

Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas

"Actitud de adolescentes y jóvenes ante los comportamientos para la
prevención de Infecciones de Transmisión Sexual -ITS-, Virus de
Inmunodeficiencia Humana -VIH- y Síndrome de Inmunodeficiencia
Humana -SIDA- recomendados por la Estrategia Nacional de
Información, Educación y Comunicación en Salud Sexual y
Reproductiva"

Municipio de Santiago Atitlán
Departamento de Sololá
2,005

Tesis

Presentada a la Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

Por

Rony David Argueta Cifuentes

Médico y Cirujano

Guatemala, Octubre de 2005

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA,

HACE CONSTAR

Que el Bachiller:

Carnet

Rony David Argueta Cifuentes

199819073

Ha cumplido con los requisitos solicitados por esta Unidad Académica, previo a optar al título de Médico y Cirujano, en el grado de Licenciatura y habiendo presentado el trabajo de tesis titulado:

"Actitud de adolescentes y jóvenes ante los comportamientos para la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual -ITS-, Virus de Inmunodeficiencia Humana -VIH- y Síndrome de Inmunodeficiencia Humana -SIDA-, recomendados por la Estrategia Nacional de Información, Educación y Comunicación en Salud Sexual y Reproductiva"
Municipios de Santiago Atitlán
Departamento de Sololá
agosto - septiembre 2005

Trabajo asesorado por el Lic. Rafael Estuardo Espinoza Méndez, y revisado por el Dr. Erwin Humberto Calgua Guerra, quienes avalan y firman conformes, por lo que, se emite y sella la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

Dado en la Ciudad de Guatemala, el diez de octubre de dos mil cinco.


DR. CARLOS ALBERTO ALVARADO BUCMAS
DECANO



Guatemala, 14 de octubre del 2005

Señor Bachiller:

Carnet

Rony David Argueta Cifuentes

199819073

Se le informa que su trabajo de tesis titulado:

"Actitud de adolescentes y jóvenes ante los comportamientos para la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual -ITS-, Virus de Inmunodeficiencia Humana -VIH- y Síndrome de Inmunodeficiencia Humana -SIDA-, recomendados por la Estrategia Nacional de Información, Educación y Comunicación en Salud Sexual y Reproductiva"
Municipio de Santiago Atitlán
Departamento de Sololá
agosto - septiembre 2005

Ha sido **REVISADO** y **CORREGIDO**, y al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Unidad, se le autoriza a continuar con los trámites correspondientes para someterse a su Examen General Público.
Sin otro particular.

Atentamente,

"DÉJENLOS ENSEÑAR A TODOS"

Dr. Edgar Rodolfo de León Barillas
Coordinador
Unidad de Tesis



TABLA DE CONTENIDO

Señores
Unidad de Tesis
Facultad de Ciencias Médicas
Presente

Señores:

Se les informa que el Bachiller abajo firmante

Rony David Argueta Cifuentes



ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:

"Actitud de adolescentes y jóvenes ante los comportamientos para la prevención de infecciones de Transmisión Sexual -ITS-, Virus de Inmunodeficiencia Humana -VIH- y Síndrome de Inmunodeficiencia Humana -SIDA-, recomendados por la Estrategia Nacional de Información, Educación y Comunicación en Salud Sexual y Reproductiva"
Municipio de Santiago Atitlán
Departamento de Sololá
agosto - septiembre 2005

Del cual, los autores, asesores y revisor nos hacemos responsables por el contenido, metodología, confiabilidad y validez de los datos y resultados obtenidos, así como de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.



ASESOR
Lic. Rafael Estuardo Espinoza Méndez
FIRMA Y SELLO
RAFAEL ESTUARDO ESPINOZA M.
LIC. EN PSICOLOGIA
COL. 4.426



Dr. Erwin H. Calgua G.
Medico y Cirujano
Col. 12,265
REVISOR
Dr. Erwin Humberto Calgua Guerra
FIRMA Y SELLO
Registro de Personal:

TABLA DE CONTENIDO

<i>Capítulo</i>	<i>Página</i>
1. Resumen	1
2. Análisis del problema	3
2.1. Antecedentes	4
2.2. Definición del problema	5
2.3. Delimitación del problema	5
2.4. Planteamiento del problema	5
3. Justificación	7
3.1. Magnitud	8
3.2. Trascendencia	8
3.3. Vulnerabilidad.	8
4. Revisión teórica y de referencia	
4.1. Departamento de Sololá	
4.1.1. Síntesis histórica	9
4.1.2. Datos generales	9
4.1.3. Religión	9
4.1.4. Aspectos territoriales	10
4.1.5. Condiciones climáticas y zonas de vida	10
4.2. Infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH/SIDA	
4.2.1. Clasificación de las ITS según manifestaciones clínicas	13
4.2.2. VIH/SIDA panorama mundial	14
4.2.3. VIH/SIDA panorama latinoamericano	15
4.2.4. VIH/SIDA panorama centroamericano	16
4.2.5. VIH/SIDA panorama guatemalteco	18
4.2.6. VIH/SIDA panorama en Sololá	20
4.3. Adolescentes y jóvenes:	
4.3.1. Principales características en el desarrollo de la adolescencia y juventud	22
4.3.2. El adolescente y joven en Guatemala	25
4.3.3. Situación actual de la adolescencia y la juventud en Guatemala	26
4.4. Actitud	
4.4.1. Actitud y conducta o comportamiento	27
4.4.2. Estructura de la actitud	28
4.5. Teorías de cambios de comportamiento para la prevención de VIH/SIDA	
4.5.1. Modelo de la reducción de riesgo de SIDA	28
4.5.2. Modelo de creencias de salud	29
4.5.3. Teoría capital-social	29
4.5.4. Teoría social-cognitiva	29
4.5.5. Teoría de acción razonada	30
4.5.6. Teoría de la red social	31
4.5.7. Teoría de la difusión de innovación	31
4.5.8. Teoría de sistema ecológico	32

4.5.9. Teoría de las etapas de cambio	32
4.5.10. Teoría para el cambio individual o social o modelo del fortalecimiento	33
4.5.11. Teoría de género y poder	33
4.5.12. Reducción del daño	33
4.6. Comunicación para el cambio de comportamiento en VIH/SIDA	
4.6.1. El rol estratégico de la comunicación para el cambio de comportamiento	34
4.6.2. Las metas de la comunicación para el cambio de comportamiento	35
4.6.3. Pasos esenciales para desarrollar una estrategia de comunicación para el cambio de comportamiento	35
4.6.4. Características a tomar en cuenta para la efectividad de estrategias de CCC.	36
4.7. Actitudes y comportamientos para la prevención de VIH/SIDA	37
4.7.1. Plan de vida	38
4.7.2. Participación social	39
4.7.3. Red de apoyo	39
4.7.4. Conducta sexual	40
4.7.5. El uso de condón	41
4.7.6. El consumo de alcohol o drogas	41
4.8. Investigación cualitativa	41
4.9. Metodología etnográfica	42
4.10. Grupos focales	43
5. Hipótesis y Objetivos	45
5.1. Hipótesis	45
5.2. Objetivo general	43
5.3. Objetivos específicos	43
6. Diseño del estudio	
6.1. Tipo de estudio	47
6.2. Unidad de análisis	47
6.3. Población y muestra	47
6.4. Definición y operacionalización de las variables	
6.4.1. Características sociodemográficas	47
6.4.2. Actitud hacia los comportamientos	48
6.5. Técnicas, procedimientos e instrumento utilizado	
6.5.1. Método	52
6.5.2. Validación del instrumento	52
6.5.3. Trabajo de campo	52
6.6. Aspectos éticos de la investigación.	55
6.7. Alcances y limitaciones de la investigación.	
6.7.1. Alcances	56
6.7.2. Limitaciones	56
6.8. Plan de análisis y tratamiento estadístico de los datos.	56

7. Presentación de resultados.	57
8. Análisis, discusión e interpretación de resultados	79
9. Conclusiones	89
10. Recomendaciones	91
11. Referencias bibliográficas.	93
12. Anexos	97

1. RESUMEN

Actualmente se está trabajando en el diseño de una estrategia nacional para la prevención de embarazo temprano e infecciones de transmisión sexual incluyendo al VIH/SIDA. Dicha estrategia, tendrá como uno de sus ejes, la promoción de diez comportamientos entre los adolescentes y jóvenes, los cuales, fueron formulados por diversas organizaciones que trabajan en la prevención del SIDA.

La presente investigación, se diseñó, con el objetivo de determinar cual puede ser la aceptación que esos comportamientos tengan en la población a la que van dirigidos. Para explorar esa aceptación, se definió que estudiar la actitud que adolescentes y jóvenes tengan hacia cada uno de los diez comportamientos propuestos, es una forma de aproximación hacia que impacto puede tener en los comportamientos de esa población.

Las actitudes, fueron analizadas para cada comportamiento en sus tres componentes, el cognitivo, que da cuenta de lo que el individuo conoce, lo afectivo, que explica lo que el individuo siente y lo conativo conductual, que trata de la intención de ese mismo individuo hacia un objeto dado. Se recurrió a la metodología de la investigación cualitativa, tomando como base algunos aspectos del método etnográfico, y recolectando los datos, con la técnica de los grupos focales.

El trabajo de campo, se realizó en los meses de agosto y septiembre 2005 en el departamento de Sololá, en el municipio Santiago Atitlán el cual es el municipio de más alta incidencia en este departamento. La muestra la conformaron 32 individuos entre adolescentes y jóvenes de ambos sexos, contando con representantes cakchiqueles, estudiantes de básicos, diversificado y no estudiantes.

Los datos obtenidos, fueron analizados con la metodología de análisis cualitativo, con la colaboración y supervisión de el Licenciado en Psicología Estuardo Espinosa (Asesor) y el Dr. Edwin Calgua (Revisor). El análisis, fue realizado buscando explicar por separado lo expresado tanto por hombres como por mujeres, observándose diferencias que deben ser tomadas en cuenta.

La investigación concluye con la recomendación general de un replanteamiento de la estrategia mencionada y algunas recomendaciones específicas para el inicio pronto en la promoción de algunos de esos comportamientos.

2. ANÁLISIS DEL PROBLEMA

2.1. ANTECEDENTES

Según el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana / Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA), (ONUSIDA), en el 2000 se calculaba que unos 36 millones de personas vivían con VIH y en ese mismo año unos 5.3 millones de personas se infectaron en todo el mundo. Esta misma institución, junto a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), indican, que en Latino América, 1 millón 400 mil personas conviven con este mal. Recalcando además, que el cincuenta por ciento de los nuevos contagios se registran en la población de 10 a 25 años. (13)

Mundialmente los programas diseñados para prevenir las Infecciones de Transmisión sexual (ITS), incluyendo VIH/SIDA, para los adolescentes y jóvenes son relativamente nuevos. En todos los programas se ha propuesto el uso de teorías sociales y del comportamiento para promover en adolescentes conductas que ayuden a prevenir la transmisión de ITS. Por eso ahora, la Organización Mundial de la Salud (OMS), OPS, UNICEF, el Banco Mundial, entre otros, que trabajan en este tema, se enfocan en el diseño y desarrollo de Estrategias de Información, Educación y Comunicación (IEC) con énfasis en la Comunicación para Cambios de Comportamientos (CCC), llevando a cabo proyectos de investigación en países en vías de desarrollo de África, Asia y Latino América, en los que la incidencia de VIH/SIDA va en aumento. (40)

Dentro de los comportamientos recomendados en las estrategias, están: el uso del condón, el retraso de la primera relación sexual, la fidelidad, el reconocimiento por parte del varón del valor de la opinión de una mujer ante sus derechos sexuales, la autoeficacia, entre otros. (19,40)

En Centro América, entre los programas o proyectos para combatir la epidemia, se encuentran: El uso de condones VIVE, líneas abiertas de información telefónicas sobre ITS/VIH/SIDA, educación formal sobre ITS/VIH/SIDA para jóvenes, *Integración del tema de ITS/VIH/SIDA en programas de Salud Materno Infantil*, cambios de comportamiento sobre el uso de condón en audiencias predominantemente masculinas, etc. Estos programas o proyectos, son ejecutados en su mayoría por Organizaciones No Gubernamentales (ONG), o son resultado de acciones en conjunto con organizaciones gubernamentales. (12,38)

En Guatemala, los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil del 2002 (ENSMI-2002), evidenciaron la necesidad de diseñar y desarrollar estrategias para promover comportamientos que prevengan el apareamiento de ITS (lo que incluye VIH/SIDA) y el embarazo precoz en Adolescentes (10 - 19 años) y Jóvenes (20 - 24 años) del país. (17)

De esta cuenta en Guatemala surgió la Estrategia Nacional de Información, Educación y Comunicación en Salud Sexual y Reproductiva de (IEC/SSR) con el propósito de disminuir la prevalencia de ITS/VIH/SIDA en este grupo poblacional. Esta estrategia, esta siendo elaborada, por el Grupo Técnico Interinstitucional (GTI-IEC), liderado por el componente de Salud Integral de la Adolescencia (SINA), del Programa Nacional de Salud Reproductiva (PNSR) y del Programa Nacional de Control y Prevención del SIDA (PNS), del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de (MSPAS). El citado grupo, cuenta con la asesoría

técnica de Calidad en Salud de USAID Guatemala. La estrategia actual tiene como base la Estrategia Nacional de IEC en Salud Reproductiva (IEC/SSR), llevada a cabo en el año 2000 y cuyo énfasis fue en la Planificación Familiar (PF).

Como fase inicial del diseño de la Estrategia Nacional IEC/SSR, se llevaron a cabo talleres a finales del 2003 y principios 2004, en los cuales participaron técnicos en salud y adolescentes¹ de diversas regiones del país, a quienes se les presentaron los diez comportamientos recomendados para la prevención de ITS/VIH/SIDA con el propósito de evaluar el impacto y la factibilidad de cubrir la demanda de servicios de salud que genere la estrategia y la posibilidad que los adolescentes puedan adoptar los comportamientos recomendados por la estrategia nacional.

Los comportamientos recomendados que propone la IEC/SSR son: elaborar y ejecutar un plan de vida, hablar de sexualidad, sexo y planes de vida con adultos, hablar de sexualidad y planes de vida con otros adolescentes, retrasar la primera relación sexual, practicar la masturbación como medio de satisfacción sexual, usar condón en cada relación sexual, y otros cuatro más. (19)

En Guatemala, estudios como la ENSMI-2002, el proyecto antropológico "Lo que Todo Adolescente Tiene Derecho a Saber", y una serie de talleres con jóvenes y organizaciones que trabajan para la prevención y tratamiento del VIH/SIDA sobre "Salud Sexual y Reproductiva de adolescentes y Jóvenes" y "Conocimiento de ITS, Incluyendo VIH/SIDA y formas de evitarlo", han permitido tener una idea muy básica sobre los comportamientos y actitudes de los adolescentes y jóvenes en relación a la prevención de ITS/VIH/SIDA. Sin embargo un estudio que específicamente aborde las *actitudes* de los adolescentes y jóvenes hacia los comportamientos recomendados por la estrategia nacional, no existen. (12)

2.2. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La Estrategia Nacional de IEC/SSR pretende disminuir el riesgo para la transmisión de ITS/VIH/SIDA en estos grupos poblacionales, a través de la promoción para la adopción de los comportamientos recomendados en dicha estrategia.

De ahí que sea necesario que los comportamientos recomendados por la estrategia nacional sean ahora presentados a grupos de adolescentes que cumplan las características de los grupos blanco a quienes va dirigida la estrategia y que en los talleres fueron definidos como "audiencias primarias".² Esto con la finalidad de conocer las actitudes hacia los comportamientos recomendados, especialmente en los grupos blanco que habitan en el área rural.

¹ Tomando en cuenta, los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI), específicamente, en lo concerniente a Adolescentes (10 - 19 años) y Jóvenes (20 - 24 años), el propósito general, es por tanto, promover comportamientos para la prevención del embarazo precoz y/o no planificado, ITS incluyendo el VIH/SIDA, en estos grupos de población. Esta estrategia, ofrece implicaciones positivas en la salud y la economía, además contribuir en la productividad y en el ahorro de gastos en intervenciones curativas en el futuro.

² Audiencia primaria fue definida en un documento inédito proporcionado por Calidad en Salud los talleres como: adolescentes (10 - 19 años) y los jóvenes (20 - 24 años) mujeres y hombre indígenas, residentes en el área rural, sin educación o con nivel educativo bajo, principalmente sin hijos, así, como los adolescentes y jóvenes, indígenas y ladinos residentes en áreas urbano - marginales, sin educación o con niveles educativos bajos, principalmente sin hijos.

2.3. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

El estudio se realizó en el departamento de Sololá, en el municipio de Santiago Atitlán, que es considerado el municipio de mayor incidencia de ITS/VIH/SIDA, con adolescentes y jóvenes en los meses de agosto y septiembre del 2005.

2.4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las actitudes de los adolescentes y jóvenes en el municipio de Santiago Atitlán, del departamento de Sololá, ante los comportamientos para la prevención de ITS/VIH/SIDA propuestos por la Estrategia Nacional de IEC/SSR?

3. JUSTIFICACIÓN

3.1. MAGNITUD

Según ONUSIDA en el 2000 se calculó que unos 36 millones de personas vivían con VIH y en ese mismo año unos 5.3 millones de personas se infectaron en todo el mundo. La OPS en Latino América reportó en el mismo año, que 1 millón 400 mil personas convivían con este mal. Un hallazgo alarmante de ese mismo reporte es que el cincuenta por ciento de los nuevos contagios se registraron en la población comprendida entre los 10 a 25 años de edad. Para el 2001, encuestas realizadas en 17 países, demostraron que más de la mitad de los adolescentes encuestados no sabían nombrar ni un solo método para protegerse del VIH/SIDA, calculándose para ese año, que cada mes que se retrasaba la campaña masiva para detener la epidemia, 444,000 personas más se infectaban. (7)

Para controlar esta epidemia, se han diseñado y desarrollado estrategias de comunicación para la población en general, lo que ha tenido ciertos resultados favorables. Sin embargo, en la actualidad se propone que para que tengan éxito estas estrategias, se deben enfocar a ciertos grupos específicos que se caracterizan por su vulnerabilidad y capacidad para modificar comportamientos, como es el caso de los adolescentes y jóvenes.

En el área de Salud de Sololá, desde 1984 hasta diciembre del 2004, se han reportado 44 casos de SIDA de los cuales 25% son del sexo femenino y 75% masculino. Del total de casos reportados 9 pertenecen al grupo comprendido entre los 10 a 24 años de edad. La distribución de casos por municipio se observa de la siguiente manera: Sololá 17, Santiago Atitlán 10³, Panajachel 4, Nahualá 4, y 9 casos que no registran el municipio. (7)

Los casos notificados de pacientes con VIH/SIDA en el departamento de Sololá, aumentan a una razón de siete casos por año. El Centro para el Control de las Enfermedades (CDC) de Atlanta, advierte que en Guatemala por cada caso notificado, existen veinte más no notificados, que la población afectada es mayormente joven, que las tasas de morbilidad por ITS (que no incluyen al VIH/SIDA), son elevadas en el departamento de Sololá, con la posibilidad de subregistros de aproximadamente 50%, además, los indicadores de Riesgo Reproductivo del Departamento, como tasa de embarazos en adolescentes y número de hombres con VIH/SIDA, también se encuentran elevados. Todo lo anterior lleva a suponer que las estrategias para controlar el problema no están dando resultado. (24)

A nivel mundial, las estrategias para combatir ITS/VIH/SIDA, se están orientando hacia los programas de prevención, que promueven cambios de actitudes y comportamientos, basados en teorías sociales, que han demostrado ser eficaces en adolescentes de países con alta incidencia de las mismas, y con características socioculturales similares en términos generales a las nuestras. El impulsar en Guatemala, tales estrategias, implicará, inversión de recurso material y humano, que de ser efectivo, se reflejará en disminución en tasas de incidencia de las enfermedades en mención, disminución en gastos en servicios de salud y medicamentos, y

³ Actualmente se está realizando un tamizaje donde se han encontrado nuevos casos de personas que viven con VIH/SIDA, especialmente trabajadoras del sexo. Aun no se tiene el total de casos, pero se sabe a la fecha que el municipio de Santiago Atitlán está registrando el mayor número de casos. (información proporcionada por el Área de Salud de Sololá en Septiembre del 2005).

disminución en la incidencia en la población económicamente activa, cuya contribución socioeconómica es fundamental.

Por lo anterior, explorar las actitudes hacia los comportamientos recomendados por parte de los adolescentes y jóvenes, será de utilidad para impulsar la Estrategia Nacional de IEC/SSR.

3.2. TRASCENDENCIA

El presente estudio permitió explorar, por primera vez, las actitudes de los adolescentes jóvenes frente a los comportamientos recomendados por la Estrategia Nacional IEC/SSR.

Además, se realizó en el Departamento de Sololá, donde la diversidad étnica, económica, lingüística y cultural, se asemeja mucho a la existente en toda la República de Guatemala.

Finalmente, el estudio se enfocó en adolescentes y jóvenes, en quienes una estrategia apropiada, podría modificar sus actitudes y por consiguiente comportamientos hacia ITS/VIH/SIDA.

3.3. VULNERABILIDAD.

Este estudio permitió explorar las actitudes de los adolescentes y jóvenes del departamento de Sololá, hacia los comportamientos recomendados por la Estrategia Nacional de IEC/SSR, lo cual puede aportar información dentro del contexto de diversidad étnica, económica, lingüística y cultural en el que se desarrolla este grupo, y que se asemeja mucho a la existente en toda la República de Guatemala, con lo que la estrategia podrá diseñarse con un enfoque más específico a la población a la cual se dirigirá.

4. REVISIÓN TEÓRICA Y DE REFERENCIA

4.1. DEPARTAMENTO DE SOLOLÁ (ver anexo No.8)

4.1.1. SÍNTESIS HISTÓRICA

Sololá, se deriva del vocablo Tz'olohjá o Tz'olohja', que en Quiché, Kaqchikel y Tzutuhil, significa agua de Sauce; ha' o Ya' significa agua y Tz'ol o Tz'olohj que significa sauco o sauce. De acuerdo a otra interpretación, el nombre proviene de las voces en idioma Kaqchikel, Tzol que significa volver o retornar, o particularmente de continuación, ya' significa agua o sea retornar o volver al agua.⁽³⁹⁾

4.1.2. DATOS GENERALES

El Departamento de Sololá se encuentra situado en la región VI o región Sur Occidental, su cabecera departamental es Sololá, está a 2,113.50 metros sobre el nivel del mar y a una distancia de 140 kilómetros de la Ciudad Capital de Guatemala. Cuenta con una extensión territorial de 1,061 kilómetros cuadrados, con los siguientes límites departamentales: al Norte con Totonicapán y Quiché, al Sur con Suchitepequez, al Este con Chimaltenango; y al Oeste Suchitepequez y Quetzaltenango. Se ubica en la latitud 14°46'26" y longitud 91°11'15". Su precipitación pluvial es de 2895.9 mm., con un clima generalmente frío, aunque el departamento posee una variedad de climas debido a su topografía, por lo que su suelo es naturalmente fértil, inmejorable para toda clase de cultivos. (31)

Su integración política se encuentra conformada por 19 municipios incluyendo la cabecera departamental. En este departamento además de hablar el español también se hablan tres idiomas mayas, el Quiché, Tzutuhil y Kaqchikel.

El Centro turístico de mayor atracción para este departamento son las playas a la Orilla del Lago de Atitlán, ubicadas en los siguientes poblados: Panajachel, Santiago Atitlán, San Lucas Tolimán, San Antonio Palopó, y otros pueblos situados en la ribera del lago el cual es visitado constantemente por turistas nacionales y extranjeros. Este departamento cuenta con muchos centros históricos y arqueológicos que son un atractivo para sus visitantes nacionales y extranjeros.

4.1.3. RELIGIÓN

En el área urbana de Sololá, como en otras regiones del país, durante la época prehispánica, la población practicaba la espiritualidad maya, en la actualidad, se encuentra un 40% de pobladores que pertenecen a la religión Católica y un 40 % que pertenecen a la religión evangélica, un 10 % que practican la espiritualidad maya y un 10 % practican otras confesiones religiosas como Testigos de Jehová, Mormones, etc. Las denominaciones más fuertes son la Católica y la Evangélica, aunque muchos que son católicos y evangélicos, practican la espiritualidad maya en una forma discreta. (31)

4.1.4. ASPECTOS TERRITORIALES

FISIOGRAFÍA

En la parte Norte del departamento, su relieve es complejo y está formado por montañas, valles, planicies, terrazas, barrancos y abismos. Los abanicos fluviales, playas, volcanes, pie de monte o boca costa caracterizan el área Sur del departamento. La Fisiografía se formó con la emergencia de la cadena volcánica a lo largo de fracturas geológicas paralelas que corren al Norte. Las deposiciones de materiales volcánicos cambiaron el relieve durante el cuaternario. Las formas actuales corresponden al modelaje que se ha venido experimentando por la influencia del clima, el agua, los suelos y el tiempo. Según el mapa hipsométrico sus alturas van aproximadamente de los 1,000 a los 3,340 mts. SNM. (31)

HIDROGRAFÍA

En los márgenes del lago de Atitlán se alzan los volcanes de Atitlán, Tolimán y San Pedro. El lago está situado a 5,000 pies de altura y tiene 18 Kms. de longitud. Su profundidad varía, y en muchos puntos es desconocida. Sin embargo se han sondeado más de 350 metros. Respecto al origen del "Lago Más Bello del Mundo" como es considerado Atitlán, hay dos corrientes de opinión: una de ellas opina que el lago es un viejo cráter muerto y la otra que el surgimiento de los volcanes interrumpió el curso de los tres ríos que vienen del norte, los cuales al reunir sus aguas en el lugar, dieron origen al lago. (39)

4.1.5. CONDICIONES CLIMÁTICAS Y ZONAS DE VIDA

CONDICIONES CLIMÁTICAS

Según la clasificación del clima elaborado por Thornthwaite, en el departamento existen los climas siguientes: Húmedo, con déficit moderado en el verano, mesotérmico, con invierno benigno. Muy húmedo, con estación seca bien definida, mesotérmico, sin estación fría bien definida. (31,39)

ZONAS DE VIDA

Sololá presenta tres zonas de vida: bosque húmedo montano bajo subtropical, el cual se presenta en una pequeña franja que rodea el lago de Atitlán; bosque muy húmedo montano bajo subtropical, se presenta en el municipio de Nahuatá; y bosque muy húmedo montano bajo en el resto de municipios. (31)

CUADRO 1. EDUCACIÓN (Ver anexo No.9)

Tasa de analfabetismo	
Total República	36.4%
Total departamento de Sololá	55.8%
Panajachel	25.5%
San Andrés Semetabaj	35.9%
Santa Catarina Palopó	56.0%
Santiago Atitlán	72.3%

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE)

CUADRO 2. POBLACIÓN POR MUNICIPIO (Ver anexo No.10)

Municipios/año	2004
Total República	12,620,911
Indígena	5,373,788
No indígena	7,247,123
Total Sololá	344,663
Indígena	322,605
No indígena	22,058
Panajachel	11,994
Indígena	8,584
No indígena	3,410
San Andrés Semetabaj	11,243
Indígena	10,246
No indígena	997
Santa Catarina Palopó	60,600
Indígena	58,833
No indígena	1,767
Santiago Atitlán	30,942
Indígena	29,513
No indígena	1,429

Fuente: elaborado por la Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia (SEGEPLAN), con base a la estructura porcentual de IX censo poblacional 1994.

CUADRO 3. DATOS DEMOGRÁFICOS

Grupo de Edad	Masculino	Femenino	Total
0 a 4	34678	33648	68326
5 a 9	25688	25282	50970
10 a 14	23837	23885	47722
15 a 19	19772	19864	39636
20 a 24	16758	17228	33986
25 a 29	12678	13944	26622
30 a 34	9465	11065	20530
35 a 39	7547	8551	16098
40 a 44	6286	6836	13122
45 a 49	5373	4547	9920
50 a 54	4480	4672	9152
55 a 59	3629	3768	7397
60 a 64	2884	2775	5659
65 a 69	2400	2329	4729
70 a 74	1929	1868	3797
75 a 79	1256	1350	2606
80 a 84	669	739	1408
85 y más	223	247	470
Total	179552	182598	362150

Fuente: Proyecciones INE, PUBLICACIÓN 2005

CUADRO 4. INDICADORES DE SALUD

Datos de Población	Tasa
Tasa de natalidad	28 nacidos vivos x c/1000 habitantes
Tasa de fecundidad	93.9 embarazos x c/1000 mujeres en edad fértil
Crecimiento vegetativo	2.3%
Densidad poblacional	387 habitantes por Km ²
Tasa de mortalidad general	40.5 muertos x c/10000 habitantes
Razón de mortalidad materna	206.8 muertes x c/100000 nacidos vivos

Fuente: Proyecciones INE, Publicación 2005

4.2. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL INCLUYENDO VIH/SIDA⁴

Son el conjunto de enfermedades que pueden ser transmitidas de una persona a otra por medio del contacto sexual entre parejas heterosexuales, homosexuales o bisexuales. Actualmente se ha sustituido el término de Enfermedades Venéreas por el de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

4.2.1. CLASIFICACIÓN DE LAS ITS SEGÚN MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

1. Si presenta flujo genital:
 - a. Gonorrea
 - b. Tricomonas
 - c. Clamidia
 - d. Candidiasis
 - e. Vaginitis inespecífica o *Gardnerella Vaginalis*
2. Si tiene úlceras genitales con o sin agrandamiento de ganglio:
 - f. Sífilis
 - g. Chancro Blando
 - h. Linfogranuloma Venéreo
 - i. Herpes Genital
 - j. Granuloma Inguinal
3. Si presenta afecciones en la piel:
 - k. Condiloma Acuminado
 - l. Molusco Contagioso
 - m. Escabiosis
 - n. Pediculosis Pública
4. Otras Infecciones de transmisión sexual:
 - o. SIDA
 - p. Hepatitis B
5. Si el paciente padece de dolor en el abdomen inferior:
 - q. Enfermedad Inflamatoria Pélvica
 - r. Epididimo-Orquitis. (30)

Cada año en el mundo aparecen más de 300 millones de nuevos casos de ITS curables, con una distribución global que refleja estrechamente la del VIH. Cada nueva infección incrementa el riesgo de VIH, y conlleva la posibilidad de otras complicaciones serias, como infertilidad, aborto, etc.

⁴ La información fue tomada de Manual Técnico de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades de Transmisión Sexual, del Programa Nacional Materno Infantil. (Publicación científica MSPAS 1998). Esta es la misma información que se encuentra en las normas actuales de atención primaria.

La infección por VIH es 10 veces más frecuente en personas que tienen o han tenido alguna ITS, el riesgo se incrementa con el número de episodios de ITS. Se calcula que el riesgo por exposición sexual llega a aumentar hasta en 300 veces cuando una ITS está presente, este incremento tiene un impacto sobre cofactores de vital importancia en la reducción de la transmisión de VIH. (15)

Una razón por la que las ITS se vinculan a la infección por VIH es que un mismo comportamiento pone a una persona el riesgo de contraer los dos tipos de infección. Pero también existen varios mecanismos biológicos por los que las ITS incrementan las oportunidades de transmisión y adquisición del VIH. Las úlceras genitales ofrecen al virus un fácil acceso al torrente sanguíneo mediante la ruptura de la barrera de la piel y de las membranas mucosas. Se ha demostrado que otras ITS incrementan de manera importante la cantidad de virus en las secreciones genitales, así como el número de glóbulos blancos que el VIH necesita para replicarse. (15)

El control efectivo de ITS puede ayudar a prevenir la epidemia del VIH en países de baja prevalencia y puede ayudar a reducir el alcance y el impacto de la epidemia donde la infección de VIH ya se ha extendido.

Refiriéndonos a los adolescentes y jóvenes, ya que son un grupo complejo de personas que requieren una segmentación apropiada, basada en factores como edad, situación geográfica, familia, estatus escolar, estado civil y necesidades especiales. Es importante recordar que no todos corren el mismo riesgo ante las ITS/VIH/SIDA.

Este grupo poblacional no separa el tema del VIH entre otros temas de Salud y Vida Reproductiva. Es más frecuente que se preocupen por embarazo o ITS que por VIH (15)

4.2.2. VIH/SIDA PANORAMA MUNDIAL

Se estima que, en el 2003, el VIH infectó a otros 4,8 millones de personas. Esa cifra es superior a la de cualquier año precedente. En la actualidad, unos 37,8 millones de personas están viviendo con el VIH, que en el 2003 se cobró la vida de 2,9 millones de personas y acumuló un total de más de 20 millones de defunciones desde que en 1981 se identificaron los primeros casos de SIDA. (33, 34)

El informe, publicado el 1 de diciembre del 2004 en ocasión del Día Mundial del SIDA, dice que este se ha convertido en la enfermedad más devastadora que la humanidad haya enfrentado jamás, que una tercera parte de las personas que viven ahora con la enfermedad tienen entre 15 y 24 años, y que la mayoría de ellas no saben que son portadoras del virus. Europa Oriental experimenta la epidemia de SIDA de crecimiento más rápido, con 250.000 nuevos casos al año, y más de 28 millones de personas viven ahora con el virus en el África al sur del Sahara. (33)

En cuanto a las infecciones de transmisión sexual, aumentan considerablemente la probabilidad de infección con el VIH, además de tener otras consecuencias en materia de salud reproductiva, como dolores crónicos, infertilidad o embarazos ectópicos que ponen en peligro la vida de la embarazada. Si bien escasean los datos sobre esas infecciones en los países en desarrollo, en particular en lo concerniente a los jóvenes, la OMS estima que al

menos una tercera parte de más de 333 millones de nuevos casos curables que ocurren cada año afectan a personas menores de 25 años. Además, los jóvenes también tienen probabilidades mucho mayores que los adultos de volver a infectarse después de haber recibido tratamiento. (34)

En general, los jóvenes tienen escasos conocimientos e ideas erróneas acerca de las infecciones de transmisión sexual. Por ejemplo, muchos jóvenes, en Kampala (Uganda) y en la ciudad Ho Chi Minh (Viet Nam) piensan que los síntomas de cualquier ITS desaparecerán con el correr del tiempo o con una buena higiene personal (al igual que el VIH). Estas creencias también eran compartidas por una de cada cinco estudiantes universitarias en Ilorin (Nigeria), 30% de los jóvenes en algunas zonas de Chile y la mitad de los jóvenes, varones y mujeres, en algunas localidades de Guatemala. (35)

Lo probable es que los jóvenes busquen remedios tradicionales para las infecciones de transmisión sexual o que hagan caso omiso de los síntomas. Esta pauta se atribuye a sentimientos de culpabilidad por haberse contagiado y al estigma que tiende a asignarseles en los centros de salud, inclusive en las clínicas que dispensan tratamiento para las infecciones de transmisión sexual. (43)

Los proyectos diseñados para prevenir las ITS y el VIH entre los adolescentes se basan en actividades de educación, comunicación y orientación. Tienen una tendencia a trabajar en colegios, establecimientos de salud, consultorios comunitarios o a través de proyección a los lugares donde los adolescentes prefieren congregarse. Aunque solo un número limitado de estos proyectos han sido evaluados, existe cierta evidencia de éxito.

Evaluaciones norteamericanas de los programas de prevención en los colegios de educación secundaria encontraron incrementos, aunque modestos, en el conocimiento de los estudiantes así como en las conductas para reducir el riesgo (incluyendo la reducción del número de parejas sexuales y un uso más seguido de condones). (43)

4.2.3. VIH/SIDA PANORAMA LATINOAMERICANO

Aunque los comportamientos de riesgo que favorecen la expansión del Virus Inmunodeficiencia Humana (VIH), están muy difundidos, la mayoría de los países de Latinoamérica todavía no han enfrentado una epidemia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en gran escala, asegura una publicación difundida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Las políticas apropiadas y oportunas pueden limitar las repercusiones actuales y futuras del VIH/SIDA en los sistemas de atención de salud, las economías y las sociedades de América Latina, ya que en la mayoría de los países están presentes todos los mecanismos de transmisión, así como comportamientos de riesgo tales como la iniciación sexual temprana, el sexo sin protección con múltiples parejas y el uso de drogas inyectables empleando material contaminado". (32, 34)

La salud de los adolescentes y los jóvenes y su participación activa como ciudadanos son elementos claves para el progreso social, económico y político de las Américas. Aún así a los

200 millones de jóvenes en la región les sigue faltando información, habilidades, servicios, ambiente acogedor y la oportunidad de participar de lleno en la lucha contra el VIH/SIDA. Esta enfermedad afecta de sobremañera a los adolescentes y jóvenes; actualmente más de la mitad de las nuevas infecciones por el VIH ocurren en jóvenes de entre 15-24 años, y entre un 20 y 30% de los casos reportados de SIDA tiene lugar en gente joven de entre 10-24 años. Sin embargo los jóvenes tienen más probabilidad que los adultos de adoptar y mantener conductas sexuales saludables, lo cual les convierte en un elemento clave de las actividades de prevención y atención, además de un recurso poderoso en la lucha contra el VIH. (32)

Investigaciones realizadas hasta el momento indican que la educación de pares es una estrategia prometedora de prevención de VIH, y que la investigación dirigida por jóvenes lleva a un entendimiento más profundo sobre los riesgos de VIH en jóvenes. (37,42)

Los programas efectivos de prevención de VIH para adolescentes tienen varios elementos en común, entre ellos un enfoque específico y una base teórica basada en teorías de aprendizaje social. Por otra parte, ofrecen un número de horas de instrucción suficiente realizadas en grupos pequeños para un mejor uso del tiempo, y utilizan una amplia gama de métodos de instrucción.

Los profesionales de salud deben abordar el papel complejo que juegan en la conducta sexual las ideologías del género, los guiones sexuales y la presión de pares internalizada, sobre todo varones, y en la presenciación del machismo en Latinoamérica. (40)

4.2.4. VIH/SIDA PANORAMA CENTROAMERICANO

En Centroamérica este es un problema de salud pública grave y el cual no ha sido abordado adecuadamente; el Reporte mundial de ONUSIDA 2002 existe 189,000 casos reportados de personas que vivían con VIH/SIDA en esta región, los cuales se distribuyen en: Guatemala 67,000, Honduras 57,000; Panamá 25,000; El Salvador 24,000; Costa Rica 11,000 y Nicaragua 5,800. También se determina que las tasas de prevalencia del VIH en adultos de 15 - 49 años, son más elevadas en Honduras, Panamá y Guatemala y que en los jóvenes entre 15 -24 años las tasas de prevalencia alta estimada de VIH a finales del 2001, son mayores también en Honduras, Panamá y Guatemala. (24, 28)

Sobre la situación del VIH/SIDA en los diferentes grupos étnicos de la región es importante resaltar que no existen datos a nivel de cada país, que presenten un registro sistematizado y fidedigno de los casos que incluyan variables como etnicidad, lengua y otros factores culturalmente ilustrativos. Asimismo, tomando en cuenta que los diferentes grupos étnicos no han sido sujetos prioritarios para la intervención en la región, la obtención de datos se torna aún más complicada.

La vulnerabilidad ante ITS/VIH/SIDA en Centroamérica se basa en la categorización de grupos vulnerables tomando en cuenta la situación de las personas dentro de un contexto general del desarrollo como: nivel de ingresos, país al que pertenece, la violación de derechos humanos, acceso a servicios de salud y sociales; como también circunstancias locales y personales (familia y cultura que le rodea, su exposición al riesgo), además de condiciones particulares en cada nación (ubicación geográfica y zonas fronterizas, condiciones políticas, sociales, económicas y culturales en cada país; tamaño y composición de la población, nivel

de desarrollo y cooperación, etnias existentes, características culturales particulares de los diversos grupos locales) todo esto plantea un panorama de complejidad en la planeación de las acciones de atención y prevención de ITS/VIH/SIDA, ya que cada contexto ha dado un curso específico a la epidemia en cada país. (24,28)

En forma general los grupos vulnerables comunes a la ITS/VIH/SIDA en los países de Centroamérica, se encuentran: los pobres, las mujeres, los adolescentes, personas sin acceso a educación formal, migrantes, grupos y comunidades segregadas (indígenas, otros grupos étnicos).

Con respecto a la principal vía de transmisión de ITS/VIH/SIDA se distingue la transmisión por vía sexual, y dentro de ésta, formas de transmisión dependiendo del tipo de relaciones (sexuales y sociales) que establezcan las personas entre sí. Desde los años 90's, el VIH/SIDA ha sido reportado mayormente por transmisión heterosexual.

El papel de la cultura en relación con ITS/VIH/SIDA en América Central para la Información/Comunicación/Educación culturalmente apropiada, para la prevención y cuidado de estas enfermedades especialmente en adolescentes de la región; es adoptar todo recurso o referencia cultural de cualquier población dada (estilos de vida, sistema de valores, tradiciones y creencias y los derechos humanos fundamentales) y considerarla como una referencia clave en la construcción de un marco para la planeación de políticas, estrategias, programas y proyectos. Estas referencias claves también proporcionarán los recursos y las bases para construir respuestas relevantes y acciones sostenidas en la prevención y atención del ITS/VIH/SIDA así como en su reducción. Esta es una condición indispensable para poder alcanzar cambios a profundidad y a largo plazo en las conductas de las personas, así como también para dar consistencia completa a proyectos y estrategias médicas y sanitarias. (24,28)

En ese sentido resulta de suma importancia, a la hora de elaborar propuestas y acciones de intervención contra el ITS/VIH/SIDA en la región, tener en cuenta que en América Latina y en específico en Centroamérica la población no es homogénea; y que las generalizaciones aplicadas a toda la región pueden dar una impresión equivocada, dado que existen diferencias económicas, geográficas, étnicas, históricas, políticas, lingüísticas y culturales.

Según datos de Casa Alianza en Honduras en una investigación cualitativa sobre temas de salud preventiva realizada por la Secretaría de Salud Pública de Honduras año 2000, el hallazgo principal es que los(as) adolescentes en general, poseen conocimientos sobre como prevenir el abuso de alcohol, drogas y las ITS/VIH/SIDA, sin embargo, se descubrió que esos conocimientos no se llevan a la práctica por factores socioculturales, económicos, presión social y problemas familiares y afectivos, por lo que esto contribuye cada vez más al aumento de la incidencia de casos en este grupo de edad.

De sobra conocida es la diversidad étnica en la región. Los(as) indígenas enfrentan muchos de los mismos obstáculos económicos que enfrentan otros grupos, más otras barreras sociales y culturales particulares. Suelen tener menos escolaridad y más analfabetismo que la población en general, siendo más grave la situación en las mujeres, y están sujetos(as) a la discriminación racial fuera de sus comunidades. (28)

Durante mucho tiempo, los diferentes grupos étnicos de Centroamérica fueron objeto del olvido y la indiferencia en relación a la prevención y atención de ITS/VIH/SIDA. En la actualidad, la enfermedad esta afectando a las comunidades indígenas, mismas que se encuentran insertas cada vez más en un proceso imparable de interacción con muchos sectores y factores que les ubica fuera del aislamiento en que se encontraban.

Se ha observado que estos grupos poseen un conocimiento limitado de la anticoncepción y de las fuentes para obtener información. Asimismo se sabe que rechazan los métodos modernos, a los que se refieren como "artificiales" y no confían en ellos. Lo anterior representa una clave significativa en la prevención de ITS/VIH/SIDA, ya que los pueblos indígenas tienen diversas cosmovisiones y formas particulares de ver la vida y de darle significado a las cosas, dichas representaciones pocas veces coinciden con las occidentales. Indudablemente los programas de prevención deben ir ligados y adaptados a sus contextos locales en lugar de emplear metodologías pensadas por y para personas urbanas occidentales, con las que evidentemente se obtendrán menos resultados para prevenir el contagio. (25)

Un acercamiento cultural a la atención y prevención de ITS/VIH/SIDA en una región tan diversa como es la centroamericana es un reto sumamente complejo, que implica nuevas estrategias y políticas diseñadas en función de las necesidades y contextos culturales específicos de los grupos vulnerables.

Hay que involucrar una multitud de actores en todos los ámbitos de los estratos sociales para atender los factores claves que pueden inducir un cambio real de actitud y conducta de poblaciones en riesgo. Si se logra movilizar recursos culturales adecuadamente y de forma sostenida es más factible contrarrestar la problemática en Centroamérica, una región amenazada por la rápida expansión de ITS/VIH/SIDA. (28)

4.2.5. VIII/SIDA PANORAMA GUATEMALTECO

Aunque la epidemia de VIH/SIDA en Guatemala ha sido calificada de menor magnitud, el VIH/SIDA es un problema que va en aumento entre los 11,5 millones de personas que habitan este país. El Ministerio de Salud Pública de Guatemala anunció que los mayores índices de transmisión de VIH en la actualidad se observan en las zonas urbanas, y que la epidemia está concentrada especialmente en la población de 20 a 34 años de edad. En las primeras etapas de la epidemia en Guatemala, descubierta en 1984, la proporción de infección de VIH hombre-mujer era de 7 a 1; en la actualidad es de 2,5 a 1 según ONUSIDA. (7, 10)

A finales de 1999, 71.000 adultos entre los 15 y los 49 años de edad (1,39% de la población adulta) vivían con VIH/SIDA. (En 2001 el Ministro de Sanidad Pública estimó que sólo 40.000 guatemaltecos vivían con VIH/SIDA; de los cuales 4.086 casos de SIDA habían sido registrados en el Ministerio de Salud Pública en marzo de 2001).

- A finales de 1999, aproximadamente el 60 por ciento de los casos de VIH/SIDA eran hombres;
- En el año de 1999, aproximadamente 1600 niños menores de 15 años estaban infectados con VIH;
- Se estimó que 3.600 adultos y niños murieron por causa del SIDA en 1999; y

- 5.200 niños habían perdido a su madre o a ambos padres por causa del SIDA desde el comienzo de la epidemia hasta 1999. (34)

Según ONUSIDA, en 1999 el 76 por ciento de los casos registrados de SIDA se atribuyó a relaciones sexuales heterosexuales sin protección; el 17 por ciento de los casos fue transmitido entre hombres; el 4,5 por ciento adquirió por transmisión de madre a hijo; y el 2,2 por ciento a través de transfusiones de sangre. Es importante destacar que se sospecha que los casos de transmisión por relaciones homosexuales o bisexuales no están siendo informados en su totalidad y que se han registrado más casos de transmisión heterosexual de los que en realidad hay. (32)

Según las prácticas de supervisión en los centros de atención prenatal, la predominancia del VIH entre mujeres en estado de embarazo es de menos del 1 por ciento. Hay muy poca información sobre la predominancia del VIH entre pacientes infectados por relaciones sexuales y personas que usan drogas por vía intravenosa. Tampoco hay mucha información sobre la predominancia de la enfermedad entre trabajadores sexuales comerciales. Sin embargo, según algunos estudios de supervisión recientes, todo parece indicar que la predominancia del VIH fluctúa entre el 2,3 por ciento entre trabajadores sexuales comerciales en Ciudad de Guatemala, y hasta el 10 por ciento entre un número menor de trabajadores sexuales en Izabal y El Peten.

Actualmente, los casos acumulados de personas que viven con VIH/SIDA, desde 1984 hasta Diciembre del 2004 suman 7.662 casos de los cuales el 70% pertenecen al sexo masculino, con una razón de masculinidad de 2.4. De todos los casos notificados, casi el 20% pertenecen al grupo de jóvenes y adolescentes. Se han reportado, además, 791 fallecimientos a causa de SIDA. (26) La vía de transmisión, en los casos notificados, ha sido en un 95% por relaciones sexuales, seguido por transmisión vertical, madre-hijo. Los departamentos de mayor prevalencia son, por orden de acuerdo a tasa por 100,000 habitantes: Escuintla (134), Izabal (130), Suchitepequez (122), Retalhuleu (112) y Guatemala (108). (28)

En Guatemala existe la Ley General para el combate del VIH/SIDA y la Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el mismo emitida por el Congreso de la República en el acuerdo 27-2000, así como un REGLAMENTO de esta Ley, emitido por el Organismo Ejecutivo en el Acuerdo 317-2002. El Código Sanitario de Guatemala asigna al MSPAS la responsabilidad de evaluar y supervisar los esfuerzos de prevención y control del VIH/SIDA. Para realizar estas funciones, el Ministerio, cuenta con el apoyo de otras dependencias del estado como el Ministerio de Educación (MINIEDUC) y el Ministerio del Interior así como otras instituciones no gubernamentales que trabajan en el combate de este problema. (19)

Actualmente se encuentran trabajando en el combate del VIH/SIDA en Guatemala tanto organizaciones gubernamentales (OG) como no gubernamentales (ONG), destacando la integración del Grupo Técnico Interinstitucional de Información, Educación y Comunicación (GTI-IEC), el cual esta constituido por el Departamento de Promoción y Educación en Salud (PROEDUSA)/SIAS, la unidad de comunicación Social y RRPP, el PNSR, PNS de MSPAS. Además participan APROFAM, Asociación SHARE de Guatemala, CARE de Guatemala, CONJUVE, el Consejo de Población, IGSS, OPS/OMS, PASMO, Save The Children y el proyecto Calidad En Salud de USAID. Actualmente estas instituciones se encuentran

formulando la Estrategia Nacional IEC/SSR, tendiente a disminuir la prevalencia de embarazos tempranos, ITS incluyendo el VIH/SIDA, que esta siendo elaborado por el GTI IEC, liderado por el Componente de SINA del PNSR y el PNS del MSPAS. (19,25)

4.2.6. VIH/SIDA PANORAMA EN SOLOLÁ

El departamento de Sololá cuenta con 362,150 habitantes de los cuales 121,344 personas corresponden entre 10 - 24 años, siendo un 94% de su población indígena y un 66% del total de sus habitantes viven en el área rural, se hablan 3 dialectos (Quiché, Tzutuhil, Kaqchikel) además del Español, con una tasa de analfabetismo de 55.8%; con necesidades básicas insatisfechas a nivel de ingreso y nivel de consumo ascendiendo a 76.3% de pobreza y el 32.62% en extrema pobreza, por tal motivo se considera el departamento más pobre del país, por encima del porcentaje nacional que es de 54.33% y un 22.77% de extrema pobreza, siendo el penúltimo de 22 departamentos en cuanto a desarrollo humano. (31)

En situación de salud se encuentra una tasa de natalidad de 28 x c/1000 habitantes en término de un año, tasa de fecundidad 93.9 x c/1000 mujeres en edad fértil, un crecimiento vegetativo de 2.3% y una densidad poblacional 387 p/Km². Actualmente en el departamento de Sololá se han notificado 44 casos de personas con SIDA (11 del sexo femenino y 33 masculino), siendo 9 de ellos entre las edades comprendidas de 15 - 24 años, un 20% del total de la población afectada; los casos han sido notificados en los municipios de Sololá 17, Santiago Atitlán 10, Panajachel 4 y Nahuálá 4 y 9 que no cuentan con registro del lugar. (5, 27, 28, 31)

Por parte del Área de Salud de Sololá y de sus comunidades asumen como problema el aumento de jóvenes con enfermedades de transmisión sexual, debido al desconocimiento y poca educación sexual que se fomenta en esa región, aumentando el riesgo de transmisión de enfermedades, por lo que en algunos municipios tienen contemplado trabajar en un Programa de educación sexual.⁵

Con los datos anteriores podemos darnos una perspectiva de la situación de la población de dicho departamento, por lo que la categorización de grupos vulnerables para ITS/VIH/SIDA debe tomar en cuenta la situación de las personas dentro de un contexto general del desarrollo; así como sus circunstancias locales y personales (familia y cultura que le rodea); para poder proporcionar normas y programas que individualicen y comiencen a enfrentar los factores que hacen particularmente vulnerable a la infección por el VIH, entre ellos el subdesarrollo, la falta de seguridad económica, la pobreza, la falta de potenciación de las mujeres, la falta de educación, la exclusión social, el analfabetismo, la discriminación, la falta de información y/o de productos para protegerse, y todo tipo de explotación sexual de mujeres, niñas y niños; tales estrategias, normas y programas deben abordar la dimensión de género de la epidemia, especificar las medidas que se han de adoptar para superar la vulnerabilidad y fijar las metas que se han de alcanzar, esta es actualmente la meta propuesta por el MSPAS para el territorio guatemalteco.

⁵ Información verbal proporcionada por el epidemiólogo del Área de Salud de Sololá, Dr. Jogy Juracán, Sololá, Guatemala, Julio de 2005.

Sobre la situación del VIH/SIDA en los grupos étnicos es importante resaltar que no existen datos de la región, que presenten un registro sistematizado y fidedigno de los casos que incluyan variables como etnicidad, lengua y otros factores culturales. Asimismo, tomando en cuenta que los diferentes grupos étnicos no han sido sujetos prioritarios para la intervención en la región, la obtención de datos se torna aún más complicada.

Hay algunos datos de estudios derivados de intervenciones locales específicas sobre prevalencia en determinados grupos étnicos, por ejemplo en Guatemala, en el informe de un estudio reciente realizado en tres áreas indígenas del departamento de Sololá, se acepta que no se cuenta con datos precisos sobre la infección de VIH/SIDA por grupo étnico, aunque declara que se han reportado casos de SIDA en mayas, sin especificar los datos. Por otro lado es importante no perder de vista que existe grandes deficiencias institucionales en el registro de los casos, haciéndose evidente la presencia de un subregistro importante en todo el país. (19,24)

Estos grupos poseen un conocimiento limitado de la anticoncepción y de las fuentes para obtener información. Asimismo se sabe que rechazan los métodos modernos, a los que se refieren como "artificiales" y no confían en ellos. Lo anterior representa una clave significativa en la prevención de VIH/SIDA, ya que los pueblos indígenas tienen diversas cosmovisiones y formas particulares de ver la vida y de darle significado a las cosas, dichas representaciones pocas veces coinciden con las occidentales.

Como se puede observar, la información sobre prevalencia de VIH/SIDA y otras variable relacionadas, en grupos étnicos es escasa; luego entonces, resulta cierto que los esfuerzos para abordar el vínculo entre grupos étnicos y SIDA se ven obstaculizados por el hecho de que pocas instituciones recopilan información o realizan investigaciones acerca de las necesidades de los(as) indígenas en relación con el VIH/SIDA. En términos de prevención y cuidado de VIH/SIDA, el adoptar una aproximación cultural significa que todo recurso o referencia cultural de cualquier población dada (estilos de vida, sistema de valores, tradiciones y creencias y los derechos humanos fundamentales) deberán ser considerados como una referencia clave en la construcción de un marco para la planeación de políticas, estrategias, programas y proyectos.

Ahora bien, el realizar intervenciones tomando en cuenta los factores culturales de las diferentes poblaciones, grupos y personas implica aplicar estrategias de comunicación apropiadas, dado el gran número de variables contextuales que determinan el comportamiento. (19,24)

Las organizaciones que intervienen en el país, encuentran obstáculos para trabajar con el tema de VIH/SIDA como: la religión, el idioma, las costumbres, la cultura conservadora, la pobreza, el machismo, las influencias extranjeras y la falta de comprensión de la cultura con la que se trabaja.

En comunidades indígenas de Guatemala a través de grupos de enfoque, revelan que existen factores culturales en transición que facilitan el abordaje de temas como la salud reproductiva y el VIH/SIDA e identificar recursos culturales locales valiosos para ser utilizados en tareas de prevención y educación en el cual trabaja el GTI-IEC para el Programa Nacional de Salud Reproductiva. (19)

En agosto del 2005 Programa Nacional de Salud Integral a la Niñez y Adolescencia con ayuda de UNICEF estarán incorporando al departamento de Sololá, especialmente a los municipios de San Pablo la Laguna, San Marcos la Laguna, San Juan la Laguna y Santa Clara la Laguna, para formar parte en los programas para Salud Reproductiva. (19,24)

4.3. ADOLESCENTES Y JÓVENES:

El Sistema Integral de Atención a la Salud (SIAS) del MSPAS, definió en el Manual de atención a Adolescentes, a la adolescencia como el período comprendido entre las edades de 10 - 19 años y juventud de 20 - 24 años. (25)

4.3.1. PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS EN EL DESARROLLO DE LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD

DE 10 A 14 AÑOS

BIOLÓGICAS

Inicia la pubertad y los cambios físicos; se presentan lapsos de crecimiento, madurez de los ovarios en las adolescentes como preparación para la menstruación, la menstruación comienza en la mayoría de las adolescentes, las glándulas mamarias en las adolescentes crecen, las caderas se ensanchan, pueden quedar embarazadas.

Los adolescentes pueden producir esperma, los genitales crecen, aparece el acné, los varones experimentan eyaculaciones nocturnas y los músculos de los adolescentes crecen. (19)

COGNOSCITIVAS

Está aprendiendo habilidades superiores percibe el comportamiento en términos de lo correcto e incorrecto, responde mejor a premios y regaños, tiene pensamientos que se vuelven más abstractos y menos concretos, tiende a reprimir sentimientos, es receptivo a nuevas ideas, hace preguntas con mensajes conflictivos, tiene sentimientos invencibles o fatalistas, lo atomiza el futuro, falta de control sobre la vida o siente que carece de control, busca tomar más decisiones.

IDENTIDAD

Moldea el mismo comportamiento sexual, aprende papeles de género y sus diferencias, tiende a asociarse con miembros del mismo sexo, las adolescentes tienden a centrarse en relaciones, mientras que los adolescentes se centran en logros y competencias, tiene autoestima fundamentalmente influenciada por otros, se preocupa en la apariencia física.

FAMILIA

Pasa la mayor parte del tiempo con la familia, pero comienza a apartarse de ella en busca de su pareja, generalmente tienen estrecha relación con los padres o familia, tutores y consejeros. (19)

SEXUALIDAD

Comienza a mostrar interés en el sexo opuesto, se interesa en el propio desarrollo físico, principalmente relacionado con pares, puede comenzar a masturbarse, puede comenzar a experimentar juegos sexuales, puede tener roces sexuales.

SOCIALES

Transfiere cada vez más el interés por la familia hacia la familia y otros como foco central, reconoce amplia imagen social fuera de la familia, se refiere al comportamiento social y sexual y aceptación por pares y adultos, comienza a compartir con el sexo opuesto, puede ser socialmente reconocido como adulto, puede pasar por reglas o rituales pre-maritales o maritales, buscan la aceptación de pares.

ÉTICA Y MORALIDAD

Sus valores, creencias y religión están determinadas principalmente por la familia, es conciente que existen diferentes valores. (19)

DE 15 A 19 AÑOS

BIOLÓGICAS:

Continúa el crecimiento físico, desarrollo y madurez sexual, es importante la velocidad del desarrollo físico y emocional con relación al desarrollo de pares.

EMOCIONALES

Comienza a desafiar reglas y comprobar límites, los sentimientos contribuyen con el comportamiento pero no lo controlan, es menos impulsivo, comienza a responder con base de análisis precavidos de consecuencias potenciales, desarrolla más habilidades para resolver problemas mayores, interesado en la autoimagen comparada en pares, talvez comprometido en participar en ritos de encuentros personales, los hombres más interesados que las mujeres en iniciar la actividad sexual antes del matrimonio, con múltiples compañeras. (19)

COGNOSCITIVAS

Desca mayor control sobre la propia vida, comienza a desarrollar su propio sistema de valores, piensa en términos más abstractos.

IDENTIDAD

Tiene sentido propio que es ampliamente formado por pares, puede tener conflicto con la identificación de género, puede estar casado y bajo la fuerte influencia de esposo(a) y familiares.

FAMILIA

Puede alejarse más de la familia y buscar más privacidad, se aleja de los padres hacia lo pares, puede casarse y alejarse de la familia de origen, puede tener hijos.

SEXUALIDAD

Tiene mayor interés sexual, puede ser incorporado en la industria sexual.

SOCIALES

Los pares influyen en actividades de ocio, apariencia y comportamientos sexuales iniciales, la familia influye en la educación, carrera, valores religiosos y creencias, las relaciones son desarrolladas y están basadas en expectativas mutuas y de conformidad con las normas del grupo relacionadas con el tiempo lejos de esposo(a) e hijos, obligaciones familiares, salones de belleza, vestuario, música y otros.

ÉTICA Y MORALIDAD

Incremento en la exposición de los valores y creencia de otros, comienza a cuestionar sus propias creencias, lo cual puede crear conflictos con padres y familiares, comienza a desarrollar su propio conjunto de valores. (19)

DE 20 A 24 AÑOS

BIOLÓGICAS

Ha alcanzado la madures sexual y física que se caracteriza por rasgos propios en cada sexo. Por ejemplo en el hombre se acentúa la distribución del bello corporal, el pene ha alcanzado su máximo tamaño y cesan las eyaculaciones nocturnas. En la mujer, por lo general antes de esta edad ya ha alcanzado su máximo desarrollo físico y sexual los cuales fueron descritos en la edad de 15 a 19 años (ver antes).

EMOCIONALES

Está mejor capacitado para resolver conflictos, desarrolla relaciones más estables, es capaz de reconocer y buscar ayuda cuando la necesita, ha desarrollado un sentido más fuerte de sí mismo(a). (19)

COGNOSCITIVA

Demuestra un incremento en la solución de problemas, muestra mayor entendimiento de consecuencias de actos de comportamiento, tiene una definición más clara de sí mismo(a).

IDENTIDAD

Se esfuerza por ejecutar papeles y responsabilidades de adulto, lucha entre la dependencia y la independencia, lucha con exigencias de esposo(a), familia, comunidad y de sí mismo. (19)

FAMILIA

Comienza a reintegrarse a la familia como nuevo adulto, comienza a crear un "ajuste" entre el recientemente definido *sí mismo* y la familia, es más claro acerca de roles y expectativas, es más consciente de sí mismo con relación a otros, incluyendo esposo(a), se refiere a esposo(a) y familia como un adulto completamente autónomo, está a gusto con su papel de adulto.

SEXUALIDAD

Desarrolla relaciones íntimas serias que reemplazan relaciones de grupo como primordiales, desarrolla relaciones sociales adultas, está listo(a) para entrar en una relación de compromiso.

SOCIALES

Muestra que ha disminuido la importancia de compartir con pares para tomar decisiones; las relaciones con pares tienen un menor rol como factor decisivo en creencias y acciones personales; elige carrera o vocación y roles dentro y fuera del hogar; completa la educación y trabaja o se prepara para el empleo; se prepara para la paternidad o maternidad; puede equilibrar las necesidades de sí mismo y de otros con base en interacción saludable; consigue una posición socialmente reconocida con claros derechos y responsabilidades adultas mientras puede mostrar etapas avanzadas de "conciencia social".

ÉTICA Y MORALIDAD

Está frecuentemente atrapado entre roles y valores tradicionales y modernos, busca equilibrio entre creencias propias y aquellas de la familia. (19)

4.3.2. EL ADOLESCENTE Y JÓVEN EN GUATEMALA

Los adolescentes y / o jóvenes rurales y urbanos pobres no tienen una verdadera infancia, ni mucho menos adolescencia; deben empezar a trabajar a una edad muy temprana, para que ellos y sus familias puedan sobrevivir. Para otros la adolescencia constituye un periodo de cambio, un proceso transitorio que se ubica en el intermedio al pasar de la niñez a la edad adulta, un periodo de vulnerabilidad y riesgo.

Lo anterior antagoniza la definición de los Jefes de Estado y de Gobierno y la Asamblea General de Las Naciones Unidas reunida en la cumbre del milenio que indica que: Adolescencia es la Fuente de Creatividad, Energía e Iniciativa, de dinamismo y renovación social. Si se les da la oportunidad de ir a la escuela y encontrar trabajo contribuirán enormemente al desarrollo económico y social. También se hace la reflexión de que si no se consigue darles esas oportunidades, en el mejor de los casos serán cómplices de un desperdicio imperdonable de potencial humano y en el peor de los casos se contribuirá a todos los males de una adolescencia y juventud sin esperanza, la desmoralización y unas vidas que son socialmente improductivas y potencialmente destructivas, para los propios individuos, las comunidades, e incluso los frágiles sistemas democráticos. (12)

Lo anterior define en forma dicotómica: a) los y las adolescentes y jóvenes como amenaza para la convivencia social en donde se estigmatiza al joven como sujetos marginales y hasta peligrosos por lo que el abordaje es con medidas preventivas y que restringen sus potenciales, b) el adolescente y joven como un recurso estratégico para el desarrollo del recurso humano que contribuye al desarrollo económico y social de los países, por lo que el abordaje es con medidas de promoción y participación.

En Guatemala, El MSPAS dice inclinarse por la segunda definición, por ser positivista y meritosa por las características de su adolescencia y juventud y que según sus demandas ratifican sus aspiraciones, potencialidades y su voluntad como seres humanos de ser sujetos de derecho y dueños de su propio desarrollo en forma incluyente y participativa en búsqueda de oportunidades que les dignifiquen. Por esto último, para la implementación de sus políticas, toma el rango de edad de los 10 a los 25 años de edad en ambos sexos, como la etapa de la adolescencia y Juventud. (25)

Guatemala está ubicado dentro de los 17 países con alto riesgo reproductivo a nivel mundial. Los y las adolescentes y jóvenes del país conforman el 33.2% de la población. De los habitantes del área urbana el 32.8% son adolescentes y jóvenes, y de los habitantes del área rural 33.5% son adolescentes y jóvenes. (12)

4.3.3. SITUACIÓN ACTUAL DE LA ADOLESCENCIA Y LA JUVENTUD EN GUATEMALA

GENERAL

En Guatemala aún se manejan altos índices de fecundidad, por lo que su estructura poblacional es joven, los menores de 18 años equivalen al 54% de la población total. Según datos obtenidos de CEPAL, se observa que Guatemala se encuentre entre los países latinoamericanos con mayor porcentaje de adolescentes y jóvenes trabajando (31.3%).

El problema del trabajo adolescente y juvenil no se refiere a toda actividad generadora de ingresos realizados por ellos, sino principalmente a aquellas actividades que colocan en gran riesgo su integridad física y desprotección en la salud y seguridad ocupacional.

Cabe mencionar, también, la tendencia actual de los adultos y de la juventud de abandonar el país para viajar a países como Estados Unidos y México entre otros, ante las escasas oportunidades del mejoramiento de vida y a la escasa expectativa de un futuro prometedor, quedando desprotegida en el exterior y causando desintegración familiar. En la actualidad 114,763 son mujeres indígenas jefas de hogar y un total de 200,113 mujeres jefas de hogar en el ámbito rural.⁽²⁵⁾

SALUD

Las drogas de mayor uso entre la población comprendida entre los 12 a los 18 años de edad son: alcohol (71.5%), tranquilizantes (63.5%), tabaco (32.3%), estimulantes (17.8%), inhalantes (10.6%), marihuana (8%), cocaína (2.2%) y donde el 52.2% eran de sexo masculino.

En el estudio ROSTRO DE LA PROSTITUCIÓN INFANTIL el 83.3% de las menores de 15 años y 50% en el grupo de 15 a 18 años han sufrido enfermedades de transmisión sexual.

En términos generales el adolescente tiene una mortalidad del 14.34 por cada 1000 habitantes, registrándose que en las edades de 10 a 19 años de edad el 40% de las muertes eran de sexo masculino y el 60% de sexo femenino.⁽²⁵⁾

Datos importantes sobre la situación actual de la adolescencia y juventud en Guatemala se pueden ver en los resultados de la Encuesta Nacional en Salud Materno Infantil, la cual sirvió de base para la creación de la Estrategia Nacional de información, Educación y Comunicación en Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes y Jóvenes. Aquí se pueden ver características importantes cómo lo que conocen los jóvenes sobre educación sexual, planificación, maltrato, inicio de relaciones sexuales y otras de esta índole. (Ver anexo No.11)

4.4. ACTITUD

4.4.1. ACTITUD Y CONDUCTA O COMPORTAMIENTO

La actitud se considera como una asociación entre un objeto dado y una evaluación dada. Así, por ejemplo, las situaciones sociales, las personas y los problemas sociales constituyen objetos actitudinales. Evaluación significa el afecto que despierta, las emociones que moviliza, el recuerdo emotivo de las experiencias vividas, incluso las creencias acerca de la capacidad del objeto para conseguir metas deseadas.

Cuando la persona carece de experiencia con el objeto de la actitud, o cuando éste no despierta su interés, la fuerza de la asociación objeto-evaluación es inexistente. Más que de actitud, en estos casos es preferible hablar de *no-actitud*, ya que no existe una evaluación previa del objeto en la memoria.⁽²⁹⁾

En la fuerza de la asociación influyen tres procesos diferentes, si bien lo normal es que no lo hagan los tres con la misma intensidad. Si la persona asocia el objeto con la evaluación por medio de un conocimiento amplio y detallado de las propiedades y características del objeto, nos encontramos ante un proceso cognitivo. Si la evaluación surge más bien de experiencias intensas, de carácter positivo o negativo, con el objeto de la actitud, el proceso es afectivo. Finalmente, es conductual si la evaluación surge de manera gradual de la implicación conductual de la persona con el objeto.

La consecuencia es que una actitud tiene tres componentes: **cognitivo, afectivo y conativo-conductual**.

EL COGNITIVO consta de las percepciones de la persona sobre el objeto de la actitud y de la información que posee sobre él.

EL AFECTIVO esta compuesto por los sentimientos que dicho objeto despierta.

EL CONATIVO-CONDUCTUAL incluye las tendencias, disposiciones e intenciones hacia el objeto, así como las acciones dirigidas hacia él.

Los tres componentes coinciden, sin embargo en un punto: en que todos ellos son evaluaciones del objeto de la actitud. En efecto, las percepciones o la información pueden ser favorables o desfavorables, los sentimientos positivos o negativos y la conducta o intenciones de conducta de apoyo o hostiles.⁽²⁹⁾

La actitud en sí misma, no es directamente observable. En palabras de Ajzen (1989), es una variable latente, que ha de ser inferida de ciertas respuestas medibles y que refleja, en última instancia, una evaluación global positiva o negativa del objeto de la actitud. En sentido estricto, conocer una actitud, implica conocer con detalle cada uno de sus tres componentes. A su vez, estos solo se conocen adecuadamente cuando se han evaluado a través de varios índices diferentes. Esto es el carácter inferido o latente de la actitud, lo cual refleja la complejidad de evaluar la actitud.

4.4.2. ESTRUCTURA DE LA ACTITUD

La actitud constan de tres componentes: **cognitivo, afectivo y conativo-conductual**. Ello quiere decir que las respuestas que las personas emiten ante el objeto de la actitud, son susceptibles de una clasificación triple, según predominen en ella los elementos de información creencias, afectivos o de intención conductu. Sin embargo, a pesar de que estos elementos son distintos entre sí, todos ellos comparten algo: la disposición evaluativa frente al objeto. Por esta razón, los tres componentes se consideran como subconjuntos de un conjunto superior que es la actitud. (29)

4.5. TEORIAS DE CAMBIOS DE COMPORTAMIENTO PARA LA PREVENCIÓN DE VIH/SIDA

Las teorías sociales y teorías de cambio de comportamiento comúnmente usadas en la investigación de VIH/SIDA son:

4.5.1. MODELO DE LA REDUCCIÓN DE RIESGO DE SIDA

Es una de los tantos modelos de "Estadios de Cambios". Desarrollada por Catarina, propone que el cambio es un proceso, y que el individuo se mueve desde un paso al siguiente, como resultado a estímulos dados. Sugiere que para poder cambiar la conducta uno debiera reconocerla como tal, luego comprometerse a reducir este tipo de conducta, y finalmente tomar acción para llevar a cabo el cambio deseado. Los factores que influyen en el movimiento entre las etapas incluyen el temor / la ansiedad y las normas sociales. (20,29)

Este modelo propone que el cambio es un proceso, y que el cambio de un paso a otro se da como resultado de estímulos. En este modelo, cada individuo pasa por tres etapas:

1. Identificar comportamientos.
2. Compromiso para el cambio.
3. Tomar acciones.

La intervención es más probable que tenga éxito si son dirigidas a la audiencia en el estadio de relevancia.

Los programas que usan el programa de reducción de riesgo par el SIDA se enfocan en:

- Medición de riesgo de los clientes.
- Influencia la decisión para la reducción de riesgo a través de la percepción de satisfacción o auto eficacia.
- Apoyo a los clientes para la promulgación del cambio (acceso a condones, apoyo social).

Este modelo combina aspectos del Modelo de Creencias en Salud, Modelo de Difusión de Innovación, y la Teoría Social Cognitiva. (29)

4.5.2. MODELO DE CREENCIAS DE SALUD

Propone que las acciones de un individuo están basadas en sus creencias. Se identifican los elementos claves que influyen la toma de decisiones, por ejemplo la percepción de susceptibilidad del individuo, la severidad percibida de la enfermedad, y las barreras de prevención percibidas.

Este modelo fue desarrollado en 1950 por Rosentock. Este modelo afirma que la gente puede cambiar comportamientos sobre la base de sus conocimientos y actitudes. Es considerado como el abuelo de todos los modelos de cambio de comportamiento. Desde los 80's, se le ha agregado el elemento de auto-eficacia, la habilidad percibida de un individuo para efectuar el cambio. (20,29)

De acuerdo a este modelo, una persona debe tomar las siguientes creencias de modo que le permita cambiar su comportamiento:

- Percibir la susceptibilidad hacia un problema particular de salud ("soy una persona en riesgo para adquirir VIH?")
- Percepción de la seriedad de la condición ("¿cuan serio es el SIDA, cuan duro podría ser mi vida si yo lo adquirero?")
- Creer en la efectividad de un nuevo comportamiento ("los condones son efectivos contra la transmisión del VIH")
- Conciencia para la acción ("presenciar la muerte o enfermedad de un amigo cercano o familiar a causa de SIDA")
- Percibir los beneficios de la acción preventiva ("si yo empiezo a usar condones, puedo evitar la infección con VIH")
- Barreras para tomar acción ("no me gusta usar condones") (20, 29)

4.5.3. TEORÍA CAPITAL-SOCIAL

Esta teoría fue desarrollada por Putman. Afirma que la vida social –redes, normas, y confianza –permiten a los participantes actuar juntos más efectivamente para perseguir objetivos en común. De aquí, los programas que promueven. De esa manera, los programas de VIH/SIDA, que promueven cohesión social, inclusión social y refuerzan la capacidad comunitaria para intervenir sobre sí mismos (similar a eficacia colectiva) serán más exitosos que los programas que omiten estos principios. Esta teoría opera en dos esferas:

1. Sociocultural (grado de intervención entre los miembros de un círculo social)
2. Infraestructura interinstitucional (presencia de organizaciones comunitarias y su habilidad de actuar en su misma comunidad) (20,29)

4.5.4. TEORÍA SOCIAL-COGNITIVA

Desarrollada por Bandura, llamada también **Teoría de Aprendizaje Social** (en sus comienzos). Ve el proceso de aprendizaje como un proceso social influenciado por la interacción con otras personas. En la teoría social cognitiva el ambiente social y físico influye en la formación y reforzamiento de las creencias que determinan la conducta.

diseminada a través de la red social y entonces habrá una mejor oportunidad de ser adoptada por la comunidad. (20,29)

4.5.8. TEORÍA DE SISTEMA ECOLÓGICO

En general esta teoría reconoce que las actividades exitosas para la promover la salud, incluyendo la reducción de riesgo de VIH, se dirigen no sólo a cambiar los comportamientos individuales, sino también abogacía, cambios organizacionales, desarrollo de políticas, apoyo económico, cambios en el ambiente, y programas multi-metódicos. De acuerdo a este modelo, el comportamiento se ve determinado por lo siguiente:

1. Factores intra personales –características del individuo tales como conocimientos, actitudes, comportamiento, auto concepto, habilidades.
2. Procesos interpersonales –redes sociales formales e informales y sistemas de apoyo social, incluyendo la familia, grupos sociales y amigos.
3. Factores institucionales –las instituciones sociales con organización característica y reglas formales e informales y regulación para la operación.
4. Factores comunitarios –relaciones entre organizaciones, instituciones y redes formales e informales con lineamientos definidos.
5. Políticas públicas –leyes y políticas locales, estatales y nacionales.

Las intervenciones son más exitosas si en ellas interviene la mayoría, si no todos, los niveles de influencia. Por ejemplo, la distribución de condones puede reducir barreras tales como el precio y la conveniencia, así como cambiar la aceptabilidad social de llevar condones. (20,29)

4.5.9. TEORÍA DE LAS ETAPAS DE CAMBIO

Este modelo, desarrollado a principios de los 90's específicamente para el abandono del tabaquismo por Prochaska, DiClemente y col. explica el proceso del cambio de conducta, desde cuando no se está consciente de los efectos negativos de una conducta, hasta lograr mantener conductas de auto-protección.

Las cinco etapas son:

1. Pre-contemplación
2. Contemplación
3. Preparación
4. Acción
5. Mantenimiento y recaída

Existen diferentes formas de pasar por estas etapas aún dentro de los miembros de una misma población. Las personas no necesariamente pasan a través de las etapas en la misma secuencia y a veces hasta pueden repetir algunas. Respecto al uso de condón, las etapas pueden ser descritas de la siguiente manera:

- No ha considerado el uso de condones (pre-contemplación)
- Conciencia del la necesidad de usar condones (contemplación)
- Pensando acerca de usar condones en los siguientes meses (preparación).
- Uso consistente de condones por al menos seis meses (acción).

- Uso de constante de condones por 6 meses más (mantenimiento)
- Abandono del uso de condones (recaída). (20,29)

4.5.10. TEORÍA PARA EL CAMBIO INDIVIDUAL O SOCIAL O MODELO DEL FORTALECIMIENTO

Esta teoría propone, que el cambio social sucede a través del diálogo al construir una percepción crítica de las fuerzas sociales, culturales, políticas, y económicas que estructuran la realidad, y al tomar acción contra las fuerzas que lo oprimen. En otras palabras, el fortalecimiento, debe aumentar la solución de problemas en una forma participativa y debe permitir a los participantes entender las fuerzas personales, sociales, económicas y políticas en sus vidas, de manera que tomen acciones para mejorar su situación. (20,29)

4.5.11. TEORÍA DE GÉNERO Y PODER

Desarrollada por Connell, la teoría de Género y Poder, es una teoría social estructurada, dirigida al todos los problemas sociales y ambientales que rodean a la mujer, tales como la distribución del poder y la autoridad y las normas específicas de género (desequilibrio de poder basado en el género).

Esta argumenta que la autoprotección de la mujer es regularmente influida, por factores económicos, abusos paternos, y la socialización de la mujer al ser pasiva sexualmente o ignorante. La teoría puede ayudar a guiar las intervenciones con los hombres y las mujeres. La teoría de Género y Poder, incorpora la estructura de relaciones de género, definiciones sociales de masculinidad y feminidad y poder económico. (20,29)

4.5.12. REDUCCIÓN DEL DAÑO

Reconoce la existencia de las conductas dañinas, la meta principal es reducir los efectos negativos de estas. En la teoría de Reducción del Daño se observa el comportamiento y las actitudes del individuo para ofrecer la forma de reducir las consecuencias negativas de la conducta en cuestión.

Las ideas de Paulo Freire sobre Educación Popular se basan en la creencia de que tanto maestros como estudiantes tienen sus fortalezas y que el aprendizaje debiera ser recíproco. Dentro de las charlas en grupo se examinan los problemas, se crean soluciones para que las personas reconozcan que tienen el poder en sus manos y así lograr un cambio en el ambiente que les rodea y por lo consiguiente un cambio en las acciones subsecuentes.

La pobreza, la inequidad de género y otras vulnerabilidades no pueden ser ignoradas cuando se diseñan estrategias de CCC. (20,29)

4.6. COMUNICACIÓN PARA EL CAMBIO DE COMPORTAMIENTO EN VIH/SIDA

La comunicación para el cambio de comportamiento (CCC) es un instrumento de niveles múltiples para promover y sostener el cambio de comportamiento para la reducción del riesgo en individuos y comunidades, distribuyendo mensajes de salud adecuados a través de una diversidad de canales de comunicación. Los individuos y las comunidades deben entender la urgencia de la epidemia, antes de que puedan reducir su riesgo y vulnerabilidad ante el VIH. Se les debe proporcionar datos básicos sobre el VIH/SIDA, enseñar un conjunto de habilidades para protegerse y ofrecer acceso a servicios y productos apropiados. Para que puedan apoyar los cambios o mantener comportamientos seguros, las personas y las comunidades también deben conocer su entorno. Dado que el VIH es primordialmente una infección de transmisión sexual (ITS), es necesario que haya discusiones a niveles comunitario y nacional acerca del sexo y la sexualidad, el riesgo, las situaciones de riesgo y los comportamientos de riesgo. Ello también significa abordar el estigma, el miedo y la discriminación resultantes en los ámbitos comunitario y nacional. La epidemia del VIH/SIDA obliga a las sociedades a confrontar ideales culturales y las prácticas que chocan con éstas. La CCC es vital para este proceso y puede sentar la pauta para intervenciones humanitarias y responsables. La CCC también puede generar una reflexión profunda sobre los impactos más amplios de la epidemia a nivel socio-económico. (21)

4.6.1. EL ROL ESTRATÉGICO DE LA COMUNICACIÓN PARA EL CAMBIO DE COMPORTAMIENTO

La CCC tiene muchos roles, diferentes pero relacionados, que jugar en los programas de VIH/SIDA. Una CCC efectiva debe:

- **Incrementar el conocimiento:** La CCC debe asegurar que las personas cuenten con los datos básicos en un lenguaje que incluya medios visuales u en otros medios, que puedan entender y con los que se puedan identificar. Una CCC efectiva debe motivar al público al que se dirige para que cambie sus comportamientos de manera positiva.
- **Fomentar el diálogo comunitario:** Una CCC eficaz debe alentar discusiones comunitarias y nacionales sobre los factores subyacentes que fomentan la epidemia, por ejemplo los comportamientos de riesgo, las situaciones de riesgo y los entornos que generan esas condiciones. La CCC debe crear una demanda de información y servicios, y debe fomentar acciones para reducir el riesgo, la vulnerabilidad y el estigma.
- **Promover la abogacía:** A través de la abogacía, la CCC puede asegurar que quienes formulan las políticas públicas y los líderes de opinión aborden la epidemia de manera seria. La abogacía ocurre en todos los niveles, desde el ámbito nacional hasta el ámbito comunitario local.
- **Reducción del estigma y la discriminación:** La comunicación acerca del VIH/SIDA debe atender el estigma y la discriminación, y busca influir en las respuestas sociales que se den.
- **Promover servicios de prevención, atención y apoyo:** La CCC puede promover servicios que atiendan las ITS, a los huérfanos y a otros niños vulnerables (HNV), la prueba y el asesoramiento voluntarios (PAV) para VIH, la transmisión de madre a hijo (TMH), a los grupos de apoyo para personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS), la atención clínica para infecciones oportunistas y el apoyo económico y social. La CCC

también puede mejorar la calidad de estos servicios apoyando la capacitación de clínicas y de asesoramiento de los proveedores de servicios. (14,21)

4.6.2. LAS METAS DE LA COMUNICACIÓN PARA EL CAMBIO DE COMPORTAMIENTO

Las estrategias de CCC en VIH/SIDA buscan crear una demanda de información y servicios asociados a la prevención de la transmisión del VIH, y facilitar y promover el acceso a servicios de atención y apoyo. Algunos de los objetivos específicos del CCC incluyen:

- Incrementar la adopción y el uso continuo de prácticas de sexo seguro.
- Promover visitas a clínicas para el tratamiento de ITS e infecciones oportunistas, incluyendo tuberculosis.
- Incrementar la demanda de servicios de PAV, prevención de TMH, y apoyo y atención de HNV.
- Incrementar la adopción y el uso continuo de prácticas más seguras de inyección de drogas.
- Fomentar el diálogo y el intercambio de ideas sobre riesgo, comportamientos de riesgo, situaciones de riesgo y soluciones locales.
- Reducir el estigma y la discriminación para las personas que viven con VIH/SIDA (14,21)

4.6.3. PASOS ESENCIALES PARA DESARROLLAR UNA ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN PARA EL CAMBIO DE COMPORTAMIENTO

Los siguientes pasos incorporan un cuidadoso análisis, retroalimentación y rediseño a lo largo de todo el proceso.

- Paso 1:** Identificar el problema en base a las metas generadas del programa.
- Paso 2:** Segmentar a las poblaciones meta.
- Paso 3:** Comprometerse a realizar investigación formativa.
- Paso 4:** Identificar metas de cambio de comportamiento.
- Paso 5:** Buscar el consenso de las partes interesadas.
- Paso 6:** Diseño de un plan de comunicación, que incluya objetivos, tema general, mensajes específicos y puntos para su discriminación.
- Paso 7:** Prueba previa y revisión.
- Paso 8:** Dirigir la comunicación a grupos específicos
- Paso 9:** Implementar el plan.
- Paso 10:** Monitorearlo y evaluarlo
- Paso 11:** Buscar retroalimentación y hacer las revisiones apropiadas. (14)

4.6.4. CARACTERÍSTICAS A TOMAR EN CUENTA PARA LA EFECTIVIDAD DE ESTRATEGIAS DE CCC.

La experiencia en la conducción de intervención de CCC ha demostrado que:

- La CCC debe estar integrada en las metas generales y en los objetivos específicos de un programa. La CCC es un elemento esencial de los programas de prevención, atención y apoyo en VIH/SIDA, y provee vínculos críticos con otros componentes del programa. La CCC debe vincularse con las iniciativas de políticas y la provisión de servicios.
- La CCC debe alentar el cambio de comportamiento individual y también ayudar a crear las condiciones ambientales que facilitan la reducción del riesgo personal.
- Se debe realizar diagnósticos formativos o investigaciones del público para entender mejor las necesidades de la población blanco y las barreras que sus miembros enfrentan para el cambio de comportamientos.
- Toda la CCC en VIH/SIDA debe contribuir a la reducción del estigma.
- La población blanco y las comunidades relacionadas deben participar en cada fase del desarrollo de la CCC.
- El uso de una variedad de canales de comunicación es más eficaz que la dependencia en uno solo. Por ejemplo, la educación de grupos debe ser promovida por los medios masivos, el asesoramiento y otros enfoques.
- Las pruebas previas son esenciales para desarrollar materiales efectivos de CCC.
- El monitoreo y la evaluación deben estar incorporados al inicio de cualquier programa de CCC.
- Se deben especificar los objetivos para el cambio tras la exposición a la comunicación. Éstos pueden ser cambios en el comportamiento real o cambios en los precursores al cambio de comportamiento, por ejemplo, en los conocimientos, las actitudes o los conceptos.
- Las campañas basadas en el miedo no funcionan. Contribuyen con los entornos de estigmatización y discriminación.
- Debido a que los cambios que involucran a la sociedad en su conjunto son lentos, los cambios logrados a través de la CCC no se verán de la noche a la mañana. (14)

Las estrategias de CCC deben estar basadas en las metas y objetivos generales de un programa. Deben ir más allá de los productos de comunicación individual y llegar a un uso cuidadoso de una pluralidad de intervenciones, productos y canales diferentes, para alcanzar un amplio enfoque comunitario. Una estrategia de CCC integrada en un programa general y basada en un diagnóstico formativo sólido, puede influir en un programa general y en las normas sociales, y - cuando los servicios y los insumos están disponibles - en los comportamientos individuales y comunitarios. Quienes planean e implementan programas de VIH/SIDA deben desarrollar enfoques estratégicos que contemplan a la CCC no como una colección de tácticas de comunicación diferenciadas y aisladas, sino como un marco de referencia de enfoque vinculados que funcionan como parte de un proceso integrado y continuo. (13,41)

4.7. ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS PARA LA PREVENCIÓN DE VIH/SIDA

Los adolescentes y jóvenes aprenden, exploran y toman decisiones que pueden afectar el resto de sus vidas. Si no reciben la información y los servicios que necesitan, para tomar decisiones informadas, están más propensos a tener actitudes y por lo tanto comportamientos de riesgo, que pueden tener consecuencias adversas, como altos índices de embarazo e ITS incluyendo el VIH/SIDA.

Para responder de manera expedita y efectiva a la pandemia del VIH/SIDA, se necesita información completa y confiable acerca de las actitudes, creencias y prácticas de las comunidades en riesgo. (17)

Dar seguimiento a las actitudes y por consiguiente a los cambios de comportamientos a lo largo del tiempo es esencial para mantener programas diseñados de manera apropiada.

El éxito en la prevención de la transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) depende del cambio de las conductas de riesgo. Este cambio incluye el incremento en la utilización del condón, reducción del número de parejas sexuales de las personas sexualmente activas, modificación de la conducta de compartir jeringas entre los usuarios de drogas intravenosas y retraso en el inicio de la primera relación sexual, para mencionar solamente algunas.

A medida que el VIH se disemina, en muchos países se aumentan los esfuerzos de prevención para promover los cambios de conducta mencionados anteriormente. Los países necesitan información para diseñar programas de prevención apropiados, monitorear y posteriormente saber si esos esfuerzos tienen éxito. (17,21)

Cientos de millones de dólares se han gastado alrededor del mundo para reducir la diseminación del virus. La gran mayoría de los programas de prevención trataron de animar a las personas para que adoptaran comportamientos más seguros. Pero aún así, son relativamente pocos los países o regiones que han realizado esfuerzos substanciales y confiables para dar seguimiento a los comportamientos a través del tiempo. En la actualidad, la mayoría de los esfuerzos de vigilancia se han concentrado en el seguimiento de los casos de SIDA o en la diseminación del VIH. Sin embargo, concentrarse en la infección por sí sola es como cerrar la puerta del establo después de que el caballo se ha escapado. Cuando aumenta la prevalencia del VIH, es una indicación clara de que los programas de prevención han fallado, pero sin tener ninguna indicación de por qué.

La prevalencia del VIH estable o en disminución puede significar menos infecciones o podría significar más defunciones. Y debido a que una persona puede vivir con el VIH por años antes de que el virus sea detectado, las cifras de prevalencia del VIH reflejan una combinación de infecciones antiguas y nuevas, y no son útiles para documentar cambios recientes en las nuevas tasas de infección. Además, la vigilancia del VIH por sí misma es de uso limitado en los lugares donde la infección es todavía relativamente poco común. La prevalencia baja mantenida en una población puede significar que los miembros de la población no practican comportamientos que los podrían exponer al VIH, quizás porque los programas de prevención al VIH han tenido éxito o simplemente el virus no ha alcanzado todavía una masa crítica. Si las actitudes y comportamientos de riesgo existen pero no se

registran, se perderá la oportunidad de planificar programas para la reducción del riesgo antes de que el virus aparezca a través de un grupo con actitudes y comportamiento de riesgo. (17,20)

Al reconocer que la vigilancia del VIH por sí sola no llena las necesidades de información de los planificadores de los programas de prevención, ONUSIDA, OMS, FHI (Family Health International) y otras organizaciones han desarrollado un nuevo marco para la vigilancia del VIH. Que enfatiza la necesidad de emplear un sistema de vigilancia que sea apropiado para la situación de la epidemia en un país, concentrando recursos de vigilancia en los grupos en los que es más factible que la infección por VIH sea más común. Enfatiza particularmente la importancia de la utilización de los datos de las actitudes y los comportamientos para informar y explicar tendencias de la infección registradas en una población, y aboga por el uso más extenso de los datos del comportamiento en la planificación y evaluación de una respuesta apropiada al VIH. (47)

En Guatemala, como se mencionó en secciones anteriores se está elaborando la Estrategia IEC/SSR. La cual recomienda comportamientos para que sean adoptados por los adolescentes y jóvenes para la modificación de sus comportamientos de riesgo. Estos comportamientos recomendados son:

- Elaborar un Plan de Vida
- Hablan sobre sexualidad, sexo y planes de vida con adultos, con otros adolescentes.
- Acuden en busca de información sobre VIH/SIDA con líderes juveniles, y personal de salud.
- Retrasan su primera relación sexual
- Practican la masturbación como medio de satisfacción sexual
- Usan condón en cada relación sexual
- Vuelven a la abstinencia después de haber tenido relaciones
- Tienen una sol apareja sexual (practican la fidelidad)
- Participan en organizaciones, clubes de adolescentes y jóvenes, escuelas e institutos.
- Evitan el consumo de alcohol y drogas. (19)

A continuación se describen cada uno de esos comportamientos.

4.7.1. PLAN DE VIDA

Se define como un complejo coherente sistemático de proyectos o fines que unifican la personalidad moral de un individuo y la forma como el desea conducir su vida. Para que un plan de vida sea racional son necesarias dos condiciones, primero, que sea aplicado a las condiciones pertinentes de la situación del individuo y segundo, debe tratarse del plan de vida que el individuo podría elegir en virtud de una racionalidad deliberativa completa o dicho de otra manera, teniendo plenamente conciencia de todos los hechos pertinentes y después de un examen atento de las consecuencias.

A partir de un plan de vida racional, se puede establecer el punto de vista fundamental a partir del cual los juicios de valor que conciernen a una persona en particular pueden ser por una parte elaborados y, por otra, puestos en común coherentemente con los de otros. (4,9)

4.7.2. PARTICIPACIÓN SOCIAL

Es la respuesta a la necesidad de analizar y actuar sobre los problemas de las interacciones personales en sus diversos contextos sociales. Proceso que tiene que ver con la forma en que las necesidades individuales y colectivas son satisfechas en ese medio social. Buscando mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas, con una intervención preactiva y preventiva; desarrollando en personas, grupos y comunidades habilidades y competencias para analizar mejor su realidad social y buscar soluciones más adecuadas. (1,8)

Dentro de sus objetivos se encuentra reducir o prevenir situaciones de riesgo social y personal, ya sea mediante la intervención en la solución de problemas concretos que afectan a individuos, grupos o comunidades aportando recursos materiales o profesionales o mediante la promoción de una mayor calidad de vida.

Algunas organizaciones y personal que trabajan para la intervención social tienen como función:

- Atención directa: en el que se interviene directamente con la población objetivo para orientación y/o soluciones.
- Asesoramiento y consultoría: se realiza un trabajo en donde se intenta obtener un efecto multiplicador al orientar y asesorar a aquellos que están en contacto con la población objetivo.
- Dinamización Comunitaria: La posibilidad de reconstruir un tejido social más solidario creando flujos de apoyo en la comunidad, la promoción de movimientos asociativos, el impulso a la generación de proyectos nacidos de las propias necesidades de cada comunidad.

Planificación y Programas: Utilizados para alcanzar el óptimo grado de construcción de los componentes de la intervención (objetivos, creación de servicios, recursos y otros). (1,8)

4.7.3. RED DE APOYO

El apoyo social puede definirse como la ayuda real o percibida que el individuo deriva de las relaciones interpersonales (familiares o pares) tanto en el plano emocional como en el instrumental, para una situación específica.

Se componen de cuatro factores:

1. Orientación directiva:
2. Ayuda no directiva
3. Interacción social positiva
4. Ayuda tangible

El apoyo social, que tiene su fuente en las redes sociales, es clave para el bienestar de los individuos, parejas, grupos, familias especialmente en los momentos de estrés, transición o crisis.

Las redes sociales de apoyo son esencialmente cualitativas, que involucran funciones que cumplen para sus miembros ayuda y ajuste a las demandas de su ambiente. (38,39)

Las funciones básicas de las redes sociales son:

1. Orientación: la red guía sus miembros hacia los recursos necesarios para enfrentar situaciones que les resulten conflictivas.
2. Entrega directa de servicios a sus integrantes.
3. Apoyo social: función considerada como la más importante para los individuos que componen una red social; es el intercambio recíproco entre un proveedor y un receptor, estando o no este último en situación de estrés. (18,39)

Las redes sociales de apoyo se dividen en:

Red formal de apoyo

El sistema de apoyo formal compuesto, entre otros, por intervenciones médicas, intervenciones de crisis y los sistemas de rehabilitación psicosocial.

Red informal de apoyo

Este sistema abarca diversas redes sociales que emergen de forma natural, como familiares, religiosas, de ocio y laborales. (18,39)

4.7.4. CONDUCTA SEXUAL

La Sexualidad es la aptitud para disfrutar de la actividad sexual y reproductiva, amoldándose a criterios de ética social y personal. La ausencia de temores, de sentimientos de vergüenza, culpabilidad, de creencias infundadas y de otros factores psicológicos que inhiban la reactividad sexual o perturben las relaciones sexuales. Y la ausencia de trastornos orgánicos, de enfermedades y deficiencias que entorpezcan la actividad sexual y reproductiva. (44)

Comportamientos sexuales más seguros

Toma de precauciones al participar en relaciones sexuales que disminuyen el potencial de transmisión o contagio de enfermedades de transmisión sexual (ITS).

Algunos ejemplos específicos de comportamientos sexuales más seguros son:

La abstinencia

Es una respuesta absoluta para la prevención de las ITS, pero no siempre es práctica ni deseable.

Una relación sexual monógama

Con un individuo que se sepa que no sufre de ninguna ITS es probablemente el enfoque menos riesgoso que las personas sexualmente activas pueden adoptar. Se debe conocer a la pareja. Antes de tener una relación sexual con una pareja nueva, es prudente que ambos individuos se hagan un examen para la detección de ITS, en especial para el VIH y la hepatitis B y compartan los resultados de dichas evaluaciones el uno con el otro. (18)

La masturbación

Que se define como la excitación manual de los órganos genitales hasta llegar al orgasmo, que puede ser practicada por la misma persona o por otra (como ocurre en la masturbación mutua), y puede incluir el uso de los llamados "juguetes sexuales", así como otras formas de

estimulación. Es una conducta habitual y lógica del individuo y es parte del comportamiento sexual saludable. (18)

4.7.5. EL USO DE CONDÓN

Tanto masculino como femenino, disminuye significativamente las probabilidades de contagio de enfermedades de transmisión sexual, pero los condones deben usarse correctamente. El condón debe estar colocado en su lugar desde el principio hasta el final de la actividad sexual y debe usarse cada vez que un individuo participe en una actividad sexual con una pareja no monógama u otra pareja sospechosa.

El condón es un profiláctico que se utiliza para evitar el embarazo y la diseminación de algunas enfermedades de transmisión sexual (ITS) como el VIH, de una persona a otra. (18)

4.7.6. EL CONSUMO DE ALCOHOL O DROGAS

Puede deteriorar el juicio, la capacidad de comunicación y la coordinación que se necesita para usar correctamente los dispositivos de barrera y los lubricantes. El alcohol y las drogas pueden anular la capacidad de tomar las decisiones acertadas con respecto al sexo.

El consumo de alcohol está influenciado principalmente por actitudes que se desarrollan durante la infancia y la adolescencia y que, por lo tanto, están relacionadas con las actitudes y comportamientos que adoptan los padres frente al consumo tanto dentro como fuera del hogar, la influencia de compañeros, las influencias sociales y las relaciones familiares. (18)

4.8. INVESTIGACION CUALITATIVA:

La investigación cualitativa (IC) ha dejado de ser desde hace ya tiempo una metodología casi exclusiva de disciplinas como la sociología, la psicología o la antropología, constatándose cada vez más su presencia en estudios relacionados con la salud, lo que se refleja en publicaciones, seminarios y congresos, considerados como exponentes típicos de la difusión científica en medicina. (1,6)

En el ámbito concreto de la Salud Pública las razones a favor de la incorporación de la metodología cualitativa como complemento necesario de los métodos estadístico epidemiológicos tradicionales, han sido argumentadas por diferentes autores y de forma resumida, cabría apuntar al menos tres factores que justificarían una esperable tendencia al crecimiento de la Investigación Cualitativa en Salud (ICS) en terrenos como la Salud Pública y la Investigación de Servicios de Salud.

Por un lado, la importancia de evaluar las necesidades de salud de los individuos desde una perspectiva más integral y dinámica requiere profundizar en el conocimiento del sustrato socio-cultural y de los valores como condicionantes esenciales, tanto de su presente como de sus expectativas respecto de lo que debería ser una «vida sana» y «bien atendida» en los diferentes momentos de su existencia. No es casual, en este sentido, que en su día fuera la problemática del SIDA la que generara los primeros trabajos cualitativos en salud, y que en la actualidad sean las enfermedades crónicas, el cáncer, la calidad de vida relacionada con la

salud o la atención al anciano, algunos de los principales temas cuyo estudio y evaluación reclaman el concurso de la ICS. (1,6)

En segundo lugar, la «descontextualización controlada» en que tiene lugar la gran mayoría de los estudios experimentales, relativiza forzosamente el conocimiento de la efectividad de las acciones en salud, siendo preciso prolongar su seguimiento evaluativo hasta que éstas tienen lugar con personas «recontextualizadas» en su medio habitual.

Es decir, en realidades concretas donde variables como la edad y el género recobran su verdadero significado; donde las pluripatologías son la norma, y donde el transcurso de la enfermedad tiene lugar en el entramado de las interrelaciones humanas, tanto sanitarias como no sanitarias. De ahí los cada vez más frecuentes llamamientos a investigar la «evidencia» que representa la complejidad de lo real como complemento imprescindible de los resultados del ensayo clínico o el meta-análisis. (1,6)

4.9. METODOLOGÍA ETNOGRÁFICA:

Se concibe como ciencia que estudia, describe y clasifica las culturas o pueblos; rama de la antropología que describe científicamente la cultura individual, es una alternativa metodológica, se ha usado para estudios descriptivos que, dentro de la metodología cualitativa, proporciona una imagen de la vida, del que hacer, de las acciones, de la cultura de grupos en escenarios específicos y contextualizados; contempla la descripción, incluye comprensión e interpretación de fenómenos hasta llegar a teorizaciones sobre los mismos, permite reflexionar constante y profundamente sobre la realidad, asignando significaciones a lo que se ve, se oye y se hace, desarrollando aproximaciones hipotéticas, redefiniendo, hasta llegar a construir e interpretar esa realidad, lo cual conduce a la reconstrucción teórica. (2,30)

La característica importante de la etnografía es que incorpora las experiencias, creencias, actitudes, sentimientos, reflexiones de los participantes; proponiéndose descubrir que: 1. la persona actúa ante las cosas según el significado que representa para ella. 2. el significado de cada persona se deriva o surge de su interacción social. 3. los significados se manejan y modifican según el proceso de interpretación de las personas e ignorando cualquier idea preconcebida que pueda influenciar la interpretación de lo que observa el investigador. (2, 3)

Es importante mencionar que el principal instrumento de recolección de datos es el investigador, ya que existen dos componentes que interactúan: el investigador y el grupo (informantes); permitiéndose la comunicación espontánea y auténtica, para poder compartir el mundo de los informantes: su lenguaje, sus costumbres, sus expectativas y otros, para ello no conviene informarles los objetivos precisos de la investigación, para que eviten manipular la realidad o confundirlos, sino que, basta con que conozcan en términos generales la temática del estudio y las áreas que interesa conocer.

Para recoger los datos conviene reflejar anotaciones para planificar el trabajo de campo, luego registrar con disciplina escogiendo palabras y acciones, pues todo lo que ocurre en el escenario es fuente de datos, basándose en técnicas para recordar palabras (diagramas, resúmenes, identificar palabras clave y otras) o por medios mecánicos (grabadoras y video); para tratar los datos debe hacerse un proceso continuo que se produce a la vez que se recoge

la información, seleccionando las conductas y situaciones consideradas relevantes, organizándolo según el interés temático o metodológico y que estos sean completos y de calidad. (2, 1,14)

4.10. GRUPOS FOCALES

El grupo focal es un método colectivista es decir toma a en cuenta la opinión del conjunto de personas, más que individualista es decir de un solo individuo, y se centra en la pluralidad y variedad de las actitudes, experiencias y creencias de los participantes, y lo hace en un espacio de tiempo relativamente corto.

Los grupos focales requieren de procesos de interacción, discusión y elaboración de unos acuerdos dentro del grupo acerca de unas temáticas que son propuestas por el investigador. Korman define un grupo focal como: «una reunión de un grupo de individuos seleccionados por los investigadores para discutir y elaborar, desde la experiencia personal, una temática o hecho social que es objeto de investigación». (21)

Lo característico de los grupos focales es la participación dirigida y consciente y unas conclusiones producto de la interacción y elaboración de unos acuerdos entre los participantes. El propósito es registrar cómo los participantes elaboran grupalmente su realidad y experiencia.

Robert Merton, en su artículo «La entrevista focalizada» define los parámetros para el desarrollo de grupos focales: «Hay que asegurar que los participantes tengan una experiencia específica u opinión sobre la temática o hecho de investigación; requiere de un guión de funcionamiento que reúna los principales tópicos a desarrollar – hipótesis o caracterizaciones - y que la experiencia subjetiva de los participantes sea explorada con relación a las hipótesis investigativas». (22)

El grupo es fabricado por el investigador según el rango que los caracteriza para el problema ha investigar y a otras características relevantes; el tamaño del grupo debe permitir la libre conversación de cada participante y cada grupo se integra por 4 a 8 personas, el tema es abierto lo introduce el moderador con una mención muy general; el rol del moderador es pasar desapercibido y que la conversación no se monopolice por nadie ni que queden cabos sueltos, además se encarga de concluir un tema cuando este se ha agotado.

Por último, al terminar la reunión, se debe de trabajar en el análisis estructural del texto, es decir, los puntos de habla y puntos de no habla.

Se recomiendan tres etapas para redactar un informe final de las conclusiones del grupo focal:

1. Resumir inmediatamente la discusión y acuerdos de la reunión. Es más fácil reconstruir lo sucedido inmediatamente. El Moderador deberá reconstruir con alguno de los participantes los acuerdos de mayor trascendencia al igual los detalles que pueden ayudar a enriquecer el informe final.

2. Transcribir las notas de la relatoría o grabaciones inmediatamente se terminó la sesión de Taller. Lo anterior permitirá que se reconstruya no solo la atmósfera de la reunión sino también lo tratado.
3. Analice las relatorías: comience por leer todos los resúmenes o relatorías, analizando las actitudes y opiniones que aparecen reiteradamente o comentarios sorprendidos, conceptos o vocablos que generaron algunas reacciones positivas o negativas de los participantes, etc. (22, 23, 15)

5. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

5.1. HIPÓTESIS

La actitud de los adolescentes y jóvenes del municipio de Santiago Atitlán hacia los comportamientos recomendados por la Estrategia Nacional IEC/SSR, es de aceptación.

5.2. OBJETIVO GENERAL:

Explorar las actitudes de los adolescentes y jóvenes del municipio de Santiago Atitlán del departamento de Sololá, ante los comportamientos recomendados para la prevención de ITS/VIH/SIDA por la Estrategia Nacional de Información, Educación y Comunicación en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes.

5.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Identificar:

1. El componente cognitivo de las actitudes en los adolescentes y jóvenes por cada comportamiento para la prevención de ITS/VIH/SIDA.
2. El componente afectivo de las actitudes en los adolescentes y jóvenes por cada comportamiento para la prevención de ITS/VIH/SIDA.
3. El componente conativo-conductual de las actitudes en los adolescentes y jóvenes por cada comportamiento para la prevención de ITS/VIH/SIDA.

6. DISEÑO DEL ESTUDIO

6.1. TIPO DE ESTUDIO

Estudio cualitativo

6.2. UNIDAD DE ANÁLISIS

Adolescentes de ambos sexos de 10 a 19 años de edad.
Y Jóvenes de ambos sexos de 20 a 24 años de edad.⁶

6.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población

Adolescentes y jóvenes del municipio de Santiago Atitlán en el departamento de Sololá.

Muestra

Se usó el muestreo no probabilístico, de tipo homogéneo⁷, se convocó a 8 adolescentes hombres y 8 adolescentes mujeres así como a 8 jóvenes mujeres y 8 jóvenes hombres pertenecientes al municipio de Santiago Atitlán, para un total 32 individuos participantes.

6.4. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

6.4.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS (VARIABLES DE SEÑALIZACIÓN)

- Edad
- Sexo
- Religión
- Etnia
- Ocupación
- Estado Civil
- Lugar de nacimiento
- Lugar de residencia
- Escolaridad

⁶ Según el MSPAS, SENA y Programa Nacional de Control y Prevención de ITS/VIH/SIDA.

⁷ Homogéneo se entiende: que se busca incluir en la muestra un subgrupo con características similares a fin de estudio a fondo. (Pinole, E.B. Alvarez, E.L. *Metodología de la Investigación* Segunda Edición, 1994, Paltex, Washington, D.C.

6.4.2. ACTITUD HACIA LOS COMPORTAMIENTOS:

- Actitud hacia el comportamiento: Plan de Vida
- Actitud hacia el comportamiento: Red social de apoyo
- Actitud hacia el comportamiento: Prácticas sexuales
- Actitud hacia el comportamiento: Uso de condón
- Actitud hacia el comportamiento: Participación social
- Actitud hacia el comportamiento: Relación con sustancias adictivas.

VARIABLE	DEFINICIÓN DE VARIABLE	OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE	INDICADOR DE LA MEDICIÓN
Datos socio-demográficos	Edad, sexo, religión, ocupación, estado civil, etnia, procedencia y residencia del joven ó adolescente que lo caracterizan e identifican como perteneciente a un grupo específico de la población	<p>Edad: Tiempo en años transcurridos desde el nacimiento.</p> <p>Sexo: Condición biológica que distingue al hombre de la mujer</p> <p>Religión: Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos, de veneración y temor hacia ella, de normas morales de conducta y de prácticas para darle culto</p> <p>Ocupación: actividad productiva por la cual el/la participante recibe o no remuneración.</p> <p>Estado Civil: Condición de la persona en cuanto a sus derechos y obligaciones en su relación de pareja</p> <p>Residencia: Municipio, cantón o localidad dónde habita actualmente.</p> <p>Escolaridad: Nivel o grado de educación formal o informal que el/la participante refieren haber completado o ausencia de educación formal e informal.</p> <p>Etnia: identificación que el/la participante se da a si misma de acuerdo a características lingüísticas, socioeconómicas, culturales, religiosas y socio-históricas.</p>	<p>Edad en años</p> <p>Masculino ó femenino</p> <p>Evangélico, Católico, Mormón, Espiritualidad Maya, Ninguna, Otras.</p> <p>Estudiante, agricultor, comerciante, jornalero, ninguna, otras</p> <p>Casado, soltero, viudo, unido, divorciado o separado</p> <p>Nombre de cualquiera de los 4 municipios. (Sololá, Panajachel, Santa Catarina Palopó y San Andrés Semetabaj.)</p> <p>Alfabetización Informal, Primaria Incompleta, Primaria completa, Secundaria Incompleta, Secundaria Completa, Analfabeta</p> <p>Lo que el entrevistado refiera.</p>

VARIABLE	DEFINICIÓN DE VARIABLE	INDICADOR DE LA MEDICIÓN
Actitud hacia elaborar un plan de vida	Reacción verbal y/o no verbal, disposición o indisposición hacia elaborar un plan de vida: elaborar una misión y visión de metas para el presente y futuro, no tan a largo plazo, que se puede ir actualizando. Cognitivo: Lo que el individuo piensa, cree o sabe, sobre plan de vida. Afectivo: los sentimiento o emociones expresadas por el individuo sobre plan de vida. Conativo-conductual: la disposición del individuo a realizar un plan de vida	Contenidos, valoraciones, sentimientos, creencias y opiniones expresadas verbal y no verbalmente.
Actitud hacia acudir a su red de apoyo.	Reacción verbal y no verbal, disposición o indisposición hacia la discusión de sexualidad, prevención de ITS/VIH/SIDA y planes de vida con: padres, maestros o personas adultas de confianza; y con grupos de pares, es decir, jóvenes o adolescentes con quienes tenga alguna relación (red informal de apoyo); y con personal de salud y/o líderes juveniles (red formal de apoyo) Cognitivo: Lo que el individuo piensa, cree o sabe, sobre acudir a su red natural o informal de apoyo. Afectivo: los sentimiento o emociones expresadas por el individuo sobre acudir a su red natural o informal de apoyo. Conativo-conductual: la disposición del individuo a acudir a su red natural o informal de apoyo.	Contenidos, valoraciones, sentimientos, creencias y opiniones expresadas verbal y no verbalmente.
Actitud hacia prácticas sexuales.	Reacción verbal y no verbal, disposición o indisposición hacia ciertas prácticas sexuales que incluye: masturbación, que es la estimulación de los órganos genitales con el objeto de producir placer en el mismo cuerpo o en el cuerpo del compañero, con o sin obtención de orgasmo; retraso de la primera relación sexual, es decir planificación de la realización del acto sexual hasta el momento de madurez económica, física y mental de los dos miembros de la pareja; Abstinencia sexual, que es, continencia del deseo de realizar un acto sexual, después de haber iniciado actividad sexual, o después de haber mantenido una vida sexual activa. Cognitivo: Lo que el individuo piensa, cree o sabe, sobre las prácticas sexuales. Afectivo: los sentimiento o emociones expresadas por el individuo sobre las prácticas sexuales Conativo-conductual: la disposición del individuo a realizar, o no, las prácticas sexuales.	Contenidos, valoraciones, sentimientos, creencias y opiniones expresadas verbal y no verbalmente.

VARIABLE	DEFINICIÓN DE VARIABLE	INDICADOR DE LA MEDICIÓN
Actitud hacia el uso de condón	Reacción verbal y no verbal, disposición o indisposición hacia la utilización de condones, como método preventivo de ITS/VIH/SIDA, en cada relación sexual. Cognitivo: Lo que el individuo piensa, cree o sabe, sobre el uso de condón. Afectivo: los sentimiento o emociones expresadas por el individuo sobre el uso de condón. Conativo-conductual: la disposición del individuo a usar condón en cada relación sexual	Contenidos, valoraciones, sentimientos, creencias y opiniones expresadas verbal y no verbalmente.
Actitud hacia la participación social	Reacción verbal y no verbal, disposición o indisposición hacia pertenecer a un grupo con estructura y función social como organizaciones, clubes, etc. Cognitivo: Lo que el individuo piensa, cree o sabe, sobre participación social. Afectivo: los sentimiento o emociones expresadas por el individuo sobre participación social. Conativo-conductual: la disposición del individuo a participar en grupos sociales	Contenidos, valoraciones, sentimientos, creencias y opiniones expresadas verbal y no verbalmente.
Actitud hacia relación con sustancias adictivas	Reacción verbal y no verbal, disposición o indisposición hacia Consumo de bebidas alcohólicas o drogas ilícitas. Cognitivo: Lo que el individuo piensa, cree o sabe, sobre el consumo de sustancias adictivas. Afectivo: los sentimiento o emociones expresadas por el individuo sobre el consumo de sustancias adictivas. Conativo-conductual: la disposición del individuo hacia consumir sustancias adictivas.	Contenidos, valoraciones, sentimientos, creencias y opiniones expresadas verbal y no verbalmente.

6.5. TÉCNICAS, PROCEDIMIENTOS E INSTRUMENTO UTILIZADO

6.5.1. MÉTODO

Para la realización del estudio se utilizó como base el método etnográfico con la técnica de recolección de datos: grupo focal.

6.5.2. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

La validación se llevo a cabo con la participación de los cuatro investigadores y la supervisión del revisor Dr. Erwin Calgua y el asesor Lic. Estuardo Espinoza. Se realizó en la ciudad capital en el Centro Universitario Metropolitano (CUM), con un grupo focal integrado por adolescentes y jóvenes de los cuales 5 pertenecen al sexo femenino y 4 al sexo masculino.

La actividad consistió en el desarrollo de un grupo focal, siguiendo la metodología descrita para ello y se aplicó el instrumento propuesto para el trabajo de campo (Ver anexo No. 2, 4, 7). Tuvo una duración de una hora y treinta minutos.

Al concluir la actividad los supervisores emitieron sus opiniones sobre la actividad realizada y aprobaron la utilización de la técnica y el instrumento para la realización del trabajo de campo.

6.5.3. TRABAJO DE CAMPO

PRIMERA FASE:

COORDINACIÓN CON AUTORIDADES DE SALUD

Se llevo a cabo la reunión con las autoridades de la Dirección del Área de Salud de Sololá, Dr. Oliver Guerra (Director) y de Dr. Jorgi Juracán (Epidemiólogo) donde se realizó una presentación con el programa PowerPoint que resumía el protocolo y se exponía el rol que jugaría el sistema nacional de salud de cada una de las comunidades para la ejecución del trabajo de campo.

En dicha reunión se acordó atender la solicitud del Área de Salud, de incluir en la investigación al municipio de Santiago Atitlán, el cual estaba registrando el mayor número de casos de VIH/SIDA en la investigación que se estaba realizando en ese momento. Es entonces, cuando se decide incluir a este municipio en lugar del de Sololá, el cual había sido incluido en el protocolo, también por su alta prevalencia. Además se sugirió, por parte del Técnico en Salud Rural del Área de Salud, acudir al Proyecto Payaso (proyecto malabarista de educación en VIH/SIDA), quienes se dedican a presentar espectáculos informativos para prevención de VIH/SIDA, para obtener su colaboración convocando a los integrantes de los grupos focales en los cuatro municipios definidos.

SEGUNDA FASE:

CONVOCACIÓN DE INFORMANTES CLAVE, LÍDERES COMUNITARIOS, Y DE PARTICIPANTES

Durante la primera semana, se visitó las comunidades establecidas para el estudio, en búsqueda los informantes clave o líderes comunitarios para la convocatoria de los participantes.

Luego de que los informantes clave y líderes informaran de la poca factibilidad de reunir a adolescentes y jóvenes que no estuvieran agrupados previamente, que vivieran en áreas puramente rurales, que no pertenecieran al sector salud y que fueran de nivel educativo bajo o que no tuvieran educación y además que no tuvieran hijos, se decidió hacer uso de adolescentes y jóvenes de escuelas o institutos que estuvieran dispuestos a participar.

En Santiago Atitlán se acudió al Centro de Salud, en donde se intento contactar al Director de Distrito, pero se encontraba en actividades administrativas, y ya en una conversación telefónica, había hecho mención de la dificultad de contar con líderes comunitarios, por lo que luego de exponer los objetivos de la visita a una enfermera, y de escuchar su sugerencia de acudir a una ONG que se dedica específicamente a tratar lo relacionado al VIH/SIDA, se contactó a la Sra. Francisca Chiquival Men coordinadora comunitaria de la Asociación de Salud y Desarrollo RXIIN TNAMET, quien puso a disposición las instalaciones de dicha institución para la realización de la actividad, pero optó por no comprometerse a convocar a los participantes. Ante esta situación, se recurrió posteriormente a solicitar la colaboración del Director de la Escuela Rural Mixta de Santiago Atitlán, el profesor Pedro Isaias, quien autorizó la integración de los grupos focales con los adolescentes de ese establecimiento en la fecha y hora establecidas.

Para la integración de los grupos de jóvenes se acudió al Párroco de la iglesia el Padre Pedro quien aceptó convocar a los jóvenes, y además autorizó el uso de las instalaciones de la parroquia y del instituto que preside, definiéndose fecha y hora, con la salvedad hecha por él, de la posibilidad de encontrar negativa en los jóvenes a quienes se les hiciera la invitación de participar, o que al aceptar participar no afloraran sus pensamientos en cuanto a la sexualidad, de lo cual lo primero resultó cierto. Siendo así, que el día de la actividad, solamente acudieron dos varones y dos mujeres, debiéndose recurrir a solicitar la participación de jóvenes que se encontraban en el parque, mercado y otros lugares aledaños al sitio de la reunión. Para esto, los jóvenes ya convocados por el párroco, fueron determinantes, y fueron ellos quienes (en el caso de los varones) lograron reunir a un grupo de seis jóvenes, y en el caso de las mujeres se llevo al número de seis participantes.

TERCER FASE: REALIZACIÓN DE GRUPOS FOCALES CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS REUNIONES

Después de recibir ciertas observaciones por parte de algunos líderes comunitarios, se acordó no realizar los grupos mixtos. Se decidió entonces, que el investigador junto con otro profesional varón, quien hizo las veces de redactor, se reunirían con los participantes hombres. Y dos investigadoras mujeres lo harían con las participantes mujeres.

Las dos reuniones de hombres fueron filmadas de principio a fin, en tanto que las reuniones de las mujeres fueron filmadas solamente al inicio de la reunión, en los casos en los que se obtuvo la autorización de las mismas. Se recurrió entonces al uso de una grabadora de bolsillo, para captar lo expresado verbalmente por las mujeres.

Uno de los dos investigadores, dirigió la reunión, mientras el otro, tomaba nota del lenguaje no verbal en el cuaderno de campo. Al inicio se procedía a una presentación ante los participantes, la cual fue realizada por los representantes del plantel o por el mismo investigador en el caso del grupo de adolescentes. Luego de eso, uno de los investigadores, hacía una presentación más específica de cada uno de los integrantes del equipo de investigación y explicaba los objetivos de la investigación y los requerimientos para participar, así también, se daba una explicación sobre la opción de no participar o de abandonar la actividad en el momento en que lo desearán.

Ya con cada grupo específico formado, se procedía a dar una explicación más específica acerca del llenado de las hojas de autorización y de los datos sociodemográficos. Habiéndose llenado las hojas respectivas, y colocado un gafete de identificación a todos los participantes incluyendo a los investigadores, daba inicio la reunión, con una dinámica para romper el hielo. A continuación, se entraba de lleno con los objetivos de la investigación, iniciando con una pregunta generadora ¿Cómo se ven en unos diez años? Con lo que se daba inicio a la guía de preguntas descrita en el instrumento. Quien dirigía la reunión, lanzaba una pregunta o tema a todo el grupo, y se esperaba la respuesta espontánea. Cuando esta se daba, se escuchaba la opinión completa y luego se preguntaba si alguien quería opinar algo más, que fuera igual, parecido o diferente. En el caso de que la respuesta no se diera espontáneamente se procedía a solicitar la participación directamente a cualquiera de los participantes, llegando en algunos casos a recurrir a preguntas directas.

Las reuniones duraron entre una a dos horas y media. Al final de las mismas, se procedió a dar explicaciones de las dudas surgidas es su desarrollo, y se dio educación en los aspectos principales donde se manifestaba riesgo inminente por la ignorancia. Paralelo a esto, se compartió con los participantes un refrigerio.

Al final de cada reunión, el equipo de investigadores, reunidos en el lugar que sirvió de hospedaje al mismo, se dio a la tarea de transcribir a una computadora lo recabado con la grabadora de bolsillo, la videograbadora y los apuntes en el cuaderno de campo. Dicha labor se realizó en un tiempo promedio de ocho horas por cada grupo focal.

6.6. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN.

Esta investigación tuvo valor social y científico, ya que se describieron los resultados de grupos focales, lo que exploró las actitudes de una población respecto a un proyecto por parte de un grupo específico, lo cual permitió aumentar el conocimiento en cuanto a salud reproductiva, para la implementación de mejores estrategias de comunicación para la prevención de VIH/SIDA en adolescentes, especialmente los pertenecientes a grupos étnicos desatendidos.

La investigación se realizó utilizando el método científico y los datos fueron procesados a través de métodos estadísticos aprobados, tomando en cuenta la escasez de recursos con los que se cuenta para realizar dicha investigación.

La selección de los municipios y grupos, para la realización del estudio se basó en la prevalencia de VIH/SIDA, de acuerdo a las estadísticas del departamento, departamentos de alta y baja incidencia por igual.

Se seleccionaron los participantes que cumplieron con los criterios de inclusión para los procesos de interacción, discusión y elaboración de acuerdos acerca de las temáticas propuestas por el investigador.

La población en estudio no fue expuesta a ningún riesgo, ya que el investigador no realizó ningún procedimiento que halla puesto en peligro la vida del informante.

No hubo maleficencia en el estudio y por el contrario se obtuvieron beneficios al presentar los resultados finales de la investigación.

Cada participante fue informado de la temática a seguir, los pros y expectativas del estudio y fueron motivados a mantener la confidencialidad de lo que ellos escucharon durante la actividad; de igual manera los investigadores tuvieron la gran responsabilidad de mantener el anonimato y confidencialidad de las opiniones de los informantes.

6.7. ALCANCES Y LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.

6.7.1. ALCANCES

- Permitió la integración de un equipo multidisciplinario que contará con antropólogos, un psicólogos y médicos.
- Es un estudio realizado por primera vez en Guatemala.
- Aportó información sobre la aceptabilidad hacia la estrategia de IEC/SSR de Sololá.
- El uso del método cualitativo permitió la participación del grupo blanco en la identificación de problemas y necesidades de salud.
- Se logró alcanzar varios grupos de jóvenes: estudiantes, trabajadores, mujeres solteras, etc.

6.7.2. LIMITACIONES

- El dialecto
- No se realizó en otros municipios del departamento, ya que no se contó con los recursos económicos y tiempo.
- No hubo apoyo por parte del Área de Salud de Sololá.
- No se logró contactar grupos con anterioridad por falta de apoyo, así que se formaron los grupos conforme se visitaba la comunidad.

6.8. PLAN DE ANÁLISIS Y TRATAMIENTO ESTADÍSTICO DE LOS DATOS.

Se compilaron los datos recolectados durante las actividades en el programa de computación Microsoft Word, Office 2000®, allí se hizo una comparación de resultados entre adolescentes y jóvenes y posteriormente entre ambos sexos. Al tener estos esquemas comparativos se hizo un análisis de tipo inductivo, para identificación y categorización de los datos.

Como primer paso se procedió a transcribir de forma escrita, el total de las conversaciones, opiniones y expresiones emitidas por cada uno de los participantes. Posteriormente se clasificó la información, ya transcrita, a cada una de las categorías a investigar donde se dividió en opiniones comunes y otras opiniones, y se clasificó de acuerdo a los componentes actitudinales, es decir: lo cognitivo, afectivo y conativo-conductual.

Después de haber tabulado de esta manera la información, se procedió a realizar un análisis de cada grupo, es decir por sexo (hombres y mujeres) y grupo de edad (adolescentes y jóvenes). Para generara posteriormente un análisis comparativo entre dichos grupos.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.

GRUPO FOCAL
Consolidado mujeres de Santiago Atitlán

PLAN DE VIDA

	Adolescentes	Jóvenes
OPINIONES COMUNES	En cuanto a estudio, llegar a estudio diversificado. Con quienes platican más sobre plan de vida es con miembros de la familia. En su plan de vida no contemplan el noviazgo ni el matrimonio.	Seguir estudiando una carrera diversificado, si se puede universitaria. Casarse. Trabajar para lograr una estabilidad económica para casarse y tener hijos. Consideran útil planificar para prevenir inestabilidad económica, y el tener embarazos no deseados.
OPINIONES DISTINTAS	En cuanto a estudio llegar a sacar alguna carrera universitaria.	La planificación también ayuda a prevenir otras enfermedades aparte del VIH.
COMPONENTES ACTITUDINALES	Cognitivo: las adolescentes conocen su plan de vida como la actividad a la que se van a dedicar. A demás por sus respuestas se percibe que el lugar donde hablan del tema es en el hogar. No contemplan el noviazgo ni el matrimonio en su plan de vida o por lo menos no manifestaron interés.	Cognitivo: las jóvenes incluyen en su plan de vida aspectos como estudio y trabajo como lo más importante a corto y mediano plazo. También ven el matrimonio dentro de su plan de vida y el número de hijos que desean tener, aunque no dan un número si refieren que quieren planificarlo. Es importante ver que algunas ya se ven como una fuerza laboral para aportar económicamente en su futura familia
	Afectivo: no todas lo consideran importante, en cambio reflejan cierta despreocupación por el tema, incluyendo plan de vida para prevención de ITS/VIH/SIDA.	Afectivo: hay una motivación por planificar, sin embargo algunos comentarios reflejan incertidumbre sobre esto.

	Conativo-Conductual: la mayoría tiene la intención de llegar a sacar una carrera en el diversificado y algunas una carrera universitaria. Sin embargo no lo explican como un plan estructurado.	Conativo-Conductual: en general demuestran un plan a mediano plazo concreto, demuestran un interés por alcanzar estas metas las cuales plantearon de forma concreta.
--	--	---

GRUPO FOCAL
Consolidado mujeres de Santiago Atitlán

RED DE APOYO

	Adolescentes	Jóvenes
OPINIONES COMUNES	Hablan de sexualidad con padres, amigas y maestra.	El mayor apoyo en comunicación lo han recibido en la escuela. A los padres les da vergüenza hablar del tema, para ellos (los padres), la información debe adquirirse hasta estar casados. No conocen otro lugar formal donde se de información sobre el tema.
OPINIONES DISTINTAS	Reciben información en centro de salud.	Aún en la escuela, si el profesor tiene vergüenza de hablar del tema no lo habla.
COMPONENTES ACTITUDINALES	Cognitivo: saben que pueden informarse sobre sexualidad con padres, amigas, maestra y centro de salud. Saben que es útil buscar apoyo para prevenir enfermedades.	Cognitivo: las jóvenes entienden la importancia de buscar información sobre el tema, sin embargo en el hogar lo ven muy lejano de ser el lugar donde lo consigán. La escuela es considerada como el lugar donde más información se ha transmitido hacia la juventud y adolescencia. Creen que si se podría aumentar la información y que incluso se puede generar en el lugar, con gente del municipio.
	Afectivo: evidencian mayor apego a hablar entre amigas, sin embargo también incluyen a familiares inmediatos.	Afectivo: algunos jóvenes y adolescentes aún sienten vergüenza de hablar del tema especialmente entre las mujeres, hay sentimientos de incomodidad. Sin embargo ya la mayoría tiene más interés.

<p>Conativo-Conductual: las adolescentes manifestaron verbalmente que buscan apoyo en redes informales, como familia y amigos. Sin embargo al hablar con ellas había vergüenza sobre el tema, por lo que es dudoso que en realidad se platique de estos temas en la familia.</p>	<p>Conativo-Conductual: en el caso de las mujeres han recibido información sobre todo por parte de la escuela o colegio, es decir, una red formal de apoyo. La mayoría de jóvenes no considera el hogar como un lugar apropiado, no muestra una disposición para hablar del tema en dicho lugar.</p>
---	---

GRUPO FOCAL
 Consolidado mujeres de Santiago Atitlán

	PRÁCTICAS SEXUALES	
	Adolescentes	Jóvenes
OPINIONES COMUNES	<p>Retraso de primera relación sexual y abstinencia: La mayoría de jóvenes inician su actividad sexual entre los 14 y 15 años de edad. Consideran esta edad como muy temprana para iniciar la actividad sexual. Los hombres inician antes que las mujeres a tener relaciones sexuales. Consideran difícil que los adolescentes varones retracen su relación sexual hasta el mejor momento, en cambio creen que las mujeres tienen más facilidad.</p>	<p>Retraso de primera relación sexual y abstinencia: los hombres inician su actividad sexual entre los 10 y los 14 años. Los hombres más promiscuos son los que se dedican al comercio por estar viajando. Para los hombres puede ser más difícil abstenerse. Aunque hay mujeres que tienen sus hijos muy jóvenes, ahora consideran que ha cambiado pues ahora ya se casan después de los 18 años de edad.</p>
	<p>Fidelidad: No hubo opinión. Más bien actitud de ignorancia ante el tema.</p>	<p>Fidelidad: Los mayoría de hombres son infieles. La mayoría de mujeres son fieles. Los hombres pueden ser infieles si no se sienten complacidos sexualmente por su pareja.</p>
	<p>Masturbación: No conocen mucho del tema. Creen importante hablar del tema.</p>	<p>Masturbación: Todas conocen que es la masturbación. Eso se da sólo en los hombres. Lo hacen cuando tienen ganas de tener relaciones sexuales. Es mejor que ir con las prostitutas.</p>

OPINIONES DISTINTAS		Retraso de primera relación sexual y abstinencia: Hay personas que si podrían retrasar la primera relación sexual.	Retraso de primera relación sexual y abstinencia: Algunos métodos para la abstinencia son la masturbación, echar hielo, hacer algún deporte, ocupar la mente en otras actividades.
		Fidelidad: No hubo opinión. Más bien actitud de ignorancia ante el tema.	Fidelidad: Algunas mujeres son infieles porque su pareja le ha sido infiel primero.
		Masturbación: Algunas creen que es mala la práctica, otras dicen que es bueno para el que la practica.	Masturbación: Es casi sólo de los hombres. No es el único método para no contagiarse.
COMPONENTES ACTITUDINALES	Cognitivo	Retraso de primera relación sexual y abstinencia: en cuanto a retrasar la primera relación sexual, las participantes piensan que la edad promedio en que se empiezan, en el municipio de Santiago Atitlán, es muy temprana. Creen que los hombres inician a más temprana edad que la mujer y creen que es más difícil la abstinencia para los hombres.	Retraso de primera relación sexual y abstinencia: es el decidir no tener relaciones sexuales, se puede evitar más en las mujeres y es lo que se ha visto últimamente. En los hombres es más difícil pero lo pueden hacer por la masturbación y otros métodos de distracción.
		Fidelidad: No hubo opinión. Más bien actitud de ignorancia ante el tema.	Fidelidad: saben que la fidelidad es esencial para la salud reproductiva y que tiene que darse en las dos personas. La infidelidad es mayor en los hombres.
		Masturbación: En cuanto a la masturbación, no saben mucho del tema, o no quisieron hablar, pero algunas lo consideran una práctica mala otras no.	Masturbación: es sobarse el órgano sexual. La mayoría de hombres lo practican.

Afectivo	Retraso de primera relación sexual y abstinencia: en cuanto a abstinencia y retraso de primera relación sexual ven positivo el retrasar la primera relación sexual.	Retraso de primera relación sexual y abstinencia: se percibe seguridad, de retrasar la primera relación sexual y de volver a la abstinencia en las mujeres que tienen un plan de vida.
	Fidelidad: no hubo opinión.	Fidelidad: se sienten vulnerables de que la pareja pueda serles infiel.
	Masturbación: En masturbación causó risas e indiferencia al tema.	Masturbación: hay cierta vergüenza al hablar sobre el tema y risa.
Conativo-Conductual	Retraso de primera relación sexual y abstinencia: consideran difícil, especialmente en el hombre que éste retrase la primera relación sexual o vuelva a la abstinencia.	Retraso de primera relación sexual y abstinencia: la práctica de la masturbación ha servido en los jóvenes para no tener relaciones sexuales. Sin embargo muchos de los hombres ya han tenido relaciones sexuales desde muy temprana edad. En las mujeres esta conducta ha ido cambiando, pues refieren que ya no se ven madres tan jóvenes como antes.
	Fidelidad: No hubo opinión. Más bien actitud de ignorancia ante el tema.	Fidelidad: las mujeres muestran mejor disposición a ser fieles, ocurre lo contrario en el hombre.

		Masturbación: hablaron como si fuera una actividad del hombre, no saben mucho del tema o no quisieron hablar así que no se profundizó en él.	Masturbación: no hay mucha opinión sobre masturbación. La refirieron como práctica del hombre y que en éste puede sustituir una relación sexual.
--	--	---	---

GRUPO FOCAL
Consolidado mujeres de Santiago Atitlán

	USO DE CONDÓN	
	Adolescentes	Jóvenes
OPINIONES COMUNES	Todas saben qué es. Se usa para prevenir embarazos Se usa para prevenir ITS/VIH/SIDA Que el hombre es el que lo utiliza.	El hombre prefiere no usar el condón por diversas causas: <i>Machismo:</i> "es problema es que no lo usan. Y exigen que como es su mujer porque van a usarlo sino hay razón ya que la mujer debe ser fiel y por que usarlo."; <i>Porque no se siente lo mismo;</i> por falta de educación. Creen que personas con educación formal piensan más en usar el condón que las que no han recibido ese tipo de educación.
OPINIONES DISTINTAS	No todos lo usarían.	"Muchos usan el condón sólo para evitar embarazos no deseados pero no piensan en la prevención de Infecciones." "No debería usarse" fue el comentario de una de las participantes. Los hombres no usan condón porque están pagando un servicio.
COMPONENTES ACTITUDINALES	Cognitivo: conocen que el condón sirve para prevenir embarazos e ITS's incluyendo el VIH. Creen que el hombre es el que debe usarlo.	Cognitivo: las mujeres saben que el uso del condón es para prevenir infecciones de transmisión sexual y evitar embarazos no deseados.
	Afectivo: sienten vergüenza al hablar del condón.	Afectivo: sienten temor de decirle al marido que use condón porque éste puede pensar que la mujer le esta siendo infiel.

Conativo-Conductual: hay quienes creen que si lo usarían los jóvenes, al menos expresan que si es importante, le dan más importancia a prevenir embarazos.

Conativo-Conductual: la mayoría percibe que la causa principal es que el hombre no use el condón el machismo. Las mujeres prefieren la inyección al condón como método de planificación, sin embargo la mujer estaría dispuesta a usarlo si no tuviera miedo de lo que fuera a pensar su marido. Para esto consideran que se debe dar plática a la pareja.

GRUPO FOCAL
Consolidado mujeres de Santiago Atitlán

PARTICIPACIÓN SOCIAL

	Adolescentes	Jóvenes
OPINIONES COMUNES	Verbalmente refirieron que no conocen ningún lugar donde se hable específicamente sobre el tema de sexualidad. Manifestaron también que si les gustaría participar en un grupo si lo hubiera.	Les gustaría participar en lugares donde se hable sobre sexualidad pero de mujer a mujer. Les gustaría que hubieran líderes que se dedicarían a difundir información con participación de los jóvenes.
OPINIONES DISTINTAS	Algunas de las adolescentes que respondieron que si les gustaría participar en un grupo donde se hablaba del tema, no sabían explicar por qué quisieran hacerlo.	Se debería hablar no sólo con los jóvenes sino también con los padres es óstos.
COMPONENTES ACTITUDINALES	Cognitivo: piensan que es útil que existan estos lugares.	Cognitivo: consideran importante que los jóvenes se informen en lugares dedicados específicamente a esto, pero donde se incluya a toda la población.
	Afectivo: en sus gestos y discurso no manifestaron mucho entusiasmo por el tema.	Afectivo: sienten más seguridad al hablar de esto con personas que saben del tema.
	Conativo-Conductual: todas contestaron que les gustaría participar en un grupo social. Sin embargo se percibe que no lo toman como una prioridad.	Conativo-Conductual: creen que participarían si la relación fuera mujer a mujer y si ellas participaran activamente en el programa, es decir que se involucrara a la población.

GRUPO FOCAL
Consolidado mujeres de Santiago Atitlán

	USO DE DROGAS	
	Adolescentes	Jóvenes
OPINIONES COMUNES	Al usar drogas los hombres pueden desear tener relaciones sexuales. Al usar drogas las mujeres pueden tener más riesgo de quedar embarazadas. Al usar drogas IV pueden contagiarse de SIDA.	El uso de drogas es un factor de riesgo para infectarse, sobre todo aquellas que son I.V. <i>"Los drogadictos se dice que el SIDA te da por jeringas ya utilizadas, en esa jeringa ya esta infectada"</i> El uso de drogas puede ser un factor de riesgo para adquirir infecciones puesto que este grupo de personas es más promiscuo. <i>"Se dice también que unos drogadictos no solo se dedican a fumar y drogarse, sino que tienen relaciones también y ahí esta el riesgo de infectarse."</i>
OPINIONES DISTINTAS	No hubieron opiniones distintas	No hubieron opiniones distintas
COMPONENTES ACTITUDINALES	Cognitivo: saben que el uso de drogas puede afectar la capacidad volitiva de la persona. Hay aumento del riesgo de quedar embarazada y de infectarse de VIH si usan drogas IV. Afectivo: hay sorpresa al hablar del tema	Cognitivo: las jóvenes perciben el uso de drogas como un factor de riesgo para adquirir infecciones de transmisión sexual. Afectivo: por sus comentarios y gestos demuestran preocupación por el tema.

Conativo-Conductual: los adolescentes no se percibe curiosidad por el uso de drogas, aunque las conocen ninguna de ellas manifestó haber usado drogas ni alcohol, ni su intención por probarlas. ¿Creen que beber alcohol y usar drogas puede ayudar a que las personas se contagien de SIDA? Breve silencio Se quedan pensando, y luego responden SI. "pueden querer sexo con una mujer y lo hacen" "también pueden quedar embarazadas." "si porque los que se drogan se inyectan y se les puede pegar el SIDA"	Conativo-Conductual: la mayoría de jóvenes que usan drogas son del sexo masculino. Si se da educación se puede prevenir el uso de drogas. <i>"se les da la información y consecuencias, se les da videos para que vean y que comparen y sepan síntomas hasta de que se puede contagiar. Y hablar acerca de su experiencia en una reunión. Lo importante es tener información. Entonces SI"</i>
---	---

GRUPO FOCAL
Consolido hombres Santiago Atitlán

PLAN DE VIDA

	Adolescentes	Jóvenes
OPINIONES COMUNES	Seguir estudiando Ser doctor Trabajar de perito.	Muchos tienen el plan de seguir estudiando, pero la mayoría termina trabajando por falta de recursos. Muchos jóvenes tienen varios hermanos, así que al terminar la secundaria o diversificado tienen que trabajar para ayudar a sus hermanos. En su plan de vida algunos refieren que quieren casarse arriba de los 25 años y no tener muchos hijos. Aunque refieren que la mayoría se casa joven y tienen muchos hijos 4 o 5 en promedio.
OPINIONES DISTINTAS		Piensan que la ideología de los padres es muy distinta a esta nueva generación por eso no les enseñan cosas que les sean útiles en su entorno. Piensan que las maras y la delincuencia es un factor que aísla a los jóvenes sobre pensar en su futuro. Los ladinos si planifican. Ellos, en cambio, tienen vergüenza de planificar o de hablar de sexo.
COMPONENTES ACTITUDINALES	Cognitivo: no planifican en cuanto a su futuro. Su visión de un plan de vida es lo que van a estudiar después de los básicos.	Cognitivo: creen que el plan de vida es útil para tener un futuro más prometedor. Piensan que los jóvenes empiezan a pensar en su futuro cerca de los 14 o 15 años. Sin embargo es en el diversificado donde les hablan más de esto.

<p>Afectivo: hay indiferencia ante el tema.</p>	<p>Afectivo: hay un deseo de superarse, sin embargo manifiestan cierta incertidumbre respecto a planificar por situaciones del entorno. No hay certeza de poder realizarlos. Hay todavía miedo a relacionarse con nuevas costumbres, talvez por el antecedente de las masacres que hubo en ese lugar.</p>
<p>Conativo-Conductual: no se ve mucho interés en pensar en el futuro, no manifestaron haber tomado tiempo para planificar o pensar sobre su futuro.</p>	<p>Conativo-Conductual: los jóvenes, sobre todo los que están estudiando, piensan más en su futuro inmediato o a mediano plazo, es decir ya piensan en que van a hacer el siguiente año o en qué quieren trabajar. Les interesa mucho planificar. Muchas veces los planes de vida se ven truncados cuando son obligados a casarse.</p>

GRUPO FOCAL
Consolido hombres Santiago Atitlán

RED DE APOYO

	Adolescentes	Jóvenes
OPINIONES COMUNES	Con los papás no se habla porque los regañan El sexo es una mala palabra. Sólo se habla de sexo entre mayores de edad. Se habla de sexo entre los amigos. Las maestras les hablan algunas cosas de sexo. Pero con quienes ellos buscan hablar es con sus amigos.	En la familia nunca se habla de eso con los hijos. Con los amigos se bromea sobre el tema, pero no se habla en serio. Los profesores dan ideas más reales sobre el tema.
OPINIONES DISTINTAS	El catequista de la iglesia.	Uno de los participantes refiere que ha hablado del tema con su padrastro.
COMPONENTES ACTITUDINALES	Cognitivo: la red de apoyo que más usan es la de pares, no se habla de esto con los padres por temor a que los regañen y por vergüenza. Afectivo: produce vergüenza hablar sobre el tema con gente que no son sus amigos. Conativo-Conductual: hay predilección a hablar con los amigos.	Cognitivo: la mayoría de jóvenes hablan de estos temas entre amigos, sin embargo en cuanto al tema no conocen aún la importancia de buscar ayuda. Consideran la información que se les da por medio de profesores como útil. Sin embargo los profesores no son buscados para resolver dudas. Afectivo: los jóvenes sienten vergüenza de hablar del tema con sus padres. Conativo-Conductual: los jóvenes muestran disposición a hablar del tema con sus amigos o pares, sin embargo la mayoría de veces es para bromear. Los jóvenes que estudian pueden recibir información de sus maestros, sin embargo no siempre aclaran todas sus dudas. Los jóvenes que no estudian no tienen otra fuente de apoyo más que los amigos.

GRUPO FOCAL
Consolido hombres Santiago Atitlán

PRÁCTICAS SEXUALES

	Adolescentes	Jóvenes
OPINIONES COMUNES	Retraso de primera relación sexual y abstinencia: Piensan que los jóvenes empiezan a tener novia como a los 16 años, inician sus relaciones sexuales a los 18 años. A demás varios manifestaron que ya han estado en vares y han visto show.	Retraso de primera relación sexual y abstinencia: se cusan a los 18 años, lo hacen por probar, si se aburren de su pareja buscan otra. Inician actividad sexual entre los 12 y 15 años. Cuando alguien toma, busca los bares y las prostitutas. La mayoría de comerciantes son más promiscuos que la población.
	Fidelidad: no hablan mucho del tema, entre ellos aún no tienen novia. Manifestaron que sólo quieren tener una novia. Sin embargo muchos dijeron que les gustaría tener relaciones sexuales y que si tuvieran el dinero irían con las prostitutas.	Fidelidad: "permanecen al lado de la mujer por los hijos", la infidelidad se da más en los comerciantes porque viajan mucho. El hombre se puede aburrir de su pareja y buscarse otra. La mujer puede ser infiel cuando el hombre también lo es.
	Masturbación: todos refirieron que se han masturbado. Produce dolor de espalda y los deja cansados. Es buena la masturbación.	Masturbación: casi todos los jóvenes la practican. Creen que en exceso es malo. Puede causar enfermedades. Piensan que es mejor estar con una mujer que masturbarse. El deporte y otras actividades pueden ayudar a dejar la práctica de la masturbación.
OPINIONES DISTINTAS	Retraso de primera relación sexual y abstinencia: no hubo opinión. Fidelidad: no hubo opinión	Retraso de primera relación sexual y abstinencia: creen que los programas pornográficos han favorecido a la práctica. Fidelidad: se da la infidelidad cuando hay falta de confianza en uno mismo.

		Masturbación: sólo uno de los participantes mencionó que la masturbación es mala. -por qué? -se le preguntó. -porque soy evangélico -respondió.	Masturbación: aprendió a masturbarse sólo.
COMPONENTES ACTITUDINALES	Cognitivo	Retraso de primera relación sexual y abstinencia: ven el tener relaciones sexuales como algo normal en los mayores de edad.	Retraso de primera relación sexual y abstinencia: saben que abstinencia es evitar tener relaciones sexuales.
		Fidelidad: piensan que es bueno ser fiel.	Fidelidad: la infidelidad se da tanto en hombres como en mujeres, inicia desde antes de estar casado. Es más en los hombres y de estos en los que son comerciantes.
		Masturbación: Todos saben que es la masturbación, la mayoría cree que es bueno masturbarse, piensan que debilita; el lugar donde han aprendido es en la calle.	Masturbación: es una práctica común entre hombres, puede hacer daño al cuerpo. La mayoría aprendió a masturbarse porque le enseñó algún compañero en la escuela.
	Afectivo	Retraso de primera relación sexual y abstinencia: no sienten rechazo a tener relaciones sexuales, sienten que al tener la primera oportunidad tendrían relaciones sexuales.	Retraso de primera relación sexual y abstinencia: Sienten que tener relaciones es una necesidad.
		Fidelidad: no expresaron sentimientos, más bien no se expresaban bien con el tema porque no conocían mucho de él.	Fidelidad: uno de los participantes expresó que sentía admiración por las personas que son fieles. Otros expresaron que la infidelidad es algo común. Algunos mostraron un desacuerdo total con la práctica de la infidelidad. Otros manifestaron que es difícil ser fiel.

		Masturbación: sólo uno se sintió incomodó hablando del tema. Los demás fueron bastante abiertos y manifestaban emoción al hablar del tema.	Masturbación: por sus comentarios y expresiones aún hay un poco de vergüenza al hablar del tema, sin embargo si hablan de ello.
Conativo-Conductual		Retraso de primera relación sexual y abstinencia: la mayoría quería tener ya relaciones sexuales. Se juntan en grupo a ver películas pornográficas.	Retraso de primera relación sexual y abstinencia: hay mayor disposición a la practica de relaciones sexuales a temprana edad y a acudir a prostibulos en comerciantes.
		Fidelidad: todos dijeron que querian tener una sola pareja. Sin embargo por sus conductas insinuaban que tendrían relaciones incluso con una prostituta si tuvieran el dinero.	Fidelidad: muchos de los que se casan jóvenes y comerciantes están más predispuestos a ser infieles.
		Masturbación: todos se masturban y sólo uno piensa que es malo. Sin embargo no manifestaron que sustituirían la relación sexual por la masturbación.	Masturbación: casi todos los jóvenes la practican, no la sustituyen por relación sexual, ya que piensan que es mejor estar con una mujer que masturbarse.

GRUPO FOCAL
Consolido hombres Santiago Atitlán

USO DE CONDÓN

	Adolescentes	Jóvenes
OPINIONES COMUNES	Saben que sirve para no embarazar a la mujer. Saben que sirve para prevenir infecciones de transmisión sexual. El condón es 100% seguro para no infectarse.	Sirve para evitar embarazos. Sirve para prevenir infecciones de transmisión sexual.
OPINIONES DISTINTAS	Hay que soplar el condón antes de ponérselo.	Disminuye la sensación de placer. Tardan más en llegar al coito cuando usan un condón.
COMPONENTES ACTITUDINALES	Cognitivo: creen que el condón sirve para no infectarse de VIH y otras infecciones y para prevenir embarazos no deseados. Creen que el condón es 100% seguro. Creen que en la técnica de colocarse el condón hay que soplarlo antes. Afectivo: les causa risa hablar del condón Conativo-Conductual: ponen más énfasis en prevenir embarazos que en evitar infecciones a la hora de hablar del condón.	Cognitivo: conocen que sirve para prevenir infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados. Afectivo: se percibe que hay cierta ignorancia sobre el uso del condón y miedo de usarlo. A demás refieren vergüenza de ir a comprar un condón por el que dirán. Conativo-Conductual: no lo han usado porque la mujer no quería. No lo usan porque no tienen relaciones con prostitutas. No lo usan porque no se siente lo mismo.

GRUPO FOCAL
Consolido hombres Santiago Atitlán

PARTICIPACIÓN SOCIAL

	Adolescentes	Jóvenes
OPINIONES COMUNES	La escuela y con los amigos en las calles es donde ellos se reúnen con jóvenes de su misma edad. La mayoría no asiste a una iglesia o no hay grupos de jóvenes en sus iglesias.	Los grupos de deportes y religiosos ayudan a distraer la mente y plantearse nuevas actividades. Ayudan a liberar energía.
OPINIONES DISTINTAS	No hubieron opiniones distintas	No hubieron opiniones distintas
COMPONENTES ACTITUDINALES	Cognitivo: los lugares donde saben que se reúnen jóvenes es en la escuela y en la calle. Afectivo: no manifestaron entusiasmo por participar en sus iglesias. Conativo-Conductual: prestan atención a actividades dinámicas donde se divierten. La iglesia la ven como un lugar para mayores.	Cognitivo: los grupos sociales más comunes son las iglesias y los equipos de deportes. Afectivo: los jóvenes muestran interés por estos grupos. Algunos no asisten a grupos religiosos por falta de tiempo y de interés. Dos personas manifestaron alegría por estar participando en un grupo religioso. Conativo-Conductual: el tiempo puede ser un factor que no les permita participar en grupos sociales. Sin embargo si demuestran disposición e interés en participar.

GRUPO FOCAL
Consolido hombres Santiago Atitlán

USO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS

	Adolescentes	Jóvenes
OPINIONES COMUNES	Conocen varias drogas: el pegamento, la marihuana, el "mosh" (la piedra), la cocaína. Uno de ellos ya ha olido pegamento y otro ya fumó el "mosh".	Varios jóvenes usan drogas, especialmente el alcohol. Piensan que esto ha sido siempre. El consumo de alcohol ya se ve a más temprana edad. El consumo de drogas puede favorecer las violaciones, violencia intra-familiar y aumento de enfermedades de transmisión sexual.
OPINIONES DISTINTAS	No hubieron opiniones distintas.	Cuando se tienen relaciones sexuales es mejor si uno a tomado porque tarda más en llegar al coito y se disfruta más.
COMPONENTES ACTITUDINALES	Cognitivo: conocen las drogas más comunes, y saben sus efectos.	Cognitivo: en general se percibe el uso de drogas como una práctica dañina. La droga que más se consume es el alcohol.
	Afectivo: muestran curiosidad por las drogas.	Afectivo: se percibe rechazo hacia el uso de drogas sin embargo el alcohol es aceptado.
	Conativo-Conductual: dos de ellos ya han usado drogas.	Conativo-Conductual: las personas que están en maras o comerciantes son las personas en donde se ve más consumo de alcohol.

8. ANÁLISIS, DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

PLAN DE VIDA:

Las principales diferencias entre mujeres adolescentes y jóvenes en plan de vida son: Las jóvenes incluyen el noviazgo y el matrimonio, a demás también ponen énfasis en el aspecto económico o laboral, mientras que las adolescentes ninguna dio una idea sobre eso y su plan de vida se basaba más en el estudio. El plan de las jóvenes se ve más estructurado y hay más importancia por la estabilidad económica.

Una diferencia importante es que las adolescentes no mostraron interés en el planificar. Es decir sus respuestas eran a futuros muy lejanos donde no sabían si en realidad podrían alcanzarlo, mientras que las jóvenes al hablar sobre plan de vida tenían ideas más concretas hablaban más sobre el tema y algunas tenían ya un plan o estaban estudiando o trabajando para alcanzar esas metas.

Se ve una clara diferencia entre los adolescentes y jóvenes del sexo masculino en cuanto a planificar. Los adolescentes no piensan mucho en esto, por lo general tienen ideas muy ambiguas como "quiero ser doctor", "quiero ser perito", etc. Y son ideas que muy pocas personas en realidad llegan a realizar. Las opiniones de los jóvenes son más apegadas a su situación, por lo que piensan más respecto a su futuro, a demás ellos evalúan las limitantes para alcanzar esas metas incluso hay cierta incertidumbre sobre poder realizar sus planes debido a múltiples circunstancias históricas y sociales propias del lugar.

COGNITIVO:

Ambos grupos de edad conocen el plan de vida como la actividad a la que se dedicarán, sin embargo el grupo de jóvenes lo ve de manera más formal, más cercano y por lo tanto más real, que el grupo de adolescentes.

APECTIVO:

Se nota mayor entusiasmo por planificar en el grupo de jóvenes que el de adolescentes.

CONATIVO-CONDUCTUAL:

Las jóvenes tienen planes más estructurados que las adolescentes, lo que indica que el primer grupo ya planifica aunque no siempre tienen certeza de que esos planes se lleven a cabo.

Un programa que incluyera la realización de un plan de vida en el grupo de jóvenes tendría más impacto que en el grupo de adolescentes, en primer lugar porque los (as) jóvenes están más interesados en emplear sus habilidades, las cuales los (as) adolescentes aún no han terminado de desarrollar. Los (as) jóvenes saben que en poco tiempo tendrán que casarse y piensan en ser una parte que aporte económicamente a su hogar, o por el hecho de estar en una encrucijada en su vida sobre seguir estudiando o trabajar y esto de manera más independiente que en los adolescentes quienes, aunque también pueden o bien seguir estudiando o decidir trabajar, no lo hacen para sí, sino para sus tutores. Por tanto existe una actitud más positiva ha desarrollar un plan de vida en el grupo de jóvenes que en el de adolescentes, sin embargo no se debe pensar entonces que un programa de este tipo no tendría ningún efecto en las adolescentes, sin embargo el enfoque no podría ser el mismo, ya que los intereses entre ambos grupos es distinto.

RED DE APOYO

Las principales diferencias que se ven entre adolescentes y jóvenes mujeres, es que las jóvenes muestran más interés al hablar de estos temas. Ellas refieren que estos temas no se pueden hablar en la familia, son temas prohibidos. Las adolescentes refieren que si hablan de esto con sus familias, sin embargo en la entrevista se mostraron vergonzosas al hablar del tema y sin interés por lo que es dudoso que las adolescentes hablen en realidad de estos temas en la familia e incluso en cualquier otro lado. En los dos grupos coincide en que la mayoría de información la han obtenido en la escuela por maestros.

En los varones, el hecho de hablar con los compañeros o pares es una idea común entre adolescentes y jóvenes. También reciben información de sus maestros. Sin embargo, la información que les dan en la escuela es tomada más en serio por los jóvenes. En ambos grupos no se acostumbra a hablar de estos temas en el hogar.

COGNITIVO:

En ambos grupos de edad, la red formal más conocida son los maestros de las escuelas o institutos a los que asisten. La red informal más común es el grupo de pares, la cual es más común entre los hombres que en las mujeres tanto jóvenes como adolescentes.

AFECTIVO:

Se evidenció mayor apego a buscar una red informal de apoyo, es decir el grupo de pares entre los hombres. Las mujeres adolescentes refirieron que hablan más con sus padres, sin embargo mostraron vergüenza al hablar sobre temas relacionados a la sexualidad por lo que parece que su mayor influencia es del grupo de pares y la red formal conformada por los maestros.

CONATIVO-CONDUCTUAL:

Los hombres manifestaron que es común que entre ellos hablen sobre sexualidad, muchas veces de manera informal. Las mujeres jóvenes, a diferencia de las adolescentes, también muestran interés y hablan sobre estos temas, aunque con menos frecuencia y de manera más formal que los hombres.

Un programa que motive a hablar sobre sexualidad tendría mayor impacto si se motivara a través del grupo de pares en el caso de los adolescentes, ya que ellos tienen un pensamiento menos formal y ven la sexualidad como un juego donde se maneja mucha información, sin embargo mucha de esta información llega distorsionada, y que a pesar de eso ellos sienten más confianza al hablar con pares que con gente mayor o con personal de redes formales de apoyo.

En el caso de los jóvenes, aunque han usado con mayor frecuencia de las redes informales de apoyo (grupo de pares), manifestaron que sienten más confianza cuando la información proviene de un profesional. Por lo que, en este caso, las redes formales, a través de personas como profesores de escuelas, personal de salud o los mismos miembros de la comunidad que hayan sido capacitados exclusivamente para este fin aportaría una fuente importante de información para este grupo de edad.

En términos generales, ambos grupos muestran una actitud favorable a buscar redes de apoyo, en los adolescentes con redes informales y en los jóvenes con redes formales de apoyo.

PRÁCTICAS SEXUALES

Retraso de primera relación sexual y abstinencia:

Las mujeres jóvenes creen que el inicio de la relación sexual empieza a más temprana edad en comparación con el criterio de las adolescentes. Las adolescentes creen que los jóvenes inician antes que las mujeres a tener relaciones sexuales. Las jóvenes creen que se puede retrasar la primera relación sexual a través de actividades de distracción y la masturbación.

Los adolescentes varones, tiene la percepción de que las relaciones sexuales se inicia entre los 16 a 18 años, los jóvenes piensan que se inicia antes, desde los 12 a los 14 años. Pero en general se ve una gran predisposición a iniciar relaciones sexuales a temprana edad. La impresión que dieron los adolescentes es que si no han tenido relaciones sexuales es porque no han tenido la oportunidad aún. Los jóvenes ven que el grupo más promiscuo es el de los comerciantes.

COGNITIVO:

Los adolescentes piensan que la edad promedio en que se empiezan, en el municipio de Santiago Atitlán, es muy temprana. Creen que los hombres inician a más temprana edad que la mujer y creen que es más difícil la abstinencia para los hombres. Las jóvenes creen que se puede evitar más en las mujeres y es lo que se ha visto últimamente. En los hombres es más difícil pero lo pueden a través de la masturbación y otros métodos de distracción.

Los adolescentes varones ven el tener relaciones sexuales como algo normal en los mayores de edad, sin embargo, aunque muchos adolescentes no han tenido relaciones, si están esperando la oportunidad para tenerlas. Los jóvenes saben que abstinencia es evitar tener relaciones sexuales sin embargo lo conciben como algo muy difícil de lograr.

AFECTIVO:

Los adolescentes ven positivo el retrasar la primera relación sexual y se percibe seguridad de retrasar la primera relación sexual y de volver a la abstinencia en las mujeres que tienen un plan de vida en el caso de las jóvenes.

Los varones adolescentes no sienten rechazo a tener relaciones sexuales, sienten el deseo de tener relaciones sexuales incluso con una prostituta. Los jóvenes sienten que tener relaciones es una necesidad y que por lo tanto es difícil retrasar la primera relación sexual y volver a la abstinencia aunque esto último lo consideran más fácil.

CONATIVO-CONDUCTUAL:

Las adolescentes consideran difícil, especialmente en el hombre, que éste retrase la primera relación sexual o vuelva a la abstinencia. Las jóvenes piensan que la práctica de la masturbación ha servido en los jóvenes para no tener relaciones sexuales. Sin embargo muchos de los hombres ya han tenido relaciones sexuales desde muy temprana edad. En las mujeres esta conducta ha ido cambiando, pues refieren que ya no se ven madres tan jóvenes como antes.

En el caso de los adolescentes varones, la mayoría quería tener ya una relación sexual, a demás se juntan en grupo a ver películas pornográficas y hablan de las distintas prácticas que observan en estas películas y hablan de querer hacerlas. Los jóvenes han observado mayor disposición a la práctica de relaciones sexuales a temprana edad y a acudir a prostibulos en el grupo de comerciantes.

El implementar un programa que motive el retraso de la primera relación sexual y la abstinencia es necesario, aunque la actitud de los hombres adolescentes es de indiferencia no por esto debe de obviarse este comportamiento, sin embargo es necesario que junto con esto se implementen también otro tipo de conductas. Es decir el adolescente no piensa en retrasar la primera relación sexual o volver a la abstinencia porque no conoce todo el panorama y riesgos que conlleva el iniciar tempranamente su actividad sexual.

En las mujeres tanto adolescentes como jóvenes se debe reforzar este pensamiento, ya que ellas mostraron una actitud de mayor aceptación a la abstinencia y retraso de la primera relación sexual, esto porque ya un número mayor de mujeres optan por estudiar con lo que retrasan, no sólo la primera relación sexual, sino también el matrimonio.

Fidelidad:

Las adolescentes no opinaron sobre el tema, las mujeres jóvenes creen que la mayoría de hombres son infieles, lo opuesto ocurre con las mujeres. Sin embargo la infidelidad en la mujer se puede dar si su pareja le es infiel.

Los adolescentes al parecer no hablan mucho del tema por lo que se percibió que no están muy familiarizados. Sin embargo refirieron que les parecía incorrecto, pero se ve una predisposición a practicarlo ya que tienen conductas muy promiscuas. Los jóvenes piensan que la infidelidad inicia desde antes de estar casado. Es decir el que está acostumbrado a estar con varias mujeres en su soltería lo hará también cuando ya esté casado. Algunos jóvenes dijeron que es muy difícil ser fiel.

COGNITIVO:

Las jóvenes saben que la fidelidad es esencial para la salud reproductiva y que tiene que darse en las dos personas. Creen que la infidelidad es mayor en los hombres.

Los adolescentes piensan que es bueno ser fiel. Los jóvenes creen que la infidelidad se da tanto en hombres como en mujeres, inicia desde antes de estar casado. Se da más en los hombres y de estos en los que son comerciantes.

APECTIVO:

La mujer se siente vulnerable de ser engañada por su pareja. Los hombres no sienten tanta desconfianza de que su pareja pueda serles infiel, sin embargo creen que ellos podrían ser infieles, es decir se sienten vulnerables a ser infieles.

CONATIVO-CONDUCTUAL:

Algunos hombres, especialmente jóvenes expresaron que ya han sido infieles con sus novias o que podrían serlo al estar casados. Las mujeres no creen serlo a menos que su pareja les sea infiel primero.

El tema de fidelidad es algo que ha sido también mitificado. Desde pensar que es sólo el hombre el que comete infidelidad hasta pensar que ningún hombre puede ser fiel. Estos son pensamientos que circulan dentro de esta comunidad. Por tanto un programa que promueva la fidelidad debe tomar en cuenta el modo de pensar en esta población. Aunque las mujeres jóvenes creen que se puede ser fiel existe una actitud expectante, es decir piensan que si su pareja le es infiel ellas

también lo serán. Los jóvenes tienen una actitud de predisposición a practicar la infidelidad, ya que piensan que es algo difícil y algunos hasta lo ven como imposible.

Los adolescentes no saben mucho del tema o no le dan importancia, sin embargo los hombres especialmente tienen muchas conductas de riesgo y su actitud es aventurera, es decir buscan la experiencia y prácticamente no tienen quien los oriente, pues han recibido mucha información sobre sexualidad pero no han recibido orientación sobre una sexualidad responsable, así que son aspectos que hay que tomar en cuenta.

Masturbación:

Las jóvenes, al contrario de lo que ocurre en las adolescentes, saben del tema. Lo consideran una actividad exclusiva del hombre, fueron pocas las que dijeron que también la mujer la practica. La consideran como útil en los hombres para que éstos no acudan a prostibulos.

A excepción de un adolescente, el resto piensa que la práctica de la masturbación es buena. No se inhiben al hablar de masturbación, lo consideran una práctica común y que no sustituye a tener una relación sexual. En el caso de los jóvenes, ellos agregan que la masturbación en exceso puede hacer daño al cuerpo, incluso causar enfermedad. Se mostraron con un poco de timidez al hablar del tema y tampoco creen que la masturbación pueda sustituir a tener una relación sexual, de hecho algunos manifestaron que es mejor tener relación con una mujer que masturbarse en relación a su salud.

COGNITIVO:

En cuanto a la masturbación, las adolescentes no saben mucho del tema o no quisieron hablar, pero algunas lo consideran una práctica mala otras no. Las jóvenes expresan que la masturbación es "sobarse el órgano sexual" y creen que la mayoría de hombres lo practican y que en ellos puede sustituir la práctica sexual.

De los adolescentes todos saben que es la masturbación, la mayoría cree que es bueno masturbarse, piensan que debilita; el lugar donde han aprendido es en la calle. Para los jóvenes es una práctica común entre hombres, puede hacer daño al cuerpo. La mayoría aprendió a masturbarse porque le enseñó algún compañero en la escuela.

APECTIVO:

Las mujeres, especialmente las adolescentes, manifestaron vergüenza al hablar del tema. Los hombres, especialmente los adolescentes manifestaron entusiasmo acerca de practicar la masturbación.

CONATIVO-CONDUCTUAL:

Todos los adolescentes varones participantes manifestaron que se masturban, los jóvenes también expresaron que, aunque a la edad en que se encuentran en este momento no es tan frecuente, sí han practicado la masturbación. Las mujeres jóvenes creen que la mayoría de hombres se masturba, ellas no hablaron nada sobre la masturbación en las mujeres.

Hasta el momento el adolescente varón practica la masturbación como método de satisfacción sexual, sin embargo esto no significa que la masturbación esté sustituyendo la relación sexual, ya que creen que tener una relación sexual es distinto a la masturbación y están dispuestos a tener relaciones sexuales en la menor oportunidad. Por lo tanto, aunque la masturbación ha servido

como método de satisfacción, no quiere decir que el adolescente quede satisfecho y ya no quiera practicar una relación sexual. Por tanto la masturbación aunque satisfice la *necesidad inmediata* no satisface la *necesidad intelectual y experimental* del adolescente.

Los jóvenes no practican la masturbación con tanta frecuencia como los adolescentes, sin embargo sí la practican, y ellos por el hecho de tener más claros algunos conceptos sobre sexualidad, ya sea por la teoría o por la práctica, podría serles favorable la masturbación para sustituir una relación sexual.

Las mujeres adolescentes desconocen mucho del tema y no quisieron hablar mucho del tema. Los jóvenes lo hablan como una práctica del hombre, esto no quiere decir que ellas no lo practiquen pero no se habla del tema así que podría ser prejudicial promover la masturbación en la mujer por cuestiones de creencias culturales.

USO DE CONDÓN

Aquí hay muchas diferencias entre las jóvenes y las adolescentes. La mayoría de adolescentes saben los usos básicos del preservativo, las jóvenes van más allá. Pues ellas comentan que las mujeres prefieren la inyección como método de planificación, ven también que los hombres no lo usan con sus parejas, y ellas tienen miedo de decirle a su pareja que usen condón porque puede pensar que ella está siendo infiel.

En el caso de los hombres la mayoría de adolescentes conocen el condón, al hablar de él hacen bromas, y se nota su falta de experiencia en el uso. Creen que es 100% seguro para prevenir embarazos e ITS's. Los jóvenes hablan con más pericia sobre el tema, aunque por sus comentarios y expresiones se refleja cierto temor sobre el uso de este, algo interesante es que una razón para no usarlo es cuando no se tiene relaciones con una prostituta.

COGNITIVO:

Los adolescentes conocen los usos básicos del condón, sin embargo ignoran mucho acerca de su uso, y tienen creencias erróneas sobre la seguridad y de su uso. Las mujeres asumen que es casi exclusivo del hombre así que no saben mucho sobre la forma de usarlo. Los jóvenes varones saben de su uso y seguridad.

APECTIVO:

Se percibe vergüenza al hablar sobre esto con las adolescentes, los adolescentes varones manifiestan curiosidad y risa al hablar del condón. Las mujeres jóvenes tienen cierto temor de querer usarlo pues refieren que su pareja puede creer que la mujer le es infiel si le pide al hombre que lo use.

CONATIVO-CONDUCTUAL:

En las mujeres jóvenes hay cierto rechazo a usar el condón unas veces porque, como método de planificación, prefieren la inyección o la píldora a usar el condón, y segundo por el temor de malos entendidos con la pareja como ya se explicó antes. En los jóvenes puede haber rechazo a usarlo por vergüenza de ir a comprarlo a una farmacia, por machismo, o por creencias falsas.

La promoción del uso del condón, en una población sexualmente activa debe tener en cuenta que la gran mayoría de adolescentes desconocen mucho sobre su uso, no se les puede solo poner un condón en la mano pues podría resultar perjudicial pues la mala técnica a la hora de usarlo podría poner en riesgo a estas personas y sus parejas. En el caso de los jóvenes, especialmente en los hombres, debe de desmitificarse el uso del condón. Aún hay ideas sobre su uso, como que el condón causa enfermedades, se pierde la sensibilidad o que la mujer está siendo infiel cuando ésta le pide a su pareja que use un condón.

En general la actitud del adolescente hacia el condón es positiva porque, como ya se mencionó antes, el adolescente toma la sexualidad como un juego así que puede estar dispuesto a usarlo siempre y cuando pueda conseguirlo y sepa como usarlo. El joven tiene una actitud expectativa a usarlo, ya no lo ve como una experiencia nueva como el adolescente. Sin embargo su actitud puede mejorar al ser aclaradas muchas de las dudas y mitos que se han creado en torno al uso del condón.

PARTICIPACIÓN SOCIAL

Las jóvenes ven el grupo social desde un punto de vista más participativo. Les gustaría no sólo escuchar pláticas sino que la comunidad pudiera formar parte de esto. Los adolescentes no manifestaron entusiasmo con la idea de participación social.

En el caso de los varones, la forma de participación social más común es con grupos de amigos en deportes de tipo informal. En ambos grupos de varones no se ve mucha participación social, sin embargo los jóvenes manifestaron mayor participación en la iglesia que los adolescentes.

COGNITIVO:

En el grupo de adolescentes, tanto hombres como mujeres, creen que es importante participar, sin embargo ninguno participa en un grupo social, ya sea porque no lo conocen o porque en los que existen no encuentran un espacio específico, tal es el caso de las iglesias.

Los jóvenes, mujeres y hombres, participan más en estos grupos, específicamente en sus iglesias, donde a diferencia de los adolescentes, ya tienen un peso como individuos. Los jóvenes varones, tanto los que participan en sus iglesias como los que no lo hacen, creen que estos grupos han logrado cambiar costumbres dañinas en los jóvenes. Las mujeres creen que debería haber un grupo conformado por profesionales y jóvenes de la comunidad donde pudieran hablar sobre sexualidad.

AFECTIVO:

En términos generales, los adolescentes de ambos sexos, muestran cierta indiferencia a la idea de participar en un grupo social. Los jóvenes en cambio sienten atracción a *participar*.

CONATIVO-CONDUCTUAL:

Algunos jóvenes participan activamente en sus iglesias, y los que no manifestaron que les gustaría. Los adolescentes no muestran intención de participar en un grupo social.

Aunque la actitud de los adolescentes a participar en grupos sociales fue negativa, no quiere decir que no lo harían. El problema es que no existe, o por lo menos ellos no conocen, un grupo que tenga programas especiales para este grupo de edad. Aunque tal vez, en otras partes del país las iglesias toman en cuenta a este grupo de edad, no se evidencia lo mismo aquí. Los jóvenes por su parte encuentran cabida en las iglesias donde se les toma más en cuenta y esto los motiva a participar. Por otro lado las jóvenes manifestaron también su deseo de participar en grupos sociales que se dediquen a difundir información sobre temas de sexualidad en donde el joven y adolescente pueda formar parte.

USO DE DROGAS:

Los dos grupos de mujeres miran el uso de drogas como factores de riesgo para adquirir infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH. Las jóvenes creen que los hombres son los que más consumen drogas.

En el grupo de varones adolescentes se vio más elocuencia al hablar de drogas, mencionaron varias drogas que conocían, dos de ellos ya habían probado alguna droga aparte del alcohol, la mayoría ya había probado el alcohol y se percibía como una experiencia que les causa curiosidad. Los jóvenes creen que muchos usan drogas. Ellos no refirieron haber usado algún otro tipo de droga aparte del alcohol. Al hablar del alcohol no lo ven tan dañino como las demás drogas.

COGNITIVO:

Las jóvenes adolescentes saben que el uso de drogas puede afectar la capacidad volitiva de la persona. Hay aumento del riesgo de quedar embarazada y de infectarse de VIH si usan drogas IV. Las jóvenes perciben el uso de drogas como un factor de riesgo para adquirir infecciones de transmisión sexual.

Los adolescentes varones conocen las drogas más comunes, y saben sus efectos. Los jóvenes en general se percibe el uso de drogas como una práctica dañina. La droga que más se consume es el alcohol.

AFECTIVO:

Las adolescentes manifestaron sorpresa al hablar del tema. En el caso de las jóvenes, por sus comentarios y gestos, demuestran preocupación por el tema.

Los adolescentes varones sienten curiosidad por las drogas. En los jóvenes se percibe rechazo hacia el uso de drogas sin embargo el alcohol es aceptado.

CONATIVO-CONDUCTUAL:

En las adolescentes y jóvenes mujeres no se percibe curiosidad por el uso de drogas, aunque las conocen ninguna de ellas manifestó haber usado drogas ni alcohol, ni su intención por probarlas.

En el caso de los adolescentes, dos de ellos ya han usado drogas. En el caso de los jóvenes, creen que las personas que están en maras o comerciantes son las personas en donde se ve más consumo de alcohol. Creen que el consumo de otras drogas empieza más en los adolescentes.

Un programa que motive el evitar el uso de drogas puede ser efectivo en ambos grupos de edad. Sin embargo el adolescente, sobre todo el varón, no ve las drogas como un peligro sino como una aventura a la cual se arriesga. No tienen noción del daño ni de su relación con las ITS/VIH/SIDA. Por lo que el adolescente antes que motivarlo a no usarlas, se le debe informar por qué no usarlas. En el caso de los jóvenes, especialmente varones, el problema se relaciona más con el alcohol. Saben de sus efectos, sin embargo, el tomar alcohol, es considerado casi, por así decirlo, parte de la cultura y, puesto que no es una droga tan estigmatizada como las otras, no se percibe el riesgo que ésta involucra.

9. CONCLUSIONES

- Los adolescentes no toman como una prioridad el planificar su vida. En cambio el grupo de jóvenes son más conscientes de su aporte social y a la familia cuando planifican y evalúan más sus limitaciones en cuanto a su plan de vida que los adolescentes. En el grupo de jóvenes, las mujeres mostraron más énfasis en el aspecto laboral y económico que los hombres. Es decir los jóvenes tienen una actitud mejor hacia elaborar un plan de vida que los adolescentes.
- La red natural de apoyo es la más buscada por jóvenes y adolescentes, tanto hombres como mujeres. De la red natural de apoyo, el grupo de pares es la fuente que más consultan los adolescentes y jóvenes o por lo menos es lo más accesible, a demás los padres no son considerados una fuente para hablar sobre sexualidad por parte de jóvenes y adolescentes ya que para ellos eso es vergonzoso. La única red formal de apoyo es la escuela, donde se les da información sobre sexualidad aunque la mayoría de las veces es en una sola vía (maestro-estudiante). El grupo de jóvenes y adolescentes que no estudian no tienen una red formal de apoyo. En conclusión los adolescentes tienen una mejor actitud a hablar sobre sexualidad con su grupo de pares, mientras que los jóvenes tienen una mejor actitud a hablar sobre dichos temas con personal capacitado pero en este momento no tienen con quién.
- Los jóvenes ven que cada vez se inicia la actividad sexual a más temprana edad, son más conscientes de las consecuencias de llevar una vida sexual irresponsable. Piensan que la fidelidad en el hombre puede ser algo difícil de lograr. Creen que la masturbación puede causar algún daño a la salud física y/o mental. Es decir los jóvenes tienen una actitud de predisposición a ser infieles aunque consideren que es incorrecto.
- Los adolescentes adoptan muchas conductas de riesgo para contraer ITS/VIH/SIDA como la promiscuidad, acudir a bares y el uso de drogas. Ven la masturbación como algo positivo y beneficioso. Aunque no han tenido relaciones sexuales, sí esta dentro de sus planes, incluso el tener relaciones con una prostituta. La pornografía por cable ha contribuido mucho en la forma de pensar de los adolescentes respecto al sexo y sexualidad. Es decir los adolescentes tienen una actitud mucho más aventurera hacia las prácticas sexuales porque han recibido mucha información pero poca educación.
- Las mujeres jóvenes creen que pueden ser fieles a sus parejas, pero son un grupo vulnerable, ya que la decisión de el uso de preservativo es casi exclusiva del hombre, a demás se sienten vulnerables a ser engañadas por sus esposos y, si este fuera el caso, ellas podrían ser infieles también. Consideran que la masturbación en el hombre puede ayudar a la abstinencia como un método de autosatisfacción.
- Los adolescentes no opinan mucho sobre las prácticas sexuales pues sienten vergüenza de hablar sobre ellas, y por desconocimiento o desinterés en el tema.
- Tanto jóvenes como adolescentes de ambos sexos conocen el uso que tiene el condón. Sin embargo los jóvenes varones tienen algunos prejuicios sobre el uso del condón: vergüenza, que la mujer no quiera, se pierde sensibilidad, etc. Es decir su actitud es un poco de rechazo por mitos que han oído o por creencias machistas.

- Los varones adolescentes tienen ideas falsas sobre el condón la técnica de colocación y que el condón es 100% seguro para prevenir ITS/VIH/SIDA y embarazos no deseados. Tienen una actitud positiva a usar un condón, sin embargo es más por la experiencia de lo nuevo que por su verdadera utilidad.
- Las jóvenes opinan que el uso del condón depende más del hombre, si una mujer sugiere a su pareja que use condón éste puede pensar que la mujer esta siendo infiel. A demás las mujeres prefieren la inyección o cualquier otro método de planificación antes que el condón.
- Los jóvenes, tanto hombres como mujeres piensan que es importante la participación social, han visto un beneficio en el grupo de personas que asisten a una iglesia especialmente donde hay grupos de jóvenes. A demás creen oportuno que haya un grupo donde se hable sobre sexualidad que este conformado por gente de la comunidad incluyendo a los jóvenes. Sin embargo creen que el trabajo puede ser una limitante de tiempo para que acudan a estos grupos.
- La participación social no es tomada como una prioridad por parte de los adolescentes, a demás no tienen un grupo específico para este grupo de edad en sus iglesias o en otro lugar. Es decir su actitud es de rechazo o indiferencia, sin embargo talvez sea porque no hay un grupo dedicado a adolescentes y el grupo de participación social más conocido (la iglesia) no la encuentran atractiva talvez porque no encuentran un espacio dedicado a ellos o donde puedan desarrollarse.
- Los adolescentes son un grupo muy vulnerable para consumir drogas debido a su actitud aventurera frente a estas sustancias, no ven la magnitud o no sopesan el riesgo/beneficio que implica el uso de drogas, y varios de ellos no ven la relación que hay entre el uso de drogas y el contraer alguna ITS o VIH/SIDA.
- Entre los jóvenes no se habla mucho de consumo de drogas distintas al alcohol, sin embargo el consumo de alcohol entre jóvenes es visto como algo común, incluso pueden haber ideas tales como que el consumo del alcohol puede hacer más placentera o duradera una relación sexual. Por lo que su actitud hacia el consumo del alcohol es positiva, es decir no ven una asociación tan real con el consumo de esta sustancia y el contraer ITS/VIH/SIDA.

10. RECOMENDACIONES

- En base a los resultados obtenidos debería de buscarse las estrategias de las Teorías de Comunicación Social para el Cambio de Comportamientos que mejor se ajuste al grupo de jóvenes y adolescentes para promover conductas saludables.
- Se debería de aprovechar la aceptabilidad que tiene, entre jóvenes y adolescentes, la información que se recibe a través de pares para diseminar información de calidad respecto a practicas sexuales seguras y sexualidad.
- Aunque los grupos religiosos tienen sus propias concepciones, debería de brindárseles información de calidad y adecuada de acuerdo a sus creencias para fortalecer aquellos comportamientos saludables.
- Un buen programa de Comunicación para el Cambio de Comportamientos debería de coordinar con las autoridades un mejor control sobre las empresas de televisión por cable y restringirse la promoción de la pornografía por este medio, así como cualquier otro medio de difusión de pornografía a menores como la piratería en la calle. A demás que se tenga un control en los bares del municipio ya que muchos menores de edad pueden han entrado libremente a estos lugares.
- Que se de un especial énfasis sobre las consecuencias del uso de sustancias adictivas y practicas sexuales riesgosas al grupo de adolescentes.
- Que haya una mejor promoción sobre planificación a la familia y se desmientan mitos sobre el uso del condón, que de igual manera se promueva un papel más decisivo sobre la elección del método de planificación a la mujer.
- Responsabilidad en la información que se imparte, un programa de Comunicación para el Cambio de Comportamientos debe educar más que dar información. Pues hasta ahora la información, especialmente en el grupo de varones adolescentes, ha promovido conductas de riesgo, pues no tienen educación que les diga las consecuencias de una sexualidad irresponsable.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Alcoberro, R., Rawls, J. Vocabulario de la Teoría de la Justicia: filosofía i pensament. Paris, Francia, 2001. se encuentra en: www.alcoberro.info/rawls. Consultado el 2 de Agosto de 2005.
2. Amescua, M. El Trabajo de Campo Etnográfico en Salud: una aproximación a la observación participante. Index de enfermería (Gran) 2000; 30:30.
3. Amescua, M. Metodología Cualitativa: el campo etnográfico en salud; una aproximación a la observación participante. Portal Electrónico: www.index-f.com/cuali/observacion.pdf.
4. Antognazza, E.J. Actores de una Vida Ficticia. Portal electrónico Ideasapiens.com2001
5. Área de Salud Sololá Sala Situacional 2005. Documento inédito, pagina de calculo Excel, Sololá, 2005.
6. Calderón, C. Criterios de Calidad en La Investigación Cualitativa en Salud (ICS): Apuntes para un Debate Necesario. Centro de Salud de Alza. San Sebastián Rev Esp Salud Publica 2002; 76: 473-482 N.º 5 - Septiembre-Octubre 2002.
7. Carner, G. El VIH y el SIDA en Guatemala y la intervención de USAID. USAID Ciudad de Guatemala. - Sitio Web: www.usaidgua.org.
8. Centro Psicológico de Terapia de Conducta Rol del Psicólogo Especialista en Sexología. León, España. 2000. 3p se encuentra en: www.cop.es/colegiados.
9. Colegio oficial de Psicólogos de España. Psicología de la Intervención Social se encuentra en. www.cop.es/perfiles. Barcelona, España, 2003.
10. Cuentas Nacionales en VIH/SIDA Estimación de Flujos de Financiamiento y Gasto en VIH/SIDA. Guatemala 1999/2000.
11. Dewhurst, S. et al. SIDA: conceptos generales. © Copyright University of Rochester and Stephen Dewhurst, 1996-99 Actualizado el 1/05 URL: www.urmc.rochester.edu/smd/mbi/grad2/vih.
12. Encuesta nacional de salud materno infantil 2,002.
13. Family Health International Comunicación para el cambio de comportamiento y la salud reproductiva. Derechos de autor 2005, Family Health International (FHI).
14. Family Health international, Comunicación Para el Cambio de Comportamientos en VIH/SIDA. HIV/AIDS Prevention and Care Resources. Junio de 2001.

15. Family Health international, **Infecciones De Transmisión Sexual; un marco de trabajo estratégico.** HIV/AIDS Prevention and Care Resources. Junio de 2002.
16. Family Health international, **Intervenciones en Jóvenes con VIH** HIV/AIDS Prevention and Care Resources. Junio de 2001.
17. Family Health international, **Recolección de Datos Sobre Comportamientos de Riesgo Relacionados al VIH.** HIV/AIDS Prevention and Care Resources. Junio de 2001.
18. Gente Joven. **Glosario**. D.F. México, 2004. se encuentra en www.gentejoven.org.mx/glosario.asp. Consultado el 2 de Agosto de 2005.
19. Grupo Técnico Interinstitucional de Información, Educación y Comunicación (GTI/IEC). **Estrategia Nacional de Información, Educación y Comunicación en Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes y Jóvenes**. Ciudad de Guatemala, 2005, Mayo. 41p. [MacArthur Foundatio](http://MacArthur.Foundatio).
20. Herlocher, T. et al; Traducción Romy Benard-Rodriguez, **¿Puede La Teoría Ayudar En La Prevención Del VIH?** The Center for AIDS Prevention Studies at the University of California San Francisco. (1996).
21. John D. y Catherine T. UNIFEM, **Partners of the Americas**. Fundación Heinrich Böll. GLAMS y The William and Flora Hewlett Foundation. "Advierte Organización Panamericana de la Salud Latinoamérica libre de VIH/SIDA a gran escala" Cimacnoticias, julio 2004.
22. **La Técnica de Recolección de Información mediante los Grupos Focales** se encuentra en: www.huitoto.udca.edu.co consultado el 2 de Agosto de 2005. Medellín Colombia. Copyright © 2002.
23. Martínez Migueles, M. **Los Grupos Focales de Discusión Como Método de Investigación**. Universidad Simón Bolívar. Portal Electrónico.
24. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social **Estimaciones y Proyecciones de la Epidemia de VIH/SIDA** Período 1980-2010. Social. Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud. Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA Departamento de Epidemiología con el apoyo técnico del Proyecto Acción SIDA de Centroamérica PASCA. Guatemala 2002.
25. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social **Política: Salud para La Adolescencia y La Juventud. (2003 – 2012)**. Guatemala 2004, Septiembre, Agrafic. 26p.
26. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. **Informe de Notificación de Casos de SIDA acumulados de 1984 a diciembre 2004 a Nivel Nacional**. Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA.
27. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. **Informe de Notificación de Casos de SIDA acumulados de 1984 a diciembre 2004 Área de Salud Sololá**. Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA.
28. Montijo, J. L., M. Gottsbacher. **Acercamiento Cultural para la Prevención y Atención del VIH/SIDA en Centro América**. Documento base para la preparación del taller subregional en Centro América sobre "Información, Comunicación y Educación culturalmente apropiada para el Cambio de Conductas". Guatemala, 2003.
29. Morales, J.F. et al. **Psicología Social**. Barcelona: Mc Graw-Hill, 1998. 1,024p.
30. MSPAS, Programa Nacional Materno Infantil. **Manual Técnico de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades de Transmisión Sexual**. Guatemala (Publicación científica MSPAS1998). 27p.
31. Municipalidad del Departamento de Sololá **Boletín Municipal**. Portal Electrónico: www.inforpressa.com/solola/ consultado el 27 de julio de 2005. Gueamala 22 de Junio de 2005.
32. ONUSIDA, 2002. OPS, 2002. **Situación actual de las Américas**. Washington, DC 3 CDC 2003. "HIV Prevention Strategic Plan Through 2005".
33. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). **Panorama Mundial de la Epidemia del SIDA**. Informe de ONUSIDA/OMS. Se encuentra en: www.unaids.org/epidemic_update Consultado el 3 de Agosto de 2005, publicado el 28 de noviembre de 2001.
34. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, ONUSIDA **Situación Mundial de las Infecciones por VIH**. Junio, 2001.
35. Ricoveri Marketing. **Los Grupos Focales**. Portal Electrónico: www.ricoveri.tripod.com. Consultado el 5 de Agosto de 2005.
36. Santana, L. y L. Gutiérrez. **Investigación Etnográfica**. Experiencias de su Aplicación en el Ambito Educativo. El Mácaro, 2005.
37. Secretaria de Planificación y Programación SEGEPLAN. **Política de Desarrollo Social y Población**. Informe Anual 2004. Guatemala, noviembre del 2004.
38. Sepúlveda, R. et al. **Psicología y Salud**. El papel del Apoyo Social. Revista Médica de Santiago. Vol.1 No. 2. 1998, Agosto.
39. Servicio de Información Municipal. **Sololá, departamento de Guatemala; Demografía del departamento de Sololá, Junio del 2005**. Se encuentra en: www.inforpressa.com/municipal consultado el 1 de Agosto de 2005.
40. Taylor, J. **Elements or Effective HIV Programs for Adolescents**. Presentado durante la conferencia Nacional del VIH de 1999, Atlanta, se encuentra en: www.paho.org/spanish/AD/FCH/CA/YouthHIV.pdf. Consultado el 3 de Agosto de 2005.

41. Toro, Joe. Metodos de Prevencion y Cambios de Comportamiento. Se encuentra en: www.caribbean-march-2004.org consultado el 2 de Agosto de 2005.
42. UNESCO. Cambiar los comportamientos de riesgo y reducir la vulnerabilidad. La Acción de la UNESCO contra el VIH/SIDA. Portal electrónico.2002.
43. United Nations Population Fund. Promoción de un Comportamiento más Saludable. Estado de la población mundial 2004. Se encuentra en: www.unfpa.org/swp/2003/espanol consultado el 5 de Agosto de 2005.
44. Universidad de Maryland, Centro Médico Comportamientos Sexuales Más Seguros. Baltimore, Estados Unidos, 2004 se encuentra en: www.umm.edu/esp. Consultado el 2 de Agosto de 2005.

12. ANEXOS

ANEXO NO. 1

Instrumento para Recolección de Datos

"Actitud de adolescentes y jóvenes ante los comportamientos para la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual -ITS-, Virus de Inmunodeficiencia Humana -VIH- y Síndrome de Inmunodeficiencia Humana -SIDA-, recomendados por la Estrategia Nacional de Información, Educación y Comunicación en Salud Sexual y Reproductiva"

Municipio de Santiago Atitlán.

Departamento de Sololá

Parte I: Datos Generales:

1. Fecha de la Entrevista: _____ 2. No. Boleta: _____
3. Municipio: _____ 4. Hora: _____

Parte II: Datos Sociodemográficos:

1. Edad: _____ años 2. Sexo: M _____ F _____ 3. Religión: A.)Espiritualidad Maya: _____
B.)Católica: _____
C.)Evangélico: _____
D.)Mormón: _____
E.)Otra: _____
F.)Ninguna: _____
4. Ocupación: Estudiante: _____ 5. Estado Civil: Soltero (a): _____
Trabajador (a): _____ Casado(a): _____
Agricultura: _____ Unido(a): _____
Comerciante: _____ Viudo(a): _____
Jornalero: _____ Divorciado(a): _____
Ninguna: _____ Separado(a): _____
Otro: _____
7. Residencia: _____ 8. Escolaridad: a.)Alfabetización Informal _____
b.)Primaria Incompleta _____
c.)Primaria completa _____
d.)Secundaria Incompleta _____
e.)Secundaria Completa _____
f.)Analfabeta _____
9. Etnia: _____

ANEXO NO. 2

Instrumento para Grupo Focal

"Actitud de adolescentes y jóvenes ante los comportamientos para la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual -ITS-, Virus de Inmunodeficiencia Humana -VIH- y Síndrome de Inmunodeficiencia Humana -SIDA-, recomendados por la Estrategia Nacional de Información, Educación y Comunicación en Salud Sexual y Reproductiva"
Municipio de Santiago Atitlán,
Departamento de Sololá

LUGAR DE LA REUNIÓN: _____
FECHA DE REUNIÓN: ____/____/____
HORA DE INICIO: _____ HORA DE FINALIZACIÓN: _____

No. DE PARTICIPANTES: _____ HOMBRES: _____ MUJERES: _____

No.	EDAD	MASCULINO	FEMENINO
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

COMENTARIO SOBRE LA REUNION:

EL NIVEL DE PARTICIPACIÓN DEL GRUPO FUE:

1. EXCELENTE / MUY BUENO
2. BUENO / REGULAR
3. POBRE / MUY POBRE

INTRODUCCIÓN:

- Bienvenida
- Presentación
- Propósito de la reunión

DISCUSIÓN:

1. Actitud hacia elaborar un plan de vida:

¿Cómo ves tu vida de aquí a diez años?

- ¿Que sabes sobre elaborar un plan de vida?
- ¿Crees que es necesario hacer un plan de vida?
- ¿Crees que elaborar un plan de vida ayudaría a la prevención de ITS/VIH/SIDA?
- ¿Elaborarías un plan de vida?

2. Actitud hacia el uso de una red social de apoyo:

¿Hablas sobre sexualidad con alguna persona o buscas información en algún lugar?

- ¿Sabes a quienes acudir para hablar de sexo, sexualidad y prevención de ITS/VIH/SIDA?
- ¿Crees necesario acudir a padres, maestros, personas adultas de confianza o grupos de pares para hablar de sexo, sexualidad y prevención de ITS/VIH/SIDA?
- ¿Acudirías a alguien para hablar de sexo, sexualidad y prevención de ITS/VIH/SIDA?
- ¿A quién acudirías y por qué?
- ¿Crees necesario acudir con el personal de salud, o líderes juveniles para hablar de sexo, sexualidad y prevención de ITS/VIH/SIDA?

3. Actitud hacia práctica sexual:

¿Cómo ves el comportamiento sexual de los jóvenes de tu municipio?

- ¿Que sabes sobre masturbación?
- ¿Está bien o mal practicarla?
- ¿Practicarías la masturbación?
- ¿Que es abstinencia sexual?
- ¿Piensas que es importante la abstinencia sexual para la prevención de ITS/VIH/SIDA?
- ¿Practicarías la abstinencia sexual?
- ¿Que piensas sobre retrasar la primera relación sexual?
- ¿Ayudaría retrasar la primera relación sexual en la prevención de ITS/VIH/SIDA?
- ¿Retrasarías tu primera relación sexual?

4. Actitud hacia uso del condón:

¿Qué piensas sobre el uso del condón?

- ¿Conoces los condones?
- ¿Los jóvenes y los adolescentes los usan?
- ¿Ayudaría el uso del condón para la prevención de ITS/VIH/SIDA?
- ¿Usarías condón en cada relación sexual?, ¿por qué?

5. Actitud hacia la participación social:

¿Sabes de la existencia de grupos como clubes, organizaciones, grupos de escuelas o institutos?

- ¿Crees que es necesario pertenecer a un grupo de estos para la prevención de ITS/VIH/SIDA?
- ¿Participas en organizaciones, grupos juveniles, grupos de escuela o institutos?
- ¿Te gustaría pertenecer a un grupo de estos? ¿por qué?

6. Actitud hacia sustancias adictivas:

¿Qué piensas sobre el uso de drogas o alcohol?

- ¿Que sabes sobre alcohol y drogas?
- ¿Crees que es importante evitar el consumo de drogas y alcohol?
- ¿Por qué?
- ¿Qué relación tiene el consumo del alcohol y drogas con el sexo y VIH/SIDA?
- ¿Evitarías el consumo de alcohol y drogas para la prevención de ITS/VIH/SIDA?

Al final se expondrán las conclusiones de los puntos más importantes al grupo, preguntando si lo que se expresa en la síntesis, concuerda con sus ideas.
Por ultimo se dará el agradecimiento respectivo y se invitará al grupo a buscar información acerca del tema y se dará la oportunidad de que expresen sus dudas.

ANEXO NO. 3

INSTRUCTIVO DE BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Disposiciones Generales del Instrumento:

El instrumento (boleta de recolección de datos) esta diseñado para recolectar datos sobre las variables a estudiar.

No se transcribirán datos sin el respectivo consentimiento informado de los participantes.

Solo se escribirán las ideas que el entrevistado trate de expresar, no se incluirán criterios propios de los investigadores.

No se escribirá el nombre del entrevistado en la boleta de recolección.

Todos los datos serán transcritos por el estudiante que funja como redactor.

Parte I

Información General:

Esta sección se usará para un manejo adecuado de las boletas.

Número de boleta: Número de 1 a 100, correlativo, el cual será asignado cuando todas las boletas estén listas.

Municipio: Nombre del Lugar (municipio) en el que se realiza la actividad.

Fecha de la actividad: Número de Día, mes y año en el que se realiza la actividad en formato: dd/mm/aa.

Hora de la actividad: Número de hora del día en que se realiza la actividad: hh:mm

Parte II

Datos sociodemográficos (variables de señalización)

1. **Sexo:** Se llenará con una "X" el espacio en blanco que sigue a la opción que corresponda de masculino o femenino.

2. **Edad:** Se colocará el resultado obtenido de restar al año 2005 el año de nacimiento del entrevistado (ejemplo: 2005 - 1978 = 27) en el caso de que se proporcione el año de nacimiento o de que exista inseguridad cuando se lo pregunte la edad.

3. **Estado Civil:** Se llenará con una "X" el espacio en blanco que sigue a cada una de las opciones del ítem "Estado Civil" las cuales son: casado, unido, viudo, soltero, separado o divorciado según lo exprese el entrevistado.

4. **Escolaridad:** Se llenará con una "X" uno de los espacios en blanco que sigue a cada una de las opciones habidas en el ítem "Escolaridad" según lo refiera el entrevistado.

5. **Lugar de Residencia:** Se escribirá con letra de molde el nombre del municipio del departamento de Sololá en el que el entrevistado vivió durante los últimos seis años.

6. **Religión:** Se escribirá una "X" en el espacio en blanco que sigue a la denominación religiosa en la cual el entrevistado refiere identificarse, o en el espacio otra o ninguna, según sea el caso.

7. **Ocupación:** Se marcará con una "X" en el espacio en blanco que sigue a una de las opciones que se presentan a continuación de la pregunta. Se podrán marcar dos opciones, según el entrevistado lo refiera.

8. **Etnia:** Se escribirá con letra de molde el nombre del grupo social con que se identifica el/la participante a sí misma de acuerdo a características lingüísticas, socioeconómicas, culturales, religiosas y socio-históricas según lo indique el entrevistado.

ANEXO NO. 4
INSTRUCTIVO DEL INSTRUMENTO
GRUPOS FOCALES

Disposiciones Generales del Instrumento:

El instrumento (boleta de recolección de datos) esta diseñado para recolectar datos sobre las variables a estudiar.

No se transcribirán datos sin el respectivo consentimiento informado de cada uno de los participantes del grupo.

Solo se escribirán las ideas que los participantes expresen, no se incluirán criterios propios de los investigadores.

No se escribirá el nombre de ninguno de los participantes en la boleta o libreta de campo.

Todos los datos serán transcritos por el investigador que funja como redactor.

Parte I

Información General:

Lugar de Reunión: Nombre del Lugar (municipio) en el que se realiza la actividad.

Fecha en que se realiza la actividad: Número de Día, mes y año en el que se realiza: dd/mm/aa.

Hora de la reunión: Hora del día en que se inicia y finaliza la actividad.

Nombre de Investigadores: el nombre de cada uno de los investigadores según su función (moderador o redactor).

Número de participantes: el número total de personas y total por sexo, que participan en la actividad excluyendo a los investigadores.

Se llenará un cuadro con los siguientes datos:

1. **Edad:** Se colocará el resultado obtenido de restar al año 2005 el año de nacimiento del entrevistado (ejemplo: 2005 - 1978 = 27) en el caso de que se proporcione el año de nacimiento o de que exista inseguridad cuando se lo pregunte la edad.

2. **Sexo:** Se llenará con una "X" el espacio en blanco que sigue a la opción que corresponda de masculino o femenino.

Al finalizar se realizará un comentario escrito, por parte de los investigadores, sobre detalles y pormenores de la actividad, y se dará una apreciación general de la participación del grupo.

Parte II

Bienvenida.

Presentación.

Propósito de la reunión.

Dinámica "Adivina quién dirige"

Parte III

Actitudes:

Se iniciará la discusión con una pregunta abierta.

El redactor hará las anotaciones correspondientes en la boleta de recolección de datos y/o libreta de campo, y registrará los comentarios en una grabadora de audio.

Se buscará cubrir los tres aspectos de las actitudes (cognitivo, afectivo y conativo-conductual) en las opiniones del grupo. Si al final de las opiniones no se ha logrado obtener toda la información necesaria, se utilizarán otras preguntas para guiar al grupo a este fin como se señala en el instrumento.

ANEXO NO. 5
Hoja de Conocimiento Informado:
Grupo Focal

"Actitud de adolescentes y jóvenes ante los comportamientos para la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual -ITS-, Virus de Inmunodeficiencia Humana -VIII- y Síndrome de Inmunodeficiencia Humana -SIDA-, recomendados por la Estrategia Nacional de Información, Educación y Comunicación en Salud Sexual y Reproductiva"
Municipio de Santiago Atitlán.
Departamento de Sololá

Lugar y Fecha de la actividad: _____

Buenos días respetables adolescentes o jóvenes, yo _____ identificado con _____, soy estudiante de la Facultad de Ciencias Médicas

de la Universidad de San Carlos de Guatemala, y estoy realizando una investigación acerca de la "Actitud de adolescentes y jóvenes ante los comportamientos para la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual -ITS-, Virus de Inmunodeficiencia Humana -VIH- y Síndrome de Inmunodeficiencia Humana -SIDA-, recomendados por la Estrategia Nacional de Información, Educación y Comunicación en Salud Sexual y Reproductiva". En esta estrategia, a los adolescentes y jóvenes se les recomendará diez comportamientos para la prevención de ITS/VIH/SIDA. Necesitamos de su colaboración en esta actividad que se llama "Grupo Focal" en la cual haremos dinámicas y platicaremos de esos comportamientos para conocer sus opiniones con respecto a cada uno de ellos. Las respuestas que ustedes nos den, serán tratadas confidencialmente. Le rogamos que traten de ser lo más sinceros posible, ya que nosotros pensamos que al conocer sus respuestas estamos conociendo la de otros adolescentes y jóvenes. Cada uno de ustedes esta en todo el derecho de no participar, de dejar de opinar en cualquiera de las temáticas o salir de la actividad en cualquier momento y esto de ninguna manera ocasionará algún inconveniente.

Los resultados de este trabajo serán compartidos con ustedes cuando finalice la investigación. El puesto o centro de salud de su comunidad, será el responsable de brindarles información. Esperamos su colaboración, por lo que le solicitamos firme la hoja de autorización para hacer constar que contamos con su ayuda para la realización de esta actividad.

Atentamente:

ANEXO NO. 6
Hoja de Autorización:
Grupo Focal

“Actitud de adolescentes y jóvenes ante los comportamientos para la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual –ITS–, Virus de Inmunodeficiencia Humana –VIH– y Síndrome de Inmunodeficiencia Humana –SIDA–, recomendados por la Estrategia Nacional de Información, Educación y Comunicación en Salud Sexual y Reproductiva”
Municipio de Santiago Atitlán,
Departamento de Sololá

Lugar y fecha: _____ de _____ años de edad.
Yo _____ (Nombre) _____ (Apellido) _____

Identificado con: _____ fui informado por el estudiante _____ de la Universidad de San Carlos de Guatemala acerca de la investigación que se encuentra realizando, para lo cual solicito mi ayuda participando en la actividad llamada “Grupo Focal” en la cual se harán dinámicas y expondré mi opinión junto a la de otros adolescentes con relación a diez comportamientos recomendados para la prevención de ITS/VIH/SIDA. Mis opiniones serán confidenciales. Si decido o no colaborar, no habrá repercusiones hacia mi persona. Se que si decido ayudarlo, puedo abandonar la actividad en el momento que lo desee o no opinar cuando lo desee.

Por lo anterior, firmo junto a un testigo para hacer constar que autorizo a que se me realice la entrevista y que utilicen las respuestas que proporcione.

Por lo anterior, firmo junto a un testigo para hacer constar que acepto participar en la actividad y que utilicen las opiniones emitidas por mi persona.

Nombre del Entrevistado	Nombre del testigo	Nombre del Estudiante
_____ (f)	_____ (f)	_____ (f)
Entrevistado	Testigo	Estudiante

ANEXO NO. 7
INSTRUCTIVO DE DINAMICA INICIAL PARA GRUPOS FOCALES
“ADIVINA QUIÉN DIRIGE”

1. Se dará la bienvenida.
2. Se entregará a cada participante un gafete de identificación.
3. Se explicará a los participantes la actividad.

La cual consiste en:

- Uno de los participantes saldrá del salón.
- Los participantes que queden adentro imitarán los ademanes que haga una de las personas.
- Luego volverá a entrar al salón el participante el cual encontrará a sus compañeros realizando ademanes y
- Deberá adivinar quién de las personas que se encuentren dentro del salón es la que está dirigiendo al grupo.
- Se seguirá dicha dinámica hasta que todos los participantes hayan salido del salón una vez.

ANEXO NO. 8

DEPARTAMENTO DE SOLOLÁ



- 01 SOLOLÁ
- 02 SAN JOSÉ CHACAYÁ
- 03 SANTA MARÍA VISITACIÓN
- 04 SANTA LUCÍA UTATLÁN
- 05 NAHUALÁ
- 06 SANTA CATARINA IXTAHUACÁN
- 07 SANTA CLARA LA LAGUNA
- 08 CONCEPCIÓN
- 09 SAN ANDRÉS SEMETABAJ
- 10 PANAJACHEL
- 11 SANTA CATARINA PALOPÓ
- 12 SAN ANTONIO PALOPÓ
- 13 SAN LUCAS TOLIMÁN

- 14 SANTA CRUZ LA LAGUNA
- 15 SAN PABLO LA LAGUNA
- 16 SAN MARCOS LA LAGUNA
- 17 SAN JUAN LA LAGUNA
- 18 SAN PEDRO LA LAGUNA
- 19 SAN TIAGO ATITLÁN

ANEXO NO. 9

ANALFABETISMO

Departamento de Sololá: tasa de analfabetismo, por municipio

2000

Municipio	Tasa
Total República	36.4%
Total departamento	55.8%
Concepción	60.7%
Nahualá	64.8%
Panajachel	25.5%
San Andrés Semetabaj	35.9%
San Antonio Palopó	59.7%
San José Chacayá	38.3%
San Juan La Laguna	34.8%
San Lucas Tolimán	47.8%
San Marcos La Laguna	39.6%
San Pablo La Laguna	60.1%
San Pedro La Laguna	40.9%
Santa Catarina Ixtahuacán	65.1%
Santa Catarina Palopó	56.0%
Santa Clara La Laguna	43.0%
Santa Cruz La Laguna	73.3%
Santa Lucía Utatlán	46.2%
Santa María Visitación	26.1%
Santiago Atitlán	72.3%
Sololá	51.0%

Fuente: elaborado por la Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia (SEGEPLAN), con base en el Anuario Estadístico de la Educación, 2000. Ministerio de Educación

ANEXO NO. 10

Población por Municipio y grupo étnico

Departamento de Sololá: población total por año, según municipio y grupo étnico 1999-2004

Municipios/año	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Total República	11,088,372	11,385,274	11,681,268	11,986,558	12,299,477	12,620,911
indígena	4,684,541	4,817,162	4,950,014	5,087,637	5,228,691	5,373,788
no indígena	6,403,831	6,568,112	6,731,254	6,898,921	7,070,786	7,247,123
Total Sololá	298,468	307,790	316,646	325,738	335,076	344,663
indígena	279,366	288,091	296,381	304,891	313,631	322,605
no indígena	19,102	19,699	20,265	20,847	21,445	22,058
Concepción	4,127	4,273	4,429	4,591	4,758	4,932
indígena	4,052	4,196	4,349	4,508	4,672	4,843
no indígena	75	77	80	83	86	89
Nahualá	56,601	58,740	60,628	62,573	64,579	66,644
indígena	55,475	57,571	59,422	61,328	63,294	65,318
no indígena	1,126	1,169	1,206	1,245	1,285	1,326
indígena	10,265	10,585	10,922	11,269	11,626	11,994
indígena	7,346	7,575	7,817	8,065	8,321	8,584
no indígena	2,918	3,010	3,105	3,204	3,305	3,410
indígena	9,590	9,894	10,216	10,548	10,890	11,243
indígena	8,740	9,017	9,311	9,613	9,925	10,246
no indígena	850	877	905	935	965	997
indígena	11,650	12,015	12,400	12,797	13,205	13,626
indígena	10,820	11,159	11,516	11,885	12,264	12,655
no indígena	830	856	884	912	941	971
indígena	2,563	2,755	2,999	3,264	3,552	3,865
Indígena	2,378	2,556	2,782	3,028	3,296	3,586
no	185	199	217	236	256	279

Indígena						
San Juan La	8,590	8,880	9,189	9,508	9,838	10,177
Indígena	8,312	8,593	8,892	9,200	9,520	9,848
no indígena	278	287	297	308	318	329
Indígena						
San Lucas	21,059	21,631	22,222	22,828	23,449	24,086
Indígena	18,675	19,183	19,707	20,245	20,795	21,360
no indígena	2,383	2,448	2,515	2,583	2,654	2,726
Indígena						
San Marcos La	1,648	1,685	1,723	1,761	1,801	1,841
Indígena	1,581	1,617	1,653	1,690	1,728	1,766
no indígena	67	68	70	71	73	75
Indígena						
San Pablo La	6,092	6,289	6,498	6,712	6,934	7,163
Indígena	5,922	6,113	6,316	6,524	6,740	6,963
no indígena	170	176	182	188	194	200
Indígena						
San Pedro La	9,333	9,509	9,685	9,864	10,045	10,229
Indígena	8,996	9,166	9,336	9,508	9,683	9,860
no indígena	337	343	349	356	362	369
Indígena						
Santa Catarina	49,332	51,494	53,637	55,867	58,186	60,600
Indígena	47,894	49,993	52,073	54,238	56,490	58,833
no indígena	1,438	1,501	1,564	1,629	1,696	1,767
Indígena						
Santa Catarina	2,026	2,065	2,104	2,143	2,183	2,224
Indígena	1,883	1,919	1,955	1,991	2,028	2,066
no indígena	144	146	149	152	155	158
Indígena						
Santa Clara La	6,658	6,837	7,023	7,213	7,408	7,609
Indígena	6,563	6,739	6,923	7,110	7,302	7,500
no indígena	95	98	100	103	106	109
Indígena						
Santa Cruz La	3,373	3,453	3,535	3,619	3,705	3,794
Indígena	3,167	3,243	3,320	3,398	3,479	3,563
no	206	210	215	221	226	231

indígena						
Santa Lucía	17,620	17,982	18,347	18,718	19,096	19,480
Indígena no indígena	16,630	16,971	17,316	17,666	18,023	18,385
Indígena	990	1,011	1,031	1,052	1,073	1,095
Santa María	2,003	2,067	2,134	2,204	2,276	2,349
Indígena	1,972	2,034	2,100	2,169	2,240	2,312
No indígena	32	33	34	35	36	37
Santiago Atitlán	28,840	29,378	29,764	30,153	30,546	30,942
Indígena	27,508	28,021	28,390	28,761	29,136	29,513
No indígena	1,332	1,357	1,374	1,392	1,410	1,429
Soloá	47,099	48,258	49,191	50,106	50,999	51,865
Indígena	41,722	42,749	43,576	44,386	45,178	45,945
No indígena	5,376	5,509	5,615	5,720	5,821	5,920

Fuente: elaborado por la Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia (SEGEPLAN), con base a la estructura porcentual del X Censo de población 1994.

ANEXO NO. 11

ENCUESTA NACIONAL MATERNO INFANTIL (ENSMI) 2002

1. NIVEL DE EDUCACIÓN:

En términos generales, según la ENSMI del 2002, los niveles educativos de los adolescentes, son muy bajos, encontrándose un pequeño porcentaje sin educación formal, un porcentaje relativamente alto que llega al nivel primario, el cual va disminuyendo al nivel secundario, hasta llegar a un muy reducido número al nivel superior o universitario.

Se hace evidente, que la mujer es quien menos acceso tiene a todos los niveles, al igual que los adolescentes de las áreas rurales. Destaca además en el informe, las causas de deserción escolar, los recursos económicos, las malas calificaciones o no les gusta la escuela, el cambio de residencia, escuela inaccesible, suficiente escolaridad, embarazo entre otros. (12)

2. SITUACIÓN DE EMPLEO:

El porcentaje de los adolescentes de 15-19 años que han trabajado es 82.0%, y el porcentaje de los jóvenes de 20-24 años es 98.2%.

3. SEGUROS DE SALUD:

Un bajo porcentaje de jóvenes y adolescentes están afiliados a IGSS o algún otro seguro privado, este porcentaje disminuye en el sexo femenino. El porcentaje de hombres adolescentes que están afiliados al IGSS es 9.2%, a otro plan privado 4.8%. El porcentaje de jóvenes que están afiliados al IGSS es 26.1%, a otro plan 3.6%. El porcentaje de mujeres adolescentes que están afiliadas al IGSS es 4.4% y a otro plan de salud 1.8%. El porcentaje de mujeres jóvenes afiliadas al IGSS es 16.8%, y a otro plan es 4.7%.

4. ACCESO A LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN:

En este rubro la mayoría de jóvenes y adolescentes tienen acceso a por lo menos un medio de comunicación, sin embargo se vio que las mujeres se les ve más limitado el acceso a los medios de comunicación o acuden menos a estos, especialmente en las áreas rurales.

5. FECUNDIDAD

De las mujeres adolescentes 23.5% ha tenido relaciones sexuales frente a un 40.1% en hombres adolescentes. De las mujeres jóvenes 67.4% ha tenido relaciones frente a un 88.7% en hombres.

Se encontró también que el 16% de las adolescentes ya tienen por lo menos un hijo, mientras que los hombres es sólo el 3.7% al llegar a la juventud; este porcentaje se eleva a casi un 60% en mujeres jóvenes y 37% en hombres jóvenes.

En Guatemala los datos generales en hombres muestran que la edad mediana de 16.7 años ocurre la primera relación sexual, 22.9 años la primera unión y 24.3 años para el primer nacimiento. En mujeres la edad mediana de 18.2 años ocurre la primera relación sexual, 19.0 años la primera unión y 20.3 años el primer nacimiento.

De los hombres adolescentes no han tenido hijos 96.3%; 3.6% han tenido hijos con una sola pareja y 0.1% han tenido hijos con dos parejas. De los hombres jóvenes 62.9% no han tenido hijos, 34.9% ha tenido hijos con una sola pareja, 2.2% con dos parejas.

6. PLANIFICACIÓN FAMILIAR

En este rubro, se identificó que los métodos más usados, entre jóvenes y adolescentes para planificación son, en orden de preferencia, el condón, el coito interrumpido, la píldora, la inyección y el ritmo como último método.

7. COMUNICACIÓN SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

En cuanto a comunicación se vio que la radio y televisión son los medios de mayor audiencia y donde la mayoría de los jóvenes y adolescentes habían oído sobre planificación familiar y temas de salud. El medio que le sigue es la prensa escrita, después revistas y por último están afiches o contacto con personal de salud.

8. EDUCACIÓN SEXUAL

En este rubro se han impartido charlas por parte del MSPAS como parte de sus programas, además se tomaron en cuenta charlas impartidas por otras organizaciones. Las encuestas reflejaron que cerca de un 60% de los hombres había recibido alguna charla sobre educación sexual, este porcentaje se reduce casi a la mitad en las mujeres. También se vio que en las áreas urbanas, los jóvenes habían recibido más charlas que en las áreas rurales.

9. EXPERIENCIA SEXUAL

Es importante ver que la primera relación sexual en hombres se dio con su novia mientras que en las mujeres la mayoría tuvieron su primera relación sexual con su esposo. Un porcentaje elevado de los hombres refirió que su primera experiencia sexual se dio con una amiga.

De los hombres adolescentes y jóvenes que no utilizaron anticonceptivos en la primera relación sexual, la razón para no utilizar anticonceptivos fue, 20.0% no esperaba tener relaciones en ese momento, 45.2% no conocía ningún método, 11.0% no quería usar o no le gustaba, 4.7% quería tener un hijo, 7.3% era la primera vez, 3.3% quiso usar pero no consiguió, 1.6% oposición de la pareja, 3.0% pensaba que no podía embarazarse, 0.6% hace daño a la salud, 0.3% relaciones insatisfactorias con anticonceptivos, 0.2% no tenía dinero, 0.1% le daba vergüenza comprarlo, 0.1% la religión no se lo permitía, 2.1% otra, 0.4% no sabe.

De las mujeres adolescentes y jóvenes que no utilizaron anticonceptivos en la primera relación sexual, la razón para no utilizar anticonceptivos fue, 8.0% no esperaba tener relaciones en ese momento, 35.2% no conocía ningún método, 0.4% los anticonceptivos hacen daño a la salud, 32.7% quería tener un hijo, 0.4% quería usar pero no consiguió, 3.7% oposición de la pareja, 1.7% pensaba que no podía embarazarse, 0.5% le daba vergüenza comprarlo, 0.5% la religión no se lo permitía, 3.1% fue violada, 7.5% no quería usar o no le gustaba, 3.0% otra, 3.3% no sabe.

De las mujeres adolescentes y jóvenes que han estado embarazadas alguna vez, que pensaban que no podían quedar embarazadas las razones por las que pensaban así son, era la primera vez 30.8%, relaciones infrecuentes 9.7%, usó anticonceptivos 2.7%, no conocía el periodo fértil 13.3%, no tenía la edad 16.4%, pareja dijo que no quedaría embarazada 11.8%, no sabe 9.4%, otra 5.8%.

10. COMPORTAMIENTO SEXUAL

En cuanto a comportamiento sexual, lo más sobresaliente fue el número de parejas sexuales. La mayoría refirió tener una sola pareja, sin embargo entre los hombres fue más frecuente las múltiples parejas.

Otros datos importantes fueron sobre relaciones sexuales con prostitutas. Entre los adolescentes, el 8.4% de quienes ya han tenido relaciones sexuales, han tenido relaciones con prostitutas, este porcentaje se eleva a casi el 30% entre los jóvenes.

De los encuestados, entre un 20 a 30% tuvieron su primer encuentro sexual con una prostituta antes de los 15 años, y entre un 60 a 70% entre los 15 y los 19 años de edad.

11. CONOCIMIENTO Y USO DE CONDONES

Entre los jóvenes y adolescentes la mayoría conoce o ha oído hablar de los condones, sin embargo un alto número refirió que no los usa o los ha usado sólo en algunas ocasiones. Un 20% aproximadamente refirió tener alguna clase de problema al usarlos. La primera razón es para prevenir embarazos, la segunda razón es para prevenir ITS y sólo 17.6% refirió que lo usaban para prevenir el VIH. La mayoría concuerdan en que el condón tiene algún grado de efectividad para prevenir el VIH, sin embargo entre un 30% de los encuestados refirió tener algún grado de desconfianza en la eficacia para la prevención de VIH.

12. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y SIDA

En cuanto a conocimiento sobre ITS VIH/SIDA, la encuesta demostró que la mayoría de jóvenes y adolescentes poseen conocimientos generales sobre ellos, especialmente sobre SIDA. Sin embargo se evidenció que los hombres poseen más conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual y métodos de prevención.

Las principales formas para la prevención de ITS VIH/SIDA fueron en orden de prioridad: el uso de condón, fidelidad y la abstinencia.

13. RIESGOS EN LA SALUD DE LOS HOMBRES

Los dos riesgos de más prevalencia para los jóvenes y adolescentes son el alcohol y los cigarrillos. Un alto porcentaje de jóvenes refirieron que toman alcohol con alguna frecuencia, este porcentaje disminuye en el sexo femenino. También se vio, aunque en menor medida, la frecuencia del uso de cigarrillos.

Otro riesgo que se añade es la ausencia de examen de Papanicolaou en la mujer, aunque bastantes de las encuestadas, que ya han tenido relaciones sexuales, refirieron conocer el examen, solo un bajo porcentaje a acudido a algún servicio para realizárselo.

ANEXO NO. 12

PERFIL DE ORGANIZACIONES

- **PROYECTO DE ACCIÓN SIDA DE CENTROAMÉRICA. PROYECTO SOBRE CENTRO AMÉRICA (PASCA)**

Financiado por Estados Unidos de América, con la intención de fortalecer los servicios relacionados con el VIH, a través del gobierno y de los sectores no gubernamentales, con sede en Ciudad de Guatemala, y con ramas en la región.

- **ASOCIACION GUATEMALTECA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL SIDA (AGPCS)**

Su intención es empoderar a las trabajadoras sexuales para disminuir el impacto del VIH/SIDA, facilitar y fortalecer la organización de la trabajadora del sexo, incrementar la participación de las mujeres trabajadoras del sexo en prevención del VIH/SIDA en grupo, con sede en Ciudad de Guatemala.

- **ASOCIACIÓN COORDINADORA DE SECTORES DE LUCHA CONTRA EL SIDA (ACSLCS)**

Es una asociación de organizaciones gubernamentales, no gubernamentales, nacionales, internacionales y algunos grupos del sector religioso tanto evangélicos como católicos.

Se crea por la necesidad de unificar esfuerzos en la lucha contra el SIDA. Su función es como ente catalizador de actividades de prevención, y no como rector de las mismas y tiene a su cargo la coordinación e información del trabajo de las comisiones.

- **PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL Y PREVENCIÓN DE ITS/VIH/SIDA (PNS)**

Inicialmente formó parte del Departamento de Enfermedades Transmisibles, constituyéndose en 1994 como una entidad separada; el PNS no cuenta con personal propio, pues éste está asignado presupuestaria y administrativamente a otras divisiones o departamentos del Ministerio de Salud Pública, pero está temporalmente desempeñando funciones en el PNS. Ha establecido desde su creación un sistema continuo de notificación y reporte de los casos de SIDA que se identifican tanto en los distintos servicios de salud estatales, como en las clínicas particulares. Actualmente el PNS ha llevado a cabo distintas acciones dirigidas a la prevención y control de la epidemia, como las campañas informativas en los medios de comunicación; provee tratamiento con AZT a todas las mujeres embarazadas VIH positivas reportadas en todo el país, con el objetivo de reducir la transmisión vertical.

- **CENTRO DE DESARROLLO HUMANO DE GUATEMALA (CDHG)**

Proyecto de Centro de Información sobre VIH/SIDA, cuenta con un presupuesto total de Q.1,006,196.43 proporcionado por PASCA, periodo del Proyecto 23 meses. A través de este proyecto fortalecer su componente de comunicación, organizándolo de forma tal que su servicio de biblioteca, comunicación e información sea más efectivo y ampliándolo para establecer una biblioteca digitalizada haciendo de esta forma, más accesibles los materiales y actividades educativas de educación sexual, prevención de ITS/VIH/SIDA y desarrollo humano en disposición del público.

- **ASOCIACIÓN DE SALUD Y DESARROLLO RXIIN TNAMET**

Proyecto: "Dos comunidades Mayas se unen para la lucha contra el SIDA", cuenta con un presupuesto total de US\$ 37,500.00 y con una duración para el proyecto de 16 meses. Su función es integrar la prevención del ITS/VIH/SIDA dentro de los proyectos existentes de los programas de salud reproductiva en un esfuerzo para reducir la propagación del ITS/VIH/SIDA entre parejas, hombres y mujeres entre los 15-25 años de edad, que emigran de sus hogares en dos comunidades Mayas cercanos al Lago de Atitlán.

- **INSTITUTO DE EDUCACIÓN INTEGRAL PARA LA SALUD Y EL DESARROLLO (IDEI)**

Proyecto: Plan estratégico para la Integración de la Prevención de ITS/VIH/SIDA. En la población Salud Materno Infantil del área Mam de Quetzaltenango, durante 15 meses. IDEI es una ONG que ha proveído servicios de salud materno-infantil a la región de habla MAM en el Departamento de Quetzaltenango, ya que reporta el segundo lugar de mayor número de casos de SIDA. Su función es incorporar sistemáticamente la prevención del ITS/VIH/SIDA a los programas de IDEI. Promover cambio de comportamiento en el personal de IDEI y en la comunidad bilingüe voluntaria.

ANEXO NO. 13

GLOSARIO

- ACSLCS:** Asociación Coordinadora de Sectores de Lucha contra el SIDA
- ACTITUDINAL:** lo relacionado con la actitud, es decir sus tres componentes: cognitivo, afectivo y conativo-conductual.
- ADOLESCENTES:** Población comprendida entre los 10 – 19 años
- ASDI:** Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional
- CCC:** Comunicación para Cambio de Comportamiento
- CDC:** Centro para el Control de Enfermedades y Prevención
- CUM:** Centro Universitario Metropolitano
- ENSMI:** Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil
- FHI:** Family Health International
- grs. :** Gramos
- GTI-IEC:** Grupo Técnico Interinstitucional de Información, Educación y Comunicación
- HNV:** Huérfanos y niños vulnerables
- I. M.:** Vía Intramuscular
- IEC:** Información, Educación y Comunicación
- INE:** Instituto Nacional de Estadística
- ITS:** Infecciones de Transmisión Sexual
- JÓVENES:** Población comprendida entre los 20 – 24 años
- Mg:** Miligramos
- MSPAS:** Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
- OMS:** Organización Mundial de la Salud
- ONG:** Organización No Gubernamental
- ONUSIDA:** Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA
- OPS:** Organización Panamericana de la Salud
- PASCA:** Proyecto Acción SIDA de Centroamérica
- PAV:** Prueba y el asesoramiento voluntario
- PNS:** Programa Nacional de Control y Prevención de ITS, VIH/SIDA
- PNSR:** Programa Nacional de Salud Reproductiva
- PROEDUSA:** Departamento de Promoción y Educación en Salud
- PVVS:** Personas Viviendo con VIH/SIDA
- SEGEPLAN:** Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia...
- SIAS:** Sistema Integral de atención a la Salud
- SIDA:** Síndrome de Inmunodeficiencia Humana
- SINA:** Salud Integral a la Niñez y Adolescencia
- SSRA:** Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes y Jóvenes
- TMH:** Transmisión de madre a hijo
- TMP-SMX:** Trimetropin-Sulfametoxazol
- UNFPA:** Fondo Poblacional de Naciones Unidas
- UNICEF:** Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
- USAID:** Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos
- V. O.:** Vía Oral
- VIIH:** Virus de Inmunodeficiencia Humana