

APROBACION CON MAXIMA DISTINCION *Corresponde a 100 puntos* T-2806

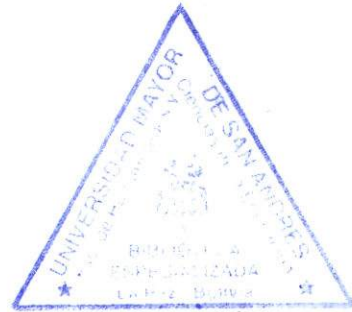
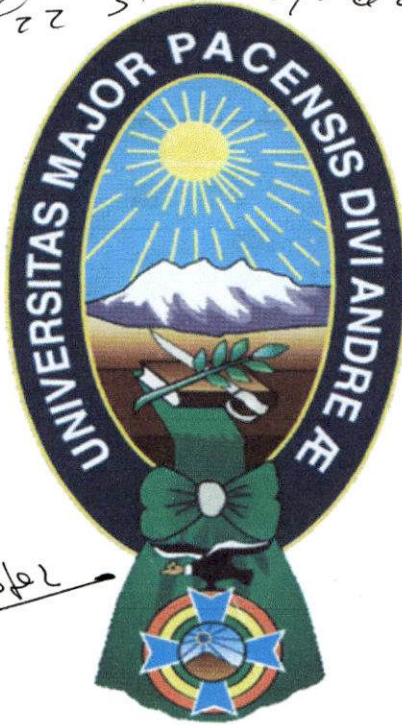
MAR 20
03-ED-691

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

La Paz 31 de Mayo de 2012

Dr. Juan Eduardo García Duchén Ph.D.
CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
U. M. S. A.

Presidente



Marcos Fernández
tutor

Margarita Huelgas López
Directora de la Unidad

**FACTORES SOCIOCULTURALES EN LA PREVENCIÓN DEL VIH EN
ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS
(Que asisten a la Unidad Educativa
"Colorados de Bolivia", municipio Caranavi)**

Tesis de Grado para optar la Licenciatura en Ciencias de la Educación

129 h.

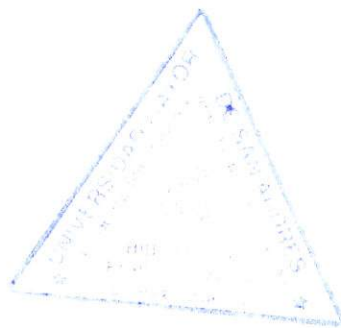
Postulante: Univ. Pamela Veintemillas Aruquipa

Tutor: Lic. Marcos Fernández Motiño

La Paz – Bolivia

2012

R-68410
40MT-2806



DEDICATORIA

A todos y todas las personas
que viven con el virus del VIH
que no se identifican debido
a la discriminación aún existente
en la sociedad

Índice

Resumen.....	i
Introducción.....	ii

Presentación de la Investigación

Capítulo 1

Problema de investigación.....	6
1. Problema de la Investigación.....	7
1.1. Planteamiento del problema.....	7
1.1.1. Formulación del problema.....	9
1.2. Delimitación de la Investigación.....	9
1.2.1. Delimitación espacial.....	9
1.2.2. Delimitación Temporal.....	9
1.2.3. Delimitación temática.....	9
1.2.4. Delimitación de Sujetos.....	9
1.3. Justificación.....	10
1.4. Objetivos.....	12
1.4.1. Objetivo General.....	12
1.4.2. Objetivos específicos.....	12

Marco Teórico

Capítulo 2

Contexto de la investigación.....	14
--	-----------

Capítulo 3

Marco teórico.....	17
3.1. Infecciones de transmisión sexual.....	17
3.2. Virus de Inmunodeficiencia Humana.....	18
3.2.1. Ciclo Vital.....	19
3.2.2. VIH en nuestro organismo.....	20
3.2.2.1. Periodo asintomático.....	20
3.2.2.2. Primo infección.....	20
3.2.2.3. Periodo Ventana.....	21
3.2.2.4. Fase evolución.....	21
3.2.2.5. Inmunodepresión crónica.....	21
3.3. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.....	22
3.3.1. Infecciones oportunistas.....	23
3.3.2. Algunos cánceres.....	23
3.3.3. Otras manifestaciones.....	23
3.3.4. El SIDA.....	24
3.4. Vías de transmisión del VIH.....	23
3.4.1. Relaciones sexuales.....	24

3.4.2. Vía sanguínea.....	26
3.4.3. Transmisión de madre a niño (a).....	26
3.5. Prueba del VIH.....	27
3.6. Tratamiento.....	27
3.7. Prevención.....	29
3.7.1. Prevención primaria.....	29
3.7.2. Prevención secundaria.....	31
3.7.3. Prevención terciaria.....	31
3.8. Adolescencia.....	32
3.8.1. Definición.....	32
3.8.2. Definición cronológica.....	34
3.8.2. Proceso de la adolescencia Etapas evolutivas.....	34
3.8.2.1. Adolescencia temprana.....	35
3.8.2.2. Adolescencia media.....	37
3.8.2.3. Adolescencia tardía.....	39
3.8.3. Psicosexualidad en la adolescencia.....	40
3.9. Identificación sexual.....	41
3.10. Inicio de la actividad sexual.....	42
3.11. El VIH y la adolescencia.....	42
3.12. Género.....	43
3.12.1. Definición.....	43
3.12.2. Estereotipos de género entorno a la sexualidad.....	44
3.12.3. Machismo.....	45
3.12.4. Relación de género con la sexualidad adolescente.....	47
3.13. El tabú y los mitos de la sociedad.....	48
3.13.1. Mitos sobre sexualidad.....	49
3.14. Familia y adolescencia.....	50
3.14.1. Comunicación familiar.....	51
3.14.2. Estilos educativos de los padres.....	52
3.14.2.1. Estilo autoritario.....	53
3.14.2.2. Estilo democrático.....	53
3.14.2.3. Estilo permisivo.....	53
3.15. El consumo del alcohol asociado a la actividad sexual.....	54
3.16. Percepciones sobre los preservativos.....	55
3.17. Información circundante y las percepciones del VIH.....	57
3.18. Migración y movilidad de la población.....	57
3.19. Situación del VIH en Bolivia.....	58
3.19.1. Panorama general del VIH.....	59
3.19.2. Respuesta nacional a la epidemia del VIH.....	62

Diseño metodológico de la investigación

Capítulo 4

Consideraciones metodológicas.....	65
4.1. Planteamiento de la hipótesis.....	65
4.2. Definición de variables.....	65
4.3. Operacionalización de variables.....	66
4.4. Metodología.....	66
4.4.1. Características de la investigación.....	66
4.4.1 Tipo de Investigación.....	66
4.4.2. Diseño de la Investigación.....	67
4.5. Sujetos de la investigación.....	67
4.5.1. Población.....	67
4.5.2 Muestra.....	68
4.6. Técnicas.....	69
4.7. Instrumentos.....	69

Análisis e interpretación de los resultados

Capítulo 5

Características socio demográficas del adolescente.....	72
5.1. Exploración de datos de los informantes.....	72
5.2. Factores socioculturales del informante.....	72

Capítulo 6

Inicio de la actividad Coital.....	75
6.1. Adolescentes sexualmente activos.....	75
6.2. Edad de inicio de las relaciones sexuales.....	76
6.3. Lugar y la primera relación sexual en adolescentes de Caranavi.....	79
6.4. Influencia de grupos sociales.....	79

Capítulo 7

Género.....	82
7.1. Número de parejas sexuales.....	82
7.2. Perspectiva de los preservativos.....	85
7.3. Razones para utilizar preservativos.....	87

Capítulo 8

Ingesta de bebidas alcohólicas.....	91
8.1. Ingesta de bebidas alcohólicas en adolescentes de Caranavi.....	91
8.2. Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas.....	91
8.3. Bebidas alcohólicas y relaciones coitales.....	94

Capítulo 9

Comunicación familiar.....	96
9.1. Relación con los padres.....	96

9.2. Interés en las actividades diarias de sus hijos/as.....	97
9.3. Tiempo de comunicación entre padre e hijo/a.....	99
9.3. Comunicación y sexualidad adolescente.....	100

Capítulo 10

Prevención.....	105
10.1. Educación sexual.....	105
10.2. Edad adecuada para hablar de sexualidad.....	108
10.3. VIH / SIDA.....	109

Conclusiones y Recomendaciones

1. Conclusiones.....	116
2. Recomendaciones.....	122
Referencia Bibliográfica.....	124
ANEXOS.....	129



Resumen

La presente investigación presenta un enfoque sociocultural, en la prevención del VIH, lo que representa una nueva contribución a la búsqueda de soluciones a este problema aparentemente insuperable.

El Virus de inmunodeficiencia adquirida (en adelante VIH) es una infección de transmisión sexual que constituye un problema importante en la sociedad, en los últimos años, asistimos a un aumento de la trasmisión sexual, siendo este aumento significativo entre los y las adolescentes. Según la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS), cada año se producen más de 340 millones de casos nuevos de VIH, las tasas más altas se encuentran en jóvenes menores de 25 años. *“De las más de 2.7 millones de nuevas infecciones por VIH que se produjeron en 2009 en todo el mundo, el 45% de ellas fueron en adolescentes de 15 a 24 años”*¹.

En Bolivia el panorama no cambia según el Fondo de Población de las Naciones Unidas (en adelante UNFPA) desde 1984 hasta el año 2010 se reportaron 6176 casos notificados de los cuales el 28% son adolescentes de 15 a 24 años y el 36% son de 25 a 34 años. En cuanto a la distribución geográfica, La Paz ocupa el tercer lugar con el 17% de personas que portan el VIH. Con respecto a Caranavi desde 1987 hasta la fecha se tienen 4 casos de personas portadoras del VIH.

Según Carola Valencia responsable del Programa de VIH *“... el aumento de la transmisión del virus se produjo por varios factores, como la inmadurez en el inicio de las relaciones sexuales entre adolescentes, el exceso en el consumo de bebidas alcohólicas, entre otros...”*

A pesar de que la mayoría de los y las adolescentes tienen información relacionada con el VIH/SIDA, sus vías de transmisión y las medidas de prevención, pero la percepción de su propio riesgo de transmisión del VIH y de otras infecciones es muy baja. El sostenido aumento de los casos de VIH en

¹ UNAIDS, 2009

Bolivia, su creciente visibilidad sobre todo en adolescentes pone en manifiesto las condiciones de vulnerabilidad a este sector sobre todo cuando se entre cruzan contextos de relaciones de género "machismo", comunicación familiar, el alcohol entre otros. Pero sobre todo ponen en evidencia la carencia de políticas de prevención y asistencia social.

La investigación se realizó en Caranavi provincia paceña ubicada a 162 km de la ciudad de La Paz, en la Unidad Educativa "Colorados de Bolivia", la población que se tomo son estudiantes de secundaria de 15 a 19 años de edad, padres de familia y docentes. Para ello en la metodología adoptada en la investigación es la siguiente: el tipo de investigación es descriptivo, de diseño no experimental de tipo transeccional, la muestra a tomar es no probabilística, la técnica es la encuesta y las historias de vida; el instrumento es el cuestionario.

Además que recoge algunos resultados en cuanto a los factores socioculturales y la prevención, que se desarrolla en la descripción de la adolescencia, el contexto del VIH en nuestro país, genero, familia, alcohol, migración, como también la iniciación sexual y los tabúes que presenta la sociedad en cuanto a mitos y creencias.

La investigación está dividida en cinco partes en la primera se presenta la presentación de la investigación, en la segunda el marco teórico, en tercera el diseño de investigación, en la cuarta la presentación e interpretación de los datos y en la quinta las conclusiones a las que se arribaron.

En este sentido la sexualidad humana nos acompaña a lo largo de toda la vida y en la adolescencia se constituyen en uno de los centro de preocupación, ya que es la etapa en la que las relaciones elegidas entre quienes comparten edad, centros educativos, amigos/as, entre otros, empiezan a configurarse importantes.

Introducción

El VIH es una infección de transmisión sexual, que en los últimos once años se ha ido expandiendo de manera alarmante traspasando fronteras, esta epidemia, afecta en forma indiscriminada a diversos sectores de la sociedad y haciendo cada vez más difícil su control.

Uno de las poblaciones con mayor vulnerabilidad es la adolescencia que por la transición entre la infancia y la adultez, se presentan cambios biológicos y psicológicos, esto genera inseguridad e independencia, lo que causa intereses relacionados con el coito. Al sentirse atraídos por el sexo opuesto hace que tomen decisiones deliberadas como la sexualidad promiscua y al considerarse independientes se crea en ellos (as) la inmortalidad, es decir, que no les sucede nada y esto hace posible que tengan relaciones coitales sin la debida protección.

Muchos de ellos (as) conocen sobre el tema del VIH y han escuchado hablar de ello por medios de comunicación: radio, televisión, periódico, internet incluso gigantografías que difunden y promueven la prevención del VIH, demás que se han realizado campañas por diversos organismos no gubernamentales (en adelante ONGs) y el servicio departamental de salud (en adelante SEDES), en establecimientos educativos, sin embargo, esta epidemia continua latente y con mucha más fuerza puesto que cada mes que pasa se reportan nuevos casos de infecciones. Se conoce mucho del tema pero no se toman las medidas correspondientes para la prevención.

Uno de los grandes problemas son los factores socioculturales, que están presentes en cada etapa de la adolescencia, lo cual le impide tomar decisiones correctas a la hora del coito, vale recalcar que estos factores condicionan su estilo de vida y su manera de ser, los mismos que se han ido arraigando desde hace muchos años atrás como el "machismo", el alcohol, la iniciación de la vida sexual promiscua, comunicación familiar, escuela, los tabúes que la sociedad impone en contra de las relaciones coitales y más aun en adolescentes, la falta de orientación en cuanto al placer del sexo sin condón. Estos aspectos hacen que el o la

adolescente lleve una vida sexual oculta sin la intervención de un adulto para que le ayude a determinar las acciones útiles en cuanto a prevención, si bien conocen sobre el tema del VIH, no saben cómo asumir cuando están en una situación de riesgo.

En este sentido el presente trabajo investigativo describe cada uno de estas partes, indagando la incidencia negativa en los y las adolescentes en cuanto a la prevención del VIH.

Por consiguiente el documento está estructurado en cinco partes:

En la primera se desarrolla la formulación de la interrogante a la que atendió esta investigación, así mismo de los objetivos que orientan para indagar sobre las condiciones en las que se encuentra la población adolescente y su entorno en cuanto a la prevención del VIH y los justificativos que fueron motivos para desarrollar el presente trabajo investigativo.

En la segunda parte, se presenta una descripción, sobre las características, sociales, demográficas del municipio de Caranavi que fue donde se desarrolló la investigación, luego se presenta lo referente al marco teórico en la que se definen los términos del ITS/VIH/SIDA, vías de transmisión, prevención, la adolescencia, además se describen las características socioculturales de los adolescentes como: género, estereotipo de género, el machismo, el alcohol, inicio de la actividad sexual, el tabú de la sexualidad en la sociedad, la comunicación familiar y finalmente se desarrolla el VIH en Bolivia y las políticas a través de las cuales se está encarando la problemática.

En la tercera parte se explica porqué se recurrió al tipo de estudio descriptivo y al diseño transeccional descriptivo, además que se presenta la hipótesis que guió el trabajo de investigación "los factores socioculturales inciden de manera negativa en la prevención del VIH en adolescentes de 15 a 19 años de la Unidad Educativa Colorados de Bolivia", así mismo se describe la población con la que se trabajó, es decir los sujetos participantes que fueron los adolescentes de 15 a 19 años de edad de la Unidad Educativa Colorados de Bolivia, padres de familia y docentes

de mencionada Unidad Educativa y personas que viven con el virus VIH (en adelante PVVS), del cual se trabajo de manera censal en los estudiantes y docentes no siendo así en los padres de familia debido a las condiciones de trabajo, finalmente se menciona acerca de las técnicas e instrumentos que fueron utilizados para recolectar datos.

En la cuarta parte, se desarrollan los datos obtenidos, mediante el instrumento utilizado, con relación a los factores socioculturales y la prevención del VIH, las mismas se presentan en cuadros y gráficos. Además se muestran el análisis de los datos obtenidos contrastados con los elementos teóricos abordados.

En la última parte, se puntualizan las conclusiones y las recomendaciones a las que se arribaron.

I. PRESENTACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Capítulo 1

Problema de investigación

En este capítulo se desarrolla el planteamiento del problema, formulación del problema, los objetivos de investigación y la justificación.

1.1. Planteamiento del problema

La adolescencia es una etapa de maduración y profundos cambios que se caracterizan en lo biológico por el progreso del individuo desde el inicio del desarrollo puberal hasta la madurez sexual y la plena capacidad reproductiva. En lo psicológico por la transformación de los procesos psicológicos y pautas de identificación desde el niño hasta el adulto y en lo social la transición del estado de dependencia socio-económica total a una relativa independencia.

Como se manifiesta en la anterior definición, siempre que se hable de adolescencia se debe hacer desde una óptica integral y tener en consideración las tres grandes líneas de transformación: la biológica, la psicológica y la social.

Bajo esta óptica integral dentro el plano sociocultural, en los tiempos actuales asistimos a cambios acelerados de muchas tradiciones, los cambios de valores provocados por el contacto con otras culturas debido a la migración, el turismo y los medios de comunicación, son algunos de los factores que influyen en los hábitos, costumbres y formas de vida de la adolescencia.

Las características biológicas, psicológicas y sociales de la adolescencia contribuyen a que los jóvenes sean particularmente vulnerables al Virus de Inmunodeficiencia Humana (en adelante VIH) y otras infecciones de transmisión sexual (en adelante ITS). Los adolescentes por lo común no pueden comprender enteramente el alcance de su exposición al riesgo, la sociedad suele llevar a que aumente el riesgo que corren los mencionados al dificultar que estos aprendan lo relativo al VIH/SIDA. Además, muchos

adolescentes son socialmente inexpertos y dependen de otros, sumados a la autoestima, machismo, consumo excesivo del alcohol y la existencia de prejuicios y falsas creencias.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas ha reportado en los últimos 20 años 30 millones de personas infectadas por el VIH entre los 15 a 24 años de edad. Actualmente, casi 12 millones de jóvenes están viviendo con el VIH/SIDA.

*"El ritmo de expansión de los casos de personas que viven con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) sube de manera acelerada año que pasa. Sólo en enero de este 2011 se reportaron 120 nuevos casos en todo el país"*¹.

Esta es una situación preocupante ya que de todas las notificaciones recibidas, *"2.262 corresponden a casos declarados de SIDA, 2.265 están reportados asintomático o VIH positivos. En los primeros años de la epidemia todas las notificaciones según los programas departamentales eran caso SIDA. La vía de transmisión más relevante es la sexual (93%), seguida por la perinatal (6%), la sanguínea (0.5%), existe un 0.5% sin datos"*².

Los departamentos más afectados por la epidemia según Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA son: Santa Cruz, La Paz y Cochabamba en este orden, siendo un 89% del total registrado. En todos los departamentos la epidemia se concentra en las zonas urbanas, encontrándose casos dispersos en áreas rurales.

Según Servicio Departamental de Salud La Paz, de inicios de 1987 a junio del 2011, precisa que se registraron 1097 casos de personas que viven con el virus en este departamento, cuyas edades oscilan entre 15 a 34 años, sin embargo esta cifra aumento en los últimos meses de la gestión 2011 de las cuales el 60 por ciento tenía conocimiento de la enfermedad antes de contraerla, pero aun así no usó preservativo en una relación casual.

¹ La razón periódico 7 de febrero 2011

² UNFPA, Indicadores de programas pág. 5

En este marco, considerando que el ritmo de expansión de los casos de personas que viven con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) sube de manera acelerada año que pasa, los adolescentes conocen sobre el uso y el beneficio que da el preservativo pero al momento de utilizarlo no lo hace, dada esta problemática, se propuso investigar esta temática respondiendo a la siguiente interrogante.

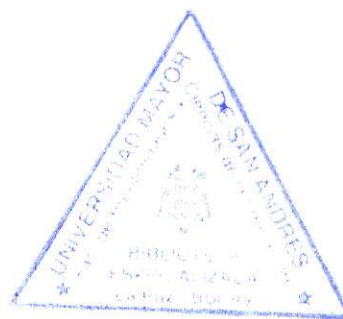
1.1.1. Formulación del problema

¿Cómo los factores socioculturales influyen en la prevención del VIH en adolescentes de 15 a 19 años de edad que asisten a la Unidad Educativa “Colorados de Bolivia”, municipio Caranavi, 2011?

1.2. Delimitación de la investigación

1.2.1. Delimitación espacial

- Departamento de La Paz
- Provincia Caranavi
- Municipio Caranavi
- Unidad Educativa “Colorados de Bolivia”



1.2.2. Delimitación temporal

La presente investigación se desarrollará durante el segundo semestre de la gestión 2011

1.2.3. Delimitación temática

Este estudio corresponde al área de Psicopedagogía, desarrollándose el tema en relación a los ejes de educación sexual.

1.2.4. Delimitación de sujetos

Los sujetos que forman parte de la investigación tienen las siguientes características:

- Adolescentes comprendidos entre 15 a 19 años de edad que cursen el nivel secundario.

- Docentes del nivel secundario
- Padres de familia
- Personas que viven con el VIH

1.3. Justificación

El propósito del presente trabajo investigativo es describir teorías acerca de los factores socioculturales entre ellos el “machismo”, la ingesta de bebidas alcohólicas, la comunicación familiar, la iniciación del coito promiscuo, que inciden en la prevención del Virus de Inmunodeficiencia Humana en adolescentes.

El tema prevención del VIH ha sido muy abordado desde la gestión 2000 hasta la actualidad, puesto que se han realizado varias campañas de prevención sobre todo en fechas particulares como el carnaval, por Organismos no Gubernamentales (en adelante ONG) y el Servicio Departamental de Salud La Paz (en adelante SEDES), pero aún continúan sumándose cada día que pasa los casos de VIH siendo los más vulnerables a esta situación los (as) adolescentes.

Según la clasificación de la Organización Mundial del SIDA (en adelante ONUSIDA) y La Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) se puede clasificar a Bolivia como un país con un estudio de epidemia de VIH concentrada, existe un reporte de que cada 297 personas portadora de esta enfermedad, cerca del 69 % son personas menores de 25 años esto quiere decir que los (as) adolescentes están en la línea de riesgo más alto. Según la responsable del programa Nacional VIH en Bolivia, Carola Valencia, *“el primer trimestre del año 2011 se reportaron alrededor de 300 nuevos casos en el país...”*, tras el primer caso notificado en Bolivia, en 1984, la cifra de nuevos reportes mantuvo en dos dígitos durante 16 años, pero desde el 2000 el registro superó la centena y en una década llegó a miles, hoy 6843 personas en todo el territorio viven con el virus.

Según los últimos datos reportados por Unicef, en Bolivia hay 1623 adolescentes con VIH, de ellos un 56% contrajo la enfermedad durante los últimos tres años. A pesar que se hacen campañas de educación preventiva, se entregan preservativos y se realizan análisis gratuitos de laboratorio, Bolivia tiene un largo trecho para mejorar esta situación.

El *"Cincuenta por ciento de la gente que contrajo el VIH en el país tenía conocimiento sobre tres métodos básicos de prevención, pero los ignora"*³. Según Carola Valencia *"entre las personas que adquirieron el virus están universitarios, profesionales y estudiantes de secundaria..."*, es decir, que la epidemia no solo afecta a personas con escaso nivel de formación, sino, también a personas que conocen sobre el tema. Es una situación preocupante que la población que tiene conocimiento de la epidemia no tome en cuenta la información que recibió y no considere las medidas de prevención correspondientes.

Cabe recalcar que en la inmensa gama de investigaciones encontradas todas enfocan a programas de prevención a adolescentes y comunidad en general, a través de medios de comunicación y Unidades Educativas, siendo escasa la información sobre el aspecto sociocultural de los adolescentes que influye en la prevención del VIH. Dada estas circunstancias el presente documento pretende describir factores socioculturales que influyen en la no aplicación de los conocimientos que tienen los (as) adolescentes en la prevención del VIH, para resolver esta problemática social y que la sociedad viva en medio de concienciación entre pares, además para que disminuyan los casos del VIH adoptando otras medidas de prevención.

Las consideraciones planteadas, son razones por las que se desarrolló este trabajo investigativo. Para aportar a la comprensión de la compleja problemática de la prevención del VIH, que a diferencia de otras epidemias la asistencia es un factor directamente relacionado con la cultura, la sociedad y la vivencia de la sexualidad, es decir, con los aspectos socioculturales.

³ Página 7, 13 de abril 2011

Es importante tratar este tema porque si la respuesta de nuestro país se limita solo en lo médico, se estará dando soluciones simplemente a los efectos del VIH, pero no se estará resolviendo las causas por las que se da esta epidemia, por tanto, nunca seremos una sociedad libre de la problemática del VIH, si bien las resultantes de este trabajo investigativo no tendrá implicaciones prácticas, estará orientado a la generación de un aporte teórico para la temática planteada. Por lo que comprender el esta realidad tiene mucha relevancia para la sociedad.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

Describir los factores socioculturales en la prevención del VIH en adolescentes de 15 a 19 años de edad que asisten a la Unidad Educativa "Colorados de Bolivia"

1.4.2. Objetivos específicos

- Identificar los factores socioculturales que inciden en la prevención del VIH
- Relacionar los factores socioculturales en la adolescencia
- Desarrollar las etapas evolutivas de los (as) adolescentes

II. MARCO TEÓRICO

Capítulo 2

Contexto de la Investigación

Caranavi, dista de la ciudad de La Paz a 162 Km, nacida a mediados de siglo, no teniendo antecedentes históricos relevantes, nació por efecto de las migraciones espontaneas o planificadas y debe su crecimiento a factores de orden geográfico ya que sirve como punto de intercambio comercial y vinculación a la zona del Beni y conexión con la amazonia.

Hasta 1992 se constituía la primera sección de la provincia Nor Yungas y el 16 de diciembre del mismo año se emitió el Decreto Ley N°1401 que le dio el nombre de Provincia y en la actualidad cuenta con 20 cantones, 338 colonias y 26 caserios.

El territorio tiene una altura que varía entre 600 y 2500 metros sobre el nivel del mar, se caracteriza por su agricultura y clima cálido (15 a 25 °C).

Caranavi también es conocida como la "Capital Cafetera de Bolivia" por su producción y exportación de café orgánico a Europa y otros países de América Latina, es más Caranavi es la puerta entre el Amazonas y la ciudad de La Paz.

La cultura andina es predominante en la región, lo que implica que las relaciones familiares, sociales y económicas como por ejemplo el ayni y la mink'a y trabajos comunales siguen latentes en las faenas agrícolas; en cuanto a la vestimenta guardan una estrecha relación con el lugar de procedencia, aunque la población joven ha adoptado estilos de vestimenta y gustos occidentales.

La Iglesia Católica ejerció gran influencia en los grupos étnicos originarios, y es por eso que *"los mosetenes son católicos, los aymaras en si tienen un marcado sincretismo entre ritos culturales propios y la religión predominante"*⁴.

Según el Gobierno Autónomo Municipal de Caranavi, este tiene como principal fuente económica la agricultura: *"en efecto el 84.4% lo constituyen los productos*

⁴ Sandoval Palacios Javier y otros, "Desarrollo Humano y Pobreza en las provincias de Caranavi y Aroma", pág. 19

agrícolas, como: el café, cacao, arroz, cítricos y bananos; la extracción forestal aporta con el 53%.” Otro de los sectores que va ganando significancia es el turismo debido a la construcción de la carretera Cotapata Santa Bárbara.

En cuanto a la educación en Caranavi, según el distrital Brigildo Calle: “el grupo etáreo de 15 a 19 años de edad asciende a 5842 jóvenes, lo que representa el 10.4% de la población total de Caranavi”, de acuerdo a la distritalización rural de la secretaria de Educación en toda la provincia existen 8 Unidades Educativas para el nivel secundario, 28 núcleos escolares, de los cuales 19 cuentan con nivel primaria superior y 9 solamente con primaria inferior y medio (según a la Ley de Reforma Educativa 1565). Existen 104 seccionales para el nivel básico de primer a tercer grado. Las Unidades Educativas seccionales son generalmente unidocentes y en los núcleos (primaria superior y secundaria) los profesores realizan sus actividades como pluridocentes.

Cuadro de Unidades Educativas

Supervisoria	Nº de Unidades Educativas	Nº de Núcleos	Nº de Seccionales
Caranavi	7	24	85
Alto Beni	1	4	19
Total	8	28	104

Fuente: Secretaria de Educación Caranavi

En cuanto a la salud, la provincia Caranavi tiene un perfil epidemiológico que refleja las características de las endemias de los valles interandinos y llanos bolivianos. En el siguiente gráfico se muestra las principales enfermedades que la población sufre.

Cuadro Perfil Epidemiológico de Caranavi

Enfermedades	Porcentajes
Tuberculosis	33.3
Fiebre amarilla	20.9
Enfermedades diarreicas	15.5
Infecciones respiratorias agudas	9.5
Leishmaniasis	7.2
Parasitosis	5.0
Malaria	3.6
ITSMIH/SIDA	5.0
Total	100%

Fuente: Sistema Nacional de Información de Salud, Sección Vigilancia Epidemiológica

En la actualidad Caranavi cuenta con dos hospitales de referencia y las siguientes unidades

Cuadro: Red de servicios

HOSPITALES	CENTROS Y PUESTOS DE SALUD	COBERTURA
Caranavi	Alcoche	3.505
	Illimani	1.370
	Carrasco la Reserva	5.960
	Taypiplaya	3.088
	Entre Ríos	7.383
	Elevación	716
	San Pedro de Calama	2.325
	Borg	3.750
Borg	Bella Vista	3.455
	Sararia	3.455
	San Luis	755
TOTAL	11	52.974

Fuente: Hospital de Caranavi

Capítulo 3

Marco teórico

En este capítulo se desarrollará el diseño teórico de la investigación.

3.1. Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

Las infecciones de transmisión sexual (en adelante ITS) eran conocidas como enfermedades venéreas y posteriormente como enfermedades de Transmisión sexual (ETS), en la actualidad el término mas aceptado y utilizado es el de ITS.

“Hoy en día se prefiere hablar de ITS, las cuales incluyen el estadio asintomático, que también es transmisor y por tanto, requiere un diagnóstico y un tratamiento”⁵. Este estadio asintomático suele pasar desapercibido para el portador del agente infeccioso. De este modo, se favorece, por un lado. La propagación de la infección y por otro, que muchos casos no reciban tratamiento adecuado y puedan causar la muerte.

Las infecciones de transmisión sexual son aquellas que se transmiten mediante relaciones sexuales cuando existe intercambio de fluidos corporales durante el coito vaginal, anal u oral desprotegida. Se considera que las ITS son producidas por: hongos (monoliasis), bacterias (gonorrea, sífilis, chancro), protozoarios (triconomiasis, amebiasis) y virus (herpes simple, hepatitis A, B y C, VIH/SIDA).

“Las ITS pueden afectar los órganos sexuales y reproductivos, llegando a veces, a convertirse en enfermedades crónicas que en algunos casos pueden provocar la muerte”⁶

⁵ Allsworth, Ratner & Peipert, 2009

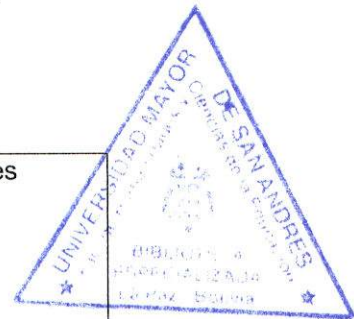
⁶ Lineamientos Educativos y Orientaciones Pedagógicas para la prevención de las ITS, VIH, SIDA

Según la OMS estiman que cada año ocurre un promedio de 333 millones de nuevos casos de infecciones de transmisión sexual en todo el mundo, que tienen una mayor incidencia entre hombres y mujeres de países en desarrollo.

Por otro lado los y las adolescentes son los más vulnerables en contraer una ITS *“Los adolescentes en particular corren el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual debido a sus altos niveles de actividad sexual, (...) a menudo con múltiples parejas y al hecho de que no utilizan condones”*⁷

Síntomas de una ITS:

<ul style="list-style-type: none"> - Flujo anormal o con mal olor de la vagina, el pene o el recto - Sangrado - Pus - Hinchazón - Sensaciones ardientes - Sesibilidad extremada 	<ul style="list-style-type: none"> - Cambios en la orina - Picazón - Verrugas genitales - Dolores relaciones sexuales con dolor - Chancro - Ampollas 	<ul style="list-style-type: none"> - Erupciones - Absesos - Lesiones - Búa - Cervicitis - Úlceras
<p>Fuente: http://www.plannedparenthood.org/st/infeccionesindex.html</p>		



3.2. Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)

El Virus de Inmunodeficiencia humana, es un microorganismo que *“(...) fue descubierto en 1983 por F.Barre – Sinousi, J.C. Cherman y L. Montagnier, del Instituto Pasteur de Paris, uno de los meritos del equipo francés, fue demostrar que el VIH pertenece a la familia de los retrovirus”*⁸ que es la información genética almacenada como ARN, poseen una enzima, la transcriptasa reversa, que convierte el ARN en ADN por un proceso llamado transcripción reversa; a su vez el VIH está clasificado en la subfamilia de los lentivirus caracterizado por un largo periodo de incubación, este virus ataca al sistema inmunológico de

⁷ Moore y Rosenthal “Prácticas Sexuales Enfermedades de transmisión sexual entre jóvenes” pág. 365

⁸ www.luria psicología.com “Intervención psicosocial por VIH/SIDA”

las personas, debilitándola y haciéndoles vulnerables ante una serie de infecciones.

Tienen una serie de características las cuales son:

- Su información genética esta codificada en una molécula ARN.
- El ciclo de replicación del retrovirus exige que el ARN viral sea copiado primero en ADN por una enzima propia del virus, la transcriptasa inversa.
- La copia de ADN se integra entonces en un cromosoma de la célula huésped y se comporta como un gen celular ordinario.

“Cuando una persona contrae la infección del VIH, puede permanecer asintomático”⁹, quiere decir, que la persona puede sentirse saludable, durante mucho tiempo, es decir, “el tiempo que transcurre entre la infección inicial con el VIH y la aparición de síntomas visibles va de 5 a 10 años”¹⁰.

3.2.1. Ciclo vital

El virus libre se une a una molécula CD4 y a una de dos coreceptores, los receptores son comunes en la superficie de la célula. Después el virus y la célula se fusionan. El virus entra en la célula y el contenido que lleva se vacía en la célula ya mencionada, luego las cadenas simples del ARN viral son convertidas en cadenas dobles de ADN por la enzima transcriptasa reversa.

El ADN viral es combinado con el ADN celular por la enzima integrasa, luego se realiza la transcripción cuando la célula infectada se divide y se forman cadenas largas de proteínas virales las cuales se juntan y brota un virus inmaduro de la célula, el virus inmaduro se libera de la célula infectada, las cadenas de proteínas de la nueva partícula son cortadas por la enzima proteasa en proteínas individuales que se combinan para formar un virus funcional.

⁹ Servicio Departamental de Salud “Programa ITS/SIDA”

¹⁰ ídem

3.2.2. El VIH en nuestro organismo

Por sus características el VIH se define como un virus débil y poco resistente fuera del organismo humano, se puede destruir con agua oxigenada, detergentes, alcohol al 70% o calor superior a 60°C.

Dentro de nuestro organismo como los demás virus, el VIH no puede sobrevivir de manera independiente, solo puede vivir al interior de una célula, en el caso del VIH este ataca a los linfocitos CD4 así como a otra variedad de glóbulos blancos, los macrófagos, destruyéndolos progresivamente y paralizando las defensas de nuestro organismo.

El VIH está formado por una cubierta de proteínas y lípidos que rodean una molécula de ARN (portadora del código genético del virus). Las proteínas de la cubierta permiten la adhesión del virus a los linfocitos CD4 y su penetración en las células. Cuando el virus entra en nuestro organismo, implanta su código genético en los linfocitos CD4, se multiplica a expensas de estos y finalmente los destruye, de esta forma se va produciendo una disminución de la capacidad defensiva del organismo. La infección por VIH es un proceso lento que se manifiesta de la siguiente manera.

3.2.2.1. Periodo asintomático

No hay signos externos de la infección por VIH, la persona seropositiva no nota nada, se encuentra sana aunque sea portadora del virus y pueda transmitirlo. *“Una vez en el núcleo del linfocito habiendo formado parte de su código genético, el virus llamado entonces, provirus, puede permanecer intacto, no hay producción de ningún ARN viral ni de ningún ARN mensajero que lleve la información necesaria para la síntesis de proteínas...”*¹¹, esto explica porque el sujeto puede estar sano durante años.

¹¹ www.luria-psicología.com “Intervención psicosocial por VIH/SIDA”

Las personas infectadas con el VIH sufren una evolución de la transmisión *“Aproximadamente de tres a seis semanas después de la infección primaria por el VIH, en el 50 – 70% de los casos se desarrolla un cuadro agudo pseudogripal que se desaparece en unas dos semanas”*¹², los demás no presentan ningún síntoma.

3.2.2.2. Primo infección

Se refiere a las personas infectadas quienes empezaran a fabricar anticuerpos contra el VIH.

3.2.2.3. Periodo ventana

Este es desde el momento de la infección hasta vía aparición de la respuesta inmunitaria, durante la infección no puede ser detectada, *“este periodo puede durar hasta poco menos de 6 meses después de la infección”*¹³.

3.2.2.4. Fase evolución

*“Tiene lugar un periodo prolongado de 2 a 10 años de latencia clínica, del cual los pacientes se encuentran asintomáticos”*¹⁴. Mientras su sistema inmune va sufriendo un deterioro gradual. Aparecen las infecciones recurrentes o reinfecciones que provocan una estimulación del sistema inmunitario acentuando la multiplicación de los linfocitos T4 y por tanto, del virus que se esconde en su interior, otros factores que deprimen el sistema inmunitario también podría favorecer esta evolución.

3.2.2.5. Inmunodepresión crónica

El sistema inmunológico de la persona seropositiva ha sufrido un descenso importante en sus defensas. Después de haberse debilitado el

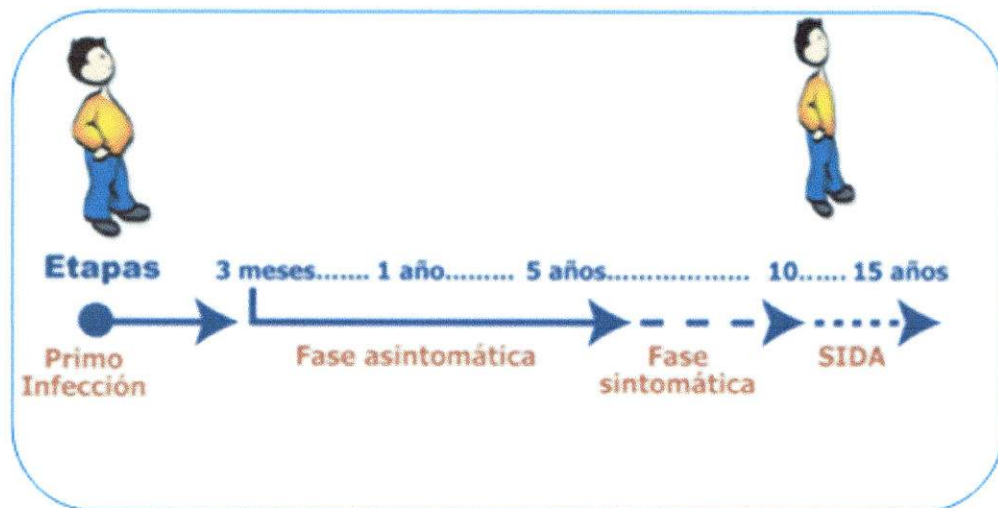
¹² www.aidsinto.gov/intoSIDA

¹³ Ídem

¹⁴ www.aidsinfonet.org

sistema inmunológico. “La consecuencia de todo este proceso es el SIDA, caracterizado por signos y síntomas constitucionales severos y persistentes (fiebres, diarrea, sudor frío)”¹⁵

No se pueden hacer afirmaciones de carácter general respecto a la evolución de la infección por VIH ya que su desarrollo es diferente para cada persona. “un porcentaje importante de personas que lleva más de 10 años infectas siguen siendo asintomáticas”¹⁶.



Fuente: Dibujo Propiedad del IDH (Instituto para el Desarrollo Humano)

3.3. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (en adelante SIDA) se refiere a un grupo de enfermedades que resultan al ser expuestos al VIH, estas enfermedades se desarrollan porque nuestro sistema de inmunidad ya no puede hacer su trabajo, como resultado, el cuerpo se vuelve vulnerable a una variedad de enfermedades llamadas infecciones oportunistas. Estas infecciones, pueden amenazar la vida de una persona con SIDA, rara vez se ve en personas con un sistema inmunológico normal.

¹⁵ Ídem

¹⁶ www.luria psicología.com “Intervención psicosocial por VIH/SIDA”

La persona que es portadora del virus VIH se le diagnostica el SIDA, solo cuando desarrolla infecciones oportunistas o por examen de sangre. Los científicos estiman que las personas con infecciones del VIH desarrollaran el SIDA en un promedio de diez años después de la infección, sin embargo, no todos desarrollan SIDA dentro de este periodo de tiempo.

El tiempo que le toma a una persona infectada por el VIH para que desarrolle el SIDA varía de persona a persona y depende de muchos factores incluyendo el estado general de salud.

"El 80% del total de casos de SIDA en el mundo se debe a las relaciones sexuales desprotegidas..."¹⁷ , por lo tanto la propagación del VIH/SIDA depende en gran medida de la conducta de los y las adolescentes.

3.3.1. Infecciones oportunistas

Cuando la inmunidad de un organismo es deficiente los microbios oportunistas aprovechan para invadirlo y provocar infecciones graves como: Tos prolongada con fiebre diarreas crónicas, parálisis, tuberculosis, meningitis, problemas en la vista, herpes cutáneo, entre otros.

3.3.2. Algunos cánceres

Sarcoma de Kaposi son placas o nódulos cutáneos que no solo se encuentran en la piel, sino también en los ganglios, pulmones y en casi las viseras. Los linfomas (tumores de los ganglios linfáticos).

3.3.3. Otras manifestaciones

El VIH puede actuar directamente sobre el sistema nervioso central, causando afecciones neurológicas como la pérdida de memoria, falta de coordinación, confusión en el lenguaje, entre otros.

¹⁷ UNFPA "conociendo algo más sobre infecciones de transmisión sexual y el virus de inmunodeficiencia", pág.21

3.3.4. El SIDA

Es pues la consecuencia final de la destrucción de las defensas que durante años ha realizado el VIH.

3.4. Vías de transmisión del VIH

El virus del VIH se encuentra en todos los fluidos del organismo de una persona portadora ya sea en la sangre, saliva, semen, secreciones vaginales, lagrimas, orina. Sin embargo los únicos en los que se encuentra una mayor concentración de VIH para poder transmitirlo son en el semen, las secreciones vaginales y la leche materna.

El VIH es un virus que necesita células vivas, especialmente aquellas contenidas en las secreciones sexuales como el semen, secreciones vaginales, la sangre o la leche materna. El proceso de infección ocurre cuando el VIH entra mediante estos fluidos, a través de puertas de entrada como mucosas o paredes de la vagina, el ano o las lesiones en la boca y la garganta de una persona a otra. El resto de fluidos, aun cuando puedan contener VIH, este se encuentra en menor cantidad por esta razón no se pueden transmitir.

A continuación se detalla las vías de transmisión del VIH

3.4.1. Relaciones sexuales

La transmisión sexual del VIH se produce en las siguientes relaciones sin protección:

- **Coito vaginal.** Es el contacto del pene y la vagina; el semen y en menor medida los fluidos vaginales pueden llegar a contener una gran concentración de VIH que permitirán que ocurra la infección. *“Las lesiones tanto en el pene como en la vagina son puertas de entrada y salida para el VIH y otras ITS”¹⁸*, en tanto en la vagina existe una gran cantidad de células las cuales pueden permitir la

¹⁸ UNFPA “conociendo algo más sobre infecciones de transmisión sexual y el virus de inmunodeficiencia”, pág.13

entrada del VIH no solo por ahí pueden entrar sino también por el glande y la uretra del pene.

- **Coito oral o buco genital.** *“Se puede dar la infección por relaciones sexuales orales, en un peligro mínimo que en otros tipos de penetraciones, este existe ya que en las lesiones en los labios, el paladar, las encías y la garganta son posibles puertas de entrada o salida del VIH y de otras ITS”¹⁹*, existe riesgo si hay lesiones en la boca o en los genitales.
- **Coito anal.** Es el contacto del pene con el ano; es la práctica de mayor riesgo, porque ni el ano ni el recto están preparados para la penetración; *“fácilmente pueden producirse lesiones en el ano que favorezcan la entrada y salida de microorganismos...”²⁰*, por lo cual también existe gran concentración de células en las partes mencionadas que pueden posibilitar la infección del VIH.

La transmisión se realiza a través del contacto de fluidos: sangre -sangre, sangre – semen o secreciones vaginales. Durante las prácticas de coito, normalmente, se producen pequeñas lesiones o heridas microscópicas, en las mucosas de la vagina, pene o ano. A través de estas pequeñas aberturas el virus puede pasar a la sangre, por tanto todas las prácticas de coito que favorecen las lesiones y las irritaciones conlleva a un aumento del riesgo de transmisión sexual (porque provocan la aparición de úlceras o llagas en los genitales).

Una sola práctica sexual de riesgo puede bastar para transmitir el VIH, no obstante, la posibilidad de contraer la infección aumenta con el número de veces. Tanto el varón como la mujer pueden transmitir el virus a sus parejas. En la mujer seropositiva, el periodo de la menstruación es más infeccioso a causa del flujo de sangre.

¹⁹ Ídem

²⁰ Ídem

3.4.2. Vía sanguínea

La transmisión vía sanguínea tiene lugar cuando la sangre de una persona seropositiva entra en el torrente sanguíneo de otra persona. Esto puede ser ocasionado por el uso compartido de agujas en tatuajes o piercing, también el uso de jeringas, objetos punzo cortantes y enseres personales como: cuchillas de afeitar, cepillo de dientes y otros objetos infectados por el VIH.

En el caso de transfusiones sanguíneas, desde 1987 toda sangre a donar es examinada y destruida si resulta ser infectada por el VIH, el material para donar sangre es estéril y de un solo uso, por tanto, las infecciones a través de este mecanismo es mínima en comparación a la vía de transmisión sexual.

3.4.3. Transmisión de madre – niño (a)

Una mujer seropositiva, tiene un 20 a un 40% de posibilidades de tener un hijo (a) infectado (a), puede transmitir el virus por vía sanguínea durante el embarazo esto a través de la placenta o el canal del parto, o, también a través de la leche materna.

“La transmisión puede producirse durante la gestación (6%), durante el parto sobre todo (18%) y en el post parto a través de la leche materna (4%)”²¹.

Todos los bebés de madres seropositivas nacen con los anticuerpos del VIH, esto no quiere decir que todos (as) estén infectados por el virus, con tratamiento de los antirretroviral administrado durante el embarazo, se está consiguiendo una reducción muy notable de los casos de niños (as) con infección por VIH, a partir de los 18 meses se puede saber si él o la niño (a) tiene virus.

²¹ Guía práctica “Infección por el VIH”, pág. 61

3.5. Prueba del VIH

La presencia del virus puede detectarse mediante análisis de sangre capaz de localizar en nuestro organismo la presencia o ausencia de anticuerpos frente al VIH que provoca el SIDA.

Existen dos formas básicas de detectar el VIH:

- De forma directa detectando el virus mismo o algunos de sus componentes realizando en laboratorios especializados.
- De forma indirecta: detectando los anticuerpos producidos por el organismo como reacción a la presencia del virus. El método ELISA es una técnica rápida (de minutos a horas) relativamente sencilla y es la que se usa de forma habitual.

3.6. Tratamiento

Los avances científicos que se han producido con respecto a la infección por VIH dieron lugar, a tratamientos que mejoran la calidad de vida de las personas enfermas y retrasan la progresión de la enfermedad.

Existen dos tipos de tratamiento para el VIH dependiendo si la persona vive con el VIH o si ya manifiesta el padecimiento.

En el primer caso se utiliza la terapia antirretroviral combinada o cóctel, se refiere a los fármacos utilizados para tratar la infección por el VIH, estos medicamentos inhiben la replicación del virus previniendo la progresión de la infección.

Los nuevos tratamientos antirretrovirales están consiguiendo convertir el VIH prácticamente en una enfermedad crónica y podrían lograr alargar tanto el periodo asintomático que no se llegue a desarrollar el SIDA. Uno de los factores más importantes para conseguir una mayor efectividad de los tratamientos antirretrovirales consiste en la adecuada adherencia a los mismos, es decir, la correcta toma de los medicamentos.

“Los tratamientos deben ser administrados y regulados por el personal especializado (...) para proporcionar una mayor y mejor calidad de vida a las personas que viven con el VIH...”²²

Por tanto, la adhesión de tratamientos ofrece la mejor posibilidad a los fármacos y al organismo humano de contraatacar al virus. Si no se siguen las pautas recomendadas pueden aparecer resistencias, cada fármaco tiene un tiempo de actuación óptima, pasada este tiempo la cantidad de medicamento que tiene la sangre es menor, por lo que el virus puede replicarse generando mutaciones resistentes. Por eso es fundamental tomar los medicamentos en los intervalos de tiempo establecido.

“...Se ha demostrado que muchas de las personas infectadas por el VIH que siguieron la terapia antirretroviral combinada, mejoraron notablemente su calidad de vida”²³, por lo que es necesaria una actitud de compromiso y negociación entre el o la paciente y el personal médico con respecto a la medicación prescrita desde el inicio del tratamiento, dosis, forma de administración e interrupción del tratamiento, para obtener el máximo de beneficio. Por otro lado, es importante una detección precoz de la infección por VIH para iniciar el tratamiento lo antes posible, ya que tomando la medicación adecuada y con controles médicos la persona seropositiva puede mejorar su calidad de vida y retrasar la progresión de la enfermedad.

Pero existen problemáticas aun sin resolver como:

- Los elevados costos de la terapia antirretroviral.
- Lo complejo que resulta su administración: los medicamentos deben suministrarse varias veces al día con más de un litro de agua, algunos en ayunas y otros en alimentos ricos en grasas.
- De acuerdo con la extraordinaria mutación que tiene el VIH, este puede ampliar el espectro de resistencia al tratamiento

²² UNFPA “Conociendo algo más sobre infecciones de transmisión sexual y el virus de inmunodeficiencia”,
pág. 9

²³ ídem

A pesar de los avances científicos en los tratamientos y en las investigaciones para lograr una vacuna eficaz contra el SIDA, actualmente solo la prevención es la única forma de luchar contra la infección del VIH.

3.7. Prevención

La prevención del VIH se define como el conjunto de medidas realizadas en campos psicológicos, sociales y culturales destinados a disminuir el impacto de la epidemia en todos sus niveles, en tanto en las personas que viven con el virus como en las que no. *“... Este es un proceso que requiere conocer como el VIH puede representar una amenaza que se puede prevenir a través de conductas y la motivación que reduzcan el riesgo de adquirir el VIH”*²⁴, por tanto una prevención efectiva no es solo dar información y cuestionar actitudes sino conseguir que las personas realicen conductas seguras con el VIH.

Según el Ministerio de Salud y Deportes *“se cuenta con un plan nacional comunicacional elaborado por el Programa Nacional ITS/VIH/SIDA los mensajes están adaptados para aplicar mensajes de fidelidad, uso de preservativo, aplazamiento de inicio de actividad sexual, practicas de relaciones sexuales seguras, participación activa de la personas que viven con el virus (en adelante PVVS)...”*²⁵

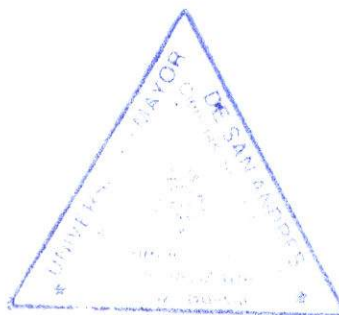
3.7.1. Prevención primaria

En el caso del VIH, la prevención primaria se dirige hacia las personas que son seronegativas al VIH para procurar que se mantenga así.

“Si una persona decide reducir su riesgo de transmisión por vía sexual debe reconocer las posibilidades reales de practicar la abstinencia, si reconoce que esta práctica no es posible entonces puede decidir de tener solo una pareja sexual y mantener una relación mutua de fidelidad. Si considera que

²⁴ SEDES La Paz “Programa ITS/SIDA”

²⁵ Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA, pág. 46



*mantener esta decisión es difícil, entonces, la mejor opción es el uso del condón...*²⁶.

Para ello se establece lo siguiente:

- **Abstinencia.** Entendiéndose como privación voluntaria de relaciones sexuales.
- **Fidelidad mutua.** Compromiso de cumplir con reciprocidad, es decir, no tener relaciones sexuales fuera del compromiso de pareja.
- **Uso correcto de condón.** Cuando se desea tener relaciones sexuales con penetración, debe emplearse correctamente un condón, comprobando previamente que éste no haya caducado, que este en buen estado, además que se encuentre lubricado.

En tanto estas estrategias no son suficientes si no se deben poner al alcance todos los elementos que las personas necesitan para evitar infectarse. El contexto social es básico para que un individuo corra el menor riesgo posible de adquirir el VIH, mientras más condiciones de vulnerabilidad tenga esa persona, estará más expuesto.

Para el ex director de prevención y participación social del centro nacional para la prevención y control del SIDA (en adelante CENSIDA), repartir condones no es suficiente pues actualmente las y los adolescentes saben perfectamente cómo usarlo, pero eso no significa que lo utilicen.

Ahora según el UNFPA *“la educación es y seguirá siendo, aun cuando se cuente con una vacuna y un tratamiento al alcance de todos la mejor estrategia para la prevención de la infección por el VIH...”*²⁷

Dentro del aspecto nacional se han tomado medidas para la prevención primaria: *“se cuenta con planes de difusión y sensibilización del VIH/SIDA en medios masivos de comunicación, con la participación de la sociedad*

²⁶ Ídem

²⁷ UNFPA “Conociendo algo más sobre infecciones de transmisión sexual y el virus de inmunodeficiencia”, pág. 10

civil (...) se lograron influir en la conducta de la población en general en especial el sexo masculino el uso adecuado del condón²⁸

3.7.2. Prevención secundaria

Cómo vivir con el VIH, se refiere al conjunto de acciones destinadas a visualizar la problemática del VIH en las personas que viven con el virus, haciendo conciencia de su condición serológica para después aplicar medidas que tiendan a disminuir las consecuencias de la infección. Esto se lograra si se internalizan actitudes que lleven a mejorar la calidad de vida:

- Crear hábitos para cuidar de la salud
- Evitar la reinfección
- Uso del condón femenino o masculino
- Fomentar una sexualidad libre y responsable.

Las condiciones sociales que rodean a la persona que vive con VIH, el estigma y la discriminación dificultan el hecho, por ejemplo, de que la persona tome sus medicamentos a tiempo sin importar el lugar donde se encuentre. La discriminación laboral, en la escuela e incluso en la familia provoca que se oculte la condición seropositiva e involuntariamente se descuide la salud.

Por ello la sexualidad de las personas con VIH es un tema que requiere cuidado para evitar reinfecciones o transmisión del VIH a quienes no lo tienen y de esa forma prevenir esta epidemia que cada día está causando más muertes.

3.7.3. Prevención terciaria

Vivir alrededor del VIH, aunque la prevención terciaria es pocas veces considerada como tal en el VIH, cruza en muchos puntos con la primaria y la secundaria, podría definirse como la prevención que se hace con la gente

²⁸ Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA, pág. 46

cercana a una persona que vive con VIH, ya sean parejas, familiares o amigos.

Este tipo de prevención conjunta, de cierta forma, las medidas que puedan tomar tanto las personas con VIH como su núcleo más cercano para alcanzar una mejor calidad de vida para todos.

3.8. La adolescencia

El desarrollo humano se entiende como una sucesión evolutiva inmerso en un proceso dinámico y contradictorio, todo desarrollo humano se realiza en la interdependencia de dos procesos, uno de maduración y otro de cambio. El primero lleva al segundo y el paso entre ambos corresponde a los denominados estadios o etapas. Una de estas etapas es la adolescencia, que se caracteriza principalmente por ser un periodo de transición entre la pubertad y la etapa adulta.

3.8.1. Definición

En este acápite se presentan algunos elementos que pueden acercar a la definición de adolescencia:

- Etapista, encierra y clasifica a las personas a partir de su edad cronológica, es decir, *"Se considera a la adolescencia como una etapa pasajera del no ser, no se es niño ni adulto..."*²⁹.
- Etnográfica, *"la adolescencia es un grupo etario un rango objetivo y medible..."*³⁰, al decir objetivo se refiere a que puede ser visto, palpable y medible se refiere a que se pueden establecer rangos con los cuales se pueden elaborar políticas y planes de intervención.
- Otra definición nos indica que la adolescencia *"... se caracteriza desde la subjetividad social...donde construyen identidades, se busca la autonomía sexual, afectiva y corporal, se desafía al*

²⁹ UNFPA "Adolescentes, educación para la sexualidad", pág. 19

³⁰ Ídem

*peligro...*³¹ en esta etapa se sienten invulnerables a cualquier peligro incluso la muerte, por ello las denominaciones como: la edad del burro, edad rebelde y otros.

Según otros autores adolescencia definen como:

Rousseau en su obra Emilio, dice que *"la adolescencia resulta el segundo nacimiento: aquí nace de verdad el hombre a la vida y nada humano le es ya extraño"*, es decir, que la adolescencia es la planificación personal del fenómeno humano, estructura su personalidad y sus cambios físicos, mentales y socioculturales.

Teoría psicoanalítica de Freud: según esta teoría la adolescencia es un estadio del desarrollo en el que brotan los impulsos sexuales y se produce una primacía del erotismo genital, supone por un lado, revivir conflictos edípicos infantiles y la necesidad de resolverlos con mayor independencia de los progenitores, por otro lado, un cambio en los lazos afectivos hacia nuevos objetos amorosos.

Para Erickson la adolescencia es una crisis normativa, es decir, una fase normal de incremento de conflictos, donde la tarea más importante es construir una identidad coherente y evitar la confusión de papeles.

Piaget señala la importancia del cambio cognitivo y su relación con la afectividad, el importante cambio cognitivo que se produce en estas edades genera un nuevo egocentrismo intelectual confiando excesivamente en el poder de las ideas.

Para Colombo, *"el desarrollo del adolescente se caracteriza por los cambios que se relacionan con los procesos que conducen a la construcción de la conciencia de sí mismo a partir del desarrollo de la identidad del yo corporal, del yo psíquico y del yo social"*, vale decir que el adolescente está íntimamente relacionado con su mente, cuerpo y con la

³¹ Ídem

sociedad, cada actividad que realice lo hará dependiendo de estos tres factores.

A partir de estas definiciones la adolescencia es el desarrollo, físico, psicológico y de interacción social.

3.8.2. Definición cronológica

Se consideran diferentes acepciones de la adolescencia surgida por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS), la Organización de Naciones Unidas (en adelante ONU) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (en adelante UNICEF).

“Una de las definiciones basadas en un criterio cronológico corresponde a la elaborada por la OMS, quién concibe la adolescencia como la etapa que comprende las edades entre los 10 y los 24 años, es decir, la segunda década de la vida.”³² Además como el periodo de la vida en el cual el individuo adquiere madurez reproductiva, transitan los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y establece su independencia socioeconómica.

La siguiente definición conceptual planteada por la ONU referida a la adolescencia como la población que se encuentra entre los 15 a 24 años de edad.

La UNICEF, se declaró que el término “adolescencia” se refiere a personas que tienen entre 10 y 19 años.

3.8.3. Proceso de la adolescencia etapas evolutivas

La adolescencia es una etapa de múltiples cambios que se dan desde los 12 hasta los 24 años, sin embargo este lapso de tiempo se subdivide en etapas.

³² Gonzales Garza y cols. (2005) pág. 210

Según Quiroga divide a la adolescencia en tres momentos: “*adolescencia temprana (entre 13 y 15 años), en la que se suelen intensificar las conductas rebeldes y el mal desempeño escolar, adolescencia media (entre 15 y 18 años), donde se ubica los primeros noviazgos y la formación de grupos de pares; y la adolescencia tardía (entre los 18 y 28 años), que es el tiempo de resolución de las problemáticas*”³³

La OMS diferencia a la adolescencia en tres periodos, que la extienden hasta los 24 años: Adolescencia temprana de 10 a 14 años, correspondiente a la pubertad; la adolescencia media desde los 14 hasta los 18 años y la adolescencia tardía de 19 a 24 años.

Bajo estas acepciones describiremos cada una de las etapas basándonos en la división que hace la OMS.

3.8.3.1. Adolescencia temprana

La adolescencia temprana o puberal, comienza desde los 10 hasta los 14 años, es un periodo en el que los cambios físicos son rápidos.

A. Crecimiento y maduración somática

Existe un incremento en la secreción de los esteroides sexuales, dando lugar a la maduración de los caracteres sexuales primarios y la aparición de los caracteres sexuales secundarios, como el inicio de las funciones sexuales y reproductivas:

Los cambios fisiológicos son los siguientes:

- Aceleración del crecimiento longitudinal. Se adquiere el 25% de la estatura.
- Se modifican la composición de los tejidos (masa esquelética, distribución muscular, aumento de volumen sanguíneo),

³³ Quiroga Susana “Adolescencia: del goce orgánico al hallazgo del objeto” pág. 68

desarrollo del sistema respiratorio y circulatorio, desarrollo de las gónadas y órganos reproductivos.

B. Cambios psicosociales

Estos cambios llevan al adolescente a estar cada vez más preocupado por el aspecto de su cuerpo y por si lo que le ocurre es o no es normal. El cuerpo pasa a ser como la carta de presentación y el soporte de la autoestima, a menudo lo compara con el de otros adolescentes, siendo muy sensible a los defectos.

Presenta mayor interés por la anatomía y fisiología sexual, como también, presentan sensaciones eróticas y se hacen más prohibitivos los contactos con los padres u otros adultos. Surgen las manifestaciones de pudor frente al sexo contrario.

Los cambios físicos descritos anteriormente generan egocentrismo donde empieza la lucha del adolescente por su independencia, en efecto, los padres son vistos de modo diferente y real, la imagen que se tiene de ellos ya no es de admiración y a menudo es sustituida por otras figuras que toman un valor significativo.

Presenta un comportamiento inestable de pronto es cariñoso luego pasa a ser huraño, de sumiso pasa a dominador... y actitudes de rebeldía.

Disminuye el contacto y la relación con la familia a favor de las relaciones con los de su grupo de edad, por otro lado, surgen:

- Amistades íntimas con personas del mismo sexo.
- Influencia del grupo de amigos con aceptación de sus normas. Esto se debe a la inseguridad y necesidad de reafirmación.
- Presencia de la excitación sexual con nuevas sensaciones, esto conlleva al interés y deseo de saber y reafirmarse a partir de las vivencias del grupo de iguales.

- Toma mayor realce la masturbación,
- Trata de definirse a sí mismo, enfrentando la autoridad de los padres y maestros para probar su propia autoridad.
- Necesidad de mayor intimidad, escribir en el diario, escuchar música o soñar despierto.
- Desarrollo del propio sistema de valores y falta de control de los impulsos que puede derivar en un comportamiento arriesgado y peligroso.

Se trata de un periodo en el que los cambios físicos son muy rápidos en donde se inicia la lucha por su independencia y libertad.

3.8.3.2. Adolescencia media

Comienza desde los 14 hasta los 18 años, se caracteriza por la intensidad de sentimientos, así como por la importancia concebida a los valores del grupo de amigos.

A. Crecimiento y maduración somática

En esta etapa se adquiere la talla final, en el varón continúa el crecimiento del pene y la laringe, que ocasiona el cambio de voz.

B. Cambios psicosociales

En esta época puede haber una inhibición en el desarrollo psicosexual, se destaca la profundización en las relaciones sentimentales, amorosas y el inicio de las relaciones sexuales. Existe mayor aceptación de su cuerpo, ocupan bastante tiempo en intentar hacer resaltar su atractivo, tanto en mujeres como en varones la ropa es importante. Se sienten más preocupados por la apariencia y desean aumentar el poder de atracción.

En esta etapa predomina los conflictos familiares, los (as) adolescentes van mostrando menos interés por los padres, hacen prevalecer mas su

opinión, discuten con sus padres buscando su identidad, independencia y libertad. Dedicar mucho más tiempo a los amigos.

En ningún otro periodo tiene tanta importancia el grupo de amigos, la avenencia con los valores y formas de vestir de los amigos (as), incorporación ascendente en relaciones sexuales, mostrada a través del contacto y el baile en las discotecas, citas en plazas o lugares ya determinados. También existe la integración en clubs deportivos, pandillas u otros.

Pero también es importante reconocer que para los (as) adolescentes el amor, el goce y la amistad son preocupaciones muy valiosas que tienden a suprimirse por los adultos cuando enfocan su sexualidad desde un punto de vista moral o de salud reproductiva. Es frecuente que para las mujeres adolescentes los novios sean la figura de mayor confianza para compartir afectos y preocupaciones.

C. Desarrollo de la identidad

Se incrementa notablemente la capacidad cognoscitiva, el razonamiento y las habilidades para la abstracción, le da un nuevo sentido a la individualidad, pero aun persiste el pasamiento infantil (a mi no me pasará...) y la dificultad para prever o anticiparse a situaciones de riesgo. En esta etapa se caracteriza por:

- Disminuye las aspiraciones vocacionales idealistas, pueden reconocer sus limitaciones y con ello experimentar un menor autoestima, sufrir trastornos emocionales y depresivos.
- Aumenta el ámbito y apertura de los sentimientos.
- Comprobación de la identidad sexual con gran impacto emocional de las primeras relaciones sexuales. Viven el momento sin tener conciencia del riesgo lo que les lleva a conductas arriesgadas que pueden tener consecuencias, estos comportamientos constituyen un factor para los accidentes, embarazos, las

infecciones de transmisión sexual como el VIH/SIDA el cual estamos enfocando en este trabajo de investigación.

3.8.3.3. Adolescencia tardía

Se considera la última fase de la adolescencia en la lucha por su identidad e independencia, si las etapas anteriores transcurrieron de forma armónica con el soporte adecuado de la familia y el grupo de amigos, el adolescente se encuentra en buen camino para el manejo de tareas y responsabilidades de la etapa adulta.

A. Crecimiento y maduración anatómica y fisiológica.

En esta etapa la talla ya es definitiva y las funciones plenas en cuanto a la sexualidad y la reproducción.

Hay una aceptación de la imagen corporal y tienen ya adquiridas las preferencias en el vestir.

B. Cambios psicosociales.

Su característica principal es la preparación para asumir funciones del adulto, se define su vocación de forma realista y establecimiento de valores personales. Este periodo se caracteriza por una integración creciente al medio social aunque algunos adolescentes continúen dependiendo de la familia y los amigos.

Se sienten más a gusto con sus propios valores y su identidad personal en su rol social y sexual. Se mantiene los valores de los amigos aunque con menos importancia y se produce la formación de parejas.

C. Desarrollo de la identidad.

Su propio YO esta casi conformado y se caracteriza por:

- Maduración del desarrollo cognitivo y de una conciencia racional y realista.
- Tiene la capacidad de planificación de futuro y anticiparse frente al riesgo, puede reconocer las consecuencias de sus acciones.
- Tiene mayor actividad sexual y concreción de los valores éticos, morales y sexuales.

3.8.4. Psicosexualidad en la adolescencia

La sexualidad adolescente no es un hecho puramente biológico, la excitación sexual genital son experiencias nuevas que se desarrollan en el psiquismo y permiten re significar experiencias anteriores, que junto con las nuevas vivencias se va formando la identidad sexual adulta. Por ejemplo en el niño la masturbación es un proceso de descarga de tensión, sin embargo para el adolescente es la preparación para el encuentro sexual y las fantasías en relación a un objeto de deseo externo los cuales juegan un papel primordial para el logro de la satisfacción. La masturbación si bien provoca un sentimiento de culpa, brinda al adolescente una sensación de confianza en su capacidad de ejercicio de una sexualidad plena.

Sin embargo, la adolescencia a menudo se caracteriza como un periodo de oportunidad y de riesgo, lo segundo se extiende a la sexualidad, hoy en día, los adolescentes están alcanzando la madurez sexual a edades más tempranas, se indica que *"el primer coito, tanto en varones como en mujeres, ocurre uno o dos años después de la aparición de la menarquía y espermaquía..."*³⁴, lo que indica que el primer coito se da a los 15 años, según la OMS "los jóvenes tienden a iniciarse sexualmente durante los años de la adolescencia intermedia entre los 15 y 19 años"³⁵, una etapa de desarrollo que comparten con sus pares, tienen sentimientos de

³⁴ Morris, 1992; Hafter, 1995

³⁵ Shutt – Aíne y otros, "Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas", pág. 31

omnipotencia e inmortalidad, lo que les lleva a adoptar conductas de riesgo, como el contraer el VIH.

3.9. Identificación sexual

La identidad sexual hace referencia a la conciencia de pertenecer a un sexo en función de los atributos corporales en especial los genitales, a diferencia de la identidad de género que hace referencia a los contenidos culturales de ser hombre o mujer.

El ser humano desde que nace inicia un camino que le conducirá a su individualización que consiste en el desarrollo de su propia identidad, desde los tres años los niños y las niñas adquieren identidad de género, *“desde el punto de vista evolutivo, es la primera vez que los niños y niñas perciben su identidad sexuada...”*³⁶, sin embargo esto alcanzará su conformación madura a lo largo de la adolescencia.

Según Hafner *“En la etapa inicial e intermedia de la adolescencia, se solidifica la identificación de género observando los roles de género de los adultos, de su entorno, desarrollan imágenes personales e ideales de masculinidad o feminidad basados en estereotipos sociales según el sexo...”*³⁷, como ya se mencionó es el reconocimiento y conciencia de que uno es hombre o mujer.

En tal sentido durante la adolescencia las personas jóvenes son más conscientes de sus atracciones sexuales y su interés amoroso y emergen los sentimientos eróticos de tipo adulto. *“La atracción por el sexo opuesto se dispara por el aumento hormonal y durante la adolescencia temprana el joven hace más consciente de cuál es el sexo que le atrae y le excita”*³⁸, empiezan su atracción sexual hacia los hombres o mujeres.

³⁶ Lopez, 1998

³⁷ Hafner

³⁸ Shutt – Aine y otros, “Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas”, pág. 33

3.10. Inicio de la actividad sexual

Las relaciones sexuales constituyen un aspecto muy importante de la vida y de la sexualidad de las personas, durante la adolescencia ocurren los primeros acercamientos sexuales, que se manifiestan por la estimulación sexual entre dos personas mediante besos, caricias y palabras, es decir, por el llamado, "juego sexual", que en ocasiones termina en una relación sexual.

El comienzo de las relaciones sexuales debe ser una decisión completamente personal y libre. El contar con una información adecuada es una manera de no correr riesgos innecesarios para nuestra salud y nuestra vida, además que nos ayuda a tomar decisiones adecuadas.

El amor, el afecto y la atracción ayudan a una iniciación sexual placentera y con mayor sensación de seguridad. Por otro lado las variables asociadas al inicio sexual son el género, escolaridad, religión, la vida familiar.

En cuanto a la edad promedio de la primera relación sexual según estudio de la UNICEF, varía entre 15 a 19 años de edad.

3.11. El VIH y la adolescencia

En términos epidemiológicos los y las adolescentes de 15 a 24 años son considerados el grupo de población vulnerable al VIH, la mayoría de la población son mujeres por la anatomía de su aparato reproductivo.

*"Los adolescentes en particular corren el riesgo de contraer el VIH debido a sus altos niveles de actividad sexual, experimentación sexual a menudo con múltiples parejas y al hecho de que no utilizan condones consistentemente o que nunca los usan"*³⁹

³⁹ Moore y Rosenthal, "Prácticas sexuales, enfermedades de transmisión sexual y sida entre jóvenes", pág. 365



3.12. Género

El concepto de género se utiliza para descubrir aquellas características en los hombres y las mujeres que han sido conformadas socialmente, en contraste con aquellas que están determinadas biológicamente, en otras palabras, lo que determina la identidad y el comportamiento de género no es el sexo biológico, sino el hecho de haber vivido desde el nacimiento las experiencias, ritos y costumbres atribuidas a cierto género, por lo que no se debe sustituir el concepto de sexo por género, o viceversa, son distintas. *“el sexo se refiere a lo biológico, el género a lo construido socialmente, a lo simbólico”*⁴⁰

3.12.1. Definición

El concepto género aparece en los años 1970 en los Estados Unidos, gracias a los estudios que se realizaron sobre antropología y sexología donde se comprendió mejor la acción que ejerce la sociedad en el comportamiento y la vida de los seres humanos.

El género es algo natural, no nacemos con él. El género es una característica socialmente construida, en otras palabras *“(...) Se entiende por género a la construcción sociocultural de la diferencia sexual (...) el sistema sexo género establece las pautas que rigen las relaciones sociales entre hombres y mujeres las cuales generalmente sitúan en desventaja, definen lo considerado masculino y femenino y establecen modelos de comportamiento para cada sexo en los diferentes planos de la realidad social”*⁴¹.

Bajo estas acepciones es conveniente diferenciar el término sexo de género, el sexo no se elige, se transmite genéticamente. *“Es una condición biológica determinada en el momento en que se unen células reproductivas de un hombre y una mujer para producir la fecundación”*⁴². Por tanto el sexo

⁴⁰ Lasonde Louise (1997), pág. 78

⁴¹ García Brígida y otros, “Mujeres y relaciones de género en los estudios de población”, pág. 27

⁴² Bianco, M. y RE, “Qué deben saber padres y docentes sobre sexualidad y sida”, pág. 25

es la diferencia biológica existente entre hombres y mujeres desde que nacemos.

Sin embargo "género" es una construcción social, cultural y psicológica, que la sociedad asigna para la feminidad y la masculinidad. Al ser una construcción social cambia de acuerdo al tiempo y cultura.

3.12.2. Estereotipos de género en torno a la sexualidad.

Las expectativas acorde al género operan de manera decisiva en la iniciación sexual de los y las adolescentes. La definición de la identidad sexual y la ubicación de género resultan claves en el desarrollo de este grupo de edad, expresadas en estereotipos tradicionales asignados a los distintos géneros. Si bien estos estereotipos han cambiando en las últimas décadas, aún se mantienen modelos asentados en las culturas occidentales y patriarcales con rasgos históricos en las cuales se adjudican al varón valores de una sexualidad activa, independiente y heterosexual, con un inicio temprano de relaciones sexuales. Por el contrario para las mujeres la expectativa se centra en una sexualidad sin erotismo y organizada para la procreación por lo que la sexualidad femenina queda dividida entre la procreación y la experiencia sexual ya que desde infancia las mujeres están prefiguradas para la procreación, los cuidados maternos y la satisfacción de los deseos sexuales y requerimientos masculinos.

En este sentido *"Los estereotipos de género asignados a los hombres son: fuertes, activos, independientes, valientes, racionales..., y de las mujeres: dependientes, pasivas, temerosas, débiles, sentimentales"*⁴³. Paradójicamente las cualidades que se espera de las mujeres son al mismo tiempo desvalorizadas.

Estos estereotipos se forman en la sociedad y más aun en la adolescencia esto debido a que los adolescentes están en proceso de formación de identidad, *"La mujer se hizo especialmente para agradar al hombre: si el*

⁴³ ídem

es la diferencia biológica existente entre hombres y mujeres desde que nacemos.

Sin embargo "género" es una construcción social, cultural y psicológica, que la sociedad asigna para la feminidad y la masculinidad. Al ser una construcción social cambia de acuerdo al tiempo y cultura.

3.12.2. Estereotipos de género en torno a la sexualidad.

Las expectativas acorde al género operan de manera decisiva en la iniciación sexual de los y las adolescentes. La definición de la identidad sexual y la ubicación de género resultan claves en el desarrollo de este grupo de edad, expresadas en estereotipos tradicionales asignados a los distintos géneros. Si bien estos estereotipos han cambiando en las últimas décadas, aún se mantienen modelos asentados en las culturas occidentales y patriarcales con rasgos históricos en las cuales se adjudican al varón valores de una sexualidad activa, independiente y heterosexual, con un inicio temprano de relaciones sexuales. Por el contrario para las mujeres la expectativa se centra en una sexualidad sin erotismo y organizada para la procreación por lo que la sexualidad femenina queda dividida entre la procreación y la experiencia sexual ya que desde infancia las mujeres están prefiguradas para la procreación, los cuidados maternos y la satisfacción de los deseos sexuales y requerimientos masculinos.

En este sentido *"Los estereotipos de género asignados a los hombres son: fuertes, activos, independientes, valientes, racionales..., y de las mujeres: dependientes, pasivas, temerosas, débiles, sentimentales"*⁴³. Paradójicamente las cualidades que se espera de las mujeres son al mismo tiempo desvalorizadas.

Estos estereotipos se forman en la sociedad y más aun en la adolescencia esto debido a que los adolescentes están en proceso de formación de identidad, *"La mujer se hizo especialmente para agradar al hombre: si el*

⁴³ Ídem

*debe agradar a su vez, es de una necesidad menos directa; su merito está en su poder...*⁴⁴. Entonces, este es un proceso complejo que ocurre en el seno sociocultural, las diferencias biológicas se traducen en inequidades de género.

Las relaciones que ocurren en torno a la vida sexual de los adolescentes son permeadas por inequidades de género, los adolescentes ya reproducen a esta edad los estereotipos de una sociedad patriarcal que imprime sus valores y conductas, en este sentido se espera que las mujeres adolescentes sean sumisas, permisivas, mientras los hombres adolescentes son activos y a ellos se les da el privilegio de usar condón si ven amenazada su salud.

En este sentido la mujer se convierte objeto del hombre que a raíz del "amor" hace que ella se entregue y satisfaga su placer sexual, como señala Bordieu *"(...) el orden simbólico de la diferencia sexual instituye la violencia simbólica, que encuentra su eficacia y confirmación en el propio comportamiento de las mujeres mediante el amor que lleva a las víctimas a entregarse y abandonarse al destino que socialmente están consagradas (...)"*⁴⁵.

Los estereotipos tienen una raíz profunda en la sociedad. Tan profunda que se llega a creer que existe un fundamento biológico en las conductas de las mujeres y hombres. Por lo tanto, *"(...) se considera (falsamente) que esas formas de ser hombres o mujeres son determinadas por la naturaleza"*⁴⁶

3.12.3. Machismo

El machismo, conocido como androcentrismo (el hombre como centro de la sociedad y el mundo), supone una actitud menoscabo, desprecio y discriminación hacia la mujer. Ideológicamente sostiene que el hombre es

⁴⁴ Rousseau "Quinta parte del Emilio"

⁴⁵ Bordieu Pierre "Dominación masculina", pág. 58

⁴⁶ OPS/OMS, 1991

superior y la mujer debe estar unilateralmente sometida al mundo masculino.

Según violeta Quiroga es: *"Aquella creencia cultural y construida (por lo tanto posible de deconstruir) que señala el mito de la superioridad de lo masculino sobre lo femenino en todos los niveles (laboral, sexual, intelectual)..."*⁴⁷

Asimismo el machismo se asemeja a la hazaña sexual, un hombre se mide por el número de conquistas sexuales e hijos que tiene. *"Las creencias populares de que el hombre debe tener muchas mujeres y que así es más (macho) y aquella que señala en que en vez de tener una esposa y aquella que señala en que en vez de tener una esposa o pareja se tiene una (mujer) resaltando el aspecto sexual de esta persona enfatizan posesión sexual del hombre sobre la mujer"*⁴⁸

Las definiciones culturales de la masculinidad afectan los guiones sexuales directa o indirectamente. Por ejemplo, un tema prevalente de la adolescencia para muchos hombres es que deben ser autodependientes y experimentados, en la medida en que se fomente en los adolescentes varones la adquisición de su independencia, ellos pueden expresar estas tendencias en el campo sexual, teniendo más disposición que las mujeres para involucrarse en relaciones sexuales.

Esta hace que *"El impacto de este esquema ideológico en las personas y la vivencia de su sexualidad. Se ha visto que el machismo tiene muchas consecuencias que se hacen más severas en el contexto del VIH y el SIDA"*⁴⁹. Por tanto los (as) adolescentes que viven en la actualidad arrastran herencias culturales tal como el machismo, que puede causar daños irreparables.

⁴⁷ Quiroga Violeta

⁴⁸ Quiroga Violeta

⁴⁹ Idem

En este sentido la *“La creencia de que al verdadero hombre no le pasa nada y la creencia de que a cierta edad hay que lograr la hombría a través de la demostración de una relación sexual...”*⁵⁰, Esto conlleva a engendrar en los hombres aquel machismo arraigado desde la antigüedad lo que hace que estos se consideren inmortales y que lo único importante es satisfacer su relación sexual a costa de todo sin importar el riesgo que corren esto hace se fomente la actividad sexual irresponsable.

*“Los adolescentes varones afirman que ser hombre significa ser proveedor, ser sexualmente activo, alguien que asume riesgos...creen que su función de hombres puede incluir dominar a las mujeres y tratarlas como objetos sexuales”*⁵¹. Como ya lo manifestó Bordieu existe una violencia simbólica en torno a la mujer, ya que el adolescente varón con artimañas y encantadoras palabras enreda a la mujer para satisfacer su deseo sexual, sin importar el riesgo que corran él y su pareja.

3.12.4. Relación de género con la sexualidad adolescente

Los principales aspectos relacionados al inicio de la actividad sexual son la edad cumplida al inicio del debut sexual y la edad promedio de ocurrencia del inicio, una vez comenzada la pubertad con la menarquía en la mujer y las poluciones nocturnas en el varón, ambos están aptos para comenzar su vida genital.

*“La primera sensación que recuerdo de mi primera relación sexual era la de que al fin era un hombre...”*⁵². Tradicionalmente la sociedad ha estimulado al varón para que inicie su actividad sexual temprano porque “debe hacerse hombre” y “demostrarlo”, no sea que se haga homosexual, además, el varón debe tener experiencia, esto porque la cultura del machismo le ha impuesto tener la responsabilidad de hacer docencia en el lecho conyugal.

⁵⁰ {dem

⁵¹ Shutt – Aine y otros, “Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas”, pág. 35

⁵² Cuautemoc Carlos “Juventud en Extasis”, pág. 36

En cambio cuando la mujer ha demostrado experiencia la sociedad la ha condenado. *“El varón ha tenido que pagar un alto precio para mantener este mandato cultural. Cuando se iniciaba su vida sexual, la mayoría de las veces lo hacía con una prostituta”*⁵³. Muchos adolescentes comenzarán sus experiencias sexuales con su pareja de turno, y en ocasiones el acto sexual se lo realiza en lugares que no son precisamente la casa o alojamiento, si no, lo realizan en lugares inadecuados *“El acto sexual se realiza en lugares inadecuados sin la privacidad y seguridad necesaria. Habrá apuros, tensiones y seguramente no faltaran los fracasos y la insatisfacción...”*⁵⁴.

13.13. El tabú y los mitos de la sociedad

La sexualidad y las relaciones sexuales han dado lugar a surgimiento de muchos mitos en la sociedad, que fueron proliferando por el hecho de pensar la sexualidad como un tabú, dichos mitos no reconocen bases científicas, sino que se basan en tradiciones y prejuicios que se han mantenido por generaciones, aunque varían y cambian con el tiempo.

*“(...) cuando somos pequeños y hacemos preguntas relacionadas con el tema solemos encontrarnos con respuestas totalmente tales como cuando sea mayor entenderás, eres demasiado pequeña para estas cosas...”*⁵⁵. El tema de sexualidad ha sido muy negado, desde la infancia se realizan preguntas totalmente inocentes de las que nuestros padres nos han negado hablar, *“Es la edad de 3 a 4 años cuando hacemos nuestras primeras preguntas de tipo anatómico, a los cuatro sobre el origen de los niños, a los cinco sobre el lugar por donde nacen los niños, etc.”*⁵⁶, estas preguntas serán contestadas o tal vez será un tema que quede en la oscuridad, puesto que ya existen teorías sobre el hecho de hablar con los niños sobre su origen y la sexualidad de sus padres.

⁵³ Los padres y la educación sexual de sus hijos, pág. 35

⁵⁴ [www//http.panamae.com2011](http://www.panamae.com2011)

⁵⁵ Asociación de Mujeres jóvenes “tu sexualidad”, pág. 10

⁵⁶ *Ibíd.*

Ahora bien cuando llegamos a la adolescencia es cuando recién empezamos a hablar de estos temas con amigos, docentes y generalmente, las dudas que tenemos tratamos de darle respuesta a través de la información que se nos facilita, en reuniones con amigos (as), que sin duda saben igual que los que plantean las dudas, por otro lado la información que reciben son de fuentes poco confiables como: revistas, películas, novelas, internet, entre otros.

A causa de ello los (as) adolescentes imaginan aspectos entorno a su sexualidad que no tiene nada que ver con la realidad, *“imaginan cosas basadas en lo que se oye por ahí, y que condicionan a la hora de tener que expresar lo que sentimos o cómo vivimos (...) y se producen situaciones que crean ansiedades y miedos y que pueden acarrear consecuencias negativas para su salud física y mental”*⁵⁷, lo cual proviene de una mala información o desconocimiento total del tema, *“es importante ofrecer información objetiva, pues estos mitos, junto con la creencia « a mi no me va pasar» muchas veces son los causantes del VIH”*⁵⁸.

En este sentido las relaciones afectivas continúan siendo un tabú en nuestra sociedad y más aún en el área rural, los mismos que pueden causar daños irreversibles en nuestro organismo, *“los tabúes relacionados con el sexo y las actividades sexuales, aumentan la vulnerabilidad al VIH de los hombres y mujeres”*⁵⁹, estos actúan como barreras para el desconocimiento sobre la prevención del VIH, como proveer el tratamiento, atención aquellos infectados por el VIH.

13.13.1. Mitos sobre la sexualidad

*“Las mujeres son naturalmente pasivas durante las relaciones sexuales y los hombres necesitan practicar mayor cantidad de relaciones sexuales con las mujeres”*⁶⁰. En este acápite el machismo pondera un puntaje alto en las

⁵⁷ ídem.

⁵⁸ Asociación de Mujeres Jóvenes “tu sexualidad”, pág. 11

⁵⁹ www.genero/sexualidadyvih.com

⁶⁰ Correa Cecilia, Eleonor Faur, “Sexualidad y salud en la Adolescencia”, pág. 52

relaciones sexuales lo que hace que se diseminen con mayor fuerza la infección del VIH, causando este mal a las mujeres, que por la falta de conocimiento establecido por los tabúes hacen que acceda a la petición del adolescente varón.

“Si usamos preservativos durante las relaciones sexuales, disminuye el placer”⁶¹, lo cual es totalmente falso la capacidad de goce en una relación sexual sucede por diferentes cuestiones ligadas a nuestros sentimientos, ahora, si observamos el material del condón es de tipo látex el mismo que es delgado y no quita la sensibilidad, en este sentido sin la utilización de preservativos los (as) adolescentes son más vulnerables a la infección del VIH.

“El momento de la colocación el preservativo corta el clima de la relación sexual”⁶², si hacemos caso omiso a estas planeaciones, sin duda estaremos expuestos a situaciones irreversibles tal es el caso del VIH.

13.14. Familia y adolescencia

La educación sexual comienza en el hogar, los padres y las madres tienen la oportunidad de platicar a diario con sus hijos e hijas acerca de asuntos relacionados con su sexualidad.

Desde el nacimiento, los niños empiezan a aprender sobre el amor, el contacto físico y las relaciones. Hasta la etapa de la adolescencia, esta educación se realiza con la comunicación y la confianza que se dé en el hogar, *“El adolescente tantea si al otro realmente le interesa por escucharlo antes de hablar de lo que siente. No se arriesga en confiar en alguien a menos de que este convencido de que este trata de comprenderlo y que no va a desvalorizarlo y minimizar sus problemas”⁶³*.

⁶¹ Ídem

⁶² Ídem

⁶³ Los padres y la educación sexual de sus hijos, pág. 11

A esta concepción diversas ventajas sobrevienen en la comunicación de los padres con los hijos (as).

- Si un menor maneja suficiente información no será necesario que la busque en el internet, en videos pornográficos o en sus pares.
- Hablar de sexualidad con los (as) hijos (as) es demostrar que la misma es algo normal de la vida humana, por lo cual es una forma de desmitificar la sexualidad ya que ella forma parte de la cotidianidad.

“Las relaciones familiares pueden nutrir, apoyar y ayudar a los (as) adolescentes...”⁶⁴. Las relaciones significativas con adultos, amigos y experiencias escolares positivas constituyen aspectos importantes en un ambiente que apoya a los adolescentes, “Es a través de estas relaciones que los jóvenes desarrollan resiliencia para desafiar las prácticas sociales y culturales que pueden ser dañinas para su desarrollo y salud sexual”⁶⁵.

Ahora “si los padres demuestran o adoptan un estilo autoritario pero democrático, caracterizado por un control firme, pero con cariño. Que establecen límites y presentan atención a las habilidades sociales y cognitivas de sus hijos (as) tienden a producir en el adolescente la confianza en sí mismo, auto control y las habilidades para enfrentar la vida, sin embargo, los padres autocráticos y protectores tienden a disminuir en sus hijos (as) el sentido de valor propio y de auto eficiencia, limitando su desarrollo psicológico”⁶⁶.

13.14.1. Comunicación familiar

La comunicación de los padres con los hijos (as), es un aspecto fundamental en el desarrollo del adolescente si no existe una adecuada relación y dialogo adecuado será difícil encarar el tema en forma satisfactoria, son diversos los factores que impiden una adecuada comunicación abierta e intergeneracional, *“Muchos de los menores que*

⁶⁴ Shutt Anie y otros “Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas”, pág. 36

⁶⁵ OMS, 1999; Scales y Leffert, 1999

⁶⁶ Gottlieb, 1998

*consultan no lo hacen con sus padres cuando tienen dificultades*⁶⁷, esta es la razón por la que se debe enfatizar la importancia de tener una mayor comunicación familiar.

Según el autor López, F. indica algunos conceptos para mejorar la comunicación familiar:

- *Las reglas que los padres imponen sin una correcta relación puede derivar en rebelión de los (as) hijos (as).*
- *Compartir tiempo y espacio con ellos.*
- *Dar confianza.*
- *Cuando se necesite corregir hacerlo en privado, la crítica pública humilla y daña la comunicación ulterior.*
- *Ser consecuente pero flexible y aprender a ceder en determinadas circunstancias*⁶⁸.

Por lo mencionado es necesario que los padres establezcan una adecuada comunicación con sus hijos (as) al discutir temas de sexualidad, para poder de esa forma orientarlos y que sean conscientes a la hora de tomar una decisión. Una adecuada comunicación entre padres y adolescentes puede tener un efecto positivo en el uso de preservativos e incluso puede retrasar el inicio la edad en las relaciones sexuales en las adolescentes y porque no decirlo en los adolescentes también.

La educación sexual en el hogar puede tener efectos positivos en la conducta sexual adolescente. Se deben realizar esfuerzos para ayudar a los adultos a entender a los adolescentes, su proceso de desarrollo y la importancia de la familia para su salud en general.

13.14.2. Estilos educativos de los padres

Las relaciones de los padres con los y las adolescentes y la existencia o no de conflictos, están muy condicionadas, no determinadas, por los estilos

⁶⁷ Los padres y la educación sexual de sus hijos, pág. 25

⁶⁸ Lopez, F y Otros, Historia familiar y de apego, estilo educativo, empatía y estilo de apego actual Pág. 56

educativos empleados dentro del contexto familiar, utilizando el modelo de Baumrind: existen tres estilos educativos diferentes de los padres en el ámbito familiar:

13.14.2.1. Estilo autoritario

No utiliza el afecto y el apoyo, se basa en el control firme, la imposición de normas y el uso de castigos. Al adolescente solo se le exige sumisión ante la norma impuesta de forma que no hay un proceso de integración de la misma como propia y sus efectos son poco duraderos.

13.14.2.2. Estilo democrático

Tiene como principios básicos el respeto, la exigencia adecuada, el castigo razonable, el control firme y explicación de normas. Los padres democráticos promocionan valores de autodirección. La internalización de normas y de valores requiere que el hijo e hija no solo capte el mensaje de los padres, sino que además lo haga suyo y lo utilice.

13.14.2.3. Estilo permisivo

Se caracteriza por la falta de control y de límites, la tolerancia y la renuncia a influir en los y las hijas.

Los y las adolescentes educados por padres democráticos son los que reciben una influencia más positiva de la familia: desarrollan mejores habilidades sociales, son más autónomos y responsables, puntúan mejor en autoestima, tienen una mejor planificación en el futuro, tienen límites y reglas y mayor probabilidad de evitar comportamientos de riesgo como tomar alcohol u otras drogas o actividad sexual precoz. Los adolescentes educados por padres autoritarios se caracterizan por el contrario a tener pocas habilidades sociales y comunicativas, baja autoestima y tienden al consumo de alcohol u otras drogas e inicio precoz de la actividad sexual. Los adolescentes educados por padres permisivos se caracterizan por ser menos maduros, más irresponsables

y mayor riesgo al consumo de alcohol y al inicio precoz de la actividad sexual.

13.15. El consumo de alcohol asociado a la actividad sexual

La relación entre el consumo del alcohol en la adolescencia y el comportamiento sexual, está predeterminada por rasgos de personalidad como la impulsividad, la desinhibición y la búsqueda de novedades. Desde el punto de vista del desarrollo afectivo personal, la adolescencia es un periodo esencialmente formativo, de aprendizaje y las experiencias en esa edad, tienen implicaciones para toda la vida.

En la actualidad, está claramente establecida la asociación entre el uso del alcohol por el/la adolescente y la iniciación precoz de sus relaciones coitales de riesgo, como la adquisición del VIH/SIDA. *"Los adolescentes que abusan del alcohol, tienen actividad sexual precoz, con parejas múltiples y sin protección de ningún tipo"*⁶⁹

*"Mi trabajo con PVVS me ha mostrado que un 98% ha adquirido el virus en situaciones de consumo de alcohol. No significa que eran personas alcohólicas pero si significa que eran bebedores (as) sociales"*⁷⁰. El alcohol como otras drogas, dentro de nuestra sociedad cumplen determinadas funciones como el de servir de elemento de integración para los (as) adolescentes, esto debido a una serie de variables tales como crisis de valores, falta de comunicación en la familia, crisis de identidad, lo cual conducen al adolescente a actuar de manera no adecuada, apropiándose de conductas que lo perjudican.

El número de casos de adolescentes que consumen bebidas alcohólicas crece más y más, *"el mayor inconveniente es que vivimos en una cultura permisiva con el alcohol. Las fiestas, los paseos o cualquier actividad de recreación están mediadas por el licor, incluso los equipos deportivos son patrocinados por*

⁶⁹ Miret M, Rodes A, "Conductas de riesgo relacionadas con la infección del VIH en adolescentes", pág. 66

⁷⁰ Quiroga Violeta "Factores socioculturales y el VIH"

*bebidas alcohólicas*⁷¹, por lo mencionado en cualquier actividad recreativa está presente el alcohol como una forma de motivación, lo peor es que se han construido un mito alrededor del alcohol y es que sin él no se disfruta igual, *“se perpetua la false creencia de que el licor nos permite disfrutar de la vida”*⁷²

Siguiendo esta óptica los (as) adolescentes tienen experiencia limitada en el desarrollo de habilidades, por otro lado está la formación de su identidad surgen cambios en sus valores, actitudes y creencias a consecuencia de ello *“los jóvenes son más susceptibles a realizar actos impulsivos, conductas arriesgadas y adquirir enfermedades de transmisión sexual”*⁷³. Puesto que no hay normas o leyes que impidan lo mencionado. La actividad sexual asociada al consumo de alcohol es socialmente legitimada en Bolivia, *“muchas gente en Bolivia consume alcohol y luego tiene relaciones sexuales, es como el broche de oro de una diversión”*⁷⁴.

Para los (as) adolescentes el alcohol es un estimulante que permite esquivar los límites que la sociedad impone, la mayoría de los (as) adolescentes no solo beben por placer sino por otras razones como ser: *“la búsqueda de efectos agradables entre ellos estar a gusto, búsqueda de una mayor capacidad de relación y otros acuden al alcohol por curiosidad y también para facilitar el contacto y la comunicación en las relaciones sexuales”*⁷⁵, por el contrario dificulta y aporta efectos contrarios a lo buscado, también son vulnerables a la infección del VIH, por el hecho de no utilizar preservativos en una relación casual.

13.16. Percepciones sobre los preservativos

El método de prevención más divulgado hasta la actualidad ha sido el uso del condón, puesto que está demostrado que los preservativos impiden la transmisión del VIH, sin embargo, *“el solo hecho de distribuir condones no ha*

⁷¹ www.alcoholinformate.org

⁷² Ídem

⁷³ www.ripret.org/dpna

⁷⁴ Quíroga Violeta

⁷⁵ www.centro-psicologia.com

significado que la gente los haya usado"⁷⁶, en varias campañas realizadas en festividades sobre todo en carnavales, se distribuyen cantidades de preservativos (condones) de manera gratuita, en contraste a esto, muchas personas lo llevan en su billetera, cartera y no son capaces de negociarlo con la pareja.

Mucha gente no utiliza el preservativo porque piensan que es incomodo, que quita el placer, que reduce la espontaneidad, que corta la relación, *"con el condón no se pierde sensibilidad en el acto sexual ya que el látex utilizado es muy delgado, la actitud que tengamos frente al mismo es determinante, ya que el principal estímulo sexual comienza en muestras mentes"*⁷⁷, el uso del preservativo corresponde a un compromiso con uno/a mismo/a.

Otro de los factores para no utilizar el preservativo es el machismo, *"...muchos hombres piensan que con el preservativo no se siente nada y que es como ducharse con un paraguas, que es muy pequeño, que no es la talla correcta"*⁷⁸.

Por otro lado el uso del preservativo no es un asunto sencillo, si la relación ha comenzado sin éste, ya que puede causar desconfianza y puede surgir conflictos de desconfianza en las relaciones de pareja. Un adagio muy cierto frente al tema dice "no importa con quien o cuantas veces lo hagas, sino como, se hace el acto sexual y en el cómo lo importante es utilizar el condón", no existen grupos de riesgo lo que existen son conductas de riesgo que es muy diferente.

Algunas creencias que condicionan que no se utilice el preservativo:

- No hay riesgo de transmisión del VIH porque mi pareja es estable y tenemos mucha confianza
- Si digo usemos preservativo temo estropear la situación.
- El preservativo es muy incomodo a la hora de realizar el coito.

⁷⁶ Quiroga Violeta

⁷⁷ www.aidsinfonet.org/infored.html

⁷⁸ Quiroga Violeta

- Por una vez que no lo use, no va a pasar nada.
- Es complicado de poner
- No se disfruta igual

13.17. Información circundante y las percepciones del VIH

Uno de los mayores obstáculos para la prevención del VIH es la información que circula en nuestro medio la misma que es errónea y falsa. Aquello lo evidencia los hombres que dicen: *“Estar libres del VIH porque salen con chicas limpias y mujeres que dicen que están casadas y por ello no están en riesgo”*⁷⁹. Contrariamente a lo que dicen las personas el VIH está presente a cada minuto de nuestras vidas y el mayor riesgo es pensar que no se está en riesgo.

La información que se nos ha presentado sobre el VIH habla de que este se presenta con una serie de síntomas como la imagen de una persona delgada, desvalida y con sueros, sin embargo esta situación es falsa ya que las personas que viven con este mal no se ven enfermas y que hay muchas personas que lo tienen y no lo saben.

La conferencia mundial del SIDA realizada el año 2000 en Durban tenía como lema la frase “romper el silencio” y se realizó una campaña llamada “el silencio es muerte”, *“quienes generan el silencio y provocan la muerte es la sociedad, es así que todas las personas tenemos responsabilidad en la epidemia, no solamente aquellos (as) que ya tienen el virus”*⁸⁰

13.18. La migración y la movilidad de la población.

La movilidad humana no es, en sí misma, un factor de riesgo para contraer el VIH/SIDA. En cambio, las situaciones y posibles conductas adoptadas durante el proceso migratorio sí se convierten en factores que incrementan la vulnerabilidad y el riesgo de infectarse por el VIH.

⁷⁹ Ídem

⁸⁰ Ídem

En Bolivia hay un importante contingente de gente de las áreas rurales que se mueve a las grandes ciudades por diversas causas entre ellas la más importante laboral, debido a la presencia de personas con VIH del área rural hace cinco años, REDBOL *“alerto el movimiento de la epidemia del VIH de la mano de la tuberculosis, de las ciudades capitales a las ciudades intermedias y de allí a las comunidades más pequeñas.”* Y algunas de estas personas que han adquirido este virus han llevado a sus comunidades rurales. *“existen datos de casos con VIH en Llallagua, Caranavi, Coroico, Chulumani, Viacha y otros”*⁸¹.

La situación de la movilidad del VIH es alarmante puesto que según Jhonny López director del CIES *“el VIH comenzó a propagarse con mayor frecuencia en el área rural del país a partir del año 2010...”*, cabe señalar que las campañas de prevención son escasas a comparación con las ciudades capitales, a pesar de que existen los medios, para realizarla (camino, flujo poblacional, hospitales de segundo nivel, entre otros), y si las hay estos mensajes no llegan con la debida profundidad como se espera, *“los mensajes de prevención del VIH, tal como se promueven en ciudades capitales no funcionan en las ciudades intermedias y mucho menos en el área rural debido a que los conceptos de salud, enfermedad y la cosmovisión son diferentes”*⁸²

13.19. Situación del VIH en Bolivia

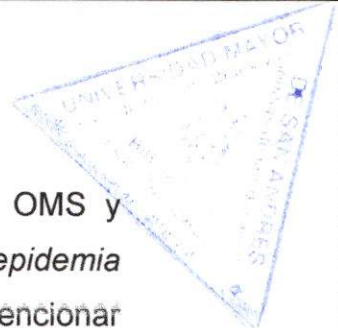
De acuerdo con las proyecciones del Instituto Nacional de Estadística (en adelante INE) *“se estima que en el año 2010 existe una población de 10426154 de los cuales 49,9% son hombres y 51,1 son mujeres. La estructura por edad muestra una población predominante joven ya que el 47% tiene menos de 20 años”*⁸³.

En este sentido la población adolescente es la que mayormente predomina en Bolivia, siendo de esta forma una de las poblaciones más vulnerables a la

⁸¹ www.sociedadqueinspira.com

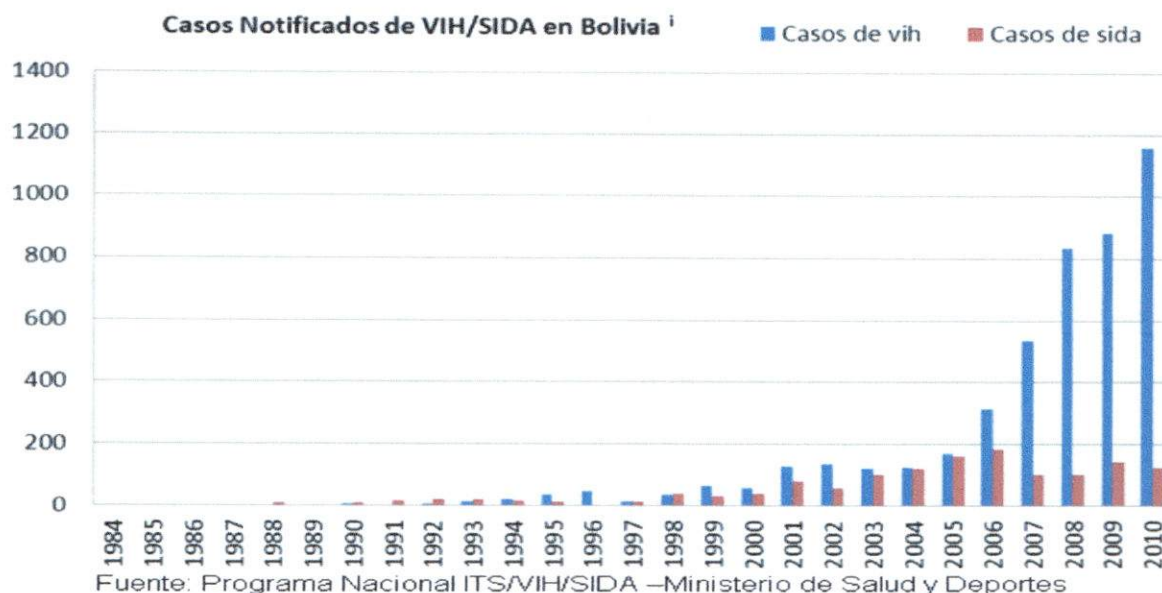
⁸² Ídem

⁸³ Proyecciones nacionales del INE



problemática del VIH/SIDA, que según los últimos reportes de la OMS y ONUSIDA declaran que “en Bolivia se reconocen tres estadios de la epidemia clasificados como incipiente, concentrada y generalizada⁸⁴”, cabe mencionar que se denomina incipiente cuando la prevalencia no se ha superado constantemente el 5% en ningún subgrupo de la población definida, es concentrada, porque la prevalencia del VIH se ha mantenido constante, por encima del 5% en grupos vulnerables y generalizada cuando la epidemia en gestantes es mayor del 1% y en grupos vulnerables es superior al 5%.

El VIH constituye actualmente un problema de salud pública debido a la propagación constante y continua de la enfermedad, la epidemia emergió en el año 1984 y hasta la fecha es caracterizada según un experto de la OPS/OMS como epidemia concentrada, esta tipificación de la enfermedad, se basó en la prevalencia en algunos grupos de la población, que tienen comportamientos sexuales de riesgo para la transmisión del VIH está por encima del 5%.



13.19.1. Panorama general del VIH

Entre 1984 y 2011, se tienen notificados 6843 casos del VIH/SIDA, de los cuales se han registrado hasta junio del 2011, un total de 740 defunciones,

⁸⁴ SEDES Boletín Epidemiológico, 2010

solo de enero hasta junio se registraron 95 fallecidos y solo el 2011 se registraron 120 nuevos casos en todo el país. De los cuales el 93% la transmisión fue vía sexual.

Los datos notificados permiten estimar una proporción de 83 casos de SIDA por millón de habitantes, y en el caso del VIH 302 casos por millón de habitantes, lo que en conjunto implica que 5 de cada 10.000 personas en Bolivia están notificadas como casos de VIH/SIDA. Según un estudio que se realizó nos indica que: *“desde el año 2004 se cuenta con un sistema de notificación, estructurado que ha permitido realizar una caracterización socio demográfica de los casos notificados. De los 4.889 casos reportados 3.671 (75%) corresponden al periodo 2004-2009, por lo que se dio validez a la estructura por edad y sexo...”*⁸⁵.

Por lo existe, según el gráfico, la edad predominante con VIH es de 25 – 29, sin embargo, cabe señalar que la edad de 15 – 19 años no deja de sorprender teniendo un quinto lugar en casos reportados.

Bolivia: Casos Notificados de VIH/SIDA, 2004 – 2009, por edad y sexo

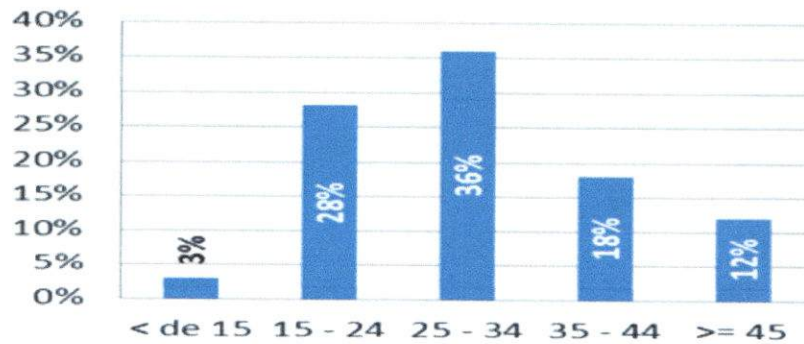
Grupo de edad	SEXO			Total
	Hombre	Mujer	Sin datos	
0 - 4	47	47	-	94
5 - 9	2	3	-	5
10 - 14	2	10	-	12
15 - 19	110	173	-	283
20 - 24	360	374	-	734
25 - 29	531	248	1	780
30 - 34	384	202	2	588
35 - 39	287	127	2	416
40 - 44	211	88	1	300
45 - 49	120	49	1	170
50 y más	194	50	-	244
Total	2248	1371	7	3626

Fuente: Programa Nacional ITS/VIH/SIDA

Sin embargo de 1984 hasta el 2010 esta cifra ha ido aumentando

⁸⁵ Programa Nacional ITS/VIH/SIDA

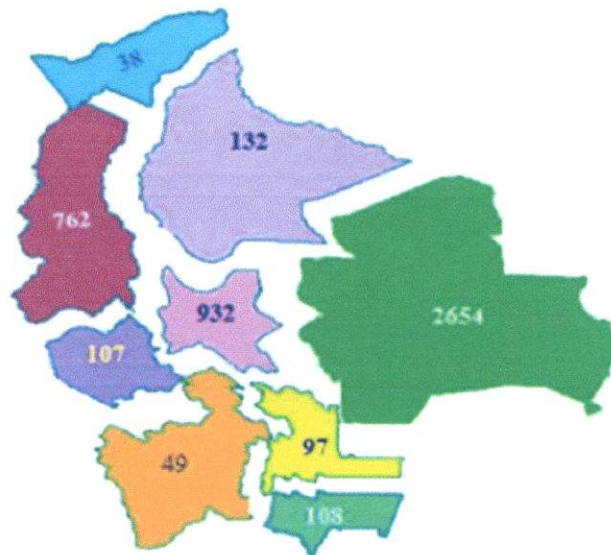
Distribución Porcentual de Casos Notificados de VIH y Sida en Bolivia, 1984 - 2010



Fuente: Programa Nacional ITS/VIH/SIDA –Ministerio de Salud y Deportes

Otro de los aspectos a tomar en cuenta es la distribución geográfica del VIH lo cual nos muestra que “el 89% de los casos que se distribuyen en los departamentos de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz”⁸⁶, lo que no deja de sorprender que La Paz ocupe un tercer lugar en cuanto a casos de notificaciones como muestra el cuadro.

Bolivia: Distribución de casos por departamentos



Fuente: Programa Nacional ITS/VIH/SIDA –Ministerio de Salud y Deportes

⁸⁶ Ídem

13.19.2. Respuesta Nacional a la epidemia del VIH

El presidente del Estado Plurinacional de Bolivia, Evo Morales Ayma, promulgo el decreto supremo N°0541, que reglamenta las disposiciones contenidas en la Ley N°3729 para la prevención del VIH/SIDA, protección de los derechos Humanos y la asistencia integral multidisciplinaria para las personas que viven con VIH/SIDA (en adelante PVVS). La ley contempla aspectos relacionados a la prevención del VIH en Bolivia, puesto que la detección temprana es una estrategia prioritaria en salud pública para la orientación y difusión de mensajes de prevención y tratamiento temprano y oportuno de la epidemia.

*"En Bolivia, cerca del 50% del total de personas notificadas al momento del diagnostico se encuentran en fase SIDA, con una detección tardía de la enfermedad"*⁸⁷, en este sentido a través del Ministerio de Salud y Deportes *"promoverá e impulsara programas de información, prevención, vigilancia epidemiológica, capacitación, orientación y educación sobre el VIH/SIDA"*⁸⁸, los cuales son aspectos fundamentales para la prevención, sin embargo, se realizarán programas para la atención integral con grupos definidos lo que permitirá una mayor difusión del VIH como lo señala la Ley en el artículo 14° "...diseñaran programas transversales de salud integral con la temática del VIH/SIDA, tomando en cuenta parámetros de formación y edad de los grupos a quienes se dirijan los programas"⁸⁹. También se traduce en la Ley actitudes y valores positivos en cuanto a sus derechos y obligaciones que deben asumir los (as) personas quienes portan o no la epidemia.

En cuanto a la educación la Ley señala lo siguiente:

En el artículo 50° *"El Ministerio de Educación, incluirá de forma paulatina y progresiva temas sobre prevención en materia de ITS/VIH/SIDA y derechos*

⁸⁷ Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Bolivia

⁸⁸ Bolivia: Ley para la prevención del VIH-SIDA, protección de los derechos humanos y asistencia integral multidisciplinaria para las personas que viven con el VIH-SIDA, 8 de agosto de 2007

⁸⁹ Ídem

*que asisten a las PVVS en el pensum curricular de estudios de los centros educativos en todos los niveles...»⁹⁰, de acuerdo a este artículo los estudiantes recibirán capacitación en Unidades Educativas, Institutos, Escuelas de formación de Maestros, universidades y otros, temas relacionados a la prevención primaria, secundaria y terciaria del VIH/SIDA, los contenidos que se abordarán serán de acuerdo al nivel de formación de los (as) estudiantes, como presenta el artículo 51°, " *El contenido de los programas educativos en materia de VIH/SIDA, de acuerdo al nivel al que este dirigido, deberá incluir de forma ineludible aspectos culturales, de género y generacionales propios de cada región del país, que promuevan y fortalezcan la respuesta comunitaria...»⁹¹**

⁹⁰ ídem

⁹¹ ídem

3. DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

Capítulo 4

Consideraciones Metodológicas

En este capítulo se presenta el análisis de las variables también la población de estudio y las técnicas de investigación.

4.1. Planteamiento de la hipótesis

Los factores socioculturales influyen de manera negativa en la prevención del VIH en adolescentes de 15 a 19 años de edad, que asisten a la Unidad Educativa "Colorados de Bolivia", municipio de Caranavi.

4.2. Definición de variables

Factores socioculturales. Conjunto de elementos que se interrelacionan con lo físico y lo biológico que posibilitan o dificultan la prevención del VIH de los/as adolescentes de 15 a 19 años de edad y el logro de sus metas.

Los factores socioculturales como: machismo, ingesta de alcohol, creencias religiosas, migración, discriminación entre otros, incrementan la vulnerabilidad de mujeres y hombres al VIH. (Vicci Tallis)

Prevención del VIH. Adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales o a impedir que las deficiencias, cuando se han producido, tengan consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas, es estar capacitado y dispuesto a evitar riesgos o consecuencias que pueda producir el VIH, por consiguiente prevenir implica, preparación, organización, reflexión, planificación, precaución destinados a disminuir el impacto de la epidemia en todos sus niveles, tanto en las personas que viven con el virus como en las que no (OMS)

4.3. Operacionalización de variables

Categoría	Dimensión	Indicadores	Medidor	Técnica	Instrumento
Factores socioculturales	Estilos de vida	Comunicación con los padres	Adecuada Poco adecuada No adecuada	Encuesta Historia de Vida	Cuestionario "Comunicación familiar"
		Ingesta de alcohol y/u otras drogas	Nunca Una vez por semana 2 a 3 veces por semana 4 a más veces por semana	Encuesta Historia de Vida	Cuestionario a estudiantes Factores socioculturales y VIH
	Género	Machismo Tabúes y mitos	Inicio de la actividad sexual Número de parejas sexuales Perspectiva al uso de condones	Encuesta Historia de Vida	Cuestionario a estudiantes Factores socioculturales y VIH
Prevención del VIH	Educativa	Vínculos primarios Vínculos formales Vínculos secundarios	Padres Hermanos Docentes Centro de salud Pareja Amigos	Encuesta Historia de Vida	Cuestionario a estudiantes Factores socioculturales y VIH Cuestionario a docentes

4.4. Metodología

4.4.1. Características de la investigación

4.4.2. Tipo de investigación

La presente investigación es de tipo descriptivo que se concentra la caracterización del sujeto de la investigación y de la problemática que le condiciona a su desenvolvimiento, "los estudios descriptivos pueden ofrecer la posibilidad de predicciones o relaciones aunque sean poco

elaboradas⁹² en la presente investigación nuestro objeto a describir será los factores psicológicos y socioculturales que influyen en la prevención del VIH en adolescentes de 15 a 19 años de edad que asisten a la Unidad Educativa “Colorados de Bolivia”, del municipio de Caranavi.

4.4.3. Diseño de investigación

El tipo de diseño de investigación que se utilizará será **no experimental**, de tipo **transeccional o transversal**. Puesto que, no se manipularan variables es decir que no se hará variar la variable independiente de manera intencional, “la investigación no experimental es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlo⁹³, es decir, que se limitara a observar y después analizar la frecuencia con que ocurre un fenómeno (prevalencia o incidencia), en quiénes, dónde y cuándo se está presentado el fenómeno de investigación para luego dar conclusiones que sean útiles a la sociedad.

Por otro lado se pretende describir y analizar una situación dada en un momento dado para ello se utilizara el tipo transeccional o transversal que se define según Hernández Sampieri “*recolectar datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia...*”⁹⁴

4.5. Sujetos de investigación

4.5.1. Población

- La investigación se realizó en la Unidad Educativa “Colorados de Bolivia” municipio de Caranavi, departamento de La Paz, gestión 2011. Para la selección del área de estudios se tomó como universo a 231 estudiantes hombres y mujeres adolescentes, que cursan el nivel secundario y que asisten regularmente a clases.

⁹² HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto y otros, pág. 120

⁹³ *Ibíd.* pág. 267

⁹⁴ *ibíd.* pág. 271

- Padres de familia
- Docentes del nivel secundario
- Personas que viven con el VIH

4.5.2. Muestra

La muestra que se utilizó en la presente investigación es **no probabilístico, “estudio de caso”**, en las muestras de este tipo *“la elección de los sujetos no depende de que todos tengan la misma probabilidad de ser elegidos, sino de la decisión de un investigador...”*⁹⁵, por tanto se elegirá una muestra de 110 estudiantes entre hombres y mujeres que tengan las edades de 15 a 19 años.

En tanto para determinar la muestra de este tipo, *“no se basa en leyes ni teorías matemáticas, ni estadísticas; dependen del juicio o criterio subjetivo del investigador”*⁹⁶.

Para la selección de la muestra de los docentes se hizo de manera censal puesto que según la unidad educativa cuentan con 10 profesores del área de secundaria y un director.

En cuanto a los padres de familia se realizó de manera no probabilística puesto que las condiciones geográficas del lugar y de la dispersión de cada uno de los padres de familia, impiden el acceso del investigador ya que se encuentran en distintas Colonias del lugar realizando su trabajo cotidiano, sin embargo, se busco el criterio de representatividad de cada curso, por tanto se tomó 5 padres por curso de tercero a sexto de secundaria haciendo un total de 25 padres de familia.

⁹⁵ *Ibíd.* pág. 327

⁹⁶ Subía Manuel, Ministerio de Educación y Cultura Instituto Superior de Educación Rural, Curso Nacional de Administración Educativa, Edit. CPRA, Tarija – Bolivia , Pág. 44

4.6. Técnicas

La técnica a la que se recurrió para la recogida de información, fue la **encuesta** en esta técnica, se realizará con preguntas cerradas y consiste en obtener información por ellos mismos, sobre opiniones, conocimientos actitudes; realizada sobre una muestra definida anteriormente e **historias de vida**.

4.7. Instrumentos

El instrumento para realizar dicha encuesta fue el cuestionario (Anexo 1), la misma fue desarrollada en base a las variables derivadas de las hipótesis planteadas.

Cuestionario "factores socioculturales y el VIH". "*Consiste en un conjunto de preguntas respecto a una o más variables a medir*"⁹⁷, se considerará solo preguntas cerradas de tipo dicotómicas y de selección múltiple. Por tanto se realizará los siguientes cuestionarios:

Cuestionario "Factores socioculturales y el VIH" dirigidos a adolescentes (hombres y mujeres) se realizará preguntas cerradas.

Las características de los cuestionarios utilizados, en cuanto a los tipos de interrogantes fueron categorizadas, es decir, además de plantear las interrogantes fueron categorizadas, es decir, se establecieron categorías de respuestas. El contenido de la interrogante estuvo orientado a recoger información sobre los factores socioculturales de los estudiantes y su incidencia en la prevención del VIH. Las mismas se estructuraron en una batería de dos bloques: la primera, orientada a recoger información respecto a "los factores socioculturales" de los estudiantes y la segunda a recoger información sobre "sexualidad"

⁹⁷ HERNÁNDEZ SAMPIERI y otros, pág. 391

Cuestionario “Prevención del VIH” dirigido a docentes del nivel secundario.

La característica de este cuestionario consiste en una batería categorizada al tipo de respuesta de los docentes.

Cuestionario “Comunicación familiar” dirigido a padres y/o madres de familia las preguntas a realizar serán cerradas. De la misma forma se categorizaron las preguntas y se estructuró en un bloque orientado la comunicación familiar.

La forma de administrar los cuestionarios fue por entrevista personal, ya que el investigador se dirigió a la Unidad Educativa y algunas colonias donde los padres de familia viven.

Previo a la aplicación de los cuestionarios, la primera versión de los cuestionarios fue sometida a prueba piloto, con el fin de evaluar si realmente permite recoger la información que se buscó de acuerdo a los objetivos planteados en la investigación; además para examinar si las interrogantes fueron comprendidas a cabalidad e identificar preguntas que fueron de escasa utilidad.

La prueba piloto fue realizada en el municipio de Caranavi en la Unidad Educativa Jhon Kenedy turno tarde. En la que se administró la primera versión del cuestionario a 24 estudiantes, 3 docentes y 13 padres de familia. Mediante una prueba se pudo determinar la duración de la aplicación y ensayar la forma de análisis de la información.

En el proceso de validación no se encontraron muchas dificultades, con respecto a las preguntas realizadas en el mismo, aunque no se puede pasar por alto algunas observaciones que ayudo a cambiar la estructura del cuestionario

IV. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Capítulo 5

Características socio demográficas del adolescente

De acuerdo con los datos presentados, es importante analizar sobre los resultados obtenidos en la investigación y relacionarlos con los elementos teóricos abordados y posteriormente analizarlos con el problema de investigación, los objetivos y por supuesto la hipótesis planteada.

En primer lugar es necesario caracterizar la distribución según el sexo de los (as) adolescentes de la Unidad Educativa "Colorados de Bolivia" del municipio de Caranavi, en este entendido podemos apreciar que según la revisión bibliográfica (Nómina de inscripción de los estudiantes), se verificó que el establecimiento es mixto, teniendo 87 mujeres y 144 varones, de la misma forma en la distribución según el sexo se pudo constatar que la población mayoritaria en el establecimiento es el sexo masculino 61% y 39% del sexo femenino.

5.1. Exploración de datos de los informantes

La técnica de la encuesta ha tomado en cuenta siete variables del informante, tales son: edad, sexo, nivel de escolaridad, comunicación con los padres, ingesta de bebidas alcohólicas, género e inicio de la actividad sexual.

En segundo lugar se tomaron en cuenta información de los padres de familia, docentes y personas que viven con el VIH para el análisis de la investigación.

5.2. Factores socioculturales del informante

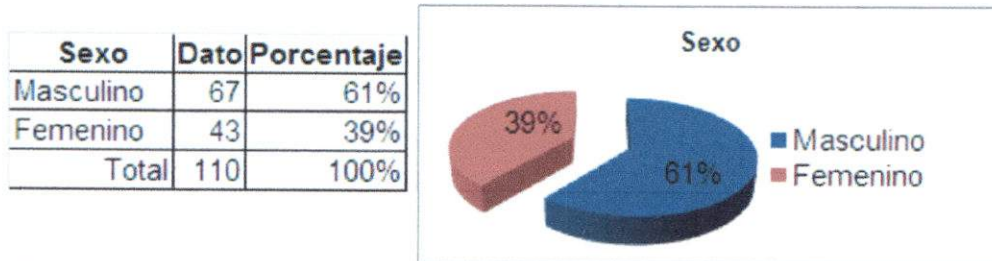
Teniendo en cuenta las variables del informante que fueron mencionadas anteriormente, este apartado nos permite describir los datos obtenidos.

a) Sexo del informante

El cuadro N° 1 corresponde a la distribución del sexo según la población de los adolescentes de la Unidad Educativa "Colorados de Bolivia" de los cuales el 61% son adolescentes del sexo masculino y el 39% son adolescentes del sexo

femenino, lo cual corresponde al Registro Único De Estudiantes (en adelante RUDE), que muestra un elevado porcentaje de estudiantes del sexo masculino.

Cuadro N° 1

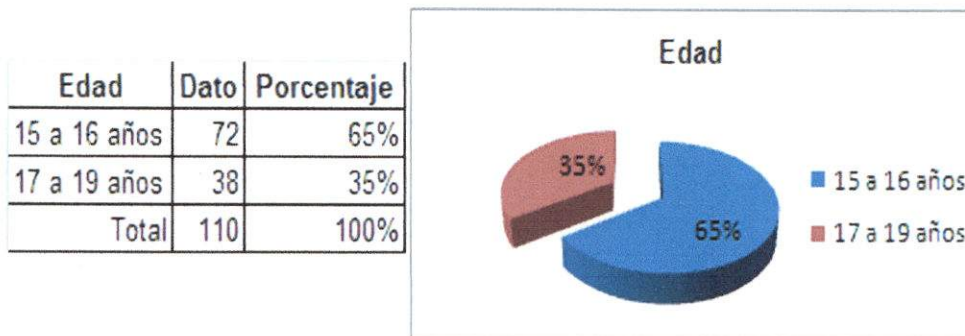


Fuente: Cuestionario dirigido a adolescentes "Factores Socioculturales y el VIH"

b) Edad del informante

En el gráfico N° 2 corresponde a la distribución de edades de los y las adolescentes de la Unidad Educativa Colorados de Bolivia del cual el 65% son adolescentes comprendidos entre las edades de 15 a 16 años y el 35% son de 17 a 19 años, sin embargo en el RUDE podemos apreciar que del total de inscritos: el 17% tiene 15 años de edad, el 18% tiene 16 años de edad, el 12% tiene 17 años, el 5% tiene 18 años y un 2% tiene 19 años de edad.

Cuadro N° 2



Fuente: Cuestionario dirigido a adolescentes "Factores Socioculturales y el VIH"

c) Nivel de escolaridad

En el gráfico N° 3 se muestra el nivel de escolaridad de los adolescentes en el que el 100% de los adolescentes cursan el nivel secundario, puesto que la Unidad Educativa con la actual Ley Avelino Siñani y Elizardo Pérez es del nivel secundario.

Cuadro N° 3

Nivel de escolaridad	Dato	Porcentaje
Primaria	0	0%
Secundaria	110	100%
Total	110	100%



Fuente: Cuestionario dirigido a adolescentes "Factores Socioculturales y el VIH"

Para el estudio de esta investigación se tomó a todos los estudiantes de 15 a 19 años de edad, según la revisión del RUDE (Registro Único de Estudiantes), existen 121 con ese promedio de edades, sin embargo en la aplicación del cuestionario solo estuvieron 110 estudiantes, de los cuales el 65% tiene una edad de 15 a 16 años y el 35% tiene la edad de 17 a 19 años. La totalidad de los (as) adolescentes cursan el nivel de escolaridad secundario, puesto que la Unidad Educativa es solo para el nivel secundario de 1ro de a 6to de secundaria, este ordenamiento según la actual Ley de Reforma Educativa Avelino Siñani y Elizardo Pérez.

Capítulo 6

Inicio de la actividad coital

En este capítulo se presenta las técnicas que se emplearon en el trabajo de investigación tales como la encuesta y las historias de vida de las que se desarrollaran los datos cualitativos y cuantitativos para el análisis estadístico respecto a los factores socioculturales que inciden en la prevención del VIH en los y las adolescentes de 15 a 19 años de la Unidad Educativa Colorados de Bolivia, municipio Caranavi.

Los principales aspectos relacionados con el inicio de la actividad sexual son: la edad cumplida al inicio del debut sexual y la influencia de la sociedad.

6.1. Adolescentes sexualmente activos

La pregunta planteada para obtener datos fue: *¿Has tenido relaciones sexuales?* Los resultados nos conducen a que los y las adolescentes de 15 a 19 años de edad son activos sexualmente en: 74% de los y las adolescentes han tenido relaciones sexuales dentro de este porcentaje el 47% son varones y 27% son mujeres. Los y las adolescentes que aun no han tenido relaciones sexuales son el 26%, dentro de este porcentaje: el 9% son varones y 17% son mujeres.

Cuadro N° 4



Fuente: Cuestionario dirigido a adolescentes "Factores Socioculturales y el VIH"

Los y las adolescentes que son sexualmente activos es debido a la presión de los amigos/as y pareja, manifestaron las mujeres que es difícil decir no a la presión de su pareja, sin embargo para los varones es más por la presión de los amigos.

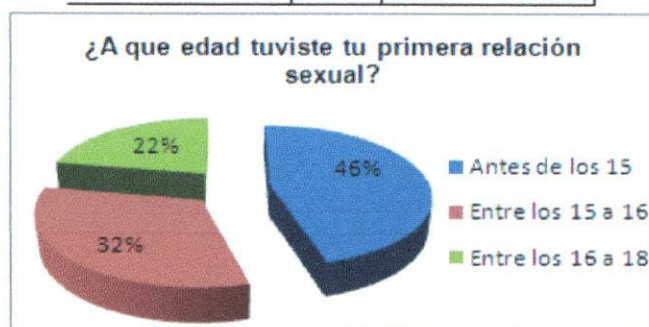
Las razones por las cuales los y las adolescentes no han tenido relaciones aun son por el temor a sus padres, al que dirán, al temor de perder su virginidad y miedo a contraer el VIH, esto para las mujeres. Sin embargo para los varones solo que no les interesa tener una relación por el momento, puesto que implicaría un retraso en sus estudios, también mencionaron por el temor a sus padres.

6.2. Edad de inicio de las relaciones coitales

En todos los casos, los datos obtenidos sobre la edad de inicio coital focalizaron la penetración vaginal, anal y oral, desde este contexto interpretativo, la edad de inicio de las relaciones sexuales es de un 46% antes de los 15 años, el 32% inicio entre los 15 a 16 años y solo el 22% inicio su actividad sexual entre 17 a 18 años.

Cuadro N° 5

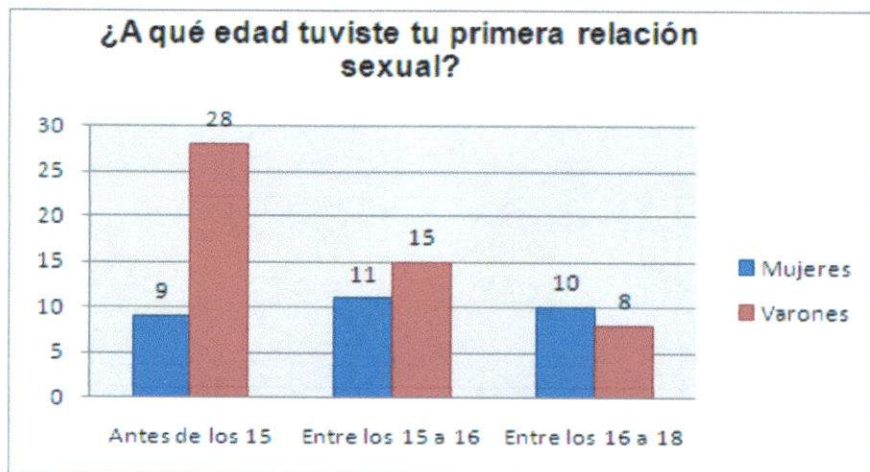
OPCIONES	DATO	PORCENTAJE
Antes de los 15	37	46%
Entre los 15 a 16	26	32%
Entre los 16 a 18	18	22%
Total	81	100%



Fuente: Cuestionario dirigido a adolescentes "Factores Socioculturales y el VIH"

En cuanto a la diferenciación de edades el inicio coital en el sexo masculino es a temprana edad a diferencia de las mujeres, como muestra en el cuadro siguiente:

Cuadro N° 6



Fuente: Cuestionario dirigido a adolescentes "Factores socioculturales y el VIH"

a) En varones

Si diferenciamos la edad de inicio de los varones es de un 55% antes de los 15 años, entre 15 a 16 años es de 29% y entre los 17 a 18 años es de 16%.

Sin embargo en los relatos obtenidos con personas que padecen el VIH manifestaron lo siguiente:

"yo tenía 13 años y ella 15 o 16 cuando tuvimos la primera vez, yo no estaba seguro ¿porqué a esa edad?, no sé, yo no sabía tenía miedo a fallar, me entiendes no (...)" (PVVS), Bajo esta perspectiva para muchos adolescentes varones se instituye en un acontecimiento tenso, contradictorio al que se arriba con temor y desconocimiento.

"...tuve mi pareja a los 13 años, todavía un niño, con ella permanecí un mes hasta que se lo propuse, sentí temor la primera vez, pero también me sentí hombre..." (PVVS). En los casos de la edad de inicio de la actividad sexual,

nos detalla claramente que son los varones quienes se inician a más corta edad y son quienes lo proponen.

b) En mujeres

La edad de inicio de las mujeres es de 30% antes de los 15 años, 37% entre los 15 a 16 años y 33% entre los 17 a 18 años. Dado los resultados y contrastando con los anteriores, los varones son quienes a más temprana edad inician su actividad sexual.

En la mayor parte de las mujeres su iniciación sexual estuvo asignada por estereotipos normativos dejar de ser vírgenes e insistencia por parte del varón adjunto el temor a ser dejadas *“(...) yo no quería primero pero él insistía, tenía miedo, pero después afloje, yo lo amaba era mi primer novio y accedí, (...) deje de ser virgen a los 14 años”* (PVVS).

En su mayor parte fue vivida como una situación contradictoria no controlada por las mujeres, dominada por la iniciativa *“(...) tenía 15 años cuando por primera vez tuve relaciones sexuales, yo quería y no quería pero el presionaba, insistía, o sea yo ya le había dicho que si, mas antes y tuve que hacerlo, fue mi primer chico...”* (PVVS).

Desde este contexto interpretativo, más de la mitad de las mujeres se inicio entre los 15 y los 18 años, en todos los casos con su primera pareja.

El inicio precoz de la actividad sexual está propiciando un cambio en las pautas de comportamiento sexual durante la adolescencia que ponen a los/as adolescentes en situación de especial vulnerabilidad frente al VIH. *“Los adolescentes que se inician a edades muy tempranas suelen con mayor frecuencia tener una ITS (...)”*⁹⁸. Diversos informes de la OMS señalan que estamos ante un adelanto global de la edad de inicio de las relaciones sexuales.

⁹⁸ Sanjose, Cortes & Mendez, 2008

6.3. Lugar y la primera relación sexual de los adolescentes de Caranavi

Los datos obtenidos refirieron situaciones y escenarios aventurados por dificultades a acceder a un espacio y un tiempo propio y apropiado a la circunstancia, estos espacios fueron: la casa de un amigo, alojamientos, lugares abiertos como: río o huertas.

"(...) estábamos solos era la casa de P, pero bueno, en realidad jugábamos, yo no pensé es mas ni siquiera me di cuenta, él ponía una mano y la otra, al principio no quise pero como le había dicho que si, sucedió" (PVVS).

"(...) fuimos a nadar, la tarde estaba soleada, me miraba de diferente manera no hablaba, vino hacia mí, me pidió hacerlo, tenía miedo, insistía y la verdad no sé como paso..." (PVVS).

Tal como se expresan los dos testimonios anteriores, la iniciación se configura en un acontecimiento fuera de su control un imprevisto o algo que ocurrió.

"(...) ella me pidió salir, le dije que sí, salimos un par de semanas, íbamos a todo lado al río, a la plaza, a la colonia de mi padre, ella se me insinuaba y yo tenía ganas de hacerla mía, en medio de los arboles de café, la cogí, ella se me insinuaba (...) y sucedió." (PVVS).

"(...) fuimos entre varios de excursiones, a Palos Blancos y ya en la noche, la lleve a caminar allá por los arboles, había muchas plantas y aproveche la oscuridad, la empecé a besar y acariciar nos acostamos y lo hicimos" (PVVS).

En todos los casos siempre partió bajo la iniciativa del varón, bajo sus condiciones y en lugares poco adecuados, exponiéndose a múltiples enfermedades.

6.4. Influencia de grupos sociales

En concreto, en el terreno de la sexualidad, muchos y muchas adolescentes, con el objeto de ser aceptados socialmente por el grupo, inician su actividad sexual solo porque lo hacen sus amigos o amigas como en los testimonios siguientes:

"(...) y bueno el insistía, me presionaba, que me daba miedo, tenía vergüenza, por eso no me decidía, como le había dicho que sí. Sentí la presión de mis dos amigas que ya habían debutado, hablábamos y ellas me decían que no tenga miedo" (PVVS)

"Estaba confundida mis compañeras me decían que ya era hora salí con él dos semanas, tenía miedo pero más miedo me daba el hecho de seguir virgen a estas alturas de la vida" (PVVS)

La influencia de los y las amigas juega un papel importante a la hora de tomar decisiones en cuanto al tener relaciones sexuales.

"Llega una situación en la que no puedes escapar te ves presionado por los amigos, si no lo haces no eres hombre, ellos me arrastraron a que lo haga, tenía miedo al papelón, miedos que después se te pasan". (PVVS)

"Mis amigos no influyeron en mi primera relación, lo hice porque quise, claro, que después uno se siente bien con uno mismo, se siente hombre y siente ganas de contarlo a todos" (PVVS)

Los relatos componen una situación en la que juega la presión de los amigos o compañeros de estudio, configurándose para algunos en "situaciones a la que se llega arrastrado".

Uno de los factores que más determina la conducta del adolescente es la influencia del grupo de iguales, manifestada por la necesidad de ser aceptado y pertenecer a un grupo. La importancia de los iguales respecto a la información sobre sexualidad puede traducirse en un aumento de las situaciones de riesgo si los/as amigos/as están mal informados.

"Se ha documentado que mientras para las mujeres el inicio relaciones sexuales coitales se asocia a un proyecto de vida vinculado tanto al matrimonio como a la maternidad, en el caso de los varones el inicio de vida sexual tiene que ver con el reconocimiento de la masculinidad por sus pares y a una muestra de la propia

virilidad que no tiene una relación directa con su proyecto de vida a futuro”⁹⁹. Según estas autoras lo anterior explica el desencuentro común entre mujeres y varones donde ellos demandan tener relaciones sexuales como “muestra de amor” y ellas subliman en la futura maternidad el acceso al placer sexual.

⁹⁹ Tuñón y Nazar “Género, escolaridad y sexualidad en adolescentes solteros”, pág. 159

Capítulo 7

Género.

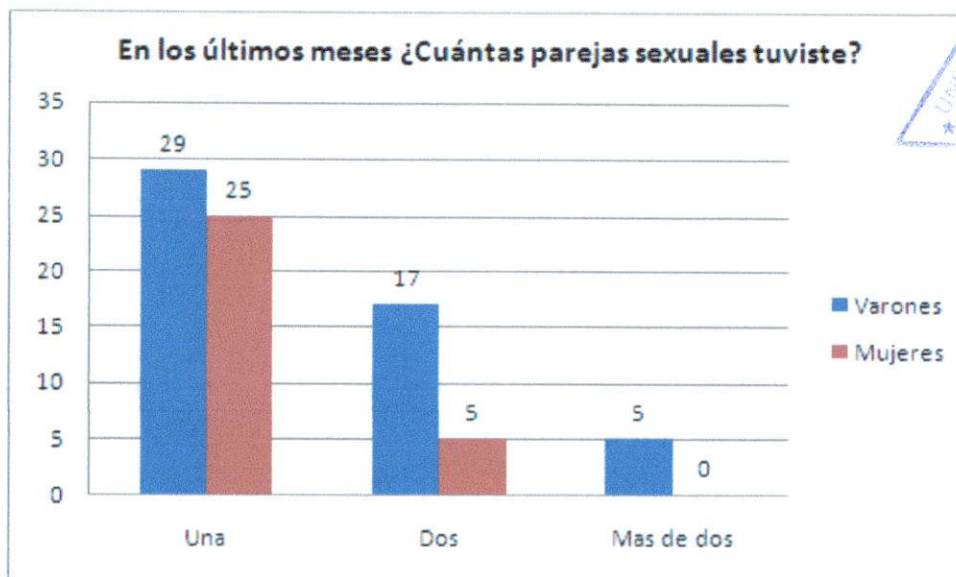
El género juega un papel determinante en las prácticas y negociación de diversos aspectos de la sexualidad adolescente.

En el siguiente apartado se focalizara: el número de parejas sexuales, perspectiva de los preservativos y las razones para no utilizar preservativos.

7.1. Número de parejas sexuales

Los datos obtenidos en cuanto al número de parejas de los y las adolescentes, expresan que 29 varones adolescentes tienen una sola pareja, 17 tienen dos parejas y 5 de ellos tienen más de dos parejas. En cuanto a las mujeres adolescentes 25 de ellas tienen una sola pareja, 5 tienen 2 parejas y ninguna tiene más de dos parejas.

Cuadro N° 7



Fuente: Cuestionario dirigido a adolescentes "Factores Socioculturales y el VIH"

Por otro lado los testimonios de las personas con VIH demuestran que tanto las mujeres como los varones han tenido relaciones sexuales con varias parejas. Las adolescentes relataron más de dos relaciones a las que definieron como estables incluyendo relaciones coitales.

“Después de que me inicie, ya no fui la misma niña inocente, salía con varios chicos, además de tener mi pareja estable yo salía con otros porque me gustaban, tenía ganas, pero amor no era, tenía confianza eran mis compañeros, no me iban a perjudicar” (PVVS).

“(...) a mí me gustaba muchísimo, me parecía un tipo genial, fue mi primer novio, después de que empezamos a acostarnos, yo siempre me hacía la difícil, la que responde pero nada más, para mí eso era la única forma para mantenerlo interesado” (PVVS).

En este último relato notamos la diferencia con el primero la joven solo tuvo relaciones coitales con un solo hombre, porque lo amaba, y para mantenerlo interesado tenía que expresar inexperiencia sexual, hacerse la difícil, poner resistencia, por lo que, limitan la iniciativa y capacidad de negociación de las mujeres.

La sexualidad que es al mismo tiempo condición de afirmación de la propia identidad y de los espacios de sociabilidad tal como lo expresaron algunos jóvenes.

“si tienes relaciones sexuales con una sola entras en la rama de los tontos, ahora si tienes relaciones sexuales con varias eres un hombre y para mí en ese entonces era lo máximo” (PVVS).

“yo tuve relaciones con muchas después de la primera, para mí era algo natural propio de la naturaleza de cada hombre.” (PVVS).

En los varones se fomenta el inicio temprano de las relaciones sexuales y la permisividad en cuanto al número de parejas como forma de afirmar la identidad masculina.

Parte sustancial de estas construcciones es una visión dicotómica que tanto mujeres como varones que distinguen el acto sexual del hecho físico, tal como señaló una de las jóvenes:

“Una relación sexual se puede tener con cualquiera o con alguien que te guste aunque no lo quieras, porque tienes ganas y listo, en cambio cuando haces el amor es porque estas enamorada” (PVVS)

En cambio para los varones esta distinción evidencia marcas claramente morales:

“(...) con unas es aventura y con otras haces el amor...no es lo mismo que le des un beso a tu novia que le des a otra persona, con tu novia te cuidas de las infecciones pero con la otra no” (PVVS).

El análisis de los testimonios de vida refleja notables diferencias dependiendo del tipo de relación personal que se establezca con la pareja. Se considera estable aquella con la que se establece una relación afectiva, de confianza, intimidad y compromiso con la intención de continuidad. Sin embargo en las relaciones ocasionales el grado de implicación es mucho menor y se suelen asociar a los momentos de ocio y diversión de los fines de semana.

“el tener relaciones con tu pareja es porque la amas y con las otras solo para satisfacer lo que quieres” (PVVS).

Bajo estas perspectivas sostiene una representación donde se coloca el placer y la iniciativa sexual en el varón y la aceptación en la mujer, constituyéndose el amor entre estas un requisito, garantía o justificación de la práctica sexual sin protección. *“En muchas sociedades, el ideal femenino se caracteriza por la pasividad y la ignorancia de la mujer, así como el diferimiento de sus experiencias en provecho de las necesidades sexuales del hombre, mientras que la masculinidad se define por la conquista sexual, las múltiples parejas y el control de*

las interacciones sexuales. Esos factores contribuyen al riesgo de la infección tanto en el hombre como en la mujer.”¹⁰⁰

Es un hecho que los adolescentes cambian de compañero sexual con mayor frecuencia que los adultos, la relevancia de este dato radica en que a mayor número de parejas, aumenta la probabilidad de contraer el VIH. Además de que los adolescentes con más parejas y mayor número de contactos sexuales emplean menos el preservativo. En nuestro estudio los/as adolescentes entre 15 a 19 años sexualmente activos han tenido entre uno a dos compañeras/os sexuales como promedio. Existe también diferencia de género en cuanto a la promiscuidad sexual, los adolescentes varones suelen tener mayor variedad de parejas que las adolescentes mujeres.

7.2. Perspectiva de los preservativos

La pregunta que se planteó para obtener los datos de referencia es *¿Cuán a menudo utilizas condón en tus relaciones sexuales?*, los resultados nos conducen a que el 67% de los adolescentes solo utilizan a veces los preservativos, un 28% nunca utiliza preservativos y un 5% utiliza siempre.

Cuadro N° 8



Fuente: Cuestionario dirigido a adolescentes
"Factores socioculturales y el VIH"

¹⁰⁰ UNICEF

De acuerdo con los datos según el sexo:

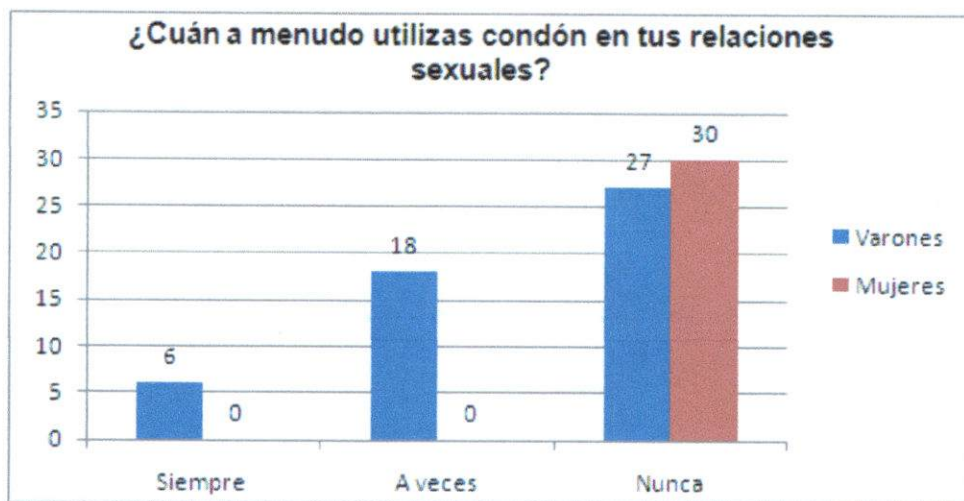
a) En varones

6 de los varones utilizan siempre, 18 utilizan a veces y 27 nunca. Las razones por las cuales no utilizan los preservativos principalmente debido a que disminuye el placer sexual. Además que existen otros métodos como el retiro prematuro para evitar embarazos no deseados. Como se observa ninguno menciono las ITS y menos aún el VIH.

b) En mujeres

Ninguna de las mujeres utilizan preservativos, 0 de ellas utilizan siempre y 30 nunca lo utilizan, debido a que no conocen ninguno, solo saben de los anticonceptivos y algunos remedios caseros para evitar el embarazo. Mencionaron que son los varones quienes utilizan preservativos como el condón.

Cuadro N° 9



Fuente: Cuestionario dirigido a adolescentes "Factores socioculturales y el VIH"

Los testimonios que nos relataron las personas con VIH indican que no utilizaron preservativos durante sus relaciones sexuales.

"lo usaba en una relación de un momento o de una noche, no lo usaba con mi novia, pero en noches de borrachera se me olvidaba por completo usarlo" (PVVS).

"(...) no lo utilice, para evitar el embarazo lo que hacía era retirar (...) antes del acto, en ese momento yo solo me preocupaba por no embarazarla porque ella así me lo pedía y la verdad aun no estaba preparado para asumir responsabilidades" (PVVS).

El uso de preservativos es mayor entre los varones, si bien con diferencias según el relacionamiento, este es menor en situaciones de pareja, la mayor parte utiliza preservativos en relaciones ocasionales o paralelas. También realizan el retiro prematuro como una forma de prevención de embarazos no deseados y del VIH.

"el hecho de utilizar preservativos no para que si tomaba pastillas para no quedar embarazada, también tomaba mates de orégano que pensaba que me ayudaban" (PVVS).

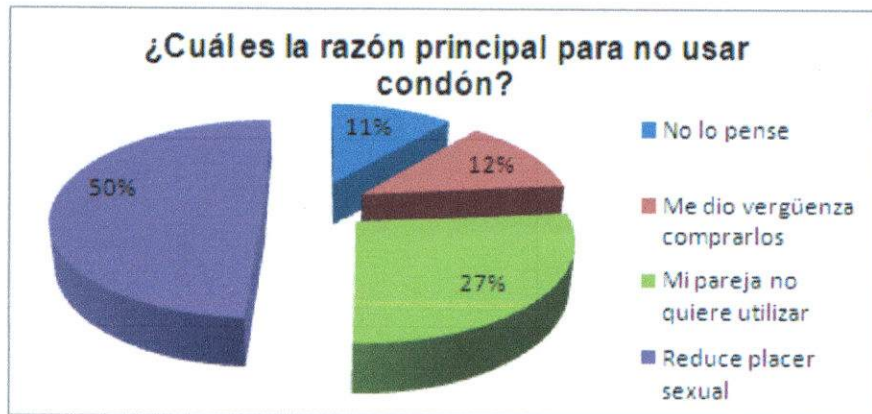
"(...) al principio no utilizaba ningún método pero después, utilizamos el retiro y luego eh!...Luego empecé a tomar pastillas para, este, evitar el embarazo y el sida pero después ya hubo confianza y deje de tomar las pastillas," (PVVS).

En estos dos últimos relatos demuestran que las adolescentes solo se preocupan el no quedar embarazadas, dejando de lado las infecciones de transmisión sexual.

7.3. Razones para no utilizar preservativos.

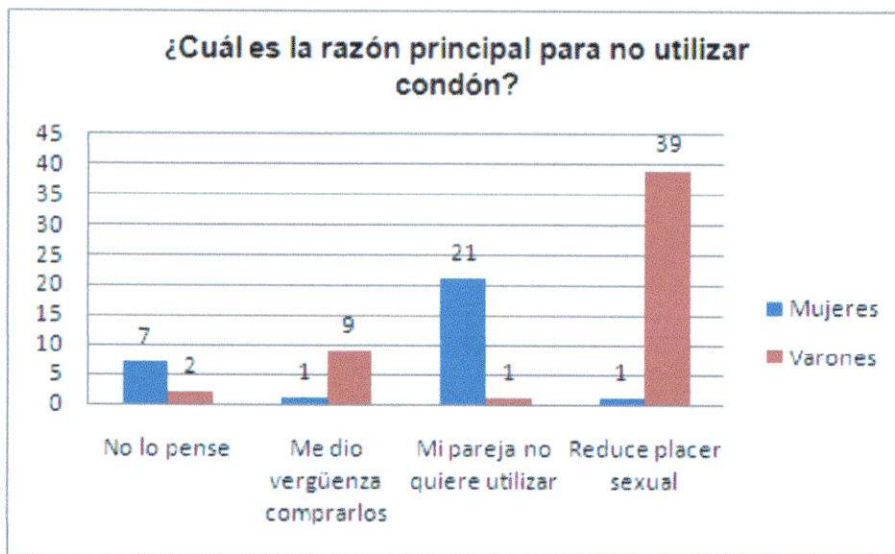
Respecto a las razones para no utilizar preservativos en los y las adolescentes se ha planteado la siguiente pregunta *¿Si la respuesta es nunca cuál fue la razón principal para no utilizar condón?*, los resultados nos llevan a evidenciar el 50% de los adolescentes opinan que reduce el placer sexual, el 12% les dio vergüenza adquirirlos, el 11% no lo pensó y el 27% porque su pareja no quiere utilizarlo.

Cuadro N° 10



Fuente: Cuestionario dirigido a adolescentes "Factores socioculturales y el VIH"

Cuadro N° 10.1



Fuente: Cuestionario dirigido a adolescentes "Factores socioculturales y el VIH"

Cruzando datos llevan a determinar que la mayor parte de los adolescentes piensan que el condón reduce el placer sexual y es la mujer quién debe cuidarse:

"(...) lo que pensaba en ese entonces era que te baja la intensidad, disminuye el placer, tienes que sacar la envoltura, abrirlo y te lo pones, venía a ser como medio mecanizado, enfría la relación, no sé si era machista pero creía que la mujer debería tomar pastillas para que no quede embarazada" (PVVS).

Para los adolescentes resulta difícil el uso del condón porque reduce el placer sexual, por otro lado es difícil la adquisición por temor al qué dirán. *"no siempre lo use, no, sí yo estoy tan caliente, que no me doy cuenta de ponérmelo, no sé, no podía interrumpir, además el adquirir el condón es un poco difícil, la gente te mira de mala forma como si estuvieras cometiendo un pecado"* (PVVS).

En varios casos el uso del preservativo es vivido como una concesión del varón, como algo que el varón concede.

"...a los hombres no les gusta, no quieren usarlo porque según ellos no se siente nada, él prefería sacarlo antes de la eyaculación, lo que pasa es que hay que darles gusto si no se ponen pesados y hay que aguantarles porque después te amenazan con dejarte, y al final una se tiene que resignar" (PVVS).

Un saber moral cuyos soportes básicos son las nociones de fidelidad, así mientras el no uso de preservativos afirma un saber que no anda con otra/otro. *"(..) y bueno porque eso va en el sentimiento de cada uno, no te das cuenta de la persona de cómo es y bueno las veces que yo lo use era porque tenía miedo de todas las enfermedades a quedar embarazada aunque el temor desaparece cuando ya conoces a la persona porque al principio pides preservativos, pero cuando conoces a la persona ya no"* (PVVS)

El uso de preservativos es significativamente bajo en el ámbito de las prácticas efectivamente realizadas para la prevención del VIH.

En nuestra sociedad, los varones están estimulados a tener cuantas relaciones sexuales les sean posibles, *"Ve a la mujer como un objeto de conquista y fuente de satisfacción personal (...) no respetan el no de la mujer, pierde el valor y el respeto"*¹⁰¹, tradicionalmente la sociedad ha estimulado al varón para que inicie su actividad sexual a temprana edad, *"debe hacerse hombre y demostrarlo, no sea que se haga homosexual"*¹⁰², por otro lado tiene que estar preparado y tener

¹⁰¹ www.hoy.com.ec/libro6/varon

¹⁰² "Rol de los padres en la educación sexual de sus hijos" pág. 48

experiencia en cuanto a tener relaciones sexuales esto porque la cultura del machismo le ha impuesto hacer de docente durante el acto sexual.

La utilización algún tipo de preservativo durante el acto sexual: el 8% respondió que siempre lo utilizan y el 70% respondió nunca, debido a que no lo pensaron, es difícil utilizarlo, les dio vergüenza comprarlo y el 65% porque reduce el placer sexual, puesto que 55 respondieron que si reduce el placer sexual siendo de esto 45 varones y 8 mujeres. Nuevamente se involucra al machismo ya que ellos pretenden solo su satisfacción sexual olvidándose del riesgo que corren al tener relaciones coitales sin protección ya que esta puede ocasionar las infecciones del VIH.

Las diferencias de género también están presentes en las conductas sexuales de riesgo. Todavía hoy existen estereotipos sociales que marcan la diferencia en los comportamientos entre hombres y mujeres. Las mujeres reciben unos mensajes con respecto a su sexualidad diferente a lo que reciben los hombres tienen que ser románticas, confiadas dejarse llevar por la situación y no obstaculizar el placer sexual masculino. La actitud pasiva que en general se espera de ellas obstaculiza la expresión de sus deseos y necesidades sexuales. Este papel pasivo que se impone a las mujeres también influye a la hora de decidir cómo, cuándo y con quién mantener relaciones coitales, así como planear la utilización de un método preventivo, creando una situación que dificulta la prevención de la transmisión del VIH y la negociación del sexo seguro.

Capítulo 8

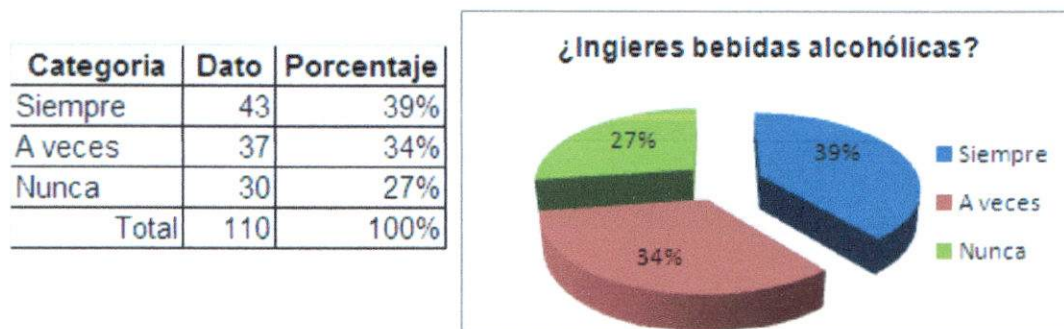
Ingesta de bebidas alcohólicas

En este capítulo se presentará los datos en cuanto al consumo y la frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes de Caranavi

8.1. Ingesta de bebidas alcohólicas en adolescentes de Caranavi

La pregunta que recogió los datos sobre la ingesta de bebidas alcohólicas fue: *¿Ingieres bebidas alcohólicas?*, el 20% de los y las adolescentes siempre ingieren bebidas alcohólicas, el 22% a menudo lo hace y el 39% solo a veces, siendo escasos los que no ingieren bebidas alcohólicas. Las razones por las que los y las adolescentes ingieren bebidas alcohólicas es para divertirse y pasarla bien con los/as amigos/as o para olvidar momentos desagradables, para tal cometido también está la influencia de los pares.

Cuadro N° 11



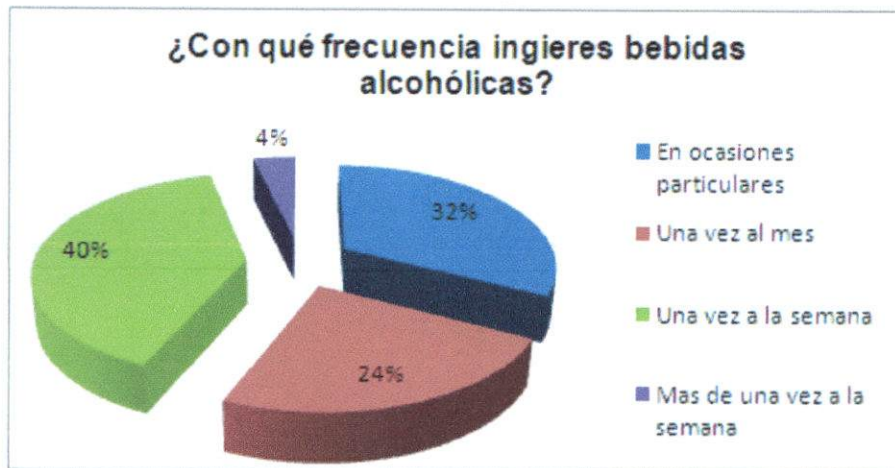
Fuente: Cuestionario dirigido a adolescentes "Factores Socioculturales y el VIH"

8.2. Frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas

La frecuencia en que consumen bebidas alcohólicas los y las adolescentes es una vez al mes siendo el 24%, ingiere una vez al mes, debido a que les ayuda a distraerse y olvidarse de sus problemas, el 40% ingiere una vez a la semana, por las razones ya mencionadas, el 32% ingiere solo en ocasiones particulares: matrimonios, bautizos, cumpleaños, fiestas del lugar, entre otros y el 4% más

de una vez a la semana por diversión. También se puede observar que existen varias discotecas, cantinas, karaokes en la región donde el ingreso de menores es libre y el acceso a alguna bebida alcohólica es factible; la alcaldía tampoco las autoridades correspondientes del lugar hacen caso ante esta problemática.

Cuadro N° 12



Fuente: Cuestionario dirigido a adolescentes "Factores Socioculturales y el VIH"

Dados estos datos y contrastándolos con las personas con VIH manifiestan que el consumo del alcohol hace que se te inhiban los problemas que tienen en el colegio, hogar o la pareja, sin embargo también afirman que es algo que te divierte.

"yo empecé a consumir alcohol a los 14, para mí era algo normal algo que me hacía escapar de la realidad y que mejor aun tomar con chicas y después tener relaciones, con las copitas de mas es pues más excitante, bueno yo tomaba cada fin de semana en el billete y el cisne" (PVVS)

El consumo de alcohol es una de las causas más frecuentes de la práctica del sexo sin medios de protección

"para mi llevarlas a la cama después de tomar era fabuloso lo hacía con muchas mujeres amanecía con ellas, pero para mí era como si nunca hubiera

pasado nada porque yo tenía mi pareja a quien supuestamente amaba, esto de estar con mujeres pasaba cada que tomaba” (PVVS)

“Siempre que íbamos a bailar a una disco y tomar, si al mes dos veces, él me pedía tener relaciones yo veía a mis amigas ya borrachas con sus parejas en plena disco y me deje llevar por el momento o creo porque las demás lo hacían y ¿porque yo no?” (PVVS)

La investigación demuestra que el alcohol conlleva a riesgos que después acaban complicando la vida de los y las adolescentes.

“solo tuve relaciones así tomada un día de excursión los muchachos llevaron un tapado, los chicos decían ya pues solo este vaso no te pasara nada, no seas niña ándale, como estaba poco acostumbrada a tomar lo hice porque también mi novio me lo pidió se me borraba todo solo sentí que él (...) esa noche no llegue a casa tuve que decir algunas mentiras a mamá” (PVVS)

Los testimonios presentados describen una fuerte influencia del alcohol en las relaciones sexuales porque este representa un mecanismo de placer a su vez poder relacionarse con mayor facilidad.

El consumo del alcohol es considerado como normal; el hábito de beber los fines de semana es como algo muy común. Se bebe por motivos sociales: para facilitar las relaciones o para vencer la timidez:

“...Se bebe para que las relaciones sean mucho más frecuentes y se den con más facilidad. El sábado, no sé qué decirle a la chica, me tomo un par de chelas y seguro le digo y propongo...” (PVVS).

La relación coital del adolescente con múltiples mujeres o varones, incluso desconocidos/as, es muy facilitada por el abuso del alcohol y es uno de los factores de riesgo que se asocia con la no adopción de medios protectores, como el preservativo.

8.3. Bebidas alcohólicas y relaciones coitales

La pregunta que recogió datos fue: *¿Cuándo ingieres bebidas alcohólicas tienes relaciones sexuales?* Las respuestas nos conducen a identificar cuantos de los/as adolescentes ingieren bebidas alcohólicas y a la vez tienen relaciones sexuales de los cuales el 16% tienen relaciones sexuales en estado de ebriedad, las razones son porque es más excitante, además puedes realizarlo sin temor alguno; el 39% solo a veces cuando tienen la oportunidad y el 45% no tienen ellos/as solo beben con amigos o amigas.

Cuadro N° 13



Fuente: Cuestionario dirigido a adolescentes "Factores Socioculturales y el VIH"

El consumo de bebidas alcohólicas relacionadas al sexo se ha convertido en una problemática para la sociedad, puesto que los (as) adolescentes buscan en el alcohol la posibilidad de desinhibirse y estar más seguros, el beber le hace perder la timidez y le da valor para enfrentar situaciones nuevas, en resumen despierta la euforia que buscan, socialmente, buscan la integración e imitar conductas de semejantes y principalmente para la búsqueda del placer e intentar dar los primeros pasos en su vida sentimental.

Muchos de los adolescentes empieza a beber desde los 14 años, básicamente por las características propias de la adolescencia, sabemos que es un periodo de inestabilidad, búsqueda y cambios; Los únicos que pueden influir en ellos o ellas serán personas que despierten admiración en los mismos, en la

investigación que se realizó el 34% bebe a veces y el 39% bebe siempre, si totalizamos el 73% de los (as) adolescentes ingieren bebidas alcohólicas en locales de la región principalmente en el “billetero” por su ubicación ya que se encuentra en afueras del pueblo, esto hace que se desplieguen por esos lugares, aprovechando la oscuridad y el vacío en las calles, no olvidemos que una de las principales características de la adolescencia es que el cuerpo inicia la producción de hormonas y se presentan cambios en los órganos sexuales, lo cual implica dos cosas importantes “*primero viven con el deseo a flor de piel y segundo sienten que ya son grandes*”¹⁰³, al sentirse grandes empiezan a beber están convencidos de que saben lo que hacen y a ello se suma el deseo teniendo como resultado conductas sexuales de riesgo, pues se sabe que no piensan en las consecuencias de sus actos y mucho menos en su futuro.

El 32% de los y las adolescentes bebe solo en ocasiones particulares (fiestas), el 24% una vez al mes, el 40% una vez a la semana y solo el 4% más de una vez a la semana. Cada uno de los aspectos mencionados facilita la infección del VIH.

*“El consumo del alcohol aumenta la vulnerabilidad del adolescente y la adolescente al VIH. Para los hombres, a menudo el hecho de socializar implica consumir alcohol. Los niveles excesivos de consumo pueden contribuir a un comportamiento sexual arriesgado y violento, (...) entre las mujeres el consumo de alcohol se relaciona a menudo con el intercambio de relaciones sexuales por un momento de placer lo que incrementa su riesgo de contraer el VIH”*¹⁰⁴.

¹⁰³<http://alcohol-adolescentes.blogspot.com>

¹⁰⁴ Onusida “Género y VIH”, actualización técnica, 2008, Pág. 25

Capítulo 9

Comunicación familiar

La comunicación familiar es un aspecto fundamental para el desarrollo del o la adolescente.

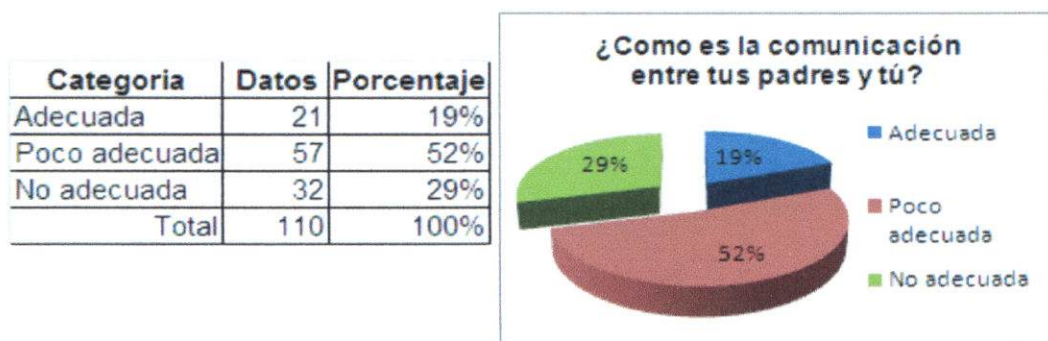
9.1. Relación con los padres

Los padres y madres de familia al tener una adecuada comunicación con sus hijos/as ayudan a los mismos a manejar la presión de sus pares.

a) En adolescentes

La pregunta que nos ayudó a recoger datos sobre la relación de los padres con los/as hijas es: *¿Cómo es la comunicación entre tus padres y tú?* el 52% de los adolescentes la relación con sus padres es poco adecuada, porque sus padres se encuentran ocupados en las labores que realizan, puesto que, la economía del hogar no les satisface, a sí mismo, un 29% la relación con sus padres no es adecuada, debido a su trabajo, el trabajo de agricultor lleva mucho tiempo, se debe deshierbar, cosechar, vender el producto y si es café peor aún ya que se debe seleccionar el café, lavar, pelar y secar, por otro lado solo un 19% la relación con sus padres si es adecuada, debido a que tienen trabajadores que ayudan en las labores de sus padres, a cambio de una remuneración.

Cuadro N° 14

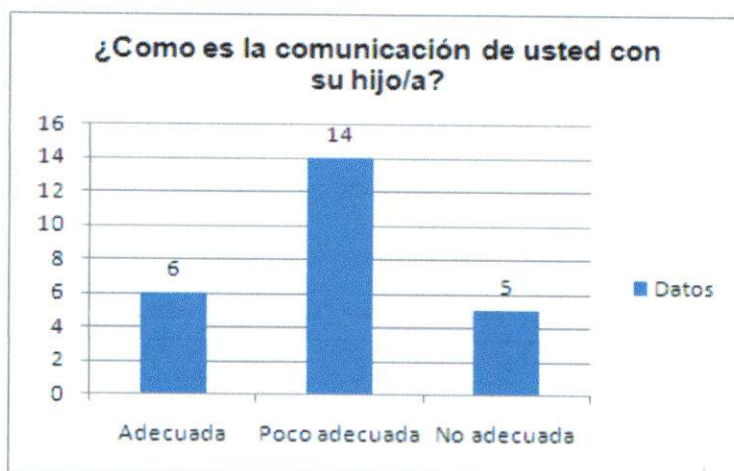


Fuente: Cuestionario dirigido a adolescentes "Factores Socioculturales y el VIH"

b) En padres de familia

La pregunta que nos ayudó a recoger los datos fue: *¿Cómo es la comunicación de usted con su hijo (a)?*, 14 padres respondieron que es poco adecuada de un total de 25, 6 respondieron que es adecuada ya que tienen comunicación con ellos y 5 respondieron que no es adecuada, porque su hijo es rebelde, puesto que no les obedece.

Cuadro N° 15

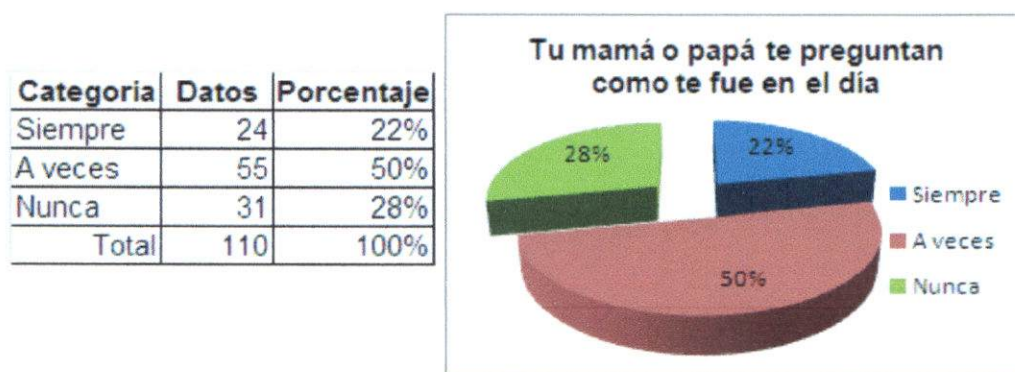


Fuente: Cuestionario dirigido a padres de familia "Comunicación Familiar"

9.2. Interés en las actividades diarias de sus hijos/as

La pregunta planteada para recoger datos fue: *¿Tu mamá o papá te preguntan cómo te fue en el día?*, consecuentemente los resultados nos indican que del 100%, solo a un 22% de los/as adolescentes les preguntan sobre lo que hicieron en el día, sin embargo al 50% solo les preguntan a veces y a un 28% no les preguntan. Esto debido a que los padres de familia se encuentran muy ocupados en las labores que realizan como: la cosecha, siembra de sus productos además del transporte y la comercialización ya que son de escasos recursos económicos, sin embargo a otro porcentaje de padres no les interesa porque ellos tienen actividades más importantes que el hacerles una pregunta.

Cuadro N° 16



Fuente: Cuestionario dirigido a adolescentes "Factores Socioculturales y el VIH"

El conocimiento de los padres sobre lo que hacen o dónde van sus hijos e hijas durante su tiempo libre, este conocimiento es especialmente clave en esta etapa dado que los y las adolescentes suelen incrementar el tiempo de ocio que pasan sin la presencia de sus padres, "(...) es importante que los padres conozcan lo que sus hijos adolescentes hacen durante su tiempo libre y esto debería ser extensiva a todos los padres (...)"¹⁰⁵

Por otro lado los testimonios de las personas que padecen el VIH han indicado que la relación con sus padres no ha sido de las mejores

"(...) Tanto mi padre como mi madre siempre se mantuvieron ocupados, nunca hubo aquella relación que me hubiera gustado tener, poco o nada les importaba les importaba lo que hacíamos mis hermanos y yo, solo les importaba el trabajo...bueno eso supuse en ese entonces (...)" (PVVS)

La economía de los padres de familia también juega un papel fundamental en la relación con los hijos/as para muchos el darles el alimento y techo es suficiente.

¹⁰⁵ Lammers, Ireland, Resnick & Blum 2005

“yo viví sola mucho tiempo mi papa murió y mi mama nos dejó con mi abuela y con ella crecimos, mi abuela es un poco cerrada para ella el tener sexo con un hombre fuera del matrimonio es el pecado más grande del mundo (...)” (PVVS)

Las creencias de nuestros padres que heredaron conlleva a que se encierren en ciertos tabúes lo cual provoca un cierto temor en los hijos/as adolescentes a la hora de contarles sobre sus experiencias sexuales.

Yo recuerdo que en un principio mi papa nos llevaba a Caranavi de paseo, con mis hermanos, nos hablaba y jugaba con nosotros, pero después con la caída del precio del café todo cambio mi papa se decepcionó y dejó todo. La actitud de mi papa cambio para nosotros y desde ese momento mi familia se desintegro, mis hermanos mayores se fueron a Argentina y los menores ayudamos a mi madre (...) mi papa y mi mamá nunca tuvieron tiempo para nosotros solo se dedicaron a trabajar (...) jamás me hablaron acerca del cómo cuidar mi cuerpo, ni de los cuidados que debería tener pasado esta etapa. (PVVS)

“(...) no sé mi mama es un poco sobreprotectora generalmente no me dejaba salir, me escaba o mentía, (...) contarle sobre mis cosas, no que iba a pensar” (PVVS).

En este relato se observa un alto grado de sobreprotección de los padres a sus hijos lo que retrasa el desarrollo del adolescente, lo que lo hace inseguro a la hora de la toma de decisiones y fácilmente se hacen influenciar con amigos/as.

9.3. Tiempo de comunicación entre padre e hijo

Según los datos del cuestionario un porcentaje elevado de padres de familia no tiene tiempo para dedicarle a su hijo, ya que están ocupados en la cosecha de sus productos: el 44% no tiene tiempo, el 32% le dedica una vez a la semana, el 16% le dedica tiempo pocas veces a la semana y un menor porcentaje le dedica todos los días.

Cuadro N° 17

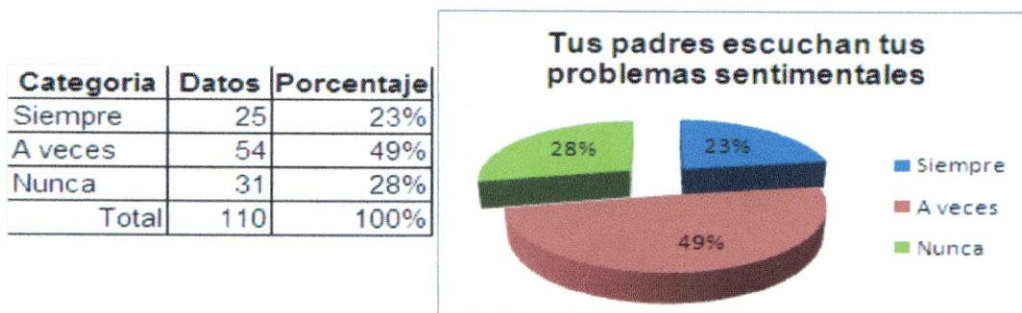


Fuente: Cuestionario dirigido a padres de familia "Comunicación Familiar"

9.4. Comunicación y sexualidad adolescente

Para recoger datos sobre esta temática se preguntó: *¿Tu papá o mamá escuchan tus problemas sentimentales?* los padres de los y las adolescentes a veces se preocupan por los problemas sentimentales de sus hijos/as ya que el 49% se preocupa de sus problemas solo a veces, y peor aun el 28% afirma que no se preocupan por ellos esto debido a la situación en la que viven tiene tantos problemas como para encargarse de sus problemas sentimentales, por otro lado un 23% siempre se preocupan por sus problemas sentimentales, porque son muy importantes para adquirir confianza de ellos con sus hijos e hijas.

Cuadro N° 18



Fuente: Cuestionario dirigido a adolescentes "Factores Socioculturales y el VIH"

Por otro lado como se muestra en el cuadro 19. Los y las adolescentes acuden generalmente a amigos cuando sienten curiosidad por el tema de sexualidad, el 69% de los y las adolescentes acuden a sus amigos cuando sienten curiosidad por el tema de las relaciones sexuales, porque sienten mayor confianza con ellos/as además que viven en su época y están relacionados con los problemas que tienen, un 18% acuden a otras personas docentes de la Unidad Educativa, primos (as), tíos (as), entre otros; el 9% acude a mamá porque ella siempre en las buenas y en las malas y un 4% acude a papá porque se sienten identificados con ellos.

Cuadro N° 19



Fuente: Cuestionario dirigido a adolescentes "Factores Socioculturales y el VIH"

Contrastando con los datos presentados las personas con VIH muestran la comunicación familiar como algo que no se dio durante la adolescencia.

"(...) sobre relaciones sexuales jamás hable con mi madre, me daba vergüenza y si miedo, sobre el tema comúnmente hablaba con mis amigas que bueno si sabían algo más que yo, además como están viviendo la misma etapa, supuse que tenían las mismas experiencias, lo malo es que solo hablamos de cómo cuidarnos de embarazos y no así del SIDA" (PVVS). Bajo esta óptica notamos que las mujeres sienten mayor seguridad y confianza con sus pares que con su familia, sin saber que les brindan información a medias porque no tienen la

suficiente experiencia como para aconsejarles sobre temas relacionados a la sexualidad y el VIH.

"(...) no para nada contarles a mis padres que tuve relaciones, la verdad, tampoco se me cruzo por la mente, en ese momento uno piensa para que, si de todas formas igual no te dicen nada, solo hable de aquello con mis amigos (...)" (PVVS)

"(...) hablar de sexualidad con mi abuela primero me agarraría a golpes no, como mencione para ella el tener novio chico es un pecado (...) hablaba con mi pareja y primas" (PVVS). El tabú que impone la sociedad resulta un obstáculo cuando se trata de hablar de temas relacionados a la sexualidad.

Cuando empezaba a hablar con mi mamá me decía que tengo que esperar porque todavía soy muy chico y me regañaba, mis amigos fueron mis consejeros (...)" (PVVS). Se adquiere mayor importancia a los amigos y amigas que a los padres de familia, vienen a ser como una salida.

Según los y las informantes, la sexualidad se aprende a través de la experiencia propia y de los amigos, los padres intentan hablar de sexualidad, pero no parece conseguirse la conexión entre padres e hijos.

"(...) Eso se ve haciéndolo, es experiencia, son cosas que no se aprenden contando..." (Informante)

"(...) Porque en el colegio, en el grupo de amigos siempre surgen preguntas: oye, y tú cómo lo hiciste, que tu ya lo has hecho la primera vez, dime que tal cómo te fue..." (PVVS)

La comunicación familiar es uno de los aspectos preponderantes en la relación con los hijos (as), en este sentido las relaciones de los padres con los y las adolescentes y la existencia o no de conflictos están condicionadas, por estilos educativos empleados dentro del contexto familiar, para muchos de los y las adolescentes la comunicación con sus padres es poco adecuada 57%, no adecuada el 29%, si hacemos una contrastación con los resultados de los

padres podemos notar la misma proporción ya que un 60% de ellos afirma tener una relación poco adecuada, esto debido que no le dedican el tiempo suficiente a sus hijos, siendo el 44% dice no tener tiempo y el 32% solo le dedica un día a la semana por las mismas razones y es peor aun en tiempo de cosechas, ya que el 100% de los padres de familia tienen una ocupación informal dedicándose a la agricultura (cosecha de café, cítricos entre otros).

Por otro lado la comunicación no es adecuada, debido a que muchos de los padres son autoritarios, es decir, *"no utiliza el afecto y el apoyo. Se basa en el control firme, la imposición de normas y el uso de castigos. Al adolescente sólo se le exige sumisión ante la norma impuesta, de forma que no hay un proceso de integración de la misma como propia y sus efectos son poco duraderos."*¹⁰⁶, ahora, también hay padres muy permisivos siendo escasos pero con mucha importancia, puesto que, la permisividad en los hijos (as) adolescentes se caracteriza *"por la falta de control y de límites, la tolerancia y la renuncia a influir en los hijos (...) ni tiene control sobre sus hijos, ni se preocupa por ellos. Se desentiende de su responsabilidad educativa y desconoce lo que hacen sus hijos"*¹⁰⁷. Así mismo los valores morales que dicen tener les impiden hablar de temas de suma importancia como lo son los problemas sentimentales de los (as) adolescentes encuestados el 74% de los padres se preocupan por sus problemas sentimentales y el 17% nunca lo hace.

Por todo lo mencionado los y las adolescentes cuando necesitan hablar de las relaciones sexuales recurren comúnmente a los amigos o amigas ya que en la investigación planteada el 69% recurre a sus amigas o amigos el 13% a papá y mamá y el 18% a docentes, puesto que para los padres es pecado tener relaciones sexuales antes del matrimonio, porque fueron educados con esa cultura, para la iglesia protestante (evangélica) *"el sexo fuera del matrimonio se rechaza como comportamiento inmoral por todos los cristianos en sus*

¹⁰⁶ Baumrind (1991)

¹⁰⁷ Ídem

respectivas sectas y grupos¹⁰⁸ y por la Iglesia Católica el sexo fuera del matrimonio enseña: *“la sexualidad fuera del matrimonio es un pecado, porque viola el propósito de la sexualidad humana al participar en el acto conyugal antes de estar casado¹⁰⁹”,* siendo el 52% de los y las adolescentes que pertenecen a sectas religiosas y el 41% a la Iglesia Católica, y de la misma forma los padres pertenecen a la misma religión.

¹⁰⁸ Catholic encyclopedia

¹⁰⁹ Ídem

Capítulo 10

Prevención

Tanto en lo referente al VIH/SIDA, los y las adolescentes evidencian la información existente, pero perciben como algo lejano, algo que a ellos no les puede pasar, lo que parece generar en algunos jóvenes un bajo interés por la prevención. Todo ello en un contexto en el que prevalecen las opiniones que manifiestan que las relaciones sexuales con penetración cada vez son más precoces.

Desde el punto de vista preventivo la adolescencia es un periodo idóneo para asesor y orientar a los y las adolescentes en los distintos aspectos que pasan a ser importantes en su vida: el contexto familiar y escolar.

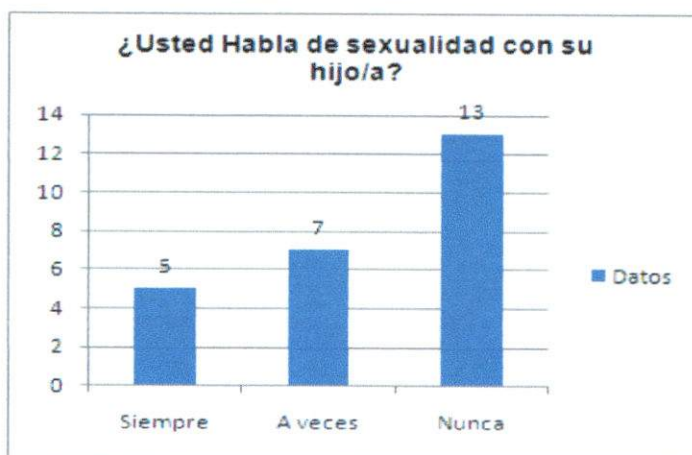
10.1. Educación sexual

La educación sexual debe incorporar una visión integral de la persona de modo que potencie un modo de vivir la sexualidad más humana y fundada en conductas y estilos de vida saludables.

a) En padres de familia

La pregunta que recogió los datos fue: *¿Usted habla de sexualidad con su hijo/a?* El 20% siempre habla de sexualidad, el 28% habla a veces y 52% nunca habla de sexualidad con sus hijos (as), debido a que sienten temor al hablar de sexualidad además que no encuentran las palabras adecuadas, por otro lado sienten miedo a impulsar en ellos (as) la promiscuidad hacia el coito, sin embargo consideran que es importante.

Cuadro N° 20



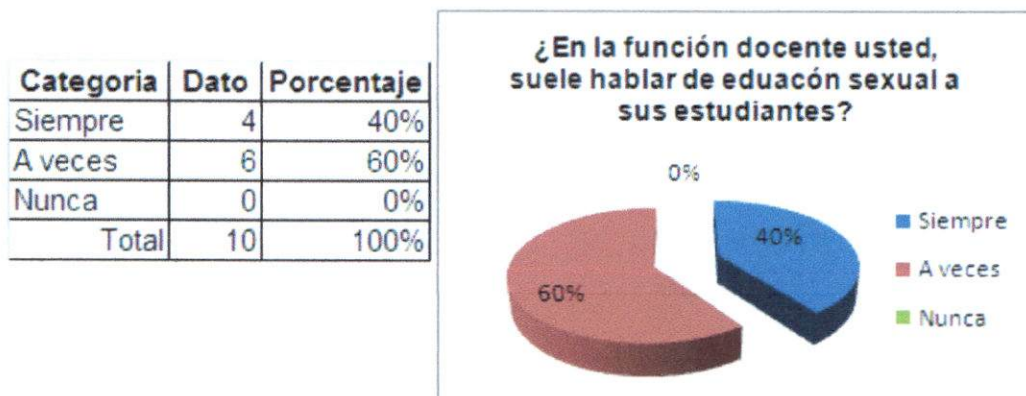
Fuente: Cuestionario Dirigido a padres de familia "Comunicación familiar"

Muchos padres tienen el concepto equivocado de que hablar de sexo con sus hijos puede despertar la curiosidad ocasionando la experiencia sexual prematura o que darles información sobre el uso de preservativos es darles luz verde para empezar las relaciones coitales. Sin embargo el conversar de forma honesta con los/as hijos/as contribuye al retraso de la actividad coital, evitar las conductas de riesgo.

b) Docentes

La pregunta que recogió los datos fue: *¿En su función docente usted, suele hablar con sus estudiantes acerca de la educación sexual?*, con respecto a esta pregunta: el 40% de los docentes suele hablar de educación sexual con sus estudiantes, el 60% a veces hablan con ellos y un 0% nunca. Las razones por las que no suelen hablar de sexualidad con sus estudiantes es que no corresponde a su materia, quienes deben impartir esta temática son los docentes de biología y ciencias naturales.

Cuadro N° 21



Fuente: Cuestionario dirigido a docentes

La percepción de las personas con VIH nos muestra poca importancia de los y las maestras.

“Mi profe de biología si nos hablo acerca del VIH, cómo protegemos con el condón pero para muchos era un chiste, empezaba a hablar y todos se reían, las chicas se ponían coloradas, (...) solo la profe de biología nos hablo de sexualidad los demás no” (PVVS).

“(...) el profesor era muy serio y solo nos hacia exponer sobre esos temas y los otros profesores solo se ocupaban de dictar sus materias” (PVVS)

“(...) nos enseñaban a cómo tener relaciones sexuales y no a cómo cuidarnos y los demás nunca nos enseñaron, una vez si el profesor de religión, con un video si me quieres demuéstremelo, pero pocos le prestaron atención” (PVVS)

Para muchos docentes primero esta dictar los temas que están dentro su plan curricular, y no así temas que necesitan de un apoyo más profundo, para evitar el VIH.

“(...) recuerdo que nos hablaron sobre nuestra anatomía, algo del embarazo, aborto, pero del VIH casi nada, eso lo aprendí por la difusión de los medios de comunicación (...)” (PVVS)

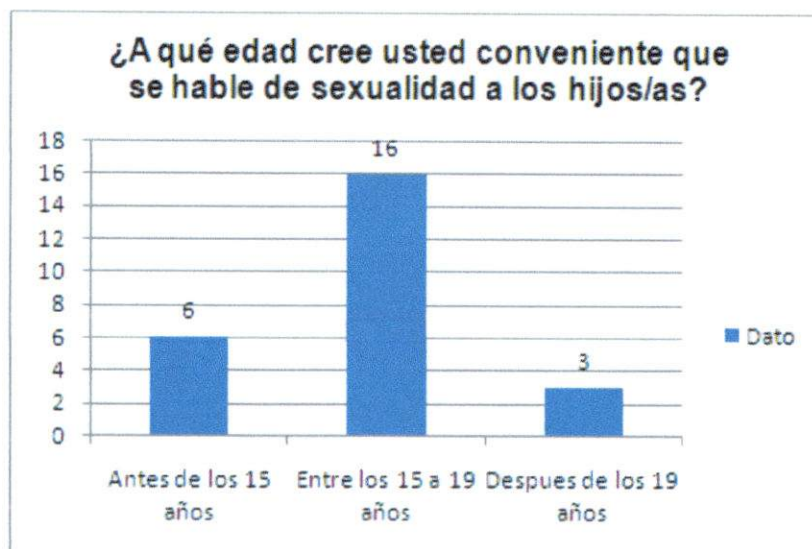
La mayor parte de los/as adolescentes aprenden en las calles, radio, televisión, videos, internet, sin embargo la información que les brindan en muchas ocasiones es incompleta y en otras erróneas.

10.2. Edad adecuada para hablar de sexualidad

a) En padres de familia

Según los datos obtenidos de los/as padres de familia muestran que el 64% de los padres de familia indica que se debe hablar de sexualidad a los (as) hijos (as) entre los 15 a 19 años de edad, el 24% que se lo debe hacer antes de los 15 y el 12% después de los 19 años de edad, para los padres de familia el hablar de sexualidad con sus hijos e hijas es importante para su desarrollo, sin embargo esto es difícil, ya que el trabajo ellos (as) los ocupa todo el día, tienen que salir muy temprano a sus huertas que se encuentran lejanas del lugar donde viven, tienen que ir en ocasiones a pie y eso les lleva horas de caminata y no pueden volver a medio día, por la distancia. Ahora cuando sus hijos (as) los ayudan ellos también están ocupados trabajando. Además que no encuentran las palabras adecuadas.

Cuadro N° 22



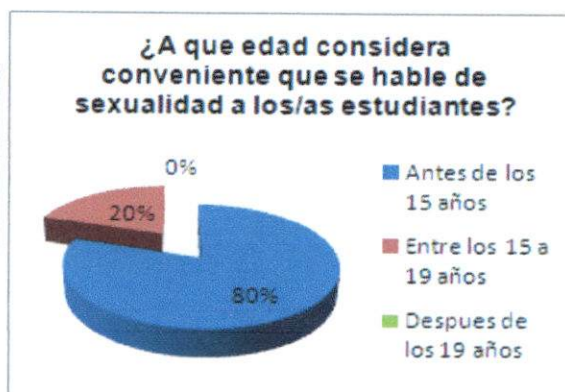
Fuente: Cuestionario dirigido a padres de familia "Comunicación familiar"

b) Docentes

Según el gráfico N° 23, el 80% de los docentes consideran que es conveniente hablar de sexualidad con los estudiantes antes de los 15 ya que los estudiantes entran a la pre adolescencia y es cuando empiezan a reconocer su cuerpo y a sentir curiosidad, y un 20% afirma entre los 15 a 19 años, para no impulsarlos a la promiscuidad.

Cuadro N° 23

Opciones	Dato	Porcentaje
Antes de los 15 años	8	80%
Entre los 15 a 19 años	2	20%
Despues de los 19 años	0	0%
Total	10	100%



Fuente: Cuestionario dirigido a docentes

10.3. VIH/SIDA

a) En adolescentes

La pregunta planteada para recoger datos fue *¿Qué es el VIH?*, la respuesta fue: el 100% de los y las adolescentes conocen que es el VIH, dentro de este aspecto el 54% lo definió de la siguiente forma: *el VIH es una enfermedad que se adquiere por la transfusión de sangre y por tener relaciones sexuales con una persona infectada, además que es una enfermedad mortal ya que no tiene cura*, el 36% lo definió de la siguiente manera: *enfermedad que se adquiere por un virus mata las defensas, se transmite y no se contagia, para cuidarse se debe utilizar el condón* y el 10% dice: *no menciono nada*, sin embargo no lo conceptualizan de forma correcta muchos y muchas de los adolescentes consideran que el VIH es lo mismo que el SIDA, aún así conocen sobre la temática.

La pregunta planteada para recoger datos fue: *¿Quiénes corren riesgo de contraer el VIH?* Los resultados obtenidos nos muestran lo siguiente: para el 58% de los y las adolescentes los corren riesgo de infectarse son las prostitutas, para el 27% los que corren riesgo son las personas que tienen relaciones sexuales sin condón, para un 15% las personas que tienen relaciones sexuales con desconocidos (as). Como se observa son más los (as) adolescentes que consideran que el tener relaciones sexuales con prostitutas son quienes corren riesgo de contraer el VIH, sin embargo esta población de mujeres que al trabajo sexual están capacitadas en cuanto a este tema.

b) En padres de familia

La pregunta que ayudo a recoger datos fue: *¿Usted sabe o ha escuchado hablar sobre el VIH/SIDA?*, el 68% de los padres de familia conoce sobre el VIH y el 32% conoce pero poco. No han tenido la debida capacitación sobre esta temática, lo que saben lo han escuchado a través de medios de comunicación, medios impresos, sin embargo es poco lo que saben, por esta razón no pueden informar a sus hijos/as.

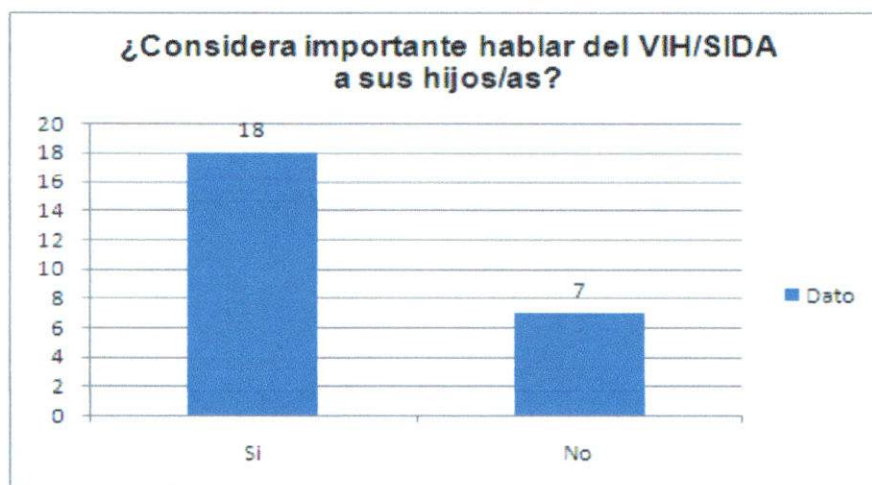
Cuadro N° 24



Fuente: Cuestionario dirigido a padres de familia "Comunicación Familiar"

En el cuadro N° 25, el 72% de los padres de familia consideran que es importante hablar sobre el VIH, porque es una enfermedad silenciosa que afecta directamente a los jóvenes y que día a día se va incrementando además de que no tiene cura. Aunque hay un 28% de padres que afirma que no es importante hablar de ese tema con sus hijos (as) porque se induce más a que ellos (as) tengan relaciones sexuales a temprana edad.

Cuadro N° 25

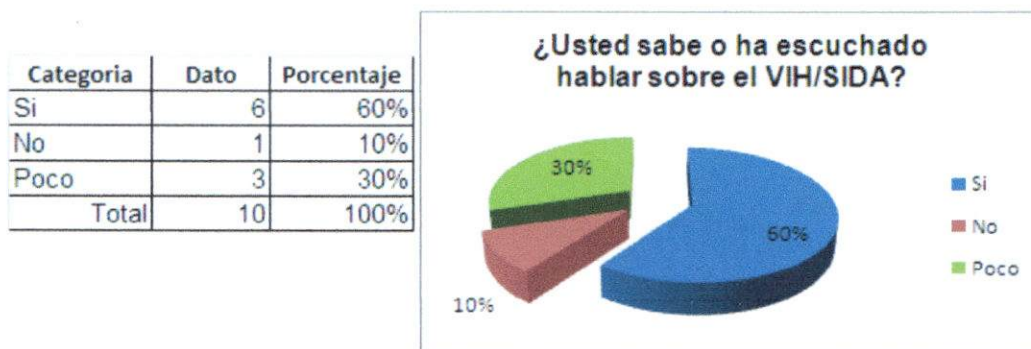


Fuente: Cuestionario dirigido a padres de familia "Comunicación familiar"

c) En docentes

Según el gráfico N°26 , el 60% de los docentes ha escuchado hablar sobre el VIH, lo escucharon en las escuelas de formación de maestros, a través de medios de comunicación y por campañas que realiza SEDES en carnavales EL 10% no ha escuchado porque no la considera importante y el 30% ha escuchado pero poco.

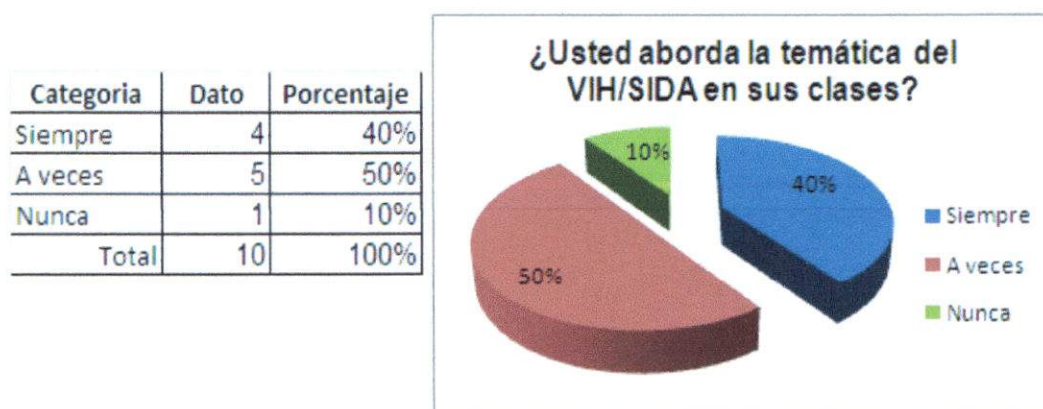
Cuadro N° 26



Fuente: Cuestionario dirigido a docentes

El 40% de los docentes siempre hablan del VIH con sus estudiantes para capacitarlos en cuanto a las formas de transmisión, el 30% lo hace rara vez esto porque el tema no les compete ya que este se debe abordar en clases de biología, el 20% lo hace a veces y el 10% nunca habla sobre ese tema a los estudiantes.

Cuadro N° 27



Fuente: Cuestionario dirigido a docentes

Las formas de prevención del VIH se dan empezando por el hogar, a través de la comunicación con los padres de familia para luego profundizarla en la escuela mediante los docentes, sin embargo, con los resultados obtenidos en la investigación enfatizamos que a los padres les es difícil hablar sobre esta temática, puesto que, se ven avergonzados si observamos los datos

obtenidos apreciamos que el 20% de los padres les hablan sobre sexualidad a sus hijos (as), el 28% les hablan solo a veces y el 52% que viene a ser la mayoría no les hablan nunca, para los padres hablar de sexualidad se lo debe hacer entre los 15 a 19 años ya que el 64% afirmó que es la edad en la que se debe introducir temáticas acerca de la sexualidad, *"es conveniente empezar a hablar de sexo con su hijo desde el momento en que el comienza a conocer su cuerpo y a nombrarlo"*¹¹⁰.

Los docentes de la Unidad Educativa Colorados de Bolivia consideran que la edad conveniente para hablar de sexualidad con los estudiantes es antes de los 15 ya que el 80% respondió lo mencionado, siendo el 20% de los docentes que la edad conveniente para hablar de sexualidad es la de 15 a 19 años. Sin embargo los docentes consideran que es importante hablar de educación sexual con sus estudiantes ya que el 70% está muy de acuerdo, el 30% de acuerdo, sin embargo el tema de educación sexual, se incluye en los programas curriculares de 6to de secundaria y en un subtítulo el tema del VIH (texto de la hoguera y santillana) esto según la Ley 1565, ahora en la actual Ley Avelino Siñani y Elizardo Pérez aun no cuentan con un tronco común, solo se basan en la antigua estructura curricular, sin embargo, en el ante proyecto de Ley el título 2 de la estructura curricular menciona que se debe propiciar la educación sexual en niños y jóvenes como aspecto preventivo, pero no mencionan a las ITS y por consiguiente tampoco al VIH.

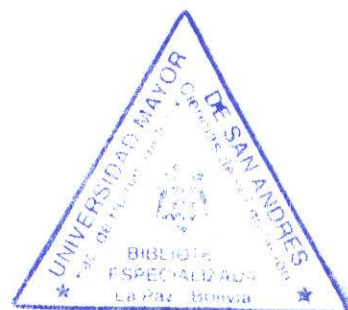
En la investigación los padres de familia consideraron que es importante hablar del VIH a sus hijos (as), no lo hacen debido a que tiene poca información acerca del tema y si no tienen información no pueden hablar sobre las formas de prevención y más aun si nunca les hablaron sobre sexualidad.

La respuesta de los docentes sobre el conocimiento de la temática del VIH fue: un 60% afirma que si, un 30% poco y un 10% afirma no conocerlo, esto debido a que no existen campañas de capacitación sobre el tema, por

¹¹⁰ www.guiinfantil.com/educación/sexualidad.htm

consiguiente, si ellos conocen poco del tema será difícil hablar de ello a sus estudiantes y menos aun sobre las formas de prevención ya que el 50% si habla y el 40% lo hace siempre, y el 50% habla del VIH a veces y un 10% nunca, esto debido a que consideran que los principales actores para hablar sobre esa temática son los docentes de biología y no así los de las demás ramas.

Según la Ley 1565 están las transversales (conjunto de enseñanza esencialmente actitudinales) que se deben aplicar dentro del aula en ella está inmersa el de la educación para la salud y sexualidad, sin embargo en la nueva Ley Avelino Siñani ignoran a las transversales *“el nuevo currículo educativo tiene cuatro grandes campos de saberes y conocimientos, según el ministerio de educación, estos campos se desarrollarán tanto en primaria como en secundaria, pues la idea es que el currículo sea integral mucho más que las materias transversales”*¹¹¹.



¹¹¹ Página 7

V. CONCLUSIONES
Y
RECOMENDACIONES

1. Conclusiones

Finalizado el proceso de investigación, y obtenidos los datos en el trabajo de campo se arriba a las siguientes conclusiones, que son los aspectos más sobresalientes de la investigación los cuales se presentan mediante la siguiente lógica: el primer grupo se plantea los resultados de los objetivos tanto general como específicos de la investigación, el segundo grupo se plantean las conclusiones que fueron emergiendo a partir del marco teórico y finalmente se plantean las conclusiones producto del trabajo de campo realizado.

A. Primer grupo “conclusiones de los objetivos”

- En el objetivo general planteado describir los factores socioculturales y su influencia en la prevención del VIH en adolescentes de 15 a 19 años de edad, este objetivo se logró mediante las estrategias de: revisión bibliográfica que permitió valorar el tema mediante investigaciones ya elaboradas acerca del VIH y los factores socioculturales, sin embargo existen pocas en el país, también se logró este objetivo mediante la investigación de campo con la participación de docentes, estudiantes (de 15 a 19 años), padres de familia y personas que viven con el VIH, con lo cual se pudo establecer los factores socioculturales de la región que inciden en la prevención del VIH.
- A sí mismo en los objetivos específicos, se pudo identificar los factores socioculturales como el “machismo”, ingesta de bebidas alcohólicas, comunicación familiar, el inicio de las relaciones coitales promiscua, los tabúes de la sociedad, que inciden en la prevención del VIH, se relacionó los factores socioculturales con la adolescencia y se describió las diferentes etapas de la adolescencia, mediante la revisión bibliográfica y la investigación de campo.

B. Segundo grupo “conclusiones del marco teórico”

- En la adolescencia suelen inclinarse más al consumo del alcohol u otras drogas, el de tener relaciones sexuales y viven el momento sin tener en cuenta el riesgo.
- Las Infecciones de Transmisión Sexual pueden afectar los órganos sexuales y reproductivos, llegando a convertirse en enfermedades crónicas y provocar la muerte como el VIH/SIDA.
- El concepto de género se utiliza para describir aquellas características en los hombres y las mujeres que han sido conformadas socialmente, en contraste con aquellas que están determinadas biológicamente, es decir lo que determina la identidad y el comportamiento de género no es el sexo biológico, sino el hecho de haber vivido desde el nacimiento las experiencias y costumbres atribuidas a cierto género, por lo que no se debe sustituir el concepto sexo por género son cuestiones distintas sexo se refiere a lo biológico y género a lo construido socialmente.
- En la categoría género, se aprecia la presencia de estereotipos de género de tipo machista, lo que indica que es un conjunto de creencias, costumbres y actitudes que sostienen que el hombre es superior a la mujer en inteligencia, fuerza, actitud, por tanto consideran que es el hombre quien tienen poder de decisión y elección, quien puede mandar y ordenar, conquistar y proponer en las relaciones afectivas y sexuales, lo cual pone en riesgo de contraer el VIH.
- Además el machismo genera la pronta iniciación de la actividad sexual “mientras más antes lo hagan más rápido se harán hombres” y también que “mientras más relaciones sexuales tengas con varias mujeres más hombres serás”, son ideas machistas impuestas por la sociedad.

- Los tabúes relacionados con el sexo y las actividades sexuales, aumentan la vulnerabilidad al VIH de los hombres y mujeres. El condón reduce el placer sexual es uno de los tabúes impuestos por la sociedad, el cual puede generar la fácil infección por VIH.
- Otro aspecto a tomar en cuenta es la familia principal institución en la formación de los hijos y son responsables de que los hijos e hijas se formen exitosamente como seres afectivos, sociales, intelectuales y sexuales, ya que es con ellos con los cuales se establecen lazos estrechos de dependencia y relación, porque son los primeros maestros.
- A pesar de que la educación sexual es importante, esta no es asumida adecuada y efectivamente, puesto que dejan al azar la educación sexual de sus hijos e hijas. Evitando asumir una posición proactiva e intencional delegando todo a la escuela y a los medios de comunicación esta responsabilidad, sin embargo para él o la adolescente es importante contar con el apoyo, la confianza y la comprensión a sus dudas y conflictos, que solo un canal de comunicación afectiva entre padres e hijos podrá lograr.

C. Tercer grupo “conclusiones del trabajo de campo”

Las conclusiones que tienen que ver con el trabajo de campo realizado se presentan en dos grupos: factores socioculturales y prevención del VIH; las mismas sustentan la hipótesis planteada.

- El 61% son adolescentes del sexo masculino y el 39% son adolescentes del sexo femenino. El 65% son adolescentes comprendidos entre las edades de 15 a 16 años y el 35 son de 17 a 19 años. En cuanto al nivel de escolaridad, el 100% de los adolescentes cursan el nivel secundario.
- El 74% de los y las adolescentes han tenido relaciones sexuales, dentro de este porcentaje el 47% son varones y 27% son

mujeres. Los y las adolescentes que aun no han tenido relaciones sexuales son el 26%, dentro de este porcentaje: el 9% son varones y 17% son mujeres. Asimismo los testimonios nos revelan que los varones son quienes inician su relación coital a temprana edad.

- El inicio de las relaciones coitales a temprana edad es debido a la influencia de los amigos o amigas que ya se iniciaron, también a la curiosidad de sentirse hombre.
- El número de parejas de los y las adolescentes, expresan que 29 varones adolescentes tienen una sola pareja, 17 tienen dos parejas y 5 de tienen más de dos parejas. En cuanto a las mujeres adolescentes, 25 de ellas tienen una sola pareja, 5 tienen 2 parejas y ninguna tiene más de dos parejas. Cabe mencionar que son los varones quienes tienen más parejas sexuales y no así las mujeres. Según los testimonios existen parejas estables a las que se les respeta y se les tiene confianza y hay también parejas de ocasión con las que solo se divierten por una o dos veces.
- En los varones se fomenta el inicio temprano de las relaciones sexuales y la permisividad en cuanto al número de parejas como forma de afirmar la identidad masculina.
- En cuanto al uso de los preservativos, ninguna de las mujeres utilizan preservativos, 0 de ellas utilizan siempre y 30 nunca lo utilizan. En los varones 6 utilizan siempre, 18 utilizan a veces y 27 nunca. Las razones por las cuales no utilizan los preservativos principalmente es porque disminuye el placer sexual.
- El 20% de los y las adolescentes siempre ingieren bebidas alcohólicas, el 22% a menudo lo hace y el 39% solo a veces, siendo escasos los que no ingieren bebidas alcohólicas. Las razones por las que los y las adolescentes ingieren bebidas alcohólicas es para divertirse y pasarla bien. Asimismo la

frecuencia con la que consumen bebidas alcohólicas es una vez al mes siendo el 24%, debido a que les ayuda a distraerse y olvidarse de sus problemas, el 40% ingiere una vez a la semana, por las razones ya mencionadas, el 32% ingiere solo en ocasiones particulares: matrimonios, bautizos, cumpleaños, fiestas del lugar, entre otros y el 4% más de una vez a la semana por diversión.

- El consumo de alcohol es una de las causas más frecuentes de la práctica del sexo sin medios de protección siendo: el 16% tienen relaciones sexuales en estado de ebriedad, las razones son porque es más excitante, además puedes realizarlo sin temor alguno; el 39% solo a veces cuando tienen la oportunidad y el 45% no tienen, ellos/as solo beben con amigos o amigas.
- No existe una amplia comunicación de los padres con sus hijos e hijas debido a dos factores principales como el trabajo y el tiempo puesto que el 52% de los adolescentes la comunicación con sus padres es poco adecuada, porque sus padres se encuentran ocupados en las labores que realizan, un 29% comunicación con sus padres no es adecuada, un 19% la comunicación con sus padres si es adecuada, debido a que tienen trabajadores que ayudan en las labores de sus padres, a cambio de una remuneración.
- Para los padres de familia es la misma situación ellos afirman que el trabajo que tienen es muy cansador que les ocupa todo el día, además la rebeldía de sus hijos e hijas les prohíbe comunicarse de forma abierta siendo así que: 14 padres respondieron que es poco adecuada de un total de 25, 6 respondieron que es adecuada ya que tienen comunicación con ellos y 5 respondieron que no es adecuada
- En cuanto al interés de los padres de familia sobre las actividades de los hijos (as) el 22% de los padres preguntan sobre lo que

hicieron en el día sus hijos e hijas, sin embargo al 50% solo les preguntan a veces y a un 28% no les preguntan. Esto debido a que los padres de familia se encuentran muy ocupados El conocimiento de los padres sobre lo que hacen o dónde van sus hijos e hijas durante su tiempo libre, es especialmente clave en esta etapa dado que los y las adolescentes suelen incrementar el tiempo de ocio que pasan sin la presencia de sus padres,

- Sobre educación sexual el 20% de los padres de familia hablan a sus hijos e hijas sobre sexualidad, el 28% habla solo a veces, y un 52% no habla nunca esto debido a que aún se mantienen ciertos tabúes en la sociedad, además los padres sienten temor impulsar el inicio de las relaciones coitales en sus hijos e hijas.
- Con respecto a los docentes el 40% de los docentes suele hablar de educación sexual con sus estudiantes, el 60% a veces hablan con ellos y un 0% nunca. Las razones por las que no suelen hablar de sexualidad con sus estudiantes es que no corresponde a su materia.
- La edad apropiada para hablar de sexualidad a los y las adolescentes, el 64% de los padres de familia indica que se debe hablar de sexualidad a los (as) hijos (as) entre los 15 a 19 años de edad, el 24% que se lo debe hacer antes de los 15 y el 12% después de los 19 años de edad.
- Para los docentes la edad apropiada para hablar de sexualidad con los estudiantes es antes de los 15 años, conozcan sobre estos temas a la hora de asumir una decisión.
- El 100% de los y las adolescentes conocen sobre el VIH y las consecuencias que este virus causa sin embargo, no diferencian el VIH del SIDA. Sobre los métodos preventivos los conocen pero, no los utilizan.

- En cuanto a quienes corren más riesgos de contraer el VIH, son las prostitutas, las personas que no usan el condón y los y las que tienen relaciones sexuales con desconocidos.
- En este sentido se sustenta la hipótesis planteada **“Los factores socioculturales influyen de manera negativa en la prevención del VIH en adolescentes de 15 a 19 años de edad, que asisten a la Unidad Educativa “Colorados de Bolivia”, municipio de Caranavi.”**

2. Recomendaciones

- Uno de los principales aspectos a considerar es la comunicación familiar que debe ser de confianza y respeto. Y esta debe ser impartida desde la infancia puesto que los y las niñas ya preguntan sobre su anatomía a los 4 años y los padres deben abrir su diálogo y conversar con ellos (as), sobre esta temática. Para ello se deben establecer proyectos de comunicación familiar de formación y capacitación dirigida a los padres de familia, ya que la educación sexual debe ser impartida como primera fuente en el hogar.
- Se debe ofrecer información precisa y rigurosa sobre la eficacia real del preservativo frente al VIH y las ITS. Asimismo, se debería informar sobre los riesgos asociados a distintos estilos de vida relacionados con la sexualidad (relaciones coitales precoces, multiplicidad de parejas sexuales a lo largo de la vida, relaciones coitales casuales con personas diferentes y tener relaciones coitales en estado de ebriedad) de este modo, se facilitaría que los y las adolescentes reflexionen sobre los riesgos de tener relaciones sexuales fuera del entorno seguro de una relación mutuamente fiel con una pareja estable y no infectada.
- La prevención del VIH en la escuela debe estar enmarcada dentro del contexto de la promoción y la educación para la salud sexual y estar presente en todas las etapas del proceso educativo. Los contenidos y la metodología tienen que incorporar la perspectiva de género y estar adaptados a la edad y características culturales de los estudiantes. La

educación sexual no debe quedarse únicamente en los aspectos informativos, sino, promover una salud sexual integral y participativa que influya la relación entre sexualidad y afectividad y que potencie la creatividad, la autonomía personal, el respeto, la igualdad entre sexos que conlleve una vivencia satisfactoria de la sexualidad.

- Los docentes del lugar deben ser capacitados en cuanto a “estrategias psicopedagógicas para prevenir el VIH/SIDA” mediante especialistas en el tema como PVVS, psicólogos y psicopedagogos. Además se debe incorporar dentro de sus planes de estudio la temática de la sexualidad, desde el ciclo primario.
- A través de esa capacitación hablar sobre la temática del VIH con sus estudiantes y realizar campañas de prevención en Caranavi: qué es, como se transmite y las formas de prevención. Donde haya la participación de toda la comuna: padres de familia, docentes, director, estudiantes y pobladores del lugar.
- Aumentar los conocimientos a través de los espacios de los y las adolescentes. La ausencia del dialogo sobre temas sexuales y la persistencia de los conocimientos erróneos sobre la sexualidad, son más notables entre los y las adolescentes con menor nivel de estudios, por ello es preciso aumentar, mejorar e intensificar los programas educativos adicionales que permitan alcanzar a los y las adolescentes fuera del entorno escolar y a los que debido a distintas circunstancias sociales o personales quedan fuera de la corriente educativa que también son vulnerables a la infección del VIH, aprovechando el ocio y el tiempo libre con actividades tanto nocturnas como diurnas.
- Teniendo en cuenta que para los y las adolescentes las personas de edad similar, es decir sus pares o compañeros, son los principales interlocutores en temas relacionados con la sexualidad y que las intervenciones son más efectivas si son aplicadas por modelos próximos es indispensable que los propios adolescentes sean también protagonistas, incorporándolos como mediadores en las actividades de prevención dirigidos a ellos mismos.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- Allsworth, J., Ratner, J., & Peipert, J. "La tricomoniasis y Otros, Infecciones de Transmisión Salud y. Enfermedades de transmisión sexual", (2009).
- Álvarez, R "Salud Publica, Medicina Preventiva" Edit. Manuel Moderno, México 1998
- Asociación de mujeres jóvenes, Edit. Instituto Asturiano de la Juventud, Quinta edición, 2008.
- Baumrind, D., "La influencia del estilo de crianza de los hijos de Competente adolescente y el consumo de sustancias. Diario de la adolescencia temprana", 1991.
- Bianco M y RE "Qué deben saber los padres y docentes sobre sexualidad y Sida", cartilla educativa. FEIN, Argentina, 1998
- Bordieu Pierre "Dominación masculina", Edit. Anagrama, 2003.
- Catholic encyclopedia
- Colombo, "Historias que hacen bien", Edit. U&R editoras, 2004
- Correa Cecilia, Eleonor Faur, "Sexualidad y salud en la adolescencia", Edit. ISBN, 2003.
- Cuautemoc Carlos "Juventud en Extasis"
- Garcia, Brigida y otros "Mujeres y relaciones de género en los estudios de población", Edit. El colegio de México, pág. 27
- Gonzales Garza y cols, "Perfil del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad", Revista de Salud Pública, volumen 47, junio 2005.
- Guía técnica para la atención de la salud sexual y reproductiva. Imprenta Landivar La Paz- Bolivia 2001
- Haffner, D.W. "Frente a los hechos: la salud sexual de los adolescentes de Estados Unidos. Comisión Nacional de Salud Sexual de los Adolescentes. La sexualidad de la Información y Consejo de Educación de los Estados Unidos" (SIECUS), 1995.

- Hernández Sampieri Metodología de la investigación. 3ra edición. Mc Graw-Hill interamericana editores México 2002.
- Lammers, C., Ireland, M., Resnick, M., & Blum, R. "Factores que influyen en la decisión de los adolescentes a posponer el inicio de las relaciones sexuales", 2000.
- Lasonde, Luis "Los desafíos de la demografía ¿Qué calidad de vida habrá en el siglo XXI?", edit. UAM y FCE, México.
- Ley para la prevención del VIH-SIDA, protección de los derechos humanos y asistencia integral multidisciplinaria para la personas que viven con el VIH-SIDA, 8 de agosto de 2007
- Libro: La vida ¿cómo se presentó aquí, por evolución o por creación?, editado por los Testigos de Jehová".
- López, F., Gómez Zapian y Apodaka, P. "Historia familiar y de apego, estilo educativo, empatía y estilo de apego actual". Cuadernos de Medicina Psicosomática, 1994.
- "Los padres y la educación sexual de sus hijos", Edit. Ancares gráfica, Madrid 2003.
- Mead Margaret, "Adolescencia y cultura en Samoa", Edit. Harpecollins.
- Morris L., "Comportamiento Sexual y Salud Reproductiva de los adolescentes latinoamericanos "Presentado en la conferencia regional del UNFPA sobre Salud Reproductiva en América Latina y el Caribe, México. Agosto, 1995.
- Morris, N.M., "Factores determinantes de la iniciación adolescente al coito." Medicina del Adolescente: Estado de la crítica de arte. Junio, vol. 3, 1992.
- Moore y Rosenthal "Prácticas sexuales, enfermedades de transmisión sexual y sida entre jóvenes", México. 1998
- Organización Mundial de la salud "Enfermería y Salud". Serie de informes Técnicos. Ginebra 1998.
- Organización Panamericana de la Salud, "Adolescencia al día", volumen 1

- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Bolivia
- Periódico "La Razón"
- Periódico "Página Siete"
- Programas Departamentales ITS Ed. Graffimac La Paz-Bolivia 2001
- Proyecciones nacionales del INE
- Pineda, Beatriz y otros, "Metodología de la Investigación", Publicación de la Organización Panamericana de la Salud, segunda edición
- OMS, 1999; Scales y Leffert, 1999
- Onusida "Género y VIH", actualización técnica, 2008.
- Quiroga, S. "Adolescencia: del goce orgánico al hallazgo del objeto", edit. Eudeba, Buenos Aires, 1999.
- Ramos, Teresa y otros "Lineamientos Educativos y Orientaciones Pedagógicas para la prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y SIDA, ed. Total Color S.A.C, Perú, 2009.
- Revista Informativa Radio Qhana
- "Rol de los padres en la educación sexual de sus hijos", Edit. ACUPS, Uruguay, 2004
- Ross, Quiroga Violeta, "Factores socioculturales y el VIH"
- Rousseau, Jean Jacques, "Quinta parte del Emilio", Edit. Alianza.
- Sandoval Javier y otros, "Desarrollo Humano y Pobreza en las provincias de Caranavi y Aroma"

- Sanjose, Cortes & Mendez, "Conductas de riesgo relacionadas con la infección por el virus de la deficiencia humana en adolescentes escolares", 1997.
- SEDES Boletín Epidemiológico, 2010.
- Shutt – Aine y otros, "Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas, OPS/ASDI/NORAD, Washington, DC, 2003.
- Subia Manuel, Ministerio de Educación y Cultura Instituto Superior de Educación Rural, Curso Nacional de Administración Educativa, Edit. CPRA, Tarija – Bolivia
- Tuñón, Esperanza y Austreberta Nazar, "Género, escolaridad y sexualidad en adolescentes solteros del sureste de México", 2004.
- Unesco, "Formación docente y prevención del VIH SIDA", marzo 2006
- UNFPA "Conociendo algo más sobre infecciones de transmisión sexual y el virus de inmunodeficiencia, Edit. Prisa Ltda., segunda edición, La Paz 2008.
- UNFPA, Indicadores de programas, Edit. Prisa Ltda., segunda edición, La Paz 2008.
- UNFPA "Adolescentes, educación para la sexualidad", Edit. Prisa Ltda., segunda edición, La Paz 2008.
- WINNICOTT, D. "Realidad y juego", Edit. Gedisa, Barcelona 1972.

REFERENCIAS INTERACTIVAS E INTERNET

- ONUSIDA [http ; // www.unaids.org](http://www.unaids.org)
- <http://spanish.martinvarsavsky.net/general/la-iglesia-catolica-en-kenia-opone-en-uso-de-condones.html>
- <http://guiajuvenil.com/alcohol/por-que-los-adolescentes-beben-alcohol-y-se-emborrachan.html>
- [www.luria psicología.com](http://www.luria-psicologia.com) "Intervención psicosocial por VIH/SIDA"

- www.aidsinfo.gov/intoSIDA
- www.aidsinfonet.org
- [www//http.panamae.com2011](http://http.panamae.com2011)
- www.genero/sexualidadyvih.com
- www.alcoholinformate.org
- www.ripret.org/dpna
- www.centro-psicologia.com
- www.sociedadqueinspira.com
- <http://alcohol-adolescentes.blogspot.com>
- www.hoy.com.ec/libro6/varon
- www.guiinfantil.com/educación/sexualidad.htm

ANEXOS

Caranavi, 7 noviembre de 2011

Señor:
Lic. Fabian Leonardo Aruquipa Usnayo

DIRECTOR DE LA UNIDAD EDUCATIVA "COLORADOS DE BOLIVIA"

Presente.-

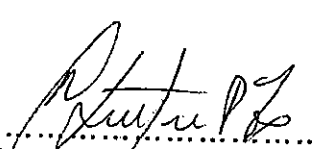
Ref.: Solicitud de investigación de tesis

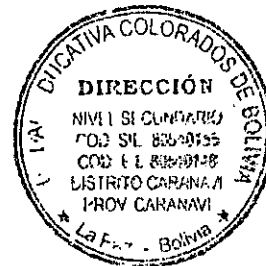
De mi mayor consideración:

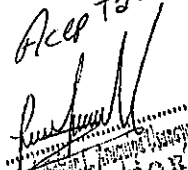
Mediante la presente le hago llegar mis más sinceros saludos y deseos de éxito en las labores que desempeña.

Me dirijo a usted. Para solicitarle me extienda permiso correspondiente para la investigación de tesis "Factores Socioculturales y su incidencia en la prevención del VIH en adolescentes de 15 a 19 años de edad".

Sin otro particular y esperando una respuesta favorable me despido atentamente.


.....
Pamela Veintemillas Aruquipa



Aceptado

.....
DIRECTOR
7-11-011

CUESTIONARIO DIRIGIDO A ESTUDIANTES SOBRE FACTORES SOCIOCULTURALES

Joven o señorita: Lea detenidamente el siguiente cuestionario, subrayando el inciso que corresponda. El propósito de esta encuesta es describir los factores socioculturales en la prevención del VIH en adolescentes de 15 a 19 años de la Unidad Educativa "Colorados de Bolivia"

Sexo: F M

Edad: 15 a 16 años

Nivel de escolaridad: Primaria

17 a 19 años

Secundaria

1. ¿Cómo es la comunicación entre tus padres y tú?

- a) Adecuada b) Poco adecuada c) No adecuada

2. Tú papá o mamá te pregunta ¿Cómo te fue en el día?

- a) Siempre b) A veces c) Nunca

3. ¿Tu papá o mamá escuchan tus problemas sentimentales?

- a) Siempre b) A veces c) Nunca

4. ¿A quién acudes cuando sientes curiosidad acerca del tema de las relaciones sexuales?

- a) Papá b) Mamá c) Amigos d) Otro.....

5. ¿Ingieres bebidas alcohólicas?

- a) Siempre b) A veces c) Nunca

6. ¿Con que frecuencia ingieres bebidas alcohólicas?

- a) En ocasiones particulares b) Una vez al mes c) Una vez a la semana
d) Más de una vez a la semana.

7. ¿Cuándo ingieres bebidas alcohólicas tienes relaciones sexuales?

- a) Siempre b) A veces c) Nunca

CUESTIONARIO DIRIGIDO A PADRES DE FAMILIA

Señor (a) padre de familia: Lea detenidamente el siguiente cuestionario, subrayando el inciso que corresponda. El propósito de esta encuesta es describir los factores socioculturales en la prevención del VIH en adolescentes de 15 a 19 años de la Unidad Educativa "Colorados de Bolivia"

1. **¿Cómo es la comunicación de usted con su hijo (a)?**
 - a) Adecuada
 - b) Poco adecuada
 - c) No adecuada
2. **¿Cuán a menudo le dedicas tiempo a tu hijo (a)?**
 - a) Todos los días
 - b) Pocas veces a la semana
 - c) Una vez a la semana
 - d) No tiene tiempo
3. **¿Usted habla de sexualidad con su hijo (a)?**
 - a) Siempre
 - b) A veces
 - c) Nunca
4. **¿A qué edad usted cree que es conveniente que se hable a los hijos (as) sobre sexualidad?**
 - a) Después de los 19 años
 - b) 15 a 19 años
 - c) Antes de los 15 años
5. **¿Usted sabe o ha escuchado hablar sobre el VIH/ SIDA?**
 - a) Si
 - b) No
 - c) Poco
6. **¿Considera importante hablar del VIH con su hijo (a)?**
 - a) Si
 - b) No

Gracias por su colaboración

**CUESTIONARIO DIRIGIDO A DOCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA
"COLORADOS DE BOLIVIA"**

Señor (a) profesor (a): Lea detenidamente el siguiente cuestionario, subrayando el inciso que corresponda. El propósito de esta encuesta es describir los factores socioculturales en la prevención del VIH en adolescentes de 15 a 19 años de la Unidad Educativa "Colorados de Bolivia"

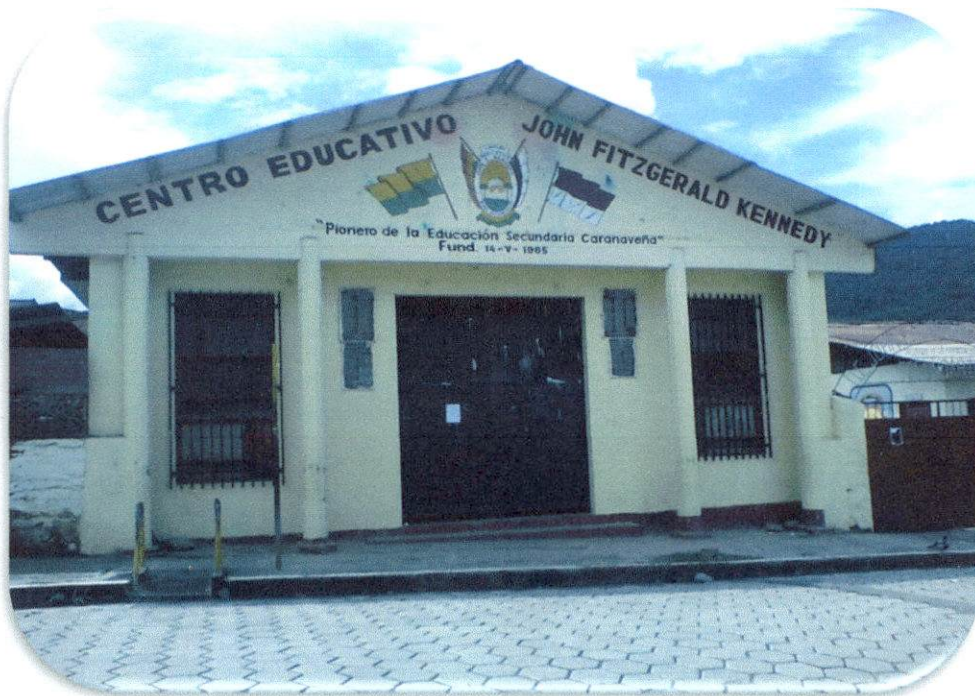
- 1. ¿En la función docente usted, suele hablar con sus estudiantes acerca de la educación sexual?**
a) Siempre b) A veces c) Nunca
- 2. ¿A qué edad usted considera conveniente que se hable a los estudiantes sobre sexualidad?**
a) Antes de los 15 años b) 15 a 16 años c) Después de los 15 años
- 3. ¿Usted sabe o ha escuchado sobre el VIH/SIDA?**
a) Si b) No c) Poco
- 4. ¿Usted aborda la temática del VIH/SIDA en sus clases?**
a) Siempre b) A veces c) Nunca

Gracias por su colaboración

Caranavi



Unidad Educativa donde se desarrollo la prueba piloto



Unidad Educativa Colorados de Bolivia

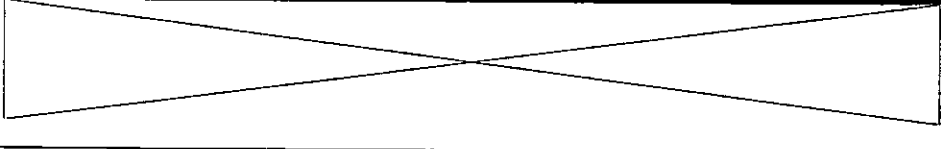


EL DIARIO

Decano de la Prensa Nacional

1 de diciembre de 2011 | Editorial | Opinión | Política | Economía | Sociedad | Nacional | Cultural | El Deportivo | Internacional

da
dad de prensa
res



TITULARES SOCIEDAD

Determinan medidas sustitutivas para cuatro estudiantes de UPEA

Hasta junio registran 6.472 casos de VIH Sida en Bolivia

Defiende su asignación tributaria UMSA anuncia bloqueo indefinido

Exhortan a conformar consejos departamentales de acuerdo a Ley

Deforestación indiscriminada representa 80% de emisiones

Avioneta de la FAB aterriza de emergencia fuera del aeropuerto

Fundación reconoce labor de EL DIARIO

Declaran el 2012: año de la no violencia contra la infancia

Llaman a relacionistas públicos a trabajar de manera conjunta

Universidad alteña y Gobierno firman acuerdo

Entidad Académica de El Alto afrontan querrelas

Asamblea de la paciencia declara estado de

Sociedad



Hasta junio registran 6.472 casos de VIH Sida en Bolivia

• En la Sede de Gobierno se reportaron al menos 438 casos de esta enfermedad.



Las campañas de prevención ayudan a luchar contra la letal enfermedad de Sida.

En Bolivia, hasta junio de la presente gestión, se registraron 6.472 casos de VIH/ SIDA mientras que en el departamento de La Paz llegó a 575, en tanto, en la Sede de Gobierno se reportaron 438, según informó la responsable de Educación y Promoción del Programa ITS/VIH/Sida del Servicio Departamental de Gestión Social (SEDEGES), Raquel Machaca.

La enfermedad del VIH/SIDA se puede adquirir principalmente a través de relaciones sexuales, o también debido al contacto directo con sangre de un infectado, es decir, utilizando jeringas más de una vez. Además una madre diagnosticada con este mal puede por medio de la leche transmitir el mismo a su hijo.

A nivel mundial se busca la cura para esta enfermedad, sin embargo, aún no se consiguen resultados al respecto, pues sólo se administra un tratamiento que amplía el tiempo de vida del portador.

Machaca sostuvo que en el país, dicho tratamiento se puede obtener de forma gratuita gracias a la Ley para la prevención del VIH-SIDA, protección de los derechos humanos y asistencia integral multidisciplinaria para las personas que viven con la enfermedad.

El mismo dispone que en el marco jurídico de la problemática de SIDA, el Ministerio de Salud y Deporte permitirá coadyuvar a mejorar la atención (asistencia integral y tratamiento adecuado) en los establecimientos de salud a las personas que viven con el VIH-SIDA (PVVS-persona que vive con el virus de SIDA), respetando sus derechos humanos; además de desarrollar un trabajo conjunto para la protección de la población de nuevas infecciones.

Por Sida, consiguiendo en el corto, mediano y largo plazo concretar acciones orientadas al acceso equitativo, integral y universal a la salud.

Según Machaca, esta disposición se cumple de forma incompleta, pues existe

Accedes EL DIARIO



[PDF] - [JPG]

TAS DE INTERES

RNO AL MAR

abierta

Pronóstico del tiempo

- La Paz
- Oruro
- Potosí
- Tarija
- Sucre
- Cochabamba
- Santa Cruz
- Trinidad
- Cobija

weather.com/vepanol

scriba el nombre de la ciudad:

[Empty box for city name]

Agencias de EL DIARIO

este tratamiento gratuito para la persona infectada, sin embargo, considera que no regula las obligaciones de la misma que están citadas en el artículo 10 de la ley que menciona que toda persona que vive con VIH-SIDA y conoce su estado serológico, tiene las siguientes obligaciones:

Practicar su sexualidad con responsabilidad resguardando la salud propia, la de los demás y la de su pareja sexual, informar de su estado serológico a su pareja sexual, comunicar su estado serológico al profesional o personal de salud que lo atienda, cumplir estrictamente las disposiciones contenidas en los protocolos médicos y epidemiológicos de seguimiento y tratamiento, principalmente en lo que se refiere a los controles laborales y la adherencia al tratamiento.

Dichos deberes no son controlados por organismos gubernamentales, porque los índices de casos de VIH/SIDA están en aumento de forma alarmante como se puede advertir en el departamento de La Paz que muestra según los registros del SEDEGES un incremento entre el año 1987(472 casos) a junio de 2011 (575 casos).

Estos registros mencionan la cantidad de infectados por municipios. Por ejemplo, en el año 1987 se tenía 17 municipios (La Paz con 438 casos, El Alto con 95 casos, Apolo con dos casos, Quime con 1, Chuma con 1, Coroico con 4, Patacamaya con 2, Achacachi con 2, Puerto Costo1, Sorata 3, Chulumani 4, Puerto Costa 1, Sorata 3, Chulumani 4, Viacha 4, San Andrés de Machaca 1, Achocalla 2, Caranavi 4, Copacabana 2, Charazani 2, en los que se verificó la existencia de esta enfermedad, pero que hasta junio de la presente gestión aumentaron los casos en 6 municipios llegando a un total de 24 municipios que tienen la presencia de este mal (Guanay, Tipuani, Palos Blancos, Pucarani, Coripata, Mecapaca). Según los datos del SEDES en estos últimos seis municipios mencionados hay un caso VIH diagnosticado.

A nivel nacional

En toda Bolivia se registraron 6.472 de VIH Sida hasta junio de la presente gestión. Estos datos fueron extraídos del Sedeges, que menciona el comportamiento epidemiológico de tendencia secular de casos VIH/SIDA, según los años de 1987 a 2010. Por ejemplo del año 1987 a 1993 se denominó periodo epidémico estacionario por los bajos índices existentes y que después se pasa a periodo de transmisión lenta y fluctuante entre los años 1993 a 1997, y ya entre los años 1997 a 2004 se denomina como periodo epidémico de transmisión acelerada y sostenida.

emergencia
FFAA participa en operativos con sus similares de Brasil

Temen que traslado de reos al país origine mayor delincuencia

Bandera de la Reivindicación Marítima flameó en Himalaya



TITULARES DESTACADOS

Prensa rechaza debatir rol de medios en encuentro político

"Encuentro plurinacional" no representa a toda Bolivia

Modernizarán sistemas de controles aduaneros



ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN

INFORMACION DE LA UNIDAD EDUCATIVA
LISTA INSCRITOS UNIDAD EDUCATIVA
80540155-COLORADOS DE BOLIVIA

Gestión: 2011

Fecha y hora del Reporte: 10/05/2011 09:39

NIVEL : Secundaria Comunitaria Vocacional GRADO : Primero PARALELO : A TURNO : MAÑANA

RUDE	C.I.	PATERNO	MATERNO	NOMBRE	G.	FECHA NAC.	PAIS	DEPARTAMENTO	PROVINCIA	LOCALIDAD
80540068200782	9871739	CALLE	CALLE	YESSICA ESTHER	F	02/03/1999	BOL	LA PAZ	MURILLO	NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ
80540069200785	8986167	CARRION	POMA	XIMENA	F	05/03/2000	BOL	LA PAZ	CARANAVI	COLONIA AGUAS TURBIAS
8073020720076435	9115640	CEREZO	POMA	LILIANA	F	16/10/1994	BOL	LA PAZ	CARANAVI	CARANAVI
805400782007395	9132269	CHAGUA	PAMPA	ROSA	F	24/01/1996	BOL	LA PAZ	CARANAVI	CARRASCO LA RESERVA
80540069200755	9134983	CHAVEZ	GUSSI	TEODORA ELVIRA	F	11/01/2000	BOL	LA PAZ	CARANAVI	COLONIA AGUAS TURBIAS
805400842007467	8096034	CORINA	CHINCHERO	DAYSJ	F	24/02/1998	BOL	LA PAZ	CAMACHO	COLONIA VILLA ORIENTE
80540065200721	9132280	GOMEZ	PAMPA	MELVIN GUIMER	M	13/05/1999	BOL	LA PAZ	CARANAVI	COLONIA SABAYA
805401862007106	9140527	HUANCA	CONDORI	FELIX	M	14/08/1999	BOL	LA PAZ	CARANAVI	COLONIA SIEMPRE UNIDOS
805401282007628		HUANCA	CORONEL	XIMENA	F	13/12/1999	BOL	LA PAZ	CARANAVI	COLONIA 7 ESTRELLAS
805400872007242	8925875	LAURA	FLORES	WILMER	M	11/02/1999	BOL	LA PAZ	CARANAVI	CARANAVI
805400692007144	9149421	LOPEZ	BARRIOS	ARTURO	M	12/07/1999	BOL	LA PAZ	CARANAVI	COLONIA AGUAS TURBIAS
805400672010747		LOPEZ	MAMANI	CRISTHIAN BENITO	M	10/03/1997	BOL	SANTA CRUZ	ANDRÉS IBÁÑEZ	SANTA CRUZ
805400872007221	9141040	MACHACA	BARRERA	MOISES	M	02/01/1999	BOL	LA PAZ	CARANAVI	EDUARDO AVAROA
805400642007698		MAGIAS	APAZA	JOSE LUIS	M	22/03/1997	BOL	LA PAZ	CARANAVI	COLONIA DOS POCITOS
80540087200857		MAMANI	CALLA	ZENOBIA	F	28/05/1998	BOL	LA PAZ	CAMACHO	QUILLIHUYO
805400642007457	9134171	MAMANI	QUILLICATO	FRANZ GUSTAVO	M	30/09/1997	BOL	LA PAZ	CAMACHO	COAJONI
805400642007392	9140502	NINA	CALLE	VICTOR HUGO	M	19/06/1999	BOL	LA PAZ	CARANAVI	CARANAVI
805400682007111	9138363	PARI	TENORIO	JIMENA	F	27/05/1999	BOL	LA PAZ	CARANAVI	HUATAJATA
805401282007126	7099556	QUISPE	CALLE	JAVIER	M	05/08/1997	BOL	LA PAZ	MURILLO	LA PAZ - CIUDAD DE LA PAZ
805400672007302	9140209	QUISPE	CHOQUE	ADHEMAR URBALDO	M	16/05/1999	BOL	LA PAZ	CARANAVI	LA ESPERANZA
80540068200713A	9136513	QUISPE	MAMANI	PAMELA	F	01/08/1999	BOL	LA PAZ	CARANAVI	VILLA ESPERANZA
805400642007511	8927844	TICGNA	TINTAYA	EDSON VLADIMIR	M	20/05/1999	BOL	LA PAZ	CARANAVI	COLONIA SABAYA
805400642007438	9138560	VARGAS	PATANA	RIDHER	M	28/04/1999	BOL	LA PAZ	CARANAVI	COLONIA SIEMPRE UNIDOS
805400642007482	9139197	YUJRA	CHURA	EDDY	M	04/09/1999	BOL	LA PAZ	OMASUYOS	MOHOMO
										TOTAL CURSO: 24

NIVEL : Secundaria Comunitaria Vocacional GRADO : Primero PARALELO : B TURNO : MAÑANA

RUDE	C.I.	PATERNO	MATERNO	NOMBRE	G.	FECHA NAC.	PAIS	DEPARTAMENTO	PROVINCIA	LOCALIDAD
80540078200738A		BLANCO	CALLATA	RUDDY	M	28/06/1996	BOL	LA PAZ	CARANAVI	CULTURAL UNIDOS
805400642007506		CALLE	DELGADO	IVANJA	F	20/02/1998	BOL	LA PAZ	CARANAVI	CARRASCO LA RESERVA
805401862007169	9138531	CAPI	CORDERO	BENITA	F	19/04/1997	BOL	LA PAZ	CARANAVI	SAN LORENZO
805400642007387	9134189	CARRILLO	GUTIERREZ	ELVIS HEDIBERTO	M	18/07/1999	BOL	LA PAZ	CARANAVI	COLONIA DOS POCITOS
80540069200828	9181947	CEREZO	POMA	WILMA	F	20/11/1997	BOL	LA PAZ	CARANAVI	RIO SECO
805401282007147	9136236	CHURATA	LAURA	FLORIAN	M	09/01/1999	BOL	LA PAZ	CARANAVI	CARRASCO
805401282007558	9134084	DURAN	VALDIVIA	ALEX	M	25/05/1998	BOL	LA PAZ	CARANAVI	COL PEREGRINOS
80540068200789		HUANCA	VILLALBA	LEIDY	F	04/04/1999	BOL	LA PAZ	CARANAVI	VILLA ESPERANZA
805400642007371	9136246	JANCO	MAMANI	NELLY	F	19/04/1999	BOL	LA PAZ	CARANAVI	COLONIA SIEMPRE UNIDOS
80540064200747B	9138663	LAURA	VILLALBA	ARIEL ELVIS	M	28/02/1999	BOL	LA PAZ	CARANAVI	COLONIA DOS POCITOS

80540075200770	LLAMPARA	ALEJO	ORLANDO	M	10/12/1998	BOL	LA PAZ	LOAYZA	PINANI	
805400642007420	9136199	MAMANI	CONDORI	DENIS ELMER	M	06/11/1998	BOL	LA PAZ	MURILLO	LA PAZ - CIUDAD LA PAZ
4073011120073339		ORELLANA	NINA	VICTOR EDUARDO	M	19/09/1998	BOL	LA PAZ	MURILLO	EL ALTO
80540064200740A	9131958	PEREDES	TOLA	ADAN HUGO	M	02/05/1998	BOL	LA PAZ	CARANAVI	COLONIA SIEMPRE UNIDOS
805401282007849		FLATERO	CATARI	HERNAN	M	21/12/1997	BOL	LA PAZ	MURILLO	LA PAZ - CIUDAD LA PAZ
806400642007366	9132261	QUISBERT	CHINCHE	DAVID	M	04/07/1999	BOL	LA PAZ	CARANAVI	COLONIA PEREGRINOS
805401282007584	7998973	QUISPE	CALLE	JAIME	M	21/09/1999	BOL	LA PAZ	MURILLO	LA PAZ - MURILLO
80540069200733	9095984	QUISPE	MACHACA	SONIA RUTH	F	22/03/2000	BOL	LA PAZ	CARANAVI	CARANAVI
805400642007483	9927507	QUISPE	MAMANI	NAGAI HAGAR	F	02/08/1999	BOL	LA PAZ	MURILLO	EL ALTO - CIUDAD EL ALTO
80540128200759A	9139166	SURPA	MAMANI	MELANY	F	02/08/1998	BOL	LA PAZ	NOR YUNGAS	COROICO
80540128200784	9133961	TICONA	CHURATA	LUZ CLARITA	F	30/05/1997	BOL	LA PAZ	CARANAVI	COLONIA BARTHOS
506300272007292		TUCUJA	RAMOS	GABRIEL	M	24/03/1997	BOL	LA PAZ	CARANAVI	PEREGRINOS
805400642007527	9133145	VARGAS	CANAZA	MIAEL	M	04/03/1998	BOL	LA PAZ	NOR YUNGAS	COROICO
805401282007612	9137504	VELASQUEZ	GARCIA	NELYA	F	10/08/1999	BOL	LA PAZ	CARANAVI	COLONIA PEREGRINOS
TOTAL CURSO : 34										

NIVEL : Secundaria Comunitaria Vocacional GRADO : Segundo PARALELO : A TURNO : MAÑANA

RUDE	C.I.	PATERNO	MATERNO	NOMBRE	G.	FECHA NAC.	PAIS	DEPARTAMENTO	PROVINCIA	LOCALIDAD
805401282007516			BLANCO	MIGUEL ANGEL	M	30/04/1997	BOL	LA PAZ	MURILLO	LA PAZ
80540064200770B	9133146	ALIAGA	ESCORBAR	WILFREDO	M	22/04/1998	BOL	LA PAZ	CARANAVI	COLONIA HUATAJATA
80540064200765A	9134182	ALVAREZ	VARGAS	DEYCI	F	25/06/1997	BOL	LA PAZ	MURILLO	EL ALTO - CIUDAD EL ALTO
805400642007602	9095904	CALLISAYA	MAMANI	OLIVIA	F	01/01/1998	BOL	LA PAZ	CARANAVI	COLONIA SIEMPRE UNIDOS
80540087200787		CANAVIRI	QUISPE	MELVIN ERIK	M	22/01/1998	BOL	LA PAZ	ABEL ITURRALDE	EL ALTO - CIUDAD EL ALTO
805400642007589		CHAVEZ	QUIJUA	HEDICO	M	23/09/1997	BOL	LA PAZ	CARANAVI	COLONIA AGUAS TURBIAS SEGUNDO
805400782007470	9131146	CHIJE	MENDO	CRISTIAN	M	09/01/1999	BOL	LA PAZ	CARANAVI	COLONIA CULTURAL UNIDOS
805400642007691	9095515	CHOCONAPI	HUAYHUA	WILMER RONAL	M	04/12/1998	BOL	LA PAZ	MURILLO	EL ALTO - CIUDAD EL ALTO
805400642007714		CUJA	CAPQUIQUE	CLAUDIA	F	02/01/1998	BOL	LA PAZ	CARANAVI	COLONIA ALTO SIEMPRE UNIDOS
805400642007735		CUENTAS	CONDORI	ISIA	M	06/05/1999	BOL	LA PAZ	MURILLO	LA PAZ - CIUDAD LA PAZ
805401862007265	9134036	HUANCA	CONDORI	LUIS	M	15/08/1998	BOL	LA PAZ	MURILLO	LA PAZ - CIUDAD LA PAZ
80540087200758	9133075	HUAYHUA	LAURA	ELIVER UZIEL	M	26/08/1998	BOL	LA PAZ	CARANAVI	CARANAVI
805400662007150	9132096	JANCO	APAZA	ELIA	F	15/06/1998	BOL	LA PAZ	CARANAVI	COLONIA SIEMPRE UNIDOS
805400682007169		JANCO	HUANCA	FRANZ	M	17/09/1997	BOL	LA PAZ	CARANAVI	COLONIA VILLA ESPERANZA
805400642007644	9138246	JANCO	MAMANI	JHONNY	M	14/12/1997	BOL	LA PAZ	CARANAVI	COLONIA SIEMPRE UNIDOS
805401282007488	9139153	LAURA	GARCIA	AIVEN	M	08/09/1995	BOL	LA PAZ	CARANAVI	JOSE CARRASCO
805400642007761	9138068	LAURA	MAMANI	EFRAIN	M	27/03/1997	BOL	LA PAZ	CAMACHO	COMUNIDAD PASUJA ACHUATA (SUB
805400642007574	9140821	MAMANI	CHOQUE	CINTHYA ESTELA	F	06/01/1998	BOL	LA PAZ	INGAVI	COMUNIDAD VILLA ARRIENDA
805400642007653	9133231	MAMANI	CHUQUIMIA	SHALOM EBERD	M	12/11/1998	BOL	LA PAZ	CARANAVI	CARRASCO LA RESERVA
80540065200773	9136632	MAMANI	ZANTANDER	NILDA VIVIANA	F	21/09/1998	BOL	LA PAZ	CARANAVI	COLONIA SABAYA
805400642007623	9131957	MAYDANA	VARGAS	MAJHUME	F	10/01/1998	BOL	LA PAZ	CARANAVI	COLONIA SABAYA
805400642007548	9132278	MENDOZA	QUISPE	SALOME	F	19/02/1997	BOL	LA PAZ	CARANAVI	COLONIA PEREGRINOS
805400642007964		OBANDO	ZEGARRA	SAMUEL	M	25/08/1995	BOL	LA PAZ	CARANAVI	COLONIA CULTURAL UNIDOS
805400692007186		OVANDO	ZEGARRA	YULISA	F	19/02/1997	BOL	LA PAZ	CARANAVI	COLONIA SABAYA
80540064200758A		PLATA	LOZA	GENARA	F	10/07/1998	BOL	LA PAZ	CARANAVI	CARANAVI
805400872007258	5946881	QUISPE	BARREIRA	RENE ISMAEL	M	17/06/1998	BOL	LA PAZ	CARANAVI	COLONIA EDUARDO AVAROA
805400642007938	9138159	QUISPE	CHOQUE	BLANCA ARACELI	F	27/10/1997	BOL	LA PAZ	CARANAVI	LA ESPERANZA
80540065200716A	9138267	QUISPE	PATANA	NELLY JHANETH	F	02/04/1998	BOL	LA PAZ	CARANAVI	COLONIA HUCHUMACHI
805400662007187	9140228	QUISPE	QUISPE	HENRY	M	03/07/1998	BOL	LA PAZ	CARANAVI	COLONIA SIEMPRE UNIDOS
805400752007104		QUISPE	YAMPARA	BERNABE	M	08/04/1998	BOL	LA PAZ	CARANAVI	ENTRE RIOS
80540075200711A	9138250	RAMOS	LIMACHI	PEDRO FERNANDO	M	30/05/1997	BOL	LA PAZ	CARANAVI	ALTO SAN LORENZO
80540064200772A		SAUZA	SANDOVAL	ELVIS	M	06/10/1998	BOL	LA PAZ	CARANAVI	CARANAVI
805401282007542	9133980	TICONA	CHURATA	YHOSELIN ROCIO	F	24/03/1996	BOL	LA PAZ	MURILLO	EL ALTO - CIUDAD EL ALTO
805400642007595		TONCO	BLANCO	MARCO ANTONIO	M	22/04/1996	BOL	LA PAZ	CARANAVI	CARRASCO LA RESERVA
TOTAL CURSO : 34										

NIVEL : Secundaria Comunitaria Vocacional GRADO : Tercero PARALELO : A TURNO : MAÑANA

Sistema de Información Educativa

R.U.D.E.	C.I.	PATERNO	MATERNO	NOMBRE	G.	FECHA NAC.	PAIS	DEPARTAMENTO	PROVINCIA	LOCALIDAD
805401282007451	9139438	APAZA	GARCIA	NOEMI	F.	13/05/1997	BOL	LA PAZ	CARANAVI	CARRASCO - LOC. AMANZANADA
707000332007493		CHAGUA	QUISPE	EDWIN	M	24/12/1995	BOL	LA PAZ	CAMACHO	CHILILAYA
805401992007277		CHALCO	MAMANI	DEFLA	F	11/09/1997	BOL	LA PAZ	CARANAVI	KOLASUYO
805400642007852		CHOCQUEHUANCA	CALLISAYA	JHERSON AGUSTIN	M	21/04/1997	BOL	LA PAZ	MURILLO	LA PAZ - CIUDAD LA PAZ
8054006420071233	9133182	CHURA	HUANCA	ELVIN	M	14/10/1997	BOL	LA PAZ	CARANAVI	CARANAVI
4073007820078848		CUBA	QUENTA	ZENON	M	29/07/1997	BOL	LA PAZ	CARANAVI	COLONIA COLLASUYO A
805401282007493	8095511	HUANCA	CORONEL	MARIA LINA	F.	01/03/1998	BOL	LA PAZ	INGAVI	HUACULLANI
8054006420078901	9138664	LAURA	VILLALBA	ELIO ROGER	M	18/10/1987	BOL	LA PAZ	CARANAVI	COLONIA DOS POCITOS
80620070200721A	9927703	LINARES	APAZA	ELIAS	M	08/03/1995	BOL	LA PAZ	LOS ANDES	CHU
80540065200744	9138389	LUDEÑA	QUISPE	VERONICA	F	04/07/1987	BOL	LA PAZ	CARANAVI	COLONIA SABAYA
805400642007990	9134184	MACHACA	LAURA	LIMBER	M	06/03/1997	BOL	LA PAZ	CARANAVI	COLONIA EDUARDO AVAROA
805400652007133	9133325	MACHACA	MAMANI	EDWIN	M	27/07/1998	BOL	LA PAZ	CARANAVI	HUAYRAPATA
805400642007805	9138545	MACHACA	SILLO	ARULIO TOMAS	M	24/03/1995	BOL	LA PAZ	CARANAVI	CARRASCO LA RESERVA
8054007820077A		MAMANI	APAZA	MONICA	F	20/10/1998	BOL	LA PAZ	CARANAVI	COLONIA CULTURAL UNIDOS
80540084200787A	9139302	MAMANI	CALLE	DAVID BONIFACIO	M	20/09/1996	BOL	LA PAZ	MURILLO	LA PAZ - CIUDAD LA PAZ
805400842007222	9133898	MAMANI	GOMEZ	CELSO	M	12/04/1998	BOL	LA PAZ	NO EXISTE EN CNPV	CHOROBAMBA
805400642007917	9133123	MENDOZA	BOJORQUEZ	ANA BELEN	F	16/08/1996	BOL	LA PAZ	LOAYZA	SAPAHAQUI
805400642007826	9140504	NINA	CALLE	JAIME	M	24/02/1997	BOL	LA PAZ	CARANAVI	CARRASCO LA RESERVA
805400642007831	9140531	NINA	MERMA	ELVIS JHOMAR	M	09/06/1997	BOL	LA PAZ	CARANAVI	CARRASCO LA RESERVA
805400642007847	9131959	PEREDES	TOLA	JULIA EULALIA	F	12/12/1995	BOL	LA PAZ	CARANAVI	SIEMPRE UNIDOS
805400692007102	8974188	QUIJHUA	POMA	VIRGINIA	F	15/08/1997	BOL	LA PAZ	CAMACHO	COMUNIDAD INGAS (SUB CENTRAL
80540069200727	8095985	QUISPE	MACHACA	JHONNY	M	06/03/1997	BOL	LA PAZ	CAMACHO	COMUNIDAD CAMIRAYA (SUB
707000422007195		QUISPE	MAMANI	AGUSTIN	M	30/03/1994	BOL	LA PAZ	CAMACHO	CHAGUAYA
707000332007612	9182495	QUISPE	SANTANDER	GUSTAVO	M	22/04/1996	BOL	LA PAZ	CARANAVI	CARANAVI
805401642007135		TORREZ	QUISPE	MARCO ANTONIO	M	21/04/1997	BOL	LA PAZ	CARANAVI	VILLA ELEVACION
TOTAL CURSO : 25										

NIVEL : Secundaria Comunitaria Vocacional GRADO : Tercero PARALELO : B TURNO : MAÑANA

R.U.D.E.	C.I.	PATERNO	MATERNO	NOMBRE	G.	FECHA NAC.	PAIS	DEPARTAMENTO	PROVINCIA	LOCALIDAD
805400782007577	9084443	APAZA	VELASQUEZ	EFRAIN	M	21/03/1998	BOL	LA PAZ	CARANAVI	COLONIA CULTURAL UNIDOS
805400672008138		ARI	APAZA	JHOVANA	F	31/10/1997	BOL	LA PAZ	CARANAVI	COLONIA ESPERANZA B
805401862007244	9138533	CAPI	CORDERO	GLADYS	F	25/05/1995	BOL	LA PAZ	CAMACHO	CUTURHUAYA
8054006420071070	8085812	CARRION	POMA	YURI ALONZO	M	14/12/1996	BOL	LA PAZ	CARANAVI	COL. AGUAS TURBIAS
80540128200741A	9138295	CHAGUAS	TARQUI	WISMAR HUGO	M	12/01/1997	BOL	LA PAZ	CARANAVI	COLONIA ESPERANZA B
805400782007215	9131147	CHUJE	MENDO	LOURDES	F	30/05/1997	BOL	LA PAZ	CARANAVI	COLONIA CULTURAL UNIDOS
805400642008186	9134086	CHINCHERO	CHAGUA	AIDA GIOVANNA	F	28/09/1988	BOL	LA PAZ	NO EXISTE EN CNPV	NO EXISTE EN CNPV 2001
707000332007854	8374819	CONDORI	CORINA	OLIVER	M	13/11/1995	BOL	LA PAZ	CAMACHO	USURAYA
80540065200715	9134225	GOMEZ	PAMPA	WILLIAM ARMIN	M	18/02/1998	BOL	LA PAZ	CARANAVI	COLONIA SABAYA
805401282007703		HIDALGO	CHALUCA	MIRIAM YOVANA	F	09/09/1995	NN	NINGUNO	NINGUNO	
805400672008160		HUANCA	VILLALBA	VIDAL	M	05/04/1997	BOL	LA PAZ	CARANAVI	COLONIA VILLA ESPERANZA
805400642007884	10010637	LARICO	CALLE	ALDO	M	24/06/1997	BOL	LA PAZ	CARANAVI	CARRASCO LA RESERVA
805400672007552		MAMANI	PUCHO	REYNALDO	M	22/08/1996	BOL	LA PAZ	CARANAVI	LA ESPERANZA
8054006420071013	9133820	MAMANI	QUISPE	VICTOR SERGIO	M	28/09/1996	NN	NINGUNO	NINGUNO	
805400642007859	9140545	MAMANI	VARGAS	LUPE	F	29/07/1997	BOL	LA PAZ	MURILLO	LA PAZ - CIUDAD LA PAZ
80540065200767	9181968	MAMANI	ZANTANDER	JUAN CARLOS	M	12/01/1997	BOL	LA PAZ	CARANAVI	COLONIA SABAYA
8054006420071142	9132087	MENDOZA	CANALLA	MARIA ADELA	F	16/10/1997	NN	NINGUNO	NINGUNO	
8054006520078A	9182529	PEREDES	QUISPE	FRANZ RUBER	M	27/10/1995	BOL	LA PAZ	CARANAVI	CARANAVI
8054006420071563	9134290	PINEDO	ARANA	FRANZ CRISTIAN	M	04/10/1993	BOL	LA PAZ	NOR YUNGAS	CORONICO
805400642007868	9139018	QUISPE	MALLQUI	DOUGLAS	M	21/12/1996	BOL	LA PAZ	CARANAVI	COLONIA CULTURAL UNIDOS
70700012007922	8288482	QUISPE	MAMANI	ABRAHAM	M	25/10/1996	BOL	LA PAZ	CAMACHO	CHILILAYA
8054006420071138	9182059	QUISPE	QUENTA	JUAN CARLOS	M	19/05/1995	BOL	LA PAZ	CARANAVI	COLONIA SABAYA
805400732007410	9134908	QUISPE	QUISPE	EFRAIN	M	30/09/1998	BOL	LA PAZ	NO EXISTE EN CNPV	JICHUHUAYA
80540069200762	913406	SALGADO	CORINA	ALFREDO	M	16/07/1996	BOL	LA PAZ	CARANAVI	CARRASCO LA RESERVA
805400672008121		SILLO	ALIAGA	WILLIAM	M	20/05/1993	BOL	LA PAZ	CAMACHO	CHOROBAMBA

NIVEL : Secundaria Comunitaria Vocacional GRADO : Cuarto PARALELO : A TURNO : MAÑANA

RUDE	C.I.	PATERNO	MATERNO	NOMBRE	G.	FECHA NAC.	PAIS	DEPARTAMENTO	PROVINCIA	LOCALIDAD
8054006420071118	9133181	CALCINA	CALLA	MERY ELSA	F	12/01/1994	BOL	LA PAZ	MURILLO	LA PAZ
8054006420071965		CARITA	MAMANI	JHOVANNA	F	10/08/1996	BOL	LA PAZ	MURILLO	NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ
8054007220071754		CHALCO	MAMANI	ABEL ENOC	M	20/09/1995	BOL	LA PAZ	CARANAVI	CARRASCO LA RESERVA
4073007920079663		CHURA	QUENTA	YECIKA RUCELA	F	15/12/1995	BOL	LA PAZ	CARANAVI	CARRASCO DE RESERVA
805401862007270	9134035	HUANCA	CONDORI	MARINA	F	25/12/1994	BOL	LA PAZ	CAMACHO	MOCOMOCO
805400672007462	9138977	LARICO	MAMANI	JAVIER	M	02/11/1996	BOL	LA PAZ	NO EXISTE EN CNPV	THOLANI
8054006420071525	9140885	MACHACA	BARRERA	ANGELICA	F	03/12/1994	BOL	LA PAZ	CARANAVI	COLONIA EDUARDO AVAROA
805401282007404	8095552	MAMANI	CHAVEZ	MARLENE	F	23/08/1996	BOL	LA PAZ	CARANAVI	CARRASCO
805400132008838	9133885	MAMANI	GOMEZ	SONIA TEREZA	F	12/10/1994	BOL	LA PAZ	NO EXISTE EN CNPV	CHOROBAMBA
8054006420071730	9133818	MAMANI	QUISPE	LAURA VIVIANA	F	05/02/1994	BOL	LA PAZ	LABECAJA	TIPUANI
806500062007741	6917869	MASI	TRUJILLANO	WILMER	M	14/02/1995	BOL	LA PAZ	CARANAVI	ALTO SAN LORENZO
805400642007142A	8095566	PAMPA	MAMANI	JHONNY EULOGIO	M	15/12/1994	BOL	LA PAZ	CARANAVI	CARRASCO LA RESERVA
805400642007131A	9133116	POMA	COAQUIRA	EDWIN GERMAN	M	12/11/1995	BOL	LA PAZ	CAMACHO	INCAS
805400672007505		PUCHO	QUISPE	BLADIMIR	M	02/02/1996	BOL	LA PAZ	CARANAVI	ESPERANZA
8054006420071248	9134181	QUISPE	MAMANI	CINTHYA MELINA	F	20/06/1997	BOL	LA PAZ	CARANAVI	COLONIA SIEMPRE UNIDOS
80540067200767A	6187182	SANCHEZ	ORTEGA	FREDDY	M	28/08/1997	BOL	LA PAZ	CARANAVI	ESPERANZA
8054006420071305	9134064	VARGAS	CANAZA	RONAL	M	24/02/1996	BOL	LA PAZ	NOR YUNGAS	BELLA VISTA
805401282007381	18010474	VARGAS	TRUJILLANO	JUAN CARLOS	M	15/09/1997	BOL	LA PAZ	NOR YUNGAS	COROICO
8054006420071271	9140804	VEGA	QUISPE	JHUDITH ROCIO	F	17/09/1996	BOL	LA PAZ	MURILLO	LA PAZ
										TOTAL CURSO : 19

NIVEL : Secundaria Comunitaria Vocacional GRADO : Cuarto PARALELO : B TURNO : MAÑANA

RUDE	C.I.	PATERNO	MATERNO	NOMBRE	G.	FECHA NAC.	PAIS	DEPARTAMENTO	PROVINCIA	LOCALIDAD
805400672007456	9140163	CALLISAYA	CHAMBI	CANCIO	M	20/10/1995	BOL	LA PAZ	LOS ANDES	CHACHACOMANI
805400672007461	9138975	CALLISAYA	LAUBA	SILVIA	F	13/08/1995	BOL	LA PAZ	LOS ANDES	CHACHACOMANI
8054006420071280	9132027	HERRERA	COLQUE	KEVIN JHONATAN	M	24/05/1997	BOL	LA PAZ	CARANAVI	CARANAVI
8054006420071180	9140888	MACHACA	BARRERA	ROBERTO	M	08/04/1996	BOL	LA PAZ	CARANAVI	CARRASCO LA RESERVA
8054006420071343	9133326	MACHACA	MAMANI	EMMA JIMENA	F	25/05/1996	BOL	LA PAZ	CARANAVI	CARRASCO LA RESERVA
805401552010807	9138201	MAMANI	CONDORI	WILLIAN SANDRO	M	11/08/1996	BOL	LA PAZ	CARANAVI	SIEMPRE UNIDOS
805400642008193	9140882	MAMANI	POMA	BETTO	M	24/07/1995	BOL	LA PAZ	CARANAVI	CARRASCO LA RESERVA
8054001120078084	9131766	MAMANI	QUISPE	ALEJANDRA NOEMI	F	28/05/1995	BOL	LA PAZ	CARANAVI	ESPERANZA
8064006420071415	9134041	MENDOZA	CAUNALLA	JUAN	M	22/03/1996	BOL	LA PAZ	CARANAVI	CARRASCO LA RESERVA
8054006420071104	9134037	MOLLO	POMA	WILFREDO	M	24/01/1996	BOL	LA PAZ	CARANAVI	AGUAS TURBIAS
8054006420071324		OBANDO	ZEGARRA	ELIGEO	M	15/04/1993	BOL	POTOSI	NOR CHICHAS	COLONIA CULTURAL UNIDOS
8054006420071654	9182528	PAREDES	QUISPE	GONZALO	M	20/07/1994	BOL	LA PAZ	CARANAVI	SABAYA
805401282007397	9140907	PARIGUANA	HUANCA	MERY LUZ	F	25/05/1996	BOL	LA PAZ	CARANAVI	CARRASCO
8054006420071229		PINEDO	ARANA	SILVINA	F	01/09/1995	BOL	LA PAZ	NOR YUNGAS	COROICO
8054006420071085	6974185	QUIJHUA	POMA	GUADALUPE	F	22/09/1995	BOL	LA PAZ	CAMACHO	CANAL MAYA
8054006420071028	9134245	QUISBERT	CHINCHE	CRISTIAN	M	02/11/1995	BOL	LA PAZ	CARANAVI	PEREGRINOS
8054006420071707	9140227	QUISPE	QUISPE	BLANCA	F	12/08/1995	BOL	LA PAZ	CARANAVI	CARRASCO LA RESERVA
8054015520101261	10009925	VELASQUEZ	QUISPE	MERY	F	09/06/1995	BOL	LA PAZ	CARANAVI	COLONIA CULTURAL UNIDOS
805400672007547		VILLCA	ESPINOZA	EFRAIN	M	02/10/1995	BOL	LA PAZ	CARANAVI	HUATAJATA
										TOTAL CURSO : 19

NIVEL : Secundaria Comunitaria Vocacional GRADO : Quinto PARALELO : A TURNO : MAÑANA

RUDE	C.I.	PATERNO	MATERNO	NOMBRE	G.	FECHA NAC.	PAIS	DEPARTAMENTO	PROVINCIA	LOCALIDAD
805401282007815	9096107		TARQUI	ANGEL	M	02/08/1995	BOL	LA PAZ	CARANAVI	CENTRAL SAN LORENZO - BAJO
8054006420071620	9137502	ALIAGA	ESCOBAR	ANTONIO	M	24/10/1995	BOL	LA PAZ	CARANAVI	COLONIA HUATAJATA

IDENTIFICACION	FECHA	NOMBRE	SEXO	PAIS	DEPARTAMENTO	PROVINCIA	CIUDAD
8054006420071544	9134101	ALVAREZ	F	BOL	LA PAZ	MURILLO	EL TURAL UNIDOS
805400720075114	8283616	ARITA	M	BOL	LA PAZ	MURILLO	EL TURAL UNIDOS
8054006420071764	9095811	CARRION	F	BOL	LA PAZ	MURILLO	EL TURAL UNIDOS
805401282007290	9132926	CHAGUAS	F	BOL	LA PAZ	MURILLO	EL TURAL UNIDOS
8054006420071690	9095789	CHAVEZ	F	BOL	LA PAZ	MURILLO	EL TURAL UNIDOS
8054006420071597	9133180	CHURBA	F	BOL	LA PAZ	MURILLO	EL TURAL UNIDOS
8054006420071592	8339856	CONDORI	M	BOL	LA PAZ	MURILLO	EL TURAL UNIDOS
8054006420071592	10807690	CUBA	M	BOL	LA PAZ	MURILLO	EL TURAL UNIDOS
805401282007308	9131902	LUCAS	M	BOL	LA PAZ	MURILLO	EL TURAL UNIDOS
8054006420071669	9136388	MACHACA	M	BOL	LA PAZ	MURILLO	EL TURAL UNIDOS
8054006420071892	9134185	MACHACA	M	BOL	LA PAZ	MURILLO	EL TURAL UNIDOS
8054006420071892	8376303	MACHACA	M	BOL	LA PAZ	MURILLO	EL TURAL UNIDOS
8054006420071936	9136920	MAMANI	M	BOL	LA PAZ	MURILLO	EL TURAL UNIDOS
8054006420071673	9133139	MAMANI	M	BOL	LA PAZ	MURILLO	EL TURAL UNIDOS
805401282007329	9095823	PARI	M	BOL	LA PAZ	MURILLO	EL TURAL UNIDOS
805401282007334	6834818	PARIGUANA	M	BOL	LA PAZ	MURILLO	EL TURAL UNIDOS
805401282007836	9139136	QUISE	M	BOL	LA PAZ	MURILLO	EL TURAL UNIDOS
805400642007594	9140210	QUISE	M	BOL	LA PAZ	MURILLO	EL TURAL UNIDOS
805400642007601	9136154	QUISE	M	BOL	LA PAZ	MURILLO	EL TURAL UNIDOS
8054006420071472	9182055	QUISE	M	BOL	LA PAZ	MURILLO	EL TURAL UNIDOS
8054006420071487	9182855	QUISE	M	BOL	LA PAZ	MURILLO	EL TURAL UNIDOS
707000332007857	9182494	QUISE	M	BOL	LA PAZ	MURILLO	EL TURAL UNIDOS
7070003320071261	9182812	QUISE	M	BOL	LA PAZ	MURILLO	EL TURAL UNIDOS
8054006420071601	9137492	QUISE	M	BOL	LA PAZ	MURILLO	EL TURAL UNIDOS
8054006420071510	9100124	RODRIGUEZ	M	BOL	LA PAZ	MURILLO	EL TURAL UNIDOS
8054006420071535	9136920	SAUNZA	M	BOL	LA PAZ	MURILLO	EL TURAL UNIDOS
80540155200885	9133962	TICONA	F	BOL	LA PAZ	MURILLO	EL TURAL UNIDOS
8054006420071559	9136562	VARGAS	F	BOL	LA PAZ	MURILLO	EL TURAL UNIDOS
8054006420071559	9136562	VARGAS	F	BOL	LA PAZ	MURILLO	EL TURAL UNIDOS
805401282007222	9137506	VELASQUEZ	F	BOL	LA PAZ	MURILLO	EL TURAL UNIDOS
805400782007551	9131980	VELASQUEZ	F	BOL	LA PAZ	MURILLO	EL TURAL UNIDOS
805401282007243	9095297	VILCA	M	BOL	LA PAZ	MURILLO	EL TURAL UNIDOS
805400642008290	9132021	ZEGARRA	F	BOL	LA PAZ	MURILLO	EL TURAL UNIDOS

IDENTIFICACION	FECHA	NOMBRE	SEXO	PAIS	DEPARTAMENTO	PROVINCIA	CIUDAD
805400642007825	9133347	PUCHO	M	BOL	LA PAZ	CARANAVI	CENTRO CAFETAL
8054006420071840	9134099	ALVAREZ	M	BOL	LA PAZ	MURILLO	NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ
80540155200846	9188008	AYALA	F	BOL	LA PAZ	MURILLO	CALLATA
80540155200768	9140268	CAPÍ	M	BOL	LA PAZ	MURILLO	CUTURHUAYA
80540155200797	9091107	CARDERO	M	BOL	LA PAZ	MURILLO	CUTURHUAYA
805400782007465	9131148	CHME	F	BOL	LA PAZ	MURILLO	COLONIA CULTURAL UNIDOS
805401552007129		CORINA	F	BOL	LA PAZ	MURILLO	FERNANDEZ
80540155200878	9095608	JUMPIRE	F	BOL	LA PAZ	MURILLO	INGAS
8054006420071864	9136484	LAURA	F	BOL	LA PAZ	MURILLO	CARRASCO LA RESERVA
8054006420071855	9136481	LAURA	F	BOL	LA PAZ	MURILLO	COLONIA DOS POZOS
805401282007771	9139028	LAURA	F	BOL	LA PAZ	MURILLO	ROSAJO - ENTRE RIOS
805401282007342	8339078	LOVERA	F	BOL	LA PAZ	MURILLO	FERREGRINOS
80540155200819	9095553	MAMANI	F	BOL	LA PAZ	MURILLO	TIPUANI
8054006420071745	9140110	MAMANI	F	BOL	LA PAZ	MURILLO	IRPA CHICO
8054006420071817	9140503	NINA	F	BOL	LA PAZ	MURILLO	CARRASCO LA RESERVA
805400642007175A	9095250	PAMPA	M	BOL	LA PAZ	MURILLO	CARANAVI
805401552007839	8338882	PADEDES	M	BOL	LA PAZ	MURILLO	NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ

80540155200860000	9095522	PARI	TENORIO	HENRY IRINEO	M	29/01/1994	BOL	LA PAZ	LARECAJA	SORATA
80540155200721A	6034830	PARIGUANA	QUISPE	REYNALDO	M	01/04/1993	BOL	LA PAZ	MURILLO	LA PAZ
80540067200781A	9132130	PUCHO	PLATERO	YOVANA	F	27/12/1993	BOL	LA PAZ	CARANAVI	CARRASCO
805401552007433	8339066	SAUZA	SANDOVAL	BETTY MARIA	F	24/12/1992	BOL	LA PAZ	CARANAVI	COLONIA SABAYA
805401282007724	9096019	TUCUPA	CHAMBL	JUAN CARLOS	M	05/01/1993	BOL	LA PAZ	CARANAVI	CARANAVI
80540078200734	9096222	ULURI	CHURATA	RENE	M	24/07/1994	BOL	LA PAZ	CAMACHO	QUERAPI
805400782007236	9096070	ULURI	HUANCA	FRANKLIN	M	18/06/1994	BOL	LA PAZ	MURILLO	EL ALTO
										TOTAL CURSO: 24
										TOTAL UNIDAD