

Universidad de Palermo

Facultad de Ciencias Sociales

Trabajo Final de Integración: Conocimientos, actitudes y practicas sobre

VIH y otras ITS en adolescentes

Autor: Solange Forace

Profesor tutor actuante: María Laura Lupano

ÍNDICE

1. Introducción.....	2
2. Marco teórico.....	4
2.1. Caracterización VIH/Sida.....	4
2.2. Caracterización ITS.....	5
2.3. Situación de la epidemia y la adolescencia.....	7
2. 4. Conceptos básicos sobre la adolescencia.....	8
2.5. Problemáticas sexuales y actitudes de adolescentes.....	10
2.5. Uso del preservativo.....	12
2.6. Conducta ante el SIDA y ETS.....	14
3.1.Participantes.....	15
3.2. Instrumentos.....	15
3.3. Procedimiento.....	15
5. Conclusiones.....	29
6.Referencias Bibliográficas.....	31

1. Introducción

La Práctica de habilitación profesional se realizó en el sector de epidemiología y prevención de una organización argentina no gubernamental sin fines de lucro que, trabaja intensamente en la lucha contra el SIDA, no sólo como enfermedad biológica de transmisión entre las personas, sino como una importante problemática social que requiere de la existencia de un entorno comunitario adecuado para las personas que viven con el virus VIH.

El sector de Epidemiología y Prevención trabaja para facilitar el acceso a la información y atención en VIH/SIDA, generando capacidades para la prevención y la promoción de la salud. Las líneas de acción incluyen la investigación social y epidemiológica, la capacitación, asistencia técnica y desarrollo de redes sociales y efectores públicos de salud y educación.

Las actividades que se cumplieron, son las siguientes: participación en el 10° Simposio Internacional sobre Sida 2010, participación en la 8va Conferencia Nacional sobre políticas de drogas, colaboración en las capacitaciones realizadas en Lanús y Almirante Brown. También se contribuyó en la búsqueda bibliográfica de 2 proyectos de investigación, uno de la situación psicosocial y sanitaria de adolescentes viviendo con VIH y el otro, de violencia en las mujeres.

A partir de la revisión bibliográfica, me interesó dirigirme a la población adolescente ya que en los últimos años ha aumentado la cantidad de infectados y es considerada un grupo de riesgo y a la vez es una etapa de cambios biológicos, psicológicos y sociales.

A partir de aquí surge la idea de investigar, los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual (ITS) de esta población. Considero que es importante tener información de esto, para poder generar estrategias de prevención.

El análisis se plantea como descriptivo. El objetivo general, es describir los conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH e ITS en adolescentes (14 a 19 años) del conurbano bonaerense, residentes en Almirante Brown, San Fernando, Florencio Varela y Moreno.

Los objetivos específicos son:

Identificar y describir los conocimientos de los adolescentes con respecto al VIH y otras ITS.

Identificar la frecuencia en el uso del preservativo en las relaciones estables y ocasionales.

Describir y analizar las creencias de los adolescentes con respecto a la sexualidad y relaciones de pareja (estable y ocasional).

Analizar la percepción de riesgo que tienen los adolescentes de contraer VIH y otras ITS.

2. Marco teórico

2.1. Caracterización VIH/Sida

2.1.1. ¿Qué es y como actúa?

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH o HIV por sus siglas en inglés) es la causa del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) Éste ataca el sistema inmunológico, que es el que se encarga de defender el organismo de agentes extraños.

Es adquirido, ya que no es hereditario ni congénito (Fundación Huésped, 2006). El VIH/ ataca a los linfocitos que dirigen el sistema inmunológico o de defensa, debilitándolo progresivamente e impidiendo que el organismo pueda luchar de manera adecuada contra diversos gérmenes, infecciones oportunistas, hongos, virus o bacterias que producen enfermedades como neumonía, toxoplasmosis cerebral, tuberculosis, candidiasis, entre otras (Fundación Huésped, 2006; Ministerio de Salud de la Nación, 2007).

Luego de la infección algunas veces se producen síntomas parecidos a la gripe o a la mononucleosis que pueden pasar inadvertidos (Cahn, 1992).

Inicialmente el VIH permanece en estado latente dentro de los linfocitos. Luego de un tiempo que pueden ser años y por causas aún no determinadas, el virus se activa y comienza a destruir linfocitos. La mayoría de las personas infectadas por el VIH no tiene síntomas en la fase intermedia que puede durar desde meses hasta 10 años o más. Esto se debe a que el organismo repone las células cd4 destruidas por el VIH y así hace frente a las enfermedades. Con el transcurso del tiempo esta lucha se inclina a favor del virus, siendo el cuerpo incapaz de reemplazar la cantidad de células aniquiladas por éste, produciendo inmunodeficiencia (sida). Entonces, el sistema inmunitario debilitado hace que el organismo sea vulnerable a las enfermedades oportunistas, que pueden llevar a la muerte (Ministerio de Salud de la Nación, 2007).

2.1.2 Tratamiento

En cuanto al tratamiento, es únicamente farmacológico. Los análisis de células cd4 y de carga viral (cantidad de copias del virus en sangre) ayudan al médico infectólogo a determinar cuando se debe comenzar o modificar la medicación antirretroviral para inclinar la balanza a favor de las defensas del organismo, convirtiendo al VIH en una condición crónica (Ministerio de Salud de la Nación, 2007).

2.1.3 Vías de transmisión

El VIH se transmite por: a) el contacto directo de fluidos corporales (sangre, pre-semen, semen y secreciones vaginales) de una persona infectada, con la sangre o las mucosas de una persona no infectada, durante la relación sexual; b) la exposición a sangre infectada, hemoderivados, órganos o semen, debido a: 1) uso de agujas u objetos cortantes previamente infectados en las prácticas de uso de drogas, por vía inyectable o accidentalmente en el ambiente sanitario; 2) transfusiones de sangre o administración de hemoderivados, y en menor grado trasplantes de órganos o inseminación de semen, sin control previo; c) transmisión perinatal, de madre infectada a su hijo (embarazo, parto o lactancia), sin el tratamiento correspondiente (Ministerio de Salud de la Nación, 2007).

2.1.4 Prevención del VIH

Para evitar la transmisión del VIH por vía sexual ya sea oral, vaginal o rectal se debe tener en cuenta el uso correcto del preservativo desde el principio hasta el final de la relación sexual, incluyendo el juego sexual previo. El líquido pre-seminal también puede transmitir el virus. Cada preservativo debe usarse una vez y debe ser retirado antes de que se pierda totalmente la erección para evitar el contacto del semen con el interior de la vagina o recto (Fundación Huésped, 2006).

En cuanto a la transmisión por vía sanguínea, diversos estudios internacionales indican que el riesgo de transmisión del VIH es de un caso en 1.4 millones. Actualmente es más habitual el riesgo de transmisión por el uso de elementos cortantes o punzantes.

Se recomienda no compartir elementos de uso personal como máquinas de afeitar, alicates, cepillos de dientes, etc. La transmisión vertical, es la principal vía de infección por VIH en niños. Se estima que existe un 30% de probabilidades de transmitir el virus de la madre al hijo durante el embarazo, parto o lactancia. Si recibe atención médica y un tratamiento adecuado el virus se reduce a un 2% (Fundación Huésped, 2006).

2.1.5 Un poco de Historia

Diferentes hipótesis sobre el surgimiento del VIH/SIDA han circulado en el mundo, pero ninguna ha sido probada. La mayor parte de las hipótesis sugieren que el virus se propagó desde África hacia el resto del mundo durante los últimos 60 años. Los

primeros datos sobre la existencia del virus aparecieron en la década de los '80 en California. En el comienzo de la epidemia la transmisión era mayor en el interior de grupos segregados como los usuarios de drogas inyectables y los homosexuales, dejando al resto de la población con la falsa idea de que esto no les podía pasar. Desde 1982 hasta finales del 2007 el programa Nacional de Lucha contra el retrovirus humano, sida y ETS registró 67.245 casos de personas infectadas por el VIH en Argentina, siendo éste un subregistro importante, ya que es escasa la concientización que se hace de la población de la necesidad de realizar el análisis correspondiente para el diagnóstico. Se cree que el 60% de las personas que vive con el virus no lo sabe. En el 2007 se registraron 3.411 casos nuevos de VIH y 1.089 casos de sida. La principal vía de transmisión es la vía sexual, durante los años 2001 y 2007, 82% de las mujeres y 73% de los varones se infectaron por este medio. En el caso de los varones el 42% contrajo el virus en una relación heterosexual y en el 31% de los casos en una relación sexual con otro hombre (Ministerio de Salud de la Nación, 2008).

Durante los últimos años el número de personas infectadas por el VIH /SIDA a nivel mundial, ha aumentado significativamente. Se ha encontrado que los adolescentes son uno de los grupos con mayor vulnerabilidad de adquirirlo, por la presencia de múltiples conductas de riesgo. Por ello, se ha reportado que la edad donde más se presentan los nuevos casos diagnosticados a nivel mundial es entre los 15 y los 24 años (Macchi, Benítez, Corvalán, Núñez & Ortigoza, 2006). En América Latina y el Caribe 420.000 jóvenes han sido diagnosticados, donde 55.104 son menores de 15 años, siendo el principal medio de transmisión la actividad sexual sin protección (Onusida, 2008).

Según estadísticas del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/sida (ONUSIDA) y la Organización Mundial de la Salud (2007), se estimaba que a finales del 2007 había 33 millones de personas en todo el mundo que vivían con el VIH. De las nuevas infecciones en adultos en el año 2007, el 50% fueron mujeres y la mayoría de las infecciones se detectaron en adultos jóvenes.

La Argentina es uno de los pocos países que procuran tratamiento antirretroviral de forma gratuita. Esto mejora la duración y la calidad de vida de las personas que viven con el virus (Ministerio de Salud de la Nación, 2008). Pero pese a los avances terapéuticos, aún no se ha logrado una vacuna eficaz para la eliminación del VIH en las personas que lo contrajeron o para inmunizar a las no infectadas.

2.2. Caracterización ITS

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) o las infecciones de transmisión sexual (ITS), son enfermedades infecciosas producidas por gérmenes, bacterias, parásitos, hongos y virus, que se adquieren principalmente durante las relaciones sexuales.

Antiguamente, las enfermedades infecciosas, eran conocidas como enfermedades venéreas, que se transmiten a través de relaciones sexuales sin preservativo. Algunas de estas infecciones y/o enfermedades no presentan ningún tipo de molestia ni síntomas o heridas visibles (Fundación Huésped, 2008).

2.2.1 Síntomas

Los síntomas más usuales y fáciles de detectar, en el varón son: la presencia de llagas, úlceras, pus o ampollas en el pene. También puede sentir dolores intensos al orinar. En las mujeres son frecuentes las infecciones en las vías urinarias y vaginales. Se puede presentar picazón en la vagina, dolor, ardor y/o sangrado durante y después de las relaciones sexuales, secreción vaginal con mal olor y de color amarillento o verdoso. Existen enfermedades que no presentan síntomas. Cuando alguna infección vaginal ha subido al útero y las trompas, la mujer siente dolores en el bajo vientre (Ministerio de Salud, 2008)

2.2.2 Diagnóstico y Tratamiento

El diagnóstico y tratamiento no suele ser doloroso ni costoso. Es importante prevenir y tratar a las ITS ya que pueden traer consecuencias graves. Por ejemplo, pueden afectar el aparato reproductivo provocando esterilidad, tanto en varones como mujeres. En otros casos, si no se trata puede producir abortos, partos prematuros, muerte de niños al nacer o daños congénitos.

Actualmente la mayoría de las ITS son tratables y curables. El uso del preservativo es el mejor modo de evitarlas y prevenirlas.

Las ITS afectan tanto a los hombres como a las mujeres. No hay una edad específica para contraerlas. Desde el comienzo de la vida sexual activa las personas pueden verse expuestas a estas infecciones. Todas las ITS se pueden prevenir usando preservativo y, en caso de que ya las tenga, son tratables y la mayoría se cura. (Ministerio de la Salud de la Nación, 2008).

Existen distintos tipos de enfermedades de transmisión sexual, las mas comunes son la sífilis (comúnmente llamada pudrición), la gonorrea (o blenorragia) u otras como el herpes, la clamidia, el virus papiloma humano (HPV) y el sida.

Tabla 1. Enfermedades de Transmisión sexual

ITS Agente

productor

Síntomas Complicaciones

Sífilis Bacteria triponema

1era etapa: ulcera, ampollas o llagas no dolorosas y ganglio inguinal.

2da etapa: lesiones en la piel Daños en el corazón y el cerebro. Puede provocar malformaciones en el bebe de una madre infectada.

Gonorrea Bacteria Gonococo Secreción de pus por pene y vagina. Ardor y dolor al orinar. Infertilidad. Inflamación crónica de la próstata.

Clamidia Bacteria Clamidia Secreción uretral de pus en el varón. Infertilidad.

Trichomonas Parásito Flujo verdoso, mal olor, picazón. Favorece otras ITS.

Micosis Hongo Cándida Flujo blanco, espeso, picazón. Favorece otras ITS.

Herpes Virus herpes simple Úlceras y ampollas dolorosas. Favorece otras ITS.

HPV Virus del papiloma humano Verrugas en la vulva, vagina y cuello del útero.

Algunos tipos facilitan el cáncer de cuello de útero.

Hepatitis B Virus de la hepatitis B Pérdida de apetito, malestar en general, vómitos, piel y ojos amarillos. Cirrosis, insuficiencia hepática.

Hepatitis C Virus de la hepatitis C Puede no tener síntomas o presentarse los mismos que la hepatitis b. Cirrosis, insuficiencia hepática.

2.3. Situación de la epidemia y la adolescencia

Se ha encontrado que los adolescentes son unos de los grupos con mayor vulnerabilidad de adquirirlo, por la presencia de múltiples conductas de riesgo. Por ello, se ha reportado que la edad donde más se presentan los nuevos casos diagnosticados a nivel mundial es entre los 15 y los 24 años (Macchi, Benítez, Corvalán, Núñez & Ortigoza, 2006). En América Latina y el Caribe 420.000 jóvenes han sido diagnosticados, donde 55. 104 son menores de 15 años, siendo el principal medio de transmisión la actividad sexual sin protección (Onusida, 2008).

Los cambios biológicos, psicológicos y sociales propios del periodo juvenil provocan modificaciones en los sujetos, movilizandolos procesos de exploración, diferenciación del medio familiar, búsqueda de sentido e identificaciones o pertenencias en nuevos ámbitos que de una u otra manera los colocan en mayor riesgo frente a sus conductas sexuales. Por lo cual los adolescentes y jóvenes, a pesar de la heterogeneidad, siempre son sujetos sensibles a distintos grados de vulnerabilidad y exclusión (Fundación Huésped, 2006).

Particularmente en los jóvenes intervienen factores como omnipotencia, falta de información y de acceso a los servicios de salud, necesidad de experimentar riesgos y transgredir, baja autoestima, exposición a situaciones de violencia, consumo de sustancias y dificultad en el acceso a los preservativos (Sebrié, 2008).

A esto hay que sumar la existencia de creencias de diverso tipo, respecto de la sexualidad y el uso del preservativo, que condicionan y vuelven más riesgosa la práctica. Martínez Ramírez et al. (2000), describen en ese sentido, en un trabajo que investigó las creencias de los adolescentes en relación con el uso del preservativo, que si bien existe una descripción por lo general adecuada de la función y el uso del preservativo, persisten una serie de creencias falsas, como la mencionada por algunos de los entrevistados de aquel estudio, según la cual el preservativo era útil para prevenir el cáncer.

Los conocimientos son considerados como un factor de protección frente al VIH e incluyen las diferentes ideas sobre la infección, las vías de transmisión del VIH y las formas de prevención. En algunas investigaciones se ha observado que los adolescentes no cuentan con suficientes conocimientos y que tienen numerosas ideas incorrectas frente al tema, sobre todo en lo que respecta al tratamiento para la enfermedad, los medios de transmisión y prevención (Suárez, Gutiérrez, Figueroa & Monteagudo, 2006).

González (2009) menciona que aunque los adolescentes hayan recibido información sobre métodos anticonceptivos y sobre las enfermedades de transmisión sexual, aún siguen teniendo relaciones sin protección.

Se han realizado diversos estudios para conocer la percepción de riesgo frente a la infección por VIH en los adolescentes. Concretamente, Chirinos, Bardales y Segura (2006), en su estudio de relaciones coitales y percepción de riesgo de adquirir ITS/ VIH en jóvenes, identificaron que el 58% de los entrevistados creían que no presentaban riesgo de infectarse de alguna de estas enfermedades, y sus razones principales fueron: tener pareja estable y ser fiel a ella (50%), ausencia de relaciones sexuales (26%) y sólo el 5,5% señaló el uso continuo de preservativo. Estos autores concluyeron que los adolescentes presentan una moratoria vital que los hace percibir el riesgo como algo lejano, por lo cual ejecutan dichos comportamientos. Por el contrario, según el estudio realizado por Vera, Sánchez y Góngora (2006), de 72 adolescentes evaluados, 70 sí se percibían en riesgo de infectarse del Virus del VIH y más de la mitad manifestó preocupación del hecho de poder infectarse.

2. 4. Conceptos básicos sobre la adolescencia

El desarrollo humano se divide tradicionalmente en cuatro períodos: infancia, niñez, adolescencia y madurez. La adolescencia es un período de cambio y pone a los sujetos en la situación de tener que elegir, de tomar más decisiones y de acercarse más a la actuación responsable e independiente, la que los adultos tienen como meta e intentan inculcar como ejemplo. Sin embargo, los adolescentes suelen desplazar el centro de su atención de los padres a sus compañeros, esto unido a los rápidos cambios físicos, emocionales y sociales que tienen lugar en esta etapa de la vida, que suelen darse conflictivamente.

La adolescencia es la etapa que supone la transición entre la infancia y la edad adulta. Este período de la vida se identifica con cambios dramáticos en el cuerpo y la psicología. A diferencia de la pubertad, que comienza a una edad determinada (a los 9 años en las niñas y 11 en los niños aproximadamente) debido a cambios hormonales, la adolescencia puede variar mucho en edad y duración en cada individuo, pues ésta está más relacionada con la maduración de la psiquis del individuo y depende de factores psicosociales más complejos (Vaillant, 1994).

La adolescencia es un fenómeno sociocultural y por lo tanto sus límites no se asocian fácilmente a características físicas. La palabra deriva del significado latino del verbo *adolescere* “crecer”. El tiempo se identifica con cambios dramáticos ocurridos en el cuerpo, junto con progresos en la psicología y la orientación vocacional de una persona. En el inicio de la adolescencia, los niños terminan la escuela primaria y se incorporan generalmente a la educación secundaria.

La Convención Internacional de los Derechos de los Niños (as) define como adolescentes a los individuos entre la edad de 12 y 18 años (Convención Internacional de los Derechos de los Niños, 1989). En cuanto a las características que de algún modo se asocian al período de la adolescencia, se destacan la búsqueda de la identidad, la búsqueda de la independencia, el desarrollo de la creatividad, la sensibilidad, el proyecto de vida, el inicio de la sexualidad y la educación. A su vez, es preciso tener en cuenta las distintas fases de desarrollo por las que atraviesa el adolescente (Martí Vilar, 2001):

Desarrollo físico: salud general, coordinación, resistencia, visión, audición.

Desarrollo cognitivo: alfabetización, cálculo numérico y conocimientos (competencias comunicativas y lingüísticas).

Desarrollo emocional: autoestima, afectividad familiar y los sentimientos de aceptación y amor.

Desarrollo social y moral: identidad grupal, habilidad de cooperar con otros y la capacidad de distinguir el bien del mal.

Desde un enfoque de desarrollo humano y salud integral, existen determinados factores y características que pueden influir positiva o negativamente en la evolución o desarrollo de la adolescencia, entre los cuales se destacan los siguientes (Donas, 1995):

- o El contexto internacional.
- o El contexto ideológico.
- o Los medios de comunicación de masas.
- o La estructura social y los valores de la sociedad.
- o El modo de producción dominante.
- o La educación.
- o El trabajo.

Todos estos factores producen efectos sobre la familia, la ocupación del tiempo libre y los amigos (as) que tienen los adolescentes. En función del entorno familiar y social, los adolescentes podrán desarrollar un estilo de vida de bajo o alto riesgo, con respecto a posibles desarreglos o no en el plano afectivo, de la conducta, de aprendizaje y de la educación; y a estar expuestos o no a problemas que se relacionan con la violencia social y ecológica, accidentes, muerte, drogas, entre otros (Kazdin, 1997).

Ahora bien, si la adolescencia es concebida como una etapa, ésta puede hacerse corta en aquellos casos en donde se comienza a trabajar precozmente; o bien, ampliarse en aquellas otras situaciones donde la independencia se posterga para edades más avanzadas, a causa del mayor tiempo que se toman los jóvenes para preparar su inserción socio-laboral (Donas, 1995).

En cuanto al desarrollo de la personalidad, si bien la investigación científica es escasa y no proporciona imagen rigurosa de la personalidad del adolescente, se reconoce la adolescencia como un momento relevante para la personalidad y los distintos sistemas que la integran. En efecto, la adolescencia es un período bastante problemático por confluir en él: la elección vocacional, la adopción de creencias y actitudes, compromiso de valores que influirán en la formación de la entidad personal y el afianzamiento de un

«yo» capaz de enfrentarse a la realidad. El individuo en esta etapa, se caracteriza por (Kazdin, 1997):

- o Ir consolidando sus pautas para enfrentarse al mundo
- o Interiorizar las normas y comportamientos sociales
- o Crisis de identidad caracterizada por el aumento de la conciencia de sí
- o La disminución de su autoestima y un autoconcepto inestable
- o Egocentrismo intelectual
- o Impulso de independencia y autorrealización
- o Actitud crítica frente al mundo de los padres
- o Dificultades en su adaptación social

Las relaciones prototípicas en la adolescencia se dan con el grupo de amigos. Las amistades contribuyen a la madurez social y personal, facilitan la comprensión de los cambios que están sufriendo, suponen un refugio frente a los conflictos familiares y sociales y facilitan la adquisición de modelos de actuación más cercanos a sus valores.

Todos los aspectos considerados hasta aquí permiten abordar la adolescencia como un proceso integral, que al igual que el desarrollo humano, depende de factores de orden psicológico, político, económico, biológico, ecológico, entre otros, que adquieren características propias, según cuál sea la estructura social y cultural que rodea al adolescente. Mientras los adolescentes vean restringidas sus oportunidades para desarrollarse en forma integral y desplegar su potencial, mientras no puedan tener una vida productiva y creativa que les asegure el acceso a los recursos indispensables para lograr, o al menos procurar hacerlo, su proyecto de vida y su bienestar general, el problema de su inserción en la sociedad seguirá vigente. Por otra parte, se debe considerar que los hechos que ocurren durante la adolescencia afectan y comprometen la vida adulta de las personas (Barceló, 1996).

Entendiendo la adolescencia como la etapa en que una persona está en vías de desarrollo hacia la adultez, es plausible la recepción de modelos a imitar presentados por la televisión e Internet. En esta etapa se modela la identidad, y es por ello que la búsqueda para definirse como persona y miembro de una comunidad vuelve a los sujetos vulnerables a los estímulos que reciben. En un mundo en que la mediación espacio-temporal se ha hecho muy compleja, la imagen se muestra como el vehículo inmediato de la comunicación: aquello que compartimos se hace de imágenes tipificadas repetidas, de lugares y sentidos comunes, que se hacen comunes en virtud justamente de su

repetición. Pasado un tiempo, cambian las imágenes y con ellas nuestras creencias comunes.

El pragmatismo reinante hoy en día desvía el eje de atención sobre los valores en la vida cotidiana, tanto en su dimensión social como educativa. La dinámica social cotidiana es el producto de las tendencias sociales de la época; en este sentido, los individuos manifiestan interpretaciones valorativas y formas de actuación cultural propias del momento histórico que viven. Por ello, se debe considerar siempre el contexto socio-histórico en el cual nos desenvolvemos, atendiendo a los sistemas de valores vigentes en la cultura y en la sociedad.

Si se consideran los elementos que caracterizan a la sociedad urbana occidental, la globalización de la cultura y la información, la extensión de la moratoria psicosocial, en relación con los aportes de Erikson referentes a las etapas de vida y las crisis normativas que las definen, se puede conceptualizar a la adolescencia como una etapa en la que se consolida la identidad en función de la diferenciación entre pares y especialmente con los adultos (Saavedra Guajardo & Villalta Paucar, 2008). Uno de los ámbitos donde los adolescentes buscan diferenciarse claramente es en diversos aspectos atinentes al comportamiento sexual.

Durante siglos la modernidad se mostró incapaz de visibilizar positivamente a los jóvenes, recluyéndolos en un campo de significado que los asociaba con lo inconcluso, lo problemático, lo inacabado. Desde esta perspectiva, la juventud ha sido tradicionalmente invisibilizada en sus capacidades transformadoras, por los enfoques propios de estos dos paradigmas que asociaban la juventud con un período de preparación para la vida, o bien con la idea de problema. Ambas posiciones han contribuido históricamente a generar problemas de comunicación y bloqueos generacionales. La imposibilidad de generar espacios de interacción inter-generacional respondió tradicionalmente en gran parte a estas conceptualizaciones negativas de la juventud que preponderaron a nivel social.

Por estas razones, para instalar políticas y programas de juventud es necesario romper con la invisibilización de los jóvenes y sus peligrosas consecuencias. Si no se cultiva una visibilización positiva, los jóvenes pueden desarrollar una visibilización aterrante, que consiste en generar poder por la negativa, como un mecanismo de autoafirmación, de negación de la devaluación. Ante la carencia de visibilidad por la inclusión, se ha provocado tradicionalmente la visibilidad juvenil desde la exclusión social. Esta visibilidad incluye las interacciones violentas, las apariencias desafiantes, la defensa de

la territorialidad del cuerpo (cuyo ejemplo más visible son los tatuajes y piercings) y de los espacios que los jóvenes hacen suyos cuando la sociedad los margina (Krauskopf, 1996).

En efecto, los jóvenes que se sienten privados de reconocimiento positivo, al no ser escuchados, al sentirse desvalorizados, suelen construir poder e identidad en el rostro indignado o atemorizado de quienes los censuran. La perspectiva estigmatizada de la juventud como problema social tiene entonces un efecto boomerang y lleva a priorizar el control sobre la perturbación social de la que se acusa a los jóvenes sin fomentar su desarrollo, resolver las situaciones ni reconocer su valor como sujetos de derechos y capital humano. Como contracara de esta perspectiva tradicional que tantos problemas sociales ha generado, la visibilización positiva de la adolescencia permite reconocer el aporte juvenil a la sociedad, contribuyendo a una aceptación positiva de la vida joven y haciendo prácticamente imprescindible su participación efectiva en la sociedad.

2.5. Problemáticas sexuales y actitudes de adolescentes

La sexualidad es una dimensión esencial del ser humano, cuyo desarrollo normal contribuye a lograr un buen nivel de salud mental y adaptación social. Sin embargo, el estudio de la sexualidad es reciente comparado con otras áreas del funcionamiento y conocimiento humanos, y en la práctica existe una carencia significativa de información, lo que se debe en parte a la existencia de prejuicios frente al tema y al carácter privado de la conducta sexual, aspectos que obstaculizan la investigación (Katchaudourian, 1997).

Cuando los jóvenes reportan mala salud por lo general esto ocurre como resultado de accidentes y lesiones producidas por conflictos armados, actos de violencia, uso de drogas o ETS; de hecho, los accidentes y las lesiones son las causas principales de morbilidad, mortalidad y discapacidad en este grupo etéreo (ONU, 2005).

Para intervenir en los factores de riesgo, desde las organizaciones educativas, culturales, religiosas, etc., como una estrategia de carácter preventivo y de promoción a su salud más que correctiva, se requiere de información vinculada con sus hábitos y conductas, entre ellos los sexuales.

De acuerdo con recientes investigaciones, las conductas sexuales en la población juvenil han venido mostrando profundas modificaciones a lo largo de los últimos años. Como resultado de la explosión sexual acaecida en los años '80 y '90, la edad en que los jóvenes realizan su primer coito ha disminuido drásticamente. En el ámbito internacional, según la encuesta de Durex Global Sex 99 realizada entre 4.200 jóvenes

de 18 a 21 años de 14 países diferentes, el inicio de la sexualidad es a los 15,6 años para los varones y a los 16,2 años para las mujeres (Farré et al, 2005).

De la investigación de Barra y otros (2005) se desprende que si se desea incrementar el uso del preservativo entre las parejas estables de serología desconocida -o con alguna posible y peligrosa infidelidad esporádica, el énfasis no debe ponerse tanto en su erotización, estrategia posiblemente útil con las parejas mercantiles, como en el hecho de que el preservativo constituye un medio para poder establecer una comunicación íntima que demuestre sensibilidad hacia el cuidado y protección de la pareja. En todo caso, la educación y prevención sanitaria deberían tener muy en cuenta que la implicación afectiva con otra persona suele conllevar la falsa percepción del alejamiento o minimización del riesgo.

En efecto, prácticamente toda la problemática de la salud reproductiva adolescente se vincula a la tendencia de los jóvenes a practicar conductas sexuales riesgosas, entre las cuales se observan como importantes las siguientes: inicio cada vez más precoz de la vida sexual; poco reconocimiento de los riesgos; las relaciones sexuales son imprevistas y ocurren en lugares y situaciones inapropiados; experimentan continuos cambios de pareja (promiscuidad); tienen poco conocimiento de la sexualidad; no se plantean el control del embarazo; demuestran escasa orientación y uso de anticonceptivos; y poseen insuficiente información sobre las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y su prevención. Asimismo, muchos adolescentes desconocen adónde acudir para obtener orientación y ayuda, y en general, esto determina una pérdida de confianza en los adultos (Pantelides & Bott, 2000).

Según un relevamiento realizado por Gaitán (2009), son múltiples las investigaciones realizadas en Argentina que dan cuenta de la vulnerabilidad de los adolescentes en relación al acceso a los derechos sexuales y reproductivos, en particular si pertenecen a sectores de pobreza. Algunos datos sobre Salud Sexual y reproductiva que aporta esta autora, en torno a la problemática estudiada, son los siguientes:

1. Los adolescentes no cuentan con información científica, pertinente y actualizada acerca de sus derechos sexuales y reproductivos, ni sobre propuestas de análisis y reflexión sobre las relaciones entre e intergéneros que contribuyan a modificar las violencias, desigualdades y discriminaciones vigentes en diferentes escenarios en los que se desenvuelven.

2. Se ha demostrado la influencia de la socialización de género como productora de obstáculo para el acceso a los derechos sexuales y reproductivos: dificultades de mujeres, y en particular de las más jóvenes, para negociar con sus parejas la utilización de preservativo en relaciones sexuales, el inicio de relaciones sexuales en adolescentes mujeres derivado de la presión de sus parejas y no como decisión autónoma, mayor vulnerabilidad de las mujeres en la adquisición de HIV, fuerte asociación de la mujer con la reproducción y la maternidad, falta de percepción de la mujer de su propia vulnerabilidad frente a ETS, etc.

3. Las características familiares y educativas, pero también sus expectativas, su visión de las relaciones entre los géneros, sus proyectos de vida (o la falta de ellos) ayudan a entender la asunción de conductas reproductivas poco cuidadosas, que ponen a los jóvenes de clase baja en mayor riesgo de embarazos tempranos.

En cuanto al concepto de salud sexual, puede definirse como la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del Ser Sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor (OMS, 1975).

De acuerdo con las teorías sexuales psicoanalíticas, lo primero que se debe destacar es que en la adolescencia la sexualidad genital agrega al objetivo de búsqueda de placer el de la reproducción, ambos reafirmando el impulso vital. La organización de la sexualidad de este período se estructura sobre las bases de la organización lograda en la etapa pregenital, efectuándose una nueva síntesis. El período de la sexualidad genital, como se ha planteado, se prolonga durante el resto de la vida del sujeto, adquiriendo características diferentes durante la adultez y la vejez. En síntesis, el resultado del desarrollo psicosexual de la infancia y la adolescencia dependerá de múltiples factores, entre los cuales cabe destacar los siguientes (Santos, 2007):

Las condiciones individuales: las características innatas de los jóvenes;

La biografía familiar: la organización de la familia, sus crisis y formas de resolverlas, los cambios a lo largo del tiempo (las separaciones, nacimientos, enfermedades, muertes, etc.).

La historia individual: la forma en que se satisfacen las necesidades del niño y del joven, los estilos de vinculación entre los miembros de la familia, el significado del hijo en el proyecto de los padres, los estímulos recibidos para promover las condiciones de crecimiento y desarrollo, el marco familiar de valores y normas, y la modalidad en el establecimiento de los límites, la calidad de los desempeños escolares, etc.;

El contexto histórico, social y cultural: las pautas sociales que regularon la educación primaria, las expectativas por los roles sexuales, la valoración del contexto social según el sexo, la manera de ser incluido en la sociedad global como joven, el sector social de pertenencia, etc.

Teniendo en cuenta la complejidad del hecho sexual humano, el cual, si se aborda desde una perspectiva holística, implica múltiples relaciones en dos planos simultáneos, el individual y el social, es preciso indagar y conocer en profundidad cómo lo viven las personas. Por ello, todo abordaje debe primero encontrar su significación en las relaciones y representaciones sociales, en tanto el imaginario social subyacente es el fundamento conceptual y motivacional de su estructuración y funcionalidad (Goldstein, 2006).

Los avances de la antropología social, la sociología, la psicología y las investigaciones sexuales contemporáneas apuntan hacia un consenso cada vez más amplio de que en la sexualidad la variedad es la norma y no la uniformidad (Weeks, 1998).

La teoría del inconsciente dinámico iniciada por Freud, la historia de la sexualidad de Foucault, y el surgimiento de movimientos sociales relacionados con el sexo, como el feminismo moderno y el lésbico-gay, entre otros, aportan elementos importantes para una nueva comprensión de la sexualidad en su complejidad, determinación histórica y diversidad (Castro Espín, 2004).

La contemporaneidad ha sido una época de radicales cuestionamientos a las tradiciones sexuales. El modelo de sujeto ideológico que se ha globalizado, portador de frivolidad, enajenado por un consumismo desbordado, sin compromisos y que tiende a romper con la temporalidad, pone a la sexualidad en un vacío moral lleno de incertidumbre y confusión. Una sexualidad sana sólo puede surgir mediante la búsqueda de estilos de vida que admitan y den participación a opiniones, sentimientos y comportamientos diversos, alternativos.

2.5. Uso del preservativo

En un estudio de Hernández Zamora y Cruz Juárez (2009) participaron 3.075 estudiantes, con una edad promedio de 17,5 años. Se utilizó un instrumento de medición compuesto por 57 preguntas elaboradas ex profeso por el equipo de trabajo, en las que se incluyeron cuestiones organizadas por secciones relacionadas con la Salud sexual y reproductiva; ETS y VIH/sida; y consumo de drogas y alcohol. Circunscribiéndonos al análisis del comportamiento sexual, en la siguiente tabla pueden observarse, en función

de su importancia, las prácticas sexuales más frecuentes de los jóvenes encuestados. (Hernández Zamora & Cruz Juárez, 2009)

Tabla 2. Distribución de la población por prácticas sexuales más frecuentes (multirrespuesta)

Practicas Fr. %

Relaciones Sexuales con personas desconocidas 113 9.27

Relaciones Sexuales durante y después de beber bebidas alcohólicas 195 15.99

Relaciones Sexuales sin el uso del preservativo (pene-vagina) 477 39.13

Relaciones Sexuales con personas conocidas sin el uso del preservativo. 507 41.59

Relaciones Sexuales anales sin el uso 80 6.56, del condón

Relaciones Sexuales durante la menstruación sin el uso del preservativo 159 13.04

Como se puede advertir, prevalecen las relaciones sexuales sin uso de preservativos, ya sea o no conocida la persona con la que se establece la cópula (pene vagina). Por su parte, en el siguiente gráfico puede observarse la frecuencia de uso del condón en los jóvenes encuestados, registrándose que menos de la mitad de los encuestados lo utiliza siempre, y que el resto, por distintos motivos, no lo utilizan o lo hacen ocasionalmente (Hernández Zamora & Cruz Juárez, 2009).

Tabla3. Distribución de la población por frecuencia de uso de condón

Frecuencia en el uso del preservativo %

No me gusta utilizarlo 8.04

Algunas veces 36.51

Siempre 48.97

C/vez que mi pareja me lo pide 3.69

C/vez que se lo pido a mi pareja 2.79

En la investigación que se está reportando se tomó conocimiento de que son los hombres quienes inician su vida sexual a una edad más temprana, tienen un mayor número de parejas sexuales y una mayor frecuencia de actividad sexual, por lo que el género puede considerarse un factor de riesgo en el comportamiento sexual. Las actitudes que se toman a fin de prevenir cualquier contagio de ETS o VIH-sida definen de alguna manera una concepción subyacente de riesgo. En efecto, a la pregunta sobre qué tipo de acciones realizan para prevenir un posible contagio más de la mitad eligió el no tener relaciones sexuales.

De cualquier modo, resulta inquietante que sólo menos de la mitad de la población bajo estudio utilice el condón en forma sistemática, quedando en riesgo la mayor parte debido a razones que tienen que ver con la propia decisión o la de la pareja.

Si bien la gran mayoría de los jóvenes tiene conocimientos sobre las medidas preventivas pertinentes y se consideran capaces de practicar conductas de prevención, esto no garantiza su uso sistemático y contradice que a último momento opten por una conducta de riesgo al no utilizarlo (Robles & otros, 2006).

Un trabajo destacado en este campo de investigación es el de Van Oss y otros (1993), con poblaciones de adolescentes heterosexuales de origen hispano y blancos no hispanos de Estados Unidos, en el cual se focaliza la falsa sensación de seguridad que proporciona el hecho de considerar a una pareja como estable. En efecto, sus resultados muestran que, entre los jóvenes que tienen múltiples parejas, aproximadamente la mitad de ellas usa siempre el preservativo con sus parejas secundarias, pero sólo entre un 8 y un 20% los utiliza con sus parejas estables. Como señalan los autores, "muchas parejas no ven la necesidad de prevenir enfermedades en una relación presumiblemente monógama, y la introducción de preservativos suscitaría el problema de la fidelidad, lo cual podría ser emocionalmente traumático para el otro miembro de la pareja o poner en peligro la relación" (p.171)

Entre los factores que se han asociado a las conductas relacionadas con el uso de profiláctico, Bimbela y otros (2002) destacan los siguientes: las habilidades para una comunicación/negociación sexual efectiva, autoeficacia para solicitar el uso de profiláctico a la pareja, percepción de la norma social o del grupo de referencia sobre la prevención del VIH; creencia de que el uso del profiláctico incrementa la confianza; actitudes y reacciones anticipadas de la pareja; interacción entre las características de los métodos, de los usuarios y del contexto en el que se utilizan, y arrepentimiento anticipado.

De cualquier modo, independientemente de la edad y del tipo de pareja, los jóvenes de ambos sexos hacen mayor uso del preservativo en las prácticas coito vaginales que en las bucogenitales y coito-anales, a pesar del riesgo que comportan estas últimas sin protección frente al contagio del VIH/sida y otras ETS. Estos resultados ponen de manifiesto la existencia de conductas de riesgo por parte de los jóvenes relevados. En función de estos hallazgos es necesario priorizar el desarrollo de campañas preventivas del VIH/sida y otras ETS, y reforzar la idea del uso del preservativo como instrumento

eficaz para la prevención. Su utilización real está más asociada a la prevención de embarazos, ya que los jóvenes disminuyen de manera significativa la frecuencia de uso ante las prácticas coito-anales y buco genitales, con independencia del tipo de pareja. Esto implica que los jóvenes están asumiendo conductas riesgosas en las relaciones consideradas estables, y adoptan mayores precauciones en los contactos sexuales ocasionales (Faílde Garrido & otros, 2008).

Por su parte, los factores asociadas a no utilizar nunca el profiláctico en las prácticas de coito vaginal (frente a los que lo utilizaron alguna vez) fueron las siguientes: estar emancipado frente a vivir con la familia; tener un bajo nivel en la escala de *locus* de control (pensar que infectarse depende de factores externos); identificar pocas zonas del cuerpo como sensibles al placer sexual; estar de acuerdo con la afirmación «*no es necesario usar condones si se confía en la pareja*»; haber declarado una intención de conducta de riesgo (insegura) con la pareja habitual en situaciones de riesgo potencial, y no hablar con la pareja sobre métodos de prevención antes de llevar a cabo la práctica. Por otro lado, los factores relacionados con el conocimiento sobre la prevención del VIH (eficacia preventiva de distintos métodos y riesgo que entrañan diversas prácticas sexuales) no se asociaron con las conductas objeto de estudio.

Estos resultados coinciden con los hallazgos de Raj (1996) en cuanto a las variables que no predicen las conductas sexuales más seguras. En efecto, los conocimientos sobre VIH no se pudieron asociar a un mayor uso del profiláctico. Como postulan Bayés y otros (1996), la información es condición necesaria pero no suficiente para cambiar los comportamientos. En todo caso, buena parte de los errores de información detectados parecía relacionada con el papel central y prioritario que ocupa el embarazo no deseado en las preocupaciones de los jóvenes respecto al sexo. La constante confusión entre la prevención de éste y del contagio de VIH se manifestó en la eficacia preventiva frente al VIH otorgada al diafragma, al dispositivo intrauterino, a la píldora e incluso a la penetración anal. Estos “errores” de los jóvenes sólo pueden ser subsanados con campañas de comunicación y prevención que sean efectivas, es decir, en un lenguaje afín al de los públicos objetivo.

En la investigación de Bimbela y otros (2002) se relevaron dos factores que pueden tener una gran importancia a la hora de explicar el uso o no del profiláctico en el coito vaginal: la dificultad para percibir que el uso del profiláctico era compatible con la confianza que se tenía en la pareja, y hablar sobre métodos de prevención antes de

mantener la relación. En ambos casos, el tipo de pareja (fija u ocasional) con la que realizaron la práctica sexual tuvo, implícitamente, una gran relevancia. Esto corroboraría diversas aportaciones realizadas al respecto en los años precedentes, como la de Baker y Morrison (1996), que en un estudio con 739 sujetos heterosexuales, clientes de una clínica de ETS (enfermedades de transmisión sexual), sugieren que además de las variables tradicionales del modelo de la teoría de acción razonada de Azjen y Fishbein (1980), actitudes y normas sociales percibidas, la variable «relación entre las parejas sexuales», es decir, si la pareja es estable o no, debe incorporarse al modelo para lograr un mayor poder explicativo.

En un metaanálisis de la relación entre las variables psicológicas y el uso del profiláctico entre heterosexuales Sheeran y otros (1999) concluyen que una actitud positiva hacia los profilácticos, que fortalezca su aceptación como método anticonceptivo/protector y promueva esta visión en los compañeros sexuales, favorece el incremento de su uso. Según estos autores, además de comprar y llevar profilácticos, hay que tenerlos disponibles y hablar de ello.

Retomando el trabajo de Bimbela y otros (2002), cabe destacar que la mayoría de los jóvenes participantes en el estudio asociaron las parejas ocasionales con un mayor riesgo y esto les hizo aumentar su intención de prevenir consecuencias no deseadas y de tener prácticas más seguras con este tipo de pareja. Por el contrario, con las parejas consideradas habituales (que se asociaron con menos riesgo) dichas intenciones preventivas disminuyeron. Esto adquirió relevancia al recordar que «la última vez» que tuvieron relaciones sexuales en tres de cada cuatro ocasiones la pareja fue considerada habitual, y que a los jóvenes les resultaba muy fácil, necesidad de pocos requisitos y en poco tiempo, dejar de considerarse pareja ocasional, se mantenían atentos a las medidas preventivas, para convertirse en pareja habitual, considerando que ya no era tan necesario pensar en la prevención. Además, como se ha planteado anteriormente, es frecuente que una vez establecidos como pareja habitual se planteen el cambio de método anticonceptivo, y abandonen el uso del profiláctico en favor de otros métodos supuestamente más cómodos. De esta manera, dejan de cubrir los riesgos de una enfermedad de transmisión sexual (VIH incluido) y resulta difícil sostener el uso de profiláctico, salvo que se plantee la posibilidad de tener relaciones sexuales fuera de la pareja. Entonces, el profiláctico puede convertirse en símbolo de posible infidelidad, con los elevados costos emocionales que esto supone para ambos miembros de la pareja. Todo esto explicaría también el menor uso del profiláctico en los jóvenes que estuvieron

de acuerdo con la afirmación «*no es necesario usar condón si se confía en la pareja*», uno de los factores que, en el estudio referido, resultó estar asociado con no usar nunca profiláctico en el coito vaginal.

En cuanto a los factores facilitadores que confirman hallazgos previos de autores como DiClemente (1992), el hecho de no hablar con la pareja sobre los métodos de prevención antes de llevar a cabo el acto sexual resultó estar directamente relacionado con no usar el profiláctico en dicha práctica. Por otra parte, los resultados obtenidos en relación con la frecuencia de la práctica sexual indicaron que a medida que la práctica sexual se realizaba con más frecuencia el profiláctico se utilizaba menos.

Esto parece dar cuenta de que los jóvenes no habían incorporado aún con normalidad el uso del profiláctico a sus prácticas coito-vaginales y cada uno de esos usos implicaba un nuevo e importante esfuerzo, o bien que dicho aumento de frecuencia se correspondía con un tipo de pareja más habitual que llevaba implícito como normal no usar el profiláctico.

La mayor parte de los factores que están más asociados con el uso o no uso del profiláctico en las prácticas coito-vaginales de los jóvenes son predisponentes actitudes, valores y creencias, y se hallan vinculados con el tipo de relación que se mantiene con la pareja con la que se lleva a cabo la práctica sexual. Esto es indicativo de la pertinencia de intervenciones encaminadas en forma prioritaria a alcanzar los siguientes objetivos (Bimbela & otros, 2002):

- a) que los jóvenes perciban la compatibilidad entre la confianza en la pareja y las medidas preventivas, y
- b) que los jóvenes cuestionen la falsa seguridad que parece proporcionarles una pareja percibida como habitual (aunque esa etiqueta de «habitual» se haya obtenido tras muy pocas semanas de mutuo conocimiento y sin pactar ningún tipo de «normas higiénico preventivas» en relación con su salud física, emocional y social).

De acuerdo con los autores ambos objetivos son complementarios, y deberían abordarse mediante estrategias que contemplen la participación activa y crítica de los propios jóvenes, a fin de que adquieran los conocimientos preventivos fundamentales y que los contenidos, formatos y medios sean los más idóneos para generar cambios duraderos en sus conductas sexuales, fundamentalmente aquellas relacionadas con el uso del profiláctico.

2.6. Conducta ante el SIDA y ETS

Luego de más de treinta años de su primer diagnóstico, el VIH/Sida continúa suscitando, tanto en las personas como en las comunidades, reacciones negativas como el miedo, el silencio, la negación, el estigma, la discriminación, e incluso la violencia contra las personas que padecen esta enfermedad. En este sentido, resulta cruel y repudiable que personas que ya sufren una enfermedad grave sean objeto de rechazo y exclusión. Las actitudes estigmatizadoras conllevan el bloqueo de las estrategias de prevención y representan obstáculos en el tratamiento, sobre todo cuando los gobiernos y las sociedades se niegan a abordar abiertamente las consecuencias graves del VIH/Sida (Carvallo Suárez, 2003).

Si bien el avance de los tratamientos y las medicinas para combatir la pandemia del Sida ha sido significativo en los últimos años, de acuerdo con la opinión de diversos especialistas, la discriminación y el estigma asociados a la enfermedad representan obstáculos mayúsculos para su contención y erradicación, además de la pobreza, la marginalidad y la falta de educación sexual. Este último aspecto es crucial, ya que la mejor manera de combatir y evitar los contagios pasa por llegar a todas las personas desde edades muy tempranas (OMS, 2010).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud el Sida y los derechos humanos están estrechamente relacionados, y la lucha contra la pandemia no puede alcanzar el éxito mientras no se ponga fin a la estigmatización que sufren los portadores de la enfermedad. Según declaraciones de la Directora General del organismo, cualquier respuesta al VIH/Sida requiere que se garantice el respeto a los derechos humanos, siendo el derecho a la salud un elemento básico para actuar contra la pandemia de alcance universal, la cual alcanza ribetes trágicos y graves en el mundo subdesarrollado. De hecho, de acuerdo con cifras proporcionadas por la funcionaria, actualmente en estos países los tratamientos antirretrovirales sólo son accesibles para un tercio de las personas que lo necesitan. En este contexto, quienes padecen la enfermedad tienen temor de ser rechazados por familiares y amigos, son marginados en sus comunidades y se les niega un empleo u otros servicios. La situación que atraviesan los enfermos hace que quienes sospechan de haber contraído la enfermedad se nieguen a realizarse pruebas o no acudan a los servicios de tratamiento.

Si se analizan las fuentes del estigma y la discriminación vinculados con el Sida pronto se advierte que sus raíces se encuentran en problemas actuales de carácter social y económico como la sexualidad, el género, la raza, la etnia, el estatus socioeconómico, el

temor al contagio y la enfermedad en sí. El estigma relacionado con el Sida se considera próximo al estigma social, sobre todo por su vía de transmisión sexual y porque se descubrió en la comunidad homosexual, cuyas prácticas se consideran ajenas a la norma, por lo cual se lo asocia con las enfermedades de transmisión sexual, la homosexualidad, la promiscuidad y la prostitución (Carvallo Suárez, 2007).

Indudablemente, la sexualización de la epidemia por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), ocurrida especialmente en la década de los noventa, ha sido uno de los principales factores que han propiciado una mayor atención hacia el estudio de las conductas sexuales de los jóvenes. Uno de los rasgos más salientes que se han destacado en el plano internacional es la mayor precocidad, lo cual alude a que se tienen relaciones sexuales a edades más tempranas que en décadas pasadas. Sin embargo, el comportamiento sexual no es algo estático, y la multiplicidad de factores y variables que influyen en el mismo conlleva la necesidad de realizar evaluaciones periódicas (Navarro, Pertusa & otros, 2006).

A nivel mundial, el temor principal que inspira la práctica del sexo es el contagio del SIDA: 48% de los hombres y 41% de las mujeres lo considera así. A este temor le siguen el miedo a tener un embarazo no deseado, preocupación que comparten el 18% de los hombres y el 36% de las mujeres. En España este porcentaje se eleva al 31% para hombres y mujeres. El conocimiento sobre el SIDA y sus riesgos son amplios incluso en los adolescentes. Algunos estudios como el realizado en Australia sobre una población rural joven, ya revelaron que los conocimientos sobre el SIDA eran muy superiores a los que se poseen sobre el resto de ITS (Hillier & otros, 1998). En el siglo XXI se ha producido una evidente mejora en el tratamiento de la infección por el VIH/sida, con una consiguiente reducción de las tasas de mortalidad anual, planteando algunos investigadores que esta situación influyó en las prácticas sexuales de los jóvenes. Por otra parte, las aportaciones de las investigaciones con perspectiva de género han incorporado al estudio del comportamiento sexual cuestiones relevantes como las relaciones de poder entre géneros y el estudio de los estereotipos, las representaciones sociales, y el análisis de las normas y creencias en torno al comportamiento sexual de cada género, imprescindibles para un abordaje comprensivo y eficaz de las conductas sexuales de los jóvenes (Belza & otros, 2006).

3. Metodología

3.1. Tipo de estudio y diseño

Estudio descriptivo/ Diseño Transversal

3.1. Participantes

Se trabajó con dos muestras. De la muestra total conformada por 645 personas (315 hombres y 325 mujeres), del trabajo de investigación hecho por Fundación Huésped en el año 2008, se tomó una submuestra no probabilística, conformada por 320 adolescentes de 14 a 19 años de edad, de ambos sexos que residen en Almirante Brown, San Fernando, Florencio Varela y Moreno sobre la que se llevó a cabo el análisis de los objetivos.

Sobre esta primera submuestra, se llevó a cabo el análisis de las encuestas, administradas por Fundación Huésped en abril del 2008 y se tomaron en cuenta las preguntas más pertinentes con los objetivos.

Y por otro lado, se trabajó sobre una muestra conformada por 8 adolescentes, elegidos con los mismos criterios de inclusión que la muestra anterior. Se les administró una entrevista, para ampliar la información tomada de las encuestas.

Los nombres de los mismos han de ser ficticios, con el propósito de mantener la confidencialidad de los mismos.

3.2. Instrumentos

En primer lugar, se trabajó sobre datos provenientes de una encuesta conformada por 427 preguntas, realizada por Fundación Huésped a adolescentes en el 2008. Se tomaron en cuenta solo las variables que aporten información, para medir los conocimientos, actitudes y prácticas frente al VIH e ITS y realizar un perfil sociodemográfico (Ver anexo).

Luego se les administró una entrevista estructurada: (Ver anexo)

2. ¿Que conocimiento tenés sobre las ITS? ¿De donde obtuviste la información?
3. ¿Sabes cómo se transmite el VIH?
4. ¿Cambiaste algún hábito de cuidado después de obtener información sobre VIH e ITS, por qué?
5. ¿Qué métodos conoces para prevenir el VIH? ¿Cuál usas y por que?
6. ¿Estas en pareja en este momento? ¿Tu última relación sexual con quien fue (pareja estable, amigo o conocido, ocasional, trabajador/a sexual)?
7. ¿Usaste preservativo en tu última relación sexual?
8. si no usas ¿por qué? / si usas ¿Por qué cree que otros adolescentes no usan?
9. ¿Pensaste en hacerte un análisis de VIH? Si dice que ya se lo hizo: ¿Cuál fue el motivo?
10. ¿Qué pensás sobre la frase: “el VIH/SIDA es un problema de otros”?

3.3. Procedimiento

Se realizó una revisión y Análisis de fuentes de datos secundarios: Para definir una primera aproximación a la población objeto de estudio (submuestra de 320 adolescentes), se trabajaron sobre los datos provenientes de las encuestas, realizadas por Fundación Huésped en población del conurbano bonaerense en abril del 2008. Se relevaron los siguientes ejes: conocimientos sobre las formas de transmisión del VIH/sida e ITS, conocimientos de infecciones de transmisión sexual (ITS), conocimientos y uso de métodos de prevención. Luego se calculó la frecuencia (absoluta y relativa) de cada una de las respuestas dadas en la encuesta. Se tomaron en cuenta las respuestas de porcentaje relevante.

Se analizaron los conocimientos, actitudes y prácticas respecto al VIH/sida e ITS, incluyendo además un perfil socio-demográfico. Por otro lado, se realizaron 8 entrevistas, a 8 adolescentes en base a los datos provenientes de la encuesta hecha con la primera muestra.

Como criterio de inclusión, los adolescentes deben tener entre 14 y 19 años, y deben residir en Almirante Brown, San Fernando, Florencio Varela y Moreno. La misma será ajustada por saturación teórica.

Como criterio de exclusión es necesario que los adolescentes no hayan asistido o asistan a ninguna capacitación sobre VIH/SIDA.

4. Desarrollo

4.1. Conocimientos de los adolescentes respecto al VIH/ Sida e ITS.

Se tomaron en cuenta solo las respuestas de mayor porcentaje, es por eso, que puede variar el total de la muestra.

Haciendo un análisis de contenido de las entrevistas administradas a ocho adolescentes, y haciendo referencia al primer objetivo, referido a los conocimientos que tienen sobre el VIH/ITS, con respecto a las preguntas: 1. ¿Qué conocimientos tenes de las ITS? ¿Dónde obtuviste la información?y la pregunta 2: ¿Sabes cómo se transmite el VIH, tres respondieron que no tienen ni obtuvieron ningún conocimiento, reflejándose aquí, una falta total de conocimientos. Cinco dijeron haber obtenido información del VIH/ITS por el colegio, familia o Internet y nombraron ciertas características de la enfermedad, tales como que se previene con el uso del preservativo y que sin su uso se pueden transmitir enfermedades como la ladilla. Sin embargo, se puede ver aquí una falta de conocimientos básicos (Ver anexo)

De acuerdo a la encuesta (de la Fundación Huésped), se eligieron las siguientes variables para responder al primer objetivo: (Ver anexo)

Tabla 4. Conocimientos sobre cómo se transmite el VIH/ Sida e ITS

Respuestas N Frecuencia

Rel. Sexual vaginal **267 83,4 %**

Rel. Sexual anal **150 46,9 %**

Rel. Sexual oral **141 44,1 %**

Compartir jeringas y contacto con heridas o sangre infectada **160 50 %**

Transfusiones sanguíneas **58 18,1%**

De madre a hijo **12 3,8 %**

Saliva (+ de un litro) **24 7,5%**

Compartir mate/ vaso **11 3,4%**

Ninguna **9 2,8%**

Ns/ Nc **8 2,5%**

Total **320 100,0%**

Se encontró que la opción más nombrada por los adolescentes, fue la relación sexual vaginal con un 83,4%.

En la relación al uso del preservativo, independientemente de la edad y el tipo de pareja, los jóvenes de ambos sexos hacen mayor uso, en las prácticas coito-vaginales que en las bucogenitales y coito-anales, a pesar del riesgo que comportan estas últimas sin protección frente al contagio del VIH/SIDA y otras ITS. Su utilización real esta más relacionada con la prevención del embarazo, ya que los jóvenes disminuyen de manera significativa la frecuencia de su uso ante las prácticas coito-anales y bucogenitales.

Otra forma de transmisión mencionada con un 50% fue el uso de jeringas y el contacto con heridas o sangre infectada.

También fueron señaladas, la relación sexual anal (46,9%) y oral (44,1%).

En cuanto a la transmisión por trasfusión sanguínea, fue mencionada por el 18,1% de los adolescentes.

En la transmisión vertical de madre a hijo, se encontró solo un 3,8% de adolescentes que la nombraron.

Es importante señalar que fueron mencionadas dos de las vías de transmisión del VIH, la vía sexual y la vía sanguínea, dejándose de lado, la vía de transmisión vertical de madre a hijo, que solo fue nombrada por un 3,8% por los adolescentes.

La transmisión vertical es la principal vía de infección por VIH en niños. Se estima que existe un 30% de probabilidades de transmitir el virus de la madre al hijo durante el embarazo, parto o lactancia. (Fundación Huésped, 2006)

También es relevante destacar, que los adolescentes incluyeran como vía de transmisión del VIH/ITS, al contacto con la saliva con un 7,5% y el compartir un vaso/ mate con un 3,4%, siendo ambos conocimientos erróneos.

Por último hay que tener en cuenta que, un 2,8% respondió que no conoce ninguna forma de transmisión, reflejándose aquí la falta de información.

Suárez, Gutiérrez, Figueroa y Monteagudo (2006) en una investigación sobre conocimientos del VIH/ITS y adolescencia, observaron que los adolescentes no cuentan con suficientes conocimientos y que tienen numerosas ideas incorrectas frente al tema, sobre todo en lo que respecta al tratamiento para la enfermedad, los medios de transmisión y prevención

De acuerdo a los resultados de la entrevista, cinco de los adolescentes nombraron las tres vías de transmisión (sexual, sanguínea y perinatal) y dos respondieron solo la vía sexual y sanguínea pero también agregaron, “por dar un beso si la persona esta lastimada” y “compartir el cepillo de dientes”, siendo éstos conocimientos erróneos.

También hubo un solo adolescente que mencionó solo la vía de transmisión sexual (Ver anexo).

Tabla 5. Conocimientos de ITS (Ver anexo)

Respuestas n Frecuencia

Sífilis **67 20,9%**

Herpes genital- ampollas con dolor **22 6,9%**

Hepatitis **21 6,5%**

HIV – SIDA **249 77,8%**

Gonorrea (pus en pene/flujo purulento) **14 4,4%**

HPV **6 1,9%**

Infección urinaria **8 2,5%**

Ladilla **14 4,4%**

Hongos vaginales/ micosis **4 1,3%**

Cáncer/ leucemia **6 1,9%**

Ninguna **38 11,9%**

Ns/ Nc **18 5,6%**

Total **320 100,0%**

La infección más nombrada fue VIH/SIDA con un 77,8%.

Otra de las ITS más mencionada fue la Sífilis (20,9%).

Es relevante destacar que el 11,9% de los adolescentes, respondieron que no conocen ninguna ITS.

Las siguientes mencionadas fueron el Herpes con un 6,9% y la Hepatitis con un 6,5%.

También fueron nombradas la gonorrea y la ladilla con un 4,4%.

Y por último, la Infección urinaria (2,5%), el HPV (1,9%) y los hongos/ micosis (1,3%).

Siguiendo a Hillier y otros (1998), a nivel mundial, el temor principal que inspira la práctica del sexo es el contagio del SIDA: 48% de los hombres y 41% de las mujeres lo considera así. Algunos estudios como el realizado en Australia sobre una población rural joven, ya revelaron que los conocimientos sobre el SIDA eran muy superiores a los que se poseen sobre el resto de ITS.

Tabla 6. Métodos que conocen para evitar la transmisión del VIH/ Sida e ITS (Ver anexo)

Respuestas *n* Frecuencia

Preservativo **263 82,2%**

DIU **4 1,3%**

Pastillas anticonceptivas **8 2,5%**

Ninguno **37 11,6%**

Ns/NC **12 3,8%**

Total **320 100,0%**

El preservativo fue el más nombrado por los adolescentes con un 82,2%.

Es relevante destacar, que el 11,6% respondió que no conoce ningún método para evitar la transmisión del VIH/ITS.

Luego fueron mencionadas las pastillas anticonceptivas con un 2,5% y el DIU con un 1,3%, siendo ambos conocimientos equivocados.

Tabla 7. Métodos utilizados para evitar la transmisión del VIH/ITS (Ver anexo)

Respuestas *N* Frecuencia

Preservativo **175 100,0%**

Ninguno **0 ,0%**

Ns/Nc **0 ,0%**

Total **175 100,0%**

Es importante saber, que se tomaron en cuenta solo las respuestas de mayor porcentaje, es por eso, que puede variar el total de la muestra.

El 100% de los adolescentes respondió que utiliza el preservativo como método para evitar la transmisión del VIH/ITS.

De acuerdo a la entrevista estructurada, seis de los adolescentes respondieron el preservativo y los otros dos, aparte del preservativo incluyeron “las pastillas anticonceptivas” y “la abstinencia periódica”, siendo éstos conocimientos erróneos. (Ver anexo entrevista)

La constante confusión entre la prevención del embarazo y del contagio de VIH se manifestó en la eficacia preventiva frente al VIH otorgada al diafragma, al dispositivo intrauterino, a la píldora e incluso a la penetración anal. Estos “errores” de los jóvenes sólo pueden ser subsanados con campañas de comunicación y prevención que sean efectivas, es decir, en un lenguaje afin al de los públicos objetivo (Bayés & otros 1996). Katchaudourian (1997) decía que en la práctica existe una carencia significativa de información, lo que se debe en parte a la existencia de prejuicios frente al tema y al carácter privado de la conducta sexual, aspectos que obstaculizan la investigación.

Raj (1996) menciona que los conocimientos sobre VIH no se pudieron asociar a un mayor uso del profiláctico. Como postulan Bayés y otros (1996), la información es condición necesaria pero no suficiente para cambiar los comportamientos. En todo caso, buena parte de los errores de información detectados parecía relacionada con el papel central y prioritario que ocupa el embarazo no deseado en las preocupaciones de los jóvenes respecto al sexo.

De acuerdo a Bimbela y otros (2002) el uso del preservativo en las parejas ocasionales y estables, deberían abordarse mediante estrategias que contemplen la participación activa y crítica de los propios jóvenes, a fin de que adquieran los conocimientos preventivos fundamentales y que los contenidos, formatos y medios sean los más idóneos para generar cambios duraderos en sus conductas sexuales, fundamentalmente aquellas relacionadas con el uso del profiláctico.

4.2. Frecuencia en el uso del preservativo en las parejas estables y ocasionales

Haciendo referencia al segundo objetivo: Identificar la frecuencia en el uso del preservativo en las relaciones estables y ocasionales, se tomaron en cuenta las siguientes variables en la encuesta: la edad de la primera relación sexual dividida por género, el uso del preservativo en la primera relación sexual en general y también de acuerdo al

género, ya que se encontraron diferencias. Por último se trabajaron las variables: frecuencia en el uso del preservativo con parejas y parejas ocasionales. Luego se calculó la frecuencia de cada una de las respuestas dadas por los adolescentes.

Es importante tener en cuenta que no se tomó un criterio establecido a priori para definir pareja estable. Cada uno de los encuestados interpretó las preguntas sobre pareja estable de acuerdo a su propio criterio, lo cual nos permitió observar que los meses de duración de la pareja variaban considerablemente entre los adolescentes, y algunos ya consideraban estar en una pareja estable habiendo transcurrido 1 o 2 meses de relación. Se mencionó con más frecuencia 12 meses de duración en una pareja estable, con una media de 19,49 (SD 16,415).

Tabla 8. Edad de la primera relación sexual (Ver anexo)

Género

Masculino Femenino

14 15

En la encuesta, el promedio de edad que se da en la primera relación sexual, en los varones es de 14 años y en las mujeres es de 15 años.

De acuerdo con recientes investigaciones, las conductas sexuales en la población juvenil han venido mostrando profundas modificaciones a lo largo de los últimos años. La edad en que los jóvenes realizan su primer coito ha disminuido drásticamente. En el ámbito internacional, según la encuesta de Durex Global Sex 99 realizada entre 4.200 jóvenes de 18 a 21 años de 14 países diferentes, el inicio de la sexualidad es a los 15,6 años para los varones y a los 16,2 años para las mujeres (Farré et al, 2005).

Tabla 9. Uso del preservativo en la primera relación sexual (Ver anexo)

Respuestas N Frecuencia

No **33 14,7%**

Si **192 85,3%**

Ns/ Nc **0 ,0%**

Total **225 100,0%**

El 85,3% de los adolescentes respondió en la encuesta, que utilizó el preservativo en la primera relación sexual.

Al dividirlo por el género se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 10. Uso del preservativo de acuerdo al género (Ver anexo)

Respuestas Género

Masculino Femenino Total

N Frecuencia n Frecuencia N Frecuencia

No **25 20,50%** **8 7,8%** **33 28,25%**

Si **97 79,50%** **95 92,23%** **192 171,74%**

Respecto del uso del preservativo en la primera relación sexual, se encontró diferencia entre los varones y las mujeres, ya que el 92,23% de las mujeres mencionaron que sí utilizaron el preservativo en su primera relación sexual en comparación con un 79,50% en los varones. Hernández Zamora y Cruz Juárez (2009) reportaron que son los hombres quienes inician su vida sexual a una edad más temprana, tienen un mayor número de parejas sexuales y una mayor frecuencia de actividad sexual, por lo que el género puede considerarse un factor de riesgo en el comportamiento sexual.

Tabla 11. Frecuencia del uso del preservativo con las parejas estables (Ver anexo)

Respuestas N Frecuencia

Siempre **83 60,1%**

La mayoría de las veces **23 16,7%**

La minoría de las veces **14 10,1%**

Nunca **18 13,0%**

Total **138 100,0%**

Tabla 12. Frecuencia del uso del preservativo con las parejas ocasionales (Ver anexo)

Respuestas N Frecuencia

Siempre **85 84,2%**

La mayoría de las veces **10 9,9%**

La minoría de las veces **5 5,0%**

Nunca **1 1,0%**

Total **101 100,0%**

Los adolescentes mencionaron con un 60,1%, que siempre utilizan el preservativo con sus parejas estables en comparación con un 84,2% con las parejas ocasionales. Es decir, que hay un mayor uso del preservativo con las parejas ocasionales.

Por otra parte, solo un 1% menciona que nunca utiliza el preservativo con las parejas ocasionales, en comparación con un 13% con las parejas estables.

De acuerdo a las entrevistas estructurada, tres adolescentes respondieron ser vírgenes, quedando solo cinco adolescentes activos sexualmente, de los cuales, dos indicaron usar el preservativo en forma general y también respondieron que lo usaron en la última relación sexual y de los otros tres, uno indicó que no está en pareja estable, y que en

general usa el preservativo “por el contagio y el embarazo”. Pero también dijo, que en su última relación sexual no usó el preservativo porque lo hizo con una persona conocida.

Otro, menciona que en general no se cuida porque “toma pastillas anticonceptivas ya que esta en pareja estable” y dijo también que en su última relación sexual sí utilizó preservativo.

El último, indicó que no usa el preservativo porque “no le gusta usarlo” y que además “hace 3 años que esta en pareja estable”. Tampoco lo usó en su última relación sexual. (Ver anexo entrevista)

Siguiendo a Barra y otros (2005) si se desea incrementar el uso del preservativo entre las parejas estables o con alguna posible y peligrosa infidelidad esporádica, el énfasis no debe ponerse tanto en su erotización, sino en el hecho de que el preservativo constituye un medio para poder establecer una comunicación íntima que demuestre sensibilidad hacia el cuidado y protección de la pareja. En todo caso, la educación y prevención sanitaria deberían tener muy en cuenta que la implicación afectiva con otra persona suele conllevar la falsa percepción del alejamiento o minimización del riesgo.

En un estudio de Hernández Zamora y Cruz Juárez (2009) participaron 3.075 estudiantes, con una edad promedio de 17,5 años. Circunscribiéndose al análisis del comportamiento sexual, los resultados arrojaron que el 41.59 % no utiliza el preservativo con sus parejas conocidas en relación con un 9.27% en las parejas ocasionales. En relación a la frecuencia del uso del preservativo, prevalecen las relaciones sexuales sin su uso. Se registró que menos de la mitad de los encuestados lo utilizan siempre (48.97%), y que el resto, por distintos motivos, no lo utilizan “no me gusta utilizarlo” (8.04%) o lo hacen ocasionalmente (36.51%)

En cuanto a los factores facilitadores que confirman hallazgos previos de autores como DiClemente (1992), el hecho de no hablar con la pareja sobre los métodos de prevención antes de llevar a cabo el acto sexual resultó estar directamente relacionado con no usar el profiláctico en dicha práctica. Por otra parte, los resultados obtenidos en relación con la frecuencia de la práctica sexual indicaron que a medida que la práctica sexual se realizaba con más frecuencia el profiláctico se utilizaba menos.

Esto parece dar cuenta de que los jóvenes no habían incorporado aún con normalidad el uso del profiláctico a sus prácticas coito-vaginales y cada uno de esos usos implicaba un nuevo e importante esfuerzo, o bien que dicho aumento de frecuencia se correspondía

con un tipo de pareja más habitual que llevaba implícito como normal no usar el profiláctico.

Al dividirlo por el género se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 13. Frecuencia en el uso del preservativo con las parejas ocasionales

Respuestas

Género

Masculino Femenino Total

***n* Frecuencia *n* Frecuencia *n* Frecuencia**

Siempre **40 65,57%** **43 55,84%** **83 60,14%**

La mayoría de las veces **13 21,31%** **10 12,98%** **23 16,66%**

La minoría de las veces **3 4,91%** **11 14,28%** **14 10,14%**

Nunca **5 8,19%** **13 16,88%** **18 13,04%**

Tabla 14. Frecuencia en el uso del preservativo con las parejas estables

Respuestas

Género

Masculino Femenino Total

***n* Frecuencia *n* Frecuencia *n* Frecuencia**

Siempre **63 87,50%** **22 75,86%** **85 84,15%**

La mayoría de las veces **7 9,72%** **3 10,34%** **10 9,90%**

La minoría de las veces **2 2,77%** **3 10,34%** **5 4,95%**

Nunca **0 0** **1 3,44%** **1 0,99%**

En los varones, hay un mayor uso del preservativo con las parejas ocasionales (87,50%) y estables (65,57%), respecto de las mujeres (75,86% ocasionales/ 55,84% estables).

También el 16,88% de las mujeres mencionó que nunca utiliza el preservativo con su pareja estable respecto de un 8,19% en los varones.

En efecto, prácticamente toda la problemática de la salud sexual reproductiva adolescente se vincula a la tendencia de los jóvenes a practicar conductas sexuales rigurosas, como el inicio cada vez mas precoz, poco reconocimiento de los riesgos, experimentación de continuos cambios de pareja, poco conocimiento de la sexualidad, escasa orientación y uso del preservativo e insuficiente información sobre enfermedades de transmisión sexual (ETS) y su prevención (Pantelides & Bott, 2000).

Retomando el trabajo de Bimbela y otros (2002), cabe destacar que la mayoría de los jóvenes participantes en el estudio asociaron las parejas ocasionales con un mayor

riesgo y esto les hizo aumentar su intención de prevenir consecuencias no deseadas y de tener prácticas más seguras con este tipo de pareja. Por el contrario, con las parejas consideradas habituales (que se asociaron con menos riesgo) dichas intenciones preventivas disminuyeron. Esto adquirió relevancia al recordar que «la última vez» que tuvieron relaciones sexuales en tres de cada cuatro ocasiones la pareja fue considerada habitual, y que a los jóvenes les resultaba muy fácil, necesidad de pocos requisitos y en poco tiempo, dejar de considerarse pareja ocasional, se mantenía atentos a las medidas preventivas, para convertirse en pareja habitual, considerando que ya no era tan necesario pensar en la prevención. Además, como se ha planteado anteriormente, es frecuente que una vez establecidos como pareja habitual se planteen el cambio de método anticonceptivo, y abandonen el uso del profiláctico en favor de otros métodos supuestamente más cómodos. De esta manera, dejan de cubrir los riesgos de una enfermedad de transmisión sexual (VIH incluido) y resulta difícil sostener el uso de profiláctico, salvo que se plantee la posibilidad de tener relaciones sexuales fuera de la pareja. Entonces, el profiláctico puede convertirse en símbolo de posible infidelidad, con los elevados costos emocionales que esto supone para ambos miembros de la pareja. Todo esto explicaría también el menor uso del profiláctico en los jóvenes que estuvieron de acuerdo con la afirmación «*no es necesario usar condón si se confía en la pareja*», uno de los factores que, en el estudio referido, resultó estar asociado con no usar nunca profiláctico en el coito vaginal.

4.3. Creencias de los adolescentes acerca de la sexualidad y las relaciones de pareja (ocasionales/estables)

De acuerdo al tercer objetivo, relacionado con las creencias de los adolescentes con respecto a la sexualidad y relaciones de pareja (estable y ocasional), no se encontró información específica de acuerdo este punto.

Martínez Ramírez et al. (2000), menciona la existencia de creencias de diverso tipo, respecto de la sexualidad y el uso del preservativo, que condicionan y vuelven más riesgosa la práctica. En un trabajo que investigó las creencias de los adolescentes en relación con el uso del preservativo, que si bien existe una descripción por lo general adecuada de la función y el uso del preservativo, persisten una serie de creencias falsas, como la mencionada por algunos de los entrevistados de aquel estudio, donde el uso del preservativo era menos utilizado con las parejas estables por el solo hecho de conocerlas o tener cierta confianza.

Se puede inferir que los adolescentes creen estar más seguros con las parejas estables ya que como se comprobó en las entrevistas, tres adolescentes mencionaron no usar el preservativo con sus parejas estables y dos de ellos agregaron solo “usar pastillas anticonceptivas”, previniendo así, solo embarazos no deseados.

La mayor parte de los factores que están más asociados con el uso o no uso del profiláctico en las prácticas coito-vaginales de los jóvenes son predisponentes -actitudes, valores y creencias-, y se hallan vinculados con el tipo de relación que se mantiene con la pareja con la que se lleva a cabo la práctica sexual. Esto es indicativo de la pertinencia de intervenciones (Bimbela & otros, 2002).

Un trabajo destacado en este campo de investigación es el de Van Oss y otros (1993), con poblaciones de adolescentes heterosexuales de origen hispano y blancos no hispanos de Estados Unidos, en el cual se focaliza la falsa sensación de seguridad que proporciona el hecho de considerar a una pareja como estable. En efecto, sus resultados muestran que, entre los jóvenes que tienen múltiples parejas, aproximadamente la mitad de ellas usa siempre el preservativo con sus parejas secundarias, pero sólo entre un 8 y un 20% los utiliza con sus parejas estables.

En relación a la pregunta número once de la entrevista estructurada, respecto de si alguna vez pensaron en hacerse el análisis del VIH, de los cinco adolescentes que tuvieron su primera relación sexual, dos expresaron que no pensaron en hacerse el análisis de VIH y uno expresó que no pensó en hacérselo, ya que “está en pareja estable y está segura que no tiene nada”. (Ver anexo)

Siguiendo la investigación de Failde Garrido y otros (2008), los factores asociados a no utilizar nunca el profiláctico fueron los siguientes: estar emancipado frente a vivir con la familia; tener un bajo nivel en la escala de *locus* de control (pensar que infectarse depende de factores externos), sentir que no es necesario usar condones si se confía en la pareja.

De acuerdo a la pregunta cuatro de la entrevista, respecto de si luego de haber recibido información sobre el VIH e ITS, cambió algún hábito de cuidado, seis respondieron no cambiaron ningún hábito. Uno agregó que no lo hizo porque “siempre estuvo con la misma persona y nunca pensó que podría infectarse”. (Ver anexo entrevista)

González (2009) menciona que aunque los adolescentes hayan recibido información sobre métodos anticonceptivos y sobre las enfermedades de transmisión sexual, aún siguen teniendo relaciones sin protección.

En un metaanálisis de la relación entre las variables psicológicas y el uso del profiláctico entre heterosexuales Sheeran y otros (1999) concluyen que una actitud positiva hacia los profilácticos, que fortalezca su aceptación como método anticonceptivo/protector y promueva esta visión en los compañeros sexuales, favorece el incremento de su uso. Según estos autores, además de comprar y llevar profilácticos, hay que tenerlos disponibles y hablar de ello.

4.4. Percepción de riesgo de los adolescentes de contraer VIH/Sida y/o ITS

En relación al último objetivo: Analizar la percepción de riesgo que tienen los adolescentes de contraer VIH y otras ITS, en la encuesta, se tomaron en cuenta las variables referidas a: si los adolescentes intentan realizar consultas médicas, si a lo largo del 2003 se han hecho alguna consulta referida a su salud sexual o reproductiva y la frecuencia en el uso del preservativo en las parejas estables y ocasionales (Ver tabla anterior).

En la entrevista también se tomo el último punto, para responder a este objetivo

Tabla 15. ¿Con respecto a su salud, usted intenta realizar una consulta médica?

Respuestas N Frecuencia

No **58 18,1%**

Si **261 81,6%**

Ns/ Nc **1 ,3%**

Total **320 100,0%**

Tabla 16. ¿A lo largo del 2003, ha realizado alguna consulta referida a su salud sexual o reproductiva?

Respuestas N Frecuencia

No **258 80,6%**

Si **62 19,4%**

Ns/ Nc **0 ,0%**

Total **320 100%**

En relación a si los adolescentes, intentan realizar consultas médicas respecto de su salud, el 81,6% respondió que sí lo hace, pero al referirse a si a lo largo del 2003, se habían realizado consultas relacionadas con la salud sexual o reproductiva el 80,06% respondió que no hicieron ninguna consulta. (ver Anexo encuesta)

Las actitudes que se toman a fin de prevenir cualquier contagio de ETS o VIH-sida definen de alguna manera una concepción subyacente de riesgo. En efecto, a la pregunta

sobre qué tipo de acciones realizan para prevenir un posible contagio más de la mitad eligió el no tener relaciones sexuales.

Estos datos se pueden ver reflejados en la investigación hecha por el Ministerio de Salud de la Nación (2008), donde se estima que el 60% de las personas que viven con VIH no lo sabe. Desde 1982 hasta finales del 2007 el programa nacional de lucha contra el VIH/ ETS registro 67.245 casos de personas infectadas por el VIH en Argentina, siendo este un subregistro importante, ya que es escasa la concientización de la población de la necesidad de realizar el análisis correspondiente para el diagnóstico.

Se ha encontrado que los adolescentes son uno de los grupos con mayor vulnerabilidad de adquirirlo, por la presencia de múltiples conductas de riesgo. La edad donde más se presentan los nuevos casos diagnosticados a nivel mundial es entre los 15 y 24 años (Macchi, Benitez, Corvalan, Nuñez & Ortigoza, 2006).

De acuerdo a los datos arrojados por las entrevistas, se puede señalar que los adolescentes no perciben el riesgo que implica tener relaciones sexuales sin preservativo, influyendo en esto, si la persona es conocida o no, ya que tres de los entrevistados mencionaron “no usar el preservativo con sus parejas estables porque toman pastillas anticonceptivas”. También en la encuesta se observó que hay un mayor uso del preservativo con las parejas ocasionales.

Por otro lado, en la entrevista, de los ocho adolescentes, seis dijeron que no cambiaron ningún hábito de cuidado luego de haber recibido información acerca del VIH/ITS. A saber que tres de ellos, fueron los que mencionaron, no utilizar preservativo con sus parejas estables. Uno agregó que no cambió ningún hábito, luego de recibir información porque “siempre estuvo con la misma persona y no pensó en que pueda infectarse”. Es por eso, que se puede deducir cuanto influye el tipo de relación que tienen los adolescentes entre sí, ya que si no se conocen, es recién ahí cuando piensan en cuidarse para prevenir VIH/ITS.

El Ministerio de Salud de la Nación (2008), estima que entre el 2001 y el 2007, la vía de transmisión sexual fue la principal causante del contagio del VIH.

En America Latina y el Caribe 420.000 jóvenes han sido diagnosticados, donde 55.104 son menores de 15 años, siendo el principal medio de transmisión la actividad sexual sin protección (Onusida, 2008).

Finalmente, cuatro de los entrevistados respondieron, que no pensaron en hacerse un análisis de VIH. Solo un adolescente indicó que se lo hizo para saber como estaba de salud. Y otro agregó que “se siente segura porque sabe que su pareja estable no tiene

nada”. Es decir, que no hay un interés en general por saber el estado de salud reproductivo y sexual, por tener el conocimiento erróneo de que no uno tiene nada, añadiendo también, que con las parejas estables en general no utilizan el preservativo.

La seguridad que sienten los adolescentes al no utilizar el preservativo con sus parejas estables por el simple hecho de conocerlas se puede notar también en una investigación hecha por Chirinos, Bardales y Segura (2006), de relaciones coitales y percepción de riesgo de adquirir ITS/ VIH en jóvenes, donde identificaron que el 58% de los entrevistados creían que no presentaban riesgo de infectarse de alguna de estas enfermedades, y sus razones principales fueron: tener pareja estable y ser fiel a ella (50%), ausencia de relaciones sexuales (26%) y sólo el 5,5% señaló el uso continuo de preservativo. Estos autores concluyeron que los adolescentes presentan una moratoria vital que los hace percibir el riesgo como algo lejano, por lo cual ejecutan dichos comportamientos.

En esta etapa se modela la identidad, y es por ello que la búsqueda para definirse como persona y miembro de una comunidad vuelve a los sujetos vulnerables a los estímulos que reciben (Saavedra, Guajardo & Villalta, 2008).

Por último se puede ver esto reflejado en la última pregunta de la entrevista donde respondieron que” sí el VIH es un problema de todos”, pero aquí pareciera que solo es de algunos pocos, ya que se puede inferir que no hay conciencia de prevención ni inculcación por parte de las familias o escuelas. Esto implica que los jóvenes están asumiendo conductas riesgosas en las relaciones consideradas estables, y adoptan mayores precauciones en los contactos sexuales ocasionales (Faílde Garrido & otros, 2008).

Por su parte, los factores asociadas a no utilizar nunca el profiláctico en las prácticas de coito vaginal (frente a los que lo utilizaron alguna vez) fueron las siguientes: estar emancipado frente a vivir con la familia; tener un bajo nivel en la escala de *locus* de control (pensar que infectarse depende de factores externos); identificar pocas zonas del cuerpo como sensibles al placer sexual; estar de acuerdo con la afirmación «*no es necesario usar condones si se confía en la pareja*»; haber declarado una intención de conducta de riesgo (insegura) con la pareja habitual en situaciones de riesgo potencial, y no hablar con la pareja sobre métodos de prevención antes de llevar a cabo la práctica.

En la investigación de Bimbela y otros (2002) se relevaron dos factores que pueden tener una gran importancia a la hora de explicar el uso o no del profiláctico en el coito vaginal: la dificultad para percibir que el uso del profiláctico era compatible con la

confianza que se tenía en la pareja, y hablar sobre métodos de prevención antes de mantener la relación. En ambos casos, el tipo de pareja (fija u ocasional) con la que realizaron la práctica sexual tuvo, implícitamente, una gran relevancia.

5. Conclusiones

Con el propósito de determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH e ITS en adolescentes (14 a 19 años) del conurbano bonaerense, residentes en Almirante Brown, San Fernando, Florencio Varela y Moreno, se realizó una investigación descriptiva.

En la actualidad el VIH ha provocado una epidemia que se ha propagado a todos los continentes, según estadísticas del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA) y la Organización Mundial de la Salud (2007), se estimaba que a finales del 2007 había 33 millones de personas en todo el mundo que vivían con el VIH. De las nuevas infecciones en adultos en el año 2007, el 50% fueron mujeres y la mayoría de las infecciones se detectaron en adultos jóvenes.

La infección del VIH está incrementándose cada vez más rápido entre jóvenes menores de 22 años, por lo que el conocimiento de las medidas de prevención y control sobre el VIH/SIDA es importante en esta población a riesgo. El inicio de las relaciones sexuales a temprana edad, el cambio de pareja, la falta generalizada del uso de medios de protección, hacen de los adolescentes una población con mayor riesgo de contraer VIH/SIDA e ITS.

Durante los últimos años las personas infectadas por el VIH/ SIDA a nivel mundial, ha aumentado significativamente. Se ha reportado que los adolescentes son unos de los grupos con mayor vulnerabilidad de adquirirlo, por la presencia de múltiples conductas de riesgo. La edad donde más se presentan casos diagnosticados a nivel mundial es entre los 15 y los 24 años. (Macchi, Benítez, Corvalán, Núñez & Ortigoza, 2006)

La adolescencia es un período de cambio y pone a los sujetos en la situación de tener que tomar decisiones y de acercarse más a la actuación responsable e independiente. Suelen desplazar el centro de su atención de los padres a sus pares o compañeros, comienzan a experimentar las relaciones de pareja, esto unido a rápidos cambios físicos y psicológicos que tienen lugar en esta etapa de la vida, que suelen darse conflictivamente. Por lo cual los adolescentes y jóvenes, siempre son sujetos sensibles a distintos grados de vulnerabilidad.

Particularmente intervienen factores como omnipotencia, falta de información y de acceso a los servicios de salud, necesidad de experimentar riesgos y transgredir, baja autoestima, exposición a situaciones de violencia, consumo de sustancias y dificultad en el acceso a los preservativos (Sebrié, 2008).

Es habitual que los adolescentes tengan relaciones sexuales sin estar informados sobre los métodos preventivos de embarazo o enfermedades de transmisión sexual, entre ellas el VIH/SIDA. Muchas veces el sistema educativo no brinda una educación sexual adecuada, a pesar de estar previsto por la ley nacional, violándose así el derecho a la información para la toma de decisiones informadas. Una importante proporción de la población adolescente no accede a los servicios de salud, por motivos que tienen que ver con la organización de los mismos. La problemática del VIH/ SIDA tiene una fuerte relación con la pobreza (Fundación Huésped, 2006).

Los resultados de la presente investigación, en relación al primer objetivo referido a los conocimientos de los adolescentes en relación al VIH/ITS, demuestran que los adolescentes estudiados, presentan un alto grado de desconocimiento sobre algunos aspectos relacionados con el VIH/SIDA, como incluir como vía de transmisión del VIH/ITS al contacto con la saliva y el compartir un vaso/ mate/ cepillo de dientes, así como el hecho de no conocer ninguna forma de transmisión, o excluir las vía de transmisión vertical, principal vía de transmisión en niños, así como también incluir como métodos de prevención “las pastillas anticonceptivas” y “la abstinencia periódica”, lo cual, nuevamente, muestra falta de conocimiento.

Raj (1996) indicaba que los conocimientos sobre VIH no se pudieron asociar a un mayor uso del preservativo. Bayes (1996) postula que la información es condición necesaria pero no suficiente para cambiar dichos comportamientos.

En cuanto al segundo objetivo referido a la frecuencia del uso del preservativo en las relaciones estables y ocasionales, hay un mayor uso del preservativo con las parejas estables en comparación con las parejas ocasionales.

Se nota una gran dificultad para percibir el uso del preservativo como mecanismo de protección ya que pareciera que es compatible con la confianza que se tiene en la pareja. Es frecuente que el adolescente una vez establecido con una pareja habitual se plantee el cambio del método anticonceptivo y abandone el uso del preservativo a favor de otros métodos supuestamente más cómodos, como por ejemplo las pastillas anticonceptivas o el DIU, generando a la vez confusiones a la hora de saber que métodos son efectivos para prevenir el contagio del VIH/SIDA e ITS. Así dejan de cubrir una enfermedad de

transmisión sexual y aumentan el riesgo de contagio. Por eso es que son considerados como un grupo de riesgo al no percibir el peligro que implica de tener relaciones sexuales sin protección.

Es así que en relación al cuarto objetivo referido a la percepción de riesgo de contraer VIH/ITS, los adolescentes no perciben el riesgo que implica tener relaciones sexuales sin protección, influyendo en esto si la persona es conocida o no.

A esto hay que sumarle el hecho de que en relación a su salud reproductiva o sexual no suelen hacerse consultas médicas, pero sí en relación a su salud en general, dejando de lado la esfera sexual, tan importante en la concepción del hombre.

Desde 1982 hasta finales del 2007 el programa Nacional de Lucha contra el retrovirus humano, sida e ITS registró 67.245 personas de casos de personas infectadas por el VIH en Argentina, siendo este un subregistro importante, ya que es escasa la concientización que se hace de la población de la necesidad de realizar el análisis correspondiente para el diagnóstico. Se cree que el 60% de las personas que vive con el virus no lo sabe. En el 2007 se registraron 3.411 casos nuevos de VIH y 1.089 casos de sida. La principal vía de transmisión es la vía sexual, durante los años 2001 y 2007, 82% de las mujeres y 73% de los varones se infectaron por este medio. (Ministerio de Salud de la Nación, 2008).

Las limitaciones del trabajo fueron principalmente en relación al tercer objetivo, que apuntaba a conocer las creencias de los adolescentes en relación con la sexualidad y las relaciones de pareja. No se encontró información específica, aunque se pudo inferir que existe la creencia falsa de una mayor seguridad con la pareja estable, que lleva a un menor uso del preservativo.

La mayor parte de los factores que están más asociados con el uso o no uso del profiláctico en las prácticas coito-vaginales de los jóvenes son predisponentes, actitudes, valores y creencias, y se hallan vinculados con el tipo de relación que se mantiene con la pareja con la que se lleva a cabo la práctica sexual. Esto es indicativo de la pertinencia de intervenciones (Bimbela & otros, 2002).

Por otro lado, según los resultados se observa que los principales medios a través de los cuales los adolescentes han recibido información sobre el VIH/ITS son la escuela, la televisión y la familia. Sin embargo, al analizar las conductas sexuales que tienen, se deduce que en general es escasa la información. Tampoco hay una concientización en hacerse el análisis del VIH como algo dentro de la rutina de los análisis médicos, como

se mencionó anteriormente. Y también de nuevo aquí influye el tipo de pareja que uno tenga, en el incentivo para realizarse el análisis del VIH ya que al no verse expuestos en una situación de riesgo por tener siempre la misma pareja, no tienen en cuenta el hecho de realizarse el análisis como forma de cuidado de su salud.

Tampoco refirieron cambiar o haber cambiado algún tipo de hábito de cuidado sexual luego de haber recibido información relacionada con el VIH/ITS.

Es por eso que el VIH puede considerarse una enfermedad asociada con la conducta ya que muchas personas aún contando con información acerca de cómo evitar la transmisión no adoptan comportamientos.

González (2009) menciona que aunque los adolescentes hayan recibido información sobre métodos anticonceptivos y sobre las enfermedades de transmisión sexual, aún siguen teniendo relaciones sin protección.

Ante esta realidad, la única manera dar respuesta al VIH/sida es a través de la prevención. Esto debería alertar a las autoridades educativas, padres y/o representantes a desarrollar estrategias que permitan mejorar los niveles encontrados en esta población para así prevenir el contagio del VIH/ITS.

Es importante que haya promotores de la salud como realiza Fundación Huésped, en diferentes escuelas barriales para que no solo den información correcta acerca del VIH/ITS en general y puedan despejar todas sus dudas, sino que también es fundamental que se genere un grupo de contención y se realicen actividades sistemáticas en conjunto con los adolescentes, maestros y familias para poder trabajar sobre esta problemática que nos toca a todos y dar herramientas pertinentes a los adolescentes para la prevención.

Por estas razones, diversos profesionales de la salud han encaminado sus esfuerzos en generar estrategias que permitan disminuir la tasa de adolescentes infectados, interviniendo en el desarrollo de habilidades que les permitan hacer frente a las diversas situaciones psicosociales que enfrentan continuamente en esta etapa, tales como la presión de grupo, el aumento de búsqueda de sensaciones, el noviazgo entre otros, que de una u otra manera los colocan en mayor riesgo frente a sus conductas sexuales, donde el contexto social y cultural, en algunos casos, no favorece ni facilita, las prácticas sexuales preventivas y saludables (Fuertes, Martínez, Ramos, De la Orden & Carpintero, 2002). Estos temas pueden constituir futuras líneas de estudio.

6. Referencias Bibliográficas

- Azjen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. Englewood Cliffs. New Jersey: Prentice-Hall.
- Baker, S. & Morrison, D. (1996). Using the theory of reasoned action (TRA) to understand the decision to use condom in a STD clinic population. *Health Educ Quart*, 528-42.
- Barceló, M. (1996). *Eventos de vida en la adolescencia*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Barra, E., Cancino, V., Lagos, G., Leal, P. & San Martín, J. (2005). Factores psicosociales y problemas de salud reportados por adolescentes. *Psicología y Salud*, 15(2), 231-239.
- Bayés, R. (1995). *Sida y Psicología*. Barcelona: Martínez Roca.
- Belza, M., Koerting, A. & Suárez, M. (2006). *Jóvenes, relaciones sexuales y riesgo de infección por el VIH*. Madrid: Fundación para la Investigación y Prevención del Sida en España.
- Bimbela, J., Jiménez, J., Alfaro, N., Gutiérrez, P. & March, J. (2002). *Uso del profiláctico entre la juventud en sus relaciones de coito vaginal*. Barcelona: Gaceta Sanitaria.
- Cahn, P. et al. (1992). *Sida, un enfoque integral*. Buenos Aires. Paidós.
- Carvallo Suárez, B. (2007). *Contra el estigma del VIH/Sida*. Buenos Aires: Recuperado el 10 de Noviembre de 2012 de <http://www.iade.org.ar/modules/noticias/article.php?storyid=2140>
- Castro Espín, M. (2004). *Diversidad sexual: El sexo como juez universal del ser humano*. Cuba: CENESEX. Recuperado el 04 de Octubre de 2012 de <http://www.cenesex.sld.cu/webs/diversidad/juez.htm>
- Chirinos, J., Bardales, O., & Segura, M. (2006). Las relaciones coitales y la percepción de riesgo de adquirir ETS/SIDA en adultos jóvenes varones de Lima, Perú. *Cadernos de Saúde Pública*, 22, 79-85.
- Diclemente, R. (1992). *Adolescents and AIDS. A generation in jeopardy*. Newbury Park: Sage Publications.
- Donas, S. (1995). *Marco Epidemiológico y Conceptual de la Salud Integral de Adolescentes. Adolescencia y Juventud*. Buenos Aires: OPS/OMS Organización

- Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud.
- Faílde Garrido, J., Lameiras Fernández, M. & Bimbela Pedrola, J. (2008). *Prácticas sexuales de chicos y chicas españoles de 14-24 años de edad*. Barcelona: Gaceta Sanitaria Vol. 22, N°6.
- Farré, J., Gómez M., López M., Martínez, M. & Lasheras, M. (2005). Sexo y adolescencia: entusiasmos y desencantos. En A.L. Montejo (Ed.), *Sexualidad y Cultura*. Barcelona: *Cuad Med Psicosom*, 67-75.
- Fundación Huésped (2006). *Estrategias de promoción de la salud sexual y reproductiva y prevención del VIH/SIDA en población joven: Guía para promotores de la salud*. Buenos Aires: Fundación Huésped.
- Fundación Huésped. (2008). *Sexualidad, jóvenes y VIH/SID: Guía para adolescentes de escuelas medias*. Buenos Aires: Fundación Huésped.
- Gaitán, P. (2009). *Educación sexual en la escuela: dar el primer paso*. Recuperado el 9 de octubre de 2012 de <http://www.hoylauniversidad.unc.edu.ar/2009/mayo/educacion-sexual-en-laescuela-dar-el-primer-paso>.
- Goldstein, B. (2007). La educación sexual en la escuela. *Encrucijadas*, 39, 34-37.
- González, J.C. (2009). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la sexualidad en una población adolescente escolar. *Revista de Salud Pública* 11, 14-26.
- Hernández Zamora, Z. & Cruz Juárez, A. (2008). Conductas sexuales riesgosas y adictivas en estudiantes universitarios. *Psicología y Salud*, 18 (2), 227-236.
- Hillier, L., Warr, D. & Haste, B. (1998). Rural youth: HIVSTD knowledge levels and sources of information. *Australian Journal of Rural Health*, 6 (1), 18-26.
- Katchadourian, H. (1997). *La sexualidad humana. Un Estudio Comparativo de su Evolución*. México DF: Fondo de Cultura Económica.
- Kazdin, A. (1997). *Conducta antisocial: evaluación, tratamiento y prevención en la infancia y adolescencia*. Madrid: Editorial Pirámide.
- Krausopf, D. (1996). Violencia Juvenil: Alerta Social. *Revista Parlamentaria*, 4 (3)
- Macchi, M., Benítez, L., Corvalan, A., Núñez, C. & Ortigoza, D. (2006). *Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del VIH/SIDA en jóvenes de nivel medio de educación, del área metropolitana, Paraguay*. *Pediatría*, 32, 1-12.
- Martí Vilar, M. (2001). *Influjo de la educación en el desarrollo moral, los valores y las creencias de adolescentes*. Valencia: Universidad de Valencia.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2008). *Información general sobre ITS*. Recuperado

el 20 de octubre del 2010 de <http://www.msal.gov.ar/sida/its.asp>.

Navarro Pertusa, E., Reig Ferrer, A., Barberá, E. & Ferrer Cascales, R. (2006). Grupo de iguales e iniciación sexual adolescente. *Diferencias de género*, 6, 79-96.

OMS (Organización Mundial de la Salud) (1975). *Instrucción y asistencia en cuestiones de sexualidad humana; formación de profesionales de la salud*. Ginebra: En Serie de Informes Técnicos N°572.

OMS (Organización Mundial de la Salud) (2010). *La OMS pide el fin de la estigmatización para luchar contra el SIDA*. Recuperado el 10 de octubre de 2012 de <http://www.intereconomia.com/noticias-gaceta/sociedad/oms-pide-finestigmatizacion-poder-luchar-contra-sida>.

ONU (Organización de las Naciones Unidas) (2005). *La juventud y las Naciones Unidas*. Recuperado el 4 de octubre de 2012 de www.un.org/youth

Onusida (2008). *Infección por VIH & SIDA en Colombia: 1999. Aspectos fundamentales, respuesta nacional y situación actual. Un balance histórico hacia el nuevo siglo*. Bogotá: Onusida.

Pantelides, A. & Bott, S. (2000). *Reproducción, salud y sexualidad en América Latina*. Buenos Aires: Biblos.

Raj, A. (1996). Identification of social cognitive variables as predictors of safer sex behaviour and intent in heterosexual college students. *J Sex Marital Ther*, 22(4), 247-58.

Robles, S., Piña, J., Frías, B., Rodríguez, M., Barroso, R. & Moreno, D. (2006). Predictores de conductas relacionadas con el uso inconsistente de condón en estudiantes universitarios. *Psicología y Salud*, 16(1), 71-78.

Saavedra Guajardo, E. & Villalta Paucar, M. (2008). *Medición de las características resilientes. Un estudio comparativo entre personas de 15 y 65 años*.

Santos, H. (2007). *Algunas consideraciones pedagógicas sobre la educación sexual*. Buenos Aires: Ministerio de Educación del Gobierno de la Ciudad de Educación sexual en la Escuela. Perspectivas y reflexiones, 5-2.

Sebrié, E (2008). *Los hombres que tienen sexo con hombres: una población vulnerable. Programa municipal de Sida*. Buenos Aires. Recuperado el 14 de marzo de 2009 de <http://www.pmsida.gov.ar> en marzo del 2008.

Sheeran, P., Abraham, C. & Orbell, S. (1999). Psychosocial correlates of heterosexual condom use: A meta-analysis. *Psychol Bull*, 125, (1), 90-132.

- Suárez, J., Gutiérrez, M., Figueroa, D. & Monteagudo, M. (2006). Percepción del riesgo de ITS/VIH/SIDA en adolescentes con sepsis ginecológica. *Interpsiquis*, 10, 1-2.
- Uribe, A. F. (2005). *Evaluación de factores psicosociales de riesgo para la infección por el VIH/SIDA en adolescentes Colombianos*. España: Universidad de Granada, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico.
- Vaillant, G. (1994). Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 10, 44-50.
- Van Oss, B., Gómez, C. & Hearst, N. (1993). Multiple heterosexual partners and condom use among hispanics and non-hispanics whites. *Fam Plann Perspect*, 25 (4), 170-174.
- Vera Gamboa, L., Sánchez Magallón, F. & Góngora Biachi, R. (2006). Conocimientos y percepción de riesgo sobre el SIDA en estudiantes de bachillerato de una descripción de los conocimientos, actitudes, susceptibilidades y autoeficacia frente al VIH/SIDA. *Revista Biomédica*, 17, 157-168.
- Weeks, J. (1998). *Sexualidad*. México DF: Paidós.