Se entiende por vulnerabilidad a la “susceptibilidad a sufrir un daño particular”. La vulnerabilidad ante el VIH y el SIDA puede ser vista en términos médicos, de derechos humanos, sociales, económicos, políticos, individuales y epidemiológicos. La combinación de estos puede empeorar la susceptibilidad de las personas y, por ende, la vulnerabilidad colectiva a la infección por VIH (ONUSIDA, citada por FLACSO-Chile, 2005).

Es por esto que se debe considerar que el patrón de la epidemia del SIDA ha cambiado, según datos actuales, el 40% de las nuevas infecciones por VIH, a nivel global, se está produciendo en mujeres, y por transmisión heterosexual. Ya es un hecho que la disparidad de género observada en los primeros tiempos de la pandemia está desapareciendo. Gran parte de los nuevos casos, además, se da entre mujeres que reportan una única pareja sexual y que fueron contagiadas por su compañero estable. No puede negarse que, aún cuando el VIH/SIDA siga prevaleciendo a nivel global en población masculina, urbana y con prácticas homosexuales, la tendencia internacional muestra claramente que esta epidemia cada vez afecta más fuertemente a la población femenina, en particular a la más pobre y carente de poder. Es preciso reconocer

que las mujeres, tienen vulnerabilidades propias de su género frente al VIH/SIDA, así como experiencias muy diferentes al interior del mismo. La inequidad social está en el corazón del riesgo de infección para las mujeres. Más de una vez se ha afirmado que la tendencia a la paridad entre hombres y mujeres con respecto a la infección por VIH, está directamente vinculada a la disparidad de género en los planos económico, social y sexual.

La desigualdad de poder que tradicionalmente ha desfavorecido a las mujeres, junto con la dificultad de muchas de ellas para acceder al ingreso, la educación, la información o la atención adecuada de la salud, se combinan para formar un cuadro de escasa capacidad para hacer visible su situación y negociar derechos, tanto en la vida doméstica como en las áreas públicas (HERRERA, C., CAMPERO, L., 2002).

Las mujeres jóvenes son aún más vulnerables al VIH. La adolescencia es una etapa importante durante la cual la información acerca del sexo y la sexualidad puede hacer la diferencia. Los tabúes culturales que impiden hablar del sexo en escuelas, iglesias, consultorios y otros entornos, ponen en peligro la salud de las mujeres y los hombres. Comparado con cualquier otro grupo, los/as jóvenes tienen el número más alto de compañeros/as sexuales y se sienten menos en riesgo de contraer la infección por el VIH/SIDA. Los hombres incurren en comportamientos de riesgo, por ejemplo, tienen relaciones sexuales sin protección, a veces con varias parejas o intoxicados por el alcohol y otras drogas, incluido el tabaco (MARCOVICI, K. 2002; KRAUSKOPF, D. 1995).

En cuanto a la vulnerabilidad social sobre el tema, se debe considerar la *dimensión social*, cuya base es el acceso de la persona a condiciones sociales y culturales que la apoyen en el proceso de reducir su riesgo. En numerosos estudios de evaluación de las campañas realizadas entre 1990 y 1997, la mayoría de las personas insiste en señalar a los y las jóvenes como población más vulnerable frente al SIDA, sin embargo, eso se contradice con la lentitud de los cambios para abrir las conversaciones sobre sexualidad con participación activa de los y las adolescentes y en la persistencia de ver a la adolescencia como un proceso patológico y no como un período del ciclo vital donde las personas tienen derechos y deberes al ejercer la ciudadanía. Otra dimensión que abarca esta vulnerabilidad social es la *económica* que se define como la posibilidad de evitar el riesgo y de tener acceso a una atención adecuada, de acuerdo a la capacidad económica de las personas. Aquí se encuentra el acceso de los y las adolescentes a un sistema provisional y el pertenecer a un entorno familiar que pueda protegerlo y apoyarlo en la satisfacción de sus necesidades básicas (MOLINA, R., *et al.*, 2003)

2.5 ADOLESCENTES Y ANTICONCEPCIÓN

Para establecer el riesgo a que están expuestos los y las adolescentes es de suma importancia establecer cuáles son sus conocimientos acerca de métodos anticonceptivos que los protejan de ITS y VIH.

El nivel de información sobre anticonceptivos entre los y las adolescentes es alto, esto según un estudio realizado en Argentina por dos sociólogas en el año 2000, donde se aplicó un

cuestionario a adolescentes varones de entre 15 y 17 años, el 90,5% dijeron estar informados acerca de métodos. El preservativo, generalmente recomendado como el método más adecuado para la prevención del SIDA, apareció como el método anticonceptivo más reconocido entre estos jóvenes (99,3%), señalándolo como el más efectivo (93,8%). Los adolescentes declararon conocer otro método también estrictamente masculino: el *coitus interruptus* (91,9%), en cambio, se mostraron menos informados frente a los que dependen más de la mujer como el dispositivo intrauterino, métodos hormonales y naturales y diafragma. La gran mayoría de los varones se cuidan siempre para evitar un embarazo, siendo la misma proporción que declaró protegerse del SIDA. El cuidado frente a una enfermedad de amenaza mortal como el SIDA, trajo como consecuencia, una mayor conciencia en la prevención del embarazo. Sin embargo, cuando las relaciones son estables aparece un uso más frecuente de métodos no seguros como el coitus interruptus y el del ritmo, que los expone a situaciones de riesgo de embarazo y SIDA. (NECCHI, S., SCHUFER M., 2001).

La diferencia de género en los conocimientos sobre métodos anticonceptivos, da a conocer que las adolescentes generalmente saben más sobre anticoncepción que los varones adolescentes. Los adolescentes tienden a presentar actitudes negativas sobre el uso de anticoncepción que es visto como un factor de interferencia del placer sexual, transformando el acto sexual en algo “no natural” o “planeado”. Poseen además creencias erróneas sobre los métodos anticonceptivos y tienen la idea de que la anticoncepción es responsabilidad de su pareja. (BORUCHOVITCH, E., 1992).

Esta diferencia de género también se da al momento de usar el condón en la primera relación sexual ya que muestra grandes diferencias entre los dos sexos. Mientras que uno de cada dos hombres sexualmente activos declara haberlo usado en la primera relación sexual, sólo una de cada cinco mujeres reportó su uso. Acerca de quién decide el uso del condón en la primera relación sexual, investigado en Brasil en el año 2003 donde se consideró a adolescentes de entre 12 y 19 años de edad de ambos sexos, es claro que tanto hombres como mujeres están de acuerdo en que, en general, ella no toma la iniciativa, aunque las mujeres consideran tener más participación al respecto, también están de acuerdo en que en un alto porcentaje lo decide el hombre (57.2% de los hombres y 41.4% de las mujeres). Sin embargo, existen diferencias sobre si los/las adolescentes consideran que la decisión fue conjunta o lo decidió él. Las mujeres tienden a afirmar que la decisión es más compartida (49.1%), en tanto que los hombres sólo creen que fue compartida en 36.9%. (GAYET, C., et al., 2003. b)

2.6 ADOLESCENTES Y SUS PARES

Desde una perspectiva más amplia, se puede decir que los y las adolescentes se están desarrollando en condiciones marcadas por cambios físicos, estructurales o funcionales y también por la sociedad. Los y las adolescentes son especialmente sensibles a percibir los mensajes de sus iguales por medio de códigos que sólo ellos/as entienden. Los compañeros/as durante la adolescencia son más importantes que durante la infancia, el o la adolescente se aferra a ellos en forma más intensa, frecuente y significativa. En el grupo, el /la adolescente intenta probarse a sí mismo/a, en el aprende a enfrentarse a otros/as, comparar y medir sus

capacidades. El grupo representa la oportunidad de perfeccionar los sistemas de relación que más tarde adoptará en la vida.

Intrínsecamente en este crecimiento está el cambio del modelo primario (padres) al del grupo secundario (compañeros/as) que significa cambios psicológicos importantes, es evidente que el concepto de sí mismo/a se relaciona muy estrechamente con el de los/as otros/as adolescentes, de esta manera, se establece la comparación y se descubre el modelo de referencia en el que se incluyen impulsos, emociones, ideas, ambiciones y expectativas, con lo cual las relaciones con adultos y niños/as se vuelven proporcionalmente menos importantes, es aquí donde aparecen las discrepancias entre los valores familiares y los valores acordes con otros/as adolescentes (MARTÍNEZ, J. citado por DULANTO, E. 2000).

2.7 VIH/SIDA EN CHILE

En Chile el primer caso notificado de SIDA fue en el año 1984, hasta el año 2005 se han notificado 15.894 casos de VIH o SIDA. El 53% (8.421) de ellos están notificados como VIH y los restantes 7.292 como SIDA; 140 personas no tienen información sobre la etapa diagnóstica; por lo tanto, cuando en el análisis se desagrega por esta variable, se trabaja sobre un total de 15.713 personas. La vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA por notificación obligatoria de los casos de SIDA permite caracterizar la epidemia en nuestro país y se muestran los siguientes datos. (DIPLAS-MINSAL, 2006)

2.7.1 Distribución del VIH/SIDA en Chile y en la Décima Región

Según el documento Situación del VIH-SIDA en el mundo y Chile del año 2005 elaborado por la CONASIDA; la distribución en la Décima región presenta una incidencia baja en relación al total del país y de otras regiones, presentándose con una tasa de 13,3 por 100.000 habitantes. La mayor incidencia la presenta la región Metropolitana con un 70,5 (el promedio país alcanza un 43,7 por 100.000 habitantes) y la menor incidencia la muestra la Sexta Región con una tasa de 10,2.

Acerca de la *Distribución por sexo*, en el análisis de los casos de SIDA acumulados desde el inicio de la epidemia la mayor proporción está centrada en los hombres, que constituyen el 89.1% de los casos SIDA, el 10.9% son mujeres. Sin embargo, existe un crecimiento relativo mayor de casos de SIDA en mujeres en relación a los hombres, incluyendo todos los mecanismos de transmisión.

En relación a *Distribución por edad* al diagnóstico de SIDA, los principales grupos de edad afectados tienen entre 20 y 49 años y concentran el 85% de los casos. Es relevante destacar que los menores de 20 años representan el 2,3%, no existiendo diferencias significativas entre ambos sexos, y mostrando una tendencia al aumento sostenido en el tiempo.

La caracterización de la epidemia de SIDA, permite determinar como ha afectado y se ha diseminado el virus en las distintas poblaciones entregando elementos básicos para la

planificación y focalización de programas preventivos y de atención y para medir el impacto de las intervenciones.

De acuerdo a los análisis realizados hasta Octubre de 2006 por CONASIDA, la caracterización de la epidemia por VIH/SIDA en Chile, ha presentado una feminización, es decir, la brecha entre ambos sexos se acorta indicando un incremento mayor en los casos de SIDA en mujeres, así como un mayor crecimiento a través del tiempo de casos transmitidos por relaciones sexuales entre hombres y mujeres (*Heterosexualización*).

Con la información presentada a partir de las investigaciones, publicaciones y textos revisados, se puede concluir que los/las adolescentes constituyen un grupo de riesgo de contraer el VIH/ SIDA, considerando que aún cuando existen estudios acerca del tema, no queda clara la percepción de riesgo y cómo construyen dicha percepción los/las adolescentes sobre todo a nivel nacional y local.

3. MATERIAL Y MÉTODO

3.1 DISEÑO METODOLÓGICO

Mediante un estudio exploratorio transversal, de tipo estudio de casos instrumental, se abordó el tema de la percepción que poseen sobre VIH/SIDA, los/las adolescentes que cursan tercer año medio, en dos establecimientos educacionales de la Ciudad de Valdivia durante el año 2006.

A partir de los objetivos de esta investigación, se hizo necesario su abordaje desde el paradigma cualitativo, con el propósito de ahondar y comprender las opiniones y creencias que poseen los/las adolescentes acerca del tema, y así, generar un acercamiento y ver el tema desde su perspectiva. La elección de la metodología cualitativa se debe a que ésta permite la comprensión del caso en estudio, en forma natural, sin mayores intervenciones del/la investigador/a, con la propia visión que los y las informantes tienen de ello, expresándola en sus propias palabras, sin necesidad de usar conceptos complicados o estandarizados, no busca hacer una cuantificación numérica del fenómeno, sino describirlo tal cual se expresa en la vida real (TAYLOR, S; BOGDAN, R. 1987).

El estudio es exploratorio, debido a que en la Provincia de Valdivia no se han realizado estudios en hombres y mujeres adolescentes abordando el tema del VIH/SIDA como tema central. Estos estudios según HERNÁNDEZ (2003), se efectúan normalmente, cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen dudas o no se ha abordado antes. Con el se desea expresar, mediante palabras, imágenes mentales de un acontecimiento o fenómeno, una sensación o sentimiento, desde la perspectiva de quien la experimenta (STRAUSS y CORBIN, 2002).

De tipo transversal, pues la recolección de datos se efectuó en un tiempo único entre los meses de Marzo a Agosto del año 2006, teniendo como propósito conocer la percepción de riesgo que poseen los y las adolescentes sobre el tema del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), así como también conocer el tipo de información que manejan y sus fuentes principales.

Se utilizó la modalidad de estudio de casos ya que como menciona STAKE (1999) es llegar a la comprensión de la particularidad del caso, en el intento de conocer cómo funcionan todas las partes que lo componen y las relaciones entre ellas para formar un todo, e instrumental porque la muestra será un instrumento para comprender la percepción de los y las adolescentes de la ciudad de Valdivia en torno al tema del VIH y SIDA.

3.2 DISEÑO DE LA MUESTRA

El universo total de la población está dado por los y las alumnos/as de tercero medio de los dos establecimientos educacionales seleccionados para el estudio, un Liceo técnico-profesional de subvención municipal y un Colegio científico-humanista particular, con edades que fluctúan entre los 15 y 18 años.

Se decide tomar este rango de edades por ser un grupo representativo de la adolescencia y por ser una población relativamente accesible al encontrarse dentro de sus establecimientos educacionales.

Estos establecimientos fueron invitados de manera formal, a través de una solicitud por parte de la investigadora, donde se planteaban los objetivos del estudio y la posibilidad de exponer los resultados de la tesis en los respectivos establecimientos. Es así como estos establecimientos fueron seleccionados según su interés en participar, contando con el total apoyo por parte de las autoridades de éstos.

De este universo total se escogió una muestra mediante un proceso de selección no probabilística de tipo voluntaria, es decir, no se conoce la probabilidad de selección de los componentes (TAYLOR Y BOGDAN, 1987). Este tipo de muestra no probabilística es también llamada muestra dirigida, lo que supone un procedimiento de selección informal (HERNÁNDEZ *et al.*, 2003).

A esta primera muestra se le aplicó el cuestionario de evaluación de riesgo, al cual se le otorgó una puntuación que permitió establecer un score de riesgo, para su mejor comprensión y funcionalidad. (ANEXO 1).

Esta muestra tuvo los siguientes criterios de inclusión:

- Mujeres y Hombres entre 15 y 18 años de edad
- Cursando tercer año medio
- Residentes en Valdivia
- Interesados en participar.

En una segunda etapa, se consideró una muestra intencionada que tuvo como criterios de inclusión principalmente el interés de participar y casos tipos, determinados por el puntaje obtenido en el cuestionario, donde se incluyó los que reflejaran un menor grado de información y/o mayores conductas de riesgo. A esta muestra intencionada se le aplicó una entrevista semiestructurada. (ANEXO 2)

3.3 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Las técnicas de recolección de información utilizadas fueron el cuestionario, definido como una técnica de recogida de información que supone un interrogatorio en el que las preguntas están establecidas de antemano. Esta modalidad de procedimiento permite abordar los problemas desde una óptica exploratoria, no en profundidad (RODRIGUEZ, G., *et al.*, 1999). y la entrevista semiestructurada, entendiéndose por ésta la existencia de un guión orientador que permite recoger los temas a desarrollar en la entrevista, sin reflejar las preguntas concretas, esto permite direccionar la información que se quiere obtener sin encuadrar o hacer rígida la respuesta de los/as informantes (AGUIRRE, A., 1995).

La aplicación del cuestionario pretendió obtener un primer acercamiento con los y las adolescentes, así como también una referencia de los sujetos seleccionados en la muestra intencionada, clasificándolos(as) según la puntuación otorgada al cuestionario. Esta técnica de recolección permitió a su vez realizar una interpretación de los datos para obtener de ellos un perfil de los y las adolescentes que integraron la investigación y así conocer algunas características en torno a las vivencias o prácticas en el ámbito sexual del grupo estudiado que serán detalladas más adelante.

Una vez efectuado el análisis de la información y elección de dicha muestra, se aplicó entrevistas semiestructuradas. Esto permitió a la investigadora ahondar en temas de mayor complejidad como son la percepción de riesgo, los intereses personales acerca del tema, los conocimientos acerca del VIH/SIDA y cuáles son las vías de información por las que obtienen dichos conocimientos. Estas entrevistas fueron efectuadas dentro del recinto educacional posterior a su horario de clases, contando con la cooperación de las autoridades de los dos establecimientos.

Para captar la información de las entrevistas, fidedigna y consistentemente, se utilizaron instrumentos de registro tales como grabadora de cassette y notas de campo, en las cuales se sistematizaron los temas examinados en cada entrevista junto con los comentarios que surgieron en la misma. La utilización de estos instrumentos ayudó a la comprensión e interpretación de los datos.

3.4 DIMENSIONES Y CATEGORÍAS DE ANÁLISIS

El objetivo principal de la investigación es determinar la percepción de riesgo de contagio VIH/SIDA que poseen los y las adolescentes. Para esto, es necesario conocer los factores que están influyendo en esta percepción, considerando la información que poseen respecto al tema y cuáles son sus fuentes de información.

Las dos primeras categorías que a continuación se mencionan fueron planteadas previamente, emergiendo durante la investigación una tercera categoría –comunicación–, que fue incluida debido a la importancia otorgada por los y las adolescentes a la relación familiar y a la necesidad de conocer más sobre el rol educativo que cumple.

1ª Categoría	Conocimientos sobre VIH/SIDA
Subcategoría	Información sobre VIH/SIDA Fuente de información Información que entrega el colegio Evaluación de la información Visión de la información recibida
2ª categoría	Riesgo
Subcategoría	Concepto de riesgo Factores de riesgo Medidas de prevención Percepción de riesgo real
3ª categoría	Comunicación
Subcategoría	Comunicación familiar Comunicación entre pares

3.5 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

La información fue recolectada en una primera instancia a través de un cuestionario de evaluación de riesgo, que constó de preguntas abiertas y cerradas, en las cuales los y las adolescentes tuvieron un primer acercamiento con el tema de investigación. Con los resultados aportados por este instrumento, se estableció una base de datos, la cual fue analizada mediante el programa computacional Epi Info. Se utilizó el estadígrafo de distribución de frecuencias, en el que se distribuyeron frecuencias absolutas, que es el número de veces que aparece en el estudio un valor, éste análisis aportó características en torno a las vivencias o prácticas en el ámbito sexual de los y las jóvenes. Este cuestionario fue aplicado a 29 mujeres y 25 hombres dando un total de 54 adolescentes de los dos establecimientos seleccionados.

A fin de mantener la confidencialidad de los y las participantes, se conversó previamente con ellos/as dejando estipulado que la permanencia en el estudio dependía de su decisión. Junto con esto se les entregó la carta de consentimiento, la cual fue firmada por los y las adolescentes.

Una vez aplicado el cuestionario, y analizada la información para obtener la muestra intencionada, se efectuaron las entrevistas semiestructuradas. A continuación se realizó la transcripción de las grabaciones para la posterior codificación, la cual comprende las operaciones a través de las cuales los datos son fragmentados, conceptualizados y vueltos a articular analíticamente de un modo nuevo (KRAUSE, 2000 citado por ARACENA y CORNEJO, 2005).

Los datos recogidos durante la investigación fueron procesados mediante el método de análisis de contenidos, el cual nos ofrece la posibilidad de investigar sobre la naturaleza del discurso, como señala BERELSON (1952) citado por PÉREZ SERRANO (2000) es una técnica de

investigación para la descripción objetiva, sistemática y cualitativa del contenido manifiesto de las comunicaciones con el fin de interpretarlas.

Este análisis de contenidos se basa en la teoría fundamentada (Grounded Theory) impulsada por GLASER y STRAUSS (1967) citado por STRAUSS y CORBIN (2002), que se refiere a una teoría derivada de datos recopilados de manera sistemática y analizados por medio de un proceso de investigación. En este método, la recolección de datos, el análisis y la teoría que surgirá de ello guardan estrecha relación entre sí.

Se utilizaron tres tipos de codificación, de manera sucesiva, comenzando el proceso de análisis con la codificación abierta que es el proceso analítico por medio del cual se identifican los conceptos y se descubren en los datos sus propiedades y dimensiones, durante la codificación abierta, los datos se descomponen en partes discretas, se examinan minuciosamente y se comparan en busca de similitudes y diferencias. Los acontecimientos, sucesos, objetos y acciones o interacciones que se consideran conceptualmente similares en su naturaleza o relacionados en el significado se agrupan bajo conceptos más abstractos, denominados categorías. (STRAUSS y CORBIN, 2002)

Se continuó el análisis con la codificación axial, que es el proceso de relacionar las categorías a sus subcategorías, denominado *axial* porque la codificación ocurre alrededor del eje de una categoría, y enlaza las categorías en cuanto a sus propiedades y dimensiones. El propósito de la codificación axial es reagrupar los datos que se fracturaron durante la codificación abierta, para formar explicaciones más precisas y completas sobre los fenómenos. Para finalizar este proceso de análisis, se realizó la codificación selectiva que se define como el proceso de integrar y refinar la teoría. (STRAUSS y CORBIN, 2002).

3.6 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

La validación se lleva a cabo mediante la triangulación de los datos recopilados por los diferentes instrumentos de recolección de información, comparando y contrastando la información con las categorías, hallazgos de la investigación y marco teórico (PÉREZ SERRANO, 2001).

La triangulación de la información en el estudio, se realizó con la combinación de las técnicas de recolección de información, es decir, a través de cuestionarios y entrevistas semiestructuradas, en el estudio del mismo fenómeno, con el fin de tener una visión de la información desde ángulos y puntos diferentes, y de compensar mutuamente sus posibles deficiencias. Es por esto que la triangulación implica reunir una variedad de datos y métodos para referirlos al mismo tema o problema, persigue concretar la validez y se corresponde con las operaciones combinadas y estrategias mixtas, es el control cruzado de distintas fuentes de datos. (PÉREZ G., 2000)

Para dar confiabilidad a la investigación, ésta se debe regir por un código ético, que consiste principalmente en el compromiso de no distorsionar la realidad y guardar discreción de los y

las participantes de la investigación, resguardando su identidad. Es por esto que sus nombres se han cambiado por un código, de manera de cumplir con el compromiso ético, ejemplo M 1, a su vez, los y las informantes firmaron una carta de consentimiento, la cual explicaba las características del estudio, sus proyecciones, confidencialidad y su participación voluntaria, así como su decisión de permanencia en la investigación. (ANEXO 3).

4. RESULTADOS Y DISCUSION

En el presente capítulo se dan a conocer los resultados obtenidos a través del proceso de recolección de información, los que se organizan en categorías y respectivas subcategorías a partir del relato de los y las adolescentes entrevistados/as.

A modo de resguardar la identidad de los y las entrevistados/as se utilizarán letras mayúsculas seguidas de un número para identificarlos/as, M para las mujeres entrevistadas y H para los hombres. Las descripciones de las y los adolescentes participantes en este estudio es la siguiente.

Hombres

H 1:	16 años	Estudiante de Establecimiento particular (E 2)
H 2:	17 años	Estudiante de Establecimiento particular (E 2)
H 3:	17 años	Estudiante de Establecimiento particular (E 2)
H 4:	16 años	Estudiante de Establecimiento municipal (E 1)
H 5:	17 años	Estudiante de Establecimiento municipal (E 1)
H 6:	17 años	Estudiante de Establecimiento particular (E 2)

Mujeres

M 1:	16 años	Estudiante de Establecimiento municipal (E 1)
M 2:	16 años	Estudiante de Establecimiento municipal (E 1)
M 3:	15 años	Estudiante de Establecimiento municipal (E 1)
M 4:	16 años	Estudiante de Establecimiento municipal (E 1)
M 5:	17 años	Estudiante de Establecimiento municipal (E 1)
M 6:	16 años	Estudiante de Establecimiento particular (E 2)
M 7:	16 años	Estudiante de Establecimiento municipal (E 1)
M 8:	16 años	Estudiante de Establecimiento particular (E 2)

4.1 CARACTERIZACIÓN DE LOS Y LAS ADOLESCENTES PARTICIPANTES

A partir de los datos aportados por el cuestionario de evaluación de riesgo, se encontraron las siguientes características en torno a las vivencias o prácticas en el ámbito sexual de los y las jóvenes participantes de la investigación.

Dentro de la muestra estudiada, las edades que se encontraron se desglosan de la siguiente manera; de los 54 adolescentes, 8 tienen 15 años de edad, 30 tienen 16 años, 13 tienen 17 años y 3 tienen 18 años. De éstos/as jóvenes, 30 corresponden al establecimiento E 1 y 24 al establecimiento E 2.

En cuanto al inicio de relaciones coitales, según el establecimiento al que asisten, de los y las adolescentes del establecimiento E 1 un 26.7% han tenido relaciones sexuales, en el E 2 un 25%.

Relación coital según sexo; Los y las adolescentes que se han iniciado sexualmente son; un 31% de las mujeres, correspondiente a 9 de las jóvenes participantes en el estudio y un 20% de los hombres, lo que corresponde a 5 hombres. Con respecto a las mujeres, el motivo de su inicio sexual está dado por el amor, mientras que para los hombres, si bien la mayoría (un 60%, correspondiente a 3) refiere al amor como motivo, un 40%, correspondiente a 2 participantes, refieren la curiosidad y otros motivos no señalados.

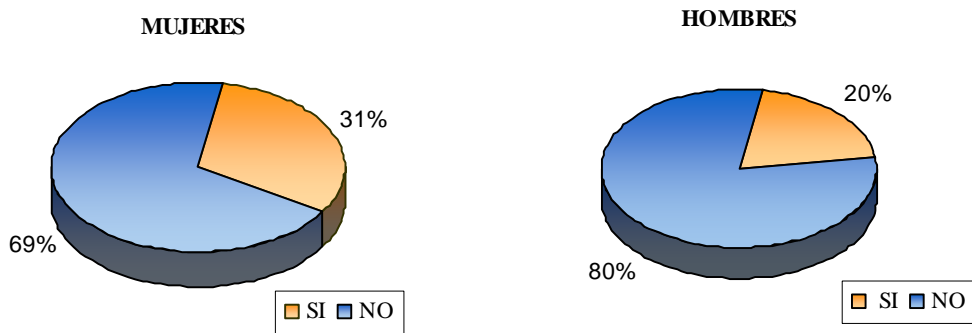


Gráfico N° 1. Relaciones coitales según sexo.

Juegos eróticos sin llegar a la penetración según sexo; De las mujeres, un 44.8% han practicado juegos eróticos sin llegar a la penetración y un 28% de los hombres. Que corresponden a 13 mujeres y 7 hombres respectivamente.

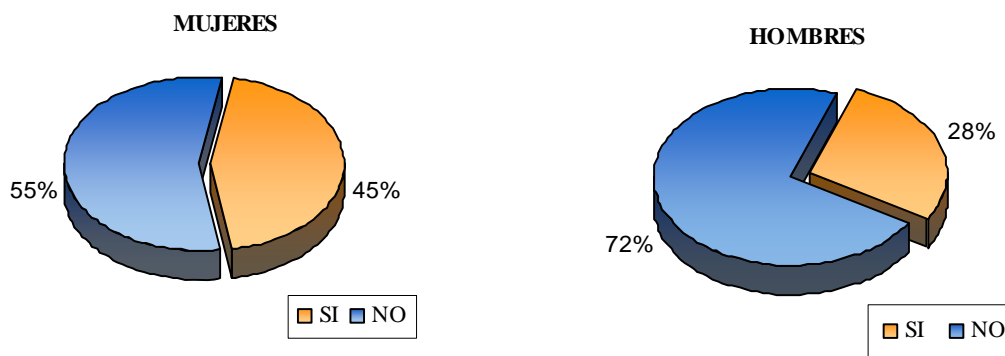


Gráfico N° 2. Juegos eróticos sin llegar a la penetración según sexo.

Relación amorosa el último año según sexo; De las mujeres un 72.4% se encuentran con relación amorosa estable, lo que corresponde a 21 de ellas. De los hombres, un 48% está con relación amorosa, lo que corresponde a 12 del total de los hombres.

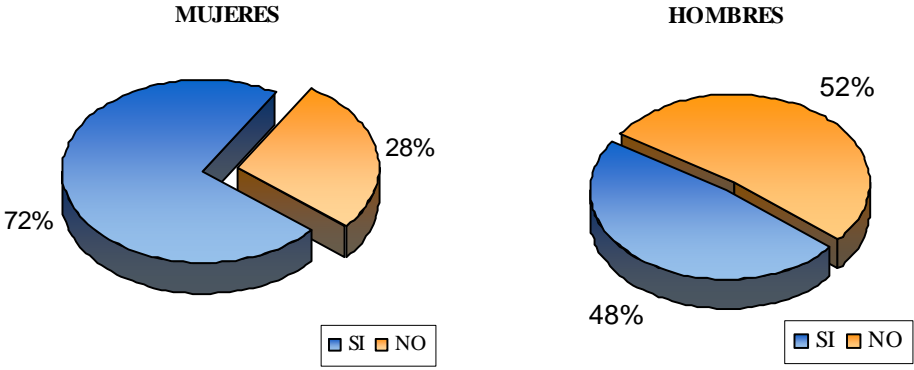


Grafico N° 3. Relación amorosa el último año según sexo.

Fuentes de información según sexo; la principal fuente de información que las adolescentes consideran es el colegio, le continúan los profesionales del área de la salud y la familia. En los hombres la principal fuente de información es el colegio, seguida de la familia y la televisión.

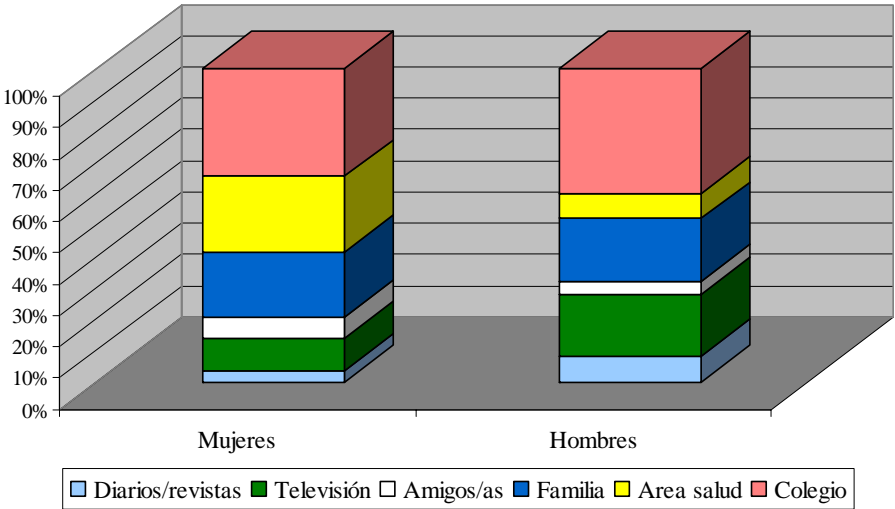


Grafico N° 4. Fuentes de información según sexo.

Fuentes de información según sexo y establecimiento; para las mujeres del establecimiento E 1, la principal fuente de información está dada por los profesionales del área de la salud, seguido por el colegio. A su vez, para las jóvenes del establecimiento E 2, están dadas

principalmente por amigos/as y familia. En el caso de los hombres, que asisten al establecimiento E 1 las fuentes son diarios o revistas y la televisión, mientras que para los del establecimiento E 2 son la televisión y el colegio.

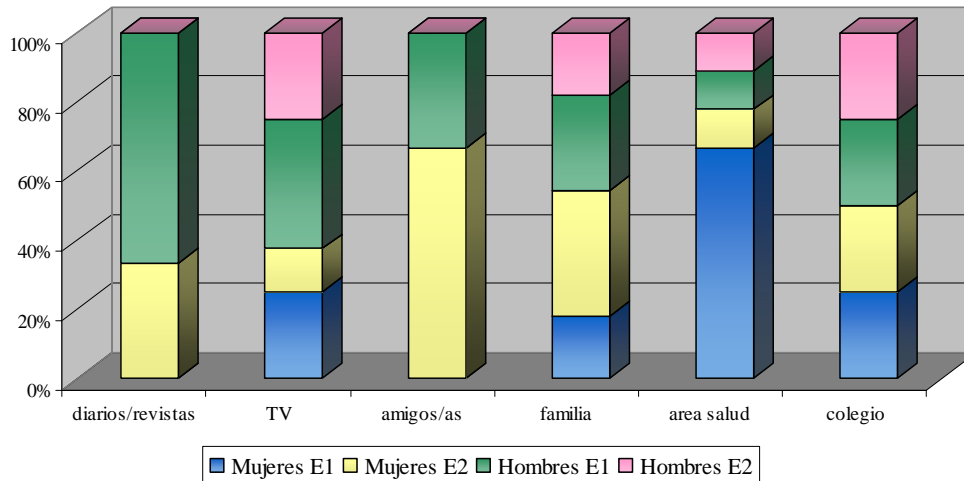


Gráfico N° 5: Fuentes de información según sexo y establecimiento

A continuación se presenta un resumen total (ver tabla 1) de las frecuencias, separadas por sexo e institución a la que asisten los y las adolescentes participantes de la investigación.

Tabla 1. Perfil de las prácticas sexuales experimentadas o descritas por los y las adolescentes y fuentes de información.

VARIABLES	PARTICULAR		MUNICIPAL	
	Mujer	Hombres	Mujer	Hombres
Han iniciado su actividad sexual	28.6% (4)	20% (2)	33.3% (5)	20% (3)
Han practicado juegos eróticos	50% (7)	30% (3)	40% (6)	26.7% (4)
Con relación amorosa el último año	64.3% (9)	30% (3)	80% (12)	60% (9)
Motivo del inicio sexual:				
Curiosidad	0%	0%	0%	6.7% (1)
Amor	35.7% (5)	10% (1)	33.3% (5)	13.3% (2)
Otro	0%	10% (1)	0%	0%
Sin relaciones sexuales	64.3% (9)	80% (8)	66.7% (10)	80% (12)
Fuentes de información:				
Diarios/revistas	7.1% (1)	0%	0%	13.3% (2)
Televisión	7.1% (1)	20% (2)	13.3% (2)	20% (3)
Amig@s	14.3% (2)	0%	0%	6.7% (1)
Familia	28.6% (4)	20% (2)	13.3% (2)	20% (3)
Área salud	7.1% (1)	10% (1)	40% (6)	6.7% (1)
Colegio	35.7% (5)	50% (5)	33.3% (5)	33.3% (5)

4.1.1 Interpretación de datos

La interpretación de los datos obtenidos mediante el cuestionario de evaluación de riesgo, muestra algunas de las características de éstos/as jóvenes en relación a las prácticas sexuales y fuentes de información.

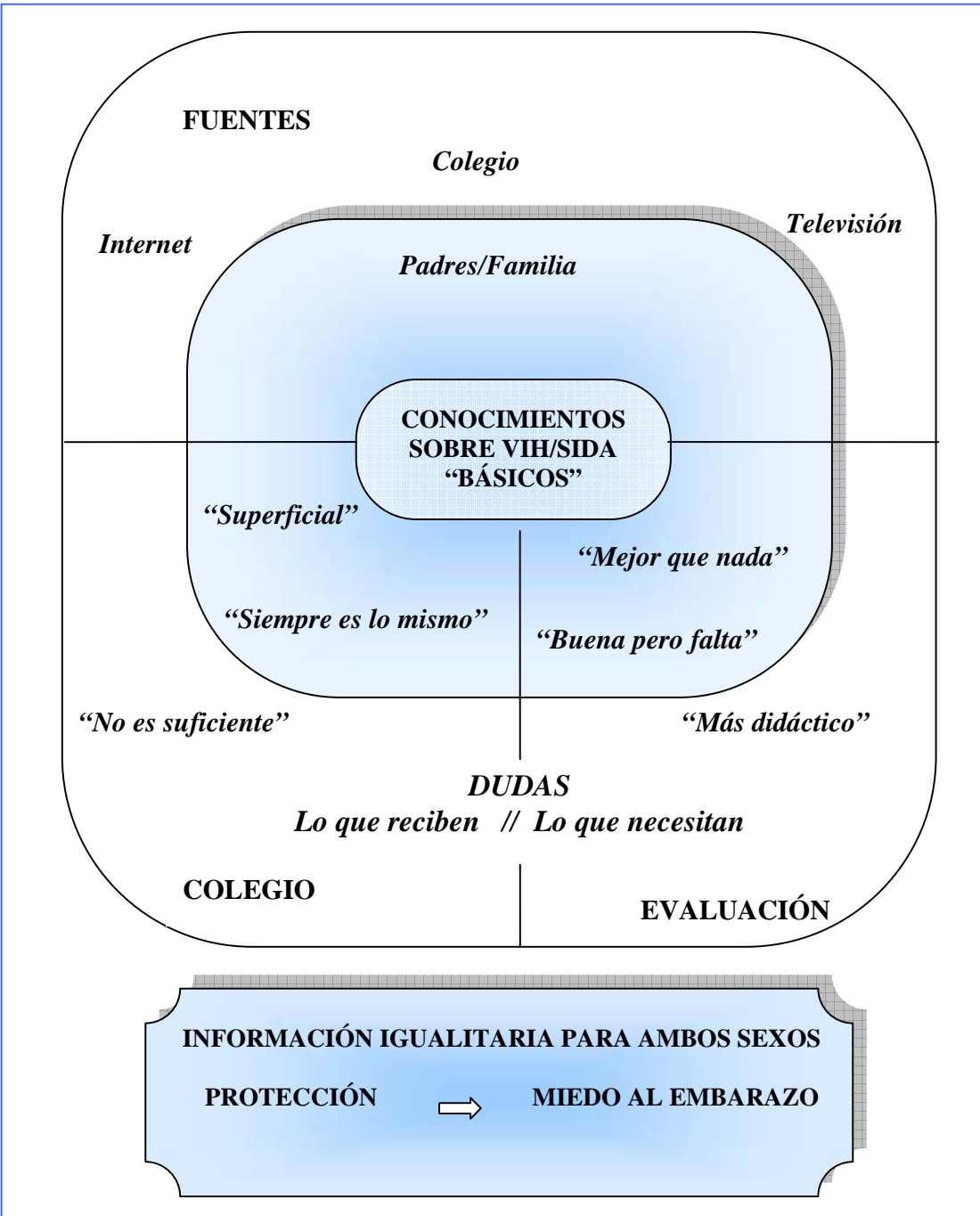
Es así como los datos en el grupo estudiado, expresan que el inicio de la actividad sexual en las mujeres es más precoz que en el caso de los hombres, así como también en el caso de juegos eróticos sin llegar a la penetración. Respecto a esto, estudios realizados en Santiago de Chile, por MURRAY, N., *et al.* (1998), señalan que existe un descenso de la brecha tradicional entre la sexualidad del hombre y la mujer en América Latina, lo cual resulta en la “sentimentalización de la sexualidad masculina” y la “erotización de la sexualidad femenina”.

A su vez, la motivación para éste inicio actividad sexual en el caso de las mujeres es el amor, así como también para los hombres en su mayoría.

Dentro de la fuentes de información que poseen los y las adolescentes en relación al tema del VIH/SIDA se presentan diferencias según género, es así como para las mujeres son el colegio, personas del área de la salud y la familia; en cambio para los hombres, son el colegio como primera opción, seguido por la familia y finalmente la televisión. Estas fuentes cambian al momento de separar a los/as jóvenes en quienes han tenido relaciones coitales y quienes no, obteniendo en el caso de las mujeres la familia y para los hombres, el colegio.

4.2 CATEGORIA: CONOCIMIENTOS SOBRE VIH/SIDA

Cuadro 1: Codificación Axial Conocimientos sobre VIH/SIDA



En relación a la información sobre VIH/SIDA que manejan los y las adolescentes, se presentan los resultados, de acuerdo a las siguientes subcategorías: información sobre VIH/SIDA, fuentes, información que entrega el colegio, evaluación de la información y la diferencia de información entre hombres y mujeres adolescentes.

4.2.1 Información sobre VIH/SIDA

En general, algunos estudios de distintos contextos urbanos (México, Estados Unidos, Zaire e India) describen que los y las adolescentes poseen un conocimiento superficial de las causas, formas de transmisión y estrategias preventivas; pero que, al mismo tiempo, es común encontrar entre ellos conceptos errados, mitos y confusiones que podrían orientarlos hacia comportamientos de riesgo para adquirir el VIH (CABALLERO, R., *et al.*, 1997.b).

Uno de los tópicos de mayor relevancia dentro de la investigación con adolescentes es determinar el grado de información que manejan en torno al tema del VIH y SIDA, esto, con el fin de tener una visión real y cercana a sus necesidades e inquietudes, y una base para aproximarse a la determinación de su percepción de riesgo.

Los conocimientos que los y las adolescentes expresan sobre el tema, durante la investigación, son básicos, orientados principalmente hacia características del SIDA tales como, que se trata de una enfermedad mortal y crónica, de la cual no existe cura y a su vez, reconociendo las formas de transmisión y la acción del virus en el organismo del/la portador/a. No se encontraron diferencias entre los y las entrevistados/as, es decir, los conocimientos sobre VIH/SIDA son más bien igualitarios para ambos sexos.

“Es una enfermedad de transmisión sexual, transmisión sanguínea, que no es la enfermedad que te mata, sino que te afecta el sistema inmunológico por lo tanto cualquier otra enfermedad que te pasa, te hace que caigas y que te mueras”. (M 1/ E 1)

“Que es una enfermedad que puede causar la muerte, que se transmite por las relaciones sexuales, por transfusiones de sangre o por pinchazos con agujas que estén con sangre”. (M 4/ E 1)

“A ver...bueno es un virus que ataca el sistema inmune de las personas, dejándolas sin defensas, por lo que se debilitan con cualquier enfermedad, que... no tiene cura y si tratamiento con el cual las personas pueden tener una vida casi normal, casi porque siempre están en peligro de contagiar a otras personas, a sus parejas”. (H 3/ E 2)

Si bien los y las adolescentes declaran tener dudas, al momento de preguntarles por el curso del virus en el organismo, diferencian en su mayoría el ser portador/a del virus y enfermo/a de SIDA. Así como también reconocen el período de latencia del virus, sin embargo no existe claridad sobre la duración del período de ventana.

“Yo he escuchado que pueden pasar meses y uno no sabe que tiene la enfermedad, eso he escuchado e igual para saber, para detectar esa enfermedad se hace el test de Elisa”. (M 3/ E 1)

“Primero uno es portador en el sentido de que uno contrae el virus pero durante un tiempo no presenta síntomas, y ahí va contagiando a las personas sin saber que tiene la enfermedad po y después de un cierto tiempo, nosé cuanto será el periodo, unos años me imagino, ahí comienzan los síntomas a desgastarse el organismo”. (M 7/ E 1)

“Uno adquiere el virus y pasa mucho tiempo, años en que se mantiene latente, o sea que la persona puede estar bien y no saber que vive con el virus, y luego de años...que no tengo claro cuantos son, pueden aparecer los síntomas. Bueno que cuando se manifiesta el virus pasa a llamarse SIDA”. (H 2/ E 2)

Una minoría de los y las entrevistados/as dicen no conocer nada al respecto, llegando a tomar ambos conceptos como un todo, y declarar al VIH como enfermedad.

“No de eso no he escuchado mucho, Lo único que sé es que es una enfermedad que mata las defensas”. (M 6/ E 2)

“Igual como que no me queda muy claro, o nunca me ha quedado muy claro que los portadores y los que tienen la enfermedad, eso es que, eso es lo que yo no entiendo del VIH, eso del VIH positivo...y eso como que no me queda muy claro”. (M 1/ E 1)

4.2.2 Fuentes de Información

Si bien en la adolescencia se es capaz de tomar decisiones responsables respecto a la conducta sexual, esto sólo pueden hacerlo si la sociedad, en su conjunto, les colabora. En cierta medida ésto puede lograrse ofreciendo asesoramiento, comprensión y apoyo para ayudarlos/as a transitar las complejas etapas del desarrollo adolescente, además de comunicación positiva y abierta sobre salud sexual, y educación sexual responsable y médicamente correcta. Ayudándolos/as a tomar decisiones responsables sobre su salud y desarrollo sexual, de cierta manera cumpliendo con las responsabilidades básicas que se debe tener con ellos/as (KENDLER 2001).

Sobre las fuentes de información, cabe destacar que éstas difieren según el establecimiento educacional, es así como para el grupo de adolescentes del establecimiento municipal la principal fuente es el colegio, a través de charlas y trabajos de investigación, para los/las adolescentes del colegio particular destacan a sus padres y/o familia. Ésta diferencia se ve reflejada más aun en establecimientos de distinto estrato socioeconómico.

“De mi familia, principalmente, nosé, otra el colegio a través de los trabajos que hace hacer pero mínimo, la mayoría lo he hablado con mi mamá y con mi papá”. (H 1/ E 2)

“Bueno yo siempre me informo, es que yo leo, me gusta leer harto de las enfermedades de transmisión sexual y todas esas cosas, además acá en el colegio de primero medio que nos están enseñando, haciendo trabajos del SIDA, cosas así. Pero principalmente saco la información de Internet”. (M 7/ E 1)

“Por charlas en mi colegio, por las noticias y en Internet”. (H 5/ E 1)

“Del colegio y Personal, también he buscado, yo de repente empiezo a leer y de repente sale eso y a mi me llama la atención, y también entre amigas, o sea, por ejemplo a veces hay cosas que salen en la tele, radio”. (M 2/ E 1)

En cuanto a este tema PAPALIA, D., *et al* (2001) señala que los/las jóvenes que pueden contar con sus padres u otros adultos para resolver preguntas acerca del sexo y quienes reciben educación sexual en la escuela o en programas comunitarios, tienen una mejor oportunidad de evitar el embarazo y otros riesgos relacionados con la actividad sexual. Sin embargo, los estudios de evaluación sobre campañas de comunicación social, realizadas por CONASIDA, señalan las dificultades que tienen los y las jóvenes, para contar con modelos de conducta y los temores de los adultos para enfrentar la conversación con ellos/as. Esto último, bajo el supuesto que conversar provocaría mayor actividad sexual entre los y las jóvenes. A 20 años de experiencia mundial en la materia, está científicamente comprobado que dicho supuesto es insostenible (MOLINA, R., *et al.*, 2003).

4.2.3 Información que entrega el colegio

El tema de la educación sexual en nuestro País no ha estado exento de dificultades, en 1970 aparece en Chile la primera publicación oficial de gobierno sobre educación sexual. Se publica en la Revista de Educación una propuesta curricular elaborada por una comisión del Ministerio de Educación. En 1973, con el golpe militar se produce la intervención de una serie de documentos educacionales, entre los cuales estuvo esta propuesta. Desde 1973 a 1989 se produce un vacío institucional en esta materia, que es ocupado por variadas experiencias, principalmente a cargo de Universidades y Organizaciones No Gubernamentales. La institucionalización de la Educación Sexual nuevamente se reinicia en 1992 con la publicación oficial del Ministerio de Educación del documento “Hacia un política de educación sexual para el mejoramiento de la calidad de la educación”. Este documento fue el resultado del trabajo de una comisión de expertos y educadores convocada por el Ministerio de Educación en 1991 (MOLINA, R., *et al.*, 2003).

Durante esta investigación, el colegio, como difusor de información para los y las adolescentes es considerado un apoyo importante a la hora de conocer temas como son las ITS/SIDA, según lo que ellos y ellas expresan al momento de preguntarles **¿Qué información te ha entregado el colegio?** surge también su visión sobre la calidad y cantidad de información que se les está entregando, es así como consideran que la información es superficial, poca, pero buena y en algunos casos que es mejor que no tener ningún tipo de información.

“Yo pienso...nosé como hacemos hartos trabajos sobre el tema, como que igual nos entrega información que yo encuentro nosé po igual importante, pero el colegio da una información como mas restringida”. (M 1/ E 1)

“El liceo está bien... como se hacen trabajos, las charlas, nosé po, pienso que igual se aprende mas así. Pero así y todo falta yo cacho, porque es como lo del embarazo po, a uno le dicen mil veces como cuidarse, pero igual hay chicas que quedan embarazadas...”. (M 3/ E 1)

“En mi colegio se hacen charlas sobre el VIH, por lo menos el año pasado tuvimos varias, entre esas de las enfermedades de transmisión sexual y se le dio mucho énfasis al SIDA eso fue súper bueno, porque yo creo que uno tiene varias dudas sobre esa enfermedad vimos todo, como prevenirlo, nos enseñaron a ponernos el condón y todo eso, bien completa”. (H 5/ E1)

Es importante destacar en este aspecto, que surge un gran contraste entre los establecimientos, quedando claramente marcada una diferencia en el contenido y cantidad de información que el colegio les otorga. Nuevamente surge un contraste sociocultural, ya que mientras en el establecimiento municipal, los y las entrevistados/as expresan poseer la información por parte del colegio, por otro lado, los y las adolescentes del establecimiento educacional particular, consideran que el aporte de información por parte de éste es poco o nulo, integrando como parte de su educación otros temas, principalmente la “drogadicción”, esto debido a las inquietudes propias de cada establecimiento en función de sus demandas y del tipo de problemática que aqueja a sus alumnos/as.

“De acá del colegio, muy poco, hemos hecho algunos trabajos, pero nadie los pesca, y acá no le dan mucho énfasis a esos temas, es más que nada la drogadicción, y del tema sexualidad es re poco”. (H 2/ E 2)

“Así información, ahora no, este año no nos han dado nada, no recuerdo que nos hayan dado información, generalmente este tema acá no se toca, es un tema vetado por decirlo, siempre se toca el tema de la drogadicción”. (H 1/ E 2)

“Bueno, no mucha lo que pasa es que acá en el colegio alguna vez...nosé habrá sido como hace dos o tres años nos hablaron de las enfermedades de transmisión sexual, pero superficialmente, como se contagia y como prevenirla, no dicen lo que pasa después. Fue en un trabajo que tuvimos que hacer, y después lo teníamos que presentar al curso”. (M 8/ E2)

“Acá en el colegio no se habla de esas cosas, no es mucho lo que se habla de sexualidad en realidad”. (H 3/ E 2)

Es importante reconocer este contraste, debido a una inquietud que surge de los y las adolescentes, la cual no siempre es apoyada por el establecimiento al cual asisten, dejando la información incompleta. Sin embargo esta brecha queda en parte asumida por la familia, ya que los y las adolescentes ven en ella una fuente confiable y segura de información.

4.2.4 Evaluación de la información recibida

La información que el/la adolescente posee es con lo que deberá enfrentar este período de profundas transformaciones, en especial en lo sexual. Conocimientos que en muchas ocasiones están desvirtuados, bien por ser parciales o porque acaban siendo rutinarios ya que existe una repetición y no un refuerzo (ROMERO DE CASTILLA. *et al.*, 2001).

A su vez, se ha demostrado que una educación sexual que no se adecue a los contextos socioculturales en los que se desarrollan los jóvenes es poco efectiva y no necesariamente da lugar a cambios en las prácticas riesgosas (GAYET, C. *et al.*, 2002. a).

La evaluación de la información que los y las adolescentes reciben es de mucha importancia al momento de autoevaluar los programas educacionales en torno a la sexualidad y las ITS/SIDA, debido a la gran importancia valórica y preventiva que significan.

Al momento de expresar sus opiniones acerca de la pregunta **¿Encuentras que la información que se les entrega es adecuada, suficiente o completa?** los y las adolescentes indican que falta información, a su vez aciertan en que se debe trabajar la profundización del tema, para así generar mayor interés e impacto.

“Adecuada y completa si, totalmente, de mi punto de vista no falta, pero igual creo que la información que tengo no es mucha, pero tengo las bases para prevenir, para saber lo que va a pasar antes de que ocurra”. (H 1/ E 2)

“O sea, si no teni una familia que te enseñe o te hable de esas cosas, yo creo que falta, pero no es que falte información, porque es cosa de meterse a Internet y está todo, pero falta motivación creo, eso, es más que nada motivación de saber más, de cuidarse. Si es adecuada...nosé creo que sí, pero acá en el colegio es poca, eso”. (H 2/ E 2)

“Yo creo que falta más información, o sea, no es que falte...eh... es que...pero la forma en que la entregan nosé po quedan muchas dudas y todavía hay chicas y chicos y también adultos que no saben bien como es la enfermedad, ni como se contagia”. (M 3/ E 1)

De la evaluación que los y las adolescentes hacen de la información, se traduce la necesidad de buscar nuevas formas de satisfacer sus necesidades e inquietudes respecto al tema del VIH/SIDA, acercándolos/as a una realidad sólo descritas en textos de estudio. Al preguntarles **¿Cómo te gustaría recibir la información?** se muestran entusiastas en recibir a profesionales de la salud y generar a través de foros adolescentes, un acercamiento al tema, más participativa, con mayor iniciativa por parte de los y las jóvenes. Así como también el acercarse a la realidad del tema a través de testimonios y diálogos con portadores del virus, a modo de conocer no sólo la acción del virus, sino sus implicancias sociales, emocionales y familiares.

“Me gustaría eh... como que fuera algo como en silencio y que empezaran a dar la charla, nunca acá han venido especialistas o personas que tengan la enfermedad que den como su testimonio, algo más didácticas porque así se puede preguntar más”. (M 5/ E 1)

“Falta más nosé como decirlo...quizás que no lo pasen los profes de siempre, quizás si viniera otra persona, algún médico, o nosé enfermera o Uds. mismas las matronas que saben del tema y lo tocan desde varios puntos de vista, como te decía como afecta en todo sentido a la persona que se contagia, porque así yo creo que es la única manera de que nosotros los jóvenes tengamos conciencia de lo peligroso que es y que no es una cosa que uno diga “ya pero si eso no me va a pasar a mi nunca” ¿cachay?”. (M 8/ E 2)

“Me gustaría estar con adolescentes donde se hable el tema obviamente con personas mayores, nosé profesionales que se forme una discusión sobre el VIH, que haya como una

charla y después hacerla mas personal, aclarando dudas, mitos, cosas así, yo creo que todavía quedan muchos mitos en torno a este tema”. (H 1/ E 2)

4.2.5 Visión de la información recibida

Según el estudio Salud Sexual y Desarrollo de adolescentes y jóvenes en América Latina, existen grandes lagunas de información y conocimiento entre los grupos de adolescentes, y el comportamiento se mantiene básicamente sin cambiar. Por ejemplo, a pesar de los altos niveles de conocimiento, los porcentajes de uso de anticonceptivos todavía son bajos en muchos países, a veces debido a la falta de acceso, como en el caso de los condones (SCHUTT-AINE, J., MADDALENO, M., 2003).

El ver de manera diferenciada por género, la visión de los y las adolescentes sobre la información que reciben y como la proyectan a su autocuidado, es fundamental en esta investigación, a fin de tener una reseña de lo que los y las adolescentes piensan respecto a la diferencia de género en el ámbito de la información que manejan. Es así como al momento de preguntarles **¿Cómo encuentras que es la información que manejan las mujeres versus los hombres?** se generan opiniones destacando en su mayoría el tener el mismo nivel y cantidad de información, sin embargo la diferencia se refleja a la hora de llevar estos conocimientos a su comportamiento sexual, esto reflejado en que, tanto hombres como mujeres adolescentes, dan una mayor responsabilidad y autonomía a la hora de tomar decisiones a las mujeres. Es necesario recalcar que la utilización de métodos anticonceptivos al momento de tener relaciones sexuales para los y las adolescentes esta determinada por el miedo al embarazo no planificado, dejando en un segundo plano la protección hacia ITS/SIDA, considerando al condón como el método anticonceptivo más idóneo para su edad, sin embargo, los y las adolescentes con pareja estable por más de un año ven en los anticonceptivos orales una mayor confianza.

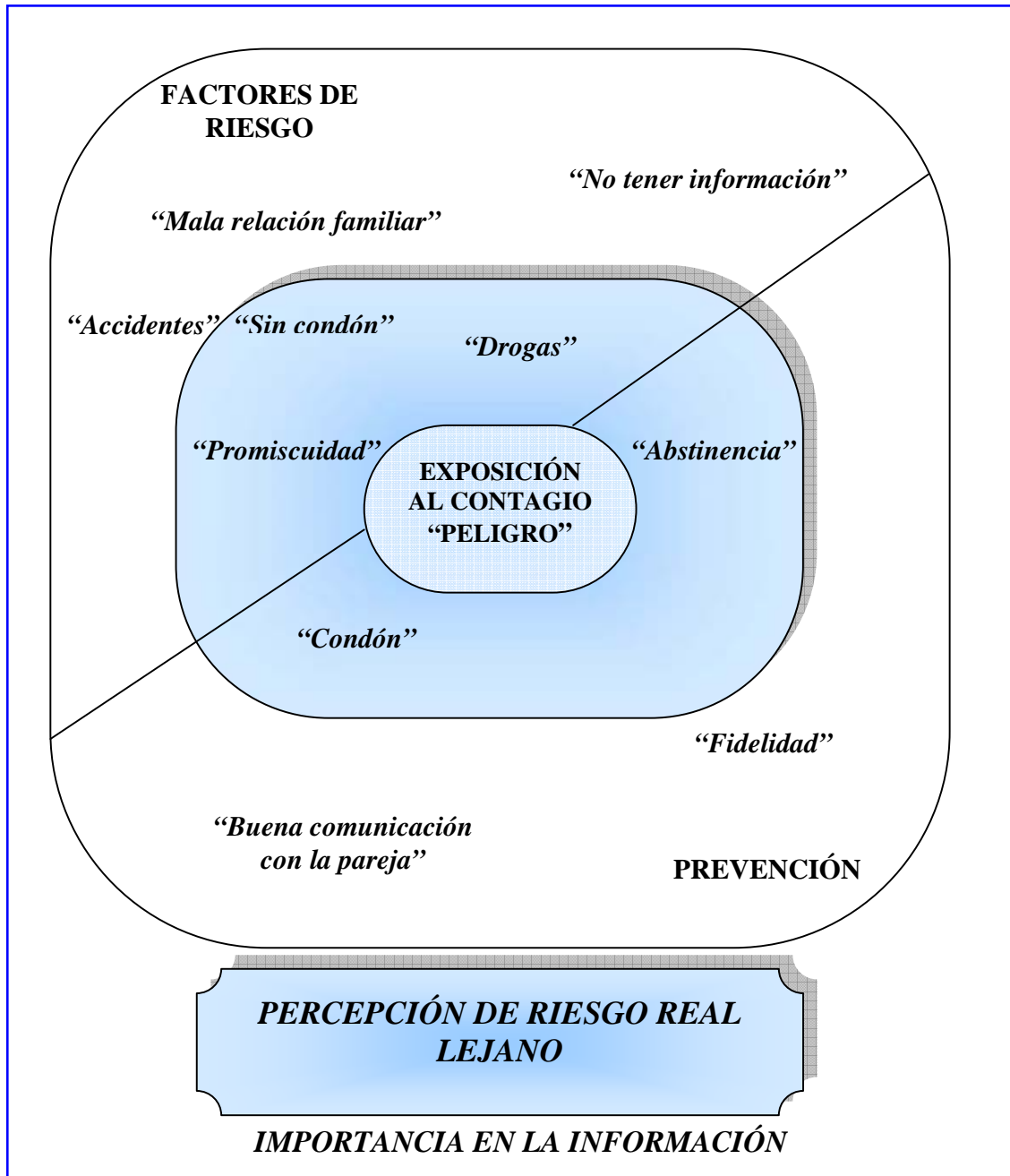
“Nosé quizás nosotras las mujeres nos cuidemos mas...pero nosé si pasa porque sepamos más o menos, es que está siempre el miedo al embarazo entonces como que estamos mas concientes de que nos pueda pasar algo, creo yo, aunque nosé”. (M 8/ E2)

“Yo encuentro que es similar, en contenido es similar, pero la mujer creo que lo piensa más antes de llegar a esa situación de tener relaciones, es que se cuidan más yo creo, pero generalmente la mujer le tiene mucho más miedo al embarazo de mi punto de vista, pero igual este tipo de enfermedades traen una consecuencia de pensar antes de actuar”. (H 1/ E 2)

“En si yo creo que la información es la misma, o muy parecida pero las mujeres como que se cuidan más por una cosa de no quedar embarazadas, no por el SIDA yo cacho les da pánico llegar a quedar embarazadas, pero yo por lo menos he escuchado a una mina decir, “oye es que me da miedo pegarme el SIDA”, esa no es la prioridad de las mujeres. Y de los hombres también, si igual está el problema si una mina con la que tú te metiste queda embarazada po, para los hombres también es un problema, menos, pero problema igual”. (H 2/ E 2)

4.3 CATEGORIA: RIESGO

Cuadro 2: Codificación Axial Riesgo



Explorar que percepción de riesgo poseen los y las adolescentes en torno al tema del VIH y SIDA es el objetivo principal de esta investigación, el cual va intrínsecamente relacionado con la información que manejan los y las jóvenes, debido a la relación que ellos/as hacen respecto al tema. A continuación se realiza la presentación de los resultados de acuerdo a las siguientes subcategorías: concepto de riesgo que poseen los y las adolescentes, factores de riesgo que identifican, medidas de prevención que conocen y su percepción de riesgo real.

4.3.1 Concepto de Riesgo

Desde el punto de vista biomédico el término *Riesgo* implica que la presencia de una característica o factor (o de varios) aumenta la probabilidad de consecuencias adversas. En este sentido el riesgo constituye una medida de probabilidad estadística de que en el futuro se produzca un acontecimiento, por lo general no deseado. (BACKET E., *et al.*, 1985).

Para los y las adolescentes el concepto de riesgo es definido en general como *peligro*, está en su percepción de una manera familiar, es decir, lo llevan a la vida cotidiana frente a cualquier situación a la que se enfrentan.

“Que hay que pensar antes de actuar frente a situaciones límites, no sé por ejemplo, ya salir a carretear, ya tener relaciones son un riesgo, no es una cosa que deberían tomarse tan a la ligera por las personas pero que lo hacen igual, el riesgo esta en todos lados, siempre tienes que pensar antes de actuar la mayoría de las veces, porque el ser impulsivo no te ayuda mucho”. (H 1/ E 2)

“Riesgo... bueno, no sé, saber que te puede pasar algo, como la probabilidad de que te pase algo que tú no deseas... como un accidente”. (H 2/ E 2)

“Riesgo eh... como acercarme al algo que me va a hacer daño”. (M 4/ E 1)

“Riesgo, es contraer algo peligroso para la vida de uno, para el organismo, cualquier cosa, el riesgo de contraer algo que no es bueno para uno. Algo que siempre esta presente y trata de prevenirlo”. (M 7/ E 1)

4.3.2 Factores de Riesgo

Según CAMPO, A., OLIVO, C. (2002), múltiples factores están asociados con comportamientos sexuales de alto riesgo entre los y las adolescentes. Los determinantes de riesgo para ITS/VIH entre adolescentes incluyen factores conductuales, psicológicos, sociales, biológicos e institucionales, como son:

El uso de condón infrecuente; la práctica sexual sin preservativo es una situación que coloca a los jóvenes en alto riesgo de infección por ITS.

Edad de inicio de la actividad coital; el riesgo a exponerse a una ITS guarda asociación con la edad de inicio de la vida sexual; los jóvenes con inicio temprano de relaciones coitales tienen un riesgo mayor de presentar una infección genital.

Características de la personalidad; algunas características de personalidad guardan una relación importante con conductas sexuales riesgosas, por ejemplo, los adolescentes con gran tendencia a la gratificación y la experiencia de novedad, muestran un mayor número de

prácticas riesgosas. Al igual, los jóvenes con pobre control de impulsos muestran una mayor propensión a patrones conductuales de riesgo que pares con un mayor control, de la misma forma, la poca tolerancia a la frustración, a los estresores psicosociales negativos, favorecen conductas sexuales riesgosas. Se ha observado que los adolescentes en situaciones vitales difíciles y sin apoyo familiar adecuado presentan un riesgo mayor de embarazos no deseados o de una enfermedad sexualmente transmisible.

La educación sexual escasa; una educación sexual integral en adolescentes debe brindar elementos para crear opciones futuras de vida y no sólo información, habilidades y actitudes relacionadas con la prevención de la infección por VIH. Se hace necesaria una educación emocional sumada a la educación sexual (CAMPO, A., OLIVO, C. 2002).

El determinar cuáles son los factores de riesgo que los y las adolescentes reconocen como claves para el contagio de VIH es de relevancia valórica y preventiva. A su vez, se debe destacar la importancia que le otorgan al uso de preservativos, a la relación familiar, así como también a la información sobre el tema del VIH y SIDA a la que tienen acceso, las drogas y la influencia de los pares, es considerada significativa también a la hora de percibir un mayor o menor riesgo de contagio.

“Yo creo que va mucho de la mano con lo que uno trae de la casa, o sea, si tus viejos no se preocupan de ti, no te pescan, el hueón va a salir, va a buscar compañía en otro lado, o quizás no compañía pero solo pasarlo bien con los amigos quizás, quizás se meta en las drogas, nosé, va de la mano con muchas cosas, carretear mucho, ser alguien promiscuo no tener nada seguro, en el sentido de afecto, de cariño”. (H 3/ E 2)

“Las relaciones sexuales, eh... no usar preservativos o no ponerlo bien, ese como el principal, igual cuando empiezan a tener distintas parejas y no usan el preservativo, eso igual es lo mismo, y, por ejemplo cuando se inyectan heroína o cocaína intravenosa eso igual es peligroso, o sea de alto riesgo, mmm que más, la mamá al hijo en el embarazo y eso, son como las relaciones sexuales, las heridas igual”. (M 5/ E 1)

4.3.3 Medidas de Prevención

Se entiende como medidas de prevención al conjunto de procesos cognitivos, emocionales y afectivos que se ponen en marcha para enfrentar la probabilidad de que ocurra un hecho que nos afecte; en este caso, se refiere a la probabilidad de adquirir o transmitir el VIH/SIDA o una ITS (MOLINA, R., et al., 2003).

Dentro de las medidas de prevención que los y las adolescentes destacan se debe recalcar la importancia que le otorgan al uso de preservativo, considerándolo el método anticonceptivo más adecuado para ellos/as, y reconociendo su eficacia a la hora de protegerse del embarazo no planificado y las infecciones de transmisión sexual. Entre las medidas nombradas, también se señala la importancia que le dan a la mantención de una pareja única y a la comunicación con ésta.

“Ahora cuando uno es adolescente, los preservativos, la abstinencia, pero eso no mas po, eso no mas yo conozco. Ahora y por experiencia de amigos, experiencias más, el condón se usa...porque es como el que da más seguridad”. (M 1/ E 1)

“Uso de preservativo, examinarse periódicamente, tener una pareja estable que también se cuide”. (H 5/ E 1)

“Bueno usar condones y tener pareja única...ah también esta la cosa de no tener relaciones...la abstinencia”. (H 6/ E 2)

Si bien la abstinencia sexual es nombrada por los y las jóvenes dentro de las medidas de prevención que ellos/as conocen, al momento de preguntarles **¿Qué piensas de la abstinencia como medida de prevención para ti, o para los y las adolescentes?** ésta no es considerada una medida válida en la mayoría de los casos ya que es nombrada como algo de menor relevancia, incluso poco realista, es decir, no lo consideran algo que ellos/as harían.

“La abstinencia...no sé, no lo veo como algo que se dé, o sea, no es algo que uno lo vea como “ya me voy cuidar NO teniendo relaciones”...no”. (M 1/ E 1)

“La abstinencia eh...no la encuentro realista...eso, porque ya nadie piensa, o nosé si nadie, pero el que piensa y quiere llegar virgen al matrimonio...es raro, así de simple”. (M 6/ E 2)

“Nosé si la abstinencia, o sea, sería lo más correcto para nosotros los jóvenes, pero ¿Quién piensa así? No...eso es una mentira”. (H 3/ E 2)

4.3.4 Percepción de Riesgo Real

La percepción del riesgo no sigue patrones lógicos, se han realizado diversas investigaciones, dentro del campo de la Psicología Social, que han servido para identificar las fuerzas motrices según las cuales el público clasifica y percibe diversos riesgos: el primer elemento clave es el control. Se subestiman los riesgos cuando se tiene la sensación de que se controlan. El segundo elemento es la capacidad de comprender el riesgo con cierta claridad y familiaridad. Si un riesgo se percibe como desconocido, inadvertido y poco frecuente es más probable que produzca miedo y que por tanto se vuelva inaceptable. (DOUGLAS, M., 1996).

Al pretender conocer la percepción de riesgo que poseen los y las adolescentes acerca de la transmisión del VIH se quiere determinar, cuán cercano ven el virus a su vida, tanto personalmente como a nivel de familiares y amigos/as. Esta percepción queda reflejada por sus opiniones al preguntarles **¿Crees que este virus pueda llegar a afectarte?** como algo lejano a ellos/as, pero que está presente, considerándolo algo conocido, pero difícil que les llegue a afectar. Ésta sensación de seguridad se basa según los y las entrevistados/as en la información que manejan y en las bases que ésa información les entrega para su protección y prevención.

“Si, todos están susceptibles que le pase algo a un ser querido o amigos, nosé”. (H 1/ E 2)

“Por lo menos ahora no, por lo que te dije mira, no se, por lo menos quiero estar harto tiempo con la polola que tengo,...y después, después...usare condón...nosé”. (H 4/ E 1)

“Yo no me siento cercana al virus, o sea, nosé po, no lo creo cerca de mí, pero no por eso no me voy a cuidar es que uno nunca sabe po, puedes estar mucho tiempo con una persona pero no sabes que hace cuando no está contigo po, eso siempre me dice mi hermana. Pero igual es algo que tiene que importarnos a nosotras las jóvenes...aunque yo no creo que las chicas anden pensando en el SIDA, creo que piensan más en no quedar embarazadas...”. (M 3/ E 1)

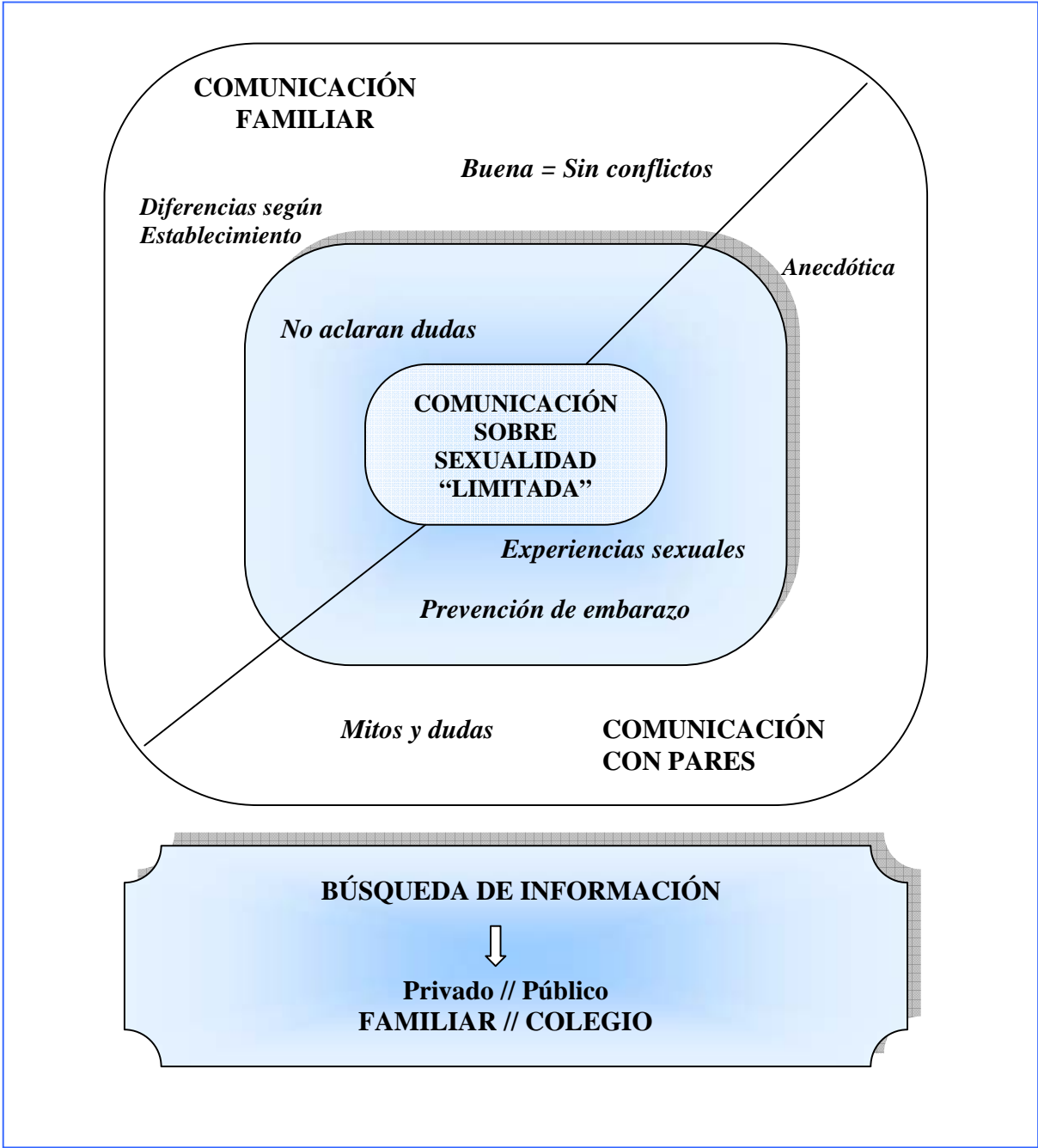
Algunos/as de los y las entrevistados/as mencionan nuevamente la importancia de la comunicación familiar como un factor protector a la hora de percibir al VIH como algo cercano o lejano a su vida.

“Influye mucho familia yo creo, porque en general en la familia este es un tema que esta prohibido, “no mi hijito no va a andar teniendo relaciones con cualquier persona por ahí, o no mi hija no se va andar acostando con cualquiera”, es algo que esta como... es algo que no es aceptado por los padres generalmente, no es como, no yo no le voy a dar esa información porque mi hija sabe que no se tiene que andar acostando o nosé es como decirle, es como cuando te dicen algo que no puedes hacer y cada vez que te lo dicen te dan mas ganas de romper la regla, entonces piensan ya si una vez...no va a pasar nada. Y de repente te contagiay y cagaste”. (H 1/ E 2)

“Yo creo que influye mucho la relación que tengas con tus amigos y nosé, con tu familia. Con los amigos por ejemplo si se creen muy bacanes...como que tratan de competir con las minas, nosé, en realidad, la información que manejes también puede influir... si sabes harto o te interesa el tema te voy a cuidar más yo cacho po. Pero eso es relativo en realidad, porque uno puede saber caleta, pero no esta ni ahí o sea, uno yo creo que nunca piensa que le puede llegar a pasar, hasta que le pasa... es complicado, porque yo creo que son muchos los factores, es una cosa casi de crianza po...”. (H 2/ E 2)

4.4 CATEGORIA: COMUNICACIÓN

Cuadro 3: Codificación Axial Comunicación



La presente categoría surgió espontáneamente durante las entrevistas con los y las informantes, considerándola como un valioso dato emergente dentro de la investigación, ya que la comunicación a nivel familiar y con sus pares, es de mucho valor para los y las adolescentes así como también para determinar en que grado ésta comunicación influye en la manera como ellos/as abordan este tema y cuales son los aportes que sus familias dan a la información que ellos/as manejan sobre el tema del VIH y SIDA. Es por esto que se debió incluir como una categoría emergente para su análisis e interpretación, considerando dentro de ella subcategorías tales como: comunicación familiar y comunicación entre pares.

4.4.1 Comunicación Familiar

La familia se considera el núcleo socializador básico, a la cual se le reconoce el derecho y el deber de educar en estos ámbitos. Sin embargo, ésta habitualmente no lo asume, aduciendo diversas razones, especialmente, que el tema les complica y no saben como abordarlo o bien, que en sexualidad no hay nada que enseñar ni nada que aprender (MOLINA, R., *et al.*, 2003).

Una de las funciones que tiene la comunicación al interior de las familias es poder expresar necesidades y que éstas sean escuchadas y satisfechas por otro miembro de la familia. Una de las dificultades habituales de las familias radica en pensar que el otro va a poder adivinar lo que uno necesita. Esto ocurre tanto con necesidades materiales como con necesidades afectivas. Es fundamental que todos los miembros de una familia puedan expresar sus necesidades, emociones y expectativas sin temor a ser rechazado o no ser considerados por los demás. Al hacer explícitas estas necesidades se establecen relaciones más claras y eficientes (PRODEMU, 2005).

Al tomar esta subcategoría se pretende conocer la relación que los y las adolescentes tienen con su familia y a su vez si dentro del entorno familiar se ha tocado el tema del VIH y SIDA.

La percepción que los y las entrevistados/as tienen acerca de la relación familiar es en general buena, considerándola así por mantener un ambiente libre de discusiones. Sin embargo llama la atención que esta percepción que los y las adolescentes tienen no se basa en el tipo de comunicación que se mantiene, sino en un estado de tranquilidad dado por la ausencia de confrontación.

“Buena, bien, sí mi mamá con nosotros y con mi papá tiene harta confianza, harto respeto, nunca hay ningún grito en mi casa, y siempre se conversa de todo”. (M 4/ E 1)

“Buena, con mi mamá sí, mi papá no está mucho en la casa, pero igual tenemos buena comunicación. Conversamos harto, los problemas, todo, todo se dice en la casa, nada se queda. Con mi mamá tenemos harta confianza, con mi papá no porque el siempre pesca las cosas pal’ leseo siempre anda haciendo bromas, mi mamá toma las cosas más enserio”.
(M 6/ E 2)

“Buena, bien buena, siempre hablamos harto, bueno mi papá por cosas de trabajo viaja harto pero siempre hemos tenido buena relación, somos bien amigos, con mi hermana me llevo

bien, con mi hermano igual, pero menos es que igual es bien aguja el pendejo...pero bien". (H 2/ E 2)

Se debe hacer mención a la separación entre la relación familiar y la comunicación, específicamente a la comunicación sobre VIH y SIDA dentro de la familia de los y las adolescentes entrevistados/as, es aquí donde surge nuevamente una diferencia según el establecimiento al que asisten los y las adolescentes.

Esto queda reflejado al momento de preguntarles **¿Se conversa en tu familia sobre el tema del VIH o SIDA?** donde las respuestas de los y las adolescentes que asisten al establecimiento particular, expresaron un gran apoyo por parte de sus familias en relación a la información sobre el VIH y SIDA, convirtiéndose ésta como la principal fuente de información como anteriormente se planteó.

"Del VIH hemos hablado un par de veces, como mi hermana estudia medicina llega contando cosas que le pasan o que lee y siempre salen temas de ese tipo, como del embarazo, del SIDA, de las infecciones, esos temas". (H 2/ E 2)

"Quizás no como tema principal, pero de repente hablamos de las enfermedades que se pegan sexualmente y sale el SIDA obviamente, además mi papá es médico, entonces el conoce de cerca el tema, a tratado con personas contagiadas y todo eso y nos cuenta todo sobre la enfermedad, como se contagia, como podemos cuidarnos, las consecuencias de la enfermedad, todo eso de la discriminación que todavía existe sobre esa enfermedad, porque el nos ha contado que no solo es la enfermedad lo que los afecta a esas personas, también afecta todo...o sea su parte familiar, su como se llama...su autoestima, todo les cambia...es muy triste. No lo hablamos siempre pero más de alguna vez salio el tema". (M 8/ E 2)

Estos resultados contrastan con las repuestas del otro establecimiento seleccionado (E 1), en el cual los y las adolescentes no tienen en sus familias un apoyo en relación a la información que poseen sobre el tema, es decir, no aclaran sus dudas, dejando eso en manos del colegio, como se expresó durante la primera categoría analizada.

"No se habla de eso...en mi familia nunca, nunca". (M 2/ E 1)

"No se habla ningún tema en mi casa po... no, ninguno... es ahí nosé, en mi casa son todos como raros... cada uno vive su mundo. No somos unidos...pa`na`". (M 3/ E 1)

"Del SIDA nunca hemos hablado". (H 5/ E 1)

Es necesario destacar que como señala HERRERA, P. (2000), las interacciones y dinámica familiar están suscritas a lo que los padres desean o ambicionan de sus hijos/as, relacionado estrechamente a lo que ellos/as son. Las reglas sociales van deslindando de manera clara las expectativas relacionadas con los roles que las personas deben asumir. Igualmente, la idea que se tiene sobre el rol de padre, madre, esposa o esposo, está condicionada en gran medida por la sociedad de la cual somos resultado. Es este sentido, influye el ambiente en el que se

desarrolla la familia, hablando cultural, social, y económicamente. Es decir, el capital cultural con el cuenta la familia. El capital cultural se refiere a los factores que proporcionan a las sociedades los medios y las adaptaciones para enfrentar el ambiente natural y modificarlo de manera activa. El capital cultural, incluye la amplia variedad de formas a través de las cuales las sociedades interactúan con su ambiente, incluyendo la diversidad cultural (BERKES, F., FOLKE, C. 2005).

Este capital cultural que se menciona, se refleja en los y las adolescentes entrevistados/as, ya que al ahondar en el tema se nota una diferencia, como se señaló anteriormente, en sus fuentes de información manifestada en la comunicación y diálogo que se genera al interior de sus familias y el aporte en esta materia que estas le entregan a sus hijos/as.

4.4.2 Comunicación entre pares

Acerca de esta subcategoría, GAYET, C. *et al.* (2002) señala que en segmentos sociales desfavorecidos, donde los padres no aparecen como interlocutores privilegiados, tal vez una estrategia de capacitación entre jóvenes sería más efectiva (entre pares o de joven a joven). Esto debido a que los aportes de los y las adolescentes pueden ayudar a asegurar que los programas estén relacionados directamente con las necesidades actuales de los/as jóvenes. Y a su vez, los y las adolescentes pueden ayudar a identificar los mensajes, los canales de comunicación y las actividades más populares dentro de su sub-cultura (FAMILY HEALTH INTERNATIONAL, 1997).

Sin embargo, lo que los y las adolescentes entrevistados/as expresan acerca de la comunicación entre amigos/as y parejas es principalmente sobre sus experiencias sexuales y la prevención del embarazo no planificado, no obstante como se pudo apreciar durante las entrevistas, estos temas de sexualidad son conversados entre pares y con la pareja de manera anecdótica, sin profundizar en temas como las ITS y VIH/SIDA.

“Sí, si se hablan estas cosas sobre todo cuando salen en las noticias o algún programa después nosotras siempre lo hablamos. Como esto del SIDA, del embarazo, de las infecciones se habla harto también cuando lo pasamos acá en el liceo de ahí uno siempre nosé po, se comenta, nosé po, sobre todo eh... cuando nosé, llama la atención”. (M 4/ E 1)

“No mucho, eso de las relaciones sexuales no mas, pero no mas allá, no...”. (M 7/ E 1)

“Sí, no sé po siempre tirándole tallas al que le gusta mas el carrete o el hueveo, pero de repente igual como que se toca el tema de la parte seria, oye ten cuidado, porque no sabí que te puede pasar, no tomí las cosas tan a la ligera...”. (H 1/ E 2)

Se aprecia una diferencia entre géneros, al momento de conversar del tema del VIH con sus parejas, en este sentido, son las mujeres las que tocan el tema, sin embargo los hombres entrevistados dicen no haber hablado con su pareja sobre el tema VIH/SIDA, o haberlo conversado superficialmente, siempre en relación a otros temas.

“He tenido tres pololos y eh... o sea un poco, pero es que es mas nosé... es que como nunca he tenido relaciones como que se conversa solo superficialmente”. (M 4/ E 1)

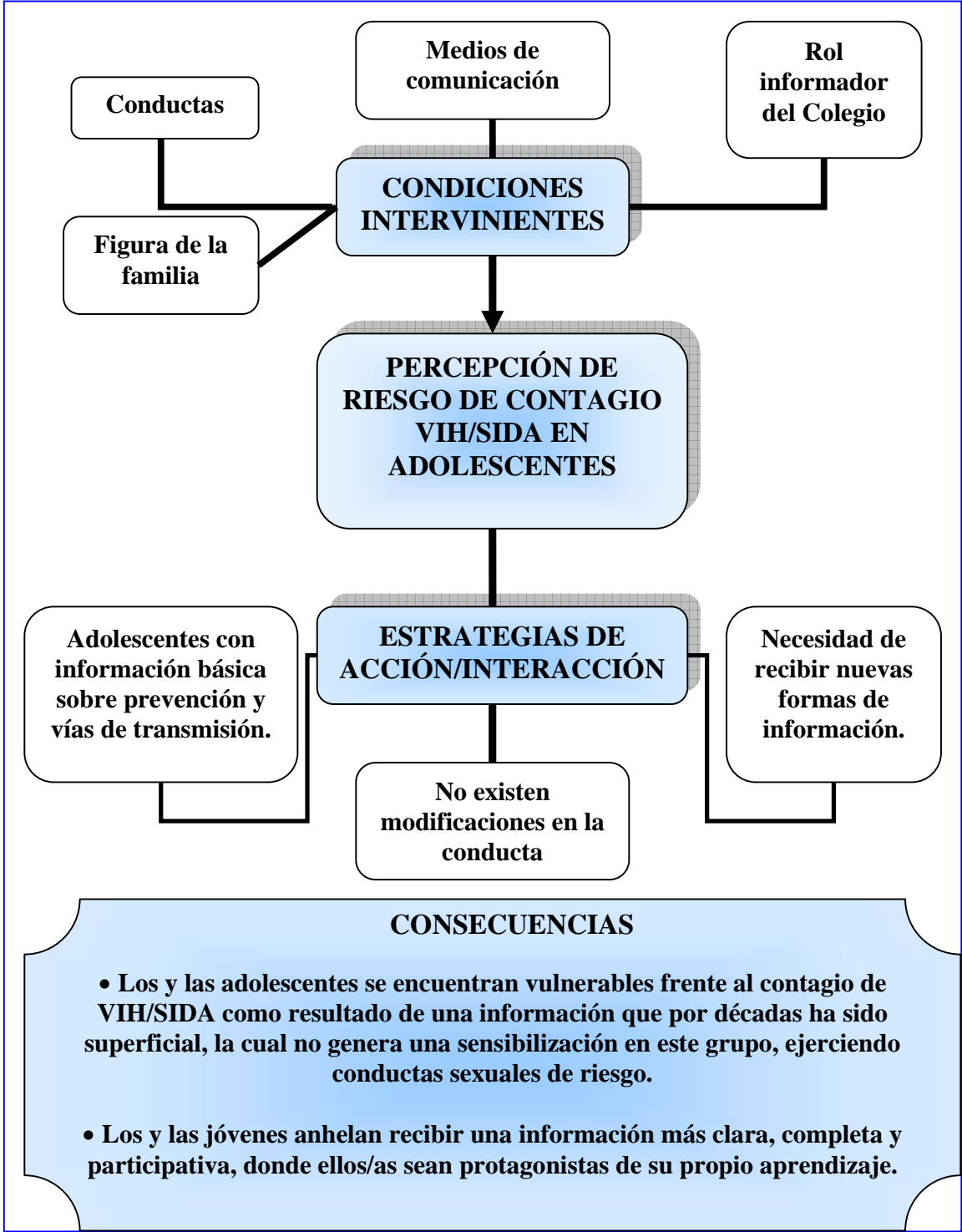
“Si, hablamos harto, además llevo tres años con él y ha sido el único pololo con el que he tenido relaciones íntimas, entonces igual hablamos harto. Y nos cuidamos con preservativos como un año y medio, ahora no uso preservativos, tomo pastillas”. (M 5/ E1)

“No, es que en realidad no llegamos a ese grado de confianza yo creo, porque duramos 6 meses pero no tuvimos relaciones, y si conversábamos, pero nunca de estos temas así como SIDA no, nunca”. (H 3/ E2)

Si bien los y las jóvenes reconocen el tema del VIH/SIDA como importante a la hora de entrevistarlos/as, no le otorgan una relevancia dentro de su comunicación de pareja, así como tampoco entre pares, esto debido a la percepción de riesgo lejana que dicho grupo posee en torno al tema.

4.5 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Cuadro N° 4: Codificación Selectiva Percepción de Riesgo de contagio VIH/SIDA.



En el siguiente capítulo se integraron las categorías y conceptos anteriormente analizados dentro de un proceso de abstracción mayor.

4.5.1 Condiciones Causales

Dentro de los acontecimientos que llevan a la ocurrencia del fenómeno en estudio, es decir, de la percepción de riesgo de contagio VIH/SIDA en adolescentes, es posible destacar que los y las adolescentes de este estudio poseen una percepción de riesgo real lejano, esto quiere decir, que si bien reconocen que el riesgo de contraer el virus está presente en el diario vivir, no lo ven como algo que les podría llegar a ocurrir a ellos/as directamente sino más bien a amigos/as y familiares, ya que según ellos/as *“Espero que no me afecte, no lo veo cerca, pero sí me afectaría si alguien de mi familia o yo o mi pareja contraiga el virus”*. En una primera instancia las respuestas dan a conocer una preocupación sobre el tema, sin embargo al seguir indagando en sus opiniones, los y las adolescentes no lo ven como algo que les pudiera llegar a ocurrir a ellos/as. Un ejemplo de esto es lo que señala un adolescente:

“Que complicado, nosé, no, no creo, pero no por bacán si no que uno puede tener las bases para que no te pase po, pero si un familiar o un amigo o amiga le pasara, obvio que me afectaría, porque yo creo que ahí uno se pregunta pero si sabía, ¿ porque no se cuidó?”
(H 1/ E 2).

No existen diferencias entre hombres y mujeres acerca de esta percepción, ya que ambos grupos ven el contagio de VIH/SIDA por un lado como un riesgo y una probabilidad presente, pero que no les llegaría a pasar a ellos/as. Esto se explica principalmente por la información que los y las jóvenes manejan sobre el tema, lo que genera en ellos/as una seguridad y tranquilidad a la hora de pensar en el VIH/SIDA como un posibilidad. Sin embargo, esta información no condiciona cambios de conducta en los y las jóvenes, ya que si bien una minoría de los y las entrevistados/as han iniciado su actividad sexual, tanto estos/as, como los que aún no la han iniciado se muestran tranquilos respecto al tema, y si bien dicen tomar precauciones al momento de tener relaciones, estas precauciones son debido al temor de un embarazo no planificado. El condón es visto como un anticonceptivo provisional, mientras la relación de pareja se afianza, esto a pesar de tener el conocimiento de que es el único anticonceptivo que protege contra las ITS y VIH.

4.5.2 Contexto

La percepción que poseen los y las adolescentes sobre el contagio del VIH/SIDA se divide en dos aspectos, uno es la percepción que ellos/as poseen del virus y la enfermedad en si misma, y el otro es como lo que perciben a nivel personal. Esta discordancia en los relatos de los y las jóvenes da como resultado un doble discurso que se refleja en varios aspectos, uno de ellos, como se mencionó anteriormente, es en relación al riesgo de contagio que asumen al decir *es algo que está presente, que es un peligro*, sin embargo, por otro lado, se refleja una seguridad en los y las adolescentes, dada por la información que a su juicio manejan y les da las bases para protegerse.

Esta protección o seguridad que sienten a su vez es resultado de una comunicación familiar que un grupo de ellos/as expresan como efectiva. En este aspecto el contraste entre los

establecimientos deja ver las prioridades familiares existentes. Es así como en los y las jóvenes del establecimiento particular se refleja una comunicación más integral de padres a hijos/as en relación a temas de sexualidad, ITS y VIH/SIDA. A su vez, en el establecimiento municipal los padres no saben como tocar el tema o no lo conocen, dejando al colegio el rol fundamental, a la hora de informar a los y las jóvenes sobre estos temas, esto sumado a la preocupación en torno al embarazo adolescente, lo que hace primordial fortalecer la información a los y las jóvenes en esta etapa de sus vidas.

4.5.3 Estrategias de acción /intervención

Las estrategias que se manejan para responder al fenómeno (percepción de riesgo de contagio VIH/SIDA en adolescentes) se encuentran en dos niveles, uno tiene que ver con la información que los y las adolescentes poseen sobre el tema del VIH/SIDA y el otro con las necesidades que estos/as jóvenes expresan de recibir nuevas formas de información. Estos dos niveles confluyen en un tercer nivel que es cambiar la información que poseen actualmente los y las jóvenes por conocimientos, entendiéndose por éste, como la adquisición de información que genera cambios de conducta.

4.5.3.1 Información que poseen los y las adolescentes: como se ha mencionado durante la investigación, los y las adolescentes poseen un nivel de información básica sobre el tema del VIH/SIDA, conociendo sus vías de transmisión y su prevención, lo cual les otorga un sentimiento de seguridad e invulnerabilidad frente al tema, y genera a su vez comportamientos poco seguros en el ámbito sexual. Si bien los y las adolescentes reconocen estos hechos, no existe en ellos/as un interés por buscar la información, es decir, esperan que la información sea otorgada por el colegio o por la familia. A su vez la visión que tienen acerca de la información que se les ha entregado hasta el momento es *“buena, y también es harta, pero falta más eh...como se llama... sensibilizar”*, expresando un interés por conocer más sobre el tema. Por otro lado, las conductas que manifiestan tener estos/as jóvenes dan a conocer una escasez de elementos vitales o biográficos que les ayuden a incorporar la noción de riesgo, reflejado en el uso de anticonceptivos que protegen contra el contagio VIH/SIDA de manera irregular, así como también las mujeres, denotan una preferencia hacia los anticonceptivos orales, esto reflejado en una confianza a su pareja y una demostración de fidelidad frente al tema de ITS y VIH/SIDA.

4.5.3.2 Necesidad de recibir una información más integral: en este sentido, los y las jóvenes expresan la existencia de dudas y mitos que no han sido resueltos, lo cual produce en ellos/as muchas veces confusión o indiferencia respecto al tema. Está presente en ellos/as la necesidad de recibir un información más clara, interesante desde sus puntos de vista y percepción sobre el tema, de ser partícipes de su propia educación, y conocer de manera más integral la realidad que aqueja a las personas que viven con la enfermedad, así como señalan *“Me gustaría estar con adolescentes donde se hable el tema obviamente con personas profesionales que se forme una discusión sobre el VIH, aclarando dudas, mitos, cosas así, yo creo que todavía quedan muchos mitos en torno a este tema”*. Por lo tanto, se puede apreciar que el interés por tener una información integral existe, y si bien no son ellos/as las que van en busca de la información, esperan que el colegio aporte con esta tarea. Sin embargo, según lo expresado por los y las adolescentes, las instituciones de educación donde se investigó no

manejan este tema de manera participativa con los y las jóvenes, creando en éstos/as un efecto de repetición, perdiendo interés en la información que se les entrega, debido a que según los/as adolescentes es siempre lo mismo.

Esta visión que poseen los y las adolescentes respecto al tema del VIH, da a conocer la realidad sobre la información que están recibiendo los y las jóvenes, en la cual el traspaso está siendo unidireccional, sin impactar en la incorporación de una conciencia real del riesgo ni modificaciones en su estilo de vida y comportamiento sexual. Es decir, si bien tienen información básica para ejercer su autocuidado, no es siempre bien ejercida o asumida por ellos/as.

Respecto a lo anterior, SCHUTT-AINE, J., MADDALENO, M., (2003), señalan que si bien América Latina ha sido pionera en el desarrollo de políticas, planes, programas y servicios para adolescentes en la Región, muchos de los programas que existen actualmente se adhieren al concepto de prevención de enfermedades y se centran en un comportamiento muy específico, como VIH, prevención de embarazo y promoción de la abstinencia. Dichos programas y servicios son verticales en su enfoque, y no integran los conceptos de familia, cultura, valores y el contexto global en el que ocurre el comportamiento. Sumado a esto, los jóvenes no participan de lleno en el diseño y ejecución de programas, por lo tanto, las intervenciones no reflejan sus deseos ni preocupaciones. Muchas intervenciones no están bien coordinadas, lo que provoca una costosa duplicación de esfuerzos. Los programas que se centran únicamente en prevenir problemas específicos de los jóvenes, generalmente una conducta problemática aislada, sin prestar atención al contexto social, por lo general no han demostrado ser efectivos a largo plazo, es por esto que, los programas necesitan ir más allá del enfoque orientado al problema para pasar a un enfoque de desarrollo que promueva factores de protección y la resiliencia en la juventud; es necesario pasar de intervenciones individuales a intervenciones de familias y comunidades, del concepto de jóvenes como receptores, a jóvenes como participantes activos, y de enfoques verticales a esfuerzos coordinados, integrados en prevención y promoción de la salud.

4.5.4 Condiciones intervinientes

Dentro de las condiciones estructurales que facilitan o restringen las estrategias de acción/interacción se han identificado:

4.5.4.1 Rol informador del colegio: el colegio es visto por los y las adolescentes como una instancia no sólo donde se educan para tener un futuro profesional, sino también una fuente de información sobre aspectos de la vida que aporten a construir un individuo socialmente adaptado, autosuficiente y a su vez, conciente del mundo que lo rodea, así como también conocedor de los peligros existentes y su manera de prevenirlos. En esta área, según los y las adolescentes entrevistados/as, el establecimiento al que asisten cumple con este rol informador, según las necesidades que los respectivos colegios consideran importantes para sus alumnos, es así como un establecimiento tiene la necesidad de informar acerca del embarazo adolescente e ITS, y el otro es sobre la drogadicción, dejando a un lado temas relacionados a la sexualidad, ITS y VIH/SIDA.

Los y las adolescentes entrevistados/as expresan un interés en hacer de este modo de información, una instancia participativa, en la cual el colegio al cual asisten, considere sus inquietudes y necesidades a la hora de entregar estos conocimientos, generando espacios de conversación abierta, con participación externa de profesionales de la área de la salud. Como señalan *“que venga un profesional como una matrona o médico y que nos venga a dar una charla po pero bien completa no solo decir como se transmite y eso sino a que afecta y todo eso”*. Y así generar instancias de conocimiento que aporten un cambio en su conducta sexual y en su manera de ver el virus como algo lejano, del cual ellos/as están exentos.

4.5.4.2 Figura de la familia: el rol que cumple la familia dentro de la educación de sus hijo/as especialmente en temas de sexualidad, depende de varios factores, tales como; la confianza que existe entre padres e hijos/as, el nivel de instrucción de los padres, y sus experiencias de vida, entre otras. Se debe a su vez diferenciar la comunicación familiar con el estilo de relación dentro de la familia, ya que los y las adolescentes entrevistados/as asumen como una buena *“comunicación familiar”* el no tener conflictos con sus padres y hermanos/as, y no a una comunicación fluida sobre sus problemas, inquietudes o sobre en este caso en particular a la conversación sobre sexualidad. Esta relación familiar es de mucho valor para los y las jóvenes, en el sentido que cubre la necesidad de seguridad que ellos/as requieren.

En cuanto a la comunicación como tal dentro de la familia, se debe hacer un alto en este punto y notar la diferencia que se genera entre los dos establecimientos. El rol educativo en este sentido está claramente diferenciado según nivel socioeconómico familiar y particularmente en el nivel educacional de los padres. En este sentido, los padres con un nivel educacional mayor, ya sea, estudios superiores conversan temas relacionados con sexualidad con sus hijos/as, entregándoles valiosa información y herramientas para que ellos/as las utilicen en su vida. Como los y las adolescentes de este grupo señalan *“la información la tengo principalmente de mi papá, de mi familia, ellos me han contado todo lo que se sobre esto”*. Sin embargo, el otro grupo entrevistado, del establecimiento municipal, consideran la comunicación familiar en este aspecto escasa, tocando el tema de la sexualidad y del VIH/SIDA superficialmente, sin encontrar respuestas a sus inquietudes *“mi mamá una vez dijo que ella sabia las vías de transmisión pero súper poco”*.

4.5.4.3 Conductas: si bien este estudio no tiene como propósito conocer las conductas sexuales que desarrollan los y las adolescentes, es una condición importante a la hora de facilitar o restringir las estrategias de acción/interacción, y de cómo influyen en el fenómeno en estudio. A través de los relatos de los y las jóvenes entrevistados/as se puede dar cuenta que si bien ellos poseen una información sobre el tema del VIH/SIDA que les entrega bases para su autocuidado, a la hora de iniciar su vida sexual, no incorporan la información que poseen, y esto se ve tanto en hombres como mujeres.

A su vez, según lo que los y las adolescentes expresan en las entrevistas, los hombres dejan en manos de las mujeres, la protección a la hora de tener relaciones sexuales *“generalmente los hombres lo dejamos en manos de las mujeres, o sea, nos confiamos en que ellas se van a cuidar”*.

4.5.4.4 Medios de comunicación: los medios de comunicación masivos, ya sea televisión, diarios, revistas e internet son de mucha importancia al momento de informar a la población sobre temas de actualidad. Sin embargo, los y las adolescentes consideran a estos medios como una fuente secundaria para obtener la información que a ellos/as les interesa. El medio de comunicación más nombrado por los y las adolescentes es internet, seguido por la televisión, sin embargo consideran que esta última entrega un información poco clara e incompleta. *“salen delincuentes o asaltantes... las personas que están en la cárcel, pero nunca se ha visto un reportaje donde se hable del SIDA”*.

Relativo a esto, las estrategias de prevención del VIH/SIDA adoptadas a través de los medios masivos de comunicación han pasado por distintas etapas; primero dar a conocer los hechos, segundo causar miedo y tercero proporcionar una respuesta adecuada para prevenirlo. Sin embargo, aún cuando las campañas preventivas han evolucionado en el transcurso del tiempo, lo han hecho a un ritmo que no ha podido contrapesar los avances del VIH/SIDA en el país (FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES, 2005).

Si bien los medios de comunicación masiva son utilizados de manera diaria, aún sobre temas de sexualidad y en este caso, sobre el VIH/SIDA no tienen una función claramente definida, traspasando a la población una imagen de prejuicio sobre el tema, o bien abordando el tema de una manera en la que se censura mucha información. A su vez se ha visto como algunas de las campañas han sido duramente criticadas por sectores políticos y eclesiásticos de nuestro país, lo que genera una información restringida a sectores de la población que no cuentan con otras vías de información.

4.5.5 Consecuencias

Las estrategias de acción/interacción dan como resultado dos procesos relacionados entre si.

Los y las adolescentes se encuentran vulnerables frente al contagio de VIH/SIDA como resultado de una información que por décadas ha sido superficial, la cual no genera una sensibilización en este grupo, ejerciendo conductas sexuales de riesgo.

Y por otro lado, esto/as jóvenes anhelan recibir una información más clara, completa y participativa, donde ellos/as sean protagonistas de su propio aprendizaje el cual genere la sensibilidad necesaria para tomar conciencia del problema real que esta enfermedad significa a nivel poblacional.

5. CONCLUSIONES

La adolescencia, como variados estudios lo indican, es una etapa decisiva del desarrollo, que determina la forma en que los y las jóvenes vivirán su vida como adultos/as, no sólo en el área de la reproducción, sino también en el ámbito social y económico. Es considerada a su vez, una etapa de vulnerabilidad, influenciada por múltiples factores externos, lo cual hace indispensable que estos factores sean positivos, para desarrollar adultos/as sanos/as y socialmente adaptados/as a su entorno. En este sentido se debe considerar que la salud de los y las adolescentes es un elemento clave para el progreso social, económico, político y cultural de un país.

Durante esta investigación, se pudo advertir que para los y las adolescentes sigue siendo muy importante la calidad valórica que entrega la familia, considerándola de vital importancia a la hora de generar comportamientos de mayor o menor riesgo para ellos/as en todo ámbito. El medio en el que se desarrollan y desenvuelven es de gran importancia a la hora de tomar decisiones, así como también el grupo de amigos/as y los medios de comunicación, que están influyendo en los comportamientos que se generan en los y las jóvenes.

A su vez, dentro del grupo de amigos/as, los y las adolescentes generan espacios de conversación, donde se intercambian experiencias, anécdotas y conocimientos, muchas veces erróneos, que sin embargo, están contribuyendo a su formación como personas adultas. Del mismo modo, los y las jóvenes le otorgan mucha importancia al amor y respeto en la pareja, así como también a una buena comunicación tanto de pareja como familiar.

Estamos en una era donde la globalización en las comunicaciones permite tener acceso ilimitado a muchas fuentes de información sobre sexualidad para los y las jóvenes, sin embargo muchas de éstas fuentes sólo generan mitos y comportamientos erróneos, muchas veces riesgosos entre adolescentes, que los/as pueden llevar a sufrir infecciones de transmisión sexual a corta edad, embarazos adolescentes, o en el peor de los casos VIH/SIDA.

La percepción de riesgo que poseen los y las adolescentes se establece a partir de los conocimientos que poseen y que han adquirido a través de distintos medios, sin embargo los más relevantes siguen siendo la familia y el colegio, los cuales ejercen una influencia importante en sus vidas y desarrollo personal. Esta influencia está a su vez determinada según el nivel educacional de los padres, ya que mientras mayor es éste, mayor es la credibilidad y confianza que se le otorga a sus consejos. A su vez, si la familia no entrega una información confiable o no poseen los conocimientos sobre los que sus hijos/as requieren saber, éstos/as dirigen su atención y confianza en el colegio al que asisten.

Si bien los y las adolescentes manejan información respecto al tema del VIH/SIDA, esta información no está generando cambios conductuales en ellos/as, evidenciando una información pobre en sensibilización, dando como resultado jóvenes con mitos sobre el tema, pero con una base teórica, de la cual pueden sacar provecho a la hora de tomar decisiones, sin

embargo, como se señaló anteriormente, al no generar sensibilización sobre el tema, a la hora de protegerse no relacionan el peligro de contagio con la realidad de ellos/as.

Es así como ven al VIH/SIDA como algo lejano a su vida, lo cual genera sentimientos de invulnerabilidad y conductas mínimas de prevención. Cabe destacar en este aspecto que si bien los y las adolescentes ejercen conductas de prevención, éstas van dirigidas hacia evitar el embarazo adolescentes y no hacia las ITS o VIH/SIDA.

Acercas de los conocimientos sobre el tema del VIH/SIDA los y las adolescentes, reproducen acertadamente los contenidos escuchados o recibidos como: que puede transmitirse al tener relaciones sexuales sin protección, por contacto con sangre infectada o de la madre al feto. A su vez, las medidas de prevención que ellos/as nombran son el uso correcto del condón, pareja única, y abstinencia sexual, reconocen como grupos de mayor riesgo a los homosexuales, personas promiscuas y drogadictos, están informados a su vez de la feminización que está presentando esta epidemia, caracterizándose por el aumento en mujeres casadas con pareja sexual única.

Sin embargo, a pesar de estos conocimientos, existen fallas en aspectos concretos referidos a la diferencia entre el VIH y el SIDA y la presencia del SIDA entre adolescentes. Tales fallas en el conocimiento están contribuyendo a generar en los y las adolescentes creencias que les hagan pensar que el problema del SIDA es problema de "otros grupos" y confusión en la conducta preventiva basada en el uso del condón y en la concepción de las diferentes formas de transmisión del VIH.

Cabe destacar que no existen diferencias de género en cuanto a conocimientos acerca del tema, sin embargo, en las mujeres adolescentes existe un mayor interés en tomar medidas de prevención y a su vez los hombres delegan esta responsabilidad en sus parejas

La información que los y las adolescentes reciben por parte del colegio al que asisten, depende de las prioridades que cada institución tengan, basadas en los problemas que aquejan a su alumnado. Es así como en el colegio municipalizado se ahonda en el tema del VIH/SIDA y el embarazo adolescente, mediante charlas y trabajos, entregando a sus alumnos bases para su protección, las cuales muchas veces no son bien recibidas por ellos/as ya que como expresan, el tema muchas veces les aburre o es muy repetitivo el abordaje. A su vez, en el colegio particular el tema del VIH/SIDA según los y las adolescentes ha sido poco tratado, dando una mayor importancia a los temas como drogadicción y alcoholismo, dejando en manos de la familia la educación sexual de los y las jóvenes.

Si bien la familia en este grupo de jóvenes ha cumplido su función de educadora, ellos/as expresan una preocupación y una necesidad de que el colegio también sea un aporte en la materia. En este aspecto, durante el transcurso de esta investigación se pudo advertir que las necesidades de los y las adolescentes son las mismas en ambos establecimientos, deseando una información sobre sexualidad y VIH/SIDA más completa y de acuerdo a sus necesidades, haciéndolos partícipe de su propia educación en esta materia, de manera participativa, donde tengan la instancia de conocer distintos puntos de vista, ya sea de profesionales del área de la

salud como de otros/as adolescentes, donde se generen espacios de conversación y así compartir dudas, expectativas y experiencias.

Es aquí donde se tiene que hacer hincapié y dar importancia a las necesidades y peticiones de los y las adolescentes, considerándolos a la hora de hacer programas educacionales sobre temas de tanta importancia como son la sexualidad, ITS y VIH/SIDA, escuchando sus necesidades, para así generar una adolescencia informada de manera adecuada, motivándolos/as y fomentando su autocuidado, a fin de reducir los riesgos que conlleva una sexualidad poco informada, con mitos y creencias erróneas.

Muchas veces la adolescencia es tomada por parte de las instituciones educacionales y de salud como un problema, llevando con ellos/as un prejuicio que sesga las intenciones de ayudar a mejorar sus estilos de vida, o muchas veces actuando tarde, cuando el daño o riesgo ya se ha producido, generando con esto un desamparo en el cual los y las jóvenes no tienen en quien refugiarse o buscar ayuda en el momento adecuado.

La intervención adecuada y oportuna sobre la temática del VIH/SIDA, debe considerarse como un trabajo interdisciplinario, donde educación y salud se unan para integrar conocimientos y ser un aporte a la hora de cubrir las necesidades de los y las adolescentes, generando a través de una información clara y completa un cambio en las conductas de riesgo tanto sexuales como sociales.

Es aquí donde el/la profesional matrn/a debe asumir un rol clave, a través de la educación en los distintos niveles de atención, generando espacios de comunicación, así como también planificando y ejecutando planes de educación sexual en la comunidad en conjunto con establecimientos educacionales y otras instituciones comunitarias, como son centros de madres, centros de apoderados y juntas de vecinos entre otras, donde ambas áreas (salud y educación) se complementen de manera eficaz y abarcando no sólo a la comunidad adolescentes, sino también a otros grupos vulnerables de la sociedad, como son las mujeres, fomentando una vida sexual sin riesgos. No se debe dejar de lado a su vez el rol investigador, estudiando las necesidades y problemáticas que aquejan tanto a la población adolescente como a grupos vulnerables dentro de la sociedad, acercándose a la comunidad a fin de generar espacios de confianza y apoyo, en los cuales la intervención como profesionales, sea acorde con las necesidades, problemas e inquietudes de la comunidad, contribuyendo de esta manera, en la promoción y prevención en salud.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. AGUIRRE, A. 1995. Etnografía: metodología cualitativa en la investigación sociocultural. Editorial Boixareu Universitaria Marcombo. Pp: 103, 172-173.

2. BACKET, M.; M. DAVIES; A. PETROS-BARVAZIAN. 1985. El Concepto De Riesgo En La Asistencia Sanitaria. OMS cuadernos de salud publica. 110p.

BERKES, F., FOLKE, C. 2005. Capital cultural, capital natural y desarrollo sustentable: una perspectiva sistémica. Disponible en: <<http://www.ine.gob.mx/ueajei/publicaciones/gacetas/152/capital.html>> (Consultado el 7 Diciembre 2006).

BOBADILLA, E.; R. FLORENZANO. 1981. El Adolescente En Chile: Características y Problemas. Corporación de Promoción Universitaria. Pp. 20-35.

BORUCHOVITCH, E. 1992. Factors associated with the non-utilization of contraceptives in adolescence. *Rev. Saúde Pública*. [online]. vol.26, no.6. Disponible en: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101992000600010&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0034-8910. (Consultado el 25 Octubre 2004).

CABALLERO HOYOS, R.; A. VILLASENOR SIERRA; A. HIDALGO SAN MARTIN. 1997. (b). Fuentes de información y su relación con el grado de conocimientos sobre el SIDA en adolescentes de México. *Rev. Saúde Pública*. [online]. vol.31, no.4. Disponible en: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000400004&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0034-8910. (Consultado el 26 Octubre 2004).

CABALLERO-HOYOS, R.; A. VILLASENOR-SIERRA. 2003. (a) Conocimientos sobre VIH/SIDA en Adolescentes Urbanos: Consenso Cultural de Dudas e Incertidumbres. *Salud pública Méx*. [online]. 2003, vol.45. Disponible en: <http://scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003000700014&lng=en&nrm=iso>. (Consultado el 26 Octubre 2004).

CAMPOS ARIAS, A.; OLIVO ARRIETA, C. 2002. Factores de riesgo para ETS-VIH y educación sexual en adolescentes. Sociedad Colombiana de Pediatría. Revista de Pediatría, volumen 37 N° 2. Junio 2002. Disponible en: <<http://www.encolombia.com/medicina/pediatrica/pediatrica37202-factoresderiesgo.htm>>. (Consultado el 10 Diciembre 2006).

DOUGLAS, M. 1996. La Aceptabilidad Del Riesgo Según Las Ciencias Sociales. 1ª ed. España. Editorial Paidós Studios. 120p.

DULANTO, E. 2000. El adolescente. México. McGraw-Hill Interamericana editores. 1373 p.

FAMILY HEALTH INTERNATIONAL (FHI). 1997. Involucramiento de Personas Jóvenes en Programas de Salud Reproductiva. Disponible en: <<http://www.fhi.org/en/youth/youthnet/publications/focus/infocus/involvingyouthinprogramss.p.htm>> (consultado el 7 Diciembre 2006).

FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES (FLACSO). 2005. Informe de actividades FLASCO- Chile. Santiago. (Disponible en: <http://www.flacso.cl/flacso/biblos.php?code=1849>) (Consultado el 12 Diciembre 2006)

GAYET, C.; C. ROSAS; C. MAGIS; P. URIBE. 2002. (a). With whom do Mexican teenagers talk about AIDS?. *Salud pública Méx.* [online], vol.44, no.2. Disponible en: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000200006&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0036-3634. (Consultado el 26 Octubre 2004).

GAYET, C.; F. JUAREZ; L. PEDROSA; C. MAGIS. 2003. (b). Condom use among Mexican adolescents to prevent sexually transmitted infections. *Salud pública Méx.*, vol.45. Disponible en: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003001100008&lng=en&nrm=iso>. (Consultado el 26 Octubre 2004).

GUERRA, D. 2004. Apuntes de Clases, Metodología Cualitativa.

HERNÁNDEZ, R. 2003. Metodología de la Investigación. 3ª ed. Editorial México McGraw-Hill. 705p.

HERRERA, C.; LCAMPERO. 2002. La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. Disponible en: <<http://www.insp.mx/salud/index.html>> (Consultado el 27 Octubre 2004).

HERRERA SANTI, Patricia. 2000. Rol de género y funcionamiento familiar. *Rev. Cubana Med Gen Integr.* [online]. nov.-dic., vol.16, no.6, p.568-573. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252000000600008&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0864-2125. (Consultado el 7 Diciembre 2006).

INOSTROZA, C.; J. QUIJADA. 2000. La Adolescencia. Disponible en: <<http://udec.cl/ivalfaro/apsique/desa/adolescencia.html>> (Consultado el 16 Octubre 2004).

INSTITUTO NACIONAL DE LA JUVENTUD (INJ). CHILE 2001. Tercera Encuesta Nacional De La Juventud. Santiago de Chile. Disponible en: <<http://www.inj.cl>> (Consultado el 29 Octubre 2004)

ISIS INTERNACIONAL. 2001. Jóvenes en Riesgo: Adolescentes y Salud Sexual. Publicación trimestral del programa mujeres y salud de ISIS internacional.

KENDLER, H. 2001. La sexualidad en los adolescentes. Traducido por Susana Petit y Judith Cohen. Informe del Planned Parenthood Federation of America. P. irr.

KRAUSKOPF, D. 2005. Las Conductas de Riesgo en la Fase Juvenil. Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad de Costa Rica. San José. Seminario “La Evolución Del Concepto De Salud Y El Enfoque De Riesgo”. Disponible en: http://www.iin.oea.org/Cursos_a_distancia/Lecturas%208y9_UT_1.pdf. (Consultado el 22 de Noviembre 2006)

MARTINEZ, J. 2000. El adolescente y sus pares. En: DULANTO, E. El adolescente. México. McGraw-Hill Interamericana editores. 1373 p.

MARCOVICI, K. 2002. “El UNGASS, género y la vulnerabilidad de la mujer al VIH/SIDA en América Latina y el Caribe”. Programa Mujer, Salud y Desarrollo Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/GE/GenderandHIVSpanish.pdf>. (Consultado el 19 de noviembre 2006)

MATUS, C. 2005. El carrito como escenario. Una aproximación etnográfica a los códigos de la sexualidad ocasional en jóvenes urbanos. Última década n° 22, CIDPA Valparaíso, agosto 2005, pp. 9-37. disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/udecada/v13n22/art02.pdf>. (Consultado el 11 de Agosto 2006)

MINISTERIO DE SALUD (MINSAL), CORPORACIÓN NACIONAL DEL SIDA (CONASIDA). CHILE 1999. Boletín epidemiológico trimestral de CONASIDA. Número 11. Disponible en: <<http://www.conasida.cl>>. (Consultado el 29 de Octubre 2004).

MINISTERIO DE SALUD (MINSAL), CORPORACIÓN NACIONAL DEL SIDA (CONASIDA). CHILE 2000. Estudio nacional del comportamiento sexual.

Disponible en: <<http://www.conasida.cl>>. (Consultado el 29 de Octubre 2004).

MINISTERIO DE SALUD (MINSAL), CORPORACIÓN NACIONAL DEL SIDA (CONASIDA). CHILE. 2001. Resumen epidemiológico de SIDA N° 15 Caracterización epidemiológica del VIH/SIDA en Chile a Diciembre del 2001. Disponible en: <<http://www.conasida.cl>>. (Consultado el 29 de Octubre 2004).

MINISTERIO DE SALUD (MINSAL), CORPORACIÓN NACIONAL DEL SIDA (CONASIDA). CHILE. 2005. Situación del VIH-SIDA en el mundo y Chile. Disponible en : <http://www.conasida.cl>. (Consultado el 15 de Octubre 2006).

MINISTERIO DE SALUD (MINSAL), DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA (DIPLAS). CHILE. 2006. Evolución del VIH-SIDA en Chile 1986 – 2005. Disponible en: http://epi.minsal.cl/epi/html/bolets/reportes/Pais_86-05%20vih%20sida%20epi.pdf (Consultado el 20 de Diciembre 2006).

MOLINA, R., SANDOVAL, J., GONZÁLEZ, E. 2003. Salud Sexual y Reproductiva en la adolescencia. Chile. Editorial Mediterráneo. 888 p.

MURRAY, N., ZABIN, L., TOLEDO-DREVES, V., LUENGO-CHARATH, X. 1998. Diferencias de género en factores que influyen en el inicio de relaciones sexuales en adolescentes escolares urbanos en Chile. Disponible en: <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/24spa00498.pdf>. (consultado el 2 de Noviembre 2006).

NECCHI, S.; M. SCHUFER. 2001. Adolescente Varón: Iniciación Sexual y Anticoncepción. *Rev. Chil. Pediatría*. [online], vol. 72, no. 2. p. 159-168. Disponible en: <http://www.sap.org.ar/archivos/1999/arch99_2/99_101_108.pdf> (Consultado el 26 Octubre 2004).

PAPALIA, D.; S. WENDKOS; R. DUSKIN, R. 2001. Psicología del Desarrollo. 8ª ed. Editorial Mc Graw Hill. 837p.

PÉREZ SERRANO, G. 2000. Investigación Cualitativa. Retos e interrogantes. II. Técnicas y análisis de datos. 3ª ed. Editorial La Muralla. Madrid. 198p.

PÉREZ SERRANO G. 2001. Modelos de Investigación Cualitativa en Educación Social y animación Sociocultural. 2ª ed. Ediciones Nancea. Madrid. 319p.

PRODEMU. 2005. Dinámica Familiar. Disponible en: <http://www.cpuente.cl/agencia/recursos/familiar/DINAMICA%20FAMILIAR1.pdf> (consultado el 22 de Noviembre de 2006).

PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA (ONUSIDA); ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). 2005. Situación de la epidemia de SIDA Diciembre de 2005. Disponible en: <http://www.onusida.org.co/documentos/situaciondelaepidemiadesida2005.pdf>. (Consultado: 22 de Noviembre 2006)

RODRÍGUEZ, G., GIL, J., GARCÍA, E. 1999. Metodología de la investigación cualitativa. 2ª ed. Ediciones Aljibe. Málaga. 378p.

ROMERO DE CASTILLA, R.; LORA, M y CAÑETE, R. 2001. Adolescentes y fuentes de información de sexualidad: preferencias y utilidad percibida. Atención Primaria; 27(1): 12-17

SÁNCHEZ, M. 2002. Como los discursos sobre identidad y sexualidad adolescente inhiben o facilitan la percepción de riesgo. Oficina Asesora De Género y Derechos Sexuales y Reproductivos. Artículo de PROFAMILIA, Chile. Disponible en: http://www.profamilia.cl/investigaciones/arch22_1.html (Consultado el 28 Octubre 2004).

SCHUTT-AINE, J., MADDALENO, M. 2003. Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/SSRA.pdf> (Consultado el 7 Diciembre 2006).

SINGH, S., WOLF D., SAMARA, R., CUCA, Y. 2000. Diferencias según sexo en el momento de la primera relación sexual: Datos de 14 Países. Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar Págs. 14-22. Disponible en: <http://www.gutmacher.org/pubs/journals/2601400S.pdf> (Consultado el 18 de Octubre 2006)

STAKE, R. E. 1999. Investigación con estudio de casos. 2ª ed. Madrid, Morata. 157p.

STRAUSS, A., CORBIN J. 2002. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Primera Edición. Colombia. Editorial Universidad de Antioquia. 341p.

TAYLOR, S. J.; R. BODGAN. 1987. Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados". Barcelona, Paidós.

7. ANEXOS

ANEXO N° 1**CUESTIONARIO DE INVESTIGACION**

TEMA: “PERCEPCIÓN DE RIESGO DE CONTAGIO VIH/SIDA EN ADOLESCENTES DE VALDIVIA”

AUTORA: Ivette Retamal Jelvez.

Tesista de Obstetricia y Puericultura.

Universidad Austral de Chile.

Querido(a) Estudiante:

El siguiente cuestionario forma parte de un trabajo de investigación para la carrera de Obstetricia y Puericultura de la UACH.

Consta de 10 preguntas.

El objetivo de esta investigación es *“Determinar la percepción de riesgo de contagio VIH/SIDA que poseen las y los adolescentes que cursan Tercer año medio en dos Establecimientos Educativos de la Ciudad de Valdivia”*.

Para tu seguridad este cuestionario es confidencial y los nombres serán conocidos sólo por la investigadora.

Por favor contesta sinceramente ya que tus respuestas son muy importantes para la investigación.

Muchas Gracias por tu cooperación.

Valdivia, 2006

Nombre: _____

Curso: _____

Edad: _____

Sexo: F M

1. ¿Has tenido pareja (pololo/a) el último año?

- a) Si
- b) No

2. ¿Has practicado juegos eróticos sin llegar a la relación sexual en los últimos dos años?

- a) Si
- b) No

3. ¿Has tenido relaciones sexuales en los últimos dos años?

- a) Si
- b) No

4. ¿Cuál fue tu motivo para tener relaciones sexuales?

- a) Curiosidad.
- b) Amor.
- c) Por aprender.
- d) Obligado/a.
- e) Otro.
- f) No he tenido relaciones sexuales

5. ¿Cuántas parejas **sexuales** has tenido el último año?

6. ¿Qué has escuchado sobre el VIH/SIDA?

7. ¿Cuál ha sido tu vía de información **más importante** acerca del tema?
(Marca sólo la alternativa más importante)

- a) diarios y/o revistas
- b) televisión

- c) amigos
- d) familia
- e) alguien del área de la salud (médicos, enfermeras/os, matronas/es, etc)
- f) colegio (profesores)

8. Define con tus palabras lo que entiendes por “Riesgo”

9. Según lo que sabes o has escuchado.
¿Qué debe hacer una persona para estar en riesgo de contraer el VIH y SIDA?

10. Nombra las vías de contagio de VIH/SIDA que conoces o has escuchado

ANEXO N° 2**ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA**

¿Con quien vives?

¿Como es la comunicación/relación con tu familia?

¿Que temas se conversan?

¿Se conversa o ha conversado alguna vez en tu familia sobre el tema del VIH o SIDA?

¿Con quien tienes más confianza?

Que sabes sobre el VIH/SIDA

¿Que factores de riesgo tiene una persona para contraer el virus?

¿Cuales son las vías de transmisión que conoces?

¿Cuales son las medidas de prevención? – practicas de autocuidado

¿Que has escuchado o sabes sobre el curso de esta enfermedad?

¿De donde has sacado la información que sabes? Cual ha sido el principal medio por el cual has obtenido esta información?

¿Que información te ha entregado el colegio/liceo? ¿Que información te entrega tu familia?

¿Que información te entregan tus amig@s?

¿Encuentras que la información que se les entrega es adecuada, suficiente o completa?

¿Que información falta?, ¿en que forma te gustaría recibir la información? (charlas, testimonios, foros, teoría, investigación)

¿Como encuentras que es la información que manejan las mujeres versus los hombres?

¿Quien a tu juicio sabe más y lleva a la práctica lo que sabe, hombres o mujeres?

¿Que es significa para ti la palabra riesgo?

¿Que factores están influyendo en una persona de tu edad o ya sea en ti para que tengas un sentimiento de mayor o menor riesgo de contagio? ¿Que hace que una persona de tu edad sienta que no tiene riesgo o que tenga riesgo?

¿Crees que este virus pueda llegar a afectarte? (cercanía con el riesgo de contagio)

¿Cuántos pololos has tenido?

¿Se conversa este tema con ellos?, ¿Cuándo y como se conversa? ¿Que conversan?

¿Has tenido relaciones sexuales con penetración?, ¿Como te has cuidado?

¿Cómo consideras que es el apoyo a uds l@s adolescentes al momento de pedir consejos de anticonceptivos o protección contra el embarazo e ITS?

¿A que persona acudes cuando tienes que tomar alguna decisión sobre métodos anticonceptivos?

¿Has hablado con alguna persona del área de la salud sobre el sida y los métodos anticonceptivos?

¿Consideras el condón como un método seguro para TI al momento de cuidarte del contagio del VIH?

ANEXO 3**Acta de Consentimiento Informado para la investigación**

Investigadora Responsable: Ivette Junne Retamal Jelvez.

Título del Proyecto:

Percepción de riesgo de contagio VIH/SIDA en adolescentes que cursan tercer año medio en dos Establecimientos Educativos de la Ciudad de Valdivia

Se me ha solicitado participar en una investigación que tiene como propósito determinar la percepción de riesgo de contagio VIH/SIDA que poseen las y los adolescentes que cursan Tercer año medio en dos Establecimientos Educativos de la Ciudad de Valdivia.

Al participar en este estudio, yo estoy en pleno conocimiento de los objetivos de la investigación. 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: Ivette Junne Retamal Jelvez. Fono: 08-1578269.
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 forzado u obligado.

Investigadora Responsable

Estudiante