

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO
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 las Estrategia Nacional de Información,
Educación y Comunicación en Salud Sexual y Reproductiva**

Estudio realizado en Adolescentes de 10 a 19 años y Jóvenes de 20 a 24 años.

**MUNICIPIOS DE PANAJACHEL, SAN ANDRÉS SEMENABÁ Y SANTA
CATARINA, PALOPÓ, DEPARTAMENTO DE SOLELÁ,
COSTO-SEPTIEMBRE 2005**

Lucrecia Magaly Hernández Galindo	9618077
Heriberto Elioenai Reyes de León	9710075
Ericka Marlenne Dubois Chávez	9710270

Guatemala, octubre del 2005.

TABLA DE CONTENIDO

1. RESUMEN

Esta investigación, constituye un estudio descriptivo con enfoque cualitativo, el cual se diseñó, con el objetivo de explorar la actitud de los adolescentes y jóvenes, que constituyen la audiencia primaria hacia la cual la estrategia se dirige.

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.

Los resultados, dan cuenta de las diversas actitudes, con las cuales, los participantes encaran los comportamientos explorados. Cabe mencionar, la deficiencia de conocimientos para la mayoría de palabras o frases, con las que los comportamientos son enunciados, (componente cognitivo deficiente); un sentimiento de incomodidad ante muchas de las prácticas, (poco afecto hacia el comportamiento propuesto); y finalmente, intenciones muy variadas, las cuales, parecen ser muy independientes de lo que conocen y saben acerca de cada uno de los comportamientos. Con lo que se concluye que los adolescentes y jóvenes de ambos sexos tienen actitudes diversas dentro del mismo grupo al que representan y por ende dentro de los municipios participantes y todo el departamento en general. Por tanto, se recomienda un replanteamiento de la estrategia, con un enfoque más contextual, que tome en cuenta, la opinión de la audiencia a la que se dirige.

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. ⁽³⁶⁾

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. ⁽⁴²⁾

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 auto eficacia, entre otros. ^(19,42)

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. ^(21,32)

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. ⁽²¹⁾

De esta cuenta en Guatemala surgió la Estrategia Nacional de Información, Educación y Comunicación para la Comunicación para el Cambio de Comportamientos en Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes y Jóvenes (IEC/CCC/SSRA) 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/SR), 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/CCC/SSRA, 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/CCC/SSRA 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. ⁽²¹⁾

2.2. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La Estrategia Nacional de IEC/CCC/SSRA 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 planeado, 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 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 tres municipios del departamento de Sololá, un municipio de alta prevalencia (Panajachel) y dos de baja prevalencia (San Andrés Semetabaj y Santa Catarina Palopó) de ITS/VIH/SIDA con adolescentes y jóvenes en los meses de agosto y septiembre del 2005.

2.4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuales son las actitudes de los adolescentes y jóvenes de los municipios de Panajachel, San Andrés Semetabaj y Santa Catarina Palopó del departamento de Sololá, ante los comportamientos para la prevención de ITS/VIH/SIDA propuestos por la Estrategia Nacional de IEC/CCC/SSRA?

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. ⁽²⁴⁾

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. ⁽²²⁾

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 esta 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 esta 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-CCC-SSRA.

3.2. TRASCENDENCIA

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

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/CCC/SSRA, 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)*

1.1.1.SÍNTESIS HISTÓRICA

Sololá, se deriva del vocablo Tz'olohjá o Tz'olohjá', que en Quiché, Kaqchikel y Tzutuhil, significa agua de Sauce; ha' o Ya' significa agua y Tz'ol o Tz'olohj que significa saúco 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. ⁽⁴¹⁾

1.2.1.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. ⁽³⁴⁾

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.

1.3.1.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. ⁽³⁴⁾

1.4.1.ASPECTOS TERRITORIALES

1.4.1. FISIOGRAFÍA

En la parte Norte del departamento, su relieve es complejo y está formado por montañas, valles, planicies, terraza, 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 modelare 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 m. SNM. ⁽³⁴⁾

1.4.2. 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 CMS. 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. ⁽⁴¹⁾

1.5.1.CONDICIONES CLIMÁTICAS Y ZONAS DE VIDA

1.5.1. 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. ^(34,41)

1.5.2. 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 Nahualá; y bosque muy húmedo montano bajo en el resto de municipios.⁽³⁴⁾

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%,

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

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. 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

CUADRO 4. 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

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 substituido el término de Enfermedades Venéreas por el de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

2.1.1. ITS CLASIFICACION 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 Púlica
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. Epidídimo-Orquitis. ⁽²⁵⁾

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⁾

2.2.1.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 ^(36, 37)

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. ^{(36).}

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, infecundidad 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. ⁽³⁷⁾

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. ⁽³⁶⁾

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 asignárseles en los centros de salud, inclusive en las clínicas que dispensan tratamiento para las infecciones de transmisión sexual. ⁽⁴⁵⁾

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). ⁽⁴⁵⁾

2.3.1.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". ^(35, 37)

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 sobremanera 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. ⁽³⁵⁾

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. ^(27,44)

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 presencia el machismo en Latinoamérica. ⁽⁴²⁾

2.4.1.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 estima que existen 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. ^(22, 32)

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. (22,32)

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 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. (22,32)

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 Secretaria de Salud Publica 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 practica 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. (32)

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. (32)

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. (32)

2.5.1.VIH/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, 11)

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.(22)

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. ⁽³⁵⁾

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 Petén.

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). ⁽³²⁾

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 con 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 está constituido por el Departamento de Promoción y Educación en Salud (PROEDUSA)/SIAS, la unidad de comunicación Social y RRPP, el PNSR, PNS del 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/CCC/SSRA, tendiente a disminuir la prevalencia de embarazos tempranos, ITS incluyendo el VIH/SIDA, que está siendo elaborado por el GTI-IEC, liderado por el Componente de SINA del PNSR y el PNS del MSPAS. ^(19,26)

2.6.1.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. (34)

En situación de salud se encuentra una tasa de natalidad de 28 x c/1000 habitantes en termino 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 Nahualá 4 y 9 que no cuentan con registro del lugar. (20, 24, 32., 34)

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.

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.

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

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.

(19,22)

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. (19,22)

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. (19,22)

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. ⁽²⁶⁾

3.1.1.PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DEL DESARROLLO DEL ADOLESCENTE Y JOVEN

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 atemoriza 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 relacionad 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 determinados 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

Desea 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 madurez 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.

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⁾

3.2.1.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. ⁽²¹⁾

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 y, 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 meritoria 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. ⁽²⁶⁾

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. ⁽²¹⁾

3.3.1.SITUACIÓN ACTUAL DEL ADOLESCENTE Y JOVEN 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. ⁽²⁶⁾

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. ⁽²⁶⁾

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 como 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

4.1.1. 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. ⁽³³⁾

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. ⁽³³⁾

La actitud en si 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.

4.2.1. 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 conducta. Sin embargo, a pesar de que estos elementos son distintos entre si, 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. ⁽³³⁾

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:

5.1.1.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. (28, 33)

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. (33)

5.2.1.MODELO DE CREENCIAS DE SALUD

Propone que las acciones de un individuo están basadas en sus creencias. Se identifican los elementos claves que influncian 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 una individuo para efectuar el cambio. (28,33)

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 adquiero?”)
- 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”) (28, 33)

5.3.1.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 si 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) (28,33)

5.4.1.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.

Un cambio en alguno de estos tres componentes: conductual, físico o social, influencia en los otros dos. La auto-eficacia, un componente esencial de la teoría, es que la persona crea sentirse capaz de poner en práctica la nueva conducta cuando se presente la ocasión.

Esta teoría sugiere que la provisión de información sola no es suficiente para el cambio de comportamientos, además sostiene que el cambio de comportamiento requiere habilidades para adaptar los comportamientos y la capacidad para usar estas destrezas consistentemente y bajo circunstancias difíciles. Esta propone que el cambio de comportamientos requiere cuatro componentes:

1. Un componente informativo para aumentar la conciencia y el conocimiento del riesgo de enfermedades y para convencer a las personas de que ellos pueden cambiar sus comportamientos (Ejemplo: educar a la gente sobre VIH/SIDA y mostrándoles entonces que ellos pueden cambiar).
2. Un componente para desarrollar el autocontrol y las habilidades necesarias para la reducción de riesgo (Demostrando a las personas cual es el riesgo y cómo pueden ellos cambiarlos).
3. Un componente que incrementa una auto-eficacia individual en la implementación de estos comportamientos (esfuerzos específicos para mostrar a la gente como usar condones, como negociar sexo seguro, como decir “no” etc.).
4. Un componente para la formación de un soporte social, para la incorporación de los individuos a los nuevos comportamientos. (grupos de ayuda) ^(28,33)

5.5.1.TEORÍA DE ACCIÓN RAZONADA

Observa la intención como influencia principal sobre el comportamiento. Las intenciones son una combinación de actitudes personales con respecto a la conducta a como lo son las opiniones de las personas que le rodean, ambas influenciadas por el círculo social en el que se desenvuelven.

La teoría de la acción razonada, avanzó a mediados de los 60's con Fishbein y Ajzen o su último nombramiento: Teoría del Comportamiento Planeado. Esta basada en asumir que el humano esta siendo bastante racional y hace uso sistemático de la información disponible para él, para tomar decisiones acerca de si promulgar o no un comportamiento. Las personas consideran la implicación de sus acciones en un contexto dado, en un tiempo dado, antes de decidir encajar o no un comportamiento dado, y la mayoría de las acciones de relevancia social, están bajo el control de las voliciones.

Esta teoría, es conceptualmente similar al modelo de “Creencias de Salud”, pero agrega a la construcción del comportamiento, la intención como un determinante del comportamiento saludable. Ambas teorías se enfocan en la percepción de susceptibilidad, los beneficios o desventajas de cambiar el comportamiento. La teoría de la acción razonada, se enfoca en el rol de la intención personal en determinar si un comportamiento ocurrirá. La intención de una persona, es una función de dos determinantes básicos:

1. Actitud: (hacia el comportamiento), y
2. Normas subjetivas, por ejemplo la influencia social.

Normalmente las creencias juegan un rol central en la teoría. ^(28,33)

5.6.1.TEORÍA DE LA RED SOCIAL

Esta teoría ve al comportamiento social no como un fenómeno individual, sino a través de relaciones, y toma en cuenta que los comportamientos de riesgo para VIH, difieren mucho de otros comportamientos de salud, por lo general involucra directamente a dos personas. Con respecto a las relaciones sexuales, las redes sociales se enfocan en ambos: el impacto de la mezcla selectiva (ej. Cómo diferentes personas eligen con quien se quieren involucrar), y la variación en la asociación de parejas (prolongación de la relación y la armonía). Las complicaciones de la relación y la comunicación con la pareja (las pequeñas uniones de la red social) son críticas para el entendimiento de la transmisión del VIH en este modelo. La

oportunidad y carácter de ampliar estas redes sociales (aquellos que sirven como referencia de gente, y quienes aprueban comportamientos) son clave para el entendimiento individual de comportamientos de riesgo. Esto significa que las normas sociales son mejor entendidas a nivel de redes sociales.

Los programas de VIH usan esta teoría para guiar a poder investigar:

1. La composición de redes sociales importantes en una comunidad.
2. Las actitudes de las redes sociales orientadas a sexo seguro.
3. Proveer a las redes sociales el apoyo necesario para el cambio de comportamientos.
4. Identificar gente dentro de las redes sociales que poseen un alto riesgo y pueden colocar a otras en alto riesgo. (28,33)

5.7.1.TEORÍA DE LA DIFUSIÓN DE INNOVACIÓN

Ayuda a entender como las nuevas ideas o comportamientos penetran y se aceptan en una comunidad. Los miembros pertenecientes a una misma comunidad adoptan nuevas conductas en diferentes medidas y responden a diferentes tipos de intervención.

Explica como una nueva idea –el uso de condones por ejemplo – es diseminado a través de la población. Esta teoría se basa en cinco atributos de la innovación:

1. Su relativa ventaja.
2. Compatibilidad con valores existentes.
3. Complejidad –grado al cual puede ser efectuado.
4. Factibilidad para la práctica. Grado al cual este puede ser experimentado
5. Observabilidad. –grado al cual el resultado de la innovación puede ser observado por otros.

Las intervenciones usadas en esta teoría toman en cuenta cuatro elementos:

1. La innovación.
2. Los canales de comunicación
3. El sistema social
4. El tiempo.

Si suficientes líderes clave adoptan las conductas decididas –tales como la fidelidad –una nueva norma puede ser establecida en la comunidad y puede entonces ser ampliamente diseminada a través de la red social y entonces habrá una mejor oportunidad de ser adoptada por la comunidad. (28,33)

5.8.1.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. (28,33)

5.9.1.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 de 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 constante de condones por 6 meses más (mantenimiento)
- Abandono del uso de condones (recaída). (28,33)

5.10.1.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. (28,33)

5.11.1.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. (28,33)

5.12.1.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. (28,33)

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. ⁽²⁹⁾

6.1.1.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.^(14,29)

6.2.1.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

(14,29)

6.3.1.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)

6.4.1.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 la discusión comunitaria, 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.^(13,43)

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. ^(17,29)

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. ^(17,29)

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. ⁽⁴⁴⁾

En Guatemala, como se mencionó en secciones anteriores se está elaborando la Estrategia IEC/CCC/SSRA. 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.

7.1.1.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)

7.2.1.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)

7.3.1.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. (40,41)

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. (40,41)

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. (40,41)

7.4.1.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. (46)

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 o fidelidad

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)

7.5.1.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⁾

7.6.1.MANTENERSE SOBRIO O EVITAR CONSUMIR 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. ^(3,5)

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. (3,5)

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. (3,5)

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. (2,39)

La característica importante de la etnografía es que incorpora las experiencias, creencias, actitudes, pensamientos, reflexiones de los participantes; proponiéndose descubrir que: 1. la persona actúa ante las cosas según el significado que represente 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 ocurra 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, 3,39)

4.10.GRUPOS FOCALES

El grupo focal es un método que toma en cuenta la opinión global en un grupo, más que la opinión individual, 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”. (31)

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”.⁽³⁰⁾

El grupo es fabricado por el investigador según el rango que lo caracteriza para el problema a 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 sorprendentes, conceptos o vocablos que generaron algunas reacciones positivas o negativas de los participantes, etc. (30, 31,38)

4.11.ESTUDIOS PREVIOS RELACIONADOS EN GUATEMALA

4.11.1 LA SEXUALIDAD ENTRE LOS MAYAS Y EL SIDA

Este documento forma parte del proyecto educativo de prevención de SIDA en Quetzaltenango de Médico Sin Fronteras. Cuyo objetivo principal es la prevención del SIDA y las ITS a través de la educación en las escuelas, logrando unas guías educativas que respondan a la tan heterogénea población de la región y continuar este esfuerzo educativo de prevención al contagio del VIH/SIDA con la específica población maya rural de Guatemala; porque el diseño de una estrategia de educación sexual y prevención debe sintonizar con los comportamientos, comprensiones y significaciones de la población a quien va dirigido y tratar de recoger lo que se ha trabajado en el área de sexualidad sobre los mayas y cuáles son sus

práctica, actitudes sexuales y conductas de riesgo en que se encuentran para contraer SIDA e ITS.

También mencionan que dentro de organizaciones y documentos que se refieren al SIDA en Guatemala existen ciertos “consensos respecto al desconocimiento profundo que se tiene del área maya del altiplano y que instituciones oficiales de salud asumen su ausencia en las prestaciones de servicios, y el Plan Estratégico Nacional ITS/VIH/SIDA 1999 – 2003 afirma “la centralización de los servicios de salud en las áreas urbanas y la escasez de personal cultural y lingüísticamente capacitado para atender a la población rural mayoritariamente indígena, entorpecen las acciones educativas y de prevención””.⁽⁶⁾

Y el cual se señalan las complejidades que se deben enfrentar y asumir si se quiere trabajar hacia la población indígena de Guatemala, “población que es clave y la cual ha sido sistemáticamente desconsiderada y que con su revitalización étnica y creciente organicidad en torno al poder local, las ONG’s, la ayuda al desarrollo y la sostenibilidad y la conciencia de Pueblo Maya, no deja de generar formas de representación de los indígenas que seguramente facilitarían la difusión de una estrategia de educación sexual y de prevención al VIH/SIDA”.

Y donde el manifiestan que su interés de trabajar en esta área maya, es “la importante presencia de población indígena en proceso de cambio y el reto de preparar materiales educativos adecuados hacia una población que, por sus niveles de exclusión y creciente movilidad, puede ser un grupo progresivamente más vulnerable al SIDA”. Y también en la que hacen hincapié a que la “vivencia de una sexualidad plena es una demanda más de entre los derechos humanos”, y es hasta ahora cuando empezamos a hablar más abiertamente y con más conocimiento; pero a pesar de una “sexualidad liberadora, los más pobres siguen teniendo un escaso control sobre su cuerpo y se ven forzados al intercambio sexual desigual, prevaleciendo las inequidades de género y el cual se acentúa con la marginalidad de los migrantes o de los niños de la calle”; con lo cual las “fronteras de lo público y lo privado son difíciles de establecer y las ciencias sociales tienen que confrontar ahora espacios que antes no eran considerados de su alcance” y no es raro “que los enfrentamiento nacionales, étnicos, religiosos ejerzan buen parte de sus esfuerzos contra el otro a través de dañar el cuerpo físico, de marcarlo, señalarlo y violarlo, siendo todo esto disputa en Guatemala y tienen su incidencia en las políticas nacionales”; por lo que el problema “no puede enfrentarse de manera aislada y es necesario destapar estas barreras y buscar nuevas formas de convivencia”.⁽⁶⁾

4.11.2 JUVENTUD MAYA Y SEXUALIDAD

El Proyecto Payaso quien es una ONG dedicada a la realización de espectáculos, con la finalidad de dar educación para prevención del VIH, realizó una investigación con alumnos de la escuela nocturna de Nahualá, en el departamento de Sololá, Guatemala, entre mayo y octubre de 2001. Con la cual presentaron un informe que describe el trabajo realizado con jóvenes de 15 a 23 años todos ellos habitantes de zonas rurales. Este informe trata de examinar y analizar las percepciones de varios grupos de jóvenes Maya de las etnias Kakchiquel y K’iche respecto a la discusión sobre su sexualidad y los temas relacionados con esta y pretende clarificar los aspectos del contexto cultural y psicológico que encuadran estas percepciones. El objetivo de este proyecto fue el de determinar tanto las percepciones como los niveles culturales de estos jóvenes como punto de partida para el diseño e implementación de futuros programas de prevención y educación.

El Colectivo Atz'anem k'oj (Proyecto Payaso de Quetzaltenango) ha puesto en práctica una estrategia de información, educación y comunicación (IEC) que incluye el teatro en la calle, el espectáculo de payasos y la educación popular para hacer accesible, y acorde con los esquemas culturales establecidos, la información necesaria para tomar decisiones conscientes en relación la salud sexual. ⁽¹⁰⁾

5. HIPÓTESIS DE TRABAJO

La actitud de los adolescentes y jóvenes de los municipios de Panajachel, San Andrés Semetabaj y Santa Catarina Palopó, hacia los comportamientos recomendados por la Estrategia Nacional IEC/CCC/SSRA, es positiva.

6. OBJETIVOS

6.1. OBJETIVO GENERAL:

Explorar las actitudes de los adolescentes y jóvenes de los municipios de Panajachel, San Andrés Semetabaj y Santa Catarina Palopó del departamento de Sololá, ante los comportamientos recomendados para la prevención de ITS/VIH/SIDA por la Estrategia Nacional de Educación, Información y Comunicación en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes.

6.2. 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.

7. DISEÑO DEL ESTUDIO

7.1. TIPO DE ESTUDIO

Estudio descriptivo con enfoque cualitativo.

7.2. 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 edad⁶.

7.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.1.1.Población

Adolescentes y jóvenes de los municipios de Panajachel, Santa Catarina Palopó y San Andrés Semetabaj en el departamento de Sololá.

3.2.1.Muestra

Se uso 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 por cada uno de los cuatro municipios, para un total 128 individuos participantes.

7.4. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLE

4.1.1.CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS (VARIABLES DE SEÑALIZACIÓN)

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

4.2.1.ACTITUD HACIA LOS COMPORTAMIENTOS:

- Actitud hacia el comportamiento: Plan de Vida
- Actitud hacia el comportamiento: Realizar un plan de vida
- Actitud hacia el comportamiento: Usar redes sociales de apoyo
- Actitud hacia el comportamiento: Retraso de la primera relación Sexual
- Actitud hacia el comportamiento: Volver a la abstinencia
- Actitud hacia el comportamiento: Fidelidad
- Actitud hacia el comportamiento: Masturbación como medio de satisfacción sexual no penetrativo
- Actitud hacia el comportamiento: Uso de condón

⁶ Según el MSPAS, SINA 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. (Pineda, E.B Alvarado, E.L. Metodología de la Investigación Segunda Edición, 1994, Paltex, Washington, D.C.

- Actitud hacia el comportamiento: Participación social
- Actitud hacia el comportamiento: Mantenerse sobrio o evitar consumo de drogas.

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 sí 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, Secundaría Incompleta, Secundaría Completa, Analfabeta Lo que el entrevistado refiera.</p>

VARIABLE	DEFINICIÓN DE VARIABLE	INDICADOR
----------	------------------------	-----------

		DE LA MEDICIÓN
Actitud hacia elaborar un plan de vida	<p>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.</p> <p>Cognitivo: Lo que el individuo piensa, cree o sabe, sobre plan de vida.</p> <p>Afectivo: los sentimiento o emociones expresadas por el individuo sobre plan de vida.</p> <p>Conativo-conductual: la disposición del individuo a realizar un plan de vida</p>	Contenidos, valoraciones, sentimientos, creencias y opiniones expresadas verbal y no verbalmente.
Actitud hacia acudir a su red de apoyo.	<p>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).</p> <p>Cognitivo: Lo que el individuo piensa, cree o sabe, sobre acudir a su red natural o informal de apoyo.</p> <p>Afectivo: los sentimiento o emociones expresadas por el individuo sobre acudir a su red natural o informal de apoyo.</p> <p>Conativo-conductual: la disposición del individuo a acudir a su red natural o informal de apoyo.</p>	Contenidos, valoraciones, sentimientos, creencias y opiniones expresadas verbal y no verbalmente.
Actitud hacia retrasar la edad de la primera relación sexual.	<p>Reacción verbal y no verbal, disposición o indisposición hacia ciertas prácticas sexuales como retrasar 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.</p> <p>Cognitivo: Lo que el individuo piensa, cree o sabe, sobre retrasar la primera relación sexual.</p> <p>Afectivo: los sentimiento o emociones expresadas por el individuo sobre retrasar la primera relación sexual.</p> <p>Conativo-conductual: la disposición del individuo a realizar, el retraso de la primera relación sexual.</p>	Contenidos, valoraciones, sentimientos, creencias y opiniones expresadas verbal y no verbalmente.
Actitud hacia volver a la abstinencia	<p>Reacción verbal y no verbal, disposición o indisposición hacia ciertas prácticas sexuales como la 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.</p> <p>Cognitivo: Lo que el individuo piensa, cree o sabe, sobre la abstinencia.</p> <p>Afectivo: los sentimiento o emociones expresadas por el individuo sobre la abstinencia.</p> <p>Conativo-conductual: la disposición del individuo a realizar, o no, la abstinencia.</p>	Contenidos, valoraciones, sentimientos, creencias y opiniones expresadas verbal y no verbalmente.

VARIABLE	DEFINICIÓN DE VARIABLE	INDICADOR DE LA MEDICIÓN
Actitud hacia la fidelidad	<p>Reacción verbal y no verbal, disposición o indisposición hacia ciertas prácticas sexuales como la fidelidad, que implica el no tener relaciones sexuales con más de una pareja.</p> <p>Cognitivo: Lo que el individuo piensa, cree o sabe, sobre la fidelidad.</p> <p>Afectivo: los sentimiento o emociones expresadas por el individuo sobre la fidelidad</p> <p>Conativo-conductual: la disposición del individuo a realizar, o no, la fidelidad.</p>	Contenidos, valoraciones, sentimientos, creencias y opiniones expresadas verbal y no verbalmente.
Actitud hacia la masturbación	<p>Reacción verbal y no verbal, disposición o indisposición hacia ciertas prácticas sexuales como la masturbación, que es la estimulación de los órganos genitales con el objeto de producir placer en el mismo cuerpo o en el cuerpo de la pareja, con o sin obtención de orgasmo.</p> <p>Cognitivo: Lo que el individuo piensa, cree o sabe, sobre la masturbación.</p> <p>Afectivo: los sentimiento o emociones expresadas por el individuo sobre la masturbación.</p> <p>Conativo-conductual: la disposición del individuo a realizar, o no, la masturbación.</p>	Contenidos, valoraciones, sentimientos, creencias y opiniones expresadas verbal y no verbalmente.
Actitud hacia el uso de condón	<p>Reacción verbal y no verbal, disposición o indisposición hacia la utilización de condones, como método preventivo de ITS/VIH/SIDA, en cada relación sexual.</p> <p>Cognitivo: Lo que el individuo piensa, cree o sabe, sobre el uso de condón.</p> <p>Afectivo: los sentimiento o emociones expresadas por el individuo sobre el uso de condón.</p> <p>Conativo-conductual: la disposición del individuo a usar condón en cada relación sexual.</p>	Contenidos, valoraciones, sentimientos, creencias y opiniones expresadas verbal y no verbalmente.
Actitud hacia la participación social	<p>Reacción verbal y no verbal, disposición o indisposición hacia pertenecer a un grupo con estructura y función social como organizaciones, clubes, etc.</p> <p>Cognitivo: Lo que el individuo piensa, cree o sabe, sobre participación social.</p> <p>Afectivo: los sentimiento o emociones expresadas por el individuo sobre participación social.</p> <p>Conativo-conductual: la disposición del individuo a participar en grupos sociales.</p>	Contenidos, valoraciones, sentimientos, creencias y opiniones expresadas verbal y no verbalmente.
Actitud hacia mantenerse sobrio o evitar el consumo de drogas	<p>Reacción verbal y no verbal, disposición o indisposición hacia mantenerse sobrio o evitar el consumo de drogas para evitar el contagio de ITS/VIH/SIDA.</p> <p>Cognitivo: Lo que el individuo piensa, cree o sabe, sobre mantenerse sobrio o evitar el consumo de drogas para evitar el contagio de ITS/VIH/SIDA.</p> <p>Afectivo: los sentimiento o emociones expresadas por el individuo sobre mantenerse sobrio o evitar el consumo de drogas para evitar el contagio de ITS/VIH/SIDA.</p> <p>Conativo-conductual: la disposición del individuo a mantenerse sobrio o evitar el consumo de drogas para evitar el contagio de ITS/VIH/SIDA.</p>	Contenidos, valoraciones, sentimientos, creencias y opiniones expresadas verbal y no verbalmente.

7.5. TÉCNICA, INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTOS UTILIZADOS

5.1.1.MÉTODO

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

5.2.1.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.

5.3.1. TRABAJO DE CAMPO

5.3.1. 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. Jogli 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.

La información generada en Santiago Atitlán, no aparece, en el presente informe debido a la salida de uno de los integrantes del equipo de investigación, a quien se le había asignado la tabulación y el análisis de la misma, por lo que pro de concluir el proceso de investigación, se acordó, excluir la información en mención, la cual será presentada en un informe distinto.

5.3.2. 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 la búsqueda inicial de líderes distintos a los convocados por las redes de salud, se contactó en el Gimnasio Municipal de Panajachel al profesor de Educación Física Luis Rodríguez, quien socializó la idea entre sus compañeros de trabajo, entre los cuales se encontró a un profesor que no quiso dar su nombre y que trabajaba además en el Instituto Mixto Nocturno de Educación Básica Panajachelense y quien funcionó como contacto entre la Directora del instituto y los investigadores, y fue quien finalmente organizó a los jóvenes de ese instituto que participarían.

También en el municipio de Panajachel, el Director de Distrito Dr. Marlon Monroy y la Licda. Helen Rosales contactaron instituciones que trabajan con adolescentes y jóvenes, de las cuales se contó con el Proyecto Semilla que ayuda a adolescentes de bajos recursos económicos para continuar con su instrucción educativa, aceptando participar en las actividades y poniendo a disposición de los investigadores a dos grupos de adolescentes (masculino y femenino) así como sus instalaciones.

En San Andrés Semetabaj, por medio del catedrático Luis Rodríguez, se contactó al director de la Escuela Rural Mixta “El Hormigo”, para convocar a los adolescentes, quien accedió, y además autorizó el uso de sus instalaciones para la realización de las actividades, en la fecha y hora acordada. Paralelamente a través de la Bibliotecaria de esa escuela, se contactó al establecimiento “Instituto por Cooperativa KIKOTEN” donde el director de la jornada nocturna, igualmente accedió a colaborar, y se encargó de convocar a los jóvenes hombres y mujeres, coordinar con los catedráticos, autorizando además el uso de sus instalaciones.

En Santa Catarina Palopó se intentó contactar a líderes de la comunidad, para poder convocar a los participantes, pero fue imposible en esa ocasión ya que no mostraron interés (cabe mencionar en particular, la negativa del alcalde de turno, a quien se trató de abordarse y de presentarle la investigación, pero se negó argumentando no contar con el tiempo suficiente), por lo que fue necesario realizar otra visita, acudiendo en esa ocasión al profesor Jaime Matzar Director de la Escuela Oficial Urbana Mixta de Santa Catarina Palopó, quien aceptó colaborar, proporcionando a los adolescentes que quisieron participar y además puso a disposición de los investigadores el plantel para la realización de la actividad en la fecha y hora acordada.

Para la convocatoria de los jóvenes en este municipio, se buscó a líderes religiosos, los cuales recomendaron el proyecto “Una Vida sin Violencia”, el cual trabaja con jóvenes mujeres de la

comunidad en aspectos como alfabetización y educación para evitar la violencia. Allí, se realizó una reunión con la directora Silvia Menchú para solicitar su apoyo en la convocatoria de participantes, quien aceptó y acordó fecha y hora, ofreciendo también las instalaciones.

Para la convocatoria de jóvenes de sexo masculino en Santa Catarina Palopó se recurrió a su búsqueda en canchas deportivas, calles y plaza, encontrando mucha negativa a participar, por no haberse realizado una convocatoria por parte de los líderes que ellos esperaban y por no haber enterado a la comunidad entera de la actividad. Por tales razones, se realizó la actividad, el día y la fecha acordada con los tres únicos participantes.

5.3.3. TERCERA 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 los dos investigadores hombres se reunirían con los participantes hombres y las dos investigadoras mujeres lo harían con las participantes mujeres.

Todas las 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 realizaba en la mayoría de las veces el director del plantel y el o los profesores encargados de los estudiantes participantes. 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 en 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.

7.6. 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 haya 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 propósitos 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.

7.7. ALCANCES Y LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.

7.1.1.ALCANCES

- Permitió la integración de un equipo multidisciplinario que contará con sociólogos, antropólogos, psicólogos y médicos.
- Es un estudio realizado por primera vez en Guatemala.
- Aportó información sobre la aceptabilidad hacia la estrategia de IEC/CCC/SSRA en 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, niños de la calle, mujeres en alfabetización, trabajadores.

7.2.1.LIMITACIONES

- El dialecto, porque la metodología utilizada, requiere de fluidez en el desarrollo de los diálogos, para evitar respuestas guiadas, que sesgan los resultados.
- 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 grupos conforme se visitaban las comunidades.

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

Los datos recolectados se compilaron en el programa de computación Microsoft Word, Office 2000® conforme concluían las actividades

Los datos fueron almacenados en un primer orden, en la forma que eran obtenidos literalmente de las transcripciones de lo habido en la cámara de video, la grabadora de voz y lo anotado en los cuadernos de campo.

Esas anotaciones, ya tenían un orden básico de almacenamientos, originado por la secuencia en que los temas habían sido planteados en todas las actividades. Con esto, se logro tener, las primeras categorías de respuestas, las cuales correspondieron a las respuestas generales (respuestas directas, indirectas, comentarios, opiniones, ideas, lenguaje no verbal), que se obtuvieron durante el tiempo en que el tema era abordado. Esta categoría fue complementada, al reorganizar la información y se colocó entonces, la respuesta dada en otros temas o comportamientos abordados en distintos momentos en la categoría básica a la que correspondía.

Teniendo ya las respuestas dadas para cada comportamiento formando diez categorías diferentes, se formaron dos subcategorías por cada categoría general. Se organizaron pues las respuestas en opiniones comunes y opiniones diferentes, las cuales, fueron definidas a criterio de los investigadores, según su acervo cultural, el cual le permitía comprender que respuestas fueron más compartidas por la mayoría de participantes y que respuestas constituían algo distinto.

Después de esa segunda categorización de las respuestas, se extrajo del listado de respuestas, los elementos que daban cuenta de lo cognoscitivo, afectivo y conativo conductual para cada una de las categorías básicas. Con esto, se llegó a tener organizada la información, de manera que las respuestas que indicaban que sabía o conocía el individuo o grupo, formaban el componente actitudinal cognoscitivo; las respuestas que expresaban lo que el individuo o grupo sentía hacia el comportamiento evaluado, constituyó el componente afectivo; y por último, las respuestas que expresaban que haría el individuo o grupo, o que intención tenía hacia el comportamiento evaluado, constituyó el componente conativo conductual.

Con esa información procesada por cada grupo focal, se colocaron en el mismo programa de procesamiento de texto, las categorías obtenidas por cada sexo en un formato de doble columna, de manera tal que las opiniones comunes y diferentes de adolescentes hombres o mujeres, quedaron en una columna paralela a las opiniones comunes y diferentes de jóvenes hombres o mujeres respectivamente en cada uno de los municipios. Así, se logro comparar lo expresado por hombres pero de diferente grupo de edad y lo mismo para las mujeres para cada municipio. Entonces 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 por municipio.

Los resultados obtenidos, se presentan entonces, en el formato de doble columna, primero lo obtenido del sexo masculino para adolescentes comparado a la par con lo expresado por los jóvenes; luego aparece, lo obtenido en el sexo femenino para adolescentes, igualmente comparado con lo expresado por las jóvenes.

El análisis se realizó en base a lo descrito en la revisión teórica, con lo que se comparó, lo habido en cada uno de los componentes de la actitud y en base a eso, se definió si en términos generales, la actitud era positiva o negativa hacia cada uno de los comportamientos evaluados. Aunque en ningún comportamiento se llegó a un consenso, pues las respuestas fueron muy variadas tanto para cada individuo en el mismo tema evaluado, como para los distintos grupos de edad y/o sexo.

El análisis es planteado de una manera narrativa, la cual incluye en su desarrollo, fragmentos literales expresados por los participantes. En un primer orden, se presentan los resultados obtenidos, el análisis, las conclusiones y las recomendaciones para cada uno de los municipios y finalmente, se presenta el análisis con sus respectivas conclusiones y recomendaciones para los cuatro municipios en general.

Los datos sociodemográficos fueron analizados con un enfoque positivista. Fueron trabajados en una hoja de calculo del programa Microsoft Excel®. Se presentan entonces como valores estadísticos de moda, media y mediana de cada uno de los aspectos evaluados como edad, sexo, religión, etnia, etc.

8. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.

8.1. DATOS DE SEÑALIZACION:

TABLA 1

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PARTICIPANTES EN LOS GRUPOS FOCALES PARA EXPLORAR LA ACTITUD DE LOS ADOLESCENTES Y JOVENES ANTE LOS COMPORTAMIENTOS PARA LA PREVENCIÓN DE ITS/VIH/SIDA PROPUESTOS POR LA ESTRATEGIA NACIONAL DE IEC/CCC/SSRA. MUNICIPIOS PANAJACHEL, SAN ANDRÉS SEMETABAJ Y SANTA CATARINA PALOPO DEL DEPARTAMENTO DE SOLOLÁ, AGOSTO – SEPTIEMBRE 2005

CARACTERÍSTICAS	F	%
Edad		
Adolescente 10 – 14 años	32	25
Adolescente 15 – 19 años	32	25
Jóvenes 20 – 24 años	64	50
Sexo		
Masculino	64	50
Femenino	64	50
Estado Civil		
Casado	10	8
Soltero	100	78
Unido	18	14
Viudo	0	0
Escolaridad		
Ninguna	0	0
Primaria	32	25
Básicos	30	24
Diversificado	66	50
Universitaria	1	.8
Etnia		
Kakchiquel	34	27
Kiche	36	28
Tzutuhil	26	20
Ladino	18	14
Maya	14	11
Religión		
Católica	46	36
Evangélica	38	30
Espiritualidad Maya	20	16
Otras	17	13
Ninguna	7	5
Ocupación		
Estudiante	74	58
Trabajador	16	13
Trabajador y Estudiante	34	27
Ninguna	4	3

FUENTE: Instrumento de recolección de datos

8.2. DATOS CUALITATIVOS

2.1.1.PANAJACHEL

(Tabulado y analizado por Ericka Marlenne Dubois Chávez)

2.1.1. MASCULINO

8.2.1.1.1 PLAN DE VIDA

Adolescentes	Jóvenes
<p>Opiniones Comunes:</p> <p>“Estar estudiando, tomar una carrera y seguir luchando por mi futuro y entonces sí, tomar un buen trabajo”.</p> <p>“Yo tengo una meta para casarme a los 25 – 26 años, depende como me encuentre too, mi forma de vivir, si hay posibilidades económicas.”</p> <p>“Yo quiero trabajar, no se en que todavía”</p> <p>“Uno ha pensado en casarse de 20 – 30 años, pero a veces el amor llega y uno no puede decir que no. Pero uno debe ver económicamente como va a estar. Cuantos hijos va uno a tener, porque ahora todo esta caro y no más de una pareja y dos hijos.”</p> <p>“La mayoría se pone metas pero pocos las cumplen.”</p> <p>“Si sirven porque cuando sea grande voy a ser alguien importante”</p> <p>“Es importante porque uno va sabiendo que es lo que quiere, que es lo que uno le conviene.”</p> <p>“Se pone uno metas, pero sino cuando uno llega a mayoría de edad uno se pone a pensar” “¿Por qué no pensé antes”</p> <p>“Es bueno ponerse metas y educarse uno mismo desde pequeño porque ya de grande cuesta mucho. Es bueno saber qué uno quiere ser y a donde va”</p> <p>“Es bueno preguntarse quien soy, de donde vengo y adonde voy y yo creo que eso es como un plan estratégico en su vida.”</p> <p>“Por la edad uno desea hacer de todo y a veces nada sale bien y uno se desanima.”</p>	<p>Opiniones Comunes:</p> <p>“Quiero ser un profesional, de aquí a 10 años ya estar graduado”</p> <p>“Por la situación en que estamos nos es difícil pensar en el futuro” Pero lo que pensamos es en ser profesionales y salir de la situación.</p> <p>“Tener una familia pero que esa familia sea más avanzada”</p> <p>“Ahora le echamos ganas al estudio para poder ser profesionales y darle algo mejor a nuestra familia.”</p> <p>“Si uno empieza a cranear desde pequeña edad sobre el futuro uno logra alcanzar y llegar a ser algo útil.”</p> <p>“Es bueno opinar que vamos a ser más adelante porque queremos llegar a la meta, sino opinamos está eso de las drogas y podemos llegar a caer en eso. Por eso planificar es bueno.”</p> <p>“Ya algunas familias planifican y evitan cosas. A través de la planificación se puede llegar a dar una buena educación, alimentación”.</p>

<p>Continuación...</p> <p>Opiniones Diferentes:</p> <p>“Yo nunca he pensado, pero sí pienso me pongo unas dos o tres alternativas por si no funciona una me pongo otra.”</p>	<p>Opiniones Diferentes:</p> <p>“A veces uno planifica, pero llegan tropiezos. Entonces a veces uno que quiere hacer eso, entonces llegan problemas por falta de dinero o algo sí.”</p>
<p>Componentes Actitudinales:</p> <p>a. Cognitivo: Ellos saben que quieren realizar en su futuro y que todo se debe planificar ya que esto ayuda y es importante para saber hacia donde van. Conocen que a través de tener un mejor nivel de instrucción educativa van a mejorar su vida.</p> <p>b. Afectivo: Ellos consideran que para poder evitar conductas de alto riesgo, estar económicamente mejor y brindar a su futura familia un buen bienestar, es bueno trazar metas, alcanzarlas y luego trazar otras.</p> <p>c. Conativo-Conductual: Todos tienden a mejorar su nivel de instrucción, lo cual mejorará la situación actual que tienen y que hay que reconocer que siempre hay tropiezos por lo que muchas de las metas trazadas a veces no se llevan a cabo, pero hay que trabajar en ellas ya que es una de las mejores formas para no caer en conductas riesgosas.</p>	<p>Componentes Actitudinales:</p> <p>a. Cognitivo: Conocen su situación socio-económica, por lo que a veces es difícil pensar en el futuro, pero saben que lo que más les va a beneficiar es seguir estudiando para ser profesionales. Al tener una familia, saben que quieren que cuente con mejores condiciones, casarse, saber cuantos hijos desean tener y ser monógamos. Creen que todo esto debe hacerse desde temprana edad para planificar y lograr alcanzarla sus metas, sin adoptar vicios. Y para otros nunca han pensado en ello, pero tienen más de una alternativa según como funcionen.</p> <p>b. Afectivo: Todos consideran bueno e importante trazarse metas; ya que a través de éstas pueden mejorar su condición de vida y brindar a su familia un mejor futuro. Y es bueno considerar planificar el número de parejas y de hijos debido a las condiciones económicas.</p> <p>c. Conativo-Conductual: Tienden a trazarse metas especialmente de tipo educativo, para ser parte de los profesionales de su comunidad, sabiendo y tratando de que se cumplan sus metas para luego casarse y brindar mejores oportunidades a los miembros de su familia. Tienen la disposición de realizar más de una meta; pero cuando no sucede lo esperado, hay desánimo.</p>

8.2.1.1.2 RED SOCIAL DE APOYO

Adolescentes	Jóvenes
<p>Opiniones Comunes:</p> <p>“Mis amigos, porque pasamos casi por las mismas cosas, tenemos la misma edad”</p> <p>“Lo hablamos entre nosotros y nos ayudamos unos a otros, nos apoyamos para sacarlo adelante. O nos apoyamos para no tomar un riesgo.”</p> <p>“Le cuento a mis padres, a veces ellos le ponen importancia o a veces no, entonces eso le cae a uno mal; a veces se siente mal cuando no le dicen nada a uno para animarlo, entonces uno lo que hace es desahogarse en otros lados.”</p> <p>“Pienso que es mejor contarlo a sus padres; si uno se desanima, mi mamá me apoya para seguir.”</p> <p>“A veces algunos profesores a los que uno les tiene confianza.”</p>	<p>Opiniones Comunes:</p> <p>“A un mayor de edad que sepa más que yo”</p> <p>“Le tengo confianza a mi mamá, ellos se mantienen más con uno y le dan más cariño”</p> <p>“Yo no tengo problema en comentarlo con mi familia”</p> <p>“Mi mamá me lleva al médico”</p> <p>“Con mi hermano mayor, por su experiencia, me orientaría por cosas que ha pasado.”</p> <p>“Yo perdí a mi papá, pero con el que fui, fue un doctor”</p>
<p>Opiniones Diferentes:</p> <p>“A mis amigos no, porque tal vez pueden pensar que yo tengo otros problemas.”</p>	<p>Opiniones Diferentes:</p> <p>“Con mis padres no hablo de sexo, me da pena porque a veces piensan mal o no te dicen nada.”</p> <p>“Es por falta de orientación, porque ahora hablar de sexo, es vergüenza, por eso es que muchos no conversan con los padres.”</p> <p>“Yo pienso que la mayoría no le tiene miedo al sexo, sino que le atrae a uno y dice hay que saber, entonces uno tiene que probar”</p> <p>“Después de los 14 años tuve pláticas. Entonces yo creía parte y parte no por la conversación que había tenido con el doctor.”</p> <p>“Yo fui al centro de salud pero para averiguar ITS por el colegio y para informarme.”</p>

Continuación...

Componentes Actitudinales:

- a. **Cognitivo:** La mayoría de adolescentes sabe que cuando necesitan información o consejos, pueden acudir más a la red informal de apoyo; siendo los amigos y padres los más consultados. Creen que porque presentan los mismos problemas, por la confianza depositada en ellos o por la experiencia pueden dar una mejor orientación. Conocen que pocos acuden a la red formal de apoyo.
- b. **Afectivo:** Ellos consideran bueno escoger a estas personas, porque son aquellas que brindan principalmente apoyo e interés a sus problemas, evitando que ellos recurran a desahogarse con conductas de alto riesgo. Sienten que el compartir su problema, se debe a la confianza depositada en la persona, la cual brindará soluciones, apoyo y ánimo para seguir adelante.
- c. **Conativo-Conductual:** La mayoría tiende a abocarse a la red informal de apoyo, por que consideran que cuentan con la experiencia suficiente para orientarlos.

Componentes Actitudinales:

- a. **Cognitivo:** Saben a quien acudir y escogen especialmente a sus compañeros, a un adulto mayor, para que les brinden la información, aunque muchas de las explicaciones crean dudas, incitándolos a salir de ella con la practica y otros buscando a un profesional. Creen que no acuden a sus padres por pena, ya que ellos no permiten que se hable de eso o piensan que esta mal o no dan orientación. Así también creen que la red formal brinda la mejor información y les sirve para comparar ésta con pláticas cotidianas y tener una idea de lo que en realidad sucede.
- b. **Afectivo:** Todos comparten el deseo y la necesidad de compartir sus inquietudes en estos temas, con personas que no precisamente son sus familiares, regularmente porque necesitan que les brinden una mejor información por su experiencia en ello. Saben que la comunicación con los padres es difícil y les causa vergüenza y creen que los padres no se preocupan por orientarlos.
- c. **Conativo-Conductual:** Tienen la disposición en solicitar más información a la red informal de apoyo, aunque otros tienen la intención de que acudir a la rede formal para discernir si lo platicado entre amigos es realmente lo correcto o ha evitar riesgos.

8.2.1.1.3 PRACTICAS SEXUALES: RETRASO DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL

Adolescentes	Jóvenes
<p>Opiniones Comunes: Reconocen que la edad de inicio de las relaciones sexuales en las mujeres es como a los “14 años y en los hombre a los 10 años”. “La mujer es un poquito más fuerte que el hombre; porque si una mujer empieza a acariciar al hombre uno se calienta demasiado luego, en cambio la mujer, uno se puede pasar una eternidad allí, por eso es que uno de hombre es que puede empezar de 12 años”. “Hasta el matrimonio pero ambos para que sea legal.”</p>	<p>Opiniones Comunes: “Las relaciones comienzan a los 12 años, pero cada vez más temprano por eso de la pornografía, los más grandes le enseñan a los más jóvenes”. “Al hablar a los jóvenes, pienso que en ese ratito piensan en que si hay que retrasarlas, pero al rato se les olvida”. “Si se tienen cosas malas en la mente, cuando se está con la novia uno puede prevenir las relaciones sexuales”. “Mejor esperar hasta que se de la etapa.”</p>
<p>Opiniones Diferentes No hubo</p>	<p>Opiniones Diferentes No hubo</p>
<p>Componentes Actitudinales:</p> <p>a. Cognitivo: Creen que el retraso de la primera relación solo se puede llevar a cabo si él quiere a su pareja entonces la respeta y respeta su decisión y saben que la mayoría de adolescentes hombres inician sus relaciones de 10 a 12 años y las mujeres de 14 a 17 años, pero otros creen que mucho más temprano (8 años). Creen que se debe llegar hasta el matrimonio sin tener relaciones ya que hasta ese momento es “legal”, pero que esto no es así ahora.</p> <p>b. Afectivo: Consideran bueno que se evitaren relaciones sexuales, pero por ambos sexos y así al formalizar su relación como pareja no hay riesgo; por que de lo contrario corre riesgo uno de ellos.</p> <p>c. Conativo Conductual: Si existe disposición para que se lleve a cabo y se puede llevar a cabo si se tiene determinación y convicción; pero por factores socioculturales es mucho más difícil.</p>	<p>Componentes Actitudinales:</p> <p>a. Cognitivo: Creen que el retraso de la primera relación sexual puede llevarse a cabo según la convicción de la persona. Pero saben que es mejor llegar a una edad en la que sean capaces de entender, comprender y tener la satisfacción suficiente de la relación, en lugar de ser traumática y vergonzosa.</p> <p>b. Afectivo: Consideran que es bueno el retraso del inicio de las relaciones sexuales; si se logra orientar más a los adolescentes ya que la incertidumbre ante la sexualidad ocasiona que experimenten a temprana edad.</p> <p>c. Conativo Conductual: Tienen poca disposición, debido a que es difícil cuando se cuenta con poca orientación y mucha curiosidad por parte de los adolescentes.</p>

8.2.1.1.4 PRACTICAS SEXUALES: MASTURBACIÓN

Adolescentes	Jóvenes
<p>Opiniones Comunes</p> <p>“Lo que esto provoca es baja autoestima y vergüenza, pero la mayoría de hombres lo hace en cambio las mujeres como la mitad”. “Esto causa un desgaste físico, aunque en libros informa que no causa daño”. “Puede ocasionar violaciones, ya que ocasiona como una enfermedad mental, difícil de controlar.”</p>	<p>Opiniones Comunes</p> <p>“En un hombre es un éxito”. “Un hombre se excita, pero si un hombre no se masturba puede llegar a violar”. “Esta bien hacerlo ya no frecuenta uno lugares donde podría ir a infectarse”. “Si se puede sustituir las relaciones”. “Afecta la mente, uno se vuelve delgado; en el futuro puede quedar estéril, ahorita con la comunicación ya esto hace la mayoría de personas.”</p>
<p>Opiniones Diferentes:</p> <p>No hubo</p>	<p>Opiniones Diferentes:</p> <p>“Es mejor hacerlo con una mujer porque el órgano de ambos se acopla”. “No creo que pueda practicar la masturbación con su pareja.”</p>
<p>3. COMPONENTES ACTITUDINALES</p> <p>a. Cognitivo: Saben que la masturbación es una práctica habitual que ejecutan la mayoría de los hombres como satisfacción, pero creen ocasiona desgaste físico y mental y que es recomendado entre ellos. Consideran que se realiza por diversión o como vicio.</p> <p>b. Afectivo: La masturbación es mala porque causa baja autoestima y vergüenza al realizarla y también porque ocasiona violaciones cuando su práctica es excesiva o es un pecado. Otros la consideran buena ya que no causa daño alguno y satisface sus necesidades.</p>	<p>Componentes Actitudinales:</p> <p>a. Cognitivo: Conocen que los que más practican la masturbación son los hombres y que debido a la influencia televisiva podrían ahora más mujeres practicarlo; también creen que puede ocasionar violaciones si no se practica. Saben que para un hombre esto es un éxito, pero creen que no puede compararse con tener una relación sexual con una mujer. También saben que brinda satisfacción y creen que puede ocasionar agotamiento físico y mental o puede ocasionar esterilidad y algunos no consideran que se pueda practicar con la pareja, para evitar relaciones sexuales.</p> <p>b. Afectivo: Consideran algunos que esta bien practicarla para evitar frecuentar lugares donde podrían contagiarse; pero otros lo toman mal ya que consideran que lo mejor es tener relaciones sexuales con la mujer porque se complementan y puede en algunos casos ocasionar daño en lugar de beneficio.</p>

Continuación...

c. Conativo Conductual: Tienden a practicar la masturbación, la cual puede sustituir para algunos las relaciones sexuales y evitar que corran riesgos de contagio con ITS.

c. Conativo Conductual: Tienen la disposición a llevarla a cabo en sustitución de relaciones sexuales para evitar el contagio de ITS y de violaciones y saben que tiende la mayoría de ellos a hacerlo para evitar frecuentar lugares donde podrían contagiarse.

8.2.1.1.5 PRACTICAS SEXUALES: FIDELIDAD

Adolescentes	Jóvenes
<p>Opiniones Comunes: “Ya los adolescentes están demasiado perdidos”. “La mujer nunca le va a cumplir al hombre ni el hombre a la mujer; porque siempre hay tentaciones”. “En el hombre mientras más infiel es tiene más ego y mejor reputación, en cambio si es la mujer es mal vista”. “La fidelidad eso, ya no”. “Ya solo con la masturbación uno es infiel.”</p>	<p>Opiniones Comunes: “Muy pocos son fieles a su pareja, y los hombres son más infieles”. “Hablar de fidelidad es algo bueno porque si uno le es fiel a su pareja no se contagian de infecciones de transmisión sexual”. “Es la base para que una pareja funcione bien”. “Es imposible y es difícil de que uno diga ser fiel”. “Imposible no, si uno quiere a la pareja, uno se comporta”. “Siempre le busca pretexto para ser infiel.”</p>
<p>Opiniones Diferentes: No hubo</p>	<p>Opiniones Diferentes No hubo</p>
<p>Componentes Actitudinales:</p> <p>a. Cognitivo: Creen que no se practica actualmente por ambos sexos y que se juzga mucho peor a la mujer que al hombre; ya que si el hombre es infiel es digno de admiración y por eso lo hace. Y el que logra ser fiel es porque se masturba.</p> <p>b. Afectivo: Su inclinación hacia ella es buena pero saben que solo se realiza por amor y que por ego se quebranta más, especialmente si hay quien ofrece tener relaciones.</p> <p>c. Conativo Conductual: Actualmente existe poca disposición para que se lleve a cabo por ambos sexos, a pesar de que en la mujer esta mal vista no importa y los hombres aumentan su autoestima y ego.</p>	<p>Componentes Actitudinales:</p> <p>a. Cognitivo: Consideran que muy pocos hombres y mujeres la practican; pero saben que si se hiciera lograría que funcione la relación de pareja, siempre y cuando por amor se haga. Y que los hombres que quieren ser infieles pueden tomar cualquier pretexto.</p> <p>b. Afectivo: La fidelidad es algo bueno por que si le es fiel a su pareja no se contagia de ITS. Pero otros creen que es algo imposible de hacer y que es difícil ser fiel para ambos sexos y lo único que ayudaría es si en realidad se quiere a la pareja de lo contrario recurren a cualquier pretexto.</p> <p>c. Conativo Conductual: Existe poca posibilidades para practicarla, ya que es casi imposible para la mayoría; pero si hay intenciones por el amor a su pareja.</p>

8.2.1.1.6 PRACTICAS SEXUALES: ABSTINENCIA

Adolescentes	Jóvenes
<p>Opiniones Comunes: “En los hogares, si ya le han advertido a uno”. “Ya uno sabe el resultado de tener relaciones; entonces ya solo beso y sobarla, pero relaciones sexuales ya no”. “Y solo por amor se puede hacer; entonces uno respeta a la chava.”</p>	<p>Opiniones Comunes: “Por una parte es mejor aguantarse si uno tiene pareja”. “Pero los que la tienen, sino no les dan lo que quieren, se consiguen otra que se los de”. ”Muy pocos se abstienen.” “Una vez iniciada las relaciones pocos dejan de tenerlas, al contrario ya les gusta más”</p>
<p>Opiniones Diferentes: “Ahora eso ya se hace frecuentemente, porque ya no tengo pena de que quede embarazada; le pregunto la fecha de su última regla y determino los días que si puede tener relaciones”. “Algunas muchacha que han quedado embarazadas ya ahora abortan”.</p>	<p>Opiniones Diferentes: No hubo</p>
<p>Componentes Actitudinales:</p> <p>a. Cognitivo: Saben de las consecuencias de no cumplirla, pero siempre hacia el enfoque del embarazo y creen que se lleva a cabo cuando en realidad aman a su pareja, entonces lo que hacen es recurrir a la masturbación. Algunos consideran que con el método de la mela, pueden abstenerse pero para evitar el embarazo y no saben que deben evitar el contagio de infecciones de transmisión sexual. Y saben que las mujeres recurren a la realización de abortos si quedan embarazadas.</p> <p>b. Afectivo: Consideran que esta bien practicarla, pero la mayoría de los adolescentes y jóvenes desconocen las consecuencias de no abstenerse, por lo que siguen teniendo relaciones sexuales.</p> <p>c. Conativo Conductual: La intención se logra solo cuando se conocen las consecuencias, pero en lo que más se enfocan es en el riesgo de embarazo y no por infecciones de transmisión sexual, por lo que la mayoría tiene otros métodos de control que no evitan el contagio de infecciones de transmisión sexual.</p>	<p>Componentes Actitudinales:</p> <p>a. Cognitivo: Consideran que muy pocos la practican y creen que la mayoría cuando no obtiene lo que desea con su pareja, consigue otra que este dispuesta a tener relaciones sexuales. Otros saben que es mejor abstenerse que arriesgarse.</p> <p>b. Afectivo: Consideran que es bueno que se haga, pero la mayoría lo enfoca hacia evitar embarazo; además de que son pocos los que pueden dejar de tener relaciones cuando las inician.</p> <p>c. Conativo Conductual: Hay poca intención de practicarla, porque la mayoría desconoce que enfermedades se pueden contagiar y se enfocan más en evitar embarazos.</p>

8.2.1.1.7 USO DE CONDÓN

Adolescentes	Jóvenes
<p>Opiniones Comunes:</p> <p>“El condón ni siquiera pasa por la mente de nosotros para infecciones de transmisión sexual.”</p> <p>“Existen los tipos que se cuidan y los que no.”</p> <p>“Unos usan hasta 2 y 3 condones, porque si pasa uno se queda en el otro.”</p> <p>“El condón con el calor se disuelve (uso de gel)”</p> <p>“Uno tiene que pensarlo bien porque sino, uno después pierde todo por un ratito.”</p> <p>“Uno lo piensa pero a la hora que se le sube la adrenalina, entonces si ya no lo piensa o y si lo usa, luego lo deja por un lado.”</p> <p>“Les da pena comprarlos porque pueden pensar mal.”</p> <p>“Parece que ahora ya les venden a los menores.”</p> <p>“Ahora hay mujeres que cargan condones por las enfermedades”.</p> <p>“Tiene forma de vejiga”.</p>	<p>Opiniones Comunes:</p> <p>“Es algo que ayuda para prevenir las enfermedades, y no ayuda a no dejar embarazada a la mujer.”</p> <p>“No es bueno usar el condón porque trae un líquido que provoca infecciones genitales”</p> <p>“El condón no es seguro, porque al microscopio no es seguro.”</p> <p>“Al ver la fecha de vencimiento sino nos cuidamos ya puede estar vencido”</p> <p>“Si previene pero a veces se puede romper”</p> <p>“Donde más se usan es en los bares o con la cuata para no dejarla embarazada”</p> <p>“Algunas mujeres que quieren tener sexo con nosotros no quieren usar condón porque quieren tener una familia.”</p> <p>“Hay comentarios de muchos de que a pesar de usar eso la mujer quedo embarazada entonces ya no creen en eso.”</p> <p>“Las prostitutas los usan para no quedar embarazadas”</p>
<p>Opiniones Diferentes:</p> <p>“Dicen que ya con condón no se siente lo mismo.”</p> <p>“En las farmacias no venden a los menores de edad”</p>	<p>Opiniones Diferentes:</p> <p>“Usando eso no se siente lo mismo”</p> <p>“Dicen que al usar el condón no, es mejor hacerlo de carne o carne”</p> <p>“Es mejor no usar el condón y mejor controlar para no dejar embarazada, hay inyecciones.”</p>
<p>Componentes Actitudinales:</p> <p>a. Cognitivo: Saben que es un dispositivo en forma de vejiga y conocen del cuidado del condón para mantener la integridad de éste, evitando riesgos al momento de ser empleado. Los que se cuidan lo usan, aunque creen que hay personas que no conocen lo que es un condón y mucho menos usarlo; pero consideran que la mayoría no piensa en el riesgo de infecciones de transmisión sexual y como creen que con él no se siente lo mismo al estar con la pareja, no lo usan.</p> <p>Continuación...</p>	<p>Componentes Actitudinales:</p> <p>a. Cognitivo: Saben que es un dispositivo que les permite evitar embarazos y las infecciones de transmisión sexual; pero creen que puede ocasionar infecciones genitales a ambos y que es más empleado para evitar embarazos y por promiscuidad como cuando asisten a bares. Saben que las mujeres solicitan usarlos para no quedar embarazadas, pero que a pesar de usarlo, algunas han quedado embarazadas.</p>

<p>b. Afectivo: Para obtenerlos la mayoría pasa vergüenza o pena al tratar de adquirirlos, debido a que tienen temor de que los padres los regañen por utilizarlos o porque piensen que acuden a bares. Y consideran que esta mal olvidarse de usarlos debido a la emoción del momento y peor cuando no piensan en el riesgo del contagio de enfermedades.</p> <p>c. Conativo-Conductual: Saben que existe mucha disposición en emplearlo cuando se trata de evitar embarazos, pero por evitar infecciones de transmisión sexual muy pocos la tienen, ya que desconocen que son.</p>	<p>b. Afectivo: Su inclinación hacia el condón es mala, debido a que creen que al usarlo no siente nada y que prefieren tener relaciones con su pareja sin protección, pero evitando con otro método el embarazo.</p> <p>c. Conativo-Conductual: Saben que es un método para evitar el contagio de infecciones de transmisión sexual y embarazo; pero aun así tienden evitar el embarazo con otro método y no protegerse al tener las relaciones sexuales, porque piensan que no obtendrán satisfacción, evidenciando de esta forma su poca disposición al empleo del condón.</p>
--	---

8.2.1.1.8 MANTENERSE SOBRIO

Adolescentes	Jóvenes
<p>Opiniones Comunes:</p> <p>“La mayoría anda con drogas”</p> <p>“Las más usadas son el pegamento y la marihuana”</p> <p>“Ahorita lo que dicen que el cigarro da cáncer, controlan en no fumar.”</p> <p>“Con la heroína inyectada, si se usa la misma jeringa se puede contagiar.”</p> <p>“Porque ahora con el cigarro, las demás drogas casi ya nadie se controla”</p> <p>“Cuando andan bajo el efecto de eso no se pueden controlar”</p> <p>“Hasta se pueden matar entre ellos”</p>	<p>Opiniones Comunes:</p> <p>“Cuando una mujer esta súper ebria los hombres son <i>chuchos</i> con ella.”</p> <p>“A esa hay que darle <i>matarili</i>”</p> <p>“Pienso que sí, porque uno estando ebrio no sabe de eso, no piensa en eso, si uno tuvo relaciones ni se acuerda de eso, no sabe ni con que persona se metió.”</p>
<p>Opiniones Diferentes:</p> <p>No hubo</p>	<p>Opiniones Diferentes:</p> <p>“El alcohol es malo para la salud porque tomar <i>jode</i> la mente y cualquier cosa.”</p>
<p>Componentes Actitudinales:</p> <p>a. Cognitivo: Algunos saben que debido al efecto que provocan estas sustancias, las personas pierden el control y adoptan conductas riesgosas en las que se pueden infectar, como al compartir una jeringa contaminada.</p> <p>b. Afectivo: No se observa mucho interés en tratar de determinar consecuencias sobre esta asociación.</p> <p>Continuación...</p>	<p>Componentes Actitudinales:</p> <p>a. Cognitivo: Conocen la grave situación o el riesgo de andar bajo el efecto de esas sustancias, ocasionando el contagio de infecciones de transmisión sexual, especialmente si la mujer anda bajo esos efectos ya que es más vulnerable.</p> <p>b. Afectivo: Tienen preocupación por el efecto que ocasionan estas sustancias y al riesgo al que se exponen. Por lo que se inclinan hacia evitar el consumo de estas sustancias, ya que las consecuencias para la mayoría de ellos son malas.</p> <p>c. Conativo-Conductual: Tienen mucha intención de evitar el</p>

<p>c. Conativo-Conductual: Están dispuestos a evitar el consumo de estas sustancias por los efectos que ocasionan sobre la salud del individuo que lo consume; sin embargo muy pocos están dispuestos a evitarlas, por que consideran el peligro de estar bajo los efectos de estas drogas y el riesgo del contagio de infecciones.</p>	<p>consumo, porque consideran que bajo estas condiciones son mucho más vulnerables al contagio de estar enfermedades.</p>
--	---

2.1.2. FEMENINO

8.2.1.2.1 PLAN DE VIDA

Adolescentes	Jóvenes
<p>Opiniones Comunes:</p> <p>“Seguir estudiando para obtener un carrera de diversificado (maestra, Secretaria)”</p> <p>“Seguir estudiando para optar por un nivel universitario (ser doctora)”</p> <p>“Seguir estudiando y ser alguien”</p> <p>“Casarme”</p> <p>“Afirman que esta bien pensar en evitar ITS”</p>	<p>Opiniones Comunes:</p> <p>“Deseo estar estudiando y trabajar”</p> <p>“Espero estar casada y con 2 hijos y no estar contagiada”</p> <p>“Si es importante planear lo que se desea hacer”</p> <p>“Mi deseo era estudiar y lo estoy haciendo, ya que la gente se desenvuelve mejor”</p> <p>“Siempre hay que trazar una meta, ya que en nuestro medio existen cambios”</p> <p>“Debido a la situación uno no sabe y debe cuidarse”</p>
<p>Opiniones diferentes:</p> <p>“Ser sirvienta”</p> <p>“No sé”</p> <p>“No han pensado en casarse”</p>	<p>Opiniones diferentes:</p> <p>No hubo</p>
<p>Componentes Actitudinales</p> <p>a. Cognitivo: Conocen y perciben sobre el hecho de planificar en aspectos profesionales como personales, pero que dan prioridad en este momento al desarrollo y enriquecimiento de sus capacidades mentales. Aun que también existen quienes desconocen sobre planificación.</p> <p>b. Afectivo: Consideran que se es bueno planificar el futuro aun que para sus metas halla mucho camino por recorrer, en su mayoría. Pero hay también quienes evidencian indiferencia por el tema y las que lo consideran como importante también se inclinan para evitar ITS.</p> <p>Continuación...</p>	<p>Componentes Actitudinales</p> <p>a. Cognitivo: Saben que en la vida hay que trazarse metas, por que existen cambios. La mayoría de ellas que no obtuvieron un grado mayor de instrucción educativa se ven en la necesidad de retomarlos para lograr un nivel de vida mejor.</p> <p>b. Afectivo: Se inclinan y consideran de importancia el hecho de planificar y que se incluya también el plan familiar; para la prevención de infecciones de transmisión sexual y por la situación actual, deben cuidarse y planificar no estar contagiada en un futuro. También que es bueno trazar metas, trabajar en ellas y hacerlas.</p> <p>c. Conativo conductual: Todas tienden a obtener un nivel superior</p>

<p>c. Conativo-Conductual: La mayoría tiende a basar su plan de vida en obtener logros educativo y conseguir una profesión para la cual creen tener vocación; luego casarse o conformar una familia</p>	<p>de instrucción educativa para lograr mejores trabajos o ser profesionales y algunas complementar estos logros con la integración de un hogar de la forma más correcta socio-culturalmente hablando (casarse), planificando desde ya el número de integrantes deseados y evitando el contagio de infecciones de transmisión sexual.</p>
--	---

8.2.1.2.2 RED SOCIAL DE APOYO

Adolescentes	Jóvenes
<p>Opiniones Comunes:</p> <p>“Acudo a mis padres”</p> <p>“Con el doctor, al hospital”</p> <p>“Centro de salud”</p> <p>“En la escuela”</p>	<p>Opiniones comunes</p> <p>“No conozco instituciones”</p> <p>“La información se da ya que organizaciones llegan a las escuelas para darla”</p> <p>“Conozco una trabajadora social que llega a la comunidad a hablar de esto. Conocemos también el Proyecto Payaso”</p> <p>“Existe el Puesto de salud, dan inyecciones y otras cosas y es decisión de la mujer si desea ir.”</p> <p>“Acudo a mis padres, tengo confianza especialmente en mi mamá”</p> <p>“Con amigos casados”</p> <p>“Por lo menos en la religión no se puede hablar sobre estas cosas”</p>
<p>Opiniones diferentes</p> <p>“No conozco a ninguno”</p>	<p>Opiniones diferentes</p> <p>“Algunos padres como en mi caso por la falta de educación, es muy difícil la comunicación o hablar de sexo.”</p>
<p>Componentes Actitudinales</p> <p>a. Cognitivo: Saben en donde pueden brindarles información o a quien acudir para ello, especialmente para hablar de sexualidad.</p> <p>Continuación...</p>	<p>Componentes Actitudinales</p> <p>b. Cognitivo: Conocen a las personas que pueden brindarles información así como los lugares en donde existe personal capacitado para hacerlo. Saben que la información que se brinda a las personas es poca e incluso existen lugares en donde no se puede hablar ni de sexualidad como en el caso de las iglesias, por lo que existen personas que trabajan en ello y saben que la información se da, ya que una organización llega a las escuelas a dar charlas.</p>

<p>b. Afectivo: La mayoría de ellas consideran bueno buscar a personas de confianza o a la que consideran que pueda brindarles mejor información y hablar sin ningún problema.</p> <p>c. Conativo-Conductual: La mayoría tienden a acudir a la red informal de apoyo, pero también creen que es importante que alguien de la red formal brinde más información especialmente a su edad. Las adolescentes están concientes que la información que se brinda es pobre, pero conocen a quienes acudir, siendo la principal barrera sociocultural, ya que esto evita la oportunidad de hablar de ello como algo que es normal, por lo que sería interesante ver más gente trabajando en esto para mejorar la educación con respecto a salud sexual y reproductiva especialmente si se da desde pequeñas.</p>	<p>a. Afectivo: Saben que es bueno acudir por información, con personas que por su experiencia o por confianza pueden hablar sin ningún problema de este tema; pero por la misma falta de comunicación e información hay tabúes, haciendo más difícil conversar sobre sexo, especialmente con los padres.</p> <p>b. Conativo-Conductual: Todas cuentan con la disposición de acudir por información y orientación especialmente con la red informal de apoyo y que estarían dispuestas a visitar redes formales, pero la decisión es de ellas. Saben de la importancia de conocer y educarse sobre sexualidad y sexo para evitar riesgos futuros.</p>
--	---

Adolescentes	Jóvenes
<p>Opiniones Comunes: Comentan que las adolescentes comienzan a tener relaciones entre los 15 años a 18 años. Saben que es mejor esperar más tiempo para el inicio de relaciones sexuales debido a que tienen que seguir estudiando. También recomendarían a sus amigas a no tener relaciones a temprana edad debido pueden quedar embarazadas.</p>	<p>Opiniones comunes “Esperar hasta el matrimonio y si uno tienen aberraciones protegerse eso previene el SIDA” “Hay señoritas embarazadas a los 14 años. Pero que se deberían esperar o iniciar a los 18 años”. “En este tiempo están más alborotadas las hormonas o con mayor curiosidad, se dice que no es necesariamente la primera relación la que ocasiona infecciones o embarazo.” “Hay que planificar por que el afectado es el hijo”.</p>
<p>Opiniones diferentes No hubo.</p>	<p>Opiniones diferentes No hubo</p>
<p>Componentes Actitudinales a. Cognitivo: La mayoría no conoce sobre sexualidad, sexo e infecciones de transmisión sexual; pero saben que existen en su comunidad adolescentes que inician a los 15 años a tener relaciones sexuales ya que poco tiempo después están embarazadas; por lo que creen importante el retraso de las relaciones ya que deben alcanzar mejores oportunidades si logran un mejor nivel educativo y evitan riesgos como el embarazo. b. Afectivo: Ella muestran incertidumbre sobre los temas y pena por hablar de ellos; pero dentro de ello afirman que estarían dispuestas a que se retrasen las relaciones sexuales por bienestar propio, porque inicialmente puede ocasionar embarazos que complicarían más su situación socio-económica.</p> <p>Continuación...</p>	<p>Componentes Actitudinales a. Cognitivo: Conocen que dentro de su comunidad los jóvenes ya han tenido experiencias sexuales a partir de los 14 años o antes, muchas de ellas quedando embarazadas. Saben que la curiosidad y los cambios físicos ocasionan el interés por descubrir sobre sexo, para evitar infecciones de transmisión sexual hay que esperar hasta el matrimonio y que si se tienen aberraciones hay que protegerse o esperar a una edad en la que se comprenda y sea responsable de las consecuencias. b. Afectivo: La mayoría se inclina por evitar infecciones de transmisión sexual a través del retraso en el inicio de relaciones sexuales; considerando que es bueno planificar lo que se desea y escoger bien a la pareja para evitar riesgos.</p>

<p>c. Conativo-Conductual Si tienen la intención de retrasar el inicio de las relaciones y que sí se debería recomendar retrasarlas e incentivar a la realización de otras actividades como la educación, más si se encuentran en una situación como la de ellas.</p>	<p>c. Conativo-Conductual: Todas tienden a recomendar como mejor método el retraso del inicio de las relaciones sexuales, porque con más edad ya se esta consciente de las consecuencias y responsabilidades de los actos que se realizan y de escoger a la pareja indicada.</p>
--	---

8.2.1.2.4 PRACTICAS SEXUALES: MASTURBACIÓN

Adolescentes	Jóvenes
Opiniones Comunes: “No sé que es eso” “¿Qué es eso?”	Opiniones Comunes: “Si he escuchado sobre masturbación”. “Existen muchas personas que la practican, pero los hombres más”. “Si considero que esta bien practicar la masturbación, pero que todo en exceso es abuso” “No sé que es” “Es cuando se tocan su <i>parte</i> ” “Que haga eso y no cometa errores”
Opiniones Diferentes: No hubo	Opiniones Diferentes: No hubo
Componentes Actitudinales: a. Cognitivo: No conocen que es masturbación. b. Afectivo: Debido a que no se tienen el conocimiento necesario no puede existir sentimiento alguno que pueda reflejar las emociones que se despiertan con relación a esta práctica. c. Conativo-Conductual: No existe disposición o intención alguna de la realización de la práctica, debido a que al no tener la información y conocer los sentimientos que despierta en ellas la masturbación, no existirán acciones dirigidas hacia ella.	Componentes Actitudinales: a. Cognitivo: Conocen que es la masturbación. Saben que es una práctica habitual especialmente por los hombres y que lo hacen para satisfacerse. b. Afectivo: La inclinación hacia la práctica de la masturbación es buena, porque consideran que es una práctica normal y que ayuda a prevenir a que adopten conductas de alto riesgo. c. Conativo-Conductual: Están dispuestas a tolerar y realizar la masturbación, porque saben que evita que las personas corran riesgo de contagiarse de enfermedades de transmisión sexual

8.2.1.2.5 PRACTICAS SEXUALES: FIDELIDAD

Adolescentes	Jóvenes
<p>Opiniones Comunes: “Debería de andar con una persona o no tener muchos novios o novias” “Así no se le pega el SIDA” “Si deben de hacerlo”</p>	<p>Opiniones Comunes: “La fidelidad es importante, por las enfermedades” “No se cumple, ya que el hombre o la mujer faltan a ese concepto” “Hay mucha infidelidad por parte del hombre, son machistas”. “Además si no lo hacen, ocasionan familias disfuncionales.”</p>
<p>Opiniones Diferentes: No hubo</p>	<p>Opiniones Diferentes: “Si la mujer lo hace es por venganza y porque no la respetó”</p>
<p>Componentes Actitudinales:</p> <p>a. Cognitivo: La percepción que tienen sobre fidelidad puede determinar que evitaría el contagio de infecciones de transmisión sexual y que debería ser una práctica a ejecutar.</p> <p>b. Afectivo: A pesar de que no mostraron mucho interés en el tema, su inclinación fue positiva.</p> <p>c. Conativo- Conductual: Se observa que desean que se convierta en una tendencia a seguir por las personas y que si se llevan a cabo reducen el riesgo del contagio de infecciones de transmisión sexual.</p>	<p>Componentes Actitudinales:</p> <p>a. Cognitivo: Saben que actualmente tanto hombres como mujeres son infieles, pero el que más incurre en ello son los hombres, especialmente por “machismo”.</p> <p>b. Afectivo: La práctica de la fidelidad es considerada buena, porque ayuda a llevar una mejor convivencia familiar, debido a que representa respeto, amor y deseo de protección hacia sus integrantes. Con gestos y verbalmente mostraron su total desacuerdo con la infidelidad y la falta de interés que muestran los hombres de su comunidad por practicarla.</p> <p>c. Conativo- Conductual: La mayoría tiene la disposición de ser fiel, ya que esto representa respeto a su pareja y hogar, además de que al sino no se hace corren el peligro de ser contagiadas.</p>

8.2.1.2.6 PRACTICAS SEXUALES: ABSTINENCIA

Adolescentes	Jóvenes
<p>Opiniones Comunes:</p> <p>“No sé”</p> <p>“¿Cómo así?”</p> <p>“Algunos si pueden dejar de tener relaciones”</p> <p>“Si quiere, lo puede dejar de hacer”</p> <p>“Si le puede ayudar, para no enfermarse”</p>	<p>Opiniones Comunes:</p> <p>“Si se puede hacer.”</p> <p>“Sí se puede hacer y esperar para poder tenerlas al momento de casarse o con la pareja que crea indicada.”</p> <p>“Los que comienzan, ya les gusto y siguen”</p> <p>“Muy pocos”</p> <p>“Pero si se entera del riesgo, lo dejaría de hacer”</p> <p>“La mujer lo haría más que el hombre”</p>
<p>Opiniones Diferentes:</p> <p>No hubo</p>	<p>Opiniones Diferentes:</p> <p>No hubo</p>
<p>Componentes Actitudinales:</p> <p>a. Cognitivo: La mayoría de las adolescentes no conocen que es o no tienen una idea o percepción de ello. Y las que tienen una idea saben que depende de la determinación de la persona y esto evitaría el contagio de infecciones de transmisión sexual.</p> <p>b. Afectivo: Si toman a la abstinencia como una práctica buena para evitar infecciones de transmisión sexual, la cual si se debe practicar hasta estar seguro de lo que se quiere hacer, aunque la mayoría no tenga esta tendencia.</p> <p>c. Conativo-Conductual: Hay mucha disposición para practicarla debido a que disminuye el riesgo de contagiarse, pero gesticularmente dudan de esto o no muestran interés.</p>	<p>Componentes Actitudinales:</p> <p>a. Cognitivo: Saben que se puede llevar a cabo, más si la persona supiera del riesgo que puede tomar si práctica relaciones sexuales sin protección. Y consideran que más difícil que el hombre la practique.</p> <p>b. Afectivo: Desconfían de que la persona que ya es sexualmente activa pueda evitar tener relaciones y que el sexo masculino sea más indiferente ante esta práctica.</p> <p>c. Conativo- Conductual: Muestran intenciones de llevarla a cabo debido a que conocen el riesgo y piensa que las que toman más acciones para lograr esta práctica son las mujeres.</p>

8.2.1.2.7 USO DEL CONDÓN

Adolescentes	Jóvenes
<p>Opiniones Comunes: No saben que es un condón exactamente Consideran que está bien usarlo, para evitar el contagio de infecciones de transmisión sexual y sí lo usarían con su pareja.</p>	<p>Opiniones comunes “El condón es un instrumento que usan los hombres para evitar el embarazo y las infecciones, también SIDA.” “Lo que pasa que existe falta de comunicación, no se sabe de eso.” “Los jóvenes utilizan el condón, pero no lo saben usar por lo que ocasiona contagio.” “Sí, eso pasa especialmente cuando realiza su primera vez, se le olvida usarlo” “Sí usaría el condón para no contagiarme. Hay que tratar de usarlo, no sabe que hizo él antes, uno nunca sabe.”</p>
<p>Opiniones Diferentes: No hubo.</p>	<p>Opiniones diferentes “Yo he oído que el condón tiene 100% para contagiar SIDA”</p>
<p>Componentes Actitudinales</p> <p>a. Cognitivo: A pesar de desconocer la mayoría de ellas lo que es específicamente un condón, tienen una vaga idea de que puede evitar el contagio de infecciones, cuales aun no saben.</p> <p>b. Afectivo: Consideran que su uso es bueno si evita contagiar enfermedades; como no tienen mayor información del objeto no muestran curiosidad o interés por el tema.</p> <p>Continuación...</p>	<p>Componentes Actitudinales</p> <p>a. Cognitivo: Ellas saben que el condón es un preservativo usado por los hombres para evitar el embarazo e infecciones de transmisión sexual, como el SIDA. Conocen que es utilizado por los hombres y de los cuales un gran número no lo sabe usar, especialmente cuando se utiliza por primera vez o incluso no los usan, por lo que hay contagios. Consideran también que la información a veces es confusa, lo que ocasiona que muchas personas no empleen este dispositivo.</p> <p>b. Afectivo: Cuando se habla del condón existe pena por parte de las jóvenes y consideran que son temas que no pueden hablarse en ciertos lugares, ya que creen que son malos y aun más las que tienen información errada; pero las que tiene una mejor información se inclinan por hablar sobre el condón debido a la situación actual y que tienen el derecho a estar informadas.</p>

<p>c. Conativo-Conductual: Lo que llama la atención es que si están dispuestas en un futuro a la utilización de este dispositivo para evitar el contagio de enfermedades. No existió interés por saber o de discutir sobre este tema por parte de las adolescentes; posiblemente porque es algo que utilizan más lo hombres y no ellas, esto debido a su disposición mostrada ante la discusión.</p>	<p>c. Conativo-Conductual: Están dispuestas a emplear el método para evitar el contagio de infecciones de transmisión sexual y embarazo y que hay que tratar de usarlo, principalmente por que no se conoce la conducta anterior de su pareja y es mejor evitar el contagio.</p>
---	---

Las jóvenes determinaran que el uso o la forma en que se emplea es la inadecuada, por lo que no se obtienen los resultados de protección esperados, requiriéndose instruir más a la población para mejorar el empleo.

Adolescentes	Jóvenes
<p>Opiniones Comunes:</p> <p>“No conozco ningún grupo”</p> <p>“Si consideran que un grupo que brinde información les ayudaría”</p> <p>“Si les gustaría pertenecer a un grupo”</p>	<p>Opiniones Comunes:</p> <p>“Conocemos Proyecto Payaso ”</p> <p>“Es importante que haya información, por lo que estas instituciones son importantes”</p> <p>“Si sería importante pertenecer a un grupo para evitar infecciones de transmisión sexual”</p> <p>“He trabajado en mi comunidad y es importante, mejorar la situación”</p> <p>“Sería interesante”</p> <p>“Ayudan a la orientación juvenil, de una forma mejor”</p>
<p>Opiniones diferentes:</p> <p>No hubo.</p>	<p>Opiniones diferentes:</p> <p>No hubo</p>
<p>Componentes Actitudinales</p> <p>a. Cognitivo: No conocen personal capacitado u organizaciones que brinden información sobre salud sexual y reproductiva. Consideran que un grupo o lugar que pueda brindar información a adolescentes, debería existir.</p> <p>b. Afectivo: Se inclinan para que en su comunidad exista un grupo o líderes que brinde información, así como considera importante su participación.</p> <p>Continuación...</p>	<p>Componentes Actitudinales</p> <p>a. Cognitivo: Todas conocen un solo grupo que trabaja en el municipio brindando información y reconocen la importancia de su trabajo. Ellas creen que estos grupos ayudarían a la orientación adolescentes y jóvenes y los cuales acudirían, porque el ambiente sería más agradable y de confianza.</p> <p>b. Afectivo: Se inclinan hacia la difusión de información, por instituciones en la comunidad. Algunas de ellas han trabajado en programas y lo consideran bueno porque logran evitar que las personas sean más vulnerables y mejorar esto de salud de las personas de su comunidad.</p>

<p>c. Conativo-Conductual: Están dispuestas a apoyar un grupo que brinde información sobre salud sexual y reproductiva, porque disminuiría su incertidumbre con respecto a estos temas y al cual podrían acudir sin pena.</p>	<p>c. Conativo conductual: Todas manifestaron interés por apoyar a estos grupos y que sería una experiencia interesante y la participación de los jóvenes sí ayudaría en estos programas para evitar infecciones de transmisión sexual. El interés que muestran las jóvenes con respecto a las adolescentes es sumamente mayor y alentador.</p>
--	--

Adolescentes	Jóvenes
<p>Opiniones Comunes: Si relacionan el efecto de alcohol y drogas como riesgo de contagio de infecciones de transmisión sexual “Puede estar con malas mujeres o por estar tirado en el suelo le paso algo” “Las drogas bueno ellos se <i>juntan</i> de otras enfermedades y otras personas.” “Si tiene que ver drogas con infecciones”</p>	<p>Opiniones Comunes: “Si hay relación entre el uso de estas sustancias y el riesgo de contagio” “Puede ocasionar violaciones” “Las infecciones de transmisión sexual solo ocurren por relaciones sexuales, por lo que es importante evitarlo ya que no solo lo ponen en riesgo de contagiarse, sino porque puede conllevar a muchos más daños.”</p>
<p>Opiniones diferentes: “No sé”</p>	<p>Opiniones diferentes: “El alcohol y las drogas pueden ocasionar daño a los hijos”</p>
<p>Componentes Actitudinales</p> <p>a. Cognitivo: Si saben que el consumo de alcohol o drogas puede aumentar el riesgo del contagio de infecciones de transmisión sexual, las cuales se pueden contagiar por tener relaciones con mujeres promiscuas. Desconocen que otros efectos pueden ocasionar las drogas si se encuentran bajo sus efectos.</p> <p>b. Afectivo: Cuando se habla a cerca del alcoholismo muestran repudió por la persona que sería capaz de consumirlo y quien toma una actitud muy promiscua por el efecto de alcohol y no muestran interés por el uso de drogas.</p> <p>c. Conativo conductual: Reconocen como mayor problema el del consumo de alcohol, ya que la mayoría de estas personas tienen relaciones con varias mujeres sin prestar cuidado y que corren más riesgo por ser ultrajadas al quedarse en las calles.</p>	<p>Componentes Actitudinales</p> <p>a. Cognitivo: Saben que la relación de alcohol y drogas con infecciones de transmisión sexual puede ser relevante y que la mayoría se contagia debido violaciones, relaciones sexuales sin protección por la condición del individuo.</p> <p>b. Afectivo: Todas sienten o manifiestan mayor preocupación con respecto al consumo del alcohol ya que la mayoría de la población (hombres) tiende a realizar esta conducta riesgosa y muy pocos consumen drogas.</p> <p>c. Conativo conductual: La mayoría tiene la disposición de evitar el consumo por parte de ella y que su pareja no lo haga, porque bajo su efecto las pone en riesgo de contagio y además ocasionar más daños a su salud o perjudicar a terceros en el caso de estar embarazada.</p>

3.2.1.3ANALISIS PANAJACHEL

(Por Ericka Marlenne Dubois Chávez)

Los grupos de adolescentes y jóvenes hombres fueron considerados bastante participativos, emitiendo sus opiniones sin censura. En el caso de los adolescentes estaba conformado por trabajadores a los cuales se les presta ayuda por parte de una organización para que tengan las posibilidades de seguir estudiando y los jóvenes son trabajadores que siguen sus estudios por las noches en una escuela pública; hay algunos adolescentes de entre 18 – 19 años que se integraron, ya que presentan una mentalidad (pensar) similar al grupo original (20 -24 años).

Con respecto a las mujeres el grupo de adolescentes cuyo rango de edad va de 10 – 13 años, son trabajadoras – estudiantes y que en la mayoría de su tiempo están solas o ayudan a un familiar en el trabajo que realizan y reciben instrucción intelectual y ocupacional en el proyecto PAMI, el cual ayuda a estudiar a aquellas personas de bajos recursos económicos; las adolescentes pertenecen a 2 etnias, siendo predominante la Kaqchiquel y en su mayoría pertenecen a la religión evangélica, con instrucción primaria incompleta y cuya participación es considerada como pobre; en el caso de las jóvenes en el cual se incluyó a una adolescente de 15 años y otras de 17 y 18 años, debido a que por su entorno alcanzan una mentalidad (pensar) similar a las jóvenes; está constituido por trabajadoras- estudiantes, unidas, solteras, de 3 etnias diferentes, de religión católica y evangélica en su mayoría y cuya participación fue considerada como buena.

Para la actitud de un Plan de Vida, podemos considerar que con respecto al componente cognitivo se tiene una amplia percepción sobre el tema que permite identificar su importancia; ya que reconocen que trazar metas, sabiendo de antemano lo que se quiere y lo que les conviene, iniciándolas desde edades tempranas para poder alcanzarlas en el futuro, les brindará la oportunidad de ser un individuo útil a su familia y sociedad; el componente afectivo es el que evidencia una inclinación buena para pensar en este comportamiento a pesar de lo difícil que es lograrlas por el medio en que se desarrollan o bajo la situación en la que se encuentran y con un componente conativo conductual en el que manifiestan intenciones de apoyo, están seguros que si es aplicado para conservar la salud o tener buena salud reproductiva, entonces, a través de la planificación se puede llegar a dar una mejor calidad de vida, casarse, tener una familia y que ésta sea mejor. Por lo que este comportamiento tiene una actitud positiva, siendo los componentes cognitivo y conativo conductual los de mayor intensidad.

Es interesante que los adolescentes y jóvenes hombres consideren que es común hablar sobre sexualidad y en cambio las mujeres consideran que es difícil hablar sobre sexualidad y sexo debido a la falta de comunicación e información, como a las barreras culturales, por lo que las Teorías de Comportamiento para la Prevención de VIH/SIDA nos demuestran que al ser aplicadas en una estrategia para prevención de VIH/SIDA podrán lograr cambios de comportamientos efectivos en este grupo de población.

El componente cognitivo con respecto a la redes sociales de apoyo nos permite determinar que conocen a quien acudir para hablar de sexualidad, lo que es favorable y que los miembros pertenecen en su mayoría a la red informal de apoyo, ya que los grupos piden información a amigos de la misma edad, amigos casados, padres, hermanos, profesores y otros adultos e incluso en las iglesias solicitan la orientación de sus líderes. El componente afectivo que tiene una mayor intención, expresa que al tener confianza en ellos pueden explicarles para salir de

la incertidumbre lo cual es muy positivo; pero también resalta el hecho de que a veces se puede tornar muy difícil hablar de estos temas cuando la persona no cuentan con educación o no brindan la atención suficiente ocasionando que adolescentes y jóvenes se desahoguen en otra forma o en otro lugar de alto riesgo y su componente conativo conductual permite conocer que sus intenciones son de apoyo ante este comportamiento, porque saben que debido a que estas personas a las cuales solicitan información han afrontado los mismos problemas, pueden brindar ayuda para salir del problema o incertidumbre u orientarlos para no tomar riesgos y aun más cuando ellos tienen la capacidad o la instrucción necesaria.

Con respecto a las prácticas sexuales de los adolescentes y jóvenes de Panajachel, los hombres no mostraron tener problema alguno en comentarlas, pero para las mujeres hablar de estos temas es incómodo, vergonzoso e incluso molesto, la mayoría de esto sucede por que no pueden discutir de temas de los cuales no tienen conocimiento alguno o poca información y que lo que más esperan o desean es que la información se les brinde.

El retraso de la primera relación en su componente cognitivo para ambos se conoce como la realización del coito hasta esperar el matrimonio, pero para algunos el momento de tener pareja comienza a edades sumamente tempranas por factores socio-culturales, lo cual es desfavorable y aseguran que la persona que logra retrasar el inicio de relaciones sexuales es porque realiza la masturbación. Con respecto al componente afectivo consideran que es bueno esperar hasta que se tenga la edad suficiente, tratando de dar prioridad también a otras metas personales, como por ejemplo: estudiar y que la persona se prepare profesionalmente para que el día que desea tener una familia pueda brindarle una mejor calidad de vida, lo cual evidencia que es muy positivo; el componente conativo conductual reconocen que el caso de los adolescente es muy difícil evitar que experimenten a edades tan tempranas, especialmente en adolescente hombres, debido a que por la curiosidad y factores socio-culturales están predispuestos a iniciar su actividad sexual tempranamente por lo que no existe una conducta de apoyo.

El componente cognitivo en el caso de la masturbación evidencia que los adolescentes y jóvenes tienen poco conocimiento ante el tema; la consideran como la práctica que más se realiza por los hombres y puede ocasionar un desgaste físico y mental; muy pocos saben que no causa daño y muchas mujeres desconocen qué es esta práctica. En el componente afectivo para algunos esta práctica provoca baja autoestima y ocasiona insatisfacción ya que no podría sustituir a las relaciones sexuales o puede ocasionar violaciones, por lo que cuenta con una inclinación negativa para su práctica. El componente conativo conductual demuestra que tanto adolescentes y jóvenes cada vez más tienen la tendencia a la realización de este comportamiento debido a que en cierta forma puede satisfacer sus necesidades; puede ser una conducta habitual, especialmente en el caso de los hombres; por lo que su conducta no es hostil ante esta práctica.

El componente cognitivo de la práctica de la abstinencia los adolescentes y jóvenes cuentan con una vaga idea de lo que significa y algunos desconocen que es este concepto, por lo que consideran que muy pocos lo practican; en algunos hogares es fomentado por los padres, pero que es enfocado hacia evitar el embarazo y no por ITS, lo cual es desfavorable. Su componente afectivo no es evaluable ya que al no tener un conocimiento sobre esta práctica, no existen experiencias que reflejen o nos determinen una inclinación positiva o negativa hacia esta práctica. Sin embargo el componente conativo conductual es de apoyo hacia dicha

práctica porque lo que debe motivar el deseo de llevar a cabo relaciones sexuales es el amor y la comprensión entre la pareja, e incluso ellos lo recomendarían a sus pares.

Con respecto al componente cognitivo la fidelidad es percibida como una particularidad entre la pareja para lograr la convivencia y armonía conyugal, con la que se demuestra el afecto a su pareja y evita el contagio de ITS. El componente afectivo cuenta con una inclinación positiva siempre y cuando sea practicada por ambos y en el componente conativo las expectativas para su ejecución son poco probables, especialmente por parte del hombre, debido a que ellos aseguran que hay “tentaciones siempre” y en cambio la tendencia en las mujeres es practicarla; pero como el compromiso debe ser de ambos para evitar el contagio, sería poco probable ejecutarla.

A pesar de los grandes esfuerzos por varias organizaciones de promover y de dar a conocer sobre los beneficios del uso del condón, los adolescentes y jóvenes de Panajachel desconocen que es, como es, su uso (en el caso de las mujeres) y su objetivo principal; empleándolo principalmente para evitar embarazos; por lo que con respecto al componente cognitivo este es desfavorable. Tanto el componente afectivo y conativo conductual esta influenciado por aspectos socioculturales como el que al usarlo “disminuye la sensibilidad”, por “machismo” o simplemente comprarlo ocasiona vergüenza; por lo que al momento de querer emplearlo, desconocen la manera correcta de usarlo ocasionando riesgo para contagio y que a pesar de saber que el uso de condón puede evitar el embarazo y el contagio de ITS, tengan poca disposición para emplearlo y reaccionen negativamente a su uso.

Con respecto a la participación social, el componente cognitivo evidencia que los adolescentes y jóvenes saben que es importante actuar individual y colectivamente para hallar la respuesta ante los problemas sobre sexualidad que presenta esta población, reconocen que dentro de su comunidad existen pocas instituciones u organizaciones, como personal capacitado que brinden información sobre sexualidad y salud reproductiva a adolescentes y jóvenes. Y la información que se obtienen se debe a una de las instituciones que trabaja en los establecimientos educativos a impartiendo charlas, lo cual es favorable ya que reconocen el contexto social del problema. En el componente afectivo la inclinación es muy positiva, consideran que si existen jóvenes principalmente capacitados y prestando servicios, éste grupo de población acudiría a recibir orientación y consultaría sin tener pena o vergüenza. Y con respecto al componente conativo conductual reconocen que el trabajo de orientación es importante, algunos han participado y desean hacerlo nuevamente, por lo que la conducta es de apoyo.

En el uso de sustancias adictivas, el componente cognitivo al ser evaluado evidencia que los adolescentes y jóvenes conocen que actualmente las drogas más usadas por este grupo de población es el pegamento, la marihuana y el alcohol, pero muy pocos pueden asociar que bajo el efecto de estas sustancias pueden ocasionar comportamientos de alto riesgo que ocasionan el contagio de ITS como de otras enfermedades, lo cual es desfavorable. En el componente afectivo existe una inclinación negativo o indiferente debido a que no demuestran interés en el tema o expresan que “las drogas, pocos pueden comprarlas, especialmente las administrados por jeringas e infectarse por el uso compartido”. Con respecto al componente conativo conductual en la cual si se logra concebir en la población el asociar el riesgo de sustancias adictivas con el contagio de ITS, ocasionaría dentro de la comunidad su interés por el tema; pero actualmente no existe una conducta de apoyo.

8.2.2. SANTA CATARINA PALOPO

(Tabulado y analizado por Lucrecia Magaly Hernández Galindo)

8.2.2.1 MASCULINO

8.2.2.1.1 PLAN DE VIDA

Adolescentes	Jóvenes
Opiniones Comunes: “Estudiando” “Ayudando a nuestros padres” “No sé” “No tengo ningún plan” “Sólo lo hablo con mis papás, no lo quiero contar con mis amigos” “Creen que es importante contarles a sus papás, amigos, maestros del plan o meta porque alguien los apoya a seguir”	Opiniones comunes No he pensado Yo lo que he pensado es que quiero casarme
Opiniones diferentes “Estudiar hasta llegar a la meta, mi meta es...ser un doctor. O ser un maestro” “Me gustaría ser maestro para enseñar a los niños a que aprendan.” “Maestro para educar a los demás niños para que no hagan malas cosas cuando sean grandes. Ahora ayudo a mis padres.”, “Una vez le dije mi papá que yo me quería ir a los Estados, vamos a ver si conseguimos dinero le dijo su papá. Se lo dije hace 2 meses, decidí irme porque un mi tío se fue para allá y él me va a ayudar, al terminar 6to me voy”, “Yo tengo planeado ser doctor, ya lo he platicado con mis padres y me están apoyando.” “Al terminar sexto quiero trabajar, porque mis papás no me pueden ayudar” “Es ser maestro para que algún día yo pueda ayudar a mis padres” “Mi plan es ser maestro, y si puedo doctor” “Estudiar, y prepararnos” “No meterse en malas cosas” “Drogas y alcoholismo, no andar con los amigos que dicen malos consejos”, “No tomar. Cuando uno toma se queda sin dinero y no puede seguir sus estudios no robar”	Opiniones diferentes En la vida hay que trazarse una meta, para que en años uno pueda ver lo que ha sembrado ahora Yo no he pensado, solamente lo que hago hoy En mi opinión la mayoría piensa algo, en estudiar, por ej. Yo que pienso en seguir estudiando pero por la capacidad económica no pude seguir estudiando. El año pasado me inscribí en la universidad Mariano Gálvez. Pero abandoné, sólo saque el final de unos cursos pero no pude seguir, ya no da para terminar La mayoría piensa pero hay algunos que no piensan, yo por mi persona no pienso nada Otra cosa también, es que de la vida uno no sabe, uno no sabe cuanto va a vivir. Pero hay que pensar porque cuando uno llega a viejo y no ha pensado nada a su vida, entonces al llegar a su tiempo uno piensa no pensé en mi futuro y ahora estoy en presente y no tengo nada Si es útil pensar pero para tener dinero, hay que planificar para tener uno adelante para que no le falte para pagar sus cosas

Opiniones diferentes	Opiniones diferentes
<p>Continuación...</p> <p>“No he platicando con nadie mi plan deirme porque no quiero que lo sepan.”</p>	<p>Por ejemplo yo, no sé no he pensado nada. La vida uno no sabe ahorita estamos bien pero mañana no se sabe.</p>
<p>Componentes Actitudinales</p> <p>a. Cognitivo: Si saben como elaborar un plan de vida, y creen que es importante hacerlo.</p> <p>b. Afectivo: A la mayoría de los adolescentes de este municipio les parece interesante este tema ya que todos dieron su opinión, aunque para algunos fue indiferente ya que su respuesta fue “no se”.</p> <p>c. Conativo-Conductual: Aquí nos damos cuenta que la intención que tienen es llegar ha ser algo en la vida, como se evidencia en los siguientes comentarios: “Estudiando”, “Ayudando a nuestros padres”, “Creen que es importante contarles a sus papás, amigos, maestros del plan o meta porque alguien los apoya a seguir”, “Estudiar hasta llegar a la meta, mi meta es...ser un doctor. O ser un maestro”, “Me gustaría ser maestro para enseñar a los niños a que aprendan”, “Maestro para educar a los demás niños para que no hagan malas cosas cuando sean grandes. Ahora ayudo a mis padres”, “Yo tengo planeado ser doctor, ya lo he platicado con mis padres y me están apoyando”, “Al terminar sexto quiero trabajar, porque mis papás no me pueden ayudar”. Aunque algunos también dijeron no tener ningún plan.</p>	<p>Componentes Actitudinales</p> <p>a. Cognitivo: Si saben que es elaborar un plan de vida, aunque no precisamente con esas palabras</p> <p>a. Afectivo: Aquí a la mayoría no les parece importante realizar un plan de vida, como lo indican los siguientes comentarios: “Yo no he pensado, solamente lo que hago hoy”, “que algún día yo pueda ayudar a mis padres”, “En mi opinión la mayoría piensa algo, en estudiar, por Ej. Yo que pienso en seguir estudiando pero por la capacidad económica no pude seguir estudiando”</p> <p>b. Conativo-Conductual: Son pocos los que tienen la intención de cumplir sus metas trazadas, como lo indican los siguientes comentarios: “En la vida hay que trazarse una meta, para que en años uno pueda ver lo que ha sembrado ahora”, “Yo lo que he pensado es que quiero casarme”.</p>

8.2.2.1.2 RED SOCIAL DE APOYO

Adolescentes	Jóvenes
<p>Opiniones Comunes:</p> <p>“Le preguntan a la seño a veces cuando tenemos duda. Para saber y no hacer lo que otros hacen. Con los papás hablan cuando tienen dudas de algo Con mis amigos y con mis padres”</p>	<p>Opiniones comunes</p> <p>“La mayoría no acude a nadie, casi la mayoría no sabe nada de estudio, y no hay a quién acudir porque como no hay un profesional que lo saque a uno de dudas. Si hubiera un profesional, entonces si talvez uno fuera para buscar soluciones”</p> <p>“De eso casi no se habla porque como, nosotros tenemos papás que no han llegado así, primaria completa, entonces solo han hecho uno o tres años, entonces ellos no saben de esas enfermedades. Por ejemplo nosotros ya hemos oído un poco, estamos avanzando, ya sabemos cómo se transmite y así. Pero en cambio nuestros padres, casi no nos cuentan nada de esa enfermedad ni como se contagia”</p> <p>“No porque me daba miedo hablarlo con ellos. Con amigos si se habla, de cómo se realiza como se hace. Con nuestros papás no se puede hablar de esas cosas”</p> <p>“Yo digo que con un profesional que sepa de estas cosas. Porque si uno habla con alguien así ya le dan una idea más correcta</p>
<p>Opiniones diferentes</p> <p>“Con los papás no hablan de sexo porque les da miedo, porque es malo y no estoy acostumbrado a hablar de eso</p> <p>Para ellos (los papás) es malo hablar de eso. Es malo porque somos menores de edad, por eso es malo hablar de sexo”</p> <p>“Sólo mayores de 20 años”</p> <p>“Cuando uno se enferma entonces va uno al Centro de Salud.”</p> <p>“Van al Centro de Salud para vacunar a los perros”</p>	<p>Opiniones diferentes</p> <p>“Yo si lo platico con amigos, pero sólo por un rato nada más”</p> <p>“No platico mucho con nadie porque un amigo no me puede ayudar, entonces me lo quedo yo mismo”</p> <p>“He platicado con mis papás unas veces, pero no mucho. Pero no todas las veces uno se anima. A veces hablamos como una o 2 horas. Al platicar se consigue una idea uno aporta una idea. Por ejemplo al salir a la calle uno oye unas palabras y al llegar a la casa uno las platica y tal vez otro la sabe y se platica y ahí se llega a una idea”.</p>

<p>Continuación...</p> <p>Componentes Actitudinales</p> <p>a. Cognitivo: Se evidenció que creen importante buscar ayuda para información de temas de salud reproductiva.</p> <p>b. Afectivo: Un grupo un poco callado, con poca idea del tema. Se notó que algunas de las preguntas incomodaron al grupo o no quisieron profundizar mucho en el tema.</p> <p>c. Conativo-Conductual: Indicaron que si acuden a alguien cuando tienen dudas, pero que a veces no se puede con algunas personas. Y se evidencia en los comentarios siguientes: “Le preguntan a la seño a veces cuando tenemos duda”, “Con los papás hablan cuando tienen dudas de algo”, “Con mis amigos y con mis padres”, “Con los papás no hablan de sexo porque les da miedo, porque es malo y no estoy acostumbrado a hablar de eso”, “Para ellos (los papás) es malo hablar de eso. Es malo porque somos menores de edad, por eso es malo hablar de sexo”</p>	<p>Componentes Actitudinales</p> <p>a. Cognitivo: Todos creen que es bueno que exista alguien que de información.</p> <p>b. Afectivo: A todos les parece importante hablar de temas de sexualidad con alguna persona.</p> <p>c. Conativo-Conductual: Ellos refieren que les gustaría hablar con alguien, y que preferirían que fuera un profesional.</p>
--	--

8.2.2.1.3 PRACTICAS SEXUALES: RETRASO DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL

Adolescentes	Jóvenes
<p>Opiniones Comunes: “Piensan que los jóvenes empiezan a tener relaciones sexuales a los 15 años los hombres y las mujeres a los 20 años para arriba</p>	<p>Opiniones Comunes: “Pero como a los 17 años</p>
<p>Opiniones Diferentes: “Aquí los mareros hablan de sexo, se meten a los bares y buscan las mujeres que son prostitutas, ellos hacen lo malo” “Piensan que los jóvenes empiezan a tener relaciones sexuales a los 15 o 18 años” “A los 25 años” “Antes de hacer una cosa hay que pensar bien” “15 años no es muy bien porque uno no puede trabajar bien para ganarse la vida, uno debe casarse aproximadamente a los 25 años para ganarse la vida para mantener a su mujer y a sus hijos.” “A veces los papás aconsejan, dicen que es malo meterse a cosas así joven, no aconseja sobre casarse” “Ellos nos aconsejan poquito” “Algunos compañeros hablan con los mareros a mi un marero me dijo que usar droga es bueno, pero yo no he querido hablar con ellos.” “Los mayores aconsejan bien, pero los muchachos de la calle aconsejan mal.” “Aquí hay algunos que tienen novia pero las dejan embarazadas y después ya no reconocen a los hijos” “Algunos se quedan con las primeras y otros buscan otras novias.</p>	<p>Opiniones Diferentes: “No sé a que edad empiezan a tener relaciones sexuales los jóvenes porque como eso lo hacen de noche no puede saber uno”</p>

<p>Continuación.....</p> <p>“Algunas se casan a los 17 o 18 años, los hombres se casan a los 18 o 20 años”</p> <p>“No tener relación con mujeres”</p> <p>“No meterse en los bares.”</p> <p>“No tener relaciones sexuales cuando son menores de edad. Hay que dedicarse a estudiar para ganar el grado y no pensar en otras cosas con mujeres.”</p> <p>“No meterse con muchas mujeres.”</p> <p>“No meterse con mayores de edad, yo he oído, mi papá me dijo.”</p> <p>“Es malo hacerlo”</p> <p>“Solo para los grandes, mayores de 20 años deben tener relaciones sexuales”</p> <p>“Los adultos, pues, necesitan de tener relaciones sexuales, tener una mujer pues, algunas personas han violado personas por no casarse, necesitan de una mujer</p>	
<p>Componentes Actitudinales:</p> <p>a. Cognitivo: Creen que el retraso de la primera relación es muy difícil llevarlo a cabo, saben que la mayoría de adolescentes hombres inician sus relaciones de 15 a 18 años y las mujeres de 17 a 20 años. Creen que se debe llegar hasta el matrimonio sin tener relaciones sexuales.</p> <p>b. Afectivo: Consideran que es bueno esperar para tener relaciones sexuales hasta casarse, para evitar el embarazo principalmente.</p> <p>c. Conativo-Conductual: Si tienen la disposición de llevara cabo este comportamiento, pero también por factores socioculturales saben que es muy difícil cumplirlo.</p>	<p>Componentes Actitudinales:</p> <p>a. Cognitivo: No saben si se puede llevar a cabo este comportamiento, ya que no tienen claro el significado de este comportamiento</p> <p>b. Afectivo: Este aspecto es indiferente para ellos, ya que no manifiestan ningún sentimiento hacia él.</p> <p>c. Conativo-Conductual: No evaluable.</p>

8.2.2.1.4 PRACTICAS SEXUALES: MASTURBACIÓN

Adolescentes	Jóvenes
Opiniones Comunes: “No han escuchado que es la masturbación” “No saben si es malo hacerlo”	Opiniones Comunes: “La mayoría platica de masturbación “ “Muchos dicen que hacer eso es malo”
Opiniones Diferentes: No hubo	Opiniones Diferentes: “Hay algunos que dicen pues pero saber si es cierto. Que practicar la masturbación da enfermedad, falta de fuerza, pero yo no he sabido qué”
Componentes Actitudinales: a. Cognitivo: No saben el significado de este comportamiento b. Afectivo: No evaluable c. Conativo-Conductual: No evaluable	Componentes Actitudinales: a. Cognitivo: Tiene una idea vaga del significado de este comportamiento b. Afectivo: Por el poco conocimiento que tienen acerca de este comportamiento, les es un tema indiferente c. Conativo-Conductual: No evaluable

8.2.2.1.5 PRACTICAS SEXUALES: FIDELIDAD

Adolescentes	Jóvenes
Opiniones Comunes: No hubo	Opiniones Comunes: “Si se da a veces que los jóvenes tengan varias novias”
Opiniones Diferentes: “Tal vez los hombres sí tienen varias novias” “A la hora de casarse saber con quién se casan.” “A veces causa problemas tener varias novias, meterte a la cárcel algunas.” “A veces algunas mujeres tienen enfermedades y se pasan.” “Algunos tienen 2 mujeres.” “Aquí hay un hombre que tiene 2 mujeres, y tiene dos hijos.” “Daría vergüenza porque no estamos respetando.”	Opiniones Diferentes: “A veces las palabras no son ciertas entonces a veces hablan pero no se sabe”
Componentes Actitudinales: a. Cognitivo: Creen que es muy común tener más de una pareja sexual b. Afectivo: Consideran importante tener solamente una pareja sexual, para prevenir el contagio de enfermedades c. Conativo-Conductual: Tienen la disposición de tener una sola pareja, aunque saben que es muy difícil cumplirlo, debido a diversos factores socioculturales	Componentes Actitudinales: a. Cognitivo: Creen que es muy común tener varias parejas sexuales b. Afectivo: Debido a factores socioculturales consideran poco importante este comportamiento. c. Conativo-Conductual: Por la falta de importancia hacia este comportamiento se considera la indisposición de ellos para llegar a cumplirlo.

8.2.2.1.6 PRACTICAS SEXUALES: ABSTINENCIA

Adolescentes	Jóvenes
Opiniones Comunes: “No saben que es abstinencia” “Sólo los casados pueden tener relaciones sexuales”	Opiniones Comunes: No hubo
Opiniones Diferentes: No hubo	Opiniones Diferentes: No hubo
Componentes Actitudinales: a. Cognitivo: No saben el significado de este comportamiento b. Afectivo: Por la falta de conocimiento no consideran importante practicar este comportamiento c. Conativo-Conductual: No evaluable	Componentes Actitudinales: a. Cognitivo: No evaluable b. Afectivo: No evaluable c. Conativo-Conductual: No evaluable

8.2.2.1.7 USO DEL CONDÓN

Adolescentes	Jóvenes
<p>Opiniones Comunes:</p> <p>“No sé que es”</p> <p>“No hemos visto sólo hemos oído”</p> <p>“No nos han dicho como se usa”</p>	<p>Opiniones comunes</p> <p>“Si hemos oído”</p> <p>“Es para prevenir enfermedades”</p> <p>“Para embarazo hemos oído”</p> <p>“No sabemos donde venden, aquí no hay farmacia”</p>
<p>Opiniones Diferentes:</p> <p>“Yo he oído, es para que el espermatozoide no entre al óvulo de la mujer y que no nacen los niños”</p> <p>“Y para ayudar a no tener enfermedades, en las calles andan diciendo los mayores de edad.”</p> <p>“Lo venden en las farmacias”</p> <p>“Se pone pues en el pene, un amigo me dijo. Pero no fue en la clase. Si uno no quiere tener hijos entonces se tiene uno que poner un condón. No sabía que era para enfermedades, solo para embarazo”</p> <p>“Yo sí lo sabía ayer lo dijo la seño”</p>	<p>Opiniones diferentes</p> <p>No hubo.</p>
<p>Componentes Actitudinales</p> <p>a. Cognitivo: En este aspecto la mayoría no saben que es el condón, como lo indican los comentarios siguientes: “No sé que es”, “No nos han dicho como se usa”, Aunque hay algunos que si lo saben, lo evidenciamos en los siguientes comentarios: “Yo he oído, es para que el espermatozoide no entre al óvulo de la mujer y que no nacen los niños”, “Y para ayudar a no tener enfermedades, en las calles andan diciendo los mayores de edad”.</p>	<p>Componentes Actitudinales</p> <p>a. Cognitivo: Los jóvenes si saben que es el condón y para que sirve, así lo indican los comentarios siguientes: “Si hemos oído”, “Es para prevenir enfermedades”, “Para embarazo hemos oído”</p>

<p>Continuación...</p> <p>Componentes Actitudinales</p> <p>a. Afectivo: Este tema les causa un poco de vergüenza pero a pesar de eso la mayoría dio su opinión.</p> <p>b. Conativo conductual: En este aspecto encontramos que los adolescentes tienen la intención de usar condón principalmente para evitar embarazo.</p>	<p>Componentes Actitudinales</p> <p>a. Afectivo: Este tema les causó mucha incomodidad, ya que sus opiniones fueron muy breves.</p> <p>b. Conativo-Conductual: La intención que mostraron fue que si usarían el condón pero que en esa comunidad no saben donde se venden porque no hay farmacias.</p>
--	---

8.2.2.1.8 MANTENERSE SOBRIO

Adolescentes	Jóvenes
<p>Opiniones Comunes: “No porque el SIDA solo se pega por relación sexual”, “Los jóvenes toman en el bar”</p>	<p>Opiniones Comunes: “Hay un montón de drogas que mencionan, la marihuana” “No son muchos” “La cerveza es lo que más se toma” “Si bastantes jóvenes toman”</p>
<p>Opiniones diferentes: Casa alianza ha venido aquí ha hablarnos de las drogas”, “Nos han dicho que son malas”, “Se pierde la mente pues, no se siente”, “Al fumar daña los pulmones” “Hay algunos jóvenes que usan drogas” “Se ven así con los ojos rojos” “Hay algunos adultos que toman” “Se ven algunos jóvenes tomando, empiezan a tomar como a los 16 años” “Si alguien se corta y la sangre se queda allí se vuelve SIDA” “El alcohol no lo ayuda a uno para que este sano”</p>	<p>Opiniones diferentes: “Ya han muerto por tomar bastantes. Por la enfermedad que da el alcohol, ya la gente no se cura y ahí se mueren.”</p>
<p>Componentes Actitudinales a. Cognitivo: La mayoría de los adolescentes saben que el alcohol y las drogas son dañinos, pero no saben que relación tienen el alcohol y las drogas y el contagiarse de ITS/VIH/SIDA, aunque una de las opiniones nos indica que posiblemente tienen una idea de esa relación, como lo indica el siguiente comentario: “Algunos casados van con las prostitutas”. b. Afectivo: Este tema les pareció interesante posiblemente por lo común que es en esa comunidad, lo indican así los siguientes comentarios: “Se ven algunos jóvenes tomando, empiezan a tomar como a los 16 años”, “Hay algunos adultos que toman”.</p>	<p>Componentes Actitudinales a. Cognitivo: Aquí los participantes no saben que relación tiene el consumir alcohol y drogas, y contagiarse de ITS/VIH/SIDA, ya que ninguna de sus respuestas se enfocaron en esos. b. Afectivo: Se observó indiferencia de los participantes al tocar ese tema.</p>

Continuación...

c. Conativo-Conductual: Los adolescentes tienen la disposición a no usar alcohol y drogas, como lo indican los siguientes comentarios: “Nos han dicho que son malas”, “Se pierde la mente pues, no se siente”, “Al fumar daña los pulmones”, “El alcohol no lo ayuda a uno para que este sano”.

a. Conativo-Conductual: Solamente uno de los participantes mostró la intención de no consumir ese tipo de sustancias, como lo indica el comentario siguiente: “Ya han muerto por tomar bastantes. Por la enfermedad que da el alcohol, ya la gente no se cura y ahí se mueren”, el resto lo tomaron como normal, como lo indican los comentarios siguientes: “La cerveza es lo que más se toma”, “Si bastantes jóvenes toman”.

Santa Catarina es un municipio muy pequeño, donde la mayoría de jóvenes arriba de los 20 años ya están casados. Fue muy difícil conseguir, por lo tanto, jóvenes de esa edad. Muchos trabajan y no pudieron o no quisieron participar en la actividad. Sólo hubo 3 participantes de los cuales, uno era comerciante con diversificado completado; otro era estudiante de secundaria; y el tercero era trabajador sin estudios. Los tres solteros.

8.2.2.1.9 PARTICIPACIÓN SOCIAL

Adolescentes	Jóvenes
<p>Opiniones Comunes: Ninguno expresó estar en un grupo, sólo el equipo que ellos forman en la escuela. A veces juegan campeonatos locales</p>	<p>Opiniones comunes “A veces el padre da esa información a todos. Han venido a darnos a la iglesia pero como hablan español no entendemos bien entonces no sabemos bien”</p>
<p>Opiniones diferentes “A veces los pastores dan invitaciones para los jóvenes que quieran ir a las iglesias. Nos gustaría estar en grupos pero de jóvenes que sean educados” Continuación... “Aquí hay maras, pero ya no mucho” “Sí porque algunos ya los metieron a la cárcel o los mataron”</p>	<p>Opiniones diferentes “Se ha platicado un poco pero solo de casarse, para los casados” “No se habla de condón porque es un mandato de Dios y no se puede cortar” “Casi no asisten los jóvenes a la iglesia” “Casi no existen equipos o grupos de jóvenes” “En la calle a platicar, pero en el caso mío es para platicar o practicar un deporte” “No hay maras aquí”</p>
<p>Componentes Actitudinales a. Cognitivo: Todos creen que es importante la participación en grupos. b. Afectivo: Este tema les pareció interesante, ya que todos se encontraban muy atentos. c. Conativo-Conductual: Los adolescentes si tienen la intención de participar en algún grupo.</p>	<p>Componentes Actitudinales a. Cognitivo: Si saben de la importancia de la participación social. b. Afectivo: Este tema les pareció importante, ya que participaron un poco más. c. Conativo-Conductual: Aquí si les gustaría que existieran grupos, pero enfatizan que cuando les den información a los demás, se las den en su lengua ya que cuando se las dan en español les cuesta entender.</p>

8.2.2. SANTA CATARINA PALOPO

(Tabulado y analizado por Lucrecia Magaly Hernández Galindo)

8.2.2.2 FEMENINO

8.2.2.2.1 PLAN DE VIDA

Adolescentes	Jóvenes
Opiniones Comunes: “Estudiar” “Sí es importante hacer un plan de vida”	Opiniones comunes “No sé” “Seguir estudiando” “Trabajar” “Creen que si está bien pensar en que van a hacer en el futuro”
Opiniones diferentes “Ser estudiante, para ser alguien en la vida” “Casarme” “Tener hijos” Estudiar y trabajar “Mis papás me han hablado de eso” “Uno debe pensar primero para ya tener la idea y así no enfermarse”	Opiniones diferentes “Trabajando en casa”
Componentes Actitudinales a. Cognitivo: En este componente de la actitud se evidencia que la mayoría de las adolescentes si piensan sobre elaborar un plan de vida, aunque no lo entiendan exactamente con esas palabras. Por ejemplo los siguientes comentarios lo indican: “Uno debe pensar primero para ya tener la idea y así no enfermarse” o “Ser estudiante, para ser alguien en la vida” entre otros. b. Afectivo: Aquí se evidenció que si les causa emoción pensar en que van hacer en el futuro ya que todas han pensado en algún momento en eso y dicen que es importante hacerlo. c. Conativo-Conductual: Todas tienen la disposición a llegar a metas que se han trazado. Por ejemplo estos comentarios lo indican: “Casarme”, “Tener hijos” o “Estudiar y trabajar”.	Componentes Actitudinales a. Cognitivo: Las jóvenes de este municipio si saben sobre la elaboración de un plan de vida, basándonos en que casi todas afirmaron que “Creen que si está bien pensar en que van a hacer en el futuro”, aunque otras también opinan “No se”. b. Afectivo: Aquí les pareció indiferente el tema, ya que para que pudieran ponernos atención y luego algunas contestar, se tardaron aproximadamente 15 minutos. c. Conativo-Conductual: Una minoría si tienen la intención de cumplir con las metas establecidas, por ejemplo respondieron: “Seguir estudiando”, “Trabajar”.

8.2.2.2.2

RED SOCIAL DE APOYO

Adolescentes	Jóvenes
<p>Opiniones Comunes:</p> <p>“Si es importante que se de información de esos temas”</p> <p>“Padres”</p> <p>“Han hablado de esto con amigos porque todos son jóvenes”</p> <p>“Prefieren hablar con la mamá”</p> <p>“Prefieren hablar con el doctor”</p>	<p>Opiniones comunes</p> <p>Les gustaría que se les diera información de SIDA</p> <p>Contestan verbalmente y luego existe silencio y se ven preocupadas. El ambiente se vuelve más tenso y difícil de manejar ya que comienzan a querer hacer otras cosas (hacer planas o simplemente ignorarnos). Luego insistimos</p> <p>Les preguntarían de eso a líderes del proyecto</p> <p>Nosotras (USAC) sabíamos que los líderes del proyecto son mujeres, asumimos que entre personas del mismo sexo y quienes les brindan apoyo y ayuda hay más confianza. Y que no querían en cierto momento hablar de ello con nosotras</p> <p>Sería importante que los maestros dieran información</p> <p>También dicen que sí es importante hablar de esto entre amigos</p>
<p>Opiniones diferentes</p> <p>“A doctores o señores mayores”</p> <p>“La maestra y padres”</p> <p>“No, a los padres no porque ellos no entienden”</p>	<p>Opiniones diferentes</p> <p>Continúa una de las adultas diciendo que un patojo va a la escuela a aprender “buen estudio”. Cuando uno no esta en la escuela no sabe; ahora los que están en la escuela están aprendiendo y les enseñan a uno y uno aprende. Reitera- cuando uno ni estuvo en la escuela ni español aprendió, ahora ya saben español o aprenden español</p> <p>Ahora por la escuela ya saben como se van a casar. Los padres de familia no estuvieron en la escuela, entonces no saben como se van a casar, pero ahora con estudio si saben.</p> <p>Como son pobres por eso no saben nada.</p>
<p>Componentes Actitudinales</p> <p>a. Cognitivo: En este aspecto creen que es muy importante buscar información.</p>	<p>Componentes Actitudinales</p> <p>a. Cognitivo: Nos dimos cuenta que la mayoría piensan que es mejor que temas como el SIDA se hable con maestros.</p>

Continuación...

- a. **Afectivo:** Aquí sienten la necesidad de hablar con alguien, aunque muchas veces no pueden hacerlo; por ejemplo el siguiente comentario lo evidencia “No, a los padres no porque ellos no entienden”.
- b. **Conativo-Conductual:** Aquí la mayoría tiene la disposición de buscar apoyo en diferentes personas; por ejemplo los siguientes comentarios lo evidencian: “Han hablado de esto con amigos porque todos son jóvenes”, “Prefieren hablar con la mamá “, “Prefieren hablar con el doctor”, “A doctores o señores mayores”, “La maestra y padres”.

- b. **Afectivo:** Aquí se observaron incomodas, tensas y preocupadas ya que cuando se mencionó la palabra SIDA trataron de ignorarnos, y buscaron hacer otra cosa. Pero luego de un período de silencio y ver nuestra insistencia en el tema hicieron algunos comentarios.
- c. **Conativo-Conductual:** Afirmaron que es importante buscar información de sexualidad y SIDA, aunque ellas prefieren buscar a los maestros, en la escuela y también a los líderes del proyecto al que asisten para esa información.

8.2.2.2.3 PRACTICAS SEXUALES: RETRASO DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL

<p>Continuación...</p> <p>Componentes Actitudinales:</p> <p>a. Opiniones Comunes: Creen que se debe retrasar la primera relación sexual, y saben que la mayoría empiezan a tenerlas de 15 a 18 años “Los jóvenes comienzan a tener relaciones sexuales a los 18 años” Creen que si es bueno que se esperen para tener su primera relación sexual b. Afectivo: Consideran importante retrasar la primera relación sexual principalmente para tener una vida mejor c. Conativo-Conductual: De acuerdo a lo que saben y consideran de este comportamiento se considera que si tienen la disposición de cumplirlo, aunque están conscientes de la dificultad de hacerlo</p>	<p>Componentes Actitudinales:</p> <p>a. Opiniones Comunes: Creen que se debe retrasar la primera relación sexual, y saben que las jóvenes comienzan a tenerlas de 15 a 16 años “Los jóvenes inician a tener relaciones sexuales en esta comunidad a los 15 – 16 años” b. Afectivo: Consideran importante retrasar la primera relación sexual, principalmente para evitar el embarazo antes del matrimonio “Si sería bueno aconsejar que retrasen la 1ª Relación sexual, de puede quedar embarazada” “Todavía falta la edad y no deben casarse” c. Conativo-Conductual: Muestran la disposición de llevar a cabo dicho comportamiento, ya que consideran que deben estar casadas para tener relaciones sexuales, aunque saben que la mayoría empieza a edades muy tempranas “Hay que esperar estar casado” “Nosotros tenemos que hablar para que no sufran. Si te decimos que se espere, no te vas y tienen que esperar hasta que nosotros decimos que pueda irse”</p>
<p>Opiniones Diferentes: “Los jóvenes comienzan a tener relaciones sexuales como a los 15 o 18 años” “Algunos los han violado como a los 12 o 14 años” “A los 18 o 17 años” Dice que si es bueno que se esperen para tener su primera relación sexual para pensar bien “Es bueno esperar más tiempo para tener relaciones sexuales para tener una vida mejor”</p>	<p>Opiniones Diferentes: Cuándo preguntamos sobre que piensan en poder retrasar el inicio de las relaciones sexuales por los jóvenes “No queremos que las jóvenes lo sepan o que lo sepan otras por que cuando ellas tenían esa edad no se permitía hablar de eso” “Que si se les informe pero que sea en la escuela” “Ellas ya saben como se van a casar, lo que es bueno y lo que no esta bueno” “Antes de casarse tiene que pensar, muchas Sritas. están embarazadas y se están enfermado por que no saben.” “El padre de familia le regaña y ella no hace caso” “Lo que hicieron antes no esta bueno y es bueno o esta bien que se les informe de eso en la escuela. Comenta la Sra.- para que vas a saber que es bueno, no sabemos, otro día sacaron un mensaje en la radio, esta bueno el trabajo que están haciendo” “Hay que esperar un poquito, pienso que es fácil”. “El varón tiene relaciones en cambio la mujer no, por eso los hombres molestan a la Srita. “ “La mujer tiene más valor.”</p>

8.2.2.2.4 PRACTICAS SEXUALES: MASTURBACIÓN

Adolescentes	Jóvenes
Opiniones Comunes: No han escuchado que es masturbación Dicen que es mejor hacer eso que ir con una persona que le pueda pegar enfermedades Dicen que algunos jóvenes si se les aconseja practicar la masturbación lo harían y otros no, en lugar de ir con otra persona	Opiniones Comunes: No hubo
Opiniones Diferentes: No hubo	Opiniones Diferentes: No hubo
Componentes Actitudinales: a. Cognitivo: No saben que significa este término b. Afectivo: Consideran importante aconsejarle a los jóvenes	Componentes Actitudinales: a. Cognitivo: No evaluable b. Afectivo: No evaluable

este comportamiento para poder evitar enfermedades	
c. Conativo-Conductual: Consideran que es muy difícil realizar este comportamiento, pero si se fomenta algunos jóvenes si lo practicarían	c. Conativo-Conductual: No evaluable

8.2.2.2.5 PRACTICAS SEXUALES: FIDELIDAD

Adolescentes	Jóvenes
Opiniones Comunes: Dicen que si es importante tener solamente una pareja para que no se peguen enfermedades.	Opiniones Comunes: “Es más fiel la mujer”
Opiniones Diferentes: No hubo	Opiniones Diferentes: No hubo
Componentes Actitudinales: a. Cognitivo: Saben que se debe tener una sola pareja sexual para evitar enfermedades b. Afectivo: Consideran importante evitar infectarse de enfermedades teniendo una sola pareja sexual c. Conativo-Conductual: Se evidencia su disposición a tener una sola pareja sexual	Componentes Actitudinales: a. Cognitivo: Saben que debe practicarse la fidelidad, y afirman que sed a más en el sexo femenino b. Afectivo: Consideran importante practicar la fidelidad c. Conativo-Conductual: Se evidencia su disposición a tener una sola pareja sexual

8.2.2.2.6 PRACTICAS SEXUALES: ABSTINENCIA

Adolescentes	Jóvenes
Opiniones Comunes: Dicen que si se aconseja a los jóvenes que ya tuvieron una relación sexual, que no vuelvan a tener hasta que se casen es muy difícil	Opiniones Comunes: Dicen la mujer si puede esperar para tener relaciones sexuales
Opiniones Diferentes: No	Opiniones Diferentes: No
Componentes Actitudinales: a. Cognitivo: Saben vagamente el significado de este comportamiento b. Afectivo: Debido al poco conocimiento sobre el tema se evidencia desinterés al mismo c. Conativo-Conductual: Se evidencio que es muy difícil practicar este tipo de comportamiento debido a factores socioculturales	Componentes Actitudinales: a. Cognitivo: Tienen poco conocimiento sobre el tema b. Afectivo: Debido a la falta de conocimiento este comportamiento no lo consideran de mucha importancia c. Conativo-Conductual: Se evidencia la disposición que tienen del llevar a cabo este comportamiento, aunque aclaran que es más fácil hacerlo para el sexo femenino.

8.2.2.2.7 USO DEL CONDÓN

Adolescentes	Jóvenes
Opiniones Comunes: Si saben que es el condón	Opiniones comunes “No saben qué es el condón” Y se ríen rápidamente después de contestar y se cubren la boca con su reboso o miran hacia abajo y se ríen.
Opiniones Diferentes: “Es para que una persona no quede embarazada.” “Para que no se les peguen enfermedades.” “No lo usan” “Pocos lo usan.”	Opiniones diferentes No Hubo.
Componentes Actitudinales a. Cognitivo: En este aspecto se evidencia que si saben que es el condón, como lo indican los siguientes comentarios: “Es para que una persona no quede embarazada”, “Para que no se les peguen enfermedades”. b. Afectivo: Se evidenció la incomodidad que sintieron las	Componentes Actitudinales a. Cognitivo: Se evidencia que si saben de que se les está hablando pero no comentan nada, excepto “No se”. b. Afectivo: Es evidente que les causa vergüenza hablar del

<p>participantes al hablar de este tema, ya que les causó período de silencio y también risas.</p> <p>c. Conativo-Conductual: Aquí por los siguientes comentarios: “No lo usan los jóvenes” o “que pocos lo usan” nos indican que no tienen la disposición de usarlos.</p>	<p>tema, ya que no quisieron hacer ningún comentario, solamente se observan risas y se cubren la cara.</p> <p>c. Conativo-Conductual: No se obtuvo ninguna respuesta, para evaluar este aspecto.</p>
---	---

8.2.2.2.8 PARTICIPACIÓN SOCIAL

Adolescentes	Jóvenes
<p>Opiniones Comunes:</p> <p>“Sí es importante que haya grupos para información”</p> <p>No conocen ningún grupo en la comunidad</p> <p>“Si es importante participar en un grupo de esos”</p> <p>“Es importante participar en un grupo para aconsejar”</p> <p>“También para que no se contagien”</p> <p>“Refieren no haber pertenecido a algún grupo de la comunidad”</p> <p>“Refieren que si les gustaría pertenecer a algún grupo”</p>	<p>Opiniones Comunes:</p> <p>Si seria bueno que hubiese instituciones, grupos trabajando que informen sobre ITS/VIH/SIDA</p> <p>Si les gustaría participar en esos grupos</p>
<p>Opiniones diferentes:</p> <p>“Los maestros”</p> <p>“Es importante participar en un grupo para aconsejar a otros que no hagan algo”</p> <p>“Para que no se contagien de SIDA”</p>	<p>Opiniones diferentes:</p> <p>“Están aprendiendo algo eso es lo que queremos; para que esta mejor escuchar ya que nunca hemos escuchado eso, todas decimos que esta bueno, por lo que nos están enseñando, es lo mejor no es por gusto que estamos aquí, no como antes, que estábamos peor, sino lo que están hablando están haciendo bien, eso es lo que queremos aprender”</p>

Componentes Actitudinales

- a. Cognitivo:** Aquí nos damos cuenta que si saben que es importante que existan grupos de apoyo y participar en ellos, como lo indican las siguientes opiniones: “Sí es importante que hayan grupos para información”, “Si es importante participar en un grupo de esos”.
- b. Afectivo:** En este aspecto nos damos cuenta que les causa mucha emoción al pensar en poder pertenecer a un grupo, ya que todas afirmaron que les gustaría pertenecer a un grupo, y se mostraron muy atentas al tema.

Componentes Actitudinales (continuación)

- a. Cognitivo:** Creen que si es importante que existan grupos en la comunidad para que den información.
- b. Afectivo:** Para este tema mostraron un poco más de interés, ya que estuvieron un poco más atentas.

Continuación...

- a. Conativo-Conductual:** En este aspecto basándonos en los siguientes comentarios: “Es importante participar en un grupo para aconsejar”, “También para que no se contagien”, “Es importante participar en un grupo para aconsejar a otros que no hagan algo”, “Para que no se contagien de SIDA”, y tomando en cuenta que a todas les gustaría participar en esos grupos, se observó que las adolescentes si tienen la disposición a participar en grupos de la comunidad.

- a. Conativo-Conductual:** Aquí indicaron que si les gustaría participar en esos grupos, y también indican que si es importante aprender, como lo indicaron en el siguiente comentario: “Están aprendiendo algo eso es lo que queremos; porque que esta mejor escuchar ya que nunca hemos escuchado eso, todas decimos que esta bueno, por lo que nos están enseñando, es lo mejor no es por gusto que estamos aquí, no como antes, que estábamos peor, sino lo que están hablando están haciendo bien, eso es lo que queremos aprender”.

8.2.2.2.9 MANTENERSE SOBRIO

Adolescentes	Jóvenes
<p>Opiniones Comunes: Afirman que si tiene relación beber alcohol y consumir drogas para que se pueda contagiar de ITS/VIH/SIDA</p>	<p>Opiniones Comunes: “Es fácil que un alcohólico padezca de SIDA” “Estaría bien decirles que no beban para que no se enfermen de SIDA” “Sería fácil al consumir drogas contagiarse de SIDA”</p>
<p>Opiniones diferentes: “Porque buscan prostitutas” “También violan a hombres” “También puede ser en las mujeres” “Si su esposo bebiera alcohol o usara drogas es mejor quedarse sola” “Si su esposo bebiera alcohol o usara drogas es mejor no tener relaciones sexuales” “Es importante informar a esas personas que se pueden contagiar de enfermedades”</p>	<p>Opiniones diferentes: “Están haciendo cosas que no es bueno, están por medio del alcohol pecando” “La Srita. Tiene que decir para que no tome y para que los demás no contagien a los demás” “Toman un poco y eso no se debe de hacer, esos no van a vivir porque están buscando la muerte, van a ir a un hospital a un lugar y va a ser peor y como va hacer para levantarse ya no puede” “Marihuana o drogas piensan que es sabroso y después hace daño al cerebro y quien lo puede curar? Se va a perder y los demás se están dando cuenta; mejor ya van a pensar, ya que mucho lo están haciendo”</p>

<p>Componentes Actitudinales</p> <p>a. Cognitivo: En este aspecto nos damos cuenta que las adolescentes si tienen conocimiento de lo que es el alcohol y las drogas y la relación que tiene con el contagio de ITS/VIH/SIDA.</p> <p>b. Afectivo: Al hablar de este tema les causó molestias porque expresaron que eso solo hacía daño, tanto a la persona que lo consume como a sus parejas, por ejemplo el siguiente comentario “Si su esposo bebiera alcohol o usara drogas es mejor quedarse sola”, “Si su esposo bebiera alcohol o usara drogas es mejor no tener relaciones sexuales”</p> <p>Continuación...</p> <p>c. Conativo-Conductual: En este aspecto encontramos que la intención de ellas hacia este tema es que se de información a las personas que beben no se drogan para que sepan que se pueden contagiar de enfermedades, nos basamos en el siguiente comentario: “Es importante informar a esas personas que se pueden contagiar de enfermedades”</p>	<p>Componentes Actitudinales</p> <p>a. Cognitivo: Si saben que el beber alcohol y usar drogas puede contribuir al contagio de enfermedades como el SIDA, aunque en realidad no lo pudieron explicar verbalmente.</p> <p>b. Afectivo: De acuerdo a la participación se evidenció que este tema si les pareció interesante.</p> <p>c. Conativo-Conductual: Refirieron que es importante informarle a las personas que beben o se drogan que es más fácil que se contagien de enfermedades, como lo indican los siguientes comentarios: “La señorita tiene que decir para que no tome y para que los demás no contagien a los demás”, “Tiene enfermedad o no; pregúnteles si no están tomando”, “Sería bueno decirles que pueden contagiarse”.</p>
--	---

3.2.2.3ANALISIS SANTA CATARINA PALOPO

(Por Lucrecia Magaly Hernández Galindo)

La participación de los adolescentes de este municipio se considera que fue regular; ya que fueron muy poco participativos, posiblemente porque en esta comunidad consideran que la mayoría de temas que se abordaron durante la actividad no deben de ser tratados, o hablarse de ellos. A pesar de ello las adolescentes tuvieron mejor participación que las jóvenes, ya que algunos temas son tratados en la escuela.

Es importante resaltar que en la comunidad es muy difícil contactar a jóvenes, para la realización de esta discusión decidimos comunicarnos con líderes religiosos los cuales nos recomendaron ir al Proyecto “Una Vida Sin Violencia” ya que allí se reúnen mujeres jóvenes. La participación de ese grupo fue muy pobre, fue el grupo más difícil, generalmente hablaban las casadas y no las solteras, gente adulta escuchó la conversación y fue la que intervino para que las jóvenes no hablaran, ya que no se habla de esos temas en la comunidad. Nuestra traductora fue de la organización que visitamos, debido a la situación que hubo no se tocó el tema de la masturbación. Al inicio fue muy difícil que nos pusieran atención o tan solo que nos miraran, ya que cuando los traductores les informaron sobre el objetivo y temas a discusión, algunas especialmente las jóvenes querían retirarse o se sintieron avergonzadas, las mujeres adultas preguntaron que porqué iban a hablar de esos temas; que cuando ellas eran jóvenes no se permitía hablar de esto y menos en esta forma, que creían que las jóvenes no debían participar.

Aquí la mayoría de jóvenes varones arriba de los 20 años ya están casados, por lo que fue muy difícil conseguir jóvenes de esa edad. Muchos trabajan y no pudieron o no quisieron participar en la actividad. Sólo hubo 3 participantes de los cuales, uno era comerciante con diversificado completado; otro era estudiante de secundaria; y el tercero era trabajador sin estudios. Los tres solteros. La participación de ellos se considera que fue regular.

En cuanto a la **Actitud hacia la elaboración de un plan de vida** tanto en adolescentes como en jóvenes de este municipio en su componente **cognitivo** se considera desfavorable, ya que no tienen conocimientos previos de ello; en los componentes **afectivo y conativo conductual** se considera negativa, ya que no lo consideran importante ni tienen la intención de hacerlo.

Saben que es importante pensar en que van hacer en el futuro, trazarse metas y poder llegar a cumplirlas, entre ese plan contemplan incluir el tema de la salud, casarse o tener hijos, pero esto es en la minoría de los participantes. Ya que la mayoría no han pensado en un plan de vida, o no les parece importante hacerlo, por ejemplo los jóvenes pretenden dedicarse a la albañilería a pesar que algunos ya han estudiado e indican que en esa comunidad la mayoría de hombres se dedican a eso. A los adolescentes desde el principio de la plática les pareció un poco más importante en tanto que a los jóvenes les fue indiferente el tema. Ya que creen que es mejor pensar solamente en el presente.

En cuanto a la **Actitud hacia red social de apoyo** tanto en adolescentes como en jóvenes de este municipio en su componente **cognitivo** se considera favorable, ya que todos saben que deben buscar información principalmente con profesionales; el componente **afectivo** se considera positivo, ya que para ellos es muy importante buscar información, a pesar de los inconvenientes que encuentran; y el **conativo conductual** se considera de apoyo, ya que todos tienen la

intención de usar la red social de apoyo, y prefieren usar la red formal que la informal, debido a las creencias culturales de la comunidad .

Tanto las adolescentes como las jóvenes saben que es importante buscar información sobre temas de sexualidad incluyendo el SIDA. Pero también afirmaron que en la familia no se habla de esos temas, muchas veces por falta de conocimiento por parte de los padres, o debido a que para muchos hablar de esos temas es pecado, o no se les debe hablar a los que no están casados, por lo que prefieren acudir a los maestros y a profesionales.

Los adolescentes consideran que hablar de esos temas con los amigos, también es importante, porque “todos son iguales”, o “todos son jóvenes”, en cambio los jóvenes no lo consideran así, ya que indican que prefieren buscar a un profesional para ese tipo de información.

Tanto los adolescentes como los jóvenes afirman no buscar a instituciones de salud para eso.

En cuanto a la **Actitud hacia prácticas sexuales** tanto en adolescentes como en jóvenes de este municipio en su componente **cognitivo** se considera desfavorable, ya que todos tienen poco o ningún conocimiento sobre esos temas; el componente **afectivo** se considera negativo, ya que para ellos son temas que no se deben tocar y sienten vergüenza hablar de ellos; y el **conativo conductual** se considera negativo, ya que no se sabe la intención hacia esas prácticas sexuales de la mayoría de ellos, porque se limitaron a brindar respuestas, debido principalmente a que esos temas se consideran tabúes en esta comunidad.

Las adolescentes saben que la mayoría de personas empiezan a tener relaciones sexuales a edades tempranas, pero creen que es importante esperar más tiempo para el inicio de ellas. También consideran que practicar la abstinencia es muy difícil, principalmente para los hombres, pero creen que sería bueno aconsejarla porque talvez algunos la pueden practicar. En cuanto a la masturbación los adolescentes indicaron no conocer su significado, y que no saben si es malo o bueno practicarla, los jóvenes indican que la mayoría de ellos habla de eso, y que no saben si está bien practicarla o no, y consideran que hacerlo puede ayudar a evitar embarazos y enfermedades, en el caso de las jóvenes no se pudo abordar en el tema debido a la situación que se dio durante esa actividad. En cuanto a la fidelidad las adolescentes la consideran muy importante principalmente “para que no se peguen enfermedades”, las jóvenes consideran que la fidelidad se da más en el sexo femenino “la mujer es más fiel”, y los jóvenes consideran que muchas veces se dice que son fieles y que en realidad no se sabe “a veces las palabras no son ciertas, entonces a veces hablan pero no se sabe”. Tanto a los adolescentes como a los jóvenes les causa incomodidad hablar de estos temas, y a las jóvenes prefieren no emitir su opinión ya que consideran esos temas como prohibidos, y refieren que solo deben ser tratados por mujeres adultas, o que ya estén casadas.

En cuanto a la **Actitud hacia el uso de condón** tanto en adolescentes como en jóvenes de este municipio en su componente **cognitivo** se considera desfavorable, ya que la mayoría dicen que no saben que es; el componente **afectivo** se considera negativo, ya que para ellos es un tema que prohibido, principalmente si no son casados, y el **conativo conductual** se considera negativo, ya que como la mayoría se limita a dar su opinión no se sabe realmente la intención que tienen en esa comunidad hacia el uso de condón.

El tema del uso del condón les causa incomodidad, pero se evidenció que es mucho más a las jóvenes que a las adolescentes, ya que ellas no quisieron comentar nada y se observó en sus gestos y movimientos tanto de las manos como de la cabeza.

Tanto las adolescentes como las jóvenes saben que es el condón, pero solamente las adolescentes lo afirmaron, las jóvenes no emiten su opinión, aunque se evidenció que si saben de que se les está hablando, pero consideran que es tema del que no se debe hablar delante de las que no estén casadas, ya que cuando alguna decidía dar su opinión resaltaba que ella era casada. Las adolescentes afirman que es mejor usarlo para que no se les peguen enfermedades y no quedar embarazadas. Los adolescentes refirieron no saber que era el condón, aunque pocos participantes expresaron si saber que es, al contrario de lo que dijeron los jóvenes.

En cuanto a la **Actitud hacia participación social** tanto en adolescentes como en jóvenes de este municipio en su componente **cognitivo** se considera favorable, ya que todos saben la importancia de la participación en grupos comunitarios para apoyo de la misma comunidad; el componente **afectivo** se considera positivo, ya que para ellos es muy importante participar en algún grupo comunitario; y el **conativo conductual** se considera de apoyo, ya que todos tienen la intención de participar en dichos grupos principalmente para ayudar a otras personas de la misma comunidad.

Tanto las adolescentes como las jóvenes creen importante que existan grupos principalmente para dar información, y no saben de la existencia de esos grupos en su comunidad. Todas mostraron interés en participar en grupos de apoyo, principalmente para aconsejar a los demás.

En cuanto a la **Actitud hacia el uso de sustancias adictivas** tanto en adolescentes como en jóvenes de este municipio en su componente **cognitivo** se considera favorable para el sexo femenino, ya que todas saben que hay relación entre el uso de esas sustancias y el contagio de ITS/VIH/SIDA, pero para el sexo masculinos e considera desfavorable, ya que para ellos no hay ninguna relación; el componente **afectivo** se considera positivo para el sexo femenino, ya que para ellas es muy importante el dejar de consumir dichas sustancias para evitar dichas enfermedades, y para el sexo masculinos e considera negativo, ya que para ellos es indiferente este tema; y el **conativo conductual** se considera negativo para el sexo masculino, ya que como no encuentran relación en el uso de dichas sustancias con el contagio de dichas enfermedades, no le toman importancia y por lo tanto su intención es negativa; lo contrario sucede con el sexo femenino.

Las adolescentes como las jóvenes saben que relación hay al consumir alcohol y drogas y el contagio de ITS/VIH/SIDA, en cambio los adolescentes y los jóvenes no le toman importancia al consumo de esas sustancias para el contagio de esas enfermedades, debido a que en esa comunidad existen maras, los cuales son consumidores de drogas, y que el consumo del alcohol es muy común.

8.2.3. SAN ANDRES SEMETABAJ

(Tabulado y analizado por Heriberto Elíoenaí Reyes De León)

8.2.3.1 MASCULINO

8.2.3.1.1 PLAN DE VIDA

Adolescentes	Jóvenes
<p>Opiniones Comunes:</p> <p>“No pensamos mucho en nuestro futuro, pero si lo hacemos”. Estudiar. A todos les gustaría ser agricultores. Les gustaría ser médicos, arquitectos, veterinarios, mecánico, banqueros, sin saber porque.</p>	<p>Opiniones comunes</p> <p>“Estudiar, terminar el nivel medio, llegar a la universidad, ser alguien y no sufrir.” “Todos pensamos, no tanto en futuro lejano sino de mucho más próximo.” “Es una responsabilidad pensar en los actos.” “Cada quien debe ir formulando y pensando.” “Llega un momento de auto interrogación y evaluación de cambio.” “Proceso mental al que se le podría llamar que si va razonando, ya le vienen otras ideas a la mente a decir ¿qué voy a ser? ¿qué si estoy bien? ¿o es necesario buscarme otra pareja? A base de eso se viene una planificación, donde todo ser humano planifica ¿qué es lo que voy a hacer? ¿qué necesito? ¿qué debo hacer?” “Hacer cosas nuevas y así ayudar a personas que lo necesitan.” “Esa decisión no se puede tomar de la noche a la mañana, hay que pensar y Hasta después tomar la decisión.” “Claro que cambia porque cuando ya tiene sentadas las bases de la planificación, y sabe también a que se metió, en cambio el que no planifica nada “Uno tiene ya planeado a no tener relaciones con su pareja, pero sabiendo que el no tiene tampoco “El problema de no planificar es si hubiera un joven y no esta planificando su vida y se va por este lado y se va por otro lado, allí es donde viene el desviamiento porque existe el problema de que se contagie”, “Si uno aun no ha planificado su vida, aun no sabe controlarse, decir me gustaría hacer esto y esto, con una sola pareja”. “Planificar el futuro para no desviarse “</p>

<p>Continuación... Opiniones diferentes No hubo.</p>	<p>Opiniones diferentes Si uno se propone sus metas, sabe porque lo hace, uno muchas veces no practica nada y pasa la vida como lo que caiga y no es bueno porque uno solo va experimentando nada más de lo que viene y uno no tiene sus objetivos bien definidos, a cambio si uno tiene una planificación es como tener una guía de cómo querer vivir, como querer mejorar. Si el día de hoy como me salió esto, puedo mejorara para mañana. Mi objetivo es cada día seguir mejorando. El esfuerzo es valido, el éxito depende de uno y no de otras personas, si uno quiere lograr algo siempre hay problemas, pero uno es capaz de vencer Va a depender de uno como quiere actuar como quiere llevar su vida, si uno sabe que es capaz de hacerlo y previene todo, toda enfermedad que pueda adquirir, si uno planifica su vida del futuro y uno quiere violar esa situación va depender de uno y no específicamente de una planificación,</p>
<p>Componentes Actitudinales a. Cognitivo: Los adolescentes no conocen el término plan de vida, ni son capaces de expresar algo que semeje el conocimiento de la necesidad o utilidad de contar con una propuesta central en la vida, la cual se va obteniendo con proponerse y alcanzar otras propuestas, con los respectivos esfuerzos y limitantes que se requieren para su obtención. Parecen conocer la necesidad de ser alguien en la vida “doctor”, “Veterinario”, “Mecánico”, “Arquitecto”, sin embargo no parecen conocer esa necesidad dentro de lo que implica plan de vida.</p>	<p>Componentes Actitudinales a. Cognitivo: Los Jóvenes manifiestan algo que concuerda bastante con un conocimiento acerca de planificar su vida. Mencionan las metas, la necesidad de planificar para alcanzarlas, así como la posibilidad de cambiar el rumbo que se lleva, y destaca la concepción de pensar para tomar decisiones.</p>

Continuación...

- b. Afectivo:** Los adolescentes, no expresan en términos generales, algún sentimiento de apego o afecto hacia planear su vida. A pesar de que algunos expresaron con cierto afán el deseo de alcanzar una meta ocupacional, no ninguno muestra gran afecto o interés por abordar los esfuerzos o limitaciones que supondría el alcanzar la meta ocupacional que se trazan y que se toma como su plan de vida.
- c. Cognitivo:** La mayoría de adolescentes expreso el deseo de alcanzar una meta ocupacional, y aunque no expresan conciencia de los requerimientos para el alcance de la misma, no expresaron intenciones de abandonar su actividad como estudiantes, lo cual puede significar intención hacia alcanzar sus metas.

- b. Afectivo:** Los jóvenes demuestran afinidad hacia la realización de planes a futuro. Sienten que es útil esa planificación y están dispuestos a evaluar ese plan para ir cambiándolo.

Conativo-Conductual: Existe intención hacia la planificación. Todos los jóvenes participantes, toman sus decisiones en virtud de alcanzar una meta de estudios

8.2.3.1.2 RED SOCIAL DE APOYO

Adolescentes	Jóvenes
<p>Opiniones Comunes:</p> <p>Si hablamos con nuestros amigos ellos empiezan con malas palabras.</p> <p>No hablamos con nuestros maestros porque es una falta de respeto.</p> <p>No hablamos con nuestros padres porque nos da vergüenza.</p> <p>No hablan de sexualidad con padres, amigos ni maestros.</p> <p>No platicamos con nadie de eso</p>	<p>Opiniones comunes</p> <p>Hablamos así con los amigos o cuates, o con gente adulta, pero no con nuestros padres, porque no estamos acostumbrados, nos da vergüenza.</p> <p>Además ellos tienen vergüenza por el conocimiento que uno ya tiene.</p> <p>Las instrucciones se dan solo en forma de consejos para prevenir, pero de hablar de enfermedades específicas no.</p> <p>Por la poca educación que han tenido nuestros padres es por eso que desconocen esas enfermedades.</p> <p>A nosotros ahora se nos hace más fácil aprender porque existen instituciones que se encargan de enseñar a niños, jóvenes y padres de esas enfermedades.</p> <p>Nosotros hablamos entre nosotros, entre cuates, pero casi siempre lo hacemos bromeando y la información la alteramos y muchos llegan a tomar en serio esas situaciones.</p> <p>Cuando ya somos adultos o mayores de edad, ya nos da vergüenza hablar a nuestros padres.</p>
<p>Opiniones diferentes</p> <p>Me gustaría hablar de esas cosas con mis padres</p>	<p>Opiniones diferentes</p> <p>Influye mucho la religión. Cuando los padres hablan de eso lo hacen en voz baja, o no dicen la verdad cuando les preguntamos de donde nacimos. Para ellos es pecado hablar de eso.</p> <p>Desde pequeños nos han enseñado que es pecado hablar de eso, porque así se lo enseñaron a ellos.</p> <p>En la iglesia dan consejos a veces, pero no dan explicaciones. No dan la información completa.</p> <p>Esos temas nos gustaría hablarlos más con amigos.</p>

Continuación...

Componentes Actitudinales

- a. **Cognitivo:** Los adolescentes, no expresan algún conocimiento hacia la utilidad de utilizar una red de apoyo (búsqueda de información o consejos). Lo que se puede tomar como conocimiento, es quizá la experiencia de haber intentado en alguna ocasión expresar sus dudas con amigos, situación que pudo no haber sido como la esperaban, pues fueron objeto de burlas o de expresiones inesperadas por quienes atendieron sus consultas. Ellos saben que acudir con sus padres o maestros no es correcto porque lo consideran falta de respeto.
- b. **Afectivo:** No expresan predilección alguna por buscar red de apoyo de ningún tipo. Evidencian mayor apego a hablar entre amigas, sin embargo también incluyen a familiares inmediatos.
- c. **Conativo-Conductual:** Un adolescente expreso intención hacia platicar con sus padres. Por la forma en que se fue desarrollando la actividad del grupo focal, es evidente, que tienen cierta intención hacia ser encontrados por una red de apoyo.

Componentes Actitudinales

- a. **Cognitivo:** Los jóvenes de San Andrés Semetabaj, tienen cierto conocimiento hacia el uso de redes de apoyo. Saben que pueden hablar con otros acerca de sus problemas.
- b. **Afectivo:** Expresan predilección por apoyarse en amigos u otras personas mayores. No se sienten bien con la idea de hablar son sus padres. Les gusta el apoyo que han recibido de instituciones.
- c. **Conativo-Conductual:**
Tienen la intención de buscar redes de apoyo, pero mejor si es a través de amigos. Buscan el apoyo de adultos. No tienen la intención de buscar apoyo en sus padres.

8.2.3.1.3 PRACTICAS SEXUALES: RETRASO DE LA PRIMERA RELACION SEXUAL

Adolescentes	Jóvenes
<p>Opiniones Comunes:</p> <p>Los adolescentes de San Andrés Semetabaj, expresaron siempre sus opiniones como ajenas. Ellos creen que la mayoría de adolescentes o jóvenes inician sus relaciones sexuales a la edad de quince a dieciséis años.</p> <p>Creen que es posible retrasar las relaciones sexuales, incluso, no tienen novia, y expresan no tener intención de iniciar una relación de noviazgo.</p> <p>Manifestaron la necesidad de responsabilidad para ello. Además resaltaron la idea de disfrutar la vida y la adolescencia.</p>	<p>Opiniones comunes</p> <p>A los catorce o más es la edad de la primera relación sexual.</p> <p>“Pero los que están en la calle hacen lo que quieren, allí empiezan hasta antes.”</p> <p>“Igual hombres y mujeres empiezan a esas edades.”</p> <p>“Se empiezan a casar a los dieciocho o veinte años, pero no es casamiento, es unión. Se casan porque han tenido relaciones y la mujer resulta embarazada.”</p> <p>“A veces cuando son amigos, empiezan a tener relaciones sexuales y cuando queda embarazada la mujer entonces se deben unir.”</p>
<p>Opiniones diferentes</p> <p>Se podía percibir en algunas expresiones faciales, la contrariedad de ideas, entre los adolescentes menores y mayores del grupo. Siendo estos últimos quienes a pesar de no haberlo dicho, por sus gestos, parecían no estar de acuerdo con negarse a una relación de pareja con el sexo opuesto. Pero no manifestaron intención de relaciones sexo genitales.</p>	<p>Opiniones diferentes</p> <p>Hay algunos que desconocen el tema y empiezan a experimentar, les toca la mala suerte, un mal resultado y eso los hace casarse.</p>
<p>Componentes Actitudinales</p> <p>a. Cognitivo: Los adolescentes expresaron el conocimiento hacia la primera relación sexual, como algo que se da a los quince o dieciséis años; no expresaron conocimiento hacia el hecho de que el retraso de esa primera relación sexual pueda tener alguna utilidad, o en última instancia, no la expresan como mala o como buena.</p>	<p>Componentes Actitudinales</p> <p>a. Cognitivo: Los jóvenes expresaron el conocimiento hacia la primera relación sexual, como algo que se da a los quince o dieciséis años; no expresaron conocimiento hacia el hecho de que el retraso de esa primera relación sexual pueda tener alguna utilidad, o en última instancia, no la expresan como mala o como buena.</p>

Continuación...

b. Afectivo: Expresan sentimiento nulo hacia iniciar relaciones sexuales. Al escuchar que prefieren disfrutar la vida, y la adolescencia, y que desean retrasar su primera relación de noviazgo, retrasar su casamiento, es posible deducir que sienten afecto hacia retrasar esa primera relación sexual.

Conativo-Conductual: La intención de retrasar la primera relación sexual parece aun contemplarse, principalmente en los menores.

b. Afectivo: Expresan sentimiento nulo hacia iniciar relaciones sexuales. Al escuchar que prefieren disfrutar la vida, y la adolescencia, y que desean retrasar su primera relación de noviazgo, retrasar su casamiento, es posible deducir que sienten afecto hacia retrasar esa primera relación sexual.

Conativo-Conductual: La intención de retrasar la primera relación sexual parece aun contemplarse, principalmente en los de menor edad.

8.2.3.1.4 PRACTICAS SEXUALES: MASTURBACIÓN

Adolescentes	Jóvenes
<p>Opiniones comunes</p> <p>Un adolescente (el mayor del grupo) se sonroja, el resto no parece sentir nada diferente al escuchar el tema.</p> <p>La mayoría no sabe que es masturbación.</p> <p>Al preguntar por la Paja, varios se sonrojan y sonríen.</p> <p>“Si hemos oído la palabra, pero no sabemos que es eso.”</p> <p>Riéndose explica uno de los adolescentes mayores del grupo</p> <p>“Yo he escuchado que la paja es como si fuera algo sexual, solo que sin una mujer, el mismo se lo hace”.</p> <p>Continúan negando haber escuchado algo al respecto, pero continúan riéndose.</p>	<p>Opiniones comunes</p> <p>Rehúsan hablar espontáneamente.</p> <p>“De seguro, casi no se da, porque si no se habla de eso.”</p> <p>“Yo se que es el placer de uno mismo, pero a veces puede llegar a ser una enfermedad mental.”</p> <p>“No se habla de la masturbación entre los amigos.”</p> <p>“Uno mismo se encierra y no lo habla.”</p> <p>“De plano que si no se habla es porque no se practica.”</p>
<p>Opiniones diferentes</p> <p>Para nosotros la paja es hablar mentira.</p>	<p>Opiniones diferentes</p> <p>La masturbación si puede llegar a sustituir una relación sexual.</p> <p>Porque da vergüenza, nadie se atreve a hablar.</p> <p>Yo no hablaría ni con un profesional, porque yo no lo conozco y aunque lo conociera, no se que podría pensar.</p>
<p>Componentes Actitudinales</p> <p>a. Cognitivo: Los adolescentes no expresaron conocimiento acerca de la masturbación.</p> <p>b. Afectivo: Expresan sentimiento nulo hacia iniciar relaciones sexuales. Al escuchar que prefieren disfrutar la vida, y la adolescencia, y que desean retrasar su primera relación de noviazgo, retrasar su casamiento, es posible deducir que sienten afecto hacia retrasar esa primera relación sexual, la cual puede ser vista como abstinencia.</p>	<p>Componentes Actitudinales</p> <p>a. Cognitivo: Los jóvenes parecen tener conocimientos distorsionados acerca de la masturbación. Al parecer lo que saben es resultado de lo que se platica entre amigos.</p> <p>b. Afectivo: Manifiestan rechazo a hablar de la masturbación. Aunque obviamente, no indica que no se practique. Si consideran que la masturbación puede sustituir una relación sexual.</p>

Continuación...

- | | |
|---|--|
| <p>a. Conativo-Conductual: La intención hacia la masturbación, parece ser nula, o puede ser una práctica de reciente inicio, de lo cual no les gusta hablar abiertamente. Las risas, pueden ser un indicio de que la práctica puede estar ingresando al grupo, especialmente en los mayores.</p> | <p>c. Conativo-Conductual: La intención de practicar la masturbación sustituyendo un acto sexual penetrativo, no parece ser aceptable, por los argumentos de: oportunidad que se presente es de aprovechar y por el estigma malicioso que le dan a la práctica.</p> |
|---|--|

8.2.3.1.5 PRACTICAS SEXUALES: FIDELIDAD

Adolescentes	Jóvenes
<p>Opiniones comunes</p> <p>No es conveniente tener más de una novia.</p> <p>Yo pienso que tener más de una novia ya no es ser fiel con la novia que uno conoció primero.</p> <p>Yo he visto que algunas personas ya casadas, teniendo a su esposa, paseando por otros lugares.</p> <p>No es bueno ser infiel porque talvez esa persona lo quiere a uno. Y esa persona ve que uno es infiel con ella, lo primero que hacen es dejarlo a uno.</p> <p>Los hombres que están casados y le son infieles a sus mujeres y se van a meter con las prostitutas, pueden enfermarse</p> <p>Ir con las prostitutas es ser infiel.</p> <p>Uno no sabe como es la vida de esa persona, entonces ser infiel aunque la persona con la que se es infiel no sea prostituta, también se puede enfermar.</p>	<p>Opiniones comunes</p> <p>Todos ríen al hablar del tema.</p> <p>“Siempre hay mucha infidelidad, uno ve que las chavas hablan con uno y con otro chavo a la vez.”</p> <p>“Va a depender mucho de los términos de la relación.”</p> <p>“Hablando se entiende la gente. Si no se habla, estamos los dos jugando.”</p> <p>“Depende de los sentimientos.”</p> <p>“Si mis sentimientos son verdaderos, o si son solo por probar.”</p> <p>“Igual son infieles los hombres y las mujeres”</p>
<p>Opiniones diferentes</p> <p>“Me gustaría tener dos novias.”</p>	<p>Opiniones diferentes</p> <p>“La infidelidad se da porque hay que aprovechar las oportunidades.”</p> <p>“Por los valores de nuestra sociedad, se ve peor en las mujeres.”</p>
<p>Componentes Actitudinales</p> <p>a. Cognitivo: Los adolescentes expresaron el conocimiento hacia la infidelidad, aunque solo la identifican con personas casadas. Cabe resaltar que ven el acudir a una prostituta, como acto de infidelidad, además existe la percepción del riesgo de adquirir enfermedades en este particular caso de infidelidad.</p> <p>b. Afectivo: Expresan sentimiento de desaprobación hacia la infidelidad. Poniendo como argumento, el perder a la persona con la que se tiene la relación públicamente aceptada.</p>	<p>Componentes Actitudinales</p> <p>a. Cognitivo: Los adolescentes conocen el significado de la palabra fidelidad. Aunque no expresan conocimiento acerca de practicarla, como experiencia propiamente vivida. No manifiestan la infidelidad como un factor de riesgo para ITS/VIH/SIDA.</p> <p>b. Afectivo: Expresan sentimiento de desaprobación hacia la infidelidad. Manifiestan la necesidad de practicar la fidelidad cuando una relación es seria. Dejando con lo anterior en el ambiente la idea de fidelidad relativa.</p>

Continuación...

c. Conativo-Conductual: Parece haber cierta intención hacia ser fiel, aunque parece ser más originada por la falta de una primera experiencia de noviazgo, más que una intención con argumentos propios.

c. Conativo-Conductual: No parece haber intención pura hacia la fidelidad. La intención de fidelidad es dependiente de la otra persona o de un pacto previo con la pareja.

8.2.3.1.6 PRACTICAS SEXUALES: ABSTINENCIA

Adolescentes	Jóvenes
<p>Opiniones comunes</p> <p>Ningún adolescente ha escuchado la palabra. A pesar de que se da una breve explicación, no son capaces de expresar idea alguna con relación a la palabra.</p>	<p>Opiniones comunes</p> <p>Dicen saber cual es el significado, pero no son capaces de expresarlo. Si se casan a temprana edad, es porque no la practican y no previenen. Abstenerse es posible, muchas veces inician relaciones sexuales, y se dan cuenta del error que cometieron y dejan de hacerlo. Las enfermedades que se transmiten sexualmente a veces contribuyen a que se abstengan. Cada persona toma sus decisiones, según sus puntos de vista. Pero hay algo que si es cierto, aquí hablamos de oportunidad, cuando se presenta, hay que aprovecharla y no da tiempo de pensar en consecuencias, porque cada acción tiene sus consecuencias, mas sin embargo, por ejemplo yo cuando estoy en la situación, me pongo a pensar, si estuviera, no me detendría.</p>
<p>Opiniones diferentes</p> <p>Creen que una persona que empieza a tener relaciones sexuales, no se puede detener, pues es como un vicio.</p>	<p>Opiniones diferentes</p> <p>No todos piensan igual. Yo pensaría, y si pasara algo malo, si pasara una enfermedad, eso me detendría.</p>
<p>Componentes Actitudinales</p> <p>a. Cognitivo: Los adolescentes no expresaron conocimiento acerca de la abstinencia.</p>	<p>Componentes Actitudinales</p> <p>a. Cognitivo: Los Jóvenes dicen conocer la palabra abstinencia, sin embargo, no saben expresar su significado y no parecen conocerla como un factor protector hacia el contagio de ITS/VIH/SIDA.</p>

Continuación...

- b. Afectivo:** Expresan sentimiento nulo hacia iniciar relaciones sexuales. Al escuchar que prefieren disfrutar la vida, y la adolescencia, y que desean retrasar su primera relación de noviazgo, retrasar su casamiento, es posible deducir que sienten afecto hacia retrasar esa primera relación sexual.
- c. Conativo-Conductual:** La intención de retrasar la primera relación sexual parece aun contemplarse, principalmente en los de menor edad.

- b. Afectivo:** Expresan sentimientos de rechazo a la abstinencia, pues dicen que si la oportunidad se presenta, se debe aprovechar.
- c. Conativo-Conductual:** La intención hacia ser abstinentes es poca, la cual se deduce del deseo expresado de no des aprovechar alguna oportunidad.

8.2.3.1.7 USO DE CONDÓN

Adolescentes	Jóvenes
<p>Opiniones comunes: Provoca algunas risas. “Es como una vejiga que utilizan los hombres para protegerse de que una mujer quede embarazada.” “La mujer tiene una enfermedad, entonces los hombres hacen sexo, entonces usan eso para no contaminarse.” “El preservativo es bueno para que no nos prevenga el SIDA.” “VIVE” “He escuchado anuncios de preservativos pero no les pongo importancia.” “Yo vi algo de un preservativo en una película, que era chistosa, el hombre tenía ganas y no encontraba un preservativo y entonces empezó a.....” Dicen no haber visto un preservativo pero les azarea hablar de ello.</p>	<p>Opiniones comunes: En un principio hay seriedad en el grupo, pero conforme avanzan las preguntas en relación al tema, hay momentos en que se desencadenan risas. “El uso depende de las amistades. Los amigos a veces alteran la información.” “El comprarlos nos pone en evidencia.” “Se usa para prevenir embarazos y enfermedades que se dan sexualmente.” Sabemos que pesar de usar un preservativo, se pueden adquirir enfermedades, por ejemplo la sífilis, si uno toma en el vaso de una persona que tiene sífilis o sida, se le puede pegar a uno. Muchos conocen el condón pero no lo usan. Dicen que no se siente lo mismo. Nos daría vergüenza comprarlo. Piensan que es pecado porque uno no es casado.</p>
<p>Opiniones diferentes No es completamente seguro. Yo me informo por la psicóloga de la radio Sonora por las noches. Dicen que en la mera punta tienen agujero. Sabemos que hasta los regalan, pero da mal aspecto.</p>	<p>Opiniones diferentes No es completamente seguro. Yo me informo por la psicóloga de la radio Sonora por las noches. Dicen que en la mera punta tienen agujero. Sabemos que hasta los regalan, pero da mal aspecto.</p>
<p>Componentes Actitudinales a. Cognitivo: Los jóvenes manifiestan conocimientos errados con relación al condón. El conocimiento acerca de su uso es básicamente como anticonceptivo, aunque también reconocen la función profiláctica. Lo que conocen es resultado de pláticas entre amigos, compañeros y algunas pláticas</p>	<p>Componentes Actitudinales a. Cognitivo: Los jóvenes manifiestan conocimientos errados con relación al condón. El conocimiento acerca de su uso es básicamente como anticonceptivo, aunque también reconocen la función profiláctica. Lo que conocen es resultado de pláticas entre amigos, compañeros y algunas pláticas institucionales.</p>

<p>Continuación...</p> <p>b. Afectivo: El componente afectivo hacia el uso del condón es de no aceptación. Básicamente parecen no hacerlo como resultado de la mala información y de no querer ser catalogados como mala persona por tener relaciones sexuales.</p> <p>c. Conativo conductual: La intención de uso de condón, en los adolescentes no es explorable, debido a que desde un inicio rehúsan a las relaciones de género.</p>	<p>b. Afectivo: El componente afectivo hacia el uso del condón es de no aceptación. Básicamente parecen no hacerlo como resultado de la mala información y de no querer ser catalogados como mala persona por tener relaciones sexuales.</p> <p>c. Conativo conductual: La intención de uso de condón, en este grupo de jóvenes, es negativa. Aunque al hacer la pregunta directa de si lo usarían, la mayoría respondió que si</p>
---	---

8.2.3.1.8 PARTICIPACION SOCIAL

Adolescentes	Jóvenes
<p>Opiniones Comunes: No responder. “Yo voy a un grupo de jóvenes.” “A veces en la iglesia hablamos.” “No nos hablan con palabras así claras, pero nos explican que no es bueno eso de.....” “Sobre el sexo no se habla en la iglesia.” “Vamos a algunos grupos donde nos hablan, pero no dan toda la información.” “Nos gustaría participar.”</p>	<p>Opiniones comunes Si asistimos a grupos, pero solo de la iglesia. Pero no todos, somos pocos. A todos claro que nos gustaría asistir a un grupo, pero todos trabajamos y estudiamos, entonces no da tiempo. Claro que es algo útil asistir a grupos. Es interesante asistir a grupos los fines de semana, porque hay otros y cada uno tiene diferentes opiniones.</p>
<p>Opiniones diferentes No hubo ideas que contrariaran los planes arriba descritos.</p>	<p>Opiniones diferentes “A nosotros nos gustaría, pero nuestros padres son agricultores y nos dicen bueno si quieres, cuanto vas a ganar allí, yo te doy lo de tu día, lo de tu pasaje y tu comida, mira que quieres.” “Uno prefiere ir a ganar dinero, aunque ir al grupo sea algo útil.”</p>
<p>Componentes Actitudinales a. Cognitivo: Los adolescentes no conocen grupos sociales distintos a los que se organizan en las iglesias evangélicas o católicas. No identifican esos grupos u otros posibles, como espacios para eludir las ITS/VIH/SIDA. b. Afectivo: Los adolescentes, expresan afinidad por los espacios ofrecidos por los grupos de las iglesias, y dicen que les gustaría participar en algún otro grupo. Especialmente mencionan los grupos donde se realizan actividades deportivas como los que más les atraen.</p>	<p>Componentes Actitudinales a. Cognitivo: Los adolescentes no conocen grupos sociales distintos a los que se organizan en las iglesias evangélicas o católicas. No identifican esos grupos u otros posibles, como espacios para eludir las ITS/VIH/SIDA. b. Afectivo: Los adolescentes, expresan afinidad por los espacios ofrecidos por los grupos de las iglesias, y dicen que les gustaría participar en algún otro grupo. Especialmente mencionan los grupos donde se realizan actividades deportivas como los que más les atraen.</p>

Continuación...

c. Conativo-Conductual: Todos los adolescentes muestran cierta intención a participar en actividades organizadas por grupos sociales. Las actividades a las que más les gustaría integrarse son las de tipo deportivo.

c. Conativo-Conductual: Todos los adolescentes muestran cierta intención a participar en actividades organizadas por grupos sociales. Las actividades a las que más les gustaría integrarse son las de tipo deportivo.

8.2.3.1.9 MANTENERSE SOBRIO

Adolescentes	Jóvenes
<p>Opiniones Comunes: Cocaína, crack, inhalantes, pegamento de zapato, thinner, gasolina, tabaco, cigarro, alcohol. Aquí no se consume mucha droga, mas es en Panajachel, Patanatic. Los adultos toman licor. Los mareros usan drogas. Cuando los adultos toman no saben lo que hacen. Si están bolos no saben con quien se meten. No consumimos ninguna drogaAquí no se ven mucho las drogas. El alcohol si se ve bastante.</p>	<p>Opiniones Comunes: Aquí no se ven mucho las drogas. El alcohol si se ve bastante. Aquí empiezan a tomar a los quince años, incluso a los doce. Lo que más se toma es la cerveza. Los que toman alcohol, dan mal aspecto y da lastima. El alcoholismo es un problema tanto para la persona como para la familia. A veces hacemos competencias de ver quien bebe más. Yo bebo solo cuando tengo ganas, y se me controlar, pero mis amigos beben mucho y no se controlan, y se arriesgan porque se accidentan en la bicicleta, una vez ya se iban a morir por un poco. Pierden el conocimiento y hay riesgo de que se enfermen. Van a bares, es más fácil en un bar que se les pegue alguna enfermedad. Saben que es malo que vallan a bares y aun así lo hacen, pero solo son algunos. Si uno usa cualquier droga pero se concentra o la usa con medida, no tiene riesgo de enfermarse. Talvez si, como en el caso de la sífilis, tomando en el mismo vaso se puede pegar.</p>
<p>Opiniones diferentes: “El que toma alcohol no se enferma.” “El alcohol ayuda para que no se peguen enfermedades.”</p>	<p>Opiniones diferentes: Hay que saber tomar, por la traida no hay que tomar. Yo digo que no se enferma. Si uno va a los bares. Por la misma situación económica que se vive aquí, no se ven muchas drogas. La droga es cara.</p>

<p>Continuación...</p> <p>Componentes Actitudinales</p> <p>a. Cognitivo: Los adolescentes conocen los nombres de muchas drogas, y con alta probabilidad de no haber probado ninguna, parecen poseer todos en común el concepto de algo perjudicial. Sin embargo, no expresan suficiente conocimiento sobre el riesgo de las infecciones de transmisión sexual.</p> <p>a. Afectivo: No parece existir aceptación hacia ningún tipo de drogas. Sin embargo, no demuestran apego a la percepción de riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual cuando se consume drogas.</p> <p>b. Conativo-Conductual: La intención de uso de drogas es evidentemente inexistente. Aunado a la no intención de inicio de relaciones sexuales, es relativamente deducible, una intención de no incurrir en el riesgo evaluado.</p>	<p>Componentes Actitudinales</p> <p>a. Cognitivo: Los jóvenes no conocen o no parecen identificar un mayor riesgo de adquirir ITS/VIH/SIDA, al consumir cualquier tipo de droga. Saben que bajo los efectos del alcohol tienden comportarse de maneras más permisivas y riesgosas.</p> <p>b. Afectivo: Los jóvenes gustan de consumir principalmente cerveza o licor. Gustan además de asistir a cantinas o bares donde pueden o no haber sexo servidoras.</p> <p>c. Conativo-Conductual: Los jóvenes no conocen o no parecen identificar un mayor riesgo de adquirir ITS/VIH/SIDA, al consumir cualquier tipo de droga. Saben que bajo los efectos del alcohol tienden comportarse de maneras más permisivas y riesgosas.</p>
--	--

8.2.3.2.FEMENINO

8.2.3.2.1 PLAN DE VIDA

Adolescentes	Jóvenes
Opiniones Comunes: “Estudiar” “Sí es importante hacer un plan de vida”	Opiniones comunes “No sé” “Seguir estudiando” “Trabajar” “Creen que si está bien pensar en que van a hacer en el futuro”
Opiniones diferentes “Ser estudiante, para ser alguien en la vida” “Casarme” “Tener hijos” Estudiar y trabajar “Mis papás me han hablado de eso” “Uno debe pensar primero para ya tener la idea y así no enfermarse”	Opiniones diferentes “Trabajando en casa”
Componentes Actitudinales a. Cognitivo: En este componente de la actitud se evidencia que la mayoría de las adolescentes si piensan sobre elaborar un plan de vida, aunque no lo entiendan exactamente con esas palabras. Por ejemplo los siguientes comentarios lo indican: “Uno debe pensar primero para ya tener la idea y así no enfermarse” o “Ser estudiante, para ser alguien en la vida” entre otros. b. Afectivo: Aquí se evidenció que si les causa emoción pensar en que van hacer en el futuro ya que todas han pensado en algún momento en eso y dicen que es importante hacerlo. c. Conativo-Conductual: Aquí también todas tienen la disposición a llegar a metas que se han trazado. Por ejemplo los siguientes comentarios lo indican: “Casarme”, “Tener hijos” o “Estudiar y trabajar”.	Componentes Actitudinales a. Cognitivo: Las jóvenes de este municipio si saben sobre la elaboración de un plan de vida, basándonos en que casi todas afirmaron que “Creen que si está bien pensar en que van a hacer en el futuro”, aunque otras también opinan “No se”. b. Afectivo: Aquí les pareció indiferente el tema, ya que para que pudieran ponernos atención y luego algunas contestar, se tardaron aproximadamente 15 minutos. c. Conativo-Conductual: Una minoría si tienen la intención de cumplir con las metas establecidas, por ejemplo respondieron: “Seguir estudiando”, “Trabajar”.

8.2.3.2.2 RED SOCIAL DE APOYO

Adolescentes	Jóvenes
<p>Opiniones Comunes:</p> <p>“Si es importante que se de información de esos temas”</p> <p>“Padres”</p> <p>“Han hablado de esto con amigos porque todos son jóvenes”</p> <p>“Prefieren hablar con la mamá”</p> <p>“Prefieren hablar con el doctor”</p>	<p>Opiniones comunes</p> <p>Les gustaría que se les diera información de SIDA</p> <p>Contestan verbalmente y luego existe silencio y se ven preocupadas. El ambiente se vuelve más tenso y difícil de manejar ya que comienzan a querer hacer otras cosas (hacer planas o simplemente ignorarnos). Luego insistimos</p> <p>Les preguntarían de eso a líderes del proyecto</p> <p>Nosotras (USAC) sabíamos que los líderes del proyecto son mujeres, asumimos que entre personas del mismo sexo y quienes les brindan apoyo y ayuda hay más confianza. Y que no querían en cierto momento hablar de ello con nosotras</p> <p>Sería importante que los maestros dieran información</p> <p>También dicen que sí es importante hablar de esto entre amigos</p>
<p>Opiniones diferentes</p> <p>“A doctores o señores mayores”</p> <p>“La maestra y padres”</p> <p>“No, a los padres no porque ellos no entienden”</p>	<p>Opiniones diferentes</p> <p>Continúa una de las adultas diciendo que un patojo va a la escuela a aprender “buen estudio”. Cuando uno no esta en la escuela no sabe; ahora los que están en la escuela están aprendiendo y les enseñan a uno y uno aprende. Reitera- cuando uno ni estuvo en la escuela ni español aprendió, ahora ya saben español o aprenden español</p> <p>Ahora por la escuela ya saben como se van a casar. Los padres de familia no estuvieron en la escuela, entonces no saben como se van a casar, pero ahora con estudio si saben.</p> <p>Como son pobres por eso no saben nada.</p>
<p>Componentes Actitudinales</p> <p>a. Cognitivo: En este aspecto creen que es muy importante buscar información.</p> <p>Continuación...</p> <p>a. Afectivo: Aquí sienten la necesidad de hablar con alguien,</p>	<p>Componentes Actitudinales</p> <p>a. Cognitivo: Nos dimos cuenta que la mayoría piensan que es mejor que temas como el SIDA se hable con maestros.</p> <p>a. Afectivo: Aquí se observaron incomodadas, tensas y preocupadas</p>

<p>aunque muchas veces no pueden hacerlo; por ejemplo el siguiente comentario lo evidencia “No, a los padres no porque ellos no entienden”.</p> <p>b. Conativo-Conductual: Aquí la mayoría tiene la disposición de buscar apoyo en diferentes personas; por ejemplo los siguientes comentarios lo evidencian: “Han hablado de esto con amigos porque todos son jóvenes”, “Prefieren hablar con la mamá “, “Prefieren hablar con el doctor”, “A doctores o señores mayores”, “La maestra y padres</p>	<p>ya que cuando se mencionó la palabra SIDA trataron de ignorarnos, y buscaron hacer otra cosa. Pero luego de un período de silencio y ver nuestra insistencia en el tema hicieron algunos comentarios.</p> <p>b. Conativo-Conductual: Afirmaron que es importante buscar información de sexualidad y SIDA, aunque ellas prefieren buscar a los maestros, en la escuela y también a los líderes del proyecto al que asisten para esa información</p>
---	--

8.2.3.2.3 PRACTICAS SEXUALES: RETRASO DE LA PRIMERA RELACION SEXUAL

Adolescentes	Jóvenes
<p>Opiniones Comunes: Aquí empiezan a tener relaciones sexuales a los: 14, 15, 17, 18, años. “Si se puede esperar más tiempo” “Si se puede retrasar”</p>	<p>Opiniones comunes “La edad a la que los jóvenes empiezan a tener relaciones sexuales es entre los 16-17 años” “Yo pienso que a los 14-15 años “ “a los 14 años” “Es la estrategia más adecuada, diciéndoles a los jóvenes que le puede perjudicar el futuro” “Es importante porque a veces los jóvenes como no saben lo hacen, y por eso se debe decir y explicarles que atrasen su primera relación sexual”.</p>
<p>Opiniones diferentes “Algunas quedan embarazadas antes de los 15 años” “Hay más que están embarazadas de 14 a 15 años”</p>	<p>Opiniones diferentes No hubo.</p>
<p>Componentes Actitudinales a. Cognitivo: Las adolescentes, saben que en su comunidad, la edad de inicio de las relaciones sexuales es entre los 15 y los 18 años. Conocen que los embarazos se dan a esas edades en que se inician las primeras relaciones. No demostraron conocimiento hacia la opción del retraso de la primera relación sexual. b. Afectivo: Las adolescentes, sienten como normal las edades de inicio de la primera relación sexual. Lo cual puede significar un sentimiento negativo hacia la posibilidad de retrasar la edad de su primera relación sexual.</p> <p>Continuación...</p>	<p>Componentes Actitudinales a. Cognitivo: Las jóvenes, no conocen la opción de retrasar la primera relación sexual como algo que les puede ayudar a evitar el adquirir ITS/VIH/ SIDA. Sin embargo, si cree que sería una estrategia útil. b. Afectivo: Las jóvenes no expresaron opiniones que manifestaran sentirse bien o mal con la posibilidad de retrasar la edad a la que se tiene la primera relación sexual. Aunque los comentarios a favor de esa recomendación, hacen pensar que si la aceptan.</p>

<p>c. Conativo-Conductual: La intención de retrasar la primera relación sexual parece aun contemplarse, principalmente en los menores.</p>	<p>c. Conativo-Conductual: Las jóvenes, no muestran intención de decidir acerca de que la fecha de la primera relación sexual sea cuando ellas estén plenamente convencidas de que es lo ideal tanto para ellos como para sus respectivas parejas. Esa intención parece ser más dependiente de la decisión del varón. Aunque si hay o hubo intención de retraso de esa primera relación sexual.</p>
---	--

Adolescentes	Jóvenes
<p>Opiniones comunes No opinar. Ambiente de incertidumbre en todo el grupo. Luego de una breve explicación: “Es mejor que lo sigan haciendo y no ir con otra persona que le pegue alguna enfermedad” -Se escuchan risas de todas</p>	<p>Opiniones comunes Se escuchan risas de todas “Prefiero que lo aclare” “Se escuchan risas de todas” “No se si está bien o mal y se ríe” “No se si está bien o mal” “Es mejor hacer eso porque no hay ningún riesgo” “Es mejor hacerlo, o protegerse los 2 y conocer bien a la pareja, porque hay menos riesgo”.</p>
<p>Opiniones diferentes No hubo opiniones diferentes</p>	<p>Opiniones diferentes “Los jóvenes lo consideran normal”</p>
<p>Componentes Actitudinales</p> <p>a. Cognitivo: Las adolescentes no conocen la palabra masturbación y no expresan una idea que manifieste conocimiento alguno hacia esa práctica.</p> <p>b. Afectivo: Las adolescentes no manifestaron ningún sentimiento de apego o de desaprobación hacia la práctica de la masturbación. Aunque en el comenario, “es mejor que lo sigan haciendo y no ir con otra persona que le pegue alguna enfermedad” se evidencia la aceptación de esa practica pero concebida como una práctica no aceptable y la cual es además propia del varón y de un objetivo puramente de necesidad fisiológica o incluso patológica.</p> <p>c. Conativo-Conductual: Las adolescentes no conciben la masturbación como algo practicable por ellas o su pareja como medio de satisfacción sexual o fuente de placer no penetrativo. La intención de ellas hacia esa práctica parece ser nula.</p>	<p>Componentes Actitudinales</p> <p>a. Cognitivo: Las jóvenes no conocen la masturbación como un medio de satisfacción sexual no penetrativo. Saben que es una práctica particular de los jóvenes. Saben que puede sustituir al sexo y ayuda a evitar riesgos.</p> <p>b. Afectivo: Las jóvenes no muestran sentirse bien con lo relacionado a la masturbación.</p> <p>c. Conativo-Conductual: Las jóvenes no manifiestan intención hacia la masturbación. Pareciera que la aprueban, o mejor dicho la terminan aceptando, pero como practica del hombre.</p>

8.2.3.2.5 PRACTICAS SEXUALES: FIDELIDAD

Adolescentes	Jóvenes
Opiniones comunes No opinaron.	Opiniones comunes “Es importante porque al no ser fiel se puede contagiarse del SIDA, y se pone en peligro la vida de uno, la de su esposo y la de la esposa de él “Pero muchas veces la fiel es la mujer y el hombre no”.
Opiniones diferentes No opinaron.	Opiniones diferentes Risas al escuchar el tema
Componentes Actitudinales a. Cognitivo: No evaluable. b. Afectivo: No evaluable. c. Conativo-Conductual: No evaluable	Componentes Actitudinales d. Cognitivo: Hubo un comentario apoyado por el grupo, en el que se reconoce la importancia de la fidelidad como herramienta para evitar el contagio de SIDA, donde recalcan además el poner en peligro la vida de la pareja. a. Afectivo: Parecen sentirse bien con ser fieles, pero parecieran tambalear en su decisión al percibir la falta de colaboración del hombre. Las risas pueden interpretarse, como un deseo de expresar que no les molesta ser infieles, o al menos, no lo perciben como algo riesgoso. b. Conativo-Conductual: La intención parece ser de ser fieles, partiendo de que lo consideran algo importante para evitar el SIDA. Esa intención se ve influenciada por la duda hacia la capacidad del hombre de ser fiel.

8.2.3.2.6 PRACTICAS SEXUALES: ABSTINENCIA

Adolescentes	Jóvenes
<p>Opiniones Comunes: Ningún adolescente ha escuchado la palabra. “Si es posible que si la mujer no quiere tener relaciones sexuales, no las tenga”</p>	<p>Opiniones comunes Desconocen la palabra. “Es lo más indicado pero el porcentaje es bajo para las personas que lo pueden practicar” “Las mujeres talvez si lo pueden practicar pero los hombres no se pueden controlar” “Si es lo correcto, pero se podría aconsejar practicar otras actividades, para tratar de mantener la mente ocupada en otras actividades así una se despeja”.</p>
<p>Opiniones diferentes No hubo.</p>	<p>Opiniones diferentes “No se puede porque a los hombres les gusta” -Se escuchan risas de todas “Yo creo que no, los hombres no pueden llegar ala abstinencia, porque se vuelve como costumbre” - Se escuchan risas de todas</p>
<p>Componentes Actitudinales (continuación) a. Cognitivo: Las adolescentes, no conocen la expresión abstinencia sexual. Saben que la mujer puede decidir acerca de tener relaciones sexuales o no tenerlas. a. Afectivo: Las adolescentes no mostraron algún interés por hablar acerca de la abstinencia sexual. Lo cual puede significar ignorancia del tema, pero no permite evaluar su apego o desapego hacia poder decir no ante un deseo propio o de la pareja de tener una relación sexo genital.</p> <p>Continuación...</p>	<p>Componentes Actitudinales (continuación) a. Cognitivo: Las jóvenes no conocen la palabra abstinencia. Al darles la explicación, no manifestaron conocer la práctica como una práctica útil para evitar el contagio de ITS/VIH/SIDA. Conocen que es difícil de practicarla y que los hombres son quienes menos la pueden practicar. b. Afectivo: Las jóvenes manifestaron sentirse bien con la idea de practicar la abstinencia finalizado en sección anterior.</p>

<p>b. Conativo-Conductual: La intención de las adolescentes hacia ser abstinentes, no fue expresada, probablemente porque aun no empiezan una vida sexual que les permita hacer una proyección.</p>	<p>c. Conativo-Conductual: La intención de las jóvenes, parece ser de practicarla, sin embargo evidencian la dependencia de la voluntad del hombre, al aceptar que a ellos les gusta tener relaciones sexuales, que es como una costumbre y que a ellos les cuesta ser abstinentes.</p>
--	--

8.2.3.2.7 USO DE CONDON

Adolescentes	Jóvenes
<p>Opiniones comunes:</p> <p>“He escuchado algo”</p> <p>“Es un preservativo que sirve para no contagiarse de enfermedades y no quedar embarazada.”</p> <p>“Lo usan los hombres”</p> <p>“Pocos lo usan”</p> <p>“Como la mitad lo usan”</p>	<p>Opiniones comunes:</p> <p>“Es importante utilizarlo porque se protegen los hombres y las mujeres”</p> <p>“Como un 60% lo usan “</p> <p>-Se escuchan risas de todas</p> <p>“Casi no lo usan, como el 50% o menos</p> <p>“60% de hombres lo usan porque los jóvenes de ahora están más concientes de los riesgos”</p> <p>“Solo el condón para evitar el SIDA porque para evitar otras cosas utilizan otros métodos”</p>
<p>Opiniones diferentes</p> <p>“No he escuchado”, “Yo creo que ninguno lo usa”</p> <p>“Por eso se pueden contagiar de enfermedades”</p> <p>““Por eso se pueden contagiar de enfermedades”</p> <p>“Y también pueden contagiar a la mujer”</p> <p>“Y también pueden contagiar a la mujer”</p>	<p>Opiniones diferentes</p> <p>“50% de hombres lo usan, porque muchas veces están en algún estado de ebriedad y tal vez no saben lo que están haciendo y no lo usan”.</p>
<p>Componentes Actitudinales</p> <p>a. Cognitivo: Las adolescentes conocen el condón como anticonceptivo y como profiláctico. Expresan creer que es un número muy bajo de hombres quienes usan el condón.</p> <p>b. Afectivo: Las adolescentes muestran muy poco interés hacia los condones, tanto en el conocimiento acerca del mismo, como en su uso. Esto se evidencia, por la ausencia de comentarios que expresen deseo de conocerlo.</p> <p>Conativo conductual: Las adolescentes, no expresaron intención de usar el preservativo, aunque el comentario “La mujer le puede exigir al hombre que lo use para no quedar embarazada”, da una aproximación a esa posible intención</p>	<p>Componentes Actitudinales</p> <p>a. Cognitivo: Las jóvenes conocen el preservativo como un profiláctico. Pero no manifiestan conocimiento hacia ITS distintas al SIDA. No expresan conocimiento suficiente acerca del condón.</p> <p>b. Afectivo: Las jóvenes no manifestaron sentirse bien o mal con el uso del condón.</p> <p>c. Conativo conductual: No hay evidencias de intención del uso del condón, más que la que se deduce por la percepción de que es importante para que la pareja se proteja: “Es importante utilizarlo porque se protegen los hombres y las mujeres”.</p>

8.2.3.2.8 PARTICIPACIÓN SOCIAL

Adolescentes	Jóvenes
Opiniones Comunes: -¿Les gustaría participar en grupos para ayudar a los jóvenes a prevenir ITS/VIH/SIDA? ¡¡¡!!! Todas responden SI	Opiniones comunes “Sería muy importante porque casi no se habla de esos temas, porque piensan que es pecado” “Pienso que sería bueno, pero primero tendrían que cambiar a la gente que esta aquí en esos grupos, porque a veces a ellos mismos no les gusta hablar de eso”.
Opiniones diferentes No hubo.	Opiniones diferentes “Es importante estar en un grupo para poder apoyar o ayudar a otros jóvenes”.
Componentes Actitudinales d. Cognitivo: Los adolescentes no conocen grupos sociales u organizaciones deportivas donde puedan participar o al menos, no lo manifestaron. e. Afectivo: Las adolescentes se sienten bien con la idea de participar en actividades en grupos para adolescentes y jóvenes. f. Conativo-Conductual: Si hay intención de participar en grupos sociales por parte de las adolescentes	Componentes Actitudinales d. Cognitivo: Las jóvenes reconocen la funcionalidad de la participación en grupos sociales para evitar el contagio de ITS/VIH/SIDA. Conocen algunos grupos, e incluso comentan haber participado en ellos. Sin embargo, no los conocen como espacios para realizar actividades recreativas a través de las cuales pueden eludir conductas riesgosas de sexo. e. Afectivo: Las jóvenes expresan sentirse bien con la idea de participar en grupos u organizaciones donde halla espacio para jóvenes. Sin embargo, son claras en pedir un cambio en los grupos existentes y que los que vengan, sea a través de personas preparadas, especialmente jóvenes: “Estoy de acuerdo con lo que dice la compañera, porque depende del personal que exista en esos lugares así van hablar, tienen que ser jóvenes formales que no digan las cosas en broma, que sean maduros y amables para ganarse la confianza de los jóvenes”. f. Conativo-Conductual: Las jóvenes expresaron que si están interesadas en participar en grupos

8.2.3.2.9 MANTENERSE SOBRIO

Adolescentes	Jóvenes
<p>Opiniones Comunes:</p> <p>“Si afecta”</p> <p>“Afecta a la salud”</p> <p>“Puede tener una relación y se le puede pegar alguna enfermedad”</p> <p>“Puede quedar embarazada y los bebés no nacen bien”</p>	<p>Opiniones Comunes:</p> <p>“Si porque pueden hacer cosas que pongan en peligro su vida”</p> <p>“Se pueden ir con otra mujer y contagiarse”</p> <p>“Si una mujer está inconsciente podrían abusar de ella”</p> <p>“En un drogado se podrían contagiar por el uso de jeringas”</p> <p>“Al informarse puede ser que aunque beba alcohol puede pensar en protegerse, o irse a otro lugar”.</p> <p>“Es importante informar porque así pueden prevenir las enfermedades”.</p>
<p>Opiniones diferentes:</p> <p>“Se pueden contagiar de alguna enfermedad</p> <p>“Venden drogas en bolsitas”</p> <p>“Puede contagiar a una persona al tener relaciones sexuales”</p> <p>“La mujer así no sabe lo que hace</p> <p>“Puede quedar embarazada”</p> <p>“Hay que evitarlas para tener mejor vida en el futuro”</p> <p>“También por los Hijos”</p> <p>“Por la atención a los hijos y protegerlos”</p> <p>“Para tener buena salud”</p> <p>“Para tener buena vida en el futuro y que no dañen a sus hijos”</p>	<p>Opiniones diferentes:</p> <p>“En un drogado se podrían contagiar por el uso de jeringas”</p> <p>“Al informarse puede ser que aunque beba alcohol puede pensar en protegerse, o irse a otro lugar”.</p> <p>“Es importante informar porque así pueden prevenir las enfermedades”.</p>
<p>Componentes Actitudinales (continuación)</p> <p>a. Cognitivo: Los adolescentes conocen los nombres de muchas drogas, y con alta probabilidad de no haber probado ninguna, parecen poseer todos en común el concepto de algo perjudicial. Sin embargo, no expresan suficiente conocimiento sobre el riesgo de las infecciones de transmisión sexual</p> <p>b. Afectivo: No parece existir aceptación hacia ningún tipo de drogas. Sin embargo, no demuestran apego a la percepción de</p>	<p>Componentes Actitudinales (continuación)</p> <p>a. Cognitivo: Las jóvenes de San Andrés Semetabaj, si conocen del riesgo que significa el consumo de drogas para la transmisión de ITS/VIH/SIDA. Identifican la posibilidad de que la persona bajo los efectos de alguna droga, pueda tener relaciones sexuales con una persona infectada.</p> <p>b. Afectivo: Las jóvenes indican no consumir drogas, lo que puede significar no sentirse bien con el consumo de las</p>

<p>Continuación...</p> <p>Riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual cuando se consume drogas.</p> <p>c. Conativo-Conductual: La intención de uso de drogas es evidentemente inexistente. Aunado a la no intención de inicio de relaciones sexuales, es relativamente deducible, una intención de no incurrir en el riesgo evaluado.</p>	<p>mismas, y por tanto, desaprobación a tener relaciones sexuales con el uso de cualquier droga.</p> <p>c. Conativo-Conductual: La intención de uso de drogas y tener relaciones sexuales, no parece existir entre las jóvenes participantes.</p>
--	--

4.2.2.3ANALISIS SAN ANDRES SEMETABAJ

(Por Heriberto Elíoenaí Reyes de León)

Los adolescentes varones, no conocen lo que significa *plan de vida*, expresan interés por alcanzar una meta o sentirse bien con la idea de hacerlo, y dicen además que si piensan en su futuro. Algo muy similar sucede con las mujeres. En los dos grupos hay quienes se visualizan con una meta académica alcanzada o en proceso de alcanzarla en un futuro. Los hombres expresan querer trabajar, al igual que las mujeres, aunque ellas, todas identifican en su futuro el hecho de formar un hogar, hay quienes tienen el deseo de ser profesionales. Ven como importante planificar su vida, y si le ven utilidad a planear su vida para evitar ITS/VIH/SIDA, aunque no son capaces de expresarlo espontáneamente.

Los jóvenes hombres tampoco conocen el término plan de vida, pero si tienen una idea más clara de lo que quieren lograr en la vida, demuestran sentirse bien con la idea de planificar su futuro, y dicen que si planifican o si tienen intención de hacerlo, y mencionan metas, la mayoría inespecíficas aunque no saben expresar lo que se necesita para hacerlo. Los hombres tienen metas profesionales, con el objetivo de mejorar sus vidas. Algo también parecido sucede con las mujeres. Pero igualmente, como en las adolescentes, el formar un hogar o tener hijos, es una meta fija, no una opción.

La mayoría coincide en no tener intención de hablar con sus padres acerca de planificar su vida. Esto porque no existe la confianza necesaria, y a ellos les da vergüenza hablar de cosas de adultos con ellos.

La gran mayoría expreso querer platicar de cosas como el plan de vida con pares. Unos pocos tomarían en cuenta a los maestros, otros pocos a personas de instituciones y muy pocos con sus padres y profesionales para hablar de planes de vida.

Los participantes, no conocen la opción de usar *redes de apoyo naturales o formales* para abordar sus problemas. Se sienten bien con la idea de buscar estas redes, pero piden características especiales, como el hecho de que sean sus iguales, pero preparados, que no participen su padres, y que quienes asuman los roles, sean personas preparadas. Tanto los hombres como las mujeres, de igual manera en los dos grupos de edad abordados, identifican la red natural de pares, como la ideal para intercambiar información. Aunque los hombres se identifican a si mismos como agentes distorcionadores de la información. Las mujeres dicen que les gustaría recibir apoyo a través de jóvenes. Los adolescentes identifican sentimientos de falta de respeto y de vergüenza al intentar hablar de sexualidad, sexo y planes de vida con los padres y maestros.

Todos los grupos participantes, reconocen que las *edades de la primera relación sexual* oscilan entre los 13 a los 17 años, por igual en ambos sexos. No conocen esa situación como un riesgo para ITS/VIH/SIDA, no manifiestan ningún sentimiento favorable o desfavorable hacia esa situación y su intención parece ser indefinida. Los adolescentes aceptan la posibilidad de retrasar esa edad, incluso, no manifiestan interés por mantener una relación de genero, manifiestan falta de responsabilidad para ello y un deseo por disfrutar la adolescencia. Los jóvenes, la mayoría puede haber ya alcanzado esa edad, pero tampoco la identifican como riesgo. Esa primera relación, se da muchas veces en la primera relación de noviazgo, lo que desemboca muchas veces en embarazos no deseados, los que obligan a una unión de hecho o casamiento, los cuales suceden según ellos a los 17 o 18 años.

En relación a la *abstinencia*, los y las adolescentes no conocen su significado. Se sienten bien con la idea de poder decir no al deseo de tener relaciones sexuales, y su intención parece encaminada hacia la abstinencia. Sin embargo, todo ello, es un supuesto, pues ninguno de ellos parece haber tenido experiencia en una relación de género y mucho menos experiencia sexual.

Los y las jóvenes, conocen el significado del término, aunque no la palabra. Ambos grupos se sienten bien con la idea de abstenerse, pero la intención de los jóvenes parece ser de no practicarla, pues como las mujeres lo perciben, dicen que el deseo sexual es como un vicio, el cual es difícil de evitar. Las mujeres expresan ser capaces de practicar la abstinencia, pero evidencian en sus comentarios, no ser capaces de hacer valer su opinión, pues hacen ver que ellas si pueden, pero para el hombre es muy difícil. Además los jóvenes, consideran que oportunidad que se presente, es oportunidad que debe ser aprovechada, aunque también hubo quienes compartieron la idea de que las ITS/VIH/SIDA pueden ser algo que motive a la abstinencia.

La *masturbación* es un tema muy poco tratado entre los adolescentes. No conocen el término, y consideran que es algo malo. Al darles una breve explicación, manifiestan comprenderla como algo propio del hombre, no conciben que una mujer pueda masturbarse o ser masturbada, no tienen conocimiento acerca de que la masturbación pueda ser un medio de satisfacción sexual no penetrativo. No se sienten bien con la idea de la masturbación, y no manifiestan intención de practicarla. Las adolescentes, consideran que el hombre lo puede hacer en lugar de correr el riesgo de infectarse, pero no expresan intención de auto masturbarse o de practicar masturbación mutua con la pareja en lugar de tener sexo penetrativo.

Los jóvenes, tienen conocimientos sobre la masturbación, los cuales en su mayoría demuestran un sentimiento de culpabilidad por el mote de perversión y de daño físico y mental originado por la práctica. Se sienten incómodos al hablar de ello. Pero al tomar en cuenta el lenguaje no verbal manifestado al abordar el tema, da la impresión de que si se practica, a pesar de que argumentaron que si no se hablaba de ello era porque no se hacia.

La *fidelidad*, es un término que no es conocido entre los adolescentes, no expresan conocimiento de riesgo para ITS/VIH/SIDA al no practicarla. Parecen sentirse bien con la idea de ser fieles, aunque, es de tomar en cuenta el hecho de que no han tenido relaciones de género y por tanto, no pueden hablar de algo que no han podido experimentar. Hubo alguien en el grupo que dijo que quería tener dos novias. Ellos no conciben los múltiples noviazgos como infidelidad.

Los jóvenes conocen el término fidelidad, pero no manifestaron darle importancia para evitar riesgo para ITS/VIH/SIDA. El comentario que hace referencia a no perder una oportunidad en cuanto a una relación sexual, pone de manifiesto que no hay intención de practicar la fidelidad. Cabe mencionar una fidelidad relativa, dependiente de los términos que se establecen con la pareja, en los que si es algo serio, pues se corresponde, y si ni lo es, pues se puede ser infiel. Por su parte las jóvenes manifestaron preocupación por practicar la fidelidad si la pareja masculina no lo hace.

Acerca del *condón*, los y las adolescentes no tienen conocimientos suficientes, lo asocian más con su función anticonceptiva que como profiláctico. Se sienten mal cuando hablan del mismo, no tienen intención de usarlo y no son capaces de comprarlo y ni siquiera saben

donde adquirirlo. Es importante resaltar que no son capaces de nombrar más de una ITS, y no pueden hablar acerca de ninguna de ellas, aunque si mencionan que para no adquirirlas, la forma es no tener relaciones sexuales.

Los jóvenes tienen conocimientos muy errados acerca del condón, los cuales son generados entre ellos mismos. Se sienten incómodos con comprar un preservativo dicen que no es lo mismo tener una relación usándolo que no usándolo. Las jóvenes no expresaron conocimientos suficientes hacia conocimiento acerca de este tema, ni intención de motivar a su pareja a usarlo.

Las *drogas* son poco conocidas por los adolescentes en San Andrés Semetabaj, aunque ellos son capaces de nombrar varias de ellas, manifestaron no consumir ninguna, refiriendo a personas de otros lugares como usuarias de las mismas, y relacionando las drogas con los integrantes de maras. No manifestaron conocimiento concreto acerca del riesgo de ITS/VIH/SIDA con el consumo de drogas, aunque si hubo quienes hicieran referencia a que cuando las personas se encuentran bajo el efecto de las drogas o el alcohol son capaces de tener relaciones sexuales con cualquiera y de enfermarse.

La participación en *grupos o espacios sociales o deportivos* como un medio para eludir los riesgos de ITS/VIH/SIDA, no es concebida como tal por los adolescentes y jóvenes. Expresan no conocer instituciones que den esos espacios. Les gustaría participar en algún grupo, los adolescentes prefieren los de actividades deportivas y lo jóvenes no lo especifican, aunque ellos mismos manifiestan además que sus padres son un obstáculo para ello pues consideran que esas actividades no son productivas económicamente.

9. ANALISIS GENERAL

Los participantes adolescentes y jóvenes, no conocen el término “plan de vida”, ni fueron capaces de nombrar con palabras propias, un proceso similar a planificar su vida. Esto puede ser tomado, de primera intención, como un conocimiento deficiente con relación al plan de vida. No expresaron experiencia alguna sobre esto, como un proceso sistematizado de realizar una planificación, ni evidenciaron estar concientes de la necesidad de realizar esos planes, ni de la posibilidad de cambiarlos conforme se avanza en la búsqueda de los mismos. No hubo conocimiento alguno, sobre la importancia de realizar esa planificación, para así evadir problemas relacionados con ITS/VIH/SIDA.

El componente afectivo hacia “el plan de vida”, es difícil de explorar, partiendo del hecho de que no conocen el término. Por tanto, es muy presuntuoso tratar de agrupar sus respuestas como: se sienten bien o mal planificando su vida. Esto es más evidente, en los adolescentes, y principalmente en los de edades menores, pues aunque dicen querer ser alguien en la vida, no lo expresan como un plan. En tanto lo jóvenes, aunque ya tienen un poco más definidas sus metas, tampoco las expresan como un plan y no manifestaron sentimiento alguno hacia tomarse un tiempo para planificar su vida.

La intención de planificar su vida, en los participantes, parece ser de si hacerlo. Aunque como ya se menciono, no lo hacen como un proceso sistematizado, es evidente, que a través de metas, ellos planifican su futuro. Acá, es importante resaltar el hecho, de que esas metas, van encaminadas a ocupar un lugar importante dentro de la sociedad a la que ellos perteneces, en la que el hombre tiene como fin ser quien provee el sustento de la familia, el jefe o cabeza de familia, para lo cual se ve en un futuro como un trabajador, en tanto, la mujer aspira a ocupar su lugar como la que provee y cuida a los hijos, y por ello, su meta es “estar casada”, “con hijos”. .

En general, la actitud de los adolescentes y jóvenes participantes hacia planificar su vida, es negativa.

El comportamiento, de hablar de sexualidad, sexo y planes de vida con adultos, pares, personal de salud y maestros, para ayudar a evitar el contagio de ITS/VIH/SIDA, en los adolescentes y jóvenes, es evaluado globalmente de forma negativa. Esto, deducido, en primer lugar, de hechos tales como: no conocen este comportamiento como algo que tenga esa utilidad (componente cognitivo nulo), no se sienten bien hablando de esos temas con sus padres, con adultos o con sus mismos compañeros, y ni siquiera conocen al personal de salud como posibles proveedores de atención de esa necesidad (componente afectivo deficiente) y por último, aunque si hablan de estos aspectos, entre amigos, no tienen la intención de hacerlo con sus padres o con los maestros por considerarlo una falta de respeto. Aunque cabe mencionar que si parecen estar interesados, en que personas capacitadas les brinden esa ayuda.

Por eso último, la actitud hacia las redes formales e informales de apoyo como ayuda para prevenir ITS/VIH/SIDA, pasa de ser negativa, a positiva, en virtud de la obvia intención que tienen de ser abordados por ellas.

La masturbación, es desconocida con ese término entre la mayoría de los grupos evaluados. Aunque cabe resaltar, que es una práctica muy corriente entre los adolescentes (menores incluso

de 12 años) principalmente en el municipio Panajachel y los jóvenes, aunque dicen si conocerla, se refieren a ella como una práctica ajena.

No conocen a la masturbación como una forma de satisfacción sexual no penetrativa, y desconocen que la posibilidad de una masturbación en la mujer (quienes creen que es posible, la confunden con la menstruación “la mujer no hecha semen sino que sangre”). Existen muchos conocimientos errados con relación a esa práctica y la mayoría, le dan un matiz perverso, degenerado o psicopatológico: “se enferma de la mente” “se vuelve un vicio y es malo”. Las mujeres en tanto, la ven como algo que deben aceptar y preferir ante otras opciones, pero solo como un mecanismo de escape para el deseo sexual del hombre.

Los participantes varones, manifestaron sentirse mal con la práctica de la masturbación, esto a raíz de los conocimientos que poseen de ella. Por su lado las mujeres, son indiferentes ante esa práctica, recordando que ni ellas mismas la conciben como un mecanismo de proporcionar satisfacción mutua o auto satisfacción.

El componente conativo conductual de la masturbación, es de si tener intención de práctica. Pero esto, solo para el varón.

La práctica sexual de retrasar la primera relación sexual, es desconocida como un factor protector ante el riesgo de contagiarse de ITS/VIH/SIDA por la mayoría de los participantes. Los adolescentes, parecen tener un sentimiento de rechazo incluso hacia iniciar cualquier tipo de relación (esto principalmente en los menores de 14 años). La mayoría de jóvenes, expresaron su sentimiento hacia esa práctica, como algo que posiblemente hubiera sido funcional. La intención, por tanto, parece ser de si retrasar esa edad a la que se tiene la primera relación sexual, principalmente en las y los adolescentes, en quienes, la medida parece aún ser aplicadas.

Abstinencia, es una palabra desconocida entre los participantes. Los adolescentes, creen que quien inicia a tener relaciones sexuales, difícilmente se detiene, pues, “se convierte en un vicio”. En tanto lo jóvenes varones piensan algo parecido “media vez se le hecha fuego al ocote” con lo parecen querer expresar que cuando se llega a cierto nivel de excitación es imposible detener el deseo, las jóvenes, manifiestan bastante apego a la idea de ser abstinentes, pero parecen ponerse a disposición de lo que el hombre decida.

La intención de la abstinencia, parece ser de si practicarla para las mujeres, y de no hacerlo para los hombres. En los adolescentes, es importante mencionar, que es difícil de evaluarlo, pues la mayoría no ha iniciado siquiera una relación de genero de cualquier tipo, por lo que en sus comentarios “hay que disfrutar la vida”, se evidencia que no tienen propiedad para hablar de la abstinencia.

La fidelidad, es una práctica, que incluso, la palabra en si es desconocida por la mayoría de los participantes. No conocen la fidelidad como una práctica que les ayude a prevenir ITS/VIH/SIDA. Los adolescentes, la mayoría, manifestó no tener deseos de tener novia, y en caso de llegar a hacerlo, les gustaría tener una sola. Los jóvenes hombres se sienten bien con la idea de ser fieles, en tanto la relación sea basada en acuerdos previos que incluyan fidelidad. Las mujeres reconocen que son capaces de ser fieles, pero resaltan que los hombres no lo son. Cabe mencionar, que los jóvenes del municipio de Panajachel, mencionaron ciertas relaciones en las cuales es común un fenómeno de reciente inicio en el que las novias son utilizadas entre amigos, para relaciones donde hay “manoseos” (caricias eróticas), para lo cual se prestan concientes, tanto los hombres como las mujeres.

En términos generales, la fidelidad es aceptada más por los y las jóvenes que por los adolescentes (entre los 15 y 19 años).

Acerca del condón, todos los participantes evidenciaron muchos conocimientos erróneos. Es más conocido como un anticonceptivo que como un profiláctico “sirve para no embarazar a la mujer”. Son incapaces de nombrar ITS. Todos tienen un sentimiento de vergüenza hacia la idea de adquirir o usar un preservativo. Los jóvenes, prefieren no usarlo o comprarlo, a que su comunidad se entere que se disponen a tener un acto sexual “yo por ejemplo no me gustaría que se enteren, porque la gente luego piensa ese va a hacer algo malo.

La intención de uso de condón, parece ser de no usarlo.

La participación social, es desconocida como un mecanismo protector ante el riesgo de adquirir ITS/VIH/SIDA. No conocen otras instituciones o grupos distintos a los de las iglesias, donde puedan participar. No hay en sus establecimientos de estudio, espacios donde puedan desarrollarse como entes distintos a lo que representa ser estudiantes. Se sienten bien con la idea de participar en actividades sociales (mayormente los adolescentes, pues los jóvenes, prefieren realizar actividades económicamente remunerables), o más bien deportivas. Tienen la mayoría la intención de participar en actividades de grupos. No todos acudirían a los grupos de las iglesias.

La actitud hacia la participación social es en términos globales positiva.

Las drogas o sustancias adictivas, no son conocidas entre los participantes como un factor de alto riesgo para contagiarse con ITS/VIH/SIDA. Todos tienen un sentimiento de desprecio hacia las drogas. Aunque cabe mencionar que específicamente para el alcohol (la droga más común) no hay en los adolescentes que lo consumen, un sentimiento de desaprobación. Las mujeres son quienes más perciben el riesgo “una mujer súper ebria no sabe lo que hace” “el hombre ya bolo se mete con cualquiera”, “el hombre ya tomado no se da cuenta de lo que hace”, son quienes más desprecian las drogas de cualquier tipo.

El comportamiento “mantenerse sobrio”, es evaluado positivamente por todos los participantes, principalmente por los adolescentes y las mujeres.

10.CONCLUSIONES GENERALES

La actitud de los adolescentes y jóvenes hacia elaborar un plan de vida, es favorable. Ya tienen una estructura básica de ello, a partir de la cual se puede adaptar un plan concreto.

Para usar redes de apoyo en la prevención del contagio de ITS/VIH/SIDA, los adolescentes y jóvenes muestran una actitud de aceptación. Definen claramente que red natural es la más adecuada para ellos y cuales son sus características. También se muestran abiertos a ser abordados por las redes formales.

La actitud hacia retrasar la primera relación sexual es de aceptación por parte de los adolescentes, parecido a lo propuesto por los jóvenes.

La abstinencia sexual, es una práctica que los adolescentes ven con una actitud de aceptación y de posibilidad de ponerla en práctica. No así los jóvenes.

La fidelidad es un comportamiento aceptado por los adolescentes y jóvenes, aunque los primeros no lo practican por no participar en relaciones de género y en los segundos por no sentirse motivados y por no percibirla como conducta de riesgo.

La masturbación no es un comportamiento que pueda ser aceptado por los adolescentes debido a que no han desarrollado intereses sexuales en sus relaciones de género. En los jóvenes debido a los diversos pensamientos erróneos que giran derredor de ellos, la masturbación se recibe con una actitud de rechazo.

La participación en grupos sociales o deportivos es un comportamiento visto de mejor manera por los adolescentes que por los jóvenes.

El evitar el consumo de drogas para evitar el riesgo de infectarse con ITS/VIH/SIDA es un comportamiento que tiene aceptación amplia en los adolescentes, y un poco menor en los jóvenes.

11.RECOMENDACIONES GENERALES

El plan de vida, es un comportamiento que debe ser introducido a los adolescentes y jóvenes por los maestros y por pares, tomando en cuenta las barreras que impondrán los padres.

El hablar de sexualidad, sexo y planes de vida, será bien aceptado por los jóvenes y adolescentes a través de pares (preparados), por los maestros y otras instituciones, reconociendo la importancia de la religión, y la necesidad de que la iglesia no de información incompleta o manipulada con el engañoso objetivo de evitar que el adolescente o joven se degenera .

Retrasar la primera relación sexual es un comportamiento que debe ser introducido prontamente, que será muy tomado en cuenta principalmente por los adolescentes.

Este comportamiento puede ser promovido principalmente por los maestros.

Practicar la masturbación es un comportamiento que debe ser desmitificado, para lo cual la educación a través de pares puede ser de mucha utilidad para diseminar conocimientos reales. Debe incluirse entre los contenidos de este tema, la masturbación femenina.

La fidelidad es un comportamiento que debe aprovechar las ideas originales de la cultura propia de esas comunidades, tales como el hecho de que las personas infieles pierden el respeto del resto de la comunidad. Debe motivarse a la pareja a vivir otros aspectos de la sexualidad distintos al sexo, para que en las relaciones donde hay prácticas sexuales, no se de la infidelidad a causa del deterioro en la atracción del cuerpo de la mujer. Debe enseñarse a los adolescentes que los noviazgos múltiples también son infidelidad y también conlleva riesgos.

El volver a la abstinencia sexual es un comportamiento más factible de ser aceptado en la mujer, debe ser ella quien explique a su pareja la importancia del porque ser abstinentes. El varón debe ser educado a través de la mujer. Al varón se le debe enseñar que debe respetar la decisión de la mujer de decir que no, pues en estas comunidades, la abstinencia es bastante dependiente de la decisión del hombre.

El uso del condón puede ser introducido en estas comunidades a través de los pares, pues ha sido esa vía por la cual ese tema ha sido tratado.

La participación en grupos sociales o deportivos tiene aceptación entre los adolescentes pero no los identifican. Es necesario promover en las comunidades la organización de esos espacios. Para los jóvenes es necesario tomar en cuenta su situación económica como personas productivas, por lo cual será más difícil ofrecerles la idea de participar en grupos de este tipo.

Los adolescentes y jóvenes hombres son quienes más necesitan ser educados en cuanto al riesgo que implican las drogas para las ITS/VIH/SIDA.

12.BIBLIOGRAFIA

1. Alcoberro, R., Rawls, J. Vocabulario de la teoría de la justicia; filosofía i pensament. Paris, Francia, 2001 [en línea] disponible en: <http://www.alcoberro.info/rawls>. 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. [en línea] disponible en: <http://www.index-f.com/cuali/observacion.pdf>. 2 de agosto de 2005
4. Antognazza, E.J. Actores de una vida ficticia. . [en línea] disponible en: [http://www. Ideasapiens.com](http://www.Ideasapiens.com) 24 de julio 2005 .
5. Calderón, C. Criterios de Calidad en La investigación cualitativa en salud (ICS): Apuntes para un debate necesario. Rev Esp Salud Pública 2002; sep-oct 2002. 76 (5) 473-482
6. Camus, M. La sexualidad entre los mayas y el sida. Guatemala: Médicos Sin Fronteras, 2000. 58p.
7. Carner, G. El VIH y el SIDA en Guatemala y la intervención de USAID. Guatemala: USAID. [en línea] disponible en: <http://www.usaidgua.org>. 18 agosto 2005
8. Centro Psicológico de Terapia de Conducta. Rol del psicólogo especialista en sexología. España. 2000. [en línea] disponible en: <http://www.cop.es/colegiados>. 27 julio 2005
9. Colegio oficial de Psicólogos de España. Psicología de la intervención social España, 2003. [en línea] disponible en: <http://www.cop.es/perfiles>. 5 de agosto 2005
10. Corral, S. Juventud maya y sexualidad. Guatemala: PRODESCA Atz'anem K'oj, 2002.40p.
11. Cuentas Nacionales en VIH/SIDA Estimación de flujos de financiamiento y gasto en VIH/SIDA. Guatemala 1999/2000. [en línea] disponible en: <http://www.flujosfinancieros/vih/sida.com> 28 de julio 2005

12. Dewhurst, S. et al. SIDA: conceptos generales. University of Rochester and Stephen Dewhurst, 1996-99 [en línea] disponible en:
<http://www.urmc.rochester.edu/smd/mbi/grad2/VIH>.
 7 de agosto 2005

13. Family Health International. Comunicación para el cambio de comportamiento y la salud reproductiva. [CD-ROM] Family Health International (FHI) 2005.

14. Comunicación para el cambio de comportamientos en VIH/SIDA [CD-ROM] HIV/AIDS Prevention and Care Resources. Junio de 2001.

15. Infecciones de transmisión sexual: un marco de trabajo estratégico. [CD-ROM] HIV/AIDS Prevention and Care Resources. Junio de 2002.

16. Intervenciones en jóvenes con VIH [CD-ROM] HIV/AIDS Prevention and Care Resources. Junio de 2001.

17. Recolección de datos sobre comportamientos de riesgo relacionados al VIH. [CD-ROM] HIV/AIDS Prevention and Care Resources. Junio de 2001.

18. Gente Joven. Glosario [en línea] disponible en: <http://www.gentejoven.org.mx/glosario.asp>.
 2 de Agosto de 2005.

19. Grupo Técnico Interinstitucional de Información, Educación y Comunicación Estrategia Nacional de Información, Educación y Comunicación en Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes y Jóvenes. Guatemala: GTI/IEC 2005 41p.

20. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Área de salud Sololá. Sala situacional 2005. Sololá, 2005. (Presentación en Power Point)

21. Encuesta nacional de salud materno infantil 2,002. Guatemala: MSPAS, 2003 36p

22. Estimaciones y proyecciones de la epidemia de VIH/SIDA: Período 1980-2010. Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud. Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA Departamento de Epidemiología. Guatemala: MSPAS, Proyecto Acción SIDA de Centroamérica 2002. 14p

23. Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA. Informe de notificación de casos de SIDA acumulados de 1984 a diciembre 2004 a Nivel Nacional. Guatemala: MSPAS, 2004. 7p

24. Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA. Informe de notificación de casos de SIDA acumulados de 1984 a diciembre 2004 Área de Salud Sololá. Guatemala: MSPAS, 2004. 4p

- 25.....Programa Nacional Materno Infantil. Manual técnico de prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual. Guatemala: MSPAS, 1998 27p.
- 26.....Política: Salud para la adolescencia y la juventud. (2003 – 2012). Guatemala: MSPAS, 2004, 26p.
- 27.Guatemala. Secretaria de Planificación y Programación SEGEPLAN. Política de desarrollo social y población: Informe Anual 2004. Guatemala: SEGEPLAN, 2004. 32p
- 28.Herlocher, T, et al; Traducción Romy Benard-Rodríguez ¿Puede la teoría ayudar en la prevención del VIH? Estados Unidos: The Center for AIDS Prevention Studies at the University of California San Francisco. 1996. 5p
- 29.John D. y Catherine T. 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”. UNIFEM, CimaNoticias julio 2004. [en línea] disponible en: <http://www.cdc.gov/hiv/partners/PSP/objective.htm> 9 de Agosto de 2005.
- 30.La técnica de recolección de información mediante los grupos focales [en línea] disponible en: <http://www.huitoto.udea.edu.co> 2 de Agosto de 2005
- 31.Martínez Migueles, M. Los grupos focales de discusión como método de investigación. Universidad Simón Bolívar. [en línea] disponible en: <http://www.prof.usb.ve/miguelm> 15 de Agosto de 2005
- 32.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: ONUSIDA, 2003. 69p
- 33.Morales, J.F. et al. Psicología social. Barcelona: Mc Graw-Hill, 1998. 1,024p.
- 34.Municipalidad del Departamento de Sololá. Boletín municipal. [en línea] disponible en: <http://www.inforpressca.com/solola/> 27 de julio de 2005.
- 35.Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, ONUSIDA Situación actual de las Américas: HIV Prevention Strategic Plan Through. Washington: OPS, 2003
- 36.....Panorama mundial de la epidemia del SIDA: Informe de ONUSIDA/OMS. [en línea] disponible en: http://www.unaids.org/epidemic_update 3 de Agosto de 2005

- 37.....situación mundial de las infecciones por VIH. (cartel) Guatemala: ONUSIDA, 2001
- 38.Ricoveri Marketing. Los grupos focales. [en línea] disponible en:
<http://www.ricoveri.tripod.com>.
5 de Agosto de 2005.
- 39.Santana, L. y L. Gutiérrez. Investigación etnográfica: Experiencias de su aplicación en el ámbito educativo. El Mácaro, 2005. 7p
- 40.Sepúlveda, R. et al. Psicología y Salud: El papel del apoyo social. Revista Médica de Santiago. V.1 (2) 12 1998
- 41.Servicio de Información Municipal. Sololá, departamento de Guatemala: Demografía del departamento de Sololá. Junio del 2005. [en línea] disponible en:
<http://www.inforpressca.com/municipal>
1 de Agosto de 2005.
- 42.Taylor, J. Elements or Effective HIV Programs for Adolescents. [en línea] disponible en:
<http://www.paho.org/spanish/AD/FCH/CA/YouthHIV.pdf>.
3 de Agosto de 2005.
- 43.Toro, Joe. Metodos de prevención y cambios de comportamiento. [en línea] disponible en:
<http://www.caribbean-march-2004.org>
2 de Agosto de 2005
- 44.United Nations Educational, Scientific, and Cultural Organization. Cambiar los comportamientos de riesgo y reducir la vulnerabilidad: La acción de la UNESCO contra el VIH/SIDA[en línea] disponible en:
<http://www.ibe.unesco.org/International/Publications/ProspectsPdf/122s/122sdic.pdf>.
24 de Agosto de 2005.
- 45.United Nations Population Fund. Pormoción de un comportamiento más saludable. Estado de la población mundial 2004. [en línea] disponible en:
<http://www.unfpa.org/swp/2003/espanol>
5 de Agosto de 2005.
- 46.Universidad de Maryland, Centro Médico Comportamientos sexuales más seguros. [en línea] disponible en: <http://www.umm.edu/esp>.
2 de Agosto de 2005.

13.ANEXOS

13.4.ANEXO 1

Instrumento para Recolección de Datos
“Actitud de los Adolescentes y Jóvenes del Departamento de Sololá Ante los
Comportamientos Recomendados por la Estrategia Nacional de IEC/CCC/SSRA⁸”
Municipios de Panajachel, San Andrés Semetabaj y Santa Catarina Palopó,
Departamento de Sololá
Agosto – Septiembre 2005

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: _____
9. Etnia: _____

⁸ IEC / CCC / SSRA: Información, Educación y Comunicación en Comunicación para Cambios de Comportamientos en Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes y Jóvenes (incluye Jóvenes aunque en las abreviaturas de la Estrategia, no aparece la “J”.

13.5.ANEXO 2

Instrumento para
Grupo Focal
“Actitud de los Adolescentes y Jóvenes del Departamento de Sololá Ante los
Comportamientos Recomendados por la Estrategia Nacional de IEC/CCC/SSRA”
Municipios de Panajachel, San Andrés Semetabaj y Santa Catarina Palopó,
Departamento de Sololá

LUGAR DE LA REUNION: _____

FECHA DE REUNIÓN: ____/____/____

HORA DE INICIO: ____:____ HORA DE FINALIZACION: ____:____

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.

13.6.ANEXO 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.

13.7.ANEXO 4

INSTRUCTIVO DEL INSTRUMENTO GRUPOS FOCALES

Disposiciones Generales del Instrumento:

El instrumento (boleta de recolección de datos) está 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.

13.8.ANEXO 5

Hoja de Conocimiento Informado:

Grupo Focal

“Actitud de los Adolescentes y Jóvenes del Departamento de Sololá Ante los Comportamientos Recomendados por la Estrategia Nacional de IEC/CCC/SSRA” en los Municipios de Panajachel, San Andrés Semetabaj y Santa Catarina Palopó, Departamento de Sololá

Lugar y Fecha de la actividad:_____

Buenos días respetables adolescentes o jóvenes, mi
compañero _____, identificado con

_____ y yo _____

identificado con _____, somos Estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, y estamos realizando una investigación acerca de la “Actitud de los Adolescentes del Departamento de Sololá hacia los Comportamientos Recomendados por la Estrategia Nacional de IEC/CCC/SSRA”⁹. 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 cuál 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 pensaremos 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:

⁹ IEC/CCC/SSRA: Información, Educación y Comunicación / Comunicación para Cambios de Comportamientos /en Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes que también incluye a jóvenes.

13.9.ANEXO 6

Hoja de Autorización:

Grupo Focal “Actitud de los Adolescentes y Jóvenes del Departamento de Sololá Ante los Comportamientos Recomendados por la Estrategia Nacional de IEC/CCC/SSRA” en los Municipios de Panajachel, San Andrés Semetabaj y Santa Catarina Palopó, Departamento de Sololá

Lugar y fecha: _____

Yo _____ de _____ años de edad.
(Nombres) (Apellidos)

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 solicita 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

13.10.ANEXO 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.

13.11.ANEXO 8

DEPARTAMENTO DE SOLOLÁ



13.12.ANEXO 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 Uatlán	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

13.13.ANEXO 10

(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
Panajachel	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
San Andrés	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
San Antonio	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
San José	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 indígena	185	199	217	236	256	279
San Juan La Laguna	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
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
San Marcos La Laguna	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
San Pablo La Laguna	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
San Pedro La Laguna	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
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
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
Santa Clara La Laguna	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
Santa Cruz La Laguna	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 indígena	206	210	215	221	226	231
Santa Lucía	17,620	17,982	18,347	18,718	19,096	19,480
Indígena	16,630	16,971	17,316	17,666	18,023	18,385
no 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
Sololá	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
-------------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

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

13.14.ANEXO 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 la 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 período 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 acudió a algún servicio para realizárselo.

13.15.ANEXO 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 PREVENCION 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 religiosos 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, período 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.

14.GLOSARIO

ACSLCS: Asociación Coordinadora de Sectores de Lucha contra el SIDA

ADOLESCENTES: Población comprendida entre los 10 – 19 años

APROFAM: Asociación Nacional de Planificación Familiar. Organización semi-privada que ofrece servicios de planificación familiar (con la excepción de abortos) sobre la base del pago de los usuarios.

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

QUICHÉ: importante grupo étnico indígena Maya, cuyas comunidades se extienden al norte y oeste del área estudiada en este proyecto afectados de forma significativa por la guerra civil (1960-1996).

KAKCHIQUEL: Importante grupo étnico Maya cuyas comunidades se extienden al sur y al este de Nahualá y no incluyen el área donde se concentraron los grupos focales para este estudio. Los Kakchiquel, como regla general, son considerados uno de los grupos indígenas mas cohesionados, en parte debido a su relativa prosperidad.

LADINO: Minoría étnica política y económicamente dominante en Guatemala que no reclama la herencia indígena, habla español y ensalza su pasado español y europeo. Este término no ha de confundirse con “latino” que es el término español para referirse a “latin” y que se refiere generalmente a las poblaciones de lengua romance. Tampoco debe confundirse con el termino “ladino”, esto es, refugiados judíos del siglo XV, termino en español que se ha mantenido hasta el siglo XXI.

MAYA: Amplio grupo de comunidades indígenas étnica y lingüísticamente relacionadas que se localizan en el suroeste de México y Centro América. Los grupos Mayas han habitado Guatemala desde tiempos prehistóricos. Hoy, de las 24 etnias presentes en Guatemala, 21 son Mayas (lo que incluye a los grupos K'iche, Kakchiquel y Tzutujil, que viven en Sololá).

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
TZUTUHIL: Pequeño grupo indígena Maya que se encuentra repartido en media docena de pueblos y ciudades de la ribera sur del lago Atitlan en el departamento de Sololá.
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
VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana