

**PERCEPCIÓN DE RIESGO DE CONTRAER VIH EN ADULTOS JÓVENES DE LA REGIÓN
DE VALPARAÍSO, CHILE.**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR AL GRADO DE
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

Investigador Responsable

Lorena Bettancourt Ortega

Coinvestigadores

Consuelo Allendes Salinas

Alexandra Córdova Briones

Camila Díaz Quezada

Daniella León Pérez

Andrea Molteni Gómez

Andrea Núñez Livesey

Gianfranco Rubiño Soto

María José Santander Serrano

Pía Silva Araya

Valparaíso, Chile, 2018

Agradecimientos

Queremos agradecer a cada persona que nos acompañó en el desarrollo de este proyecto de pregrado. El apoyo entregado nos facilitó el completar este estudio de forma integral como se tenía planeado.

Agradecemos a nuestra investigadora responsable Señora Lorena Bettancourt Ortega, por la guía académica y colaboración en cada etapa del proyecto.

En segundo lugar a los y las adultos jóvenes que aceptaron participar de la investigación, por compartir eventos muy significativos e íntimos de sus vidas.

A las y los profesionales que permitieron el desarrollo del estudio, Señora Sandra Gallardo González, jefa de servicio, por abrirnos el Servicio Médico y Dental de la Universidad de Valparaíso como espacio de campo para el estudio y apoyo en difusión. Al Señor Javier Morán Kneer coordinador del Centro de Atención Psicológica de la Universidad de Valparaíso por el nexo con la tesis en apoyo a participantes de ser necesario. A la Señora Viviana Ledezma Rojas, encargada del programa y vigilancia VIH/ITS de la Secretaría Regional Ministerial de Salud de Valparaíso, por facilitarnos la actualización del tema principal y apoyo en la realización del presente trabajo.

A las y los profesionales a cargo de las asignaturas de investigación de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, por el fundamento teórico que nos facilitó el desarrollo del presente estudio y la motivación constante que nos entregaron para despertar el interés en la investigación en enfermería.

Y por último, pero no menos importante, agradecemos a nuestras familias y seres queridos por su constante comprensión y apoyo a lo largo de este proceso.

Resumen

Objetivo: Conocer la percepción de riesgo de contraer VIH en adultos jóvenes, de 18-24 años, asistentes al Servicio Médico y Dental de los Alumnos de la Universidad de Valparaíso, de la Región de Valparaíso.

Materiales y Método: Estudio cualitativo exploratorio descriptivo con muestreo no probabilístico voluntario, que incluyó a 7 estudiantes universitarios de 18-24 años. Como técnica de recolección de información se utilizó una entrevista semiestructurada basada en el Modelo de Promoción de Salud de Nola Pender junto con un diario de campo que ayudó a complementar el relato de los adultos jóvenes. El análisis de datos se realizó mediante la técnica de análisis de contenido.

Resultados: Dentro de los relatos, se describen 9 de las 11 variables definidas en el modelo. Se encontraron 6 categorías emergentes, de las cuales 2 pertenecen al modelo de Nola Pender, siendo éstas influyentes en la percepción del riesgo de contraer VIH: conocimiento, construcción de una relación de pareja, crítica al contexto y percepción del riesgo. Las categorías que más influyeron en la percepción de riesgo de los sujetos fueron: influencias personales, construcción de una relación de pareja y afectos relacionados de la actividad.

Conclusión: El Modelo de Promoción de Salud ayudó entender la percepción de riesgo que presentan los adultos jóvenes, junto con las variables que influyen en ella, la cual se construyó por acontecimientos y situaciones que causaron miedo de contraer ITS/VIH o de un embarazo no deseado. Los adultos jóvenes presentaron una actitud curativa y no preventiva con respecto a su salud, influenciada por la alta emocionalidad en la toma de decisiones, demostrando que no existe un plan de acción para adoptar una conducta promotora de salud, por lo que se debe pensar en la forma de cómo se entrega la información, educación y políticas a nivel país.

Palabras Clave: Adulto joven, riesgo, VIH, enfermería, investigación cualitativa (Fuente: BIREME - DeCS).

Abstract

Objective: Know the perception of risk of contracting HIV in young adults, 18-24 years of age, that assist the Medical and Dental Service of the Students of the University of Valparaíso, of the Valparaíso Region.

Materials and Method: A qualitative, exploratory, descriptive study with a non probabilistic voluntary sample, that included 7 university students aged 18-24. As a information collection technique, a semi structured interview based on the Health Promotion Model from Nola Pender was used collectively with a field diary that helped complete the young adults story. The data analysis was done using the technique of content analysis.

Results: Within the reports, 9 of the 11 variables were defined in the Health Promotion Model. The results show 6 emerging categories, from which 2 of these correspond to Nola Pender's model, the other 4 emerging categories influence the perception of the risk of contracting HIV: knowledge, building a relationship, criticizing the context and perception of risk. The categories that influenced the risk perception of the subjects the most were: personal influences, construction of a relationship and the related affects of the activity.

Conclusion: The Health Promotion Model helped to understand the perception of risk that young adults have, as well as the variables that have influenced it, that were constructed by events and situations that caused fear to acquire STD/HIV or an unwanted pregnancy. The young adults presented a healing attitude and not preventive regarding of their health. Influenced by a high emotionality in decision making, demonstrating that there is no plan of action to adopt a health promoting behavior, which is why we should think about how information, education and policies are delivered at a national level.

Keywords: Young adult, risk, HIV, nursing, qualitative investigation (Source: BIREME - DeCS).

Índice

Capítulo 1: Introducción	1
1. Introducción	2
1.1. Objetivos	4
1.1.1. Objetivo General	4
1.1.2. Objetivos Específicos	4
Capítulo 2: Marco Referencial	5
2.1. Marco Teórico	6
2.1.1. Virus Inmunodeficiencia Humana (VIH)	6
❖ Vigilancia Epidemiológica VIH/SIDA en Chile	10
❖ Plan Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS	12
2.1.2. Desarrollo Evolutivo del Adulto Joven	14
2.1.3. Riesgo de Contraer una Enfermedad	16
2.1.4. Conductas Sexuales de Riesgo del Adulto Joven	18
2.1.5. Vulnerabilidad	21
2.1.6. Percepción de Riesgo	21
2.1.8. Modelo de Promoción de la Salud	23
2.1.9. Definición Operacional de Variables del Modelo de Promoción de Salud	30
2.2. Marco Empírico	32
2.2.1. Antecedentes Epidemiológicos	32
❖ Situación Internacional	32
❖ Situación Continental: América Latina y Caribe	34
❖ Situación Nacional	38
❖ Situación Regional: Región de Valparaíso	39
2.2.2. Estudios Relacionados	42
❖ Riesgo de Contraer Enfermedades	43
❖ Conductas Sexuales de Riesgo	43
❖ Vulnerabilidad	46
❖ Percepción de Riesgo	47

❖ Instrumentos sobre Percepción de Riesgo	52
Capítulo 3: Material y Métodos	54
3.1. Diseño de la Investigación	55
3.2. Reclutamiento Participantes	56
3.3. Participantes	57
3.4. Criterios de Inclusión y Exclusión	58
3.5. Recolección de la Información	58
3.6. Prueba Piloto	60
3.7. Plan de Análisis de la Información	61
3.8. Consideraciones Éticas	64
Capítulo 4: Resultados	70
4. Resultados	71
4.1. Caracterización Participantes	71
4.2. Clasificación Categorías	71
4.3. Categorías Resultantes	73
4.3.1. Características y Experiencias Individuales	73
❖ Categoría N°1: Conducta Previa Relacionada	73
❖ Categoría N°2: Factores Personales	76
Subcategoría N°1: Factores Personales Biológicos	76
Subcategoría N° 2: Factores Personales Psicológicos	77
Subcategoría N°3: Factores Personales Socioculturales	80
4.3.2. Cogniciones y Afectos Relativas a la Conducta Específica	81
❖ Categoría N°3: Percepción de Beneficios de la Acción	81
Subcategoría N°1: Prevenir ITS y el Daño Posterior	81
Subcategoría N°2: Prevenir Embarazo	82
❖ Categoría N°4: Percepción de Barreras para la Acción	83
Subcategoría N°1: Percepción Negativa del Uso de Preservativo	83
Subcategoría N°2: Otros	84
❖ Categoría N°5: Percepción de Autoeficacia	85

❖ Categoría N°6: Influencias Personales	89
❖ Categoría N°7: Influencias Situacionales	101
4.3.3. Categorías Emergentes	104
❖ Categoría N°8: Afectos Relacionados de la Actividad	104
Subcategoría N°1: Confianza	104
Subcategoría N°2: Miedo	106
Subcategoría N°3: Amor	107
❖ Categoría N°9: Conocimiento	108
Subcategoría N°1: Conocimiento sobre VIH y Grupo de Riesgo	108
Subcategoría N°2: Conocimiento sobre Salud Sexual y Reproductiva	112
Subcategoría N°3: Conocimiento Erróneo	113
Subcategoría N°4: Desconocimiento	115
❖ Categoría N°10: Construcción de una Relación de Pareja	117
❖ Categoría N°11: Crítica al Contexto	118
❖ Categoría N°12: Percepción de Riesgo	122
4.3.4. Resultado Conductual	128
❖ Categoría N°13: Conducta Promotora de Salud	128
Capítulo 5: Discusión, Conclusión y Sugerencias	130
<hr/>	
	130
5.1. Discusión	131
5.1.1. Características y Experiencias Individuales	131
❖ Categoría N°1: Conducta Previa Relacionada	131
❖ Categoría N°2: Factores Personales	133
Subcategoría N°1: Factores Personales Biológicos	134
Subcategoría N°2: Factores Personales Psicológicos	135
Subcategoría N°3: Factores Personales Socioculturales	136
5.1.2. Cogniciones y Afectos relativos a la Conducta Específica	137
❖ Categoría N°3: Percepción de Beneficios para la Acción	137
❖ Categoría N°4: Percepción de Barreras para la Acción	138
Subcategoría N°1: Percepción Negativa del Uso de Preservativo	138
Subcategoría N°2: Otros	139

❖ Categoría N°5: Percepción de Autoeficacia	140
❖ Categoría N°6: Influencias Personales	142
❖ Categoría N°7: Influencias Situacionales	149
5.1.3. Categorías Emergentes	151
❖ Categoría N°8: Afectos Relacionados de la Actividad	151
Subcategoría N°1: Confianza	152
Subcategoría N°2: Miedo	153
Subcategoría N°3: Amor	153
❖ Categoría N°9: Conocimiento	154
Subcategoría N°1: Conocimiento sobre VIH y Grupo de Riesgo	154
Subcategoría N°2: Conocimientos sobre Salud Sexual y Reproductiva	155
Subcategoría N°3: Conocimiento Erróneo	155
Subcategoría N°4: Desconocimiento	156
❖ Categoría N°10: Construcción de una Relación de Pareja	157
❖ Categoría N°11: Crítica al Contexto	159
❖ Categoría N°12: Percepción de Riesgo	161
5.1.4. Resultado Conductual	165
❖ Categoría N°13: Conducta Promotora de Salud	165
5.1.5. Aplicación del Modelo de Promoción de Salud en Percepción de Riesgo de Contraer VIH en Adultos Jóvenes.	167
5.1.6. Limitaciones del Estudio	167
5.2. Conclusiones	168
5.3. Sugerencias	174
Capítulo 6: Referencias Bibliográficas	176

Índice de Tablas

Tabla N°1: Sistema de Clasificación para la Infección por VIH y definición ampliada de vigilancia de caso de SIDA para adolescentes y adultos.	10
Tabla N°2: Relación entre el Modelo de Promoción de la Salud y el concepto de Percepción de Riesgo.	29
Tabla N°3: Tendencia de nuevas infecciones de VIH en adultos (mayores de 15 años), por país, 2010-2017	34
Tabla N°4: Casos confirmados por ISP que ingresan al nivel secundario	42
Tabla N°5: Relación objetivos, variables y preguntas	63
Tabla N°6: Clasificación Categorías	71

Índice de Gráficos

Gráfico N°1: Gráfico de personas que viven con VIH en el mundo, 2016.	33
Gráfico N°2: Gráfico prevalencia VIH en Países más afectados de Latinoamérica.	37
Gráfico N°3: Gráfico Incidencia VIH 2016 en países más afectados de Latinoamérica.	37
Gráfico N°4: Gráfico del nivel de escolaridad de personas viviendo con VIH del 2007 al 2016.	41

Índice de Figuras

Figura N°1: Diagrama Modelo de Promoción de Salud.	25
Figura N°2: Diagrama Modelo de Promoción de Salud aplicado a la percepción de riesgo de contraer VIH en adultos jóvenes, por los participantes del estudio.	167

Índice de Anexos

- Anexo N°1: Esquema Marco Teórico
- Anexo N°2: Instrumento de Recolección de Datos
- Anexo N°3: Protocolo de Contención Emocional para los investigadores que entrevistan a adultos jóvenes de 18 a 24 años sobre percepción de riesgo de contraer VIH
- Anexo N°4: Acta de Aprobación N°32/2018
- Anexo N°5: Consentimiento Informado
- Anexo N°6: Carta de Apoyo SEMDA
- Anexo N°7: Carta de Compromiso CAPSI
- Anexo N°8: Flyer de Reclutamiento
- Anexo N°9: Unidades de Sentido Categorizadas
- Anexo N°10: Certificados de Contención Emocional
 - Consuelo Allendes Salinas
 - Alexandra Córdova Briones
 - Camila Díaz Quezada
 - Daniella León Pérez
 - Andrea Molteni Gómez
 - Andrea Núñez Livesey
 - Gianfranco Rubiño Soto
 - Mª José Santander Serrano
 - Pía Silva Araya

Capítulo 1: Introducción

1. Introducción

La percepción de riesgo de contraer VIH/SIDA que poseen las personas se presenta como factor fundamental al momento de adoptar conductas preventivas y/o promotoras de salud, las que de no ser llevadas a cabo, pueden terminar siendo perjudiciales para la población. Mientras que la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA) se ha transformado en una problemática de salud pública debido al significativo aumento experimentado a lo largo de los años.

A nivel mundial 76,1 millones de personas contrajeron la infección por VIH desde el comienzo de la pandemia, mientras que la cifra de personas que contrajeron VIH en 2016 asciende a 1,8 millones (1). Actualmente hay 17,1 millones de personas con VIH sin saber su condición (2). En Chile, la actual cifra es de 6.000 casos de VIH positivo el año 2017 (3). En cuanto a las estadísticas por regiones, se destaca a la región de Valparaíso como una de las con mayor incidencia de VIH en la población con 380 casos confirmados en personas mayores de 13 años durante el año 2015, siendo éste el dato más actualizado (4).

En Chile, según la Octava Encuesta Nacional de Juventud, la mayoría de los adultos jóvenes entre 15 y 29 años han comenzado su actividad sexual con penetración, siendo similar el porcentaje entre hombres y mujeres activas, donde 1 de cada 2 adultos jóvenes se inicia sexualmente en la adolescencia, etapa en la cual se incorporan conductas protectoras de la salud, salud sexual y reproductiva o conductas de riesgo (5). El grupo etario de 20-29 años, es indicado como el más afectado con casos de VIH positivo a nivel nacional, llegando casi al 40% de prevalencia del total (5). Este rango etario, en general, no tiene la madurez cerebral, social y emocional para enfrentar procesos relacionados con la reproducción, lo que provoca que muchos inicien una actividad sexual temprana, caracterizada por múltiples parejas sexuales y no utilización de condón (6). Más de la mitad de los adultos jóvenes que inició su vida sexual refiere no haber usado algún método preventivo en su primera relación que evite el contagio de ITS y/o VIH, y el 22% declara no haber usado ningún método en su última relación sexual, siendo ambas cifras indicativas de una conducta sexual de alto riesgo (5). Se puede definir conducta sexual de riesgo como la exposición de una persona a situaciones que puedan ocasionar daños a su propia salud o a la de otra persona, especialmente a través de la posibilidad de contagio por Infecciones de Trasmisión Sexual (ITS) como el VIH (6).

Esta situación deja de manifiesto la baja percepción de riesgo de los adultos jóvenes, la cual se puede repetir en un futuro al exponerse al contagio de ITS. El concepto de percepción de riesgo ante el contagio es definido como la percepción de amenazas sobre la propia salud que tienen las personas. Ésta se encuentra determinada por valores generales sobre la salud, creencias específicas sobre vulnerabilidad personal ante una enfermedad (percepción de vulnerabilidad) y en el caso particular del VIH, las creencias manifestadas con las conductas y estilos de vida de una persona y de las medidas de protección que utiliza (6). Es importante señalar que una baja percepción de riesgo potenciaría el aumento de la vulnerabilidad de las personas a contraer el virus, debido a que la adopción de medidas de protección sería un resultado directo de la percepción de riesgo real al contagio de VIH (7).

La baja percepción de riesgo en los adultos jóvenes también se puede ver evidenciada en algunos estudios, siendo relevante uno realizado en España donde se obtuvo que el 65% de los participantes se percibía con menor riesgo que sus compañeros de universidad de contraer VIH; siendo las mujeres, los heterosexuales y los que poseen una relación estable los que se perciben como más invulnerables (8). Sumado a esto, en un Instituto Politécnico en Cuba se obtuvo que más de la mitad de los estudiantes resultó tener poca percepción respecto de ITS/VIH/SIDA y un 20% no tiene percepción de riesgo (9). A partir de este estudio cualitativo se obtuvo que la principal fuente de información sobre las ITS eran las/los amigos y los medios audiovisuales (9). Un hallazgo significativo fue que muy pocos participantes señalan criterios sobre percepción de riesgo, tales como: varios contactos sin protección, nivel de conocimiento sobre las ITS/VIH/SIDA, uso de preservativo para prevenir ITS/VIH/SIDA y percepción sobre los grupos de personas con riesgo de contraer ITS/VIH/SIDA (9).

De acuerdo a esta situación, conocer la percepción de riesgo de contraer VIH y los factores que influyen en ésta, es de gran relevancia al momento de realizar intervenciones de prevención y promoción de salud que sean efectivas y enfocadas específicamente al ciclo de vida de las personas. En el caso de los adultos jóvenes, la importancia de una educación sexual temprana entregada por profesionales de salud radica en prepararlos para llevar una vida sexual segura, con conocimientos y medidas de prevención sobre los riesgos a los que se pueden enfrentar y evitar así que contraigan alguna infección de transmisión sexual. El profesional enfermera/o cumple un rol fundamental en el equipo de salud en la ejecución de prevención y promoción de la salud durante todo el ciclo vital de las personas, es por esto que el profesional debe estar capacitado para realizar educaciones y entregar información acorde a las necesidades de los

adultos jóvenes y así disminuir el grado de desconocimiento, creencias y mitos que existe en este grupo etario, lo que podría disminuir su exposición a factores de riesgo que puedan contribuir a contraer VIH.

Para la realización de esta investigación, se utilizará como guía el modelo de enfermería de Nola Pender "Modelo de Promoción de la Salud" (MPS). Éste permite comprender los comportamientos de las personas relacionados con su bienestar, sus conductas promotoras de salud y las motivaciones para su realización (10). A su vez, el modelo en cuestión será aplicado con el concepto de percepción de riesgo, esto con el fin de comprender íntegramente las motivaciones y comportamientos de la población a investigar.

En base a lo expuesto, se formula la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la percepción de riesgo de contraer VIH en adultos jóvenes de 18-24 años asistentes al Servicio Médico y Dental de los Alumnos (SEMDA) de la Universidad de Valparaíso, de la Región de Valparaíso durante el segundo semestre del 2018?

1.1. Objetivos

1.1.1. Objetivo General

- Conocer la percepción de riesgo de contraer VIH en adultos jóvenes, de 18-24 años, asistentes al Servicio Médico y Dental de los Alumnos de la Universidad de Valparaíso, de la Región de Valparaíso.

1.1.2. Objetivos Específicos

- Identificar las características y experiencias individuales de los adultos jóvenes en relación al riesgo de contraer VIH.
- Identificar los afectos y cogniciones relacionados al riesgo de contraer VIH.
- Identificar el resultado de conducta preventiva.

Capítulo 2: Marco Referencial

2.1. Marco Teórico

2.1.1. Virus Inmunodeficiencia Humana (VIH)

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), pertenece a un grupo viral conocido como retrovirus, los que portan su material genético en la forma de Ácido Ribonucleico (ARN), su estructura contiene en un centro viral el ARN rodeado de una envoltura constituida por glucoproteínas que sobresalen (11).

Entre las vías de transmisión más frecuentes se encuentran:

1. Vía sexual: se puede producir cuando tiene lugar una penetración (vaginal, oral o anal) sin protección, es decir, sin utilizar un preservativo (12). La vía sexual es la principal vía de transmisión del VIH, a través de fluidos corporales del portador/a tales como secreciones vaginales y líquido seminal (12).

2. Vía sanguínea: al compartir jeringas, agujas, otro material de inyección o cualquier instrumento punzante o cortante no esterilizado adecuadamente (12). También puede transmitirse por pinchazos o cortes con instrumental contaminado en el caso de trabajadores sanitarios (accidentes biológicos) y a través de transfusiones sanguíneas, uso de hemoderivados o trasplantes de órganos en países con controles sanitarios inadecuados (12).

3. Transmisión vertical (madre/hijo): durante el embarazo, el parto o la lactancia a través de la leche materna, líquido amniótico y la sangre, teniendo menos incidencia ya que se incluye la prueba de detección del VIH durante el seguimiento médico del embarazo, así como el tratamiento para evitar la transmisión en el caso de que la embarazada esté infectada por el VIH (12).

Los líquidos corporales anteriormente mencionados contienen viriones libres y linfocitos T CD4+ infectados, por esta razón transmiten la enfermedad a su receptor (11).

El VIH tiene como objetivo células específicas, llamadas receptores CD4, expresados en la superficie de los linfocitos T, los monocitos, células dendríticas y microglía cerebral, es decir, las células CD4 son componentes claves del sistema inmunológico que nos protege de las

infecciones y enfermedades. Al ser el punto objetivo del virus el funcionamiento de estas células se daña, por lo que comienza un deterioro progresivo de las defensas, donde deriva la llamada inmunodeficiencia (11, 13). Para lograr la infección las glucoproteínas del VIH deben unirse a los sitios de fijación tanto del CD4 como del CCR-5 para fijarse en la membrana celular de CD4+, lo que causa la fusión del VIH con el linfocito T (11). Ya fijado en la célula hospedadora el virus se replica (11). El ciclo de vida del VIH consiste en ocho pasos (11): 1) Fijación: Las glucoproteínas del VIH se fijan con el receptor CD4+ no infectado del hospedador, logrando la fusión con el linfocito T; 2) Eliminación del recubrimiento: El ARN se vacía hacia el linfocito T CD4+; 3) Síntesis de ADN (ácido desoxirribonucleico): El VIH cambia su material genético de ARN a ADN bicatenario, con la instrucción de replicación viral; 4) Integración: El ADN entra al núcleo del linfocito CD4+ y mediante la integrasa se mezcla con el ADN del linfocito CD4+, provocando una infección permanente. Antes de este paso la persona no infectada solo ha estado expuesta al virus, pero no infectada. Con la integración concretada, la infección por VIH es de por vida; 5) Transcripción: Linfocito T CD4+ se activa y el ADN bicatenario forma ARN mensajero (ARNm) monocatenario, que produce nuevos virus; 6) Traducción: El ARNm crea cadenas nuevas de poliproteínas portadores de componentes necesarios para la producción de nuevos virus; 7) División: La enzima proteasa del VIH corta la cadena de poliproteína en proteínas individuales, las que son los nuevos virus; 8) Gemación: Las nuevas proteínas y el ARN viral migran a la membrana del linfocito T CD4+ infectado, emergen del linfocito y reinician el proceso.

Mientras los linfocitos CD4+ están en reposo, sin dividirse, el VIH está en un estado de latencia, que produce pocas o ninguna partícula viral, cuando un linfocito T que alberga este ADN integrado, conocido como provirus, se activa en contra del VIH u otros microorganismos, el linfocito empieza a producir nuevas copias tanto del ARN como proteínas virales (11). La activación de la célula infectada se logra mediante antígenos, mitógenos, algunas citocinas o productos genéticos virales del virus, por lo que un linfocito CD4+ infectado se activa, ocurre la replicación y gemación del VIH, lo que destruye la célula hospedadora, los VIH recientemente formados son liberados hacia la sangre e infectan otros linfocitos CD4+ (11).

El diagnóstico cataloga la infección por VIH y SIDA en base a los padecimientos clínicos relacionados con la infección por VIH y recuento de linfocitos T CD4+, cabe mencionar que el recuento normal de linfocitos T CD4+ es de 500 a 1500/mm³, y éste tiene un sistema de clasificación (11).

Inicialmente, la etapa Infección primaria, infección por VIH aguda/reciente o síndrome del VIH agudo (11). Es el periodo desde la infección por el virus hasta la generación de anticuerpos específicos anti-VIH; antes de esto hay un período donde la persona VIH positiva tiene resultados negativos en la prueba del anticuerpo anti-VIH en sangre, aunque esté infectada y sea altamente infecciosa, pues su carga viral es muy alta (11). Esta etapa se caracteriza por concentraciones altas de replicación viral, diseminación amplia del VIH en todo el organismo y la destrucción de linfocitos T CD4+, conduciendo a disminuciones relevantes en recuentos de linfocitos (11). Aquí se produce una reacción a la infección y de respuesta se causan otras células inmunitarias como los linfocitos CD8+, que aumentan la eliminación de células infectadas productoras del virus (11). En este punto es importante mencionar que la cantidad restante del virus en el organismo después de esta respuesta inmunitaria inicial se denomina carga viral estable, la que provoca un estado estable de la infección con una duración de años (11). Esta etapa incluye fase sintomática aguda y de infección temprana, pueden presentar síntomas de síndrome retroviral agudo con fiebre, linfadenopatía, faringitis, exantema cutáneo, mialgias-artralgias y otros padecimientos (11).

En segundo lugar, el VIH asintomático (categoría A, más de 500 linfocitos T CD4+/mm³), también llamada fase de latencia clínica (11, 14). Después de alcanzar la carga viral estable, las personas VIH positivas entran a una etapa crónica, donde el sistema inmunitario no puede eliminar el virus, esta carga viral estable varía y dicta la velocidad del avance de la enfermedad, pasan de 8 a 10 años antes de que surja una complicación importante relacionada con el VIH, si es que no hay uso de medicamentos anti-VIH, en esta prolongada etapa los pacientes se sienten bien y tienen pocos o ningún síntoma, y el conteo de linfocitos T CD4+ perduran suficientemente altos para conservar las respuestas de defensa inmunitaria, aunque no tengan síntomas relacionados, pueden propagar el virus a otras personas (11, 14).

Entre la segunda y tercera etapa se encuentra una subetapa, el VIH sintomático (categoría B: 200 a 499 linfocitos T CD4+/mm³) (11). Avanzando el tiempo, las células T CD4+ disminuyen gradualmente, ésta se denomina categoría B, condiciones/padecimientos sintomáticas, presentando 1) condiciones causadas por infección de VIH o defecto de la inmunidad celular, ó 2) condición con un desarrollo clínico o requiere de tratamiento que la infección de VIH complica, según la condición que presente la persona se clasifica en categoría de VIH sintomático o de SIDA (11).

Y por último, se llega a un estadio más avanzado (categoría C: menos de 200 linfocitos T CD4+/mm³), la tercera etapa, denominada Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), se define por la presencia de una o más de las 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH (11). Es la fase más grave de la infección por VIH, el virus ha destruido el sistema inmunitario, el cuerpo no puede luchar contra las infecciones oportunistas y el cáncer, una vez que la persona ha tenido padecimientos de la categoría C permanece en ella aún cuando los linfocitos T CD4+ tengan una recuperación con el tratamiento (11, 14). Sin tratamiento las personas que viven con SIDA generalmente sobreviven unos 3 años (14).

La situación nacional de acuerdo al diagnóstico pasa por verificar un Caso Confirmado, que se define como toda persona cuyos resultados de las pruebas de laboratorio han sido confirmados por el Instituto de Salud Pública (ISP) (15). Luego se realiza una etapificación clínica-inmunológica de caso de infección por VIH en adulto, a toda persona adulta con examen VIH positivo confirmado por el ISP (15). La clínica abarca a las patologías presentes al momento de la etapificación y la inmunológica al recuento absoluto de linfocitos TCD4 (15). Entonces, la etapificación del paciente, requiere realizar el cruce entre el recuento de linfocitos TCD4 (1, 2 ó 3) y las etapas clínicas (A, B o C) como lo muestra la tabla 1 (15). Esta clasificación es denominada Etapificación de Casos de VIH – SIDA en adultos por *Centers for Disease Control and Prevention* (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades - CDC, en 1993) (15).

Tabla N°1: Sistema de Clasificación para la Infección por VIH y definición ampliada de vigilancia de caso de SIDA para adolescentes y adultos

	Categorías Clínicas		
Categorías Diagnósticas	A VIH asintomático, agudo o LGP	B Sintomático, padecimientos no (A) ni (C)	C Padecimientos indicadores de SIDA
Categoría de linfocito T CD4+			
1) $\geq 500/\text{mm}^3$	A1	B1	C1*
2) 200 - 499/mm^3	A2	B2	C2*
3) $< 200/\text{mm}^3$ Indicador de SIDA Recuento de linfocitos T	A3*	B3*	C3*

*Las personas con padecimientos indicadores de SIDA (categoría C) y quienes están en la categoría A3 y B3 se considera que ya están en etapa de SIDA.

Fuente: Enfermería medicoquirúrgica (11).

❖ Vigilancia Epidemiológica VIH/SIDA en Chile

En Chile, la vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA es llevada a cabo por el Ministerio de Salud, desde el primer caso notificado en el país, el cual fue reportado en el año 1984, y correspondió a una persona que adquirió la infección fuera del país (15). En 1984 el Decreto Supremo (DS) N°11 del 10/08/1984 (normativa reguladora de la notificación de enfermedades transmisibles de declaración obligatoria) incluyó el SIDA entre las Infecciones de Transmisión Sexual, especificando la necesidad de realizar un registro de todos los casos (15).

Posteriormente en documentos complementarios al DS N°11, en 1985 el DS N°197 incluyó un artículo en el que se establece la omisión de nombre, apellido y domicilio de la persona con ITS, respetando su anonimato (15). En 1987 el DS N° 466 crea las primeras normas para aplicación de un programa de Vigilancia Epidemiológica del SIDA y del VIH (15).

Luego en 2001 en el DS N°371 se regula el procedimiento de examen para la detección del virus, considerando que la notificación obligatoria debe realizarse luego de la confirmación y entrega de resultados al paciente (15).

Tipo de Vigilancia

Según el Decreto Supremo N°712 en el año 2000, el VIH/SIDA se convierte en Enfermedad de Notificación Obligatoria (ENO), en conjunto con el actualmente vigente DS N°158 el año 2004 (Reglamento sobre Notificación de Enfermedades Transmisibles), donde se establece al VIH/SIDA como ENO universal y diaria, que debe ser notificada a la Autoridad Sanitaria por el establecimiento asistencial (15).

La vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA en Chile tiene como objetivo conocer la magnitud, tendencia y características de la epidemia en nuestro país, los factores de riesgo relacionados con la adquisición de la infección y las vías de transmisión, así se podrá utilizar este conocimiento para evaluar el impacto de las medidas de prevención y control realizadas en Chile (15).

Sistema de Notificación

Como se mencionó anteriormente, la notificación de todo caso confirmado de VIH/SIDA es obligatoria, universal y de periodicidad diaria (15). Ésta se realizará a través de los siguientes formularios (15):

- Boletín ENO (15): Todo caso confirmado por el Instituto de Salud Pública (ISP) deberá ser notificado en este formulario previo a la confirmación de identidad e independiente del diagnóstico clínico. Al igual que en todas las ITS se podrá omitir el nombre y apellidos del paciente, reemplazando esto por su RUT, y en el caso del domicilio, consignando sólo la comuna a la que corresponda, garantizando así confidencialidad de los datos entregados.
- “Formulario de Notificación de Caso de VIH/SIDA” (15): Luego de realizado el diagnóstico clínico e inmunológico, se procederá a completar este formulario, el cual será enviado a la Secretaría Regional Ministerial (SEREMI) desde los establecimientos asistenciales respectivos y posteriormente mediante formato electrónico serán enviados

al Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) y al Ministerio de Salud (MINSAL) de manera confidencial.

- “Formulario de Notificación de Cambio de etapa a SIDA” (15): Se debe registrar este formulario en el caso de cambio de progresión de la enfermedad, de VIH a SIDA. Éste también será recibido por la SEREMI desde los establecimientos asistenciales y en formato electrónico al DEIS y al MINSAL.

Es importante mencionar que cada vez que un caso cambie de etapa y ya esté ingresado al sistema de vigilancia, se generará una alerta indicando que “el código ya existe”, si en el proceso, el sexo u otras variables no son coincidentes con el caso, se deberá interrumpir la digitación hasta que sean verificados los datos, con el fin de determinar que la información corresponda al mismo caso (15).

En el caso de pacientes fallecidos donde el VIH/SIDA no fue detectado previamente, se deberá completar el Boletín ENO y el “Formulario de Notificación de Caso de VIH/SIDA” con la información correspondiente (15).

Todos los formularios deben contener al menos el 90% de la información completa (15). Para esto, en el formulario debe estar la información correspondiente a las siguientes variables: fecha de notificación, Servicio de Salud y establecimiento desde el cual se realiza la notificación, autoridad Sanitaria correspondiente, RUT, código de identificación, sexo, fecha de nacimiento, edad, escolaridad, profesión u oficio, ocupación, comuna de residencia, nacionalidad, datos del estado de salud y del diagnóstico de la persona completos, fecha de confirmación del ISP, número de registro del ISP, conducta sexual declarada, factores de riesgo, etapificación inmunológica y clínica con la respectiva clasificación final e identificación completa de la persona que notifica el caso (15).

❖ **Plan Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS**

A partir de las últimas estadísticas publicadas por la ONUSIDA, Chile se encontraría dentro de los 10 países que ha sufrido mayor alza en el contagio del VIH, situándose entre las naciones con incidencia del 50% o más, entre 2010 y 2017 (3). El ISP indica que a septiembre los casos crecieron en un 96% focalizándose en el grupo de los adultos jóvenes entre 15 y 29 años (16).

Para el Ministerio de Salud (MINSAL), el alza en los contagios también se relaciona con una mayor realización de exámenes para detectar el virus; según las cifras, entre 2011 y 2017 se elevaron de 889.000 a 1.184.000 los exámenes (16).

Ante esta situación, el presente gobierno implementa el Plan Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA, sin embargo, a diciembre del año 2018 el plan no ha tenido grandes avances en temas de implementación (16).

El Plan Nacional de Prevención y Control de VIH/SIDA apunta a la necesidad de reforzar las estrategias preventivas y diagnósticas (17). Éste tiene como fin disminuir la transmisión del VIH a través de estrategias de testeo y prevención combinada; promoción del sexo seguro y medidas de prevención del VIH, especialmente en adolescentes y adultos jóvenes; aumentar la detección precoz; fortalecer la red de atención de VIH del sistema público; y disminuir la mortalidad a causa de esta enfermedad, son parte de los objetivos principales que contempla esta iniciativa (17, 18).

Este plan tiene como punto abordar el VIH desde un enfoque biopsicosocial con 3 ejes estratégicos principales. La primera, lograr una comunicación social que pueda sensibilizar a la población en temas de VIH/SIDA con el fin de reducir el estigma y discriminación que se genera en torno a este tema (17, 18). En segundo lugar, favorecer y/o entregar la prevención combinada, incorporando los test rápidos y autotesteo en los niveles de atención, aumentar el acceso a preservativos masculinos e incorporar preservativo femenino, además de la inclusión de fármacos de pre-exposición (PrEP) y post-exposición justificada a usar solo en los grupos de mayor riesgo, es decir, implementando primero el PrEP a personas no contagiadas con conductas de riesgo, la que tiene que ir en conjunto con educación sexual, condón y pareja única (17, 18). Finalmente, la tercera estrategia, realizar una revisión del modelo de atención, de gestión y de vigilancia (17, 18). Se pretende con ésta última, aumentar los centros de atención de VIH, acentuar las estrategias de prevención de la transmisión vertical del VIH asegurando la cobertura y el testeo, asegurar la disponibilidad de fármacos, tanto para las personas que se encuentran en control, como para los casos nuevos, con el objetivo de aumentar la eficiencia en la gestión (18).

En contraste a las líneas estratégicas más relevantes del Plan Nacional efectuado durante el año 2016, a grandes rasgos, el mencionado anteriormente omite la implementación de métodos

preventivos como fármacos de pre-exposición o preservativos femeninos, centrando sus recursos en una mayor disponibilidad de preservativos masculinos como único método preventivo (19). Además, la actualización del Plan Nacional del año 2018, incluye dentro de sus estrategias el aumento de centros de atención de VIH, mientras que anteriormente las estrategias se encontraban enfocadas en la implementación y fortalecimiento de sistemas de vigilancia epidemiológica por sobre planes concretos para la atención de personas (19).

2.1.2. Desarrollo Evolutivo del Adulto Joven

Según Freud, en la pubertad, es donde mujeres y hombres viven un proceso rápido de crecimiento, se inicia la fase genital, la cual duraría hasta el resto de la vida (20). Esta etapa incluye el renacimiento del interés por las distintas dimensiones de la sexualidad (20).

El desarrollo físico suele ser rápido y en distintos tiempos para cada persona, pudiendo provocar un desequilibrio corporal que resulta difícil de asimilar fácilmente (20). Este proceso definirá las relaciones establecidas por los adultos jóvenes, sobre todo en el caso de las mujeres, las cuales suelen alcanzar la madurez antes que el hombre de su edad (20). Producto de estos cambios, se genera una preocupación mayor por la propia imagen y el cuerpo, aumentando también la apertura a distintas formas de identificación cultural, sobre todo las adquiridas a través de los medios de comunicación (20). Los adultos jóvenes completan su definición de sí mismos por medio de factores externos tales como: el uso de productos de moda, la manera de vestir u otros objetos que definan en él o ella un estilo determinado de vida (20).

Otra dimensión a considerar en el desarrollo sexual de los adultos jóvenes es el desplazamiento del interés de la sexualidad, la cual ahora se centra en ellos mismos, en las propias experiencias, sentimientos y descubrimiento de nuevas sensaciones (20). Por esta razón, este grupo etario, tiene la necesidad de obtener elementos que le ayuden a comprender e integrar este conjunto de nueva información e ideas. Resulta importante que se encuentren correctamente informados del proceso en aspectos biológicos y psicosociales antes de que se produzca (20).

Los adultos jóvenes perciben cambios que se van produciendo en su cuerpo, los cuales cambian su posición con respecto al entorno, provocando cierta ansiedad (20). Estos cambios,

son parte de la explicación por la cual los adultos jóvenes tienden a racionalizar todo, queriendo tener control sobre todas las situaciones (20).

Los adultos jóvenes tienden a querer distanciarse del mundo adulto en general, buscando su autonomía e independencia, queriendo establecer relaciones con sus pares, quienes se convierten en un punto fundamental del aprendizaje social (20). No obstante, recientemente se ha ofrecido una explicación alternativa a estas peculiaridades comportamentales de los adultos jóvenes (21). De acuerdo con esta nueva teoría, las dificultades de los adultos jóvenes para tomar decisiones adecuadas no radican exactamente en su inmadurez cognitiva, sino en el desequilibrio entre el procesamiento emocional y racional de las situaciones (21). Este nuevo enfoque, denominado "Modelo del Sistema Dual", plantea que la inmadurez característica en las decisiones de los adultos jóvenes se debe a la interacción entre dos sistemas neurales con distintos grados de desarrollo: un sistema esencialmente emocional, orientado hacia la búsqueda de recompensas (Sistema Socioemocional), y un sistema de naturaleza lógica y racional (Sistema de Control Cognitivo) (21). De acuerdo con este modelo, durante la adolescencia el Sistema de Control Cognitivo no ha alcanzado completamente su maduración, mientras que el Sistema Socioemocional sí (21). Por esta razón, en esta etapa aparecen conductas con elevados componentes de riesgo, pues los impulsos generados por las estructuras profundas del cerebro (especialmente el sistema límbico) no pueden ser adecuadamente inhibidos por las regiones de la corteza prefrontal (21). Esta situación no ocurre durante la niñez, porque los dos sistemas poseen niveles de desarrollo equivalentes, como también ocurre en la juventud y la adultez (21).

El pensamiento posformal, el cual regularmente comienza en la adultez emergente gracias a la exposición con la educación superior (22). Se caracteriza por la capacidad para lidiar con la incertidumbre, la inconsistencia, la contradicción, la imperfección y el compromiso (22). El pensamiento posformal es flexible, abierto, adaptable e individualista (22). Recurre a la intuición y la emoción para enfrentar las situaciones (22). El cambio del pensamiento posformal puede ser emocionalmente perturbador, los adultos jóvenes pueden ser influenciados con facilidad por sus emociones para distorsionar su pensamiento de manera que satisfaga sus intereses y los protejan (22).

Se podría afirmar que la información que reciben los adultos jóvenes proviene principalmente de amigos, de materiales gráficos o de la propia experiencia personal, hechos facilitadores de

la adquisición de conocimientos erróneos, manteniendo ciertos mitos y de una vivencia escondida de su sexualidad (20). Esta situación, sumada al conjunto de características que definen al adulto joven tales como la transición, inestabilidad emocional, búsqueda de independencia, experimentación, entre otros (20). Influye en que se considere a este determinado grupo etario (adolescente tardío y adulto joven) como un grupo de riesgo relacionados con salud, especialmente, de comportamientos sexuales (20).

2.1.3. Riesgo de Contraer una Enfermedad

El concepto de riesgo corresponde a la probabilidad de que un fenómeno, de origen natural o humano, se produzca en un determinado tiempo y espacio generalmente con un resultado desfavorable (23). Además, se define como la posibilidad de pérdida o lesión, asimilándose muchas veces con el concepto de peligro, el cual corresponde a la exposición al riesgo de ser lesionado, destruido o perdido (24).

El riesgo implica un futuro que remite inevitablemente en una situación siempre contingente, en el cual, el posible daño que se genere es consecuencia de las decisiones abordadas en el presente (25). Ante esto, surge el riesgo de la decisión, el cual difiere del riesgo provocado de forma externa o atribuida al entorno, puesto que este último corresponde al concepto de peligro (25).

La universalización del concepto de riesgo permite que éste sea utilizado como un esquema de observación de la dinámica y eventos de la sociedad moderna, por lo que es posible anticipar el acaecimiento de un posible daño, ya que el riesgo no depende de las características objetivas derivadas de los daños, sino de cómo estos son observados, provocando que para algunos sujetos algunos eventos signifiquen un riesgo o un peligro (25).

El riesgo puede ser entendido desde dos planos: riesgo real y riesgo subjetivo, y ser valorado desde un enfoque individual o colectivo (25). El riesgo real, corresponde a aquel basado en indicadores objetivos individuales o colectivos, los cuales pueden ser incontrolables (como lo son las catástrofes naturales o epidemias) o predecibles (como podría ser el consumo excesivo de alcohol en personas y su repercusión en la salud) (26). Por otra parte, el riesgo subjetivo se basa en percepciones o creencias individuales o colectivas, por lo que el concepto en sí se torna variable (26).

El concepto de riesgo desde el punto de vista de la Salud Pública y epidemiología se maneja como una concepción probabilística, es decir, estima la probabilidad de que ocurra un peligro, este último entendido como un sinónimo de riesgo (27). El riesgo es una medida, generalmente expresada en tasa, la cual evalúa la probabilidad de que personas sanas se encuentran expuestas a ciertos factores, desarrollen un daño en su salud en un lugar y período determinado (28).

Ante lo anteriormente expuesto, la utilidad del concepto de riesgo desde un enfoque epidemiológico radica en que, a través de éste, es posible realizar estudios estadísticos para determinar los riesgos de morir o enfermar de una población específica, aislando e identificando factores de riesgo, conductas de riesgo y etiquetar poblaciones y colectivos de riesgo (28). Al lograr evaluar estos aspectos, es posible medir también la necesidad de atención por parte de poblaciones específicas, determinando prioridades en salud y definiendo necesidades de reorganización de los servicios de salud (28).

Cabe destacar que, al abordar el riesgo de contraer enfermedades, emerge el concepto de “Factor de Riesgo” (FR) a lo largo de la búsqueda bibliográfica, por lo que se sugiere necesario ahondar dentro de éste.

Para este concepto, factor de riesgo, se establecen tres eras distintas, primero *estadísticas sanitarias*, segundo la *epidemiología de las enfermedades infecciosas* y por último, la actual *era de la epidemiología de enfermedades crónicas* (29). En ésta última, el concepto de factor de riesgo utilizado por primera vez por el investigador Thomas Dawber en el año 1961, para referirse a determinadas situaciones que influyen al padecimiento de cardiopatía isquémica; abarca toda situación o circunstancia que aumenta las probabilidades de una persona o colectivo de sufrir una enfermedad o cualquier otro problema de salud (30).

P.F Grundy durante la década de 1970, delimita el concepto de factor de riesgo a aquellas características ambientales o endógenas que anteceden al comienzo de una enfermedad y/o se halla asociada a una enfermedad, sin definir si esto ocurre por asociación estadística o netamente casual, pero que sí tiene una posibilidad de intervención sobre éstas y se reconocen como detectables (29). Esta imprecisión del término permite que cualquier variable independiente (factor) que influya sobre una variable dependiente (enfermedad), pase a ser denominada “factor de riesgo” (29). Sin embargo, actualmente, se acepta implícitamente que

un factor de riesgo debe tener un carácter de causalidad médica o de otros campos de la ciencia (29).

Un FR puede ser clasificado como biológico (edad, género), ambiental (exposición a contaminantes, abastecimiento deficiente de agua), sociocultural (educación), económico (ingresos), asociado a comportamientos o estilos de vida (consumo de alcohol, tabaquismo) o ser relacionado con la atención en salud (calidad de la atención, cobertura de atención insuficiente) (28). Es posible, que la interacción entre estos distintos factores de riesgo genere un aumento del efecto aislado de cada uno de los factores (28).

2.1.4. Conductas Sexuales de Riesgo del Adulto Joven

En la sexualidad humana se han identificado diversos factores asociados a las conductas sexuales de riesgo, como la falta de competencias para el ejercicio de una sexualidad responsable, inicio temprano de la actividad sexual, una baja percepción de riesgo, las presiones de grupo, número de parejas sexuales, abuso de alcohol y de sustancias psicoactivas, la inadecuada información que se tiene respecto a las infecciones de transmisión sexual, y otras variables que ubican a los jóvenes en una situación de vulnerabilidad debido a la influencia de grupos y como de creencias erróneas sobre el uso del condón, entre otros (31).

El comportamiento sexual es la práctica construida y compartida socialmente, de la cual emergen los significados asociados al ejercicio de la sexualidad (32). Ante esto, las prácticas sexuales se definen como patrones de actividad sexual de individuos y comunidades con suficiente consistencia para ser predecibles y los cuales se encuentran enmarcados en lo común o compartido (32).

Contrario a las prácticas sexuales, las conductas sexuales abarcan patrones de actividad sexual de connotación individual, abarcando desde el inicio del coito, relaciones homosexuales y heterosexuales, y masturbación (32).

Las conductas sexuales de riesgo radican en aquellas actividades del ámbito sexual que influyen en la probabilidad de generar situaciones nocivas para el sujeto, tales como mantener relaciones sexuales sin preservativo o consumo excesivo de alcohol (32).

Las conductas de riesgo en los adultos jóvenes son aquellas acciones voluntarias o involuntarias, realizadas por el individuo o comunidad, que pueden llevar a consecuencias nocivas (33). Estas conductas son múltiples y pueden ser biopsicosociales (33). En su desarrollo contribuyen diferentes características propias de la edad. En los adultos jóvenes por ejemplo, es debido a la sensación de invulnerabilidad o mortalidad negada, la necesidad y alto grado de experimentación emergente, la susceptibilidad a influencia y presión de los pares con necesidad de conformidad intragrupal, la identificación con ideas opuestas a los padres y necesidad de transgresión en el proceso de autonomía y reafirmación de la identidad, el déficit para postergar, planificar y considerar consecuencias futuras (corteza prefrontal en desarrollo) y otros como la influencia de la testosterona en hombres, la asincronía de desarrollo tanto en mujeres (pubertad precoz y riesgos en sexualidad), como en hombres (retraso puberal y conductas para validación de pares) (33).

Las conductas sexuales de riesgo están definidas como la exposición del individuo a una situación que puede ocasionar daños a su salud y a la salud de otra persona (33). Las infecciones de transmisión sexual y los embarazos no deseados constituyen los dos principales problemas asociados con la conducta sexual de riesgo (33). Estas conductas han sido medidas explorando variables como la edad de la primera relación sexual, frecuencia de la actividad sexual, la cantidad de parejas en un determinado tiempo, el uso de preservativo durante las relaciones sexuales, el uso de otros métodos anticonceptivos (33).

Las conductas sexuales de riesgos que se adoptan son consecuencia de determinados factores: Biológicos, desarrollo cognitivo y afectivo, motivacional, la familia, el grupo de iguales, el consumo de alcohol y drogas, educación sexual recibida y los medios de comunicación (33).

Un grupo de riesgo se define como “grupo de personas que en virtud de su condición biológica, social o económica, de su conducta o ambiente, son más susceptibles a determinados problemas de salud que el resto de la población” (20). Algunos autores prefieren diferenciar grupo de riesgo y conducta de riesgo, la cual se define como “Forma específica de comportamiento de la cual se conoce su relación con un problema de salud determinado” (20). La posibilidad de contagio de infecciones de transmisión sexual es una de las consecuencias de la práctica de conductas sexuales de riesgo (20).

Considerar a los adultos jóvenes como un grupo de riesgo de adoptar una conducta riesgosa para su salud, se debe a cuatro aspectos fundamentales (20):

1. Necesidad de Experimentación (20): El proceso de convertirse en adultos provoca una imitación de aquellos aspectos que definen a este grupo etario en general, que los definirían como individuos maduros. En ese sentido, el adulto joven va a mostrar buena aceptación con los modelos propuestos por los medios de comunicación y publicidad, experimentando diversas formas de comportamiento y estilos de vida. Así, comúnmente en esta etapa se integran conductas frecuentes en su entorno como, por ejemplo, las relacionadas con hábitos nocivos, enfrentándose continuamente a situaciones novedosas favoreciendo la búsqueda de límites e intentando experimentar qué sucede cuando estos se sobrepasan.

2. Apetencia por el Riesgo (20): El adulto joven posee un especial sentimiento de invulnerabilidad que le da una sensación de inmunidad ante diferentes situaciones. Así, por ejemplo, aun cuando se tiene conocimiento que una relación sexual sin protección puede producir un embarazo, a menudo las practican en estas condiciones con la creencia que no puede sucederles precisamente a ellos.

3. Ausencia de Formación Adecuada (20): Otra variable importante a tener en cuenta es la falta de información que fundamente la posible toma de decisiones, o aún peor, la adquisición de información errónea que es considerada como correcta. Esto se produce, especialmente cuando la información proviene de fuentes inadecuadas.

4. Actitud de los Adultos (20): La actitud de los adultos frente a la sexualidad de los adultos jóvenes es un punto determinante para las prácticas que estos luego realizan. La falta de reconocimiento o la oposición ante la mantención de relaciones sexuales entre los adultos jóvenes por parte de los adultos tienen como consecuencia dejar en secreto este tipo de experiencias. Para los adultos jóvenes, el hecho de que una determinada conducta o actitud no vaya a ser aceptada por adultos impide un diálogo con estos, relegando esa conversación a su grupo de iguales. Por esta razón, ante el surgimiento de alguna inquietud o dificultad los adultos jóvenes buscarán ayuda, precisamente, entre quienes poseen menor capacidad para ofrecerla.

2.1.5. Vulnerabilidad

La vulnerabilidad se puede definir como aquellas características con las que cuenta una persona o un grupo de personas en una situación determinada, que tienen la posibilidad de influir en su capacidad de anticipación, resistir y poder recuperarse óptimamente de una amenaza (34).

En la construcción de la vulnerabilidad influyen distintas variables tales como riesgo, afrontamiento, resiliencia, estrés, apego e inteligencia emocional, que modulan la configuración del concepto, consiguiendo que finalmente la vulnerabilidad se transforme en un factor de riesgo o de protección en función de cómo actúan dichas variables en la fase final (34).

Las personas vulnerables son aquellas que, por distintos motivos, no tienen desarrollada la capacidad para prevenir, resistir y sobreponerse de un impacto y, por lo tanto, se encuentran en una situación de riesgo (30). Se considera por vulnerabilidad al riesgo o probabilidad de que un individuo, un hogar o una comunidad pueda ser lesionada o dañada a raíz de cambios en las condiciones del contexto en que se ubica o en virtud de sus propias limitaciones (30). En el ámbito de la salud, el concepto de vulnerabilidad se define como la exposición continuada al riesgo (30). La noción de vulnerabilidad con sus distintas facetas permite comprender por qué es más adecuado hablar de vidas que transcurren en el riesgo, que de prácticas de riesgo (30). Si bien el riesgo indica la probabilidad de ocurrencia, la vulnerabilidad es un indicador de inequidad y desigualdad social y exige respuestas en el ámbito de la estructura social y política (30).

2.1.6. Percepción de Riesgo

El concepto de percepción de riesgo se ha ampliado en diversos ámbitos, por lo que hoy en día es posible encontrarlo en investigaciones cualitativas debido a que, con el fenómeno de la globalización y sus cambios inherentes, los avances en la filosofía de las ciencias y la gran innovación tecnológica, nos vemos enfrentados a un ámbito de transiciones y contra transiciones en nuestras formas de vivir, conceptualizar e interpretar los fenómenos y realidades en las cuales nos insertamos (35).

Los términos “riesgo” y “percepción de riesgo” han sido estudiados a lo largo de la historia por distintas disciplinas que se han visto incentivadas por este tema, tales como la psicología, la antropología, la economía, las ciencias ambientales, las ciencias de la salud, la sociología, entre otras. Como lo señala Sjoberg en su artículo “Factors in Risk Perception”, el origen de este ámbito y concepto de estudio surge en la década de los años sesenta en el contexto de la discusión sobre la energía atómica, sus usos y consecuencias (36). Los primeros estudios sobre la conceptualización origen del riesgo se basaron en una esfera de índole eminentemente técnica, ligada ésta al desarrollo de la estadística y con un carácter estrictamente predictivo, es decir, un trabajo cuantitativo (35).

En 1978, Holahan define percepción de riesgo como un proceso donde los individuos pueden modificar o determinar el comportamiento de otras personas; de tal forma que pueden exponerse a situaciones que pueden tener consecuencias negativas en su vida y no percatarse de tal condición (37).

Los desarrollos posteriores respecto al estudio del riesgo han tenido un incremento exponencial, pasando éste a ocupar un lugar privilegiado no solo en el debate académico y en la literatura especializada sino también, en diversos ámbitos de aplicación, donde los riesgos asociados a los procesos de toma de decisiones juegan un rol fundamental (35).

Hoy en día es posible utilizar el concepto de percepción de riesgo en investigaciones cualitativas debido que, con el fenómeno de la globalización y sus cambios inherentes, con los avances en la filosofía de las ciencias y la gran innovación tecnológica nos vemos enfrentados a un ámbito de transiciones y contra transiciones en nuestras formas de vivir, conceptualizar e interpretar los fenómenos y realidades en las cuales nos insertamos (35).

García del Castillo concluye sobre la percepción de riesgo que son procesos cognitivos individuales los que procesan la información, la filtran a través del plano perceptivo y actúan en consecuencia (26). La percepción de riesgo se encuentra entre estos procesos, con la particularidad de que es un elemento fundamental en la adquisición y mantenimiento de los comportamientos relacionados con la salud individual y grupal (26).

El concepto de percepción de riesgo en el ámbito laboral menciona que la percepción de riesgo está dada por los procesos cognitivos que caracterizan a las personas a la hora de buscar

información, debido a que todas las personas perciben las situaciones de riesgo de manera distinta formando de esta manera sus creencias, sus estereotipos, sus actitudes, sus motivaciones, entre otras (38). Otro determinante de la percepción de riesgo es el de la intención que vendría explicado por la actitud hacia la conducta, es decir, la valoración positiva o negativa que se hace de la misma, y por la norma subjetiva o presiones sociales percibidas para ejecutar dichas conductas (38). De esta misma manera la actitud hacia la conducta preventiva está en función de las creencias sobre resultados de la conducta y valoración de tales resultados (38).

De esta manera se puede definir la “percepción de riesgo” como la probabilidad subjetiva y personal según el grado de confianza o creencia de un sujeto sobre la ocurrencia de un fenómeno determinado (39). Esta confianza o creencia mantiene una relación estrecha con el nivel de conocimiento y actitud personal ante lo experimentado, y de acuerdo a esto se observa la capacidad de tomar decisiones frente a situaciones complejas que enfrenta el individuo (39). Hasta cierto punto, la percepción es una reflexión referida al riesgo verdadero, especialmente cuando los riesgos no son bien conocidos (39).

Acercado al campo de la biomedicina, la percepción de riesgo ante el contagio de enfermedades se refiere a la percepción de amenazas sobre la propia salud que tienen las personas (6). Ésta se encuentra determinada por valores generales sobre la salud, sus creencias específicas sobre vulnerabilidad personal ante una enfermedad (percepción de vulnerabilidad), y en el caso particular del VIH, directamente relacionados con las conductas y estilos de vida de una persona y de las medidas de protección que utiliza (6).

2.1.8. Modelo de Promoción de la Salud

Para conocer en profundidad los aspectos que influyen en la percepción de riesgo de los jóvenes de contraer VIH, se propone como referente teórico el “Modelo de Promoción de la Salud” (MPS), desarrollado por la enfermera Nola Pender, ya que permitirá comprender los comportamientos de las personas relacionados con su bienestar, sus conductas promotoras de salud y las motivaciones para su realización (10).

Este modelo busca detallar la naturaleza biopsicosocial y multifacética de las personas en su relación con el entorno al intentar alcanzar un estado de salud deseado a través de la adopción

o no de conductas promotoras de ésta (10). El MPS enfatiza en la perspectiva holística de la enfermería, puesto que abarca características personales de los sujetos que serán vinculadas a conductas fomentadoras de salud a lo largo del ciclo vital.

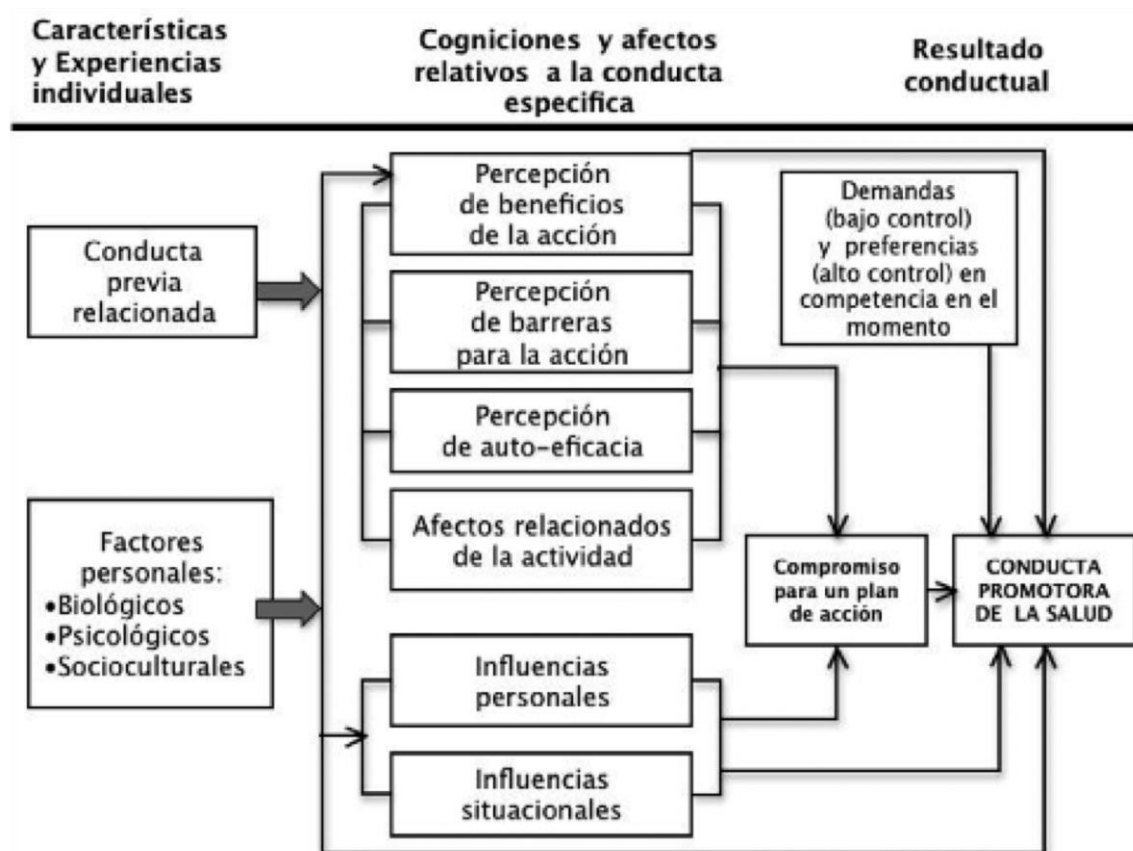
El MPS está inspirado en dos sustentos teóricos: la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura y el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather (10). El primero postula la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta y señala cuatro requisitos para que las personas aprendan y modelen su comportamiento: atención, retención, reproducción y motivación (10). El segundo sustento afirma que la conducta es racional, considera que el componente motivacional clave para conseguir el cambio es la intencionalidad, entendiéndose como el compromiso personal con la acción (10). Al haber una intención clara, concreta y definida por conseguir una meta, aumenta la probabilidad de lograr el objetivo (10).

Nola Pender explica cómo las experiencias y características individuales en conjunto con los conocimientos y afectos específicos de la conducta llevan a la persona a realizar o no distintos comportamientos en salud (40). Estos comportamientos son el objetivo del modelo, el cual es crear conductas promotoras de salud, es decir, el resultado de la acción dirigido al bienestar óptimo de la persona, el cumplimiento personal y la vida productiva. Para lograr esta conducta, la persona debe analizar una serie de factores personales, experiencias, conocimientos y afectos específicos de su conducta, que la llevarán a comprometerse con el plan de acción y finalmente adoptar el objetivo deseado (40).

En el modelo de Pender realiza un diagrama compuesto por once factores cognitivo-perceptuales que influyen en la conducta de salud, organizados en columnas (10). Comienza con las características y experiencias individuales de las personas que incluye: las conductas previas relacionadas y los factores personales (10). Luego, en la segunda columna, se exponen los componentes centrales del modelo, que se relacionan con conocimientos y afectos (sentimientos, emociones y creencias) específicos de la conducta de una persona, los cuales se relacionan e influyen directa e indirectamente en la adopción de un plan de acción (10). Este último constituye el precedente para el resultado final deseado: la conducta promotora de salud (10). En este plan de acción afectan las demandas, en las cuales el individuo tiene un bajo control, tales como trabajo, responsabilidades familiares, entre otras; y las preferencias de la

persona, las cuales corresponden a las actividades de alto control para la persona ya que son las acciones dirigidas a elegir algo (10).

Figura N°1: Diagrama Modelo de Promoción de Salud



Fuente: Modelo de Promoción de la Salud de Pender 1996 (40).

En el diagrama anterior se exponen los once factores cognitivo-perceptuales definidos como "Mecanismos Motivacionales Primarios" de las actividades relacionadas con la promoción de la salud, es decir, factores que influyen en la conducta de salud de las personas, dentro de los cuales se encuentran (40):

1) Conducta Previa Relacionada (40): La frecuencia de la misma conducta o similar en el pasado. Los efectos directos e indirectos de la probabilidad de comprometerse con las conductas de promoción de la salud.

2) Factores Personales (40): Categorizados como biológicos, psicológicos y socioculturales. Estos factores son predictivos de una cierta conducta y están marcados por la naturaleza de la consideración de la meta de la conducta.

a) Factores Personales Biológicos (40): Incluyen variables como la edad, el sexo, el índice de masa corporal, el estado de pubertad, el estado de menopausia, la capacidad aeróbica, la fuerza, la agilidad y el equilibrio.

b) Factores Personales Psicológicos (40): Incluyen variables como la autoestima, la automotivación, la competencia personal, el estado de salud percibido y la definición de la salud.

c) Factores Personales Socioculturales (40): Incluyen factores como la etnia, la aculturación, la formación y el estado socioeconómico.

3) Percepción de Barrera para la acción (40): Los resultados positivos anticipados que se producirán desde la conducta de salud.

4) Percepción de Beneficios para la Acción (40): Bloqueos anticipados, imaginados o reales y costes personales de la adopción de una conducta determinada.

5) Percepción de Autoeficacia (40): El juicio de la capacidad personal de organizar y ejecutar una conducta promotora de salud. La autoeficacia percibida influye sobre las barreras de acción percibidas, de manera que la mayor eficacia lleva a unas percepciones menores de las barreras para el desempeño de esta conducta.

6) Afecto Relacionado con la Actividad (40): Los sentimientos subjetivos positivos y negativos que se dan antes, durante y después de la conducta basada en las propiedades de los estímulos de la conducta en si. El afecto relacionado con la actividad influye en la autoeficacia percibida, lo que significa que cuanto más positivo es el sentimiento subjetivo mayor es el sentimiento de eficacia. Poco a poco, el aumento de sentimientos de eficacia puede generar un mayor afecto positivo.

7) Influencias Personales (40): Los conocimientos acerca de las conductas, creencias o actitudes de los demás. Las influencias personales incluyen: normas (expectativas de las personas más importantes), apoyo social (instrumental y emocional) y modelación (aprendizaje indirecto mediante la observación de los demás comprometidos con una conducta en particular). Las fuentes primarias de las influencias personales son las familias, las parejas y los cuidadores de salud.

8) Influencias Situacionales (40): Las percepciones y cogniciones personales de cualquier situación o contexto determinado que pueden facilitar o impedir la conducta. Incluyen las percepciones de las opciones disponibles, características de la demanda y rasgos estéticos del entorno en que se propone que se desarrollen ciertas conductas. Las influencias situacionales pueden tener influencias directas o indirectas en la conducta de salud.

9) Compromiso para un Plan de Acción (40): El concepto de la intención y la identificación de una estrategia planificada lleva a la implantación de una conducta de salud.

10) Demandas y Preferencias en Competencia en el Momento (40): Las demandas contrapuestas son aquellas conductas alternativas mediante las cuales los individuos tienen un bajo control porque existen contingentes del entorno, como el trabajo o las responsabilidades del cuidado de la familia. Las preferencias contrapuestas son conductas alternativas mediante las cuales los individuos poseen un control relativamente alto, como la elección de un helado o una manzana.

11) Conducta Promotora de Salud (40): El punto de mira o el resultado de la acción dirigido a los resultados de salud positivos, como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva. Los ejemplos de la conducta de promoción de la salud son: mantener una dieta sana, realizar ejercicio físico de forma regular, controlar el estrés, conseguir un descanso adecuado y un crecimiento espiritual y construir unas relaciones positivas.

Este modelo destaca el papel activo del usuario en gestionar las conductas de salud, y dentro de los siete supuestos del Modelo de Promoción de la Salud, los principales a tener en cuenta en el estudio en curso son (10):

Las personas buscan crear condiciones de vida mediante las cuales puedan expresar su propio potencial de la salud humana.

- Los individuos buscan regular de forma activa su propia conducta.
- Los profesionales sanitarios forman parte del entorno interpersonal, que ejerce influencia en las personas a lo largo de su vida.
- La reconfiguración iniciada por uno mismo de las pautas interactivas de la persona-entorno es esencial para el cambio de conducta.

Aquí Pender afirma que existen procesos biopsicosociales complejos que motivan a los individuos para que se comprometan con las conductas destinadas al fomento de la salud (10).

Se encuentra como antecedente una interconexión entre los factores cognitivos-perceptuales, experiencias, creencias y las ideas que los adultos jóvenes poseen respecto al VIH/SIDA y su salud, lo que vincula la autoeficacia percibida (MPS) y la percepción negativa ante métodos de barrera, variable identificada anteriormente en estudios sobre percepción de riesgo (41).

Es relevante entonces el valor respecto a la propia salud que perciba el individuo, ya que mientras mayor sea la importancia que otorgue a esta, será más probable que busque y mantenga conductas promotoras dirigidas a su bienestar a través de comportamientos y características particulares. De esta manera, el concepto de percepción de riesgo toma peso a través del Modelo de Promoción de la Salud, puesto que ambos están directamente relacionados con la percepción de salud de la persona, específicamente salud sexual, es decir, si el sujeto en cuestión no percibe situaciones o conductas amenazantes para su salud, no buscará adoptar conductas promotoras.

Dado esto, el MPS ayudará al profesional a entender el proceso salud-enfermedad, apoyando la práctica de enfermería en su utilización para comprender y promover las actitudes, motivaciones y acciones de las personas particularmente a partir del concepto de autoeficacia definido en el modelo (10). De este modo, la relevancia de la utilización de este modelo se fundamenta en el apoyo para la promoción de la salud, actividad clave en los diferentes ámbitos en que participan los profesionales de enfermería (10).

Según lo anterior para que exista una promoción de la salud en una persona, ésta debe realizar acciones, la que será una conducta promotora de salud, definida como el punto de mira o el

resultado de la acción dirigido a los resultados de salud positivos, como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva. En relación con esta investigación, si un individuo tuviese una alta percepción de su riesgo de contraer VIH, adopta positivamente la conducta promotora de salud, lo que se traduciría en tener relaciones sexuales de manera responsable y segura. Por el contrario, si el individuo no adopta una conducta promotora de la salud sexual, éste no tiene una percepción de riesgo de contraer VIH.

La relación entre el Modelo de Promoción de la Salud con el concepto base, percepción de riesgo, es a través de los factores que componen a cada uno y las similitudes que son capaces de identificarse en la siguiente tabla:

Tabla N°2: Relación entre el Modelo de Promoción de la Salud y el concepto de Percepción de Riesgo

Modelo de Promoción de la Salud (11):	Percepción de Riesgo (39):
"Percepción de Autoeficacia": El juicio de la capacidad personal de organizar y ejecutar una conducta promotora de salud.	Grado de confianza o creencia que se tiene respecto a la ocurrencia de un fenómeno, varía de acuerdo a lo que el sujeto sabe.
"Factores Personales": Estos factores son predictivos de una cierta conducta y están marcados por la naturaleza de la consideración de la meta de la conducta.	Este grado de confianza o creencia es una propiedad que se relaciona más que todo con una actitud y un estado de conocimiento individual del mundo, que a partir de una visión objetiva del mundo.
"Influencias Situacionales": Las percepciones y cogniciones personales de cualquier situación o contexto determinado que pueden facilitar o impedir la conducta. Las influencias situacionales pueden tener influencias directas o indirectas en la conducta de salud.	Otras perspectivas de la percepción de riesgo indican que cuando el individuo se ve enfrentado a tomar decisiones en situaciones y ambientes complejos, éste las toma en función al contexto que se le presenta, sin embargo, son estas mismas decisiones las que podrían traer aparejado errores y sesgos. En la percepción de riesgo se

	<p>observa ante fenómenos tanto de origen natural como antrópico, a partir de la cual los individuos poseen una idea incompleta o vaga de los fenómenos y tienen la tendencia a subestimar el riesgo a causa de la aversión natural a ellos.</p>
--	--

Fuente: Elaboración propia

Conocer la percepción de riesgo de contraer el Virus de Inmunodeficiencia Humana y los factores que influyen en ésta, es de gran relevancia al momento de realizar intervenciones de prevención y promoción de salud que sean efectivas y enfocadas específicamente al ciclo vital de las personas. En el caso de los adultos jóvenes, la importancia de una educación sexual temprana entregada por los profesionales de salud radica en prepararlos para llevar una vida sexual segura, con conocimientos y medidas de prevención sobre los riesgos a los que se pueden enfrentar y evitar así que contraigan alguna infección de transmisión sexual. La profesional enfermera/o debe estar capacitado para realizar educaciones y entregar información acorde a las necesidades de los adultos jóvenes, disminuyendo el grado de desconocimiento, creencias y mitos que existe en este grupo etario, lo que podría reducir la exposición a factores de riesgo que puedan contribuir a contraer VIH.

2.1.9. Definición Operacional de Variables del Modelo de Promoción de Salud

1) Conducta Previa Relacionada: Todo aquello que ha realizado la persona previamente a la entrevista, que esté relacionado con la conducta promotora de salud junto con lo que el participante refiera como su “historia de vida”. La conducta previa se debe hablar en primera persona

2) Factores personales: Lo que el participante refiera de sí mismo, hablando del “yo” personal.

a) Factores personales biológicos: Incluyen variables como la edad, el sexo, el índice de masa corporal, el estado de pubertad, el estado de menopausia, la capacidad aeróbica, la fuerza, la agilidad y el equilibrio.

b) Factores personales psicológicos: Incluyen variables como la autoestima, la automotivación, la competencia personal, el estado de salud percibido y la definición de la salud curativa o preventiva.

c) Factores personales socioculturales: Incluyen variables como la etnia, el barrio, amigos de algún sector sociocultural, pertenecer a un determinado sector socioeconómico.

3) Percepción de Beneficios para la Acción: Beneficio que le otorga la persona a realizar una conducta promotora de salud.

4) Percepción de Barreras para la Acción: Consecuencias negativas que podría generar el uso de condón.

5) Percepción de Autoeficacia: Cuando el participante se define como capaz de hacer o no realizar la conducta promotora de salud, esta puede ser negativa o positiva, asociándolo a la percepción de riesgo. Es la percepción de competencia personal para ejecutar cierta conducta, conforme es mayor, aumenta el compromiso con la acción.

6) Afecto Relacionado con la Actividad: Sentimientos positivos y negativos que se presentan antes, durante y después del acto sexual tales como confianza, miedo, duda, amor, idealización, entre otras. Que podrían afectar y/o modificar la conducta en sí.

7) Influencias Personales: Aquellas influencias, opiniones o acciones que los demás tengan que puedan influir en la conducta del sujeto. Se considera más probable que las personas se comprometan a cumplir alguna determinada conducta de salud cuando personas importantes de su entorno lo hagan o ofrecen ayuda o apoyo.

8) Influencias Situacionales: Situaciones en las que el sujeto se encuentre o se haya encontrado, frente a la adopción de una conducta promotora.

9) Compromiso para un plan de acción: Cuando el sujeto realiza alguna acción para lograr la conducta promotora de salud como, por ejemplo, pedir una hora para una consulta médica, realizarse el test de VIH regularmente, entre otras.

10) Demandas y preferencias en Competencias en el Momento: Las demandas serían aquellas en donde el sujeto tiene escaso control de lo que sucederá debido a su entorno. Las preferencias serían aquellas en las que el sujeto podría decidir por gusto teniendo un control de la situación.

11) Conducta promotora de salud: Acciones realizadas con el fin de cuidar la salud y que se mantengan en el tiempo, podría ser el uso de preservativo, abstinencia, pareja única y realizarse el Test de ELISA regularmente.

2.2. Marco Empírico

2.2.1. Antecedentes Epidemiológicos

❖ Situación Internacional

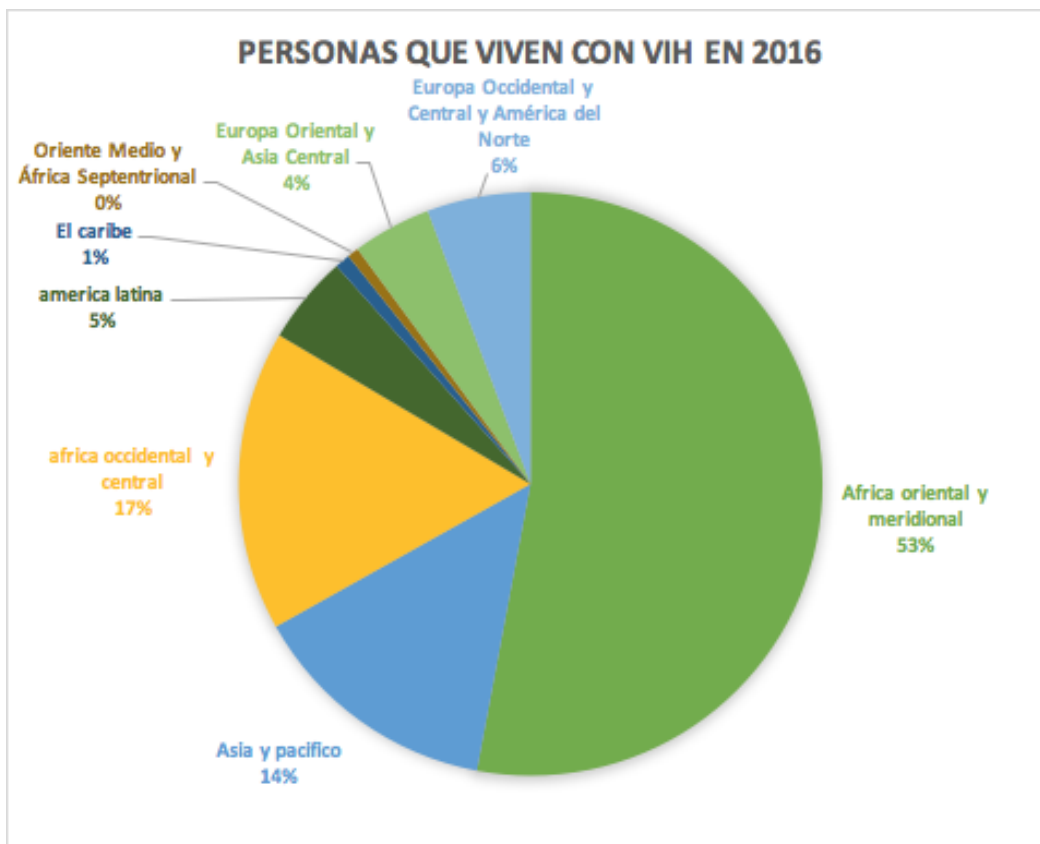
Al año 2016 unos 36,7 millones de personas a nivel mundial vivían con VIH y alrededor de 1,8 millones de personas contrajeron la infección durante este período (1).

Según los datos obtenidos por la OMS, al mismo año existían 25,6 millones de personas infectadas con VIH en África, zona que registra casi dos tercios de las nuevas infecciones por el VIH en el mundo (42). En nueve países del África subsahariana, más del 10% de la población adulta es portadora de VIH y en Botswana, Namibia, Swazilandia y Zimbabwe del 20% al 26% de la población entre 15 y 49 años de edad tiene VIH (43).

En África el virus del VIH está aumentando de manera más avanzada en las zonas rurales que en las ciudades, puesto que más de 2/3 de la población, de los 25 países africanos más afectados por VIH vive en zonas rurales, esto ocurre debido a que en esas zonas hay menos información y servicios de salud que en las ciudades, en consecuencia, tiene menos posibilidades de saber protegerse del VIH y en caso de enfermar, de obtener atención (44).

Dentro de Europa occidental, central y Norteamérica para el año 2016 se contabilizaron 2,1 millones de personas que vivían con VIH (1). Para ese año se produjeron en la región aproximadamente 73.000 nuevas infecciones por el VIH (1).

Gráfico N°1: Gráfico de personas que viven con VIH en el mundo, 2016



Fuente: ONUSIDA. Estadísticas Mundiales sobre el VIH (1).

En uno de los últimos reportes realizado por ONUSIDA en julio del 2018, se valoraron las tendencias por país de las nuevas infecciones de VIH en mayores de 15 años entre 2010-2017, donde una gran cantidad de países disminuyeron sus nuevas infecciones entre un 5-25% y en menor cantidad otros países que disminuyeron aún más sus cifras (45). Pero por otro lado, resulta preocupante la cantidad de países en que los valores de nuevas infecciones de VIH siguen creciendo, donde se encuentran al menos 14 países, entre estos Chile, en que según UNAIDS aumentaron más del 50% los nuevos casos de VIH (45).

Tabla N°3: Tendencia de nuevas infecciones de VIH en adultos (mayores de 15 años), por país, 2010-2017.

Decrease of 50% or more	Cambodia, Mongolia*, Nepal.
Decrease of 25- <50%	Armenia, Austria, Bahamas, Eswatini, France, Kenya, Kyrgyzstan, Malawi, Mauritania, Myanmar, Netherlands, Portugal, Sierra Leone, South Africa, Trinidad and Tobago, Uganda, Zimbabwe.
Decrease of 5- <25%	Albania*, Barbados, Bulgaria, Cameroon, Central African Republic, Cuba, Democratic Republic of the Congo, Denmark, Dominican Republic, El Salvador, Estonia, Gambia, Georgia, Guatemala, Guinea-Bissau, Guyana, Haiti, Indonesia, Iran (Islamic Republic of), Jamaica, Lesotho, Morocco, Mozambique, Namibia, Nicaragua, Niger, Norway, Peru, Romania, Rwanda, Senegal, Serbia, Singapore, Somalia, Spain, Sri Lanka, Togo, Ukraine, United Republic of Tanzania, Uruguay, Zambia.
Change of +/- <5%	Angola, Bolivia, Brazil, Chad, Comoros*, Ecuador, Gabon, Ghana, Guinea, Italy, Japan, Nigeria, Paraguay, Republic of Moldova, South Sudan, Tajikistan.
Increase of 5- <25%	Argentina, Australia, Azerbaijan, Bahrain*, Bangladesh, Belize, Benin, Botswana, Cape Verde, Congo, Côte d'Ivoire, Djibouti, Equatorial Guinea, Honduras, Liberia, Malaysia, Mali, Mexico, Panama, Papua, New Guinea, Slovenia*, Sudan, Tunisia.
Increase of 25- <49%	Algeria, Belarus, Burkina Faso, Burundi, Costa Rica, Cyprus*, Eritrea, Ethiopia, Greece, Luxembourg*, Pakistan, Russian Federation, Suriname.
Increase of 50% or more	Chile, Czech Republic, Egypt, Hungary, Lithuania, Kazakhstan, Kuwait*, Madagascar, Montenegro*, Philippines, Qatar*, Slovakia, The former Yugoslav Republic of Macedonia*, Uzbekistan.

* Countries with fewer than 100 new infections in the adult population.

Fuente: ONUSIDA, Miles to go, 2018 (45).

❖ Situación Continental: América Latina y Caribe

En América Latina, la epidemia se concentra mayoritariamente en determinadas subpoblaciones con comportamientos de alto riesgo, como en hombres que tienen sexo con hombres y en usuarios de drogas inyectables (46). Durante el año 2016, existían 1,8 millones de casos de VIH, 97.000 nuevas infecciones (1). En comparación con el año 2010, las nuevas infecciones no varían significativamente (1).

En México viven 220.000 personas con VIH al año 2016, alcanzando una prevalencia de 0.3% en la población entre 15 y 49 años por cada 1.000 habitantes (47). Así mismo, solo durante este mismo año, 12.000 personas contrajeron el virus (47). Dentro de la población de mexicana, los grupos más afectados respecto al porcentaje de prevalencia de VIH son los hombres homosexuales, hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres (17,3%) y personas transgéneros (17,4%) (47). Ante esto, México posee una política nacional respecto al tratamiento de VIH, otorgando acceso universal a terapia antirretroviral a través del Sistema Público de Salud desde el año 2003, lo que ha permitido disminuir un 22% la incidencia de nuevas infecciones (47).

A pesar de las elevadas cifras que presenta México de VIH+, éste presenta una de las cifras más bajas de prevalencia e incidencia del virus, al igual que Bolivia (47). Este último al año 2016, presentaba 19.000 personas que viven con VIH, con una prevalencia de 0,3% en la población entre 15 y 49 años por cada 1.000 habitantes (47). Al mismo año, existieron 1.100 nuevos casos de infección por el virus (0,10%) (47). La respuesta que ha empleado Bolivia se enmarca dentro del Plan Estratégico Nacional de VIH 2013-2018, en el cual se desarrollan las acciones necesarias para reducir la incidencia de infecciones por VIH, promoviendo el autocuidado y responsabilidad compartida, aumentar el acceso a tratamiento y atención integral del VIH e infecciones asociadas, y eliminar el estigma asociado a personas que viven con VIH, promoviendo los derechos humanos en torno a la atención en salud (47). Producto de esto, desde el año 2010, la incidencia de infecciones por VIH ha disminuido un 22% (47).

En Argentina, al año 2016, viven 120.000 personas con VIH, alcanzando una prevalencia de 0.4% en la población entre 15 y 49 años por cada 1.000 habitantes (47). Durante el mismo año, 5.500 personas contrajeron el virus, alcanzando una incidencia de 0.13% por cada 1.000 habitantes (47). Se reconoce como la población principalmente afectada por VIH en el país, a hombres homosexuales y hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres, alcanzando una prevalencia de 11,4% dentro de este grupo y a prisioneros, los cuales alcanzan una prevalencia de 2.9% (47). Producto de estos datos, Argentina ha movilizó sus recursos con el fin de adoptar un enfoque de prueba y tratamiento desde el año 2015, siendo así el país con la tasa más alta de cobertura estimada de personas con VIH que cuentan con acceso a terapia antirretroviral (47).

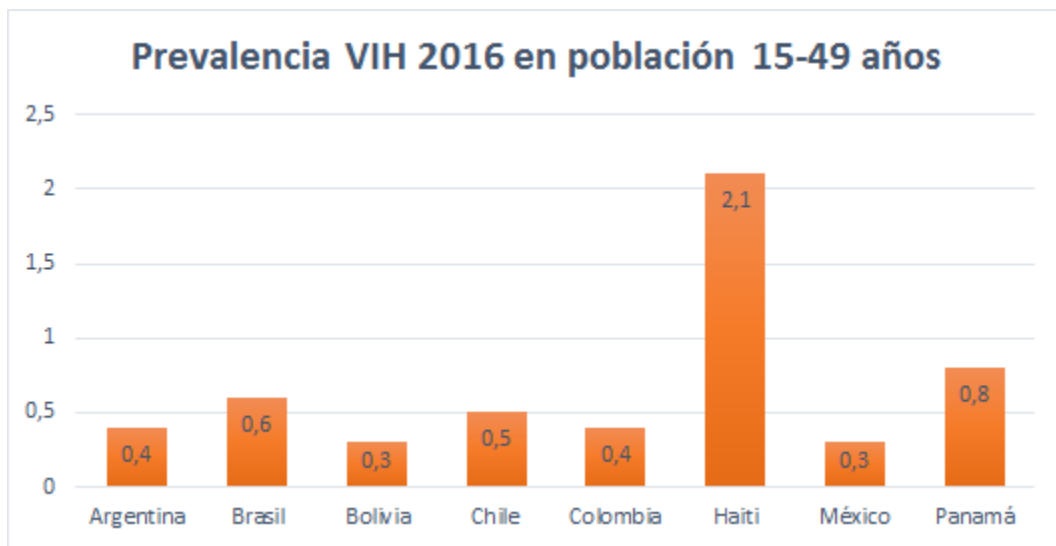
Las cifras de prevalencia e incidencia se ven aumentadas en países como Brasil, Panamá y Haití (47). En el caso de Brasil, 830.000 personas vivían con VIH al año 2016, alcanzando un

0,6% de prevalencia en la población entre 15 y 49 años por cada 1.000 habitantes, también en Brasil, 48.000 personas contrajeron el virus (0,42%) (47). En este país se continúa expandiendo el acceso a servicios de salud, aumentando de 85% a 87% del año 2015 al 2016 los diagnósticos de personas que se estima viven con VIH, en donde 64% de éstos se encuentran en tratamiento antirretroviral (47).

Panamá, durante el año 2016 alcanzó una prevalencia de 0,8% respecto a la población entre 15 y 49 años que vive con VIH, por lo que se estima que existe 21.000 personas afectadas por éste (47). Así mismo, durante el mismo año, 1.300 personas contrajeron el virus (0,34%) (47). Ante el alza de estas cifras, el Ministerio de Salud de Panamá desde el año 2016 ha proporcionado tratamiento gratuito y universal para VIH, y continúa los progresos para aumentar las pruebas de VIH en poblaciones de riesgo (47). Sin embargo, desde el año 2010, la incidencia de nuevas infecciones ha aumentado en un 9% (47).

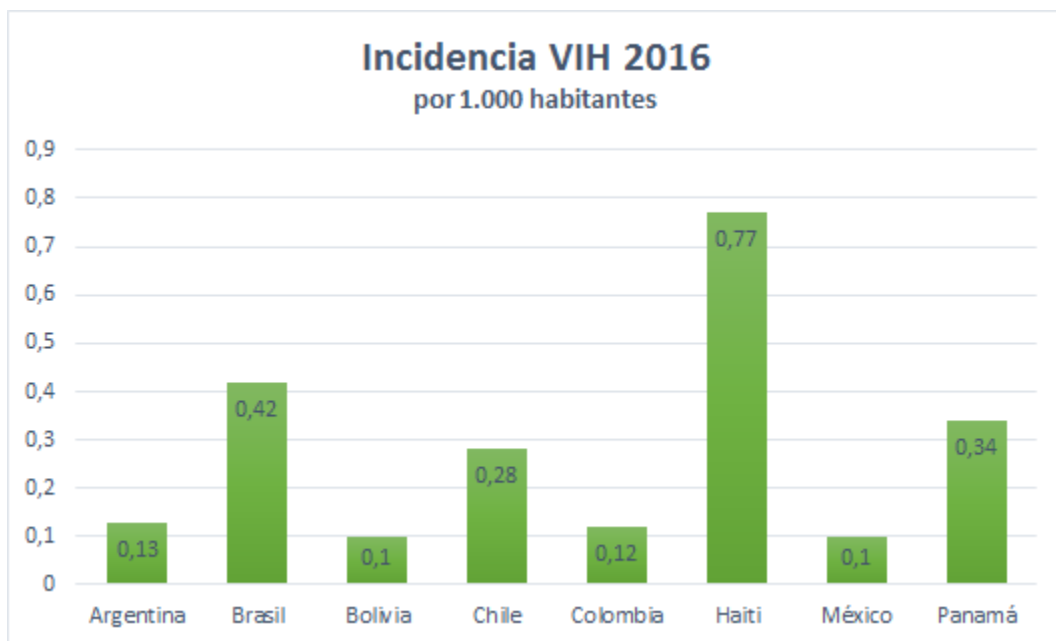
El país que presenta las cifras más altas de prevalencia e incidencia dentro del continente insular es Haití (47). Durante el año 2016, 150.000 personas vivían con VIH, alcanzando una prevalencia de 2,1% en la población entre 15 y 49 años por cada 1.000 habitantes (47). Así mismo durante ese año, se registraron 7.900 nuevos casos de VIH alcanzando una incidencia de 0,77% por cada 1.000 habitantes (47). Se reconoce como la población más afectada a hombres homosexuales y otros hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres con una prevalencia de 18,2%, y a trabajadores/as sexuales con una prevalencia de 8,4% (47). Ante los esfuerzos que ha generado Haití por combatir estas cifras, desde el 2010 las cifras de incidencia han disminuido un 25% (47). Sobre estos resultados, el país centra sus esfuerzos en el fortalecimiento de los tratamientos antirretrovirales oportunos y el aumento de pruebas de carga viral (47). A su vez, se abordan las barreras asociadas al estigma del VIH con el fin de facilitar los accesos a servicios de salud defendiendo la creación e implementación de políticas propicias para los objetivos (47).

Gráfico N°2: Gráfico prevalencia VIH en Países más afectados de Latinoamérica



Fuente: Países, ONUSIDA (47).

Gráfico N°3: Gráfico Incidencia VIH 2016 en países más afectados de Latinoamérica



Fuente: Países, ONUSIDA (47).

❖ Situación Nacional

Según el CENSO Nacional realizado en el año 2017, en Chile existe una población total de 17.574.003 habitantes, de los cuales 8.601.989 pertenecen al sexo masculino y 8.972.014 pertenecen al sexo femenino (48). Hoy en día Chile se presenta como una población envejecida encontrando una relación de 6 mayores de 64 años por cada 10 menores de 15 años, esta situación se ha triplicado entre los años 1997 al 2017, dejando en constancia el envejecimiento poblacional (48).

De acuerdo a la situación epidemiológica más actualizada sobre el VIH en Chile, según informa el Instituto de Salud Pública (ISP), entre 2010-2015 se confirmaron 21.856 nuevos diagnósticos de VIH (4). La tasa anual de casos confirmados experimentó una tendencia al alza desde el año 2010 con una tasa de 21,4 casos por 100.000 habitantes mayores de 13 años hasta el 2015 con una tasa de 28,9 casos por 100.000 habitantes mayores de 13 años (49). De esta manera, durante el año 2017 se evidencia una exponencial alza en donde existen 5.000 nuevos casos anualmente, con una prevalencia en la población de 15 a 49 años de 0,5%, con 65.000 mil casos de infección por VIH (49).

La situación en las regiones de Chile durante el año 2015 las mayores tasas de infección por VIH se concentraron en el norte y centro del país (4). Hasta el año 2017, la región de Arica y Parinacota presenta las tasas más altas del país con 50,6 casos por 100 mil habitantes (4). Luego la región de Tarapacá mostró una tasa de 24,7 por cien mil habitantes, ocupando el segundo lugar, le sigue la región Metropolitana y de Atacama, donde esta última el año 2016 triplica su tasa en relación al año 2015 (4). El resto de las regiones muestran riesgos similares o por debajo de lo nacional (4).

Es importante destacar, además, que a nivel nacional la principal vía de transmisión fue sexual, representando el 99% entre los años 2013 y 2017, siendo la principal práctica de riesgo declarada la relación sexual de hombres con otros hombres, concentrando el 66% de los casos durante estos años (49). A su vez, durante el año 2017, existió una relación de 5,9 casos en hombres por cada mujer, observándose en ese año un aumento tanto en la tasa de hombres como de mujeres (49).

El principal grupo poblacional afectado corresponde al de adultos entre 20 y 29 años, alcanzado casi el 40% de prevalencia del total de casos de VIH positivo a nivel nacional (49).

Específicamente, el grupo etario de 25 a 29 años muestra la tasa más alta de afectados durante el año 2017 con un dato de 50,6 casos por cien mil habitantes (49). En el caso de adolescentes entre 15 y 19 años, presentan tasas estables hasta el año 2015 (49).

Complementariamente, de acuerdo con ONUSIDA, parte también de los grupos más afectados al año 2016 corresponden a trabajadores/as sexuales con una prevalencia de casos de 1,1%, hombres homosexuales y otros hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres con prevalencia de 20,3% y prisioneros con prevalencia de 0,4% (47).

Producto del alza constante en las cifras de incidencia respecto a personas afectadas por VIH, Chile se encuentra dentro de los 10 países en los que más ha aumentado la prevalencia del contagio y se encuentra en proceso de actualización de las directrices respecto al VIH, tales como la “Guía Clínica Regional: Coinfección TB/VIH” de la OPS y la OMS y la actualización del Plan Nacional de VIH/SIDA e ITS con énfasis en la prevención (50, 51). Además, en septiembre de 2017 el Ministerio de Salud decretó que el GES N°18 “Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida VIH/SIDA” se ampliará e incorporarán nuevos medicamentos antirretrovirales (52). También existe una modificación en la Ley 20.987 del virus de inmunodeficiencia humana, respecto al procedimiento para el examen de VIH en menores de edad (53). A pesar de esto, gran parte de los fondos monetarios nacionales dirigidos a combatir esta situación no son destinados al área preventiva, por el momento, a través del Ministerio de Salud, se mantiene como prioridad la negociación de los precios de medicamentos antirretrovirales garantizando la sostenibilidad de los programas de tratamiento (47).

❖ **Situación Regional: Región de Valparaíso**

La Región de Valparaíso, ubicada en la zona central de Chile, es la tercera región más poblada del país con un total de 1.815.902 personas, corresponde a un 10,3% de la población total del país (48). El poblamiento costero en esta región es el más importante, debido a sus funciones portuarias, turísticas industriales y de servicios, destacando centros urbanos como el Gran Valparaíso, San Antonio, Algarrobo, Zapallar, entre otros (54). En el sector central, llamado Valle del Aconcagua, se asientan importantes centros urbanos de la región como Quillota, San Felipe y Los Andes (54).

Esta región fue la segunda con más casos confirmados de VIH+ en Chile en el año 2015, presentando 380 casos confirmados en mayores de 13 años (inclusive), siendo la séptima región del país con mayor tasa de incidencia (4). Además, se evidencia un aumento continuo en los nuevos casos de VIH por año, pues según las tasas de incidencia en la región el año 2010 resultó 17,5 por cada 100.000 habitantes y el año 2015 se encontraron 25,0 por cada 100.000 habitantes infectado con el virus (4).

En el reporte del Departamento de Estadísticas e Informaciones de Salud (DEIS) del año 2014, en la Región de Valparaíso, de las 6.650 consultas por VIH/SIDA en la región solo el 12% corresponde a personas de 15 a 24 años de edad (55).

Además, fueron 46.090 los exámenes de VIH tomados en los establecimientos de laboratorio, de estos el 36% corresponden a exámenes realizados a gestantes en su primer control de embarazo, 32% a donantes de sangre (por un familiar o reposición) y solo el 3,7% corresponde a exámenes tomados en consulta espontánea (56).

Por otra parte, los ingresos al programa VIH/SIDA en la región de Valparaíso durante el año 2014 fueron un total de 143 personas de los cuales el 20,2% corresponde a la población de entre 15 a 24 años, siendo los hombres de entre 20 a 24 años los que mantienen la prevalencia del ingreso a este programa (57).

Sumado a esto, en la región de Valparaíso, el nivel de escolaridad declarada en esta por las personas que viven con VIH/SIDA (PVVIH) evidencia que el aumento de casos confirmados de VIH se han presentado en mayor proporción en personas que tienen un alto nivel de escolaridad, hecho del cual se desprende que los comportamientos de riesgo en el ámbito reproductivo y sexual de los adultos jóvenes de la región de Valparaíso no mantienen relación con los conocimientos que éstos posean (58).

Gráfico N°4: Gráfico del nivel de escolaridad de personas viviendo con VIH del 2007 al 2016

Nivel de escolaridad declarada por PVVIH. Años 2007 a 2016.Región de Valparaíso. n=2192.



Fuente: Ministerio de Salud (58).

En el caso de las comunas de la región de Valparaíso, según el ISP los casos confirmados que ingresan a control a nivel secundario por VIH durante el período del 2007 al 2016, se presentan en mayor concentración en Valparaíso con 602 casos, Viña del Mar con 511 casos, Quilpué con 132 casos, San Antonio con 120 casos y San Felipe con 119 casos (59).

Tabla N°4: Casos confirmados por ISP que ingresan al nivel secundario.

Casos confirmados por ISP que ingresan al nivel secundario. Años 2007 a 2016, Región de Valparaíso.	
Comuna	N° casos decenio 2007 a 2016
ALGARROBO	2
CABILDO	25
CALLE LARGA	17
CARTAGENA	2
CASABLANCA	12
CATEMU	8
CONCON	43
EL QUISCO	4
EL TABO	1
HIJUELAS	10
ISLA DE PASCUA	8
LA CALERA	56
LA CRUZ	4
LA LIGUA	21
LIMACHE	21
LLAY LLAY	12
LOS ANDES	96
NOGALES	12
OLMUE	4
PANQUEHUE	4
PAPUDO	1
PETORCA	3
PUCHUNCAVI	10
PUTAENDO	21
QUILLOTA	88
QUILPUE	132
QUINTERO	22
RINCONADA	4
SAN ANTONIO	120
SAN ESTEBAN	19
SAN FELIPE	119
SANTA MARIA	15
SANTO DOMINGO	2
VALPARAISO	602
VINA DEL MAR	511
VILLA ALEMANA	90
ZAPALLAR	3
Total	2.124

Fuente: VIH/SIDA en Región de Valparaíso (59).

2.2.2. Estudios Relacionados

El ámbito de este estudio abarca la percepción de riesgo en el área de la salud, existen medidas tomadas en la situación internacional y nacional para evitar el contagio de VIH y analizando el panorama general se entiende que a pesar de que los adultos jóvenes posean los conocimientos necesarios sobre las medidas preventivas ante el VIH, esta información no lo es todo si es que no pueden llevarla a la práctica de forma comprometida y responsable a la hora de la prevención, por lo que no existe un equilibrio entre el conocimiento y el comportamiento, que sería el proceso de la formación de una percepción de riesgo (60). A menudo la cultura y la

sociedad contribuyen a aumentar la vulnerabilidad al contagio de VIH/SIDA, por no comprender plenamente el alcance de su exposición al riesgo y los resultados potencialmente peligrosos, es por esto que se hace importante investigar sobre los factores que influyen en este comportamiento (60). De los estudios investigados se encontraron de metodología cuantitativa y cualitativa, siendo la primera la más desarrollada, principalmente con la encuesta como instrumento, para identificar patrones relativos a la percepción. En general los estudios han hecho énfasis en considerar el riesgo como una construcción social, enfocándose luego en fortalecer la autoprotección y autogestión.

Antes de hablar como tal sobre la percepción de riesgo de contraer VIH, al realizar la búsqueda bibliográfica del tema de estudio se indaga además del riesgo de contraer una enfermedad, las conductas de riesgo y vulnerabilidad, literatura que expone factores y/o relaciones con la percepción de riesgo.

❖ **Riesgo de Contraer Enfermedades**

En un estudio realizado en Brasil llamado “La masculinidad, la vulnerabilidad y la prevención de ETS/VIH/SIDA entre los adolescentes varones: las representaciones sociales en un asentamiento de reforma agraria” buscó analizar la relación de la masculinidad, la vulnerabilidad y la prevención de las ITS/VIH/SIDA entre adultos jóvenes varones pertenecientes a un asentamiento de hasta 24 años (61). Se describe a este grupo etario como quienes viven un período marcado por grandes transformaciones y adaptaciones en el entorno social, las emociones y el cuerpo, sobre todo los cambios relacionados con la sexualidad, convirtiéndola en una etapa experimental de transmisión a la etapa adulta (61). La búsqueda constante de una identidad individual y la aceptación de sus pares promueven la experimentación y curiosidad por lo nuevo, dándoles una falsa percepción de invulnerabilidad de riesgo de contraer enfermedades, especialmente las relacionadas con el ámbito sexual (61). El estudio concluye que las representaciones sociales de la masculinidad colaboran para el comportamiento de riesgo/vulnerabilidad para la adquisición de ITS (61).

❖ **Conductas Sexuales de Riesgo**

Se debe ahondar en las conductas sexuales de riesgo para conocer la percepción de riesgo de contraer VIH, sobre esto autores mexicanos realizan un estudio con variables como percepción

negativa sobre el uso de condón, creencias erróneas respecto al contagio de ITS, conocimientos acerca del uso correcto del condón, conducta sexual segura y creencias erróneas respecto al uso de condón (62). Con el objetivo de determinar la relación entre percepciones sobre el uso del condón y la actividad sexual de riesgo en adultos jóvenes universitarios, en este participaron 273 hombres y mujeres estudiantes de pregrado con rango de edad de 19 a 25 años (62). Los resultados indicaron que las mujeres son las que manifiestan tener un mayor nivel de conocimientos sobre el uso del condón, sin embargo son las que perciben en forma negativa el uso del preservativo y a su vez tienen más creencias erróneas respecto al contagio de ITS, en comparación al sexo opuesto; conductas sexuales de riesgo considerables (62).

Rodríguez y Álvarez estudian sobre percepciones y comportamientos de riesgo, con la finalidad de exponer hallazgos sobre las percepciones y comportamientos de riesgos sexuales y reproductivos (63). Ellos mencionan que el comportamiento es la conducta asumida de la persona respecto a su salud sexual y reproductiva, y la conducta tiene un vínculo con los conocimientos que posee (63). No obstante, esto no significa, necesariamente que un buen conocimiento sobre la sexualidad y reproducción se corresponda con comportamientos adecuados en esta esfera de la vida (63). En discusiones con varones y mujeres, estos han expresado que hay riesgos en las relaciones sexuales y han reconocido que pueden enfermarse y tener un embarazo no deseado, a pesar de esto no usan de manera adecuada los preservativos y/o anticonceptivos y perciben el embarazo sólo como un riesgo (63).

En un estudio transversal de España sobre determinantes de las conductas sexuales de riesgo, se exponen factores externos que pueden influir en las conductas sexuales, los cuales disminuirían el control de situaciones y aumentarían la desprotección (64). Se buscó describir y comparar según sexo la conducta sexual y otros indicadores de salud sexual, e identificar factores asociados a conductas sexuales de riesgo (64). Se seleccionaron 800 individuos entre 16 y 24 años de edad residentes de Cataluña para contestar un cuestionario que indaga sobre características sociodemográficas, consumo de alcohol y drogas y conductas sexuales de los últimos 12 meses, a través de éste estudio se desprende que existe un mayor porcentaje de hombres que mantienen relaciones sexuales con penetración con uso de preservativos 75,6% y un 58,4% las mujeres, hecho que podría estar dado porque las mujeres que mantienen en mayor porcentaje relaciones amorosas estables en comparación a los hombres, en las estas relaciones otorgan más importancia al vínculo afectivo buscando profundizar la relación

amorosa con baja percepción de riesgo sobre el contagio de VIH/ITS (64). Se expone además el uso de internet con el fin de contactar posibles parejas sexuales, donde un menor porcentaje de individuos usan preservativos en estos encuentros ocasionales y un mayor número de parejas sexuales entre quienes mantienen estas prácticas (64).

El estudio “La percepción social del SIDA: un estudio comparativo entre España y Argentina” expone que la percepción social del SIDA se construye por el contexto cultural, que los factores sociales influyen la percepción del riesgo a la infección por VIH y en las actitudes hacia las personas que viven con la enfermedad (65). Con el fin de examinar si existen diferencias culturales en la percepción social del SIDA, se evaluaron a 200 adultos jóvenes españoles y 183 adultos jóvenes argentinos utilizando el Cuestionario de Prevención del SIDA, el que evalúa los principales componentes de los modelos de prevención sobre el VIH (65). Los resultados mostraron diferencias en la probabilidad percibida de infección por VIH, donde los argentinos identifican mayor riesgo que los españoles (65). La percepción de riesgo, es uno de los factores claves en la prevención de la transmisión sexual del VIH y variable fundamental para la realización de las conductas de riesgo, de esto resulta que los españoles tienen una menor percepción de riesgo que los argentinos, sin embargo, estos últimos presentan una menor percepción de gravedad de la enfermedad y manifiestan menos temor ante la posibilidad de infectarse por VIH, aspectos que también han demostrado ser fundamentales para la realización de conductas preventivas (65).

En la ciudad de Medellín, Colombia, investigadores publicaron el artículo “Problemas asociados al consumo de alcohol en estudiantes universitarios” con el fin de dar cuenta del consumo de alcohol y los problemas psicosociales asociados que existen en ese grupo de la población, resultando como problemas con el consumo de alcohol: el contagio de ITS y embarazo no deseado, vinculadas al uso excesivo de esta sustancia y prácticas sexuales inseguras (66).

Un estudio español, cuyo objetivo es establecer vínculos entre las representaciones sociales que tienen los participantes de entre 16 y 21 años, para construir su identidad de género, sexualidad y el manejo del riesgo de ITS; señala que la representación social del riesgo de ITS/VIH se construye a partir de las creencias sobre las relaciones de pareja, el amor y el sexo, así como las construcciones simbólicas de la masculinidad y la femineidad normativas (67). El amor y el enamoramiento en las mujeres implica una pérdida de individualidad, autonomía personal, dolor y maltrato, visibilizando la ideología de amor romántico y provocando

dependencia (67). Mientras que en hombres se representa su deseo sexual como un impulso irracional en el que los instintos corporales predominan el control de la conducta y se imponen sobre la voluntad y el pensamiento consciente, justificando con lo anterior los momentos en que no usan el preservativo (67). Además, en las relaciones estables no utilizan preservativo por considerar que las sensaciones físicas y de unión con la pareja son diferentes, agregado a la pérdida de autonomía que esta ideología genera en las mujeres hace difícil las negociaciones dentro de la sexualidad, en particular las que conciernen al uso del preservativo (67). La confianza y el uso de preservativo resultan poco compatibles dentro de la pareja pues se asocian con promiscuidad y no con fidelidad y amor, por lo que los autores consideran imprescindible elaborar una conciencia crítica de la influencia del género en la salud sexual y reproductiva (67).

❖ **Vulnerabilidad**

En Brasil, el estudio no probabilístico “Análisis de la vulnerabilidad sexual de estudiantes universitarios al VIH-SIDA”, trata sobre la percepción de riesgo disminuida en adultos jóvenes, donde se les preguntó directamente a 161 universitarios de 18 a 25 años, por medio un cuestionario semi estructurado sobre cómo clasificaría su riesgo de contraer VIH (7). El 60,9% consideró tener un bajo riesgo de contraer el virus, un 25,5% no mencionó riesgo alguno, 7,5% se consideran de mediano riesgo y el 1,9% de alto riesgo (4,3% se abstuvo de contestar) (7). Se concluyó que los estudiantes tienen conocimientos limitados sobre la percepción de VIH (7). Cabe mencionar que la muestra no es representativa (7).

Por otra parte, mediante el análisis de datos obtenidos a partir de una encuesta realizada en un estudio anteriormente mencionado, dan como resultado categorías tales como: “Percepción de vulnerabilidad a las ITS/VIH/SIDA” en la que se propone que muchos adolescentes se sienten invulnerables a las ITS, especialmente en el caso de los adolescentes varones, esto concuerda con los datos que hablan de la resistencia de la población masculina en Brasil de buscar servicios de salud a causa de la enfermedad y la búsqueda de la atención primaria se han considerado como un signo de debilidad masculina y contribuye para que ellos en todos los ciclos de vida se consideren invulnerables (61). De esta manera, los roles de género atribuyen a los hombres el disfrute de una sexualidad sin represión, con una amplia variabilidad de parejas y de relaciones sexuales activas, es decir, a la práctica de diferentes conductas sexuales, por lo tanto presentando una baja noción de vulnerabilidad (61). El estudio reveló,

además, que algunos participantes manifestaron vulnerabilidad ante ITS/VIH/SIDA, pero esta iba dirigida al comportamiento de sus parejas sexuales (61). Y en la categoría “Prevención y la Vulnerabilidad a las ITS/VIH/SIDA”, indican que después de unos meses con una pareja estable, por lo general el uso del condón es abandonado con motivo que ya conoce a la persona y no hay motivo para su uso, creencia errónea y disminución de la vulnerabilidad luego de estar durante 3 meses con la pareja (61). Con una relación marcada por la pasión, la confianza aumenta en la pareja, tener relaciones sexuales sin protección se convierte en una constante debido a la implicancia emocional y la intimidad de la pareja, cambiando el uso de preservativo por métodos anticonceptivos, como un método hormonal (61).

La investigación llamada “Ilusión de invulnerabilidad, estereotipos y percepción de control del SIDA en universitarios” es un estudio de España donde se aborda la descripción de las conductas sexuales de adultos jóvenes universitarios españoles y cómo los estereotipos y la percepción de control frente al VIH/SIDA se relacionan con el sentimiento de invulnerabilidad (68). Para esto, mediante un muestreo de tipo no probabilístico de conveniencia, se eligieron estudiantes de primer y segundo año de las facultades de ciencias de la salud y ciencias sociales y jurídicas de la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid logrando 269 cuestionarios válidos, con una muestra de 72 hombres (26,8%) y 197 mujeres (73,2%) (68). Los resultados confirmaron que casi las tres cuartas partes de los estudiantes universitarios activos sexualmente presentan una ilusión de invulnerabilidad frente a la posibilidad de contraer VIH, hecho que está determinado en parte por estabilidad en la relación de pareja, por lo que disminuyen su percepción de riesgo al omitir historial sexual o posibilidades de infidelidad (68). Se suma a esto, el poco o nulo uso de preservativos debido a la utilización de otros métodos anticonceptivos, por lo que no se consideraría la prevención de ITS (68). Contribuye a esta invulnerabilidad los estereotipos de personas con SIDA y la representación social de estos que, de acuerdo a la muestra, se relacionan a personas drogadictas, imprudentes, peligrosos, infieles, descuidados, enfermos, sucios, viciosos o que ejercen la prostitución (68). Finalmente, aporta dentro de la sensación de invulnerabilidad, la percepción de control que los estudiantes creen tener en situaciones de riesgo para contraer VIH (68).

❖ **Percepción de Riesgo**

En el estudio cuantitativo descriptivo de corte transversal “Percepción de Riesgo ante el VIH/SIDA en adolescentes del municipio Bartolomé Masó”, se entiende la percepción de riesgo

como la valoración del VIH/SIDA amenazante para la salud, atendiendo al nivel de conocimientos que poseen los adolescentes, la severidad y la vulnerabilidad percibidas (60). La población de estudio fue de 115 personas, de las que obtuvieron como resultado que el nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA en el sexo femenino predominó el nivel medio, representado por el 66,66% y el bajo en el masculino (71,42%) (60). Con respecto a la severidad percibida, predominó el nivel medio en un 80% del total de la muestra con un comportamiento similar en ambos sexos (60). Asimismo, la vulnerabilidad percibida estuvo ausente en la mayoría de los casos (82,85%), representado por el 90,47% del sexo femenino y el 71,42% del masculino y, por último en general (82,85%) presentaron una baja percepción de riesgo de adquirir el VIH, el 90,47% de las femeninas y el 71,42 de los varones (60).

La perspectiva anterior se repite en la investigación sobre percepción de riesgo de las ITS y VIH/SIDA (9). Con una muestra de 100 estudiantes de entre 16 y 18 años, tuvo por objetivo determinar la percepción de riesgo de las infecciones de transmisión sexual en adolescentes cubanos (9). Resultando que solo un 15 % tenían el nivel alto; 45 % medio y 40 % bajo de conocimiento sobre ITS/VIH/SIDA (9). Y que la percepción de riesgo de las ITS/VIH/SIDA en la muestra fue de un 65 % poca percepción, 20% sin percepción de riesgo y solo 15% dijeron que sí (9). Por último, sobre el uso del condón se aprecia que 50% lo usa, 35% a veces lo usa y 15% siempre lo usa (9).

Complementado con lo anterior, según un estudio hecho por Khawcharoenporn, Chunloy y Apisarnthanarak, sobre la percepción de riesgo del VIH en estudiantes tailandeses, indicó que a pesar del alto nivel de conocimiento de los adultos jóvenes y que se les informa frecuentemente los riesgos de contraer VIH y las conductas de riesgo, algunos de los estudiantes, de todas formas, no conocían sus riesgos de contraer VIH (69). Dentro del contexto del estudio mencionado, se utilizó un servicio llamado HTC (HIV Testing and Counseling) que consiste en una intervención de salud pública mediante la cual una persona, una pareja o una familia reciben análisis (Test del VIH) y asesoramiento en cuanto a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH (70).

En la siguiente investigación de tipo cuantitativa, realizada por los mismos investigadores, "Uptake of HIV testing and counseling, risk perception and linkage to HIV care among Thai university students", 1801 (80%) estudiantes aceptaron participar en el programa de extensión de prevención del VIH y 494 aceptaron HTC, de los cuales 141 (29%) se clasificaron en grupos

de riesgo moderado o algo y de estos, 45 (32%) tenían una percepción falsa de bajo riesgo de VIH (71). De los 1307 estudiantes que rechazaron HTC, las tres razones más comunes fueron: no se percibieron en riesgo de adquirir el VIH, tener miedo a la sangre/agujas/dolor y limitaciones de tiempo, otras razones incluyen tener miedo de tener un resultado positivo en la prueba del VIH, tener una prueba de VIH reciente y no tener interés en conocer el estado del VIH (71). Dichos resultados reafirman que a pesar del alto nivel de conocimiento en los participantes y la información frecuente sobre los riesgos de contraer VIH y conductas de riesgo, un porcentaje considerable de la población estudiada no percibe el riesgo de contraer VIH (69).

En Cuba se realiza una investigación en la que también queda claro que en la población estudiada, a pesar de que poseen conocimientos sobre VIH/SIDA, poseen una baja percepción de riesgo (72). Éste fue un estudio descriptivo de corte transversal, muestra de 24 (10 masculinos y 14 femeninas) entre primer y tercer año universitario (72). Se usó un cuestionario de 16 preguntas cerradas y de selección múltiple, donde incluía variables como: nivel de conocimiento de VIH/SIDA, percepción de riesgo ante el VIH/SIDA y comportamiento sexual (72). Resultando que el nivel de conocimiento de VIH/SIDA es medio en el 45,8% de los encuestados: conocen las vías de transmisión y las prácticas sexuales de mayor riesgo, la mayor dificultad se presentó en la identificación de comportamientos de riesgo (72). El 54,1% tiene una percepción de riesgo media ante el VIH/SIDA: combinación entre la severidad y la vulnerabilidad percibida, siendo éstas altas en un 75% y 8,3% respectivamente (72). Agregando que la educación y/o conocimientos sobre el VIH/SIDA tal vez no lo es todo, pero sin esta se agrava la situación de riesgo y en sí es la primera fuente para la prevención (72). Y respecto a la percepción de riesgo, por sí sola no es suficiente para determinar o explicar por qué de ciertas conductas, pero es una de las variables que más influye en el comportamiento sexual (72).

En el artículo “Percepción de riesgo frente al VIH: estudios en mujeres homosexuales” de Colombia, se analiza la necesidad de ampliar el marco de estudio sobre poblaciones vulnerables e invisibles ante las entidades que develan características epidemiológicas como lo son mujeres homosexuales (73). Ante esto, la percepción de riesgo en estos grupos es disminuida, producto de la sensación de inmunidad que se ha construido socialmente y de la cual las mujeres que mantienen prácticas homosexuales han internalizado, exponiéndose a prácticas sexuales de riesgo y pocas o nulas prácticas preventivas (73).

Continuando con la percepción de riesgo, un artículo investiga sobre la percepción de riesgo de contraer VIH/SIDA en pacientes atendidos por ITS, este estudio arrojó que de una muestra de 116 participantes: 41 personas no presentan percepción de riesgo, 34 presentaban una baja percepción y solo 3 personas presentaban una alta percepción de riesgo (74). Esto genera alarma, ya que a pesar de que los participantes presentan ITS, estos no la relacionan con el SIDA, así como también no identifican los motivos que le aumentan la posibilidad de enfermarse (74). Entre las principales causas que generan baja percepción de riesgo se encontró el tener pareja única (80 respuestas), la confianza en que la pareja no se encuentra infectada con el virus y el no tener relaciones con personas promiscuas, estas dos últimas con 52 respuestas (74). Esto deja en manifiesto las creencias erróneas de los adultos jóvenes sobre las conductas de riesgo que generan la transmisión del virus y por lo tanto, la necesidad de diseñar nuevas estrategias educativas para lograr modificar las actitudes y prácticas sexuales de riesgo (74).

De acuerdo a todo lo anteriormente mencionado, entonces existen factores que inciden en la percepción que incluyen aspectos psicológicos, psicosociales, sociológicos, culturales, de contexto y dependen además las características del riesgo, respecto a la amenaza que se presente (39). Entre estos factores es posible encontrar la familiarización con la fuente de peligro, el control sobre la situación y el nivel de dramatismo o intensidad de las situaciones (39).

Se han encontrado otros factores predominantes influyentes en la percepción de riesgo en función a los resultados de los estudios revisados. El primero se define como “control de las situaciones de riesgo”, el cual se entiende como la alta percepción de control que poseen los adultos jóvenes ante las situaciones de contagio, llevando a estos, a que sientan a su vez más invulnerabilidad para contraer la enfermedad (75).

En segundo lugar, la “invulnerabilidad” en los jóvenes como factor influyente en la percepción de riesgo en los jóvenes. Está dada por las características de desarrollo emocional, neurocognitivo, social y psicológico de los adultos jóvenes, que los expone a experimentar formas peligrosas de comportamiento, en ausencia de vulnerabilidad (76). Esta invulnerabilidad se considera resultado de un optimismo no realista que se combina con la distorsión denominada *primus inter pares* que supone infravalorar el riesgo personal y sobrevalorar el ajeno.

El factor “percepción negativa de los métodos de barreras” influye en el uso de estos mismos. Es posible apreciar que los adultos jóvenes presentan tendencias a percibir de manera negativa el uso del condón, puesto que éste genera pérdida de sensibilidad con la pareja, lo que refleja una marcada percepción negativa ante el uso del método de barrera (77). Este resultado, además, se ve reflejado en que tanto en hombres como en mujeres no hay relación entre los conocimientos sobre conducta sexual segura y las creencias respecto a la actividad sexual con el uso consistente y/o permanente del condón, en cualquier tipo de relación de pareja (78).

Por otra parte, las “creencias erróneas junto con poca educación”, determinan el desconocimiento que tienen los estudiantes sobre los riesgos a los que se exponen cuando manipulan secreciones corporales que pueden llevar a una infección, lo que demuestra prácticas de riesgo importantes (79). Esto puede complementarse con el hecho de que los adultos jóvenes carecen de conocimientos sólidos en el ámbito de la reproducción y sexualidad humana reflejado, por ejemplo, en que algunos adultos jóvenes no consideran que tener relaciones sexuales bajo efecto del alcohol sea práctica riesgosa para adquirir el VIH (79).

Luego de realizada la búsqueda y revisión bibliográfica, se constató una carencia de estudios actualizados sobre la percepción de riesgo, específicamente en el ámbito de la salud sexual y contagio de VIH. En cuanto al tipo de estudios encontrados sobre este tema en particular, eran en su mayoría de tipo cuantitativo, los cuales logran cuantificar las posibles variables que podrían influir en éste, sin una mayor profundización de sus causas, es decir, en el por qué. Como conclusión general de los estudios revisados, la prevención de las conductas de riesgo, la promoción y educación sobre salud sexual, serían los pilares principales de las intervenciones enfocadas a la prevención del contagio de VIH e ITS, sin mencionar la responsabilidad fundamental que tiene la profesional enfermera/o en la prevención y promoción de la salud. Particularmente, en las estrategias nacionales se le otorga la responsabilidad al equipo de salud en general sobre la prevención de VIH, sin especificar el actuar del enfermero/a en esta área.

❖ Instrumentos sobre Percepción de Riesgo

En la revisión del concepto de percepción de riesgo se han encontrado en estudios que describen cualitativamente la percepción del riesgo, sin la utilización de instrumentos que puedan medirla (80).

Dentro de estos instrumentos se encuentra la construcción del concepto percepción de riesgo de Lenart Sjöberg, quien se basó en distintos modelos y estudios que medían las distintas aristas de la percepción de riesgo de una manera cuantitativa, tales como: la estimación técnica del riesgo, heurística, sesgos y percepción de riesgo, el objetivo del riesgo (36). Basó su concepto en el Modelo Psicométrico, el cual intenta definir la percepción de riesgo que presentan las personas en función a la energía nuclear (36). También, se utilizó la Teoría de la Cultura de la percepción de riesgo, la que plantea la existencia de cuatro tipos de personas: igualitarios, individualista, jerarquista y fatalista; quienes elegirán preocuparse ante distintos tipos de peligros, guiados siempre por sus propias creencias, de esta forma la persona igualitaria tendrá precaución al medio ambiente y tecnología, el individualista tomará precauciones ante las guerras y amenazas del mercado, el jerarquista a la ley y el orden y por último, el fatalista quien no presenta precaución a ninguno de los ámbitos anteriormente mencionados (36). Se utilizaron tres conceptos claves para modelar la percepción de riesgo: la sensibilidad, actitud y el miedo específico (36).

El instrumento utilizado por Hernández de la Cruz el año 2014 en su estudio cuantitativo realizado en mujeres, se utilizó una escala creada por Lauby, Bond, Eroglu y Batson el año 2006, el cual consta de cuatro preguntas con respuestas en escala tipo Likert (80). Un ejemplo de pregunta es: Probabilidad de infectarse con VIH en mi vida, con respuestas: 1= Muy Improbable; 2= Improbable; 3= Poco probable; 4= Probable y 5= Muy probable, la puntuación final se obtiene mediante el promedio total del instrumento con un puntaje mínimo de 4 y un máximo de 20, la puntuación entre 4 y 12 refleja baja percepción de riesgo hacia el VIH y entre 13 y 20 puntos resulta una alta percepción de riesgo hacia el VIH (80).

Y, por último, un grupo de expertos sobre epidemiología, microbiología y prevención de las ITS/VIH/SIDA, en su estudio cuasi experimental con alumnos de distintas especialidades, aplican como instrumento un cuestionario validado, antes y después de la intervención educativa de los profesores promotores de salud en ITS/VIH/SIDA, donde se exploran datos

sociodemográficos, conocimientos, creencias y percepción de riesgo hacia las ITS/VIH/SIDA (31). El instrumento se divide en las variables: conocimiento y percepción de riesgo y creencias, cada una con un puntaje específico y se clasifican en: rango alto, medio y bajo, de modo que para que exista una percepción de riesgo alta se debe obtener un puntaje mayor de 50 puntos y un para una baja, menor a 40 puntos (31).

Capítulo 3: Material y Métodos

3.1. Diseño de la Investigación

La presente investigación es un estudio cualitativo exploratorio descriptivo con variables a priori. Tiene como objetivo central conocer la percepción de riesgo de los adultos jóvenes de contraer VIH.

La investigación cualitativa es adecuada para el estudio, puesto que se basa en estudiar la realidad en su contexto natural, reflexionando o interpretando según los significados que le otorguen las personas involucradas a un tema en específico, es por lo tanto una dinámica flexible por el trabajo íntimo y personal que se tiene con el sujeto, en busca de la profundidad de la información, para entender su exacto punto de vista.

A través de la revisión bibliográfica, los estudios encontrados se basan mayoritariamente en el método cuantitativo, en donde no se logra apreciar las experiencias y significado que se les atribuye a las variables del fenómeno. Se encontró poca información sobre el tema a investigar, iniciando el presente estudio a partir de una situación con poco o ningún conocimiento. En el caso de la percepción de riesgo de los adultos jóvenes a contraer VIH, existe poca familiaridad con su naturaleza, por lo que se espera encontrar distintas facetas para abordar.

Por esta razón, se consideró fundamental ahondar en el tema investigativo bajo la mirada de la corriente cualitativa, de esta manera se podrá estudiar el fenómeno en su realidad y contexto natural tal y como se presenta, reflexionando e interpretando lo expresado por los participantes. Se intentará esclarecer los factores que componen dicha percepción en los adultos jóvenes, observando más allá de la cuantificación de la percepción en sí mismo. Se pretende estudiar el concepto de percepción de riesgo identificando formas de conducta y actitudes de las personas, dilucidando comportamientos concretos con el objetivo de acercarnos al verdadero significado de las variables (82).

El método exploratorio, viene por la poca información y/o información actualizada sobre la percepción de riesgo de los adultos jóvenes a contraer VIH, ya que se evidencia poca familiaridad por parte de los investigadores con la naturaleza del tema planteado, el cual es aún poco conocido y poco explorado, resultando complejo de comprender y analizar. Permitiendo este método conocer la percepción de riesgo de contraer VIH tal como se presenta, su significado y el contexto donde está inserto, para así, perfeccionar las ideas ya existentes sobre

el tema o generar otras nuevas, llegando a un conocimiento auténtico del problema planteado anteriormente. Las investigaciones exploratorias se pueden considerar como un enfoque preliminar, un precursor para estudios posteriores es por esto que al obtener información sobre la percepción de riesgo de contraer VIH puede favorecer a la prevención y promoción de la salud, lo cual se puede abarcar en otros estudios a futuro para mejorar o implementar nuevas técnicas de educación sexual en los adultos jóvenes.

El factor descriptivo, radica en la caracterización de un grupo, actitudes, opiniones y la relación entre variables, comienza a partir de una aproximación previa para su caracterización sistemática (cómo es y cómo se manifiesta un fenómeno y sus componentes). Por lo tanto, tomando en cuenta el tema y el objetivo en el que se centra este estudio, la visión descriptiva nos permite detallar la percepción de riesgo de contraer VIH a través de la medición de uno o más de sus atributos, delimitando los hechos que conforman el problema de investigación, este factor se plasmará mediante el uso del diario de campo que será un instrumento más al realizar la entrevista.

Las variables a priori se determinan antes de realizar el estudio como tal, mediante la revisión bibliográfica sobre el tema de estudio, planteándose de manera hipotética, debido a que el estudio cualitativo puede sufrir cambios al momento de llevarse a cabo, en este caso a las variables propuestas se pueden agregar más al realizar la entrevista a profundidad, pues pueden aparecer variables que no estaban planteadas, es decir, emergentes. Las variables a priori que se plantean están acorde a los objetivos de nuestro estudio y basados en el MPS de Nola Pender. Estas variables son: Conducta Previa Relacionada, Factores Personales, Percepción de Beneficios de la Acción, Percepción de Barrera para la Acción, Percepción de Auto-eficacia, Influencias Personales e Influencias Situacionales.

3.2. Reclutamiento Participantes

Los participantes fueron reunidos por muestreo no probabilístico voluntario y una invitación dirigida luego de ser abordados por un representante de la investigación en el Servicio Médico y Dental (SEMDA) de la Universidad Valparaíso, ubicado en calle Blanco con Rodríguez. Se invitó a participar del estudio, dejando claro que éste es con fines académicos y la información entregada es confidencial. Además de proporcionar flyers a las personas asistentes al SEMDA,

los cuales presentan la información principal del estudio junto con sus criterios de inclusión y exclusión.

El SEMDA es un centro de atención de salud ambulatoria, de baja complejidad y no de urgencias, para los estudiantes de pregrado y tesis de la Universidad de Valparaíso. Su objetivo es proveer prestaciones de salud gratuita e integral a los estudiantes, independiente de su previsión de salud (83). Este beneficio está disponible automáticamente para todos los alumnos matriculados en la universidad, que mantengan su estado de alumno regular durante el año académico (83). Este establecimiento fue seleccionado como espacio de investigación debido a la facilidad de hallar y coordinar con estudiantes universitarios de diversas carreras que cumplan con los criterios de inclusión requeridos para el estudio.

Con el fin de confirmar el espacio de investigación, se coordinó vía correo electrónico una reunión con la Sra. Sandra Gallardo González, jefa de servicio del SEMDA, la cual autorizó la realización de las entrevistas con los estudiantes usuarios de los servicios que entrega del centro, facilitando las dependencias del recinto para la ejecución de la actividad y difundiendo la información en el establecimiento. También, se obtuvo información importante sobre los días más adecuados para la realización de las entrevistas, debido a la mayor concurrencia de estudiantes por los diversos controles de salud establecidos.

Se coordinó, vía correo electrónico, un "box de estudio" con la Srta. Katherine Torres, del Centro Integral de Atención Estudiantil (CIAE) con anticipación, con el fin de asegurar un espacio adecuado para la aplicación del instrumento. Se acordó con los participantes una fecha a corto plazo por correo electrónico para reunirse y realizar la entrevista de recolección de datos, en esta misma instancia el participante recibió información relevante sobre los objetivos del estudio, cómo éste se llevará a cabo y se entrega el consentimiento informado el que quedó aprobado y firmado por cada uno de los participantes.

3.3. Participantes

Se estimó al comienzo del proyecto contar de seis a ocho participantes, esperando la participación equitativa de ambos sexos. Se establece esta cantidad debido a que se cree que el contenido de la información y las unidades textuales que se extraerán de ellos comenzarán a

redundar, lo que no aportaría nueva información para el foco investigativo y a sus respectivas variables, llegando así, a la saturación del fenómeno.

3.4. Criterios de Inclusión y Exclusión

Los criterios de inclusión para la participación de este estudio fueron: 1) Edad entre 18 y 24 años; 2) Haber iniciado su vida sexual; 3) Utilizar actualmente los servicios entregados por el SEMDA de la Universidad de Valparaíso; 4) No estar cursando una infección de transmisión sexual o estar diagnosticado con VIH positivo; 5) No pertenecer a la carrera de Enfermería de la Universidad de Valparaíso. Por lo que los criterios de exclusión fueron: 1) No estar dentro del rango etario de 18 a 24 años; 2) No haber iniciado su vida sexual; 3) No utilizar los servicios entregados por el SEMDA de la Universidad de Valparaíso; 4) Haber cursado una infección de transmisión sexual o estar diagnosticado con VIH positivo; 5) Pertenecer a la carrera de Enfermería (de la Universidad de Valparaíso), independiente del año que curse. La importancia de la participación de los adultos jóvenes fue debido al amplio porcentaje de prevalencia de contagio del VIH, sumado a que en esta etapa de vida es donde incorporan conductas protectoras o de riesgo en la salud sexual. Se busca conocer sus reales necesidades, poder comprender de mejor manera sus actitudes y comportamientos y así, lograr mejores resultados en las intervenciones e información entregada con respecto a la educación sexual en este determinado grupo etario.

3.5. Recolección de la Información

Para la investigación, el método de recolección de datos elegido fue el de una entrevista en profundidad semiestructurada descriptiva, en donde el entrevistador es un instrumento de análisis, explorando, detallando y rastreando por medio de una pauta de dimensiones con preguntas, cuál es la información más relevante según el foco de interés de la investigación (82). Por medio de estas preguntas se busca conocer a la gente lo suficiente para comprender qué quieren decir y con ello crear una atmósfera en la cual se facilite su expresión, permitiendo un diálogo fluido y flexible para que emerjan elementos que no se han considerado en un primer momento (84). Otro instrumento en la recolección de información es el diario de campo, el que entrega el factor descriptivo del participante, el lado subjetivo de la entrevista, aquí se incluye el registro de sus reacciones, gestos, tonos de voz, cambios del relato de primera a tercera persona, entre otros, es decir, una caracterización del contexto de la entrevista.

La entrevista se hizo en base a un instrumento propio confeccionado, utilizando como pilar fundamental el Modelo de Promoción de Salud de Nola Pender. En este instrumento se abarcan siete categorías pertenecientes a los “Factores Motivacionales Primarios” que guiarán el conjunto de preguntas a realizar (detalle instrumento en Anexo N°2). El instrumento incluye preguntas generales en forma de introducción del tema a investigar, para que de esta manera se obtenga una visión panorámica sobre las creencias en torno a la percepción de contagio, luego presenta preguntas centrales las que están relacionadas con los “Factores Cognitivos Perceptuales” del MPS los cuales se relacionan con la percepción de riesgo que presenten los participantes de contraer VIH y que entregan información para conocer sobre la conducta promotora de salud sexual, y por último, dos preguntas de conclusión para medir el grado de reflexión que alcanzó el participante sobre el foco de investigación en torno a la batería de preguntas realizadas conforme avanzaba la entrevista. La duración aproximada de la entrevista se estimaba entre 30 a 40 minutos, los cuales son determinados por la profundidad, nivel de claridad de la información y su saturación, de acuerdo con el objetivo de la investigación.

Cabe destacar que con la utilización del Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender en el presente estudio, se pretende ilustrar la naturaleza multifacética de las personas en su interacción con el entorno cuando intentan alcanzar el estado de salud deseado; enfatiza el nexo entre características personales y experiencias, conocimientos, creencias y aspectos situacionales vinculados con los comportamientos o conductas de salud que se pretenden lograr, así identificando las características personales y experiencias individuales de los sujetos en estudio. El MPS ayuda al profesional de salud a comprender el proceso de salud-enfermedad, percepción de salud y/o de riesgo de las personas, apoyando la práctica del cuidado para promover actitudes, motivaciones y acciones de las personas en particular a partir del concepto de autoeficacia definido (10). La relevancia de la integración del modelo en la investigación se debe a los fundamentos que entrega para el fomento de promoción en salud, guiando al profesional enfermero en su actuar (10).

En la entrevista participaron dos coinvestigadores, uno ejerciendo el rol de entrevistador y el segundo registrando un diario de campo con información relevante. Las entrevistas se grabaron a través de un dispositivo tecnológico donde cada participante se le identificó con un código numérico (P01, P02, P03...) para resguardar su identidad con el que se le reconocerá, por lo que sus nombres, en ningún caso, son publicados dentro de la investigación.

Las transcripciones obtenidas de las grabaciones, luego de terminadas las entrevistas, también fueron identificadas mediante los mismos códigos numéricos.

La recolección de información fue completada con la séptima entrevista, por la saturación del fenómeno, la saturación se obtiene cuando se encuentran los elementos necesarios para construir una teoría comprensiva y convincente sobre el tema, en este caso todas las aristas que contiene la percepción de riesgo (85). La saturación se logró con los detalles obtenidos de la mayoría de los factores de Nola Pender y las relevantes categorías emergentes, donde la percepción de riesgo de contraer VIH quedó construida según este estudio por: las conductas previas relacionadas, factores personales (biológicos, psicológicos y socioculturales), el beneficio percibido de la acción (prevenir ITS y el daño posterior, y prevenir el embarazo), barrera percibida para la acción (percepción negativa del preservativo y otros), autoeficacia percibida de la persona, afecto relacionado con la actividad en este caso con la actividad sexual (confianza, miedo y amor), influencias personales, influencias situacionales, conocimiento (sobre VIH y grupo de riesgo, salud sexual y reproductiva, conocimiento erróneo y desconocimiento), construcción de una relación de pareja y crítica al contexto, con todos estos elementos se lograría conocer la percepción de riesgo, la que según el MPS nos conduciría a adoptar o no la conducta promotora de la salud.

Las grabaciones, junto con las transcripciones y consentimiento informado serán de uso exclusivo del presente estudio, por lo que no se harán públicas por ningún motivo. Al término de la investigación, serán guardadas en un sobre dentro de un mueble con llave durante 5 años, a cargo del investigador responsable. Y ante algún posible abandono de uno de los participantes del estudio, se respetaría su decisión, excluyéndose de la investigación, pero no fue el caso.

3.6. Prueba Piloto

Esta fue la P01, llevada a cabo en uno de los box de estudios del CIAE con un entrevistador, un diario de campo y el encargado de la grabación.

Luego de esta primera entrevista, se llega al consenso de la participación de dos co-investigadores en la aplicación del instrumento, puesto que en una primera instancia existía un entrevistador, una persona tomando notas en el diario de campo y uno co-investigador a cargo

de la grabación, lo cual presentó una dificultad para que el participante lograra expresarse, se podría suponer que esto sucedió debido a que resultaría incómodo hablar de temas íntimos y/o personales frente a más de un par de personas desconocidas.

Otro aspecto a considerar fue el instrumento del estudio, puesto que las interrogantes debieron configurarse a preguntas abiertas y englobarse a un máximo de tres a cinco tópicos, para que de esta manera se facilite la participación y expresión del entrevistado.

Por último, se presentó en la misma entrevista la dificultad de obtener las respuestas esperadas, por lo que fue necesario para las próximas entrevistas tener cautela y/o presente de no condicionar o inducir las respuestas.

3.7. Plan de Análisis de la Información

Para el análisis de la información se utiliza el método de “análisis de contenido”, mediante esta técnica se analizan las ideas expresadas en los textos y documentos, cuantificando el significado de las frases, palabras o temas abordados en ellos mediante la inferencia (86). El análisis de contenido combina la observación y producción de información y el análisis de los datos. El contenido analizado entrega información sobre los posibles aspectos que abarca la percepción de riesgo en los adultos jóvenes de contraer VIH. Los pasos que se siguieron en el análisis de contenido de la información fueron:

- Determinar el objeto o tema de análisis: En este estudio el tema a analizar fue la percepción de riesgo de los adultos jóvenes de contraer VIH, este ítem fue determinado previo al inicio de las entrevistas, con la investigadora principal y los coinvestigadores.

- Determinar las reglas de codificación: Con este propósito, se determinó realizar una entrevista como método de recolección de información. Para la codificación primeramente se transcribieron las entrevistas realizadas, cada entrevista codificada con el número del participante, es decir, P01, P02, P03, P04, P05 y P07. Luego se realizó una reunión entre coinvestigadores donde se procedió a lectura sistemática, objetiva, replicable y válida de la información. Se procedió a la división de los textos obtenidos: las transcripciones y diario de campo, luego se realizó una reunión por cada entrevista realizada para la extracción de

unidades de sentido, éstas fueron identificadas en orden de aparición en la transcripción (US1, US2, US3...) junto al código del participante (por ejemplo, P01US1).

- Determinar el sistema de categorías: Un subgrupo de coinvestigadores se reunió para categorizar las unidades de sentido en las variables a priori ya establecidas del MPS, donde se pensó desde el proyecto de estudio que se pudiesen generar categorías emergentes o reafirmar la propuesta (86). En la categorización se agruparon las unidades de sentido según la repetición de temas específicos en los discursos, específicamente categorizar según los factores pertenecientes al MPS, cada categoría se asignó a alguno de los factores de la teoría de Pender, luego de una repetida lectura se encontraron además subcategorías y categorías emergentes, a estas últimas se les otorga un nombre luego de discutirlo con el subgrupo.

- Comprobar la fiabilidad del sistema de categorización: Como se mencionó anteriormente, luego de cada entrevista los coinvestigadores se reunieron para otorgar códigos a cada participante (P01, P02, P03...), este código se usó para identificar cada transcripción, las que leyeron repetidamente y con criterio, para comprender lo expuesto por los participantes sin interpretar. Y posteriormente, se destacaron las unidades de sentido de cada entrevista, los relatos que impresionan, teniendo presente el MPS (ver Tabla N°5), en una última instancia el subgrupo de coinvestigadores realizó una limpieza de éstas.

Para realizar la categorización de las unidades de sentido de manera eficiente se realizó la siguiente tabla donde se relacionaron los objetivos específicos del estudio con las variables a priori y las preguntas realizadas.

Tabla N°5: Relación objetivos, variables y preguntas.

Objetivo General	Objetivos Específicos	Variables	Dimensiones	Preguntas
<p>Conocer la percepción de riesgo de contraer VIH en adultos jóvenes, de 18-24 años, asistentes al Servicio Médico y Dental de los Alumnos de la Universidad de Valparaíso, de la Región de Valparaíso.</p>	<p>Identificar las características y experiencias individuales de los adultos jóvenes en relación al riesgo de contraer VIH.</p>	<p>Características y experiencias individuales</p>	<p>Conducta Previa Relacionada</p>	<p>(1) ¿Qué sabes del VIH? (2) ¿Podrías tu contarme cómo es tu conducta sexual? - ¿Qué crees tú sobre el hecho de cuidarse al tener relaciones sexuales? - ¿Qué te impide o por qué no te cuidarías? - ¿Qué haces para cuidarte? (3) ¿Cuáles son las cosas que han influido en tu conducta sexual? (4) Finalmente ¿qué me dices tú, que, a pesar de los avances tecnológicos y las múltiples fuentes de información disponibles sobre el contagio de VIH, el general de los adultos jóvenes no utiliza medidas de prevención?</p>
			<p>Factores Personales</p>	
	<p>Identificar los afectos y cogniciones relacionados al riesgo de contraer VIH.</p>	<p>Afectos y cogniciones relacionadas</p>	<p>Percepción de Beneficios para la Acción</p>	
			<p>Percepción de Barrera para la Acción</p>	
			<p>Percepción de Autoeficacia</p>	
			<p>Influencias Personales</p>	
<p>Identificar el resultado de conducta preventiva.</p>	<p>Resultado conductual</p>	<p>Influencias Situacionales</p>		
		<p>Prevención contagio de VIH</p>		

Fuente: Elaboración propia.

- Inferencias: Finalizando esta etapa se reúne el subgrupo de investigadores y se conoce el resultado de la interrogante planteada mediante la inferencia y discusión de los resultados encontrados en las categorías, según lo relatado por los participantes.

3.8. Consideraciones Éticas

Por otra parte, la visión ética frente a cualquier posible dilema dentro de la investigación radica en respetar el relato experiencial de los participantes, evitando en todo momento la realización de juicios de valor, demostrando empatía con la persona en un ambiente confidencial y confiable. Además, se consideró la libertad de los participantes al momento de contestar y se respetará la omisión de respuesta.

Las consideraciones éticas que se han considerado en este estudio se basan en los 7 principios de Ezekiel Emanuel, los cuales son:

1) Valor Social y Científico

Abordar la temática de la percepción de riesgo de contraer VIH, desde la metodología cualitativa, nos introduce en diversos aspectos de la vida de los adultos jóvenes, tales como: sus visiones de vida, opiniones, miedos, información veraz y/o errada que manejan, creencias populares y conductas de riesgo, lo que nos guiará en la interpretación de sus comportamientos, profundizar los conocimientos actuales respecto de los factores que influyen en el fenómeno en estudio y en cualificar las causas que interfieran o fomenten el riesgo de contraer VIH, obteniendo una visión general de la población estudiada con respecto a la percepción de riesgo de contagio. Dicha información podrá ser utilizada en futuras investigaciones sobre promoción y prevención de ITS, así como estrategias de intervención, dando pie para la realización de más estudios sobre el tema y la búsqueda de nuevas herramientas de educación y atención en salud.

Los estudios analizados sobre la percepción de riesgo, los cuales son en su mayoría cuantitativos, fueron realizados en población de adolescentes, jóvenes estudiantes

universitarios y adultos jóvenes en general. En dichos estudios se han obtenido resultados de baja percepción de riesgo, a pesar de la educación formal de los participantes.

De la mano de esto se encuentra la importancia de este tipo de estudios para Enfermería, pues se da paso con la percepción de riesgo de adultos jóvenes de Valparaíso - Chile, a una fuente de información que podrá ser trabajada por distintos profesionales de la salud de manera interdisciplinaria, para poder aclarar la información que tiene este grupo etario y saber de manera específica cómo abordar. Concretamente para enfermería sería trabajar con las opiniones recolectadas del presente estudio para realizar a futuro intervenciones preventivas y promotoras de la salud, haciendo hincapié a su real necesidad, podrán enfocar, mejorando así los cuidados y las educaciones proporcionadas de manera particular a los adultos jóvenes, tales como orientarlos a una vida sexual segura con conocimientos de los riesgos que enfrentan y las medidas de prevención que se pueden utilizar para evitar el contagio de alguna ITS. Además, al conocer la percepción de riesgo de este grupo etario, pondrá como desafío a los profesionales de enfermería y de la salud a estar capacitados para entregar información acorde a las necesidades de los adultos jóvenes, de tal manera de mejorar el nivel de conocimiento, derribar las creencias y mitos existentes respecto a este tema y en consecuencia aumentar la percepción de riesgo y el uso de medidas preventivas en los adultos jóvenes entre 18 y 24 años.

2) Validez Científica

Los criterios de rigor que se tomaron en cuenta para llevar a cabo este estudio son los siguientes:

- **Credibilidad:** Para determinar la credibilidad del estudio se utilizan métodos de triangulación en la recolección de datos (de las entrevistas), junto con las notas de campo y transcripciones textuales de la entrevista, para determinar la congruencia de los resultados, respaldar los significados e interpretaciones de estos. También, se contactó en una segunda oportunidad vía correo electrónico con los participantes, para que ellos revisen los resultados obtenidos (transcripción de su respectiva entrevista), para que los hallazgos sean lo más creíbles y con aprobación de ellos.

- Transferibilidad: Dentro de la metodología se especifica cómo se llevó a cabo la investigación, el tipo de instrumento que se utilizó y los participantes a los que se aplicó.
- Dependencia: Se realizó una descripción detallada del método de recolección de información utilizado, considerando los cambios efectuados durante el proceso. Para la investigación se realizó una entrevista, la cual fue registrada con una grabadora, además de que uno de los investigadores tomó nota en un cuaderno de campo, para luego realizar una evaluación reflexiva del proceso y los resultados.
- Confirmabilidad: Para la toma de decisiones de los fundamentos teóricos utilizados y la selección del método se incluyen los argumentos y la triangulación de los investigadores, a través de una reflexión epistemológica.

3) Selección Equitativa de Participantes

La selección de participantes tuvo contexto dentro de la asistencia al Servicio Médico y Dental de Alumnos de la Universidad de Valparaíso (SEMDA), ubicado en Blanco 1931 Esquina Rodriguez, segundo piso, Valparaíso, Chile; mediante una invitación dirigida específicamente a adultos jóvenes entre 18 y 24 años que se atendieran dentro de éste. Cabe destacar, que dicha selección no tiene base en la vulnerabilidad social y/o de salud que puedan presentar los participantes, sino que en el grupo etario al cual pertenecen.

La invitación a realizarse fue de manera equitativa, es decir, no se restringió ni reservó a grupos favorecidos. Sin embargo, de acuerdo al protocolo de la investigación, se restringe a partir del grupo etario al que pertenezca la persona y en base a si inició o no su vida sexual, esto debido al grupo foco del estudio y las posibles conductas de riesgo que se presentan en él.

Además, la selección de los participantes fue en base a que estos efectivamente puedan beneficiarse con los resultados finales de la investigación. En este caso particular, si los participantes requieren de educación sobre el tema a tratar en el estudio, se les otorgará si ellos la solicitan. De acuerdo con esto, se procuró reducir al mínimo los riesgos que pudiesen presentarse a lo largo del proceso de investigación.

4) Respeto por los Participantes

La identidad de los participantes queda resguardada mediante la asignación de un código numérico a cada uno, por lo que sus nombres no son publicados dentro de la investigación en ningún caso, por lo mismo la transcripción de la grabación de cada entrevista, también fueron identificadas mediante los mismos códigos numéricos.

Las grabaciones realizadas de las entrevistas, en conjunto con las transcripciones y los consentimientos informados, son de uso exclusivo para la presente investigación, por lo que no se harán públicas ante ningún motivo, al término de esta serán guardadas en un sobre, dentro de un mueble con llave durante 5 años, a cargo del investigador responsable.

Ante el caso de un posible abandono de un participante del estudio, se respetaría la decisión de éste excluyéndose de la investigación.

5) Consentimiento Informado

Cada participante firmó previo a su participación en el estudio un consentimiento informado donde se estipulan detalles relevantes a considerar, tales como: la provisión de información sobre la finalidad del estudio, los riesgos y beneficios de ésta. La información anterior, fue expuesta y explicada en lenguaje sencillo y concreto para lograr la correcta comprensión por parte del sujeto, tanto de ésta como de su propia situación clínica. Además, se estableció la libertad de tomar una decisión no forzada respecto a participar o no en la investigación. Estos elementos son necesarios para asegurar que los individuos tomen decisiones racionales y libres sobre si el ensayo de la investigación se conforma a sus intereses (87).

6) Proporción Riesgo/Beneficio

La aplicación de la entrevista para recopilar información dentro de este estudio no tendría riesgo, ni impacto sobre la salud física del sujeto de estudio. Sin embargo, existía la posibilidad que, durante la entrevista, el participante presentara o manifestara algún tipo de malestar psicológico, asociado a que el tema en cuestión se considera personal e indaga aspectos privados de la persona, de presentarse una situación con dichas características, los investigadores cuentan con capacitación certificada por la Escuela de Enfermería de la

Universidad de Valparaíso para realizar contención emocional, de haber sido necesario. Según esto, se creó un flujograma de acción que en primera instancia y ante la sospecha de la necesidad de contención, que ha de ser confirmada a través de la observación de expresiones físicas y emocionales, se realizaría escucha activa de forma empática, de manera que el participante exteriorice su malestar y emocionalidad. Tras esto, se valoraría la efectividad del recurso utilizado. Si esta contención no diera resultados positivos, se aplicaría la técnica “Step Out”, la cual se busca exteriorizar una emoción fuerte y mantener un estado de neutralidad, a través de ejercicios de inspiración-espирación y movimientos suaves de brazos. Luego, se verificaría si el participante es portador de alguna afección psiquiátrica o se encuentra en tratamiento. Si se hubiera encontrado un participante con algún malestar emocional que no se lograra contener por parte de los investigadores durante la realización de la entrevista, según flujograma (ver Anexo N°3) tendría la posibilidad de ser derivado al Centro de Atención Psicológica (CAPSI) de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso o bien, ser derivado a otro profesional de recurrencia habitual.

En el caso de que el participante durante la entrevista hubiera manifestado la decisión de realizarse el examen para la detección de VIH, se le informaría sobre las fechas de toma de muestras para la detección de VIH que realiza el Programa Alerta. Este es un programa interuniversitario de la región de Valparaíso que tiene como objetivo la prevención del VIH/SIDA en los alumnos (88).

En cuanto a los beneficios otorgados por esta investigación, consisten en la obtención de información relevante sobre la percepción de riesgo de contraer VIH de la población adulta joven de la región de Valparaíso, lo cual tiene fines de prevención y promoción de salud, pues al identificar los factores que intervienen en la percepción de riesgo, se puede elegir un método más acertado para aumentar la percepción de riesgo en la población de estudio, lo cual traería múltiples beneficios para la salud de los participantes y posteriormente este estudio podría ser utilizado con los mismos fines en otro tipo de población. Respecto a los participantes, estos reciben de manera indirecta los beneficios de este estudio ya que, mediante la entrevista de recolección de información experiencial, ellos reflejan su opinión y visión respecto a la percepción de riesgo y al VIH en sí, dando la oportunidad de exponer de forma amplia su postura y visión general de este tema, y en caso de surgir una interrogante por parte del participante, el equipo de coinvestigadores pudo resolver dudas respecto al tema.

Y por último, un beneficio indirecto resultante como compromiso ético para el campo de investigación, se entregará una copia del presente documento a la Sra. Viviana Ledezma, encargada de VIH/ITS del Departamento de Salud Pública y Planificación Sanitaria de la Secretaría Regional Ministerial (SEREMI) de Valparaíso, quien se encuentra en conocimiento del siguiente trabajo, el objetivo de la entrega sería la obtención de resultados cualitativos para el Diagnóstico Regional, específicamente sobre la percepción de riesgo de contraer VIH en adultos jóvenes de la región de Valparaíso.

7) Evaluación Independiente

Esta investigación y el consentimiento informado pasó por un proceso de aprobación de parte de un comité de ética, debido a que se trabaja directamente con seres humanos, fue analizado por el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, ya que el estudio tuvo lugar en el Servicio Médico y Dental de los Alumnos de la Universidad de Valparaíso (SEMDA), respaldado con el Acta de Aprobación N°32/2018 (detalle en Anexo N°4).

Capítulo 4: Resultados

4. Resultados

4.1. Caracterización Participantes

La población de la investigación fue de un total de 7 personas, 4 mujeres y 3 hombres, entre los 18 y 24 años. Entre estos un participante se identificó como homosexual, y una participante reconoció ser portadora de una enfermedad crónica no transmisible. El total de los sujetos tienen escolaridad media completa, son todos estudiantes de la Universidad de Valparaíso, cursando estudios en diversas carreras, tales como, biología marina, ingeniería en información y control de gestión, contador público auditor, administración pública, ingeniería en construcción y diseño, encontrándose entre 2do y 5to año de sus respectivas carreras. Todos estos participantes han utilizado alguno de los servicios del SEMDA.

4.2. Clasificación Categorías

Los resultados que se presentan a continuación fueron extraídos del relato de los participantes, los cuales se clasificaron según el Modelo de Promoción de Salud. Las primeras siete categorías corresponden a las variables a priori planteadas, por lo que responden a los objetivos específicos del estudio. Desde la octava categoría, están las seis categorías emergentes. Para guiar y/o facilitar la lectura de los resultados, se elaboró la siguiente tabla.

Tabla N°6: Clasificación Categorías

Categorías	Subcategorías
1. Conducta previa relacionada	
2. Factores personales	Biológicos
	Psicológicos
	Socioculturales

3. Percepción de beneficios de la acción	Prevenir ITS y el daño posterior
	Prevenir embarazo
4. Percepción de barreras para la acción	Percepción negativa del preservativo
	Otros
5. Percepción de autoeficacia	
6. Influencias personales	
7. Influencias situacionales	
8. Afectos relacionados de la actividad	Confianza
	Miedo
	Amor
9. Conocimiento	Conocimiento sobre VIH y grupo de riesgo
	Sobre Salud sexual y reproductiva
	Conocimiento erróneo
	Desconocimiento
10. Construcción de una relación de pareja	
11. Crítica al contexto	
12. Percepción de riesgo	
13. Conducta promotora de la salud	

Fuente: Elaboración propia

4.3. Categorías Resultantes

A continuación, se presentan los resultados encontrados, en base al orden expuesto en el Modelo de Promoción de Salud de Nola Pender, las tres columnas con sus categorías, respondiendo a los objetivos específicos del presente estudio, además de las categorías emergentes encontradas.

4.3.1. Características y Experiencias Individuales

❖ Categoría N°1: Conducta Previa Relacionada

La categoría “Conducta Previa Relacionada” es el primer concepto del Modelo de Promoción de Salud y hace referencia a experiencias anteriores de los participantes que pudieran tener efectos directos e indirectos en la probabilidad de comprometerse con las conductas promotoras de salud, las cuales corresponde a: tener pareja estable y exclusiva, uso de preservativo, realizarse el examen de VIH y abstinencia (40). Esta categoría responde al primer objetivo específico establecido en la investigación.

A partir de los relatos de los participantes, se observó que un gran número de ellos relató sus relaciones sexuales como parte de su historia de vida.

“A lo largo de mis 21 años, a lo más, no he estado con más de 3 personas teniendo relaciones sexuales” (Codificación: P06US11).

Además, relataron con frecuencia que éstas han sido dentro de relaciones con parejas estables.

“Las relaciones que he estado, han sido estables y no me ha causado ese problema, por decir así” (Codificación: P06US15).

“Mi conducta sexual es regularmente buena, parejas estables. Ahora no tengo pareja, pero siempre es como una solamente en la época” (Codificación: P07US18).

Lo anterior se contrasta con los relatos de algunos participantes, los cuales al mantener relaciones sexuales con personas desconocidas no conocen si esa persona es portadora de alguna infección de transmisión sexual.

“Yo no soy de tener relaciones sexuales con una persona que no conozco, que es primera vez que veo, pero por las veces que he tenido con una persona, no sé tampoco su... como si está contagiado o no” (Codificación: P01US14).

“Tampoco es como que tenga, así como que haya realizado un FODAS y haya tenido datos científicos que me hayan hecho decir “no, sabí” que esta persona no tiene VIH”, porque ni siquiera le pedí examen fue como “no, no tengo nada y pah” (Codificación: P02US106).

Así mismo, uno de los participantes relata que nunca en su vida ha estado con alguien que tenga alguna enfermedad.

“Gracias a Dios no me ha tocado el caso de estar con una persona así, que tenga una enfermedad” (Codificación: P06US21).

Respecto a la realización del examen de detección de VIH, varios de los participantes se han realizado el examen al menos en una ocasión.

“Yo este año me hice el examen y no tengo VIH” (Codificación: P05US13).

Sin embargo, un participante plantea que nunca se ha realizado el examen de detección del VIH por iniciativa propia, pero ha participado en instancias como donación de sangre, en las cuales es necesario realizar el examen e identificar su estado en torno al VIH.

“Dono sangre regularmente, entonces por ese lado siempre como que te hacen... la chequean y te avisan cualquier cosa.” (Codificación: P04US26).

Gran parte de los participantes reconoce que se han expuesto a situaciones de riesgo de contagio de algún tipo de ITS. Sin embargo, uno de los participantes reconoce no tener la seguridad de haber estado expuesto ante este tipo de situación:

“Creo que nunca he tenido una conducta de riesgo, creo yo, no sé” (Codificación: P04US59).

En esta misma línea, uno de los entrevistados reconoce haberse expuesto a una situación de riesgo como la práctica de sexo oral sin preservativo, tal como se menciona a continuación:

“De riesgo, sí. O sea, la práctica de sexo oral sin preservativo porque finalmente el preservativo se utiliza más en lo que viene a ser penetración, pero hoy en día en sexo oral se utiliza súper poco” (Codificación: P02US83).

Respecto a la utilización de preservativo, la mayoría de los participantes relata que han utilizado desde que comenzaron su actividad sexual.

“En general, el uso del condón (método que utiliza como protección)” (Codificación: P04US21).

Al contrario, participantes manifiestan y reconocen no utilizar preservativo, relatando además la irregularidad de su uso durante sus relaciones sexuales.

“De 10 veces yo creo que son unas 6 ó 7 con condón y las otras 4-3 no (respecto al uso de preservativo en sus relaciones sexuales)” (Codificación: P07US63).

La mayoría de los participantes admiten que el uso de preservativo es un método de prevención de ITS y de embarazo no deseado. No obstante, una participante ha utilizado preservativo sólo para la prevención del embarazo, explicando que su utilización es antes de la eyaculación del hombre.

“Nosotros no ocupamos condón en el inicio de la relación sexual, pero antes de que el termina sí lo ocupamos. Siempre hemos ocupado condón, pero no desde el principio de la noche” (Codificación: P05US60).

La mayoría de los participantes mencionan que las ocasiones en donde no han ocupado preservativo en sus relaciones sexuales ha sido con sus parejas estables y exclusivas.

“En cuanto a mis relaciones, el 99,9% han sido con preservativos, menos una que fue con una pareja” (Codificación: P02US12).

Otra participante refiere haberse expuesto a situaciones de riesgo. Sin embargo, esta identifica como una situación de riesgo el hecho de exponerse a un posible embarazo.

“Sí, cuando tuve mi primera vez, yo no, no usamos condón y después tuve que tomar la pastilla del día después y esa fue como mi mayor situación de riesgo” (Codificación: P05US40).

Por otro lado, dentro de las conductas previas, participantes enuncian que en algún momento de su vida le han planteado tener relaciones sexuales sin preservativo, por lo que ha debido defender su postura frente a su conducta promotora:

“Me lo han dicho y yo les he dicho que no, con preservativo. Sí me lo han planteado, así como: “ah ya, la típica, la puntita”, es como... sí me lo han planteado” (Codificación: P02US63).

❖ **Categoría N°2: Factores Personales**

Los “Factores Personales” son predictivos de cierta conducta y están marcados por la naturaleza de la consideración de la meta de la conducta. Esta se divide en tres categorías establecidas previamente dentro del Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender: Factores Personales Biológicos, Factores Personales Psicológicos y Factores Personales Socioculturales (40). La categoría de “Factores Personales” responde al primer objetivo específico establecido en la investigación.

Subcategoría N°1: Factores Personales Biológicos

Dentro de la subcategoría “Factores Personales Biológicos”, un participante reconoce en sí mismo un factor predictivo para su conducta al identificarse con una orientación homosexual,

por lo cual refiere que, debido a esto se encuentra dentro de un grupo de riesgo. Coincide además con encontrarse en un rango etario predictivo para la conducta. Lo anteriormente expuesto se evidencia en el siguiente relato:

“Yo soy homosexual, por lo cual entraría dentro de la población más de riesgo, también coincido con el rango de edad” (Codificación: P02US11).

Así mismo, una participante revela como un factor personal predictivo el hecho de portar una enfermedad autoinmune crónica.

“Tengo enfermedad crónica” (Codificación: P03US7).

Subcategoría N° 2: Factores Personales Psicológicos

Por otro lado, dentro de la subcategoría de “Factores Personales Psicológicos”, participantes revelan que parte de la información que obtienen respecto al tema en cuestión es debido a que estos mismos han auto-gestionado su aprendizaje.

“Creo que lo que estoy informada, lo poco o harto que puedo estar es porque a mí me gusta buscar información” (Codificación: P03US23).

De esta manera, de acuerdo con una participante, la información que obtiene le permite desarraigar información errónea en torno al VIH.

“Uno después se va sacando como todos esos como tabúes y empiezas a aprender, como a investigar por ti solo” (Codificación: P04US30).

Un participante da cuenta de la competencia personal, variable incluida dentro de la subcategoría “Factores Personales Psicológicos”. Éste refiere la poca factibilidad de que el conocimiento que él posee se replique en la totalidad de personas con orientación homosexual.

“Es como un poco irrealista decir que el mismo conocimiento que tengo yo, lo tienen todas las personas homosexuales” (Codificación: P02US36).

Siguiendo la misma línea de competencia personal, una de las participantes revela que la percepción de cada persona al momento de recibir información es distinta. Producto de esto, la influencia que ejerce dicha información sobre sus conductas será también distinta.

“La realidad de todos es tan distinta que la forma en que vamos a percibir la información siempre va a ser de una manera diferente, entonces, por ejemplo: si a mí me dicen, no sé, “te puedes contagiar de VIH teniendo, porque estás teniendo una conducta de riesgo”, yo voy a decir “ya, ok, me voy a comportar de manera diferente”, pero probablemente la otra persona que recibe exactamente la misma información va a decir así como “sí, bueno, ya, a mí no me va a pasar”, punto. Entonces, eso tiene que ver con cómo cada uno recibe la información y cómo la aplicamos” (Codificación: P04US52).

Así mismo, la participante refiere que existe acceso a la información tanto sobre los métodos de barrera como del VIH para las personas, pero su uso depende de la recepción de ésta.

“No podemos hablar, por ejemplo, de falta de accesibilidad a la información o a los métodos. Creo que todo eso está y va en cómo lo recibe cada persona” (Codificación: P04US51).

La misma participante indica, como parte de su competencia personal, su capacidad de establecer temáticas de índole sexual, tal como relata a continuación:

“Porque para mí, por ejemplo, el sexo es algo súper normalizado, entonces nunca he tenido problemas para conversar algo o con nadie” (Codificación: P04US63).

De acuerdo a esto, la participante es capaz de autodefinirse como “voz de la razón” dentro de sus pares al poder identificar e intentar prevenir conductas de riesgo.

“En mi círculo cercano siempre soy como yo la voz de la razón. Así como: “¡si vas a salir a carretear, tienes que llevar condones!, ¿cómo no vas a llevar condones? ¿y si tiras con alguien?” (Codificación: P04US36).

Así mismo, esto permite a la entrevistada realizar una retroalimentación en conjunto con sus pares a través del análisis de sus acciones y conductas.

“Soy muy analítica, como de analizar todo. Entonces como que desgloso todos los actos y digo: “ya, así como esto está bien, esto está mal y deberías como hacer las cosas mejor”. Entonces, así como que vamos haciendo un feedback entre nosotras” (Codificación: P04US37).

Por otra parte, dentro de la misma subcategoría de Factores Personales Psicológicos, un participante revela que la autoestima se torna fundamental, a pesar del conocimiento e información que las personas posean, puesto que quererse a sí mismo permite querer a los demás correctamente y, por tanto, permite cumplir con conductas promotoras de la salud tanto para sí mismo como para el resto.

“A pesar del conocimiento y la información que tenga, yo creo que va en quererse a sí mismo, yo creo que va de ahí, de un principio, de cómo la persona se quiera es como también puede querer a los demás (...) yo creo que va por el autoestima de él” (Codificación: P06US31).

Emerge dentro del relato de un participante, la variable de automotivación, incluida dentro la subcategoría de Factores Personales Psicológicos. En ésta, el participante refiere que su autocuidado es un factor que lo conduce a realizar el examen de detección del VIH.

“El cuidado de uno (motivo por el cual se realiza el test de detección de VIH)” (Codificación: P06US35).

Particularmente, una de las participantes revela la variable de estado de salud percibido, perteneciente a la subcategoría Factores Personales Psicológicos, al considerar el padecimiento de una enfermedad autoinmune crónica, la cual la conduce a mantener un mayor cuidado personal.

“Por mi propia enfermedad (...), en este caso yo tengo Lupus, entonces todo lo que hago o no hago me afecta (...), entonces tengo que tener un excesivo cuidado a diferencia del resto” (Codificación: P03US26).

Debido a esto, afirma que el método de barrera de elección debido a su enfermedad es el preservativo, haciendo alusión a que le es imposible adoptar tratamientos anticonceptivos hormonales, tal como relata a continuación:

“Aparte de como preservativo, algo así, yo no puedo tomar nada, entonces era como la única forma de cuidarnos” (Codificación: P03US18).

Subcategoría N°3: Factores Personales Socioculturales

En cuanto a la subcategoría Factores Personales Socioculturales, distintos participantes refieren que la educación escolar ha sido una de sus fuentes de formación sobre salud sexual. A través de éste, recibieron educación respecto de ITS y uso de método de barreras.

“Tuvimos educación sexual, pasamos todas las ETS, también todas los métodos anticonceptivos, los métodos de barrera, nos enseñaron cómo poner un condón” (Codificación: P04US32).

Por otro lado, un participante menciona a la universidad como fuente de formación sobre ITS, ya que a través de los estudios superiores a los cuales optó cursar, tuvo la posibilidad de contar con clases de biología.

“En la universidad igual tuve ramos de biología porque estudió Biología Marina, entonces igual los primeros años, sí, como que tuve lo general y ahí pasan como enfermedades, en biología celular” (Codificación: P01US3).

Otra de las fuentes de información mencionadas por uno de los participantes ha sido el ingreso al programa interuniversitario destinado a la prevención de VIH en adultos jóvenes (ALERTA). A través de éste, el participante menciona la utilidad del programa para reforzar sus conocimientos sobre salud sexual e ITS.

“Cuando llegué a la u entré al programa alerta y ahí como reforcé el contenido, pero ya manejaba el tema, porque me lo habían pasado en el colegio” (Codificación: P02US56).

A pesar de esto y en contraste a los relatos anteriormente expuestos, un participante refiere que los establecimientos de educación escolar no fueron parte de sus fuentes de formación, mencionando que durante su transcurso en la educación escolar básica le enseñaron algunas de las enfermedades de transmisión sexual, sin especificar cuáles, pero no así en su instancia en la educación escolar media.

“No, creo que ni desde los colegios ni de nada, yo me acuerdo que en media jamás me pasaron nada sobre esto, me pasaron en básica sobre qué enfermedades podría tener” (Codificación: P03US24).

4.3.2. Cogniciones y Afectos Relativas a la Conducta Específica

❖ Categoría N°3: Percepción de Beneficios de la Acción

La categoría “Percepción de Beneficios de la Acción”, de acuerdo al Modelo de Promoción de la Salud, se define como los resultados positivos anticipados que se producirán desde la conducta de salud, es decir, el beneficio que le otorga la persona al realizar la conducta promotora de salud, que en este caso sería abstinencia, pareja única, uso de preservativo y realización del examen de detección del VIH (40). Esta categoría responde al segundo objetivo específico planteado dentro de la investigación.

Subcategoría N°1: Prevenir ITS y el Daño Posterior

A partir de los relatos de los participantes, se plantea como subcategoría “Prevenir ITS y el Daño Posterior”, ya que gran parte de los participantes refieren este elemento como uno de los beneficios tras el uso de preservativo durante las relaciones sexuales.

“Sí, el no contraer enfermedades, el evitar contraer enfermedades de transmisión sexual y eso como principalmente” (Codificación: P01US29).

Sumado a esto, emerge en el discurso de uno de los participantes, la importancia de la detección del VIH a través de la realización del examen respectivo para poder disminuir o evitar la expresión del virus y que este genere daños en su vida.

“(...) Si tú ya adquiriste una infección de transmisión sexual, no puedes retroceder el tiempo y evitar haberte transmitido esa infección, pero sí puedes evitar que se genere el daño que te podría generar” (Codificación: P02US94).

Uno de los participantes diferencia los beneficios percibidos según la orientación sexual de la persona, mencionando que las parejas homosexuales ven como beneficio utilizar el preservativo para evitar las ITS.

“(...) Las parejas homosexuales (sí utilizan preservativo) para evitar las infecciones de transmisión sexual” (Codificación: P02US31).

Subcategoría N°2: Prevenir Embarazo

Dentro del discurso de los participantes, emerge la subcategoría “Prevenir Embarazo”, puesto que a pesar de que estos mencionan la utilidad del preservativo para prevenir infecciones de transmisión sexual, su preferencia y uso se basa principalmente para evitar un embarazo no deseado.

“Es como el gran dilema que uno más se preocupa de no tener hijos que de preocuparse de cuidarse de las enfermedades de transmisión sexual” (Codificación: P05US17).

“Pero básicamente el condón lo usamos para evitar el embarazo, no es como para evitar las enfermedades de transmisión sexual, sino que nosotros lo usamos como para evitar el embarazo” (Codificación P05US55).

Siguiendo esta misma línea, un participante revela que dentro de su experiencia las parejas con orientación heterosexual utilizan preservativo principalmente con el fin de evitar un embarazo no deseado.

“En mis charlas también me he dado cuenta que las parejas heterosexuales ocupaban más el preservativo por el tema del embarazo, así como un método anticonceptivo” (Codificación: P02US25).

A su vez, una de las participantes reconoce el evitar un embarazo no deseado como un beneficio en el uso del preservativo cuando existe algún cambio en su método anticonceptivo hormonal y en su ciclo menstrual.

“Ciclo menstrual básicamente, porque tampoco quiero quedar embarazada, entonces es como eso. Cuando cambio de pastillas, uso condón porque cuando cambio de pastillas el riesgo es más alto y todo eso” (Codificación: P05US35).

❖ **Categoría N°4: Percepción de Barreras para la Acción**

La “Percepción de Barreras para la Acción”, de acuerdo al Modelo de Promoción de la Salud, se definen como bloqueos anticipados, imaginados o reales y costes personales en la adopción de una conducta determinada (40). Dicha categoría responde al segundo objetivo específico de la investigación.

Subcategoría N°1: Percepción Negativa del Uso de Preservativo

En esta categoría fueron encontradas principalmente percepciones negativas respecto al uso del preservativo, convirtiendo este elemento en una subcategoría de la definición anteriormente planteada. Fue posible hallar que la mayoría de los participantes identifican la existencia de personas que relatan no agradarles y/o no querer utilizar preservativo, relatos que emergen principalmente de hombres.

“A los hombres no les gusta mucho usar condón. A ver, yo tengo amigos también que dicen, así como “no, es mejor sin condón” (Codificación: P05US38).

Sumado a lo anterior, más de uno de los participantes relata que, independiente de la percepción sensitiva que tengan del preservativo, no lo utilizan.

“La gente que no usa preservativo, yo creo que, porque le da lo mismo, porque en verdad es como “ya, filo, no voy a usar, porque no me gusta usar preservativo, no me gusta y punto” (Codificación: P02US49).

Por otro lado, gran parte de los participantes refieren que una de las razones por la cual perciben el uso del preservativo de forma negativa, es que cambia la sensación de placer en la penetración sexual, siendo menor con la utilización de éste.

“Si uno anda caliente y la cuestión, y se da la oportunidad, obviamente la sensación es distinta con preservativo a que no usarlo, va a optar por sentir la otra sensación” (Codificación: P06US27).

A su vez, uno de los participantes relata que el uso de preservativo es incómodo, tanto para hombres como para mujeres.

“Sí y yo creo que es tanto para los hombres como para las mujeres en verdad (sensación incómoda al utilizar preservativo)” (Codificación: P07US48).

Subcategoría N°2: Otros

Así mismo, uno de los participantes menciona a los medios de comunicación como una barrera dentro del uso de preservativo, puesto que estos son capaces de influenciar a las personas en sus conductas. A partir de aquello, ejemplifica a la industria pornográfica como un elemento influenciador, con el cual las personas deducen que no existen riesgos y/o normalizan el no utilizar preservativo durante las relaciones sexuales:

“La gente está muy influenciada por la industria, por los medios de comunicación, por el mismo porno de que hay que hacerlo sin preservativo, de que no pasa nada” (Codificación: P02US16).

Un participante menciona que las personas portadoras de VIH no se sienten con la posibilidad de ser contagiadas con otro tipo de infección de transmisión sexual, por lo tanto ven como barrera para la utilización de preservativo tener VIH su misma condición.

“Aunque eso es falso (que no sea posible que sean contagiados de otra ITS), porque igual se pueden transmitir de otras infecciones de transmisión sexual, pero hay gente que, por ejemplo, que tiene VIH y que sabe que tiene VIH y que no usa preservativo, entonces yo diría que es como, porque le da lo mismo.” (Codificación: P02US52).

Una de las participantes menciona que la única posibilidad en donde no utilizaría preservativo sería porque una enfermedad le impidiera ocuparlo.

“La única forma que me impidiera, que es lo único que puedo usar en este caso es condón, sería por enfermedad, porque me dijeran que ya, por eso tampoco puedo usarlo” (Codificación: P03US19).

Al mismo tiempo menciona la concepción de un hijo como una barrera para la utilización de preservativo.

“Creo que lo única opción sería, porque yo quisiera quedar embarazada.” (Codificación: P03US20).

Uno de los participantes menciona como barrera para el uso del preservativo la relación existente entre el precio de los preservativos en el mercado versus la cantidad de unidades de cada formato, considerando alto el valor monetario para el número disminuido de veces que podrá tener relaciones sexuales con ellos.

“Los buenos que tienes que comprar cuestan como tres lucas y son tres no más, ¿y qué? ¿en cuánto rato se te va eso? súper poco igual, no es tanto” (Codificación: P07US46).

❖ **Categoría N°5: Percepción de Autoeficacia**

La categoría “Percepción de Autoeficacia” se define como el juicio de la capacidad personal de organizar y ejecutar una conducta promotora de salud, influyendo sobre las barreras de acción percibidas, de manera que a mayor autoeficacia hay una menor percepción de las barreras para el desempeño de la conducta promotora (40). Esta categoría va en respuesta al segundo objetivo específico planteado en esta investigación.

A lo largo de ésta, una de las participantes refiere que si su pareja exigiera la utilización de preservativo, sí accedería a la petición.

“No, ocuparía, obvio, no tendría ningún problema” (Codificación: P01US24).

Gran parte de los participantes relata, que en caso de tener un encuentro casual de tipo sexual con una persona desconocida harían uso del preservativo, refiriendo que al no conocerla, desconocen sus relaciones sexuales previas y su historial en torno a esto.

“Por ejemplo, estoy en un carrete y conozco a una persona y se da la situación, para mí eso no vale, ahí sí o sí ocuparía preservativo” (Codificación: P06US17).

“No, ahí tendría que saber usar condón, sí lo usaría, porque uno nunca sabe quién ha estado con él” (Codificación: P05US59).

En este mismo caso, ante un encuentro casual de índole sexual, los entrevistados afirman que utilizarían preservativo a pesar de que la pareja refiriera no padecer infecciones de transmisión sexual.

“Si fuera a tener sexo con alguien y me dijera así como “oye no, no sé, no tengo” o algo así, no, le diría así como “entonces no”, no, no puede suceder sin método de protección (...)” (Codificación: P04US20).

Un participante menciona que se siente eficaz de utilizar el preservativo, ya que tiene conciencia sobre los beneficios que traerá para él.

“Ha sido como por convicción propia (utilizar preservativo), o sea, por lo que he creído que es mejor para mí, lo que es bueno, lo que es malo” (Codificación: P02US54).

Sumado a esto, a pesar de recibir influencias externas para no realizar la conducta promotora de utilizar preservativo, varios de los participantes relatan que su posición se mantuvo inquebrantable para la realización de ésta, considerándose rigurosos y con una determinación adecuada para enfrentar aquella situación.

“Así como alguna presión que haga la otra persona es difícil, porque yo igual soy medio pesado” (Codificación: P02US67).

“En ese sentido soy muy como rigurosa (...) no, no sé, siempre me cuido, nunca lo haría sin cuidarme. Entonces prefiero decir así como "no, basta", porque no, no sé, en ese sentido soy muy rigurosa” (Codificación: P04US19).

Del mismo modo, una de las participantes no considera la posibilidad de tener algún tipo de conducta de riesgo, ya que refiere tomar las debidas precauciones para evitar posibles contagios.

“Algo así, pero no, porque en ese sentido soy muy rigurosa” (Codificación: P04US54).

“(...) Por eso tomó las precauciones, para que no suceda (contraer VIH)” (Codificación: P04US61).

En cuanto a las conductas promotoras, uno de los participantes considera que la realización de éstas se encuentra vinculada con la responsabilidad que tiene cada persona en su autocuidado.

“No es como un juego llegar y acostarse con alguien y no protegerse, porque es responsabilidad de uno mismo estarse cuidando constantemente” (Codificación: P05US22).

Gran cantidad de los participantes manifiestan que han tenido conductas sexuales irresponsables durante su vida y reconocen que esta conducta ha sido el no utilizar preservativo, un ejemplo sería:

“Igual soy un poco irresponsable, he sido un poco irresponsable (respecto a las medidas de protección)” (Codificación: P01US11).

La autocrítica anterior se origina a partir del reconocimiento, por parte de los participantes, de la conducta promotora de salud, considerando su importancia y la seguridad que esta les otorga.

“Al elegir la opción de no cuidarse, estás siendo irresponsable, porque estás desechando la opción más segura” (Codificación: P02US90).

“Es muy importante, o sea, creo que es muy irresponsable tener relaciones sexuales sin protección, sin un método de barrera, o sea, no hablando de métodos anticonceptivos, porque eso igual va por cada persona” (Codificación: P04US12).

Sumado a esto, uno de los participantes refiere que en ocasiones ha desistido de iniciar la relación sexual al no contar con preservativo, puesto que considera esta conducta irresponsable.

“Sí, así como que digo: ya en verdad no puedo ser tan irresponsable y lo he hecho (ha impedido iniciar una relación sexual sin preservativo)” (Codificación: P01US28).

Uno de los participantes refiere que los adultos jóvenes, en general realizan acciones irresponsables en torno a sus conductas sexuales, debido a que no tienen conciencia de la enfermedad.

“No tienen la capacidad de una autocrítica o de autoconciencia para poder cuidarse y prevenir estas cosas” (Codificación: P07US22).

“Porque es como “porfiado” (no utilizar preservativo a pesar de contar con la información necesaria)” (Codificación: P06US26).

Así mismo, uno de los participantes afirma que, en caso de mantener una relación estable, permitiría no utilizar preservativo.

“Yo creo que, con una pareja estable sería como la típica situación (para no utilizar preservativo)” (Codificación: P02US39).

Otro hallazgo a partir del relato de los participantes fue que durante la primera relación sexual no se utilizó preservativo, debido a factores como la actitud e ideas preconcebidas en torno a esa temática. Sin embargo, actualmente refieren que no actuarían de la misma forma.

“En mi caso particular, yo lo hice como la primera vez como de súper inocente e iluso, pero ahora igual sería como examen en mano, no me sirve que tú me digas “no sabes que no tengo VIH” “¡Ah ya estupendo!”. No. O sea, ahora que ya estoy más grande y

que sé del tema, no sería el mismo contexto que fue de años atrás cuando ocurrió”
Codificación: P02US104).

El tener conocimientos sobre el VIH se presenta para algunos participantes como algo relevante a la hora de prevenir conductas de riesgo.

“Además, de uno al tener ya el conocimiento, empezar a hacerse exámenes desde un principio, porque uno no sabe si es portador o no, la idea es tener ese respaldo pa’ después en el momento de no saber y tener una relación sexual, contagie a la otra persona” (Codificación: P06US25).

“Igual es un tema que obviamente me gustaría como saber más y ser un poco más consciente de que estoy propenso a... y intentar cambiar mi actuar, mi comportamiento, en los momentos en que no he ocupado, he sido irresponsable entonces, en el futuro ser un poco más responsable” (Codificación: P01US32).

❖ **Categoría N°6: Influencias Personales**

La categoría “Influencias Personales”, de acuerdo con el Modelo de Promoción de la Salud, se define como los conocimientos acerca de las conductas, creencias o actitudes de los demás. Éstas incluyen normas, apoyo social y modelación, siendo las principales fuentes de influencias personales la familia, pareja y cuidadores de salud (40). Esta categoría responde al segundo objetivo específico de la presente investigación.

Emergen del discurso de los participantes creencias que han recibido de otras personas, muchas de estas erróneas, sobre VIH y temas relacionados a sexualidad, lo que puede influir positiva o negativamente en la percepción de riesgo de los participantes.

Un entrevistado relata la creencia errónea de otras personas, con respecto a que la transmisión del VIH ocurre solamente si la persona cambia frecuentemente de pareja sexual, tal como se indica a continuación:

“El tabú que el VIH se transmite solamente si eres una persona muy promiscua, siendo que no necesariamente es así, hay personas que tienen su primera, segunda pareja

sexual y se transmiten de VIH” (Codificación: P02US9).

Otra creencia errónea que los participantes revelan haber escuchado, es el hecho de que el contagio ocurre tan solo con tener contacto con un portador de VIH, como se relata a continuación:

*“La mayoría de las personas piensan que ¡ay! sólo por tocar te contagias”.
(Codificación: P03US2).*

Sumado a esto, participantes indican el error que tienen algunas personas de pensar que la presencia de heridas en portadores de VIH sería una vía de transmisión directa del virus.

“El típico, el de que “no puedes ni tocarlo porque se te va a pegar” (...), “no, es que tiene una herida, se te va a transmitir, porque tienen heridas” (Codificación: P03US48).

Así mismo, una participante revela que las personas tienden a alejarse de los portadores de VIH debido a creencias erróneas sobre la transmisión del virus, considerándolo una conducta reprochable, tal como refiere el siguiente relato:

“La sociedad como que creen que por estar cerca de una persona con VIH se les puede pegar o que si ocupan las mismas cosas de una persona con VIH se les va a pegar, o si la tocan o si están cerca de ella, no sé, como que instintivamente como que intentan alejarse de esa persona y... yo igual creo que eso no está bien” (Codificación: P05US9).

Una entrevistada refiere como creencia ajena el hecho de que las personas portadoras de SIDA son capaces de transmitirlo directamente a otras personas.

“Una cosa es que tengan SIDA y otra cosa es que los tiren a un rincón a sacarles sangre, es algo nada que ver”. (Codificación: P03US47).

Un participante manifiesta, dentro de su experiencia, la existencia de personas que no conocen ni identifican la diferencia entre VIH y SIDA.

“Gente que no diferencia entre el VIH y SIDA, que no saben que no es lo mismo y ahí nosotros les explicábamos “no, sabes que el VIH y el SIDA no es lo mismo” (Codificación: P02US10).

De acuerdo con lo anterior, participantes revelan algunas creencias de otras personas en torno al SIDA. Desde el relato de una participante, emerge la idea de que el VIH/SIDA aún es una patología poco aceptada socialmente, tal como se expone a continuación:

“Como que el SIDA, el VIH todavía está como algo muy mal mirado” (Codificación: P04US45).

A su vez, surge de su relato la creencia ajena de que padecer SIDA equivale a padecer cáncer, puesto que ambas patologías conllevan a una muerte inminente. Además, como se ha mencionado anteriormente, la participante refiere como parte de la creencia del resto, que las personas portadoras de SIDA arrastran el prejuicio de cambiar parejas sexuales constantemente. Lo anteriormente expuesto se evidencia en el siguiente relato:

“La gente todavía piensa que, que te dé SIDA es casi como tener cáncer ¿cachai? Te da SIDA y te voy a morir, y se lo vas a pegar a toda la gente que esté cerca de tí, porque probablemente eres una persona muy promiscua que te gusta acostarte con todo el mundo. Ese tipo de prejuicios creo que todavía existe” (Codificación: P04US58).

A esto se suma que un participante considera que las personas tienen una visión trágica de la patología.

“Todos tienen como el paradigma de que es una enfermedad muy fuerte” (Codificación: P07US2).

Un participante comenta que estas creencias persisten debido a que las personas, particularmente adultas, mantienen arraigadas ideas remotas o bien, especulan a partir de información obtenida de fuentes no oficiales como películas.

“La gente no lo entiende, como que se quedan con las ideas muy antiguas o ven algo en una película y se pasan cualquier rollo, pero generalmente eso pasa más con la gente adulta” (Codificación: P03US51).

Particularmente, una de las participantes comenta su experiencia al padecer una enfermedad autoinmune crónica, ya que debido a ésta debe realizarse exámenes sanguíneos periódicamente, incluyendo el examen de detección del VIH, por el que es cuestionada debido a que no presenta sintomatología asociada.

“Me ha pasado varias veces que voy a sacarme y me dicen para qué me hice el examen si no me siento mal” (Codificación: P03US44).

Algunas de las participantes revelan que las creencias que reconocen en las demás personas se encuentran arraigadas en sus lugares de residencia, aludiendo a que estos se ubican en zonas con menor población y a otros aspectos contextuales. Es así como una participante refiere haber asistido a un colegio católico en el cual fomentaron la creencia de que las relaciones sexuales no son adecuadas antes del matrimonio.

“Soy como de pueblo chico y colegio de monjas entonces es como, no sé, al principio siempre era como “el sexo es malo” y tienen que casarse antes de tener sexo” (Codificación: P04US29).

Así mismo, dentro de estas creencias, otra participante refiere que en el lugar donde reside, aludiendo a su ruralidad, existe la creencia que el matrimonio durará por siempre, por lo que no existen riesgos de contraer enfermedades de transmisión sexual, agregando a que no es parte de la educación de la zona incentivar el uso de preservativos o tratamientos anticonceptivos hormonales:

“Allá en el campo, allá donde yo vivo, no creo que haya nadie que le haya dicho a su hija así como: “oye, cuídate, usa condón, usa pastillas” porque allá se usa eso de que: “la hija se va a casar, y se va a quedar con él para siempre”. No hay riesgo de enfermedades de transmisión sexual, hijos y todo queda dentro del matrimonio” (Codificación: P05US48).

Una participante considera que la abstinencia no es una alternativa para los jóvenes.

“Hay que ser realistas, la abstinencia no es una opción para los jóvenes” (Codificación: P05US3).

Sumando a las opiniones de los participantes, se expresa también que los hombres suelen tener conductas más riesgosas al momento de realizar el acto sexual.

“Tengo como la idea de que en el momento no... les da igual, les da exactamente igual” (conductas de los hombres) (Codificación: P03US43).

Particularmente, uno de los participantes revela que su orientación sexual influye dentro de la información sobre VIH obtenida, ya que se encuentran más susceptibles a recibirla.

“Desde que uno se empieza a meter como o se empieza a subir como al mundo homosexual, como que te están bombardeando de información” (respecto al VIH) (Codificación: P02US33).

Sumado a esto, el participante agrega que las mujeres son más capaces de asumir los riesgos de ciertas conductas sexuales, ya que éstas obtienen información regularmente al asistir a controles ginecológicos.

“Las mujeres que van de manera más regular a la matrona y la informan de todo eso”. (Por esto no pasan por alto las ITS) (Codificación: P02US27).

La información sobre VIH es un factor que emerge también dentro del discurso de los participantes. La mayoría de estos refiere que obtienen información de sus pares, familia, internet y noticias emitidas en la televisión. Ejemplificando:

“Por internet, eh, entremedio de conversaciones o por la televisión” (cómo se ha informado) (Codificación: P07US16).

La totalidad de los participantes consideran a sus amistades como fuentes de información respecto al tema de la sexualidad. Así mismo, la mayoría comenta que la información que se

difunde entre estos no es respecto a datos sobre VIH, sino netamente sobre conductas. Una evidencia sería:

“No es como la información, así como hablar de información sobre el VIH ni nada eso, pero sí sobre conductas, el cómo se comporta cada uno” (Codificación: P03US35).

Los participantes consideran que la información, obtenida por motivación personal o por conversaciones con terceros es un aspecto influyente dentro de la conducta de las personas, puesto que de esta manera previenen actos que podrían resultar riesgosos para la salud.

“El internet ha influido, algunos... la gente adulta porque de repente uno busca encont... uno es más joven intenta buscar información sobre el tema pero de repente tu vai' viendo y deci': “ya, el adulto me entregó esta información, el internet me entregó esta información, pero uno igual tiene su propia información po” entonces ahí hay de repente, si tú no sé po', alguien... tú estai' joven y el otro está joven, imagínate que la otra persona concuerda con la información que tenía uno, ahí influiste en esa persona po', pero uno está influido ya antes por una historia o por un adulto, o por internet, amigo” (Codificación: P07US28).

“La mayoría es o porque está más informado, ya sea porque buscan ellos información o porque las mismas familias los apoyan y les dicen: “no, es mejor cuidarte o es mejor esto...” Siempre hay que estar un paso adelante”. (Codificación: P03US32).

De esta manera, otro participante revela que la información sobre ITS/VIH es un factor primordial dentro de su formación como persona.

“La información principalmente, la información ha sido como el factor principal, porque quizás si no estuviese tan informado, sería como otra persona” (Codificación: P02US45).

Asimismo, participantes relatan que la educación e información que se les entrega son factores primordiales de influencia dentro de su conducta sexual.

“Lo que me ha motivado a usar preservativo es justamente la información” (Codificación: P02US23).

“Yo creo que la educación es lo que más influye en la conducta sexual de una persona... en la mía al menos” (Codificación: P04US31).

La totalidad de los participantes consideran que la educación escolar y familiar (madres y padres) son parte de sus principales fuentes de información, las cuales influyen directamente en su conducta sexual.

“La educación que a uno le dan, sobre todo en el colegio y en la familia (lo que ha influenciado su conducta sexual)” (Codificación: P04US28).

Parte de la información que es otorgada por familiares, específicamente madres, padres y tíos, en uno de los casos radica en dos ámbitos dentro de la conducta sexual de los participantes: evitar el contagio de VIH y evitar el embarazo.

“Si alguna vez tienes relaciones con alguien tienes que cuidarte, porque te puedes contagiar VIH, como para todo el resto hay muchos antibióticos, pero no puedes contagiarte VIH” (Codificación: P04US65).

“(Le dicen) Cuídate, cuídate tú... Si tú no te cuidas, el mayor problema, más allá de una enfermedad. lo vas a tener tú. Y en este caso es un embarazo o cualquier otro tipo de cosa soy yo la que va a terminar con el bebé, entonces, por eso... como que más allá de eso, no me decían más” (Codificación: P03US33).

A su vez, una de las participantes refiere que un familiar, particularmente su madre, es quien ha tomado también la iniciativa de facilitar métodos de barrera argumentando el deber de prevenir situaciones de riesgo.

“Básicamente que mi mamá es bien liberal, o sea, nunca... ella se separó de mi papá y después ha estado con varias otras parejas, entonces ella siempre me dijo “teni que cuidarte no te empareji con alguien al tiro, nada es seguro, siempre teni que cuidarte a pesar de que esti en una relación, porque los hombres son así, así, así y eso po’. Y tú

erí joven, teni que cuidarte, porque las cosas se dan... y de hecho ella me compró condones, porque dijo: las cosas se dan y teni que estar preparada, porque en cualquier momento tú podi hacer algo y después no te vas a poder arrepentir, porque eso lo vay a hacer una vez y lo vas a seguir haciendo” (Codificación: P05US33).

Así como la información ha influenciado en ciertas conductas de los participantes, la desinformación sobre salud sexual también ha sido significativa al momento de adoptar comportamientos, de esta forma revelan que las personas no utilizan preservativo, debido a que existe falta de información por parte de éstas, por lo cual consideran que no existe riesgo al no hacer uso de métodos de barrera.

“Yo creo que es desinformación. La mayoría no lo toma como algo importante (ocupar preservativo) creen que es como... “ay, no, si ¿qué importa? da igual, no es peligroso, no va a pasar nada” (Codificación: P03US21).

Uno de los participantes agrega que, dentro de esta desinformación las personas no reparan en la existencia de instituciones públicas de salud que otorgan métodos de barrera y exámenes preventivos gratuitamente. Por ejemplo:

“Yo creo que no todo el mundo, no todo el mundo sabe que el consultorio entrega condones gratis, no todo el mundo sabe que el consultorio te puede entregar un examen gratis para ver cómo estay” (Codificación: P07US40).

Varios de los participantes le otorgan importancia a la forma de hablar con normalidad con sus familias sobre sexualidad, ésta tiene relevancia en la forma de acceder a la información.

“En la casa de mi pareja, o sea, mi expareja, él nunca pudo hablar el tema abiertamente, entonces toda la información que le llegaba como que la bloqueaba automáticamente, porque es un tema tabú, entonces va en como tú estés abierto a recibir la información” (Codificación: P04US64).

Así mismo, parte de los participantes refieren que, a partir del conocimiento de las conductas sexuales de sus amistades, son capaces de retroalimentar sus conocimientos con el fin de mejorar conductas.

“Cada vez que tengo una pareja o tengo amigos con los que empezamos a hablar el tema, uno se va informando más y tomando otros tipos de decisiones, porque al final puede estar la información muy, puede estar harta información, pero uno no sabe de repente cómo aplicarla o cómo utilizarla, entonces con las acciones de uno, de los amigos uno va aprendiendo” (Codificación: P07US54).

El participante, además, revela que aunque no se discute respecto al VIH con sus amistades, sí logran aconsejarse mutuamente para evitar conductas sexuales de riesgo.

“Sobre el VIH en verdad no han influido en ninguna forma (los amigos), digo que... no, no. En realidad, no se habla mucho el tema del VIH la verdad, o sea, solamente se habla de que ahora hay que cuidarse no más, lo que digo o lo que más se ha mencionado las últimas veces sobre esto, es que hay que cuidarse no más, ocupar condón y... cuidarse no más po’, ver con quien igual te estay metiendo po’, informarte más” (Codificación: P07US29).

Sin embargo, un participante argumenta que la conversación entre amigos es poco efectiva al momento de tomar en cuenta consejos entre ellos, refiriendo que los consejos son más considerados al ser entregados por alguien de rango etario mayor.

“Entonces la conversación en pares idealmente, con un grado de jerarquía mayor, aunque sea, no sé po’, si yo a un amigo de la misma edad le digo “usa preservativo” no va pescar mucho, pero si fuese ese mismo amigo con una persona más grande quizás lo va a tomar más en cuenta” (Codificación: P02US99).

Como parte de las influencias personales, los participantes comentan sobre la conversación con las parejas sexuales y lo incómodo que esto resulta al hablar de ITS, por la percepción que tienen del tema.

“Porque igual es incómodo para uno andarle como diciendo a alguien que tu recién conocí como: oye, sabí que tení VIH y todo eso. Porque igual es como un tema tabú y tu deci igual, pucha puede que se espante si le pregunto esas cosas y como no para todos es normal esto de hablar abiertamente la sexualidad” (Codificación: P05US31).

Dentro de las opiniones que surgen de los participantes, se incluye que los jóvenes en general no utilizan preservativo, puesto que sólo dejan que ocurra el acto sexual, por ser más emocionales en este aspecto, tal como se relata a continuación:

“Únicamente, porque se dejan llevar ellos (los jóvenes), son más emotivos en ese aspecto (no uso de medidas de prevención)” (Codificación: P03US30).

Por otra parte, los participantes reconocen a las parejas como factor influyente en sus conductas sexuales. Sin ir más lejos, una participante revela que su decisión de no utilizar preservativo se inclina por satisfacer los requerimientos de su pareja:

“Fue como “le voy a dar en el gusto a él, a él quizás no le gusta usar condón”, que él ya me lo había dicho antes y fue como que yo hice como todo por complacerlo a él” (Codificación: P05US42).

Asimismo, un participante revela que su decisión de no utilizar preservativo, específicamente durante la práctica de sexo oral, está dada por decisión propia y porque, además ninguna de sus parejas sexuales lo ha solicitado.

“Es como súper estúpido, porque como les dije anteriormente, nunca me he topado con alguien que me diga: no, sabes que tenemos que usar preservativo en el sexo oral, entonces ha sido como: ya, filo, entonces como que es una práctica tan habitual” (Codificación: P02US91).

Aun así, refiere que existen personas que durante la práctica sexual, insisten en no utilizar preservativo.

“Igual hay personas que es como: ya filo y otras que son como un poquito más insistentes (de no usar preservativo)” (Codificación: P02US65).

Dentro de la relación sexual entre los jóvenes, una participante refiere que nunca se ha encontrado con una persona que le diga que el por qué no quiere usar preservativo.

“No me enfrento mucho al tema en ese sentido, nunca he conversado con alguien que me diga así como “no, yo no lo uso porque, no sé, porque no me gusta o porque no tengo o no sé” (Codificación: P04US16).

En esta misma línea, una participante relata que la decisión de no utilizar preservativo está dada principalmente, porque no ha sido un tema discutido con su pareja.

“La verdad es la vez que... no”. (no habla con su pareja sobre ocupar preservativo) (Codificación: P01US18).

En cambio, una de las participantes considera importante mantener una comunicación abierta con su pareja, de modo que conocer sus conductas sexuales le permitiría mantener su autocuidado.

“Siempre hemos tenido una relación como súper abierta de mente y siempre se ha tocado el tema, como: si alguna vez vas a tener relaciones con otra persona que no sea yo, tienes que cuidarte y tienes que decirme para yo saber que lo hiciste en caso de... si no te cuidaste para poder hacerte el examen y que podamos nosotros seguir teniendo relaciones sin que haya algo entremedio que pueda pasar. Entonces, eso po’, siempre hemos conversado el tema muy abiertamente” (Codificación: P04US56).

Por otra parte, participantes revelan que al confirmar que sus parejas no eran portadoras de alguna ITS, se sentían seguras de continuar sus relaciones con ellas, como a continuación:

“Él se hizo un examen, el examen y por lo tanto yo no tenía, porque él había sido mi única pareja y ahí me quedé tranquila” (Codificación: P05US12).

Se extrae que la duda sobre utilizar o no preservativo radica principalmente, en sentir que al requerir su uso podrían estar emitiendo un prejuicio en contra de su pareja sexual.

“No, como: “¡oh! ¿tendrá una enfermedad o no?”, porque al final entré con un prejuicio a esa persona entonces, yo creo que eso es lo que no pasa mucho, uno va al acto no más” (Codificación: P07US27).

Particularmente, una participante relata que la experiencia de un amigo que contrajo VIH ha afectado directamente en su conducta sexual, ser más consciente sobre los riesgos que podría conllevar una mala práctica.

“Tengo un amigo que se contagió de VIH hace muchos años, entonces frente a eso como que uno va tomando como conciencia” (Codificación: P04US39).

Contrario a lo anteriormente expuesto, un participante afirma que no ha sido influenciado significativamente por algún tercero en su conducta preventiva de uso de preservativo.

“No he tenido como alguien que me haya marcado (en la conducta sexual) en el sentido de usar o no usar (preservativo)” (Codificación: P02US53).

Una participante concluye, que la información obtenida por las personas, está dada por un proceso de globalización: difusión masiva, permitiendo que las personas estén actualizadas.

“Tiene que ver con todo lo que es globalización, todo se hace más masivo, la gente se informa un poco más que antes” (Codificación: P03US53).

Entre los adultos jóvenes se le otorga importancia al factor social como influencia para la conducta promotora, destacando la validación de los amigos sobre sus conductas sexuales.

“Factores sociales, el grupo de amigos (...) el factor social es súper importante en las relaciones interpersonales, como lo que opina el resto de ti (...) sobre todo como la validación del grupo por parte de los... de los hombres por lo menos.” (Codificación: P04US50).

Algunos participantes radican sobre la influencia que tiene en ellos ser parte de una cultura donde consideran que las personas no toman conciencia de las consecuencias de sus acciones, sólo actúan en el momento de la relación sexual, sin tener un plan para protegerse de alguna ITS

“Somos de una cultura reactiva y no proactiva de acuerdo a ese término, incluso yo diría que no solamente en temas de relaciones sexuales. En todo caso, nosotros somos

reactivos, no somos proactivos a tener una planificación, así como a tener una estrategia para poder evitarse que esto ocurra” (Codificación: P06US28).

Hablando de la misma cultura de la que se sienten parte los participantes, se relata que las personas interiorizan la información mientras esta sea cada vez más reiterativa.

“Aquí el ser humano es una persona que... de costumbres, entonces si todos los días le decí algo, va aprender ese algo po’ pero si le decí una vez por mes o tres veces al año no va aprender po’, va a decir: “Ah, sí, existe, listo, pasó”, porque el ser humano vive igual el día a día” (Codificación: P07US68).

Por otro lado, se diferencia a las parejas homosexuales y heterosexuales, donde las parejas heterosexuales no ven en ellos la posibilidad de contagiarse de alguna ITS, debido a que pasan por alto su existencia.

“Pero como que nunca asociaban las ITS en su vida sexual (...) una diferencia entre las parejas homosexuales y heterosexuales, que las heterosexuales como que igual pasan por alto todas las ITS” (Codificación: P02US26).

Para finalizar, un participante refiere que, a mayor edad de la pareja sexual, mayor contacto sexual ha tenido con otras personas, puesto que presenta una historia más prolongada.

“A los 27 ya... no sé, ya, igual ha vivido un mundo detrás po’, tiene toda una historia” (Codificación: P07US36).

❖ **Categoría N°7: Influencias Situacionales**

La categoría de “Influencias Situacionales” refleja las percepciones y cogniciones personales de cualquier situación o contexto determinado que pueden facilitar o impedir la conducta (40). Esta categoría va en respuesta al segundo objetivo específico señalado en esta investigación.

Dentro de esta categoría se incluyen relatos donde dos participantes indican posibles situaciones que podrían influir en la no utilización de condón. Una de ellas es el momento

previo a la relación sexual, donde la excitación llegaría a tal punto que genera vacilación en los participantes sobre si usar o no el preservativo.

“Van subiendo los niveles de excitación, entonces ya cuando está llegando el momento del que uno, no te voy a poner a pensar: ¿oye, traje condón? no po’, voy a, tu estay en el momento con la mujer, entonces o con el hombre, como sea el caso, entonces tu estay ahí y tení que seguir pa’ delante, no te voy a echar pa’ atrás “oh, no, condón” no sé, algunas” (Codificación: P07US61).

Sumado a lo anterior, otra situación que podría influenciar en no usar preservativo es la que ocurre bajo los efectos de sustancias psicoactivas que logran alterar el juicio y la capacidad de tomar decisiones oportunas en la persona.

“Van a la vida no más y además, siempre ocurre cuando no sé... están curaos o están... están con alguna droga encima, entonces su reacción es solamente de instinto ahí po’, no hay un instinto a pensar y decir: no, sabi que, de pararse y decir: sabi qué, mejor no lo voy hacer, porque puede ser peligroso, na’, uno va no más po’” (Codificación: P07US23).

Por otro lado, algunos participantes mencionaron que las personas al momento de tener relaciones sin preservativo no piensan en las consecuencias implicadas, indicando que existe un tipo de incapacidad para razonar previamente, solo importando el acto sexual.

“Es que a veces como que en el momento no pensai en nada más que en estar con la otra persona, uno como que no le toma el peso realmente y como que después empezai a decir: pucha, no usé condón, pero como que en el momento lo único que quería es estar con la otra persona y como que no vei nada más, no te importa nada más, entonces como eso, empezai a hacer conciencia y todo, porque uno tiene que empezar a pensar en como: pucha si me enfermo, voy a ser yo la enferma (Codificación: P05US27).

Dentro de los relatos dos participantes indicaron la diferencia de tener relaciones sexuales con una pareja desconocida y una estable, en las que radica la confianza. Dentro de la relación con personas desconocidas, ambos entrevistados indicaron que a pesar de la existencia de dudas

con respecto al uso del preservativo, lo más apropiado sería utilizar el método de barrera en todo momento, independiente de la situación. Mientras que con la pareja estable existe más confianza, por lo que no siempre utilizan preservativo.

“Igual hemos estado como en esa disyuntiva de como: ya, sin condón, cuando es con una persona desconocida, porque cuando es con una pareja igual hay como un poco más de confianza, pero cuando es con una persona desconocida, uno suele llegar como a ese punto en determinado momento es como: ¿sin condón o con condón?, pero después de que hay como un raciocinio y es como: ya, con condón si es como un rato ¿cachai?, si es como ese momento de disyuntiva” (Codificación: P02US14).

Dentro de esta categoría encontramos participantes que se refieren a su primera relación sexual como una experiencia en la que sin motivo alguno no utilizaron preservativo, ejemplo:

“La primera vez no (utilizar preservativo), pero fue por un tema más que nada, que no... es mi primera vez” (Codificación: P03US14).

Algunos mencionan que, si estuvieran en una ocasión sin preservativo, se detendrían a la hora de tener relaciones sexuales:

“Igual yo me he, de repente me he frenado de repente a tener relaciones, porque no tengo condón. Igual lo he hecho, así como... (se ha frenado a tener relaciones cuando no tiene preservativo)” (Codificación: P01US27).

Sumado a lo anterior, se menciona que la relación sexual es un momento en donde no se piensa lo que podría causar la conducta de riesgo de no utilizar preservativo.

“Al final la cuestión es en el momento, en el acto, uno no está todo el rato pensando: oh, no y si no... ¡ah!. Pa’ eso no te metí con nadie” (Codificación: P07US51).

4.3.3. Categorías Emergentes

❖ Categoría N°8: Afectos Relacionados de la Actividad

Esta categoría se define como los sentimientos subjetivos positivos y negativos que se dan antes, durante y después de la conducta, basada en las propiedades de los estímulos de la conducta en sí. El “Afecto Relacionado con la Actividad” influye en la “Autoeficacia Percibida”, lo que significa que cuanto más positivo es el sentimiento subjetivo mayor es el sentimiento de eficacia. Poco a poco, el aumento de sentimientos de eficacia puede generar un mayor afecto positivo (40). Esta categoría, a pesar de ser parte del Modelo de Promoción de Salud, no responde a los objetivos específicos planteados en esta investigación, ya que no fue considerada como una variable a priori para dar respuesta a la percepción de riesgo en adultos jóvenes. Por tanto, dicha categoría ha sido considerada emergente.

Subcategoría N°1: Confianza

A partir de los relatos de los participantes se plantea como subcategoría la “Confianza”, ya que varios de los participantes asociaron el uso o no uso del preservativo según este sentimiento con su pareja sexual. De este modo cuando confían en su pareja sexual, no realizan la conducta promotora.

“Es ser confiado, ¿teni algo? no, no tengo nada. Ah ya, vamos” (Codificación: P02US18).

Esta confianza es asociada a una percepción previa sobre una persona, en la cual influye el conocerla previamente y la afinidad que se tenga con ésta, dándose que a mayor afinidad, más confianza.

“Yo creo que ahí corría como el factor de sentimentalismo lo que le estaba diciendo recién po’, como el tema del fiato, feeling, fue como confiar a ciegas así como: ya se ve una buena persona, filo” (Codificación: P02US108).

Sin embargo, este sentimiento es catalogado como “*confianza ciega*”, ya que refieren que existe la creencia de ser pareja exclusiva y que ninguno posee una ITS, basados nada más que en el sentimiento de confianza.

“Si fuera con mi pareja actual yo sí lo haría (sin preservativo), porque... simplemente confío en que él no ha estado con otras niñas y... él... nosotros nos hicimos el examen, entonces sabemos que el otro no tiene ninguna enfermedad. Entonces sería como eso lo que más me llevaría (a no utilizar preservativo), que ya tenga la certeza de que él no tiene VIH” (Codificación: P05US58).

“Fue como: no, él me hubiera dicho. Yo confío en él, porque él me quiere y me hubiera dicho si tuviera alguna enfermedad de transmisión sexual. Seguíó y todo era como yo confiando en él, que si él tuviera algo me hubiera dicho antes” (Codificación: P05US44).

A pesar de esto, el participante no puede saber si esta pareja faltará a esa confianza siéndole infiel o mintiendo sobre su salud sexual:

“Estás con alguien, conoces de su realidad, entonces igual es como una confianza ciega, porque igual se puede dar la situación de que claro, estás con la persona, pero la otra persona, tu pareja igual te puede ser infiel, pero eso uno no tiene como conocerlo” (Codificación: P02US42).

Del mismo modo, un participante describe que el sentimiento de desconfianza hacia su pareja, debido a una infidelidad, ha influido en su conducta promotora de la salud realizándose el Test de ELISA.

“En una parte de la relación como que hubo un momento de desconfianza y creo que ahí fue el momento en que yo dije: no, voy a ver qué sucede, si es que me puede perjudicar en algo, así que preferí salir de la duda antes de estar perjudicado en una situación así” (Codificación: P06US36).

“Yo creí que yo también iba a ser su pareja única, pero después me di cuenta que no y él se fue con otra y entonces ahí fue que me quedó la duda de que si yo podía tener

VIH o cualquier... no me fue fiel, entonces me hice el examen y ahí salí de la duda” (Codificación: P05US19).

Subcategoría N°2: Miedo

Relacionado a lo anteriormente expuesto, la duda que experimenta el participante sobre su posible contagio, lo lleva a experimentar un sentimiento de miedo y éste influenció en la realización de una conducta promotora de salud. Por lo siguiente, “Miedo” se torna otra subcategoría.

“Tuve ese miedo, ahora hace poco hace como 6 meses... porque cuando mi primera pareja me engañó y yo supe... yo empecé a sacar la cuenta cuando él empezó a cambiar y nosotros sí habíamos tenido relaciones después de eso, entonces ahí me surgió la duda tremenda y tuve que hacerme el examen y yo... en los días que esperaba yo estuve mal yo dije “no, tengo VIH o tengo cualquier otra cosa”. Yo estuve muy mal y pensaba “qué voy hacer, qué voy hacer” y como que no le veía salida realmente, es como tener cáncer, porque vas a tener eso toda la vida o como tener diabetes o hipertensión, vas a ser tú que vas a tener que estar tomando pastillas y todo eso... entonces es algo como que te va a afectar de aquí hasta que te mueras, y fue muy fuerte para mí tener esa pequeña posibilidad de tener VIH y eso como que me cambió y me empecé a cuidar mucho más en ese sentido” (Codificación: P05US63).

Por otra parte, este sentimiento puede surgir durante o después de haber estado expuesto a conductas de riesgo, tal como se expone a continuación:

“Por ahí va mi miedo, el hecho de la práctica de sexo oral sin preservativo” (P02US85).

“Cuando uno igual tiene una vida sexual activa, eh... y donde uno está como en ese grupo de riesgo también como que, típico po’ uno igual está como, mirándose y de repente como... ¿oye y esta mancha? de ¿qué lo que es? po’, y al tiro uno se pasa como de inmediato el rollo, es como: ¡oh! me contagié de esto o esto otro, ¡pa, pa!, y uno está como con todo el... o sea, empiezas con toda la preocupación po’ y claro después te das cuenta que es como una espinilla o una cuestión na que ver po’, pero sí, igual lo he sentido (miedo)” (Codificación: P02US62).

Sumado a esto, influye en el miedo los conocimientos sobre ITS que posee el participante.

“Entonces mi miedo respondió como, eh... -risa nerviosa- a que conozco, no solamente que existe esto (VIH), sino que existen muchas otras cosas” (Codificación: P02US82).

Subcategoría N°3: Amor

Participantes relatan que existe un sentimiento de romance relacionado a la primera relación sexual, siendo éste impedimento de la conducta promotora de salud. De este modo nace la subcategoría de “Amor”.

“Más que iluso fue como “ya filo, si es la primera, a la vida” y porque, eh, me sentí con una especie de protegido por el universo donde era la primera vez como ese tipo romanticismo de como, eh, es la primera vez es todo maravilloso, todo estupendo” (Codificación: P02US105).

“La idea de niña, así como: no la primera vez no, para que sea más romántico (uso de preservativo)” (Codificación: P03US37).

También, hay participantes que refieren no creer que el amor esté relacionado al uso del preservativo. Uno de ellos relata que las parejas pueden utilizar o no preservativo independiente del amor que exista entre ellos.

“No (que se relacione el amor con el uso de preservativo), porque igual hay personas que tienen como encuentros express, en que no hay amor y usan preservativos, en cambio hay otras personas que tienen esos mismos encuentros express en los que no hay amor y no usan preservativo, entonces no, me cuesta como asociar una causalidad de amor con preservativo” (Codificación: P02US48).

Por otra parte, este sentimiento puede favorecer la conducta promotora, ya que se relaciona el amor con evitar perjudicar a la pareja con el contagio de una ITS.

“El cariño, el respeto, porque claro si sentís cariño tampoco vas a querer hacer daño a la otra persona” (Codificación: P06US43).

❖ **Categoría N°9: Conocimiento**

La categoría “Conocimiento” corresponde a toda la información que el sujeto maneje y entregue sobre VIH/ITS, salud sexual en general, conocimientos erróneos en torno al VIH y desconocimiento del tema. Esta categoría no responde a los objetivos específicos mencionados en esta investigación, puesto que emergió en el relato de los participantes. A partir de esto, esta categoría es considerada emergente.

Los sujetos relatan información y datos de conocimiento personal con respecto al VIH, además de salud sexual y reproductiva (40). De esta forma se desprenden 4 subcategorías: “Conocimiento sobre VIH y grupos de riesgo”, “Conocimiento sobre salud sexual y reproductiva”, “Conocimiento erróneo” y “Desconocimiento” .

Subcategoría N°1: Conocimiento sobre VIH y Grupo de Riesgo

Dentro de la subcategoría “Conocimiento sobre VIH y grupo de riesgo” surge una definición sencilla y/o acotada de una participante con respecto al VIH.

“El VIH es una enfermedad de transmisión sexual (...)” (Codificación: P03US1).

La amplitud de información que se maneja con respecto al VIH es variable y en términos generales indican:

“Encuentro que es una enfermedad que te baja las defensas y eso más que nada” (Codificación: P07US3).

“Es una enfermedad en que el cual una persona puede ser portadora, sin querer que tenga la enfermedad en sí” (Codificación: P06US1).

Más específico, un relato que nutre con mayor cantidad de elementos, acercándose a la fisiopatología del VIH

“Cuando se transmite no tiene síntomas evidentes hasta llegar como a unos determinados años, va a depender de la persona y ahí se empiezan a manifestar los primeros síntomas y ahí es cuando donde estamos hablando de la fase SIDA, que es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Lo que empieza a hacer la fase SIDA es que ya empieza, así como en términos súper generales, porque no me acuerdo del lenguaje específico, es que empieza como a destruir las defensas de las personas y ahí creo que empiezan a bajar los CD4 si no me equivoco y ahí es donde antes se comenzaba a hacer la intervención a la persona” (Codificación: P02US3).

Siguiendo esta línea, se apunta a la primera fase asintomática de la infección, refiriéndose a ésta como peligrosa, dado que no existen patrones físicos que orienten a la sospecha del contagio.

“Ese es el peligro más grande, porque al final son enfermedades silenciosas que no te vai’ a enterar después de aquí a cuando te enfermi’ ” (P07US74).

Continuando, se comenta que dentro de la progresión de la infección, está el hecho de que en algún tiempo, luego de haberse infectado del virus, se manifestará el síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

“Sí, obviamente al tenerlo es mucho más fácil que con el tiempo se te diagnostique con SIDA también” (Codificación: P03US5).

Surge, además información sobre las vías de transmisión de VIH, donde los participantes demuestran claridad con respecto a la vía de transmisión sexual y refieren otras como, el uso de una aguja en más de una persona o el contagio vertical de madre a hija o hijo.

“VIH es el virus de inmunodeficiencia humana, que se transmite por 3 vías principales, la vía directa madre-hijo, por jeringas y la tercera por contacto sexual, las primeras 2 están un tanto erradicadas en Chile, por lo cual la vía principal de transmisión viene a ser la vía sexual, principalmente la penetración, ya sea anal o vaginal y la oral no tanto, pero principalmente vía anal, vaginal, sin preservativo” (Codificación: P02US2).

*“Puede ser por una transfusión de sangre, relaciones sexuales (vías de transmisión)”
(Codificación: P04US4).*

Siguiendo lo anterior, un participante maneja ciertas probabilidades de infección, con respecto a la vía de transmisión por penetración vaginal versus el número de infecciones que se realizan por vía oral:

“La mayoría de los contagios, tengo entendido, se producen por la penetración sin preservativo que por practicar sexo oral sin preservativo, si igual va de la mano de eso, sé que hay más posibilidades por penetración que por vía oral, a pesar de que igual existe el riesgo” (Codificación: P02US92).

Además, existen conocimientos acerca de la cronicidad de esta patología y del daño paulatino que va provocando en la persona que la porta.

“VIH es para toda la vida es algo que te va a quedar ahí” (Codificación: P05US21).

Otro relato refiere que existe un manejo terapéutico de la enfermedad que ha ido progresando a lo largo de los años desde que se documentan los primeros casos, hasta el día de hoy.

“Yo creo que hoy en día ya hay formas para manejarlo o controlar el tema, si al final el SIDA no viene desde ayer tampoco” (P07US59).

Con respecto a las medidas de prevención, participantes refieren con seguridad que el preservativo es actualmente la forma más efectiva. Uno relata:

“Usar condón y... básicamente eso, porque las pastillas no te protegen del VIH, solo eso y abstinencia” (P05US2).

Por otra parte, al responder cuál o cuáles son los grupos de riesgo, un participante refiere a la población con orientación homosexual.

“La población en mayor riesgo viene a ser la población homosexual, por sobre la heterosexual, porque la vía anal es una vía mayor de transmisión que transmisión vaginal” (Codificación: P02US6).

Asimismo, otro participante menciona un rango etario como población de riesgo:

“Los adultos jóvenes, como nuestra edad, como entre los 20 y los 30 años, creo que, como los que más se contagian” (Codificación: P05US4).

También, es referida la información en la población con orientación homosexual, enfatizando que las campañas de prevención van enfocadas a este grupo de riesgo:

“Siempre se están haciendo campañas, eh... siempre somos como un público objetivo al cual apuntan las campañas, entonces yo creo que sí estamos informados, no, sabi que igual me cuesta... no sé, si todos, bueno, pero sí creo que se ha escuchado como algún, cualquier persona homosexual ha escuchado sobre el VIH y cosas así” (Codificación: P02US35).

Un par de entrevistados expusieron el tema de “no discriminación” hacia la gente portadora del virus, con base en la información real sobre las vías de transmisión.

“Por qué te tienen que discriminar por una enfermedad, si al final si te informai’ bien, tu podí darle un abrazo, podí compartir con él, podí compartir hasta un vaso con él y no te va pasar nada” (Codificación: P07US72).

“Una vez fui a sacarme sangre y entré y al lado mío había un... niño (...) y él tenía VIH (...). Y llegan y lo van a aislar para hacerle el examen en otro lado y yo dije: ¿pero por qué lo van a aislar? y me dice: no, pero si..., No -dije- si a mí no me va a pasar nada si lo tengo al lado, dije: yo no me contagio por el aire, dije: mientras no me inyecten con la misma aguja que a él no me va a pasar nada, y fue como: no, pero es que éste... y le dije: no, que si no lo saquen, ¿por qué?, le dije: porque lo hacen sentir mal a él y me siento yo mal también -le dije- porque lo están excluyendo a él por mi...” (Codificación: P03US46).

Concluyendo esta subcategoría, un participante refiere con claridad que existe una elevación marcada en el número de contagios que en la actualidad existen en Chile.

“Que en Chile al menos en las cifras de personas contagiadas ha aumentado considerablemente” (Codificación: P01US5).

Subcategoría N°2: Conocimiento sobre Salud Sexual y Reproductiva

La segunda subcategoría del “Conocimiento”, es donde las y los participantes entregan información sobre “Salud Sexual y Reproductiva”, aquí se mencionan datos de ITS/VIH.

Se reconoce la existencia de otras infecciones de transmisión sexual además del VIH.

“Aparte del SIDA uno puede contraer muchas enfermedades más po” (Codificación: P07US20).

Cabe destacar que además de reconocer otras ITS, también se conoce el método que se utiliza de forma segura para prevenirlas.

“Uno de los métodos más seguros es condón” (Codificación: P07US7).

Un entrevistado menciona lo importante que es conocer y manejar información sobre el resto de las ITS y cómo el preservativo previene su contagio de forma generalizada.

“Encuentro que también es importante, porque no es solamente el VIH, o sea, existen el herpes o... un montón de casos que yo creo que también sumamente tener conocimientos y claro, todos se previene a través del preservativo y al tener una buena higiene de uno” (Codificación: P06US32).

Por otro lado, un participante relata cómo el sexo oral puede tener una baja incidencia en el contagio de VIH, pero no así de otras infecciones como las provocadas por hongos, bacterias u otros virus.

“Mi conocimiento con respecto a otras infecciones de transmisión sexual, o sea, eh, practicar sexo oral sin preservativo, difícilmente te vas a contagiar de VIH, pero sí te podí contagiar de toda la otra pila de infecciones de transmisión sexual” (Codificación: P02US81).

“Yo conozco de otras infecciones de transmisión sexual, no solamente digo, tengo VIH sino que digo pucha, me puedo haber contagiado, no sé po’, de sífilis, clamidia, VPH, etc...” (Codificación: P02US77).

Subcategoría N°3: Conocimiento Erróneo

“Conocimiento Erróneo” es la tercera subcategoría inmersa dentro de “Conocimiento” y refleja los errores conceptuales como también, la información incompleta con respecto al VIH y lo que implica su contagio.

En el siguiente relato se explicita lo que dio pie a esta subcategoría, puesto que denota un error teórico con respecto a la clasificación de la enfermedad y vía de transmisión.

“Que es una enfermedad autoinmune ¿o no? (pausa) es un virus, que se transmite por, puede ser por el semen, por la sangre, por la saliva” (Codificación: P01US1).

Existen imprecisiones en la información referida respecto a vías de transmisión:

“La transmisión de esa enfermedad es a través de flujos, flujos internos, que es por transmisión sexual, que es un flujo interno, y la... y la sangre po’, obvio que también es un flujo interno” (Codificación: P07US73).

Con respecto a la población de mayor riesgo de contraer VIH, entrevistados mencionaron grupos etarios y socioeconómicos no correspondientes a lo demostrado en la revisión bibliográfica.

“También los escolares en general (población de riesgo)” (Codificación: P04US8).

“Los grupos que tienen escasos recursos, que son de escasos recursos son los que má... tienen riesgo, porque no tienen los medios como pa’ comprarse un condón” (Codificación: P07US12).

Asimismo, existen malentendidos sobre el preservativo, donde por un lado un participante refiere que aquellos entregados en los diversos centros de salud familiar son de baja calidad y por el otro, que el condón causa ardor en la zona genital a la mujer:

“Los del consultorio son penclas, los condones que entregan son de látex” (Codificación: P07US45).

“De repente como que a la mujer le arde (uso de condón)” (Codificación: P07US49).

En un relato, el entrevistado nombra como método de prevención: la higiene personal junto con la realización del Test de ELISA, existiendo una idea errónea con respecto a este tema:

“Pero sí, obviamente la higiene, estar bien lavado, ya sea yo, la otra persona, hacerse examen una vez al año para prevenir un contagio (sobre su conducta sexual)” (Codificación: P06US14).

Con respecto al Test de ELISA, un participante reconoce la poca claridad que tiene sobre el período ventana, refiriendo inexactitud y un lapso de tiempo demasiado extenso entre los parámetros manejados.

“No sé si el examen, el más bacán, pero sí el que es como el que te sacan sangre no más y lo ven y no sé qué cuestión, dura como un mes, tres meses, y... salió bien po” (Codificación: P07US35).

Además, existieron comentarios sobre el tratamiento del VIH donde, por un lado, se menciona que debido al auge actual se comienza el tratamiento al momento del diagnóstico, mientras que en el pasado, el comienzo del tratamiento dependía de los niveles de CD4 en el portador. Otro participante, relata que por medio de antibióticos recetados o administrados en un hospital se trata la infección.

“O sea, tenías que esperar que llegara a determinado nivel de CD4 para recién tratar, pero ahora creo que por el "bum" del VIH que ha habido como que se modificó eso y se trata de inmediato” (Codificación: P02US4).

“Pero sí puede ser tratada, con no sé, antibióticos, medicamentos, que le estén dando o recetando dentro de un hospital” (Codificación: P06US4).

Un participante menciona otras ITS, en particular: la sífilis y gonorrea, enunciando datos epidemiológicos y sintomatología errónea.

“Yo sé que el sífilis le ocurre más a las mujeres, bueno al hombre también le puede ocurrir y es como del flujo vaginal ahí se ve el sífilis creo y la gonorrea, creo que salen como unos puntos, a los hombres si les ocurre harto, no sé, bueno yo creo que es los dos por igual y sale como algo morado, no sé, es que he visto la imagen cuando está más fea, entonces está como morado así” (Codificación: P07US65).

Por último, dentro de la subcategoría de “Conocimiento Erróneo”, un entrevistado presentó información equivocada sobre los anticonceptivos orales, refiriéndose a éstas como abortivas y que pueden generar problemas si se consumen por un largo plazo, influyendo en la fertilidad de la mujer.

“Empezó a tomar pastillas igual po’ y después cuando empecé a crecer, me enteré que esas pastillas son pastillas abortivas po’, entonces si tú la tomái esas pastillas a largo plazo quizás teni menos de probabilidades de tener como un embarazo po’ (Codificación: P07US70).

Subcategoría N°4: Desconocimiento

Por otro lado, como última subcategoría desprendida de “Conocimiento” se encuentra aquella que se titula “Desconocimiento”, en la que se evidencia que muchos entrevistados no poseen información con respecto al VIH o alguna infección de transmisión sexual diferente.

Al indagar sobre VIH un participante se autodefine con poco manejo de información al respecto:

“En general, súper poco (sobre qué conoce del VIH)” (Codificación: P04US1).

En un relato, se hace referencia a información sobre el VIH y que no contaría con la cifra exacta de personas contagiadas en Chile:

“No sé cuánto... no sé exactamente (cifra de personas contagiadas de VIH en Chile)” (Codificación: P01US6).

Con respecto a las vías de transmisión, el relato de algunos entrevistados indica que no están informados por completo:

“No sé si habrán más (vías de transmisión)” (Codificación: P07US11).

“No estoy seguro (vías de transmisión)” (Codificación: P01US2).

Al indagar sobre los grupos de riesgo de contraer VIH, existen participantes que no cuentan con conocimientos sobre esto:

“No, soy ignorante en eso (grupos de riesgo)” (Codificación: P01US23).

“No, no es como una cosa que haya investigado o averiguado sobre eso (grupos de riesgo)” (Codificación: P03US11).

Por otra parte, desde el área de la prevención del VIH existen vacíos sobre alternativas diferentes al condón para evitar el contagio.

“Como que más allá del condón ¿Qué otra forma hay de cuidarse del VIH? como que la gente no sabe y yo tampoco en realidad” (Codificación: P05US50).

Asimismo, existe desinformación sobre otras ITS, sin ahondar en ellas, tal como en el relato de un participante, quien refiere haber adquirido noción de ellas en la educación secundaria, pero no una profundización de las mismas.

“Aparte de lo que se han visto en los colegios de las presentaciones, así de la gonorrea, la sífilis y un montón de enfermedades más que existen que no, que en verdad no tengo mucho conocimiento, pero mm... sé que existen” (Codificación: P06US23).

❖ **Categoría N°10: Construcción de una Relación de Pareja**

A través del relato de los participantes, surge la categoría “Construcción de una Relación de Pareja”, donde se menciona cuál es la visión de una relación de pareja, mencionando la temporalidad, confianza y el uso del preservativo y además, cómo influye la temporalidad en la confianza para establecer una relación. Esta categoría surge a partir de la segunda entrevista, donde son reconocidas las distintas condiciones que influyen en los participantes para construir una relación de pareja (89). Esta categoría no responde a los objetivos específicos mencionados en esta investigación, puesto que ha surgido a partir del relato de los participantes durante las entrevistas, por esta razón, esta categoría es considerada como emergente.

Nace en los discursos de distintos participantes la confianza como factor relevante para la relación de pareja, a través de ésta se puede llegar a conocer distintas actitudes y conductas de la persona, que influirá al momento de tomar una decisión con respecto al uso o no del preservativo, percibiendo los riesgos en base a los niveles de confianza establecidos por cada uno.

“En el caso que la persona la conozco un largo así 5 ó 6 meses, hay una confianza, conozco sus experiencias ya anteriores, sus relaciones, si se ha cuidado o no, cuáles son sus objetivos, porque aparte de contraer VIH se puede generar un embarazo y si ella se está cuidando, o sea, difícil, si es que va al tema de la matrona ¿cachai? todos esos procedimientos, establecerlo en una conversación, cosa de así poder dar el paso siguiente (no ocupar preservativo)” (Codificación: P06US18).

Siguiendo con lo anterior, se expuso que a mayor tiempo de relación de pareja, mayores son las instancias para establecer conversaciones profundas y de esta manera, conocer a la otra persona, creándose vínculos que permiten establecer el patrón de conductas dentro de la pareja.

“Yo creo que la temporalidad la asocio a eso, el tema de conocer a la persona tener conversaciones, que te cuenta cómo es su vida y cosas así” (Codificación: P02US103).

Dos entrevistados mencionan la fidelidad como otro factor dentro de la construcción de una relación de pareja, refiriendo ésta como parte de una relación estable. La fidelidad propicia el desentendimiento de la conducta promotora salud en la relación sexual. Un relato fue:

“Si estoy ya pololeando, así fielmente, quizás los dos que se gustan y que ya llevan, se ve que se van a llevar un tiempo más prolongado, o sea que tienen buenas expectativas quizás si ocupar, sin condón, si al final hay que tener expectativas un poco hacia el futuro” (Codificación: P07US32).

Por otro lado, dos participantes mencionaron la comunicación como un factor influyente para establecer una relación de pareja, además, sería importante a la hora de no usar preservativo, ya que en base a la comunicación van aprendiendo sobre el comportamiento de su pareja.

“Uno también va aprendiendo el comportamiento de la otra persona” (Codificación: P06US40).

“Comunicación con la pareja (acción para no utilizar preservativo)” (Codificación: P07US55).

Un entrevistado otorga relevancia al papel de la afinidad dentro de la confianza con la pareja, mencionando que si hay afinidad entre las dos personas, mayor confianza existirá.

“Un factor importante en la confianza creo yo es tener como afinidad, o sea, que si yo no tengo afinidad contigo y nos caemos mal no voy a tener confianza en ti, entonces si ahora nos llevamos bien y existe algún fiato una química sí va a haber confianza y sí se va como subiendo los peldaños.” (Codificación: P02US102).

❖ **Categoría N°11: Crítica al Contexto**

Dentro de los discursos de los participantes emerge la categoría “Crítica al Contexto”, ésta hace referencia a las reflexiones y críticas que hacen los adultos jóvenes a la educación y las

propagandas en torno a la educación y difusión sobre VIH y sexualidad, en donde se refiere que éstas son poco efectivas, difundidas, llamativas, entre otras. Por ejemplo, cuando el entrevistado piensa que las personas tienen bajo conocimiento, debido a la escasa educación que reciben, influyendo en las conductas promotoras de salud. Esta categoría resulta ser emergente, ya que surge a partir del relato de los participantes. Debido a esto, no se relaciona con ningún objetivo específico planteado dentro de la investigación.

Dentro de esta categoría se encontraron distintos relatos en donde se realizaba una crítica al contenido de las propagandas, refiriendo que tenían un mensaje demasiado atenuado con respecto a las ITS y métodos de prevención, de esta forma no se refleja en los medios de difusión el verdadero impacto para la vida de las personas el contraer algún tipo de ITS.

“Yo encuentro que las propagandas que se han utilizado de VIH son súper blandas, para mí de verdad que debería marcar, o sea, no solamente para el VIH, sino también para las otras enfermedades de transmisión sexual, no sé, como cuando uno se mete a google y pones “gonorrea” te salen imágenes asquerosas, encuentro que esas imágenes igual se deberían poner” (Codificación: P02US96).

Sumado a lo anterior, existió una crítica la educación que se difunde en los centros de salud, se refiere que aún es necesaria la divulgación de publicidad sobre información y prevención de VIH en dichos establecimientos y que la publicidad se centra en las universidades.

“Quizás sí, te demoras harto, es medio tedioso, pero el lugar, el establecimiento está, no podemos decir que no, que la cosa es pésima, mala, no se puede decir eso, pero si falta publicidad porque la publicidad donde más la he visto yo, ha sido aquí en la universidad no más, netamente, pero si yo me voy al mundo de afuera, no hay, no hay mucha publicidad más que una vez, dos veces al año, pero imagínate cuánta gente existe en esta región versus dos veces al año que hacen publicidad” (Codificación: P07US41).

Otra crítica reflejada en varios participantes es la falta de educación que existe sobre salud sexual en la sociedad, manifestando que existe una falta de educación en las personas y poca profundización en los colegios. Refirieron que aumentando la educación en la población es posible derribar creencias erróneas que tienen las personas sobre el VIH y lo que implica vivir con el virus. Un relato fue:

“Creo que es muy importante que se empiece a dar a conocer todo esto, que se hable más de educación sexual, de las enfermedades de transmisión sexual, de cómo se transmiten, sus síntomas y todo eso, porque la gente necesita saber, y del contagio, de cómo se produce y de que quitarle un poco ese tabú y ese miedo a la gente que no tiene VIH, de juntarse con gente que sí tiene, porque son personas normales, igual que todos, digo, tienen una enfermedad, pero no por eso las van a ir excluyendo o juzgándola, porque la gente no se lo busca (...) no podemos juzgar a la gente por algo que le pasó simplemente” (Codificación: P05US52).

Dos participantes reflexionaron sobre la población a la que se encuentra dirigida la educación sobre salud sexual. Ambos entrevistados mencionaron que la mujer se encuentra más informada, ya que la mujer es la que asiste a controles con la matrona donde tiene más oportunidades para recibir información, es por esto que ambos participantes reflexionan sobre la importancia de incluir al hombre en la entrega de información sobre métodos preventivos, tanto en el uso del preservativo como en los anticonceptivos.

“Bueno, yo creo que para mejorar igual la situación, deberían mejorar el tema de los condones y los anticonceptivos y incentivar más al hombre que se cuide igual, porque la mujer ya está súper ‘luper’ incentivada’ a que se cuide” (Codificación: P07US69).

Por otro lado, dos participantes indicaron la importancia de la educación sobre salud sexual en casa, refiriendo que es un complemento a la educación sexual que dan en los establecimientos educacionales y que ayudaría a tomar conciencia sobre las ITS. Un participante refirió:

“También encuentro que es fundamental (educación escolar como influencia). Yo creo que es un trabajo constante, no solamente debería tomarse en los colegios, sino como te digo, eso debería venir de la casa. Darle a conocer a los jóvenes que por ‘tales motivos’ aparte del embarazo, se pueden contraer otras enfermedades” (Codificación: P06US24).

Un participante realiza una crítica hacia el Sistema de Salud que ofrece el gobierno de Chile, refiriendo que éste no logra entregar apoyo suficiente a la población para que mantenga conductas promotoras de salud sexual. Refiere falta de difusión de la información, poco apoyo

por parte del gobierno para entregar medidas preventivas de ITS y falta de incentivo para invitar a la población a que mantenga conductas preventivas y seguras en salud sexual.

“Este sistema está tan destruido por plata que no ven a la gente, ven la plata, entonces no están ni ahí con hacer publicidad, a invitar a la gente que se entusiasme o incentivarla a que vaya, a que haga exámenes, a que se cuide si al final aquí la salud no es prioridad para uno, prefiere hacer, salir que no sé, ir a un médico” (Codificación: P07US42).

La “falta de información” es otra crítica que surgió en más de un participante. Estos mencionaron que existe desinformación sobre ITS en la población, vinculan este hecho con los medios de difusión, los que dan poco espacio para informar acerca de salud sexual, generando así poco interés en la población por crear nuevos conocimientos al respecto.

“Entonces como muy poco lo que se sabe y de la transmisión, de todo, entonces tu como que tienes tanta desinformación y tampoco la gente se quiere informar tampoco. No es como si los programas educativos en la televisión tuvieran como mucho rating, porque a las mamás solo les importa como las “copuchas” y a los niños los monitos y a los adolescentes internet, entonces como que no hay manera de llegar a ellos, la manera más de llegar a ellos sería por los colegios. Entonces eso ya va más en el gobierno que debería como hacer algo, porque ya se está saliendo de las manos, ya se salió de las manos todo esto.” (Codificación: P05US51).

Se reflexionó acerca de la diferencia que existe en los conocimientos y mitos que tienen los adultos y los adultos jóvenes, haciendo referencia que los adultos poseen una mayor cantidad de mitos en relación al VIH/SIDA que adultos jóvenes; haciendo referencia a que en años anteriores no se hablaba sobre VIH puesto que era un “tabú”, mientras que en la actualidad se conversa entre los adultos jóvenes sobre el virus, de esta forma se van derribando los distintos mitos existentes. A pesar de lo anterior, se menciona que no es suficiente lo que se dialoga para derribar la totalidad de mitos que existen en torno al VIH.

“Yo creo que es porque actualmente igual se habla un poco más, antes era como tan tabú (...), pero tampoco así es suficiente” (Codificación: P03US52).

Por último, un participante hace referencia al valor monetario que tienen los preservativos, como una crítica a la efectividad de adquirir los preservativos y así fomentar la promoción de salud.

“Claro, y más encima igual son re caros (los preservativos)” (Codificación: P07US44).

❖ **Categoría N°12: Percepción de Riesgo**

La “Percepción de Riesgo” se define como la probabilidad y la vulnerabilidad que siente la persona ante una situación de riesgo de contraer VIH, junto con poder identificar dicha situación, la cual puede ser positiva o negativa. Esta categoría es el resultado de los relatos de los participantes a lo largo de las entrevistas, siendo encasillada como una categoría emergente. Dentro de estos relatos, se destacan las reflexiones en torno a la percepción de riesgo de los participantes.

Dentro del análisis realizado, existen participantes que refirieron que los adultos jóvenes no generan algún tipo de reflexión en torno a la utilización del preservativo como método preventivo del VIH, puesto que no piensan en las consecuencias que conlleva contraer el virus, tal como se aprecia en el siguiente fragmento:

“Como que nadie le empieza a tomar el peso a todas estas cosas y como que uno llega y se lanza como a la vida, lo que sea, pero como que realmente no le tomamos el peso de lo que es vivir con VIH, porque tienes que tomar una cachá de pastillas, porque tienes que estar constantemente cuidándote” (Codificación: P05US49).

Lo anterior, lo complementa un participante refiriendo que no existen sospechas de que la pareja sexual con la que tendrá relaciones está contagiada.

“No, es que, es que igual uno no piensa en que la otra persona está contagiada” (Codificación: P01US19).

Por otra parte, un participante comentó que para identificar una situación de riesgo requiere de ciertos indicadores físicos que demuestren la posibilidad tangible de que su potencial pareja sexual porta VIH, de manera que se abstendría a realizar el acto sexual en aquel momento.

“Es que estás discriminando a la otra persona, de dónde viene, si es limpia o no es limpia, si tiene educación o no tiene educación, si tienen valores, uno así va discriminando a la persona, porque si está cochina, de repente no sé, no te vas a meter, la vas a pensar dos veces yo creo, antes de, o no sé un mal olor, no se” (Codificación: P07US30).

Existe un participante que a lo largo de su relato refirió que no cree que exista una posibilidad de infección al momento de tener relaciones sexuales, pero a pesar de aquello siente que toda la población adulta joven está igual de propensa a contraer el VIH.

“Sí, no creo, no lo pienso, así como una posibilidad así cercana (una razón para no contagiarse)” (Codificación: P01US20).

“Obviamente todos somos igualmente, o sea, que a esta edad somos igualmente propensos, a tener la enfermedad si es que el otro la tiene” (Codificación: P01US22).

En un momento de la entrevista una participante refirió que su riesgo personal, al exponerse a una situación de riesgo fue despreciable, puesto que su pareja pertenecía a una institución donde le tomaban muestras de exámenes sanguíneos de forma periódica.

“Grandes riesgos no eran mucho, porque, bueno para mí él era mi primera pareja y para él no, pero a él igual le hacían exámenes constantemente por ser de la armada, entonces era como que igual era más seguro” (Codificación: P03US16).

Sin embargo, mantiene una condición de salud particular, por la que le realizan tomas de muestras para exámenes tan frecuentes, que su riesgo lo percibe desde esa perspectiva, más que por tener contactos sexuales de riesgo.

“Así que incluso en el hospital una vez al año me hacen exámenes, más que nada por la cantidad de exámenes de sangre (...) por caso de algún procedimiento mal hecho en el hospital” (Codificación: P03US8).

De la misma forma, una participante aludió a que el mayor riesgo de contagio son situaciones y/o factores externos a ella.

“No, o sea la única forma que yo pienso, así como, sería como no sé, estar en Ecuador tener un accidente y que me hagan una transfusión de sangre (situaciones donde se podría exponer a un contagio)” (Codificación: P04US53).

Una entrevistada refirió haber estado en riesgo luego de iniciar su vida sexual sin usar el preservativo, lo cual la mantuvo en un constante estado de estrés emocional debido a la incertidumbre tanto del potencial embarazo, como de la posible infección.

“(No haber utilizado condón en su primera relación sexual) Yo tuve una gran carga emocional después de eso, porque yo estaba así como: “oh, puedo estar embarazada o puedo tener alguna enfermedad de transmisión sexual”, fue algo que me lleve para mí y estuve como mucho tiempo pensando en eso y después cuando me llegó la regla como que me relajé, porque dije así como “ah, no estoy embarazada”, pero aun así siguió eso de que: “¿y si tengo alguna enfermedad de transmisión sexual?” (Codificación: P05US43).

Asimismo, participantes relataron que una persona puede tomar las precauciones correspondientes para evitar el contagio, sin embargo, en algún momento puede ocurrir una falta que lo produzca. Un participante mencionó:

“Siento que igual va a ocurrir, o sea, no, siempre va haber un porcentaje que por más que el cuidado que tenga, va a cometer el error, tengo esa percepción” (Codificación: P06US30).

Por otro lado, se relató el contagio de una amistad, el cual nunca vio como una posibilidad real contraer VIH.

“Mi amigo que tiene VIH siempre pensó que a él nunca le iba a pasar hasta que le pasó” (Codificación: P04US46).

Por otra parte, un entrevistado refirió sentir riesgo por contactos de tipo superficial, a pesar de contar con la información de que ese tipo de vías son débiles para la transmisión.

“Si no creo que tenga algo, o sea, como, bueno igual se presta como esa duda en el sentido de que claro, no sé, algún roce o cosa así, aunque igual esas vías son súper débiles de transmisión” (Codificación: P02US79).

Además, aquel participante refirió que la información es muy importante para enfrentar el riesgo de contraer VIH, puesto que adquiere conocimiento sobre la importancia del uso del condón.

“Porque a medida que tu más te informas de los riesgos, de los daños, más adquieres conciencia de la importancia que tiene el preservativo, entonces yo creo que igual están como relacionados” (Codificación: P02US38).

Sumado al razonamiento anterior, con respecto al uso del preservativo, existe una participante que comentó la importancia de la prevención en cualquier tipo de situación.

“Porque más vale prevenir que después andar lamentando esas cosas (uso de condón)” (Codificación: P05US30).

Existe un relato que explica cómo una situación de desconfianza produjo un cambio en la noción con respecto al riesgo de contraer VIH.

“Hay cosas que uno sí, no puede controlar, como si la otra pareja te engaña con alguien que tiene VIH (...) es complicado, porque tú confías en tu pareja, porque tú, se supone que tú le eres fiel, entonces te cuidas con él y como que son pareja única a veces no se usa condón, entonces si tu pareja te engaña con alguien y no usa condón obviamente si esa persona está contagiada tú te vas a contagiar, aunque te cuides lo más que puedes” (Codificación: P05US15).

“Sí, que me di cuenta que el riesgo es muy grande (riesgo de contraer VIH)” (Codificación: P05US20).

Otro hecho desarrollado luego de una situación de desconfianza fue la realización del Test de ELISA para descartar el potencial contagio.

*“Porque no sé si la otra persona se cuidó (lo motiva a realizarse el Test de ELISA)”
(P06US39).*

Por otro lado, existe un participante que comentó la importancia de realizarse el Test de ELISA, a pesar de estar en pareja y de confiar ciegamente en ella.

“Creo que lo que hay que siempre, es realizarse los exámenes de rigor, o sea, igual debiese ser con pareja o sin pareja” (Codificación: P02US71).

“Si estás confiando ciegamente en una persona, no dejar de hacer los exámenes preventivos” (Codificación: P02US74).

Sumado a lo anterior, un entrevistado refirió que en el hecho de realizarse el Test de ELISA o de solicitarlo a la pareja, no existen faltas de respeto, sino más bien intención de informarse.

“Yo creo que hoy en día pedir como el examen o hacerte el examen preventivo para cachar qué onda, no, no sería como un insulto, sino como algo para informarse no más, informarse no más, por la información, porque al final uno nunca sabe con quién se está metiendo” (Codificación: P07US37).

Asimismo, una participante refirió que el contagio es un tema que a todas las personas les incumbe.

*“Es algo que nos influye a todos (...), sí entonces da igual si eres joven o viejo”
(Codificación: P03US41).*

Un participante refirió no tener problemas con formular y/o dialogar sobre las ITS.

“Yo no tengo problema en hablarlo en verdad, si es algo que ya existe y que le puede pasar a cualquiera” (Codificación: P07US71).

Además, otra entrevistada comentó que tanto dialogar sobre esta temática, como la educación sexual, son fundamentales para controlar el contagio de VIH en la población.

“Estas cosas se tienen que hablar, sino la desinformación va ganando y después vamos a terminar todos con VIH y no lo vamos a poder parar y ya está en un punto crítico en donde tenemos que empezar a parar esto, donde la gente tiene que empezar a perder la vergüenza y empezar a hacer educación sexual en los colegios porque si no, se va a salir más de control” (Codificación: P05US37).

Sumado a lo anterior, una participante refirió que existe pasividad desde las familias a la hora de entregar educación sobre esta temática.

“Tiene que ver como con la educación que les dan en sus casas, (...) son como muy aprensivos (...) siempre van a sentir que nunca les va a pasar a ellos, no sé, va un poco por la comodidad del ser humano” (Codificación: P04US49).

Continuando con el tema de la educación, una entrevistada comentó que los adultos jóvenes no le entregan la relevancia necesaria.

“Yo encuentro que los jóvenes hoy en día, el tema de la educación sexual, no se ha tomado mucho en conciencia” (Codificación: P06US7).

Mientras tanto, una participante relató que el machismo en los hombres influye en la percepción de riesgo negativa, puesto que les confiere una sensación de invencibilidad y baja responsabilidad ante un potencial contagio.

“Tiene un poco que ver con el machismo de la población, porque en general los chicos siempre se sienten como que son invencibles, que jamás les va a pasar y si les pasa nunca va a ser su culpa” (Codificación: P04US42).

Existen relatos que comentan la importancia de la comunicación y la sinceridad al momento de entablar tanto una relación pasajera, como una relación estable, puesto que de esa forma se puede tener una noción más acabada de las medidas que se deben tomar mientras aquel vínculo permanezca.

“Como funciona la relación sí, porque si uno puede ya pinchando o andando, y deja en claro así que no hay nada estable, o sea, es para pasar el momento así, y de no estar

solo, pucha es mejor cuidarse, porque sabes que la persona te está dejando en claro que puede conocer a otra persona, puede estar con ella también, y puede ir variando de persona” (Codificación: P06US41).

“Te puede pintar el mundo de maravillas y soy súper sano, pero al otro día puedes decir: “oh, tengo SIDA”; “oh tengo una infección, no sé un herpes”, no sé” (Codificación: P07US38).

Una participante concluye que la sociedad debe hacerse cargo de los altos índices de contagio de VIH y tomar medidas al respecto para prevenir una potencial epidemia.

“Las estadísticas aquí en Chile son muy altas, el riesgo es demasiado alto, ya prácticamente se está convirtiendo como en una epidemia, que todos los jóvenes se están contagiando de VIH y si bien hay muchos jóvenes no lo tienen, ya no podemos negar que es algo inminente en la sociedad, que está presente y nosotros tenemos que empezar a hacernos cargo sino todos vamos a terminar contagiados de VIH” (Codificación: P05US23).

4.3.4. Resultado Conductual

❖ Categoría N°13: Conducta Promotora de Salud

La categoría “Conducta Promotora de Salud” contiene: aquellos relatos que hablan del punto de vista de los participantes el resultado de la acción dirigido a los resultados de salud positivos (40). Esta categoría no responde al tercer objetivo específico planteados en la investigación.

Dentro de esta categoría se mencionan las conductas que los participantes entendieron como promotoras de la salud sexual, como, por ejemplo, la realización del examen que detecta la presencia de VIH y el uso del preservativo dentro de las relaciones con una pareja estable, tal como se muestra en los siguientes relatos.

“Yo me hago los exámenes todos los años” (Codificación: P03US45).

“Básicamente es como algo que tengo arraigado en mí, ya es como “ya vamos a tener relaciones y tengo el condón”. Por ejemplo, ahora tengo mi pareja y siempre tengo condón porque encuentro que es nuestra responsabilidad cuidarnos, porque nadie lo va a hacer por nosotros” (Codificación: P05US34).

Capítulo 5: Discusión, Conclusión y Sugerencias

5.1. Discusión

En el siguiente capítulo se expone la discusión de los resultados, la cual fue hecha en base al orden expuesto en el Modelo de Promoción de Salud de Nola Pender, sus categorías y categorías emergentes encontradas. Además, se presentan las limitaciones del estudio, conclusiones y sugerencias que se extraen de la presente investigación.

5.1.1. Características y Experiencias Individuales

En el Modelo de Promoción de la Salud primeramente se encuentran las características y experiencias individuales, que consta de dos factores, las conductas previas relacionadas y los factores personales, éste último se compone por los factores personales biológicos, psicológicos y socioculturales; los que van a influir en la conducta promotora de salud, que es el resultado conductual en la teoría de Pender (40).

❖ Categoría Nº1: Conducta Previa Relacionada

Esta categoría es el primer concepto de la teoría de Nola Pender, son las experiencias anteriores que han tenido los participantes, las que pueden tener efectos directos e indirectos en la probabilidad de comprometerse con las conductas de promoción de la salud (40). Como conductas previas se consideraron en los participantes todas las conductas adoptadas en su vida sexual previas a la entrevista.

En relación con el primer objetivo específico, al indagar sobre las conductas previas relacionadas con la adopción de conductas promotoras de salud de los sujetos, se considera la sexualidad como parte de la vida de los entrevistados, refiriéndose en su mayoría a relaciones con parejas estables y exclusivas, planteando la confianza que se logra en este tipo de relaciones y realizando una diferencia entre aquellas y las pasajeras o casuales.

Cuando se discute sobre el uso de preservativo en los sujetos como parte de la conducta sexual, se puede notar que la utilización del condón tendría directa relación con el nivel de confianza que se establece en la pareja (67, 68). Se podría pensar que esta confianza es perjudicial a la hora de adoptar una conducta promotora de salud e influye directamente en la percepción de riesgo del sujeto, sintiéndose invulnerable al contagio durante la exposición sin

protección, debido a la confianza que se le atribuye a la persona, refiriendo no pensar en el riesgo de contagio de ITS/VIH (67). Se deduce que la confianza en la pareja sexual disminuye la conciencia del riesgo al que se podría estar expuesto, considerando que esta confianza se relacionaría a la creencia que la pareja no se encontraría contagiada de alguna ITS y/o VIH (67,68).

Las situaciones de riesgo, es decir, el riesgo de contraer alguna ITS, en los participantes no se presentan claras (78, 79). Se piensa que esto puede tener relación con el parcial conocimiento que los adultos jóvenes relatan tener, incluso en la Octava Encuesta Nacional de la Juventud se presenta que la población joven tiene un conocimiento parcial respecto a las formas de transmisión del VIH, ya que sólo 1 de cada 5 adultos jóvenes reconoce correctamente tanto las conductas riesgosas de contagio como las no riesgosas (5). Convergiendo con los autores Rodríguez y Álvarez, que mencionan que no necesariamente que un buen conocimiento sobre la sexualidad y reproducción se corresponda con comportamientos adecuados en esta esfera de la vida (63).

Por otro lado, un caso en particular identificó como situación de riesgo a toda instancia en la que podría embarazarse (63). Lo que se encuentra también en un estudio realizado en Bogotá, donde adultos jóvenes universitarias hacían uso de preservativo en mayor medida para evitar un embarazo no deseado; evidenciado además en parejas estables, que en un comienzo utilizaban condón para prevenirlo y luego optan por otro método anticonceptivo, dejando de lado el uso de condón (90). Se reconoce entonces, que para los adultos jóvenes, el embarazo es el mayor riesgo de una conducta sexual sin protección, siendo más importante prevenir un embarazo no deseado que contraer una ITS/VIH, quedando en evidencia la poca conciencia al peligro expuesto y, en consecuencia, a su baja percepción de riesgo al no utilizar los métodos de barrera (63, 90).

Es interesante que defiendan su postura sobre el uso de preservativo, donde la mayoría de los participantes cuenta que lo han utilizado a lo largo de su vida sexual, pero en su relato se identifica que no en todas las ocasiones, destacando que ninguno de los participantes expresó haber utilizado siempre condón. Esto coincide con la Octava Encuesta Nacional de la Juventud, donde se evidencia que hay una disminución del uso del preservativo a lo largo de la vida sexual en los adultos jóvenes (5). Se podría decir que esta situación provoca un aumento del riesgo de contagio de ITS/VIH, demostrado en que los adultos jóvenes no siempre optan por

conductas promotoras de salud, y si la realizan, su eficacia se ve disminuida, esto puede deberse a la etapa de vida de los adultos jóvenes, donde la toma de decisiones presenta inmadurez en el desarrollo, predominando lo emocional sobre lo lógico-racional, debido a que el sistema socioemocional está completamente formado en el cerebro, mientras que el sistema de control cognitivo no ha alcanzado aún la maduración; y al sentimiento de invulnerabilidad a contraer una ITS/VIH (7, 21, 61). Como consecuencia, el adulto joven presenta conductas de riesgo, puesto que las emociones junto con la sensación de invulnerabilidad superan el pensamiento lógico, que sería lo que los llevarían a adoptar conductas preventivas y promotoras de salud (76).

Con respecto al examen del VIH, la mayoría de los participantes se ha realizado el examen a lo menos una vez o tuvo alguna manera de saber de su contagio, por ejemplo, en la donación de sangre. Entre hombres y mujeres se destaca que todas las participantes mujeres se lo habían realizado mientras que los hombres 3 de 4 participantes se lo realizaron (62). Esto también fue analizado por el Instituto Nacional de la Juventud (INJUUV), donde se encontró que el 30% de las y los adultos jóvenes se ha realizado el Test de ELISA alguna vez en la vida, siendo este porcentaje mayor en mujeres que hombres (5), por lo que este patrón coincide con el comportamiento de los sujetos. Esta conducta previa relacionada llama la atención, porque en la mayoría de los casos fue realizada como consecuencia de una situación percibida como riesgosa en su vida sexual, la que produjo miedo y cercanía al contagio del VIH, por lo que se podría deducir que la actitud de los adultos jóvenes en este sentido es curativa y no preventiva ante el contagio VIH (65).

Se podría identificar como conductas previas relacionadas de los entrevistados un gran número de conductas de riesgo en las relaciones sexuales, tanto en las primeras prácticas de actividad sexual como en las últimas.

❖ **Categoría N°2: Factores Personales**

Como segundo factor dentro de las características y experiencias individuales, sigue los factores personales. Nola Pender los subcategoriza en biológicos, psicológicos y socioculturales, los que son predictivos de una determinada conducta y están marcados por la naturaleza de la consideración en la meta de la conducta (40).

Subcategoría N°1: Factores Personales Biológicos

Dentro de esta subcategoría se incluyen variables como la edad, sexo, estado puberal, capacidad física, fuerza, orientación sexual y condiciones generales del estado de salud (40).

Continuando de acuerdo al primer objetivo específico, como factor personal biológico, un caso particular se identificaba como parte del grupo de riesgo, por su orientación sexual (homosexual) y su rango de edad, siendo para él un factor predictivo en su conducta sexual, lo que se expone también en la información entregada por ONUSIDA en 2016 y en el Informe Situación Epidemiológica de las Infecciones de transmisión sexual en Chile, 2017 (47, 73, 91). Otro sujeto relata que el hecho de tener una enfermedad crónica no transmisible (ECNT) la ha vuelto más cuidadosa y preventiva, en divergencia con un estudio revisado con anterioridad que suponía que las personas que tuvieran anteriormente una condición de salud, no tenían mayor percepción de riesgo (74). Podríamos suponer que la percepción de riesgo en estos dos casos aumentó debido a un factor personal biológico, en el primer caso el participante por estar dentro del grupo de riesgo y aquella que poseía una enfermedad crónica, por la información que tenía con respecto al VIH, enfermedades en general y cuidado continuo de su salud. En el caso de la participante que posee una enfermedad crónica, se define más vulnerable a la posibilidad de contraer las enfermedades y/o infecciones que la población que no es portadora de una patología crónica, no solo de transmisión sexual. Se piensa que esta persona ha adquirido conciencia de los contagios por portar una ECNT, por lo que podríamos suponer que hay una posible adopción de un plan de acción para llevar una conducta promotora de la salud. Es importante mencionar la diferencia que se pudo evidenciar entre los participantes que reconocen en ellos un factor personal biológico de riesgo para contraer VIH y aquellos que no en cuanto a la percepción del riesgo que tienen ante el contagio, siendo mayor en los primeros. Esto se debería a la conciencia que generó en ellos la información que reciben, generando una especie de reacción, ya sea por miedo o por mayor preocupación por su salud.

El factor biológico sexo, es decir, hombre o mujer, no tuvo mayor incidencia en la percepción de riesgo de los participantes. Surge sólo la distinción entre los relatos que las mujeres son quienes cuentan con mayor acceso a información de salud sexual por los controles a los que asisten (matrona o ginecólogo). Este resultado diverge con los encontrados en el estudio “Percepciones sobre el uso del condón y la sexualidad entre jóvenes”, donde se menciona que

las mujeres, a pesar de tener mayor conocimiento, tendrán menor percepción del riesgo de alguna enfermedad y asimismo, más conductas sexuales de riesgo (62).

Subcategoría N°2: Factores Personales Psicológicos

Según Nola Pender, los factores personales psicológicos constan de variables como la autoestima, la automotivación, la competencia personal, el estado de salud percibido y la definición de la salud (40).

Continuando con el segundo objetivo, se encuentra la autogestión en cuanto a la obtención de la información, la que a su criterio les permite desarraigar mitos y creencias erróneas sobre el virus. También se reconoce la competencia personal en la importancia de la manera en la que cada persona recibe la información y cómo la utiliza. Pensamos que este punto podría generar confusiones en ellos, debido a la forma en la que se obtiene la información, pues no la obtuvieron de un profesional o alguien especializado en el tema, sino que fue buscada por su propia cuenta, la mayoría en internet que podría contener información no confiable. Cada joven es un ser único y recibe la información de distinta manera, por lo que adecuar la educación que se les entrega es fundamental para crear una verdadera conciencia en ellos. Es relevante considerar el interés en la sexualidad que se desarrolla en esta etapa de vida, teniendo la necesidad de obtener elementos que le ayuden a comprender e integrar este conjunto de nueva información e ideas, siendo de suma importancia que se encuentren correctamente asesorados e informados en el proceso tanto biológico como psicosocial para poder ejercer una vida sexual responsable y sana (20).

Es considerado que la capacidad de hablar sobre temáticas de índole sexual fomenta la retroalimentación entre pares de conductas sexuales de riesgo y conversaciones que ayudarían a la adopción de conductas promotoras de la salud sexual. En este sentido, los adultos jóvenes consideran a sus pares como un punto fundamental de su aprendizaje social (20), por lo que las opiniones y comentarios de estos se tornan de suma importancia en la toma de decisiones, debido a esto se considera que la educación sexual debe ser realizada de manera simétrica, conversaciones abiertas que contengan información y discusión en las cuales los adultos jóvenes puedan expresarse de manera abierta con respecto a su sexualidad, se podría pensar en que se proyecte esta idea de diálogo de manera formal en la que haya como

moderador y/o guía de este diálogo a una persona del mismo grupo etario, la que podría generar mayor confianza para resolver dudas e informar del tema.

La autoestima se considera importante al momento de adoptar una conducta promotora de salud, la cual hacen una relación del amor hacia sí mismo con la importancia que se le atribuye al cuidarse y cuidar de los demás. También la motivación por cuidar de sí mismo se aprecia como un factor significativo que llevaría a los sujetos a adoptar conductas promotoras de salud. Esto hace pensar que, una autoestima alta es de suma relevancia a la hora del acto sexual, ya que se esperaría que la persona actuase sin miedo o temor a la hora de emitir su opinión con su pareja sexual sobre el uso del preservativo y ser capaz de tomar decisiones propias sobre su salud y bienestar.

Subcategoría N°3: Factores Personales Socioculturales

Lo sociocultural consta de factores como la etnia, la aculturación, la formación y el estado socioeconómico, podríamos decir que es su contexto (40).

De acuerdo con el segundo objetivo, los factores socioculturales, fueron irrelevantes dentro del relato de los sujetos debido a la poca información que se obtuvo de ellos. Sin embargo, hubo participantes que se encontraban mayormente influenciados socioculturalmente por su cercanía con programas relacionados con prevención y detección de VIH, y la información específica que estos entregan. Se piensa que los factores socioculturales son de poca implicancia en los sujetos con respecto a su percepción del riesgo de contraer VIH, debido a que la información entregada no se relaciona con los intereses de estos mismos, siendo que la educación sexual debería ser una herramienta para la adquisición de habilidades en el área de la afectividad-sexualidad personal, logrando tener conciencia a los riesgos que están expuestos (95-92). Además, que la motivación por la búsqueda de información e interés que se genera en los adultos jóvenes sería una decisión propia y no estaría directamente relacionado con la influencia del medio. Contrario a lo proyectado con anterioridad en relación a esta variable, la cual se pensaba que tendría un mayor impacto y valor en el relato de los sujetos al momento de definir su percepción de riesgo de contraer VIH.

5.1.2. Cogniciones y Afectos relativos a la Conducta Específica

En la segunda columna del Modelo de Promoción de Salud, se encuentran los componentes centrales del modelo, donde se relacionan los conocimientos y afectos de las personas específicos de su conducta (sentimientos positivos o negativos, emociones y creencias), los cuales se interrelacionan e influyen directa e indirectamente en la adopción del plan de acción que llevaría a una conducta promotora de salud (10).

❖ Categoría N°3: Percepción de Beneficios para la Acción

Para la discusión de esta categoría, las dos subcategorías: “Prevenir ITS y el Daño Posterior” y “Prevenir Embarazo” fueron analizadas en conjunto debido a la relación que existe entre ellas.

Según el MPS, los beneficios percibidos de la acción son los resultados positivos anticipados que se producirán desde la conducta de salud, es decir, el beneficio que le otorga la persona al realizar la conducta promotora de salud, que en este caso sería abstinencia, pareja única, uso de preservativo y realización del examen de detección del VIH (40).

En relación al segundo objetivo específico, en esta categoría se le entrega importancia del uso del preservativo en la prevención del embarazo, en su mayoría sin mencionar la prevención de ITS/VIH, argumentando que en los homosexuales existiría mayor conciencia de la relación del uso del condón con la prevención de ITS/VIH (73). Esto podría deberse a la falta de información que existe con respecto a los beneficios del uso del preservativo, generando un bajo impacto sobre la prevención de ITS/VIH. De esta manera se observa que los sujetos heterosexuales, a pesar que consideran el preservativo como un método de protección, lo hacen para prevenir el embarazo principalmente y no como un método de barrera para prevenir ITS; en muchas ocasiones prefieren y/o eligen métodos anticonceptivos y no se utiliza el condón, quedando expuestos al posible contagio de una infección de transmisión sexual, tal como lo menciona la INJUV, que los adultos jóvenes incurren en prácticas sexuales riesgosas que conducen a experimentar dos consecuencias que pueden derivar de la actividad sexual sin protección: el embarazo no planificado y las infecciones de transmisión sexual (5, 63).

Según los relatos emerge el beneficio percibido de realizarse el Test de ELISA regularmente, para detectar si se contagiaron de VIH o no, que según el MINSAL es beneficioso, ya que

ayuda a detectar de forma temprana el virus y así empezar de forma oportuna el tratamiento y controles de salud (93). Es importante mencionar que, la realización del test aun cuando fue percibido como un beneficio por los adultos jóvenes, fue en su mayoría realizado posterior a una conducta sexual de riesgo, generando en ellos la inquietud de ratificar si estaban contagiados o no de VIH, por lo que se podría pensar que no fue pensado de la manera preventiva como se debería.

Dentro de esta categoría, no se encontraron muchos relatos que hablasen de los beneficios que tiene para los adultos jóvenes cuidarse, como consecuencia de esto se podría suponer que existe un desconocimiento de dichos beneficios y/o una falta de integración por los adultos jóvenes de estos mismos. El Test de ELISA emerge dentro de esta categoría aun cuando no se tenía previamente pensado, debido a considerarlo una acción curativa y no preventiva de contraer VIH, a menos que este sea realizado de forma periódica, caso que no se presentó dentro de los sujetos, exceptuando el caso particular del sujeto portador de una ECNT.

❖ **Categoría N°4: Percepción de Barreras para la Acción**

Las barreras percibidas de la acción se definen como bloqueos anticipados, imaginados o reales y costes personales de la adopción de una conducta determinada (40).

Subcategoría N°1: Percepción Negativa del Uso de Preservativo

Según el segundo objetivo específico, en la categoría barreras percibidas para la realización de conductas promotoras de salud se indaga mediante el por qué o qué situación los llevaría a no usar condón. Se evidenció que existe mayor incidencia en las barreras negativas del condón, que debido a la reiteración fue clasificada como subcategoría. En esta se demuestra el desagrado de utilizar preservativo y que no lo utilizan por una preferencia personal, sobre todo en los participantes hombres, los cuales muestran una clara preferencia en la no utilización de preservativo. Los varones mayoritariamente son quienes no quieren utilizar condón contrastando con resultados nacionales y europeos, donde estudios demostraron que los hombres se cuidan haciendo uso de preservativo más que las mujeres, convergiendo en el predominio de conductas sexuales de riesgo en las mujeres (5, 62, 63, 64, 77). Las razones que se exponen por las cuales el preservativo se apreciaría de una manera negativa son debido al cambio en la experiencia sexual, argumentando que ésta es más placentera y

cómoda al no utilizarlo. Estos datos son comparables con el estudio “Percepciones que afectan negativamente en uso del condón en universitarios de la costa caribe Colombiana”, en donde de manera similar se mencionan distintas barreras tales como que es incómodo, engorroso y complicado de usar, crea dudas del estado de salud de la otra persona y que disminuye el placer, barreras que llevarían a los adultos jóvenes a decidir no utilizar el condón en las relaciones sexuales (77). Según esto se podría pensar que los adultos jóvenes prefieren arriesgar su salud, por momentos más placenteros con su pareja sexual, siendo más importante la experiencia que adoptar una conducta preventiva y que sus propios conocimientos (78, 79).

También se menciona la influencia del mercado, como concepción de la percepción negativa del preservativo, la que normaliza la no utilización de éste y minimizando las consecuencias de esta acción, además que la industria pornográfica ha ayudado a naturalizar las relaciones múltiples sin protección, sin mostrar una consecuencia negativa de este comportamiento. Este relato y la importancia de la influencia de los medios de comunicación en la opinión y comportamiento de los adultos jóvenes, se podría explicar por la etapa de cambios en la que se encuentra este grupo etario en particular, donde se genera una mayor preocupación por la propia imagen y el cuerpo, aumentando también la apertura a distintas formas de identificación cultural, sobre todo las adquiridas a través de los medios de comunicación, las cuales se hacen más fuertes a la hora de influenciar a los adultos jóvenes, puesto a que se vive en la era digital (20).

Subcategoría N°2: Otros

Continuando con el segundo objetivo específico, se mencionó como una creencia de terceros de que al haber contraído una infección de transmisión sexual previamente no podrían volver a contagiarse de nuevo, y por lo tanto dejar de utilizar medidas preventivas del contagio, es decir, que no hubo cambio en la percepción de riesgo. Contrario a lo que podría pensarse, que al momento de vivir una situación así, las medidas preventivas aumentarían de manera significativa junto con la vulnerabilidad de los sujetos, y por consecuencia su percepción del riesgo. Estos resultados podrían compararse con los del estudio “Percepción de riesgo sobre VIH/SIDA en pacientes atendidos por infecciones de transmisión sexual” en donde se encuentra que no existe percepción del riesgo de enfermarse en los encuestados, asimismo no identifican objetivamente los motivos que aumentan la posibilidad de enfermarse, sino que lo ven de forma

muy subjetiva, unido al no uso del condón como medida preventiva para no enfermar, en un número considerable de pacientes (74). Todos los encuestados habían sufrido al menos una infección de transmisión sexual e insistían en no usar el condón como medida preventiva para no enfermar (74). Se podría relacionar la que el no identificar los motivos que aumentan las posibilidades (resultado del estudio) como una razón por la que los sujetos entrevistados no aumentan la percepción de riesgo.

Otra barrera en la utilización del preservativo fue el valor comercial de estos, diferenciando a los productos catalogados de buena calidad, los cuales tienen un alto valor en el mercado. Esto sería contradictorio con los resultados de la INJUV, en donde no se mostraron grandes diferencias en la utilización del preservativo y los niveles socioeconómicos (5). Además, se puede analizar de estos relatos que existe una evidente desinformación con respecto a las alternativas gratuitas de obtención de preservativos en el sistema público y desconfianza en la calidad de estos.

Todas estas barreras percibidas para el uso de condón las cuales demuestran una baja percepción de riesgo en los jóvenes, dejándolos más propensos a contraer una ITS y adoptando una conducta perjudicial para la salud sexual.

❖ **Categoría N°5: Percepción de Autoeficacia**

Autoeficacia percibida se define como el juicio de la capacidad personal de organizar y ejecutar una conducta promotora de salud, influye sobre las barreras de acción percibidas, de manera que a mayor autoeficacia hay una percepción menor de las barreras para el desempeño de la conducta promotora (40).

Conforme al segundo objetivo específico, al momento de ejecutar una conducta promotora de la salud en los sujetos influye (barreras de acción percibidas) si la pareja sexual se lo exige, si es un encuentro casual o una relación estable y si tienen o no preservativo. Se destaca en los testimonios que en la primera relación sexual no ocuparon preservativo, pero ahora con su pareja sí lo utilizan, al menos la mayoría de las veces, lo que concuerda con un estudio revisado, donde muchos jóvenes expresaron que al momento de su inicio sexual no usaron métodos de protección, relacionando este hecho mayoritariamente por el desconocimiento que presentaban sobre el VIH y cómo prevenirlo (89). Esta situación también se presentó en un

estudio sobre percepciones y comportamientos de riesgos en la vida sexual y reproductiva realizado en Cuba, donde llama la atención que la mayoría de los jóvenes inician su vida sexual sin protección (63).

Se menciona dentro de las entrevistas que el hecho de realizar una conducta promotora de salud tiene que ver con la responsabilidad de cuidar de sí mismo, calificando la no realización de estas conductas como un acto irresponsable. Además, los participantes mencionaron que en momentos en que no han tomado medidas preventivas al tener una relación sexual es debido a que no han sentido riesgo de contagiarse de alguna ITS (68, 75). Al igual que un estudio cubano, en donde se expone que el conocimiento sobre prevención de ITS no tiene relación con las medidas adoptadas por los jóvenes, argumentando que los jóvenes, al decidir cuidarse en una relación sexual lo hacen pensando en sí mismos y no en su pareja, por lo que los hombres deciden por lo general prevenir ITS y las mujeres prevenir un embarazo no deseado mediante distintos métodos (63). En el relato de los sujetos analizados en este estudio tanto hombres como mujeres heterosexuales consideraron que el mayor riesgo de las conductas sexuales inadecuadas sería un embarazo no deseado, por lo que se podría deducir que no siempre se prioriza el condón como único método anticonceptivo, utilizando otros y quedando expuestos al contagio de alguna ITS (63).

Cuando se analizan estos testimonios se puede vislumbrar la brecha que existe entre el conocimiento que tienen los jóvenes sobre cómo prevenir ITS, con la conciencia que se tiene de contraer estas mismas, es decir, la percepción de riesgo que posee cada uno de ellos (63, 69, 70, 71). Es interesante destacar que con datos internacionales y los obtenidos, existe una falsa autoeficacia y percepción de riesgo en los adultos jóvenes, pues que a pesar de que tienen la información y conocen las consecuencias de determinadas conductas sexuales de riesgo, aun así se han expuesto a dichas situaciones sin considerar la prevención adecuada. Es aún más destacable debido a que mencionan la importancia de cuidar de sí mismo, esta discordancia y/o inconsistencia podría deberse a que no han sentido el riesgo de contagiarse de manera próxima, conociendo las consecuencias no tienen conciencia de éstas (63, 69, 70, 71). Por esta razón, se relaciona la autoeficacia percibida con la adopción de conductas promotoras de la salud sexual de manera errónea, puesto que los jóvenes se genera una sensación de invulnerabilidad ante el contagio, dándoles la falsa ilusión de que pueden siempre cumplir con estas medidas preventivas cuando no ha sido así a lo largo de su vida sexual,

situaciones específicas en las cuales no se han sentido en riesgo de haber contraído alguna ITS por no considerarlo una práctica habitual en ellos (61).

Por otro lado dentro de un relato se menciona que el uso del preservativo es lo mejor para cuidar su salud, esto se puede deber según la Teoría de la acción razonada que las intenciones de las personas para realizar una conducta están vinculadas a las motivaciones que influyen en la misma; estas intenciones son indicios sobre cómo la gente está dispuesta a realizar la acción deseada por lo que, mientras mayor sea la intención de realizar una acción, hay mayor probabilidad de que se lleve a cabo; y si las personas se perciben como eficaces para ejecutarla, es muy probable que la realicen (94). Este relato es el pensamiento que se espera en los jóvenes a la hora de adoptar una conducta promotora de salud para el bienestar individual y de la persona con la que se tuvo relaciones sexuales. Además esta categoría se puede relacionar con la categoría de "Percepción de Barreras para la Acción", en la cual mientras menos barreras perciba, la persona se siente más autoeficaz. El uso del preservativo se esperaría que se utilizara en todas las relaciones sexuales.

Dentro de la categoría en general se encuentra una inconsistencia con el resto del relato en las entrevistas, ya que los participantes se exponen firmes ante la decisión de usar el preservativo, aun cuando informaron que en varias ocasiones no lo utilizaron, en la mayoría de los casos, en la primera relación sexual, por placer, no tener condón o tener una pareja estable, justificándose como irresponsables, ilusos y de no tener la capacidad de autocrítica o autoconciencia (64). Es aquí donde se evidencia claramente una baja percepción de riesgo, siendo contradictorio con la definición de la categoría misma, ya que, aun cuando los participantes se creen y se definen como capaces de utilizar el preservativo al tener relaciones sexuales no lo han utilizado en ocasiones en que se han visto expuestos a situaciones de riesgo, identificando una falsa autoeficacia percibida, la que tiene en consecuencia según lo anterior una implicancia negativa en la adopción de la conducta promotora de salud, resultado esperado del MPS, contrario a la teoría donde el tener una autoeficacia percibida facilita el adoptar la conducta promotora.

❖ **Categoría N°6: Influencias Personales**

El MPS identifica las "Influencias Personales" como los conocimientos acerca de las conductas, creencias o actitudes de los demás, incluyen normas, apoyo social y modelación; las

principales fuentes de Influencias Personales son la familia, pareja, amigos y cuidadores de salud (40).

Acerca del segundo objetivo específico, en la categoría de "Influencias Personales", aparecen distintos temas enunciados por los sujetos, uno de ellos son las creencias de terceros que han tenido implicancia en sus decisiones. Muchas de éstas siendo creencias erróneas sobre el VIH, por ejemplo, con el método de contagio, refiriendo que este solo podría producirse en personas que cambian constantemente de pareja sexual. También se menciona la creencia errónea que sólo con tocar a un portador de VIH se podría contagiar el virus o que la presencia de heridas sería un método de transmisión directo de la enfermedad. Cabe mencionar que estas creencias son incorrectas, ya que según la OMS las vías de transmisión del virus son a través del intercambio de fluidos como sangre, leche materna, líquido amniótico, líquido seminal, secreciones vaginal y verticalmente de madre a hijo durante el parto (12). Se podría pensar que estas creencias de terceros influyen en el sujeto por ser alguien cercano, como un familiar o amigo, persona a la que se le atribuye confianza y por lo tanto creen en lo que él/ella dice, la información entregada por los entrevistados de sus terceros han sido en la mayoría creencias erróneas, lo que influye negativamente en la conducta promotora de salud del entrevistado, pues al confiar en un familiar/amigo que tenga escaso o incorrecto conocimiento sobre ITS/VIH/SIDA el sujeto podría actuar de manera errada, en base al conocimiento incorrecto. Así como se muestra en un estudio sobre "Conocimientos y actitudes frente al VIH/SIDA en padres de familia de adolescentes Colombianos" en donde los padres que son considerados como la fuente principal de información, tienen claro solo algunos medios de transmisión del VIH, pero no cuentan con la información suficiente, sumado además que se presentan tabúes y mitos en relación a temas de sexualidad y VIH, en donde se demostró que sus fuentes de información principal fueron programas de televisión y artículos de revistas, las cuales no necesariamente son fuentes confiables o que brinden profundidad respecto al tema (95). Por otro lado, el que los participantes tengan creencias erróneas puede deberse a un método educativo que no ha generado el impacto necesario como para que retengan y/o concienticen la información sobre ITS/VIH.

Se presenta un enjuiciamiento de los participantes sobre los prejuicios existentes en la sociedad, como el hecho que solo debiera realizarse el examen la persona que posee síntomas de algún tipo de enfermedad de transmisión sexual o aquella que presente conductas sexuales de riesgo como poseer varias parejas sexuales, o actitudes clasificadas como "promiscuas". Se

menciona la presencia de pensamientos, en la gente más adulta, que discriminan el hecho de preocuparse por ser portador de la enfermedad. Sumado a esto, se expone que la población aísla de la sociedad a personas portadoras, debido a la creencia de que la transmisión se podría generar fácilmente de una persona a otra y calificando la patología como poco aceptada, asociándola también siempre con un final fatal, tal como expone la ONUSIDA Latina en donde en más de una ocasión las personas portadoras de VIH fueron despedidos de sus trabajos o negándoles empleo por revelar su condición (96). Estos pensamientos se reiteran en la población probablemente por desconocimiento, sumado a un posible estigma al hablar del tema, el que al parecer predomina en adultos y adultos mayores, el reconocer a la patología como mortal podría deberse según los antecedentes del impacto que causó el virus cuando se descubrió y reconoció, siendo esto ya en etapas terminales, SIDA, y que actualmente no se informa “masivamente” del tema, por lo que la población quedó desactualizada sin saber, por ejemplo, que existe un tratamiento antirretroviral para todas las personas que portan VIH.

Otra influencia personal fue la educación con índoles religiosos, en que se cataloga de manera negativa la vida sexual antes del matrimonio. Esto puede condicionar su opinión y producir un distanciamiento de los jóvenes con los adultos, ya que estos últimos no aceptarían la vida sexual activa de sus hijos, ni de jóvenes en general, por lo que no los educaran sobre medidas preventivas de ITS/VIH, tal como lo menciona un estudio en donde requieren que sus fieles, entendidos como los que promulgan una religión, independiente de su afiliación deben presentar mayor apego a las prácticas religiosas, como la exigencia de la abstinencia sexual antes del matrimonio y a los esposos fidelidad marital (97). Dentro de la religión se conoce la abstinencia hasta el matrimonio, y es relevante mencionar de los relatos que no se expone la abstinencia como un método de barrera factible entre los jóvenes. En consecuencia, tal como dice el estudio anterior, una afiliación religiosa, sea católica o evangélica, aumenta el no uso de condón en la población (97). Por lo que podríamos suponer que el no tener una aceptación de la sexualidad de los jóvenes por parte de la religión y ser poco probable practicar la abstinencia para ellos, están más expuestos a no seguir conductas promotoras en su salud sexual.

De igual manera surgieron creencias de pueblos pequeños, en zonas rurales, las que referían que el matrimonio durará para siempre, siendo esta la única pareja sexual de dichas personas, por lo que no sería necesario el uso de preservativo, ya que no habría ningún riesgo de contraer algún tipo de infección de transmisión sexual. Esta relación se ve evidenciada en resultados nacionales, donde respecto al uso de condón tanto en la primera como en la última

relación sexual, se observa un menor uso en los jóvenes que viven en zonas rurales, en comparación con aquellos que viven en zonas urbanas (5). Cuando se discute sobre este tema, se podría decir que, aquella represión que los jóvenes sienten por parte de los adultos al momento de vivir una vida sexual activa, los lleva a vivir esta misma en secreto, sin contar con la opinión, consejos y/o información de sus padres, maestros, entre otros, siendo aún más riesgoso el comportamiento que pudiesen adoptar, puesto que no contarán con los recursos suficientes tanto cognitivos como económicos para llevar a cabo conductas promotoras de la salud sexual, tal y como se menciona en uno de los estudios revisados con anterioridad "(...)Se podría afirmar que la información que reciben los adultos jóvenes proviene principalmente de amigos, de materiales gráficos o de la propia experiencia personal, hechos facilitadores de la adquisición de conocimientos erróneos, manteniendo ciertos mitos y de una vivencia escondida de su sexualidad." (20).

Los sujetos refieren sobre la emocionalidad en el acto sexual, del que se podría deducir que los alejaría de utilizar medidas de protección, se puede mencionar entonces que los jóvenes pueden ser fácilmente influenciados por sus emociones para distorsionar su pensamiento de manera que satisfaga sus necesidades y los protejan (20, 64). Lo anterior se puede relacionar directamente con el "Afecto Relacionado de la Actividad" que tienen las personas, como el "Amor," la "Confianza" o el "Miedo/Desconfianza" que depositan en la pareja, además de las "Influencias Situacionales", relacionándolo con la excitación del momento, el contar o no con preservativo, el hecho de conocer a la pareja (que sea un encuentro ocasional, o con una pareja estable), entre otros (64).

Otro factor como influencia personal, es de dónde obtienen la información los jóvenes sobre qué es el VIH, ITS en general, formas de transmisión y de prevención. Ante esto resulta la información compartida entre pares, obtenida de Internet y medios de comunicación, de esto la totalidad de los entrevistados reconoce como fuente importante el colegio y la familia. La información de la última mencionada es mayoritariamente con respecto a la prevención de embarazo y a veces ITS, en cambio la información obtenida de los pares tiene mayoritariamente que ver con las conductas sexuales y no de las infecciones en sí, pudiendo retroalimentar sus propias conductas con las experimentadas por sus pares con el fin de mejorarlas. Se podría entonces suponer que, aunque no se tenga certeza de la calidad de información que estas fuentes les entregan, los adultos jóvenes sienten más libertad de compartir y/o pedir retroalimentación sobre su conducta sexual con sus amistades, es decir,

sus pares más que con la familia, en este tema destacan la falta de normalización como tema de conversación las ITS/VIH en la familia (20, 90). Las demás fuentes de información representan la realidad actual de los adultos jóvenes, quienes se informan mayoritariamente a través de medios cibernéticos, a pesar de no contar con la seguridad de que esa información sea fidedigna, además que, acorde a su etapa de vida, las influencias de personas cercanas representan información confiable, independiente de su veracidad. Todos los sujetos refieren independientemente de la fuente de la información, que la información es uno de los factores principales que influye en su conducta sexual, ya sea la formación que les dieron sus padres en casa, lo que les han dicho sus amigos, el colegio/universidad, en publicidades o que ellos mismos han buscado, es decir, aunque no distingan entre fuentes confiables o no de información, saben que esta es importante para definir y/o adoptar su conducta sexual personal. En otras palabras, se piensa que estas influencias pueden afectar directamente a su conducta sexual, desde el conocimiento que poseen las personas y por consiguiente, en la Percepción de Riesgo de cada uno, así como también en el hecho de estar capacitados para identificar conductas de riesgo y poder adoptar conductas promotoras de salud, tales como el uso de preservativo, la realización del Test de ELISA regularmente y tener una pareja única y estable.

Continuando con el tema de la información, se enuncia una perspectiva sobre personas homosexuales, que al ser un grupo de riesgo, se identifican como más susceptibles a recibir información de terceros y que a su vez, la obtención de esta información también depende de la motivación y/o interés en buscarla; clasifican la información recibida sobre este tema como un factor fundamental en la conducta a adoptar (73). Se distingue que aparece la diferencia en la "Percepción de Riesgo" de los heterosexuales en comparación con la de los homosexuales, diciendo que los primeros sienten menos cercana la opción de contagiarse de alguna ITS. Podría suponerse que los heterosexuales, al no ser un grupo de riesgo como tal (por su orientación sexual), no se sienten tan propensos al contagio, teniendo una baja Percepción de Riesgo, no interesándose por el tema y no buscando información que pueda complementar su cuidado y la adopción de conductas promotoras de salud sexual. También, este pensamiento se puede asociar a la antigua creencia de que el VIH solo se podía contagiar entre homosexuales, cosa que aún se mantiene en el subconsciente de la población, llevándola a tener una errada percepción sobre el virus.

Por otro lado, la edad de la pareja sexual también podría influir en la percepción de riesgo de los participantes, ya que se puede considerar que una persona de mayor edad ha tenido más parejas sexuales, por lo que sería más propenso a contraer alguna ITS. Esto llevaría a la pareja de una persona de mayor edad a tomar más medidas preventivas en el acto sexual y a tener una mayor percepción del riesgo de contraer VIH.

Sobre las conductas de riesgo, consideran a los hombres más arriesgados en cuanto a las conductas sexuales con respecto a las mujeres y esto lo relacionan directamente con la información que reciben las mujeres en los controles periódicos que se realizan. Contrario a lo que resultó en un estudio de España sobre conductas sexuales de riesgo en jóvenes, donde las mujeres son más arriesgadas que los hombres, siendo éstas quienes hacen menor uso de preservativo que el sexo masculino (64). Se podría pensar que, las mujeres tienen una errada concepción de las conductas de riesgo que ellas mismas podrían adoptar en su vida sexual y que a pesar de no adoptar medidas preventivas en algunas ocasiones, se consideran más autoeficaces de cuidarse y de no tener conductas sexuales de riesgo, dándoles una baja percepción de riesgo de contraer una ITS/VIH.

En cuanto a las influencias que podrían generar terceros en la conducta sexual de los adultos jóvenes, se menciona a las parejas como un pilar dentro de las decisiones que se toman con respecto a este tema, argumentando el no uso del condón como modo de satisfacción a la pareja y la no utilización durante el sexo oral. La decisión de no usar preservativo con la pareja se debería a que no es un tema a discutir, ya que la conversación con las parejas sexuales sobre ITS resulta incómoda y por otro lado, se podría considerar la importancia de la comunicación en la pareja para poder tomar la decisión de cuidarse (90). Sería posible suponer que los adultos jóvenes consideran a la pareja como parte importante en la toma de decisiones con respecto a la vida sexual, siendo la percepción de riesgo influenciada también por la opinión de esta última (5, 77, 90).

Siguiendo con el mismo tema, la confirmación diagnóstica de no tener alguna ITS en las parejas fomentaría el no uso de condón en la relación. Aquí destaca que el hecho de exigir el uso de preservativo se asociaría a desconfianza o incertidumbre, opiniones que toman importancia al identificar si los participantes tenían o no Percepción de Riesgo, pues el sentimiento amoroso y la confianza dentro de la pareja influye considerablemente sobre la decisión de tomar medidas preventivas (77).

Resulta importante un cambio de conducta luego de la experiencia de contagio de una amistad cercana, por lo que se podría deducir que esta experiencia, en uno de los participantes, aumentó su percepción del riesgo de contraer VIH, debido a la cercanía emocional que tenía con esta persona, volviendo vulnerable a la entrevistada ante el contagio, ya que percibe el riesgo de una manera más próxima. Llama la atención que aun así esta percepción de riesgo no llega a concretarse en un plan de acción y menos en una conducta promotora, porque la participante no hace uso de preservativo.

Otra influencia identificada es la desinformación, los sujetos no conocen los beneficios de los métodos de barrera y dónde conseguirlos de manera gratuita, esto probablemente influirá en la conducta a adoptar, llegando a la no utilización de métodos de barrera. Este hecho se podría asociar también a la etapa de vida de los adultos jóvenes, quienes preferirían no utilizar condón en las relaciones sexuales, por diversas razones ya mencionadas, por lo que sus pensamientos e información se encontraría directamente relacionadas a la justificación de este hecho, se ha discutido de la importancia que los jóvenes le atribuyen a la confianza en las relaciones, y que esta confianza se vería perjudicada por el hecho de utilizar preservativo, por lo que, según el “Modelo del Sistema Dual”, el cual plantea que la inmadurez en las decisiones de los jóvenes se debe al mayor desarrollo del sistema socioemocional por sobre el sistema de control cognitivo, llevándolos a la toma de decisiones basadas en la emoción (21).

Con respecto a la influencia de la cultura en la que se consideran inmersos los sujetos, creen que la información reiterativa sería de mayor ayuda para adoptar medidas de prevención, además reconocen a la cultura como reactiva y no proactiva, por lo que no se previenen los riesgos, sino más bien se actúa ante ellos después de que ocurren. Como se ha visto en las conductas relatadas por los jóvenes, se actuaría ante el miedo al contagio generada por diversas situaciones y no ante la información que poseen. Esto se contradice con lo encontrado respecto al conocimiento de adultos jóvenes, ya que no se pudo relacionar el conocimiento que se tiene con la adopción de alguna conducta promotora de salud, es más, a mayor conocimiento no se presenta una mayor percepción del riesgo ni más utilización del preservativo (69).

Mencionado esto, hay que tener en cuenta que las relaciones sexuales hoy en día empiezan en una edad cada vez más temprana según la Octava Encuesta Nacional (5), por lo tanto se debería considerar a la familia como primer pilar fundamental para educar y obtener

información sobre educación sexual, en donde la persona se encuentre en un marco de confianza, adquieran los conocimientos adecuados, respeto sobre su sexualidad y se le otorgan valores de responsabilidad y autocuidado, esta educación se debe fomentar en todos los hogares ya que así la persona crece informada sobre los riesgos y beneficios de su actuar, evitando creer y obtener información inadecuada (98). Concordando con la opinión de uno de los participantes, que menciona la importancia de normalizar el tema dentro de la familia, para poder conversar sobre esto sin problemas, sin sentirse incómodos o avergonzados por hablar sobre conductas sexuales con sus padres y/o hermanos. La importancia de que la sexualidad sea abordada por las familias a temprana edad radicaría en que los jóvenes al momento de iniciar su vida sexual se encuentren lo más informados posibles de los riesgos que puede traer su accionar, dándoles las herramientas necesarias para prevenirlos. Se podría pensar que, la normalización de este tipo de temas dentro de los hogares facilitará la comunicación entre las familias, la expresión de dudas y sentimientos por parte de los jóvenes, otorgando la información necesaria para comenzar su vida sexual de una manera responsable y segura.

Según lo encontrado en esta categoría se podría identificar a las "Influencias Personales" con un papel negativo dentro de la adopción de la conducta promotora de la salud, al contrario como sería en el MPS.

❖ **Categoría N°7: Influencias Situacionales**

Las influencias situacionales reflejan las percepciones y cogniciones personales de cualquier situación o contexto determinado que pueden facilitar o impedir la conducta promotora de la salud (40).

Y también en relación al segundo objetivo específico, dentro de la categoría de influencias situacionales se reconocen momentos en los cuales los adultos jóvenes no utilizan condón por diversas razones, por mencionar alguna, en el acto previo a la relación sexual, donde la excitación les impide a los sujetos pensar en la utilización de preservativo. Lo anterior concuerda con una investigación española sobre el vínculos entre las representaciones sociales que usan los jóvenes para construir su identidad de género, sexualidad y el manejo del riesgo de infecciones de transmisión sexual, donde los jóvenes dejan en claro que el impulso sexual masculino es algo natural, que no se puede someter al control de la voluntad, desentendiéndose del propio comportamiento, construyendo el encuentro sexual como un

momento de pérdida de racionalidad, justificando los momentos de despreocupación y el no uso de preservativo (66). Estos resultados también son comparables con el estudio “Percepciones que afectan negativamente el uso del condón en universitarios de la Costa Caribe Colombiana” donde dentro de las variables expresadas por los jóvenes que les impedía el uso de condón se encuentran: que rompe el romanticismo de la situación y el corte de la relación sexual cuando se dice “hay que ponerlo” (77). Se podría decir entonces que la percepción del riesgo de contraer una enfermedad disminuye o más bien, no se analiza en el momento previo de una relación sexual, expresando que la excitación del momento impide o dificulta el priorizar el uso de preservativo.

Adicionalmente, el uso de drogas o alcohol dificulta la decisión de utilizar condón según los sujetos, esto se debe a que el alcohol o drogas tienen un efecto fisiológico en el cuerpo, tal como mencionan los médicos Souza y Macharro, quienes dicen que el alcohol es capaz de intervenir en los potenciales de acción nerviosa, lo que afecta la conducta la cual se origina en la corteza cerebral (99). Esto también concuerda con otros estudios, donde exponen que adquirir ITS es más frecuente en las personas que tienen un consumo de riesgo y aún mayor cuando existe una dependencia al alcohol, comportándose de igual manera con el embarazo no deseado (66, 67). Es por eso que se considera esta situación relatada por los sujetos como una en donde la percepción de riesgo de contraer una ITS disminuye y/o no es considerado el uso de preservativo con el consumo de alcohol y drogas.

En el discurso de los sujetos se diferencia la percepción de riesgo de contraer una ITS que se tiene al momento de tener relaciones sexuales con una pareja estable es menor en comparación a una relación sexual pasajera, reconociendo que lo más adecuado sería utilizar preservativo en las relaciones sexuales sin tener una relación y explicitando que la confianza en la pareja sería un factor para su utilización o no, disminuyendo la percepción de riesgo en las personas. Se obtiene información relevante la cual se ha repetido en distintas categorías del estudio, la cual dice que a mayor confianza en la pareja sexual menor es la percepción del riesgo y por tanto menor es la adherencia a los métodos preventivos de ITS y/o uso del condón.

Se observa también en las entrevistas que los participantes manifestaron que en su primera relación sexual no se utilizó condón, dato que concuerda con lo encontrado en la Octava Encuesta Nacional de la Juventud, en donde se obtiene que la gran mayoría de los jóvenes no utilizó condón en su primera relación sexual (5), es decir, la percepción del riesgo podría

cambiar en el transcurso de la vida sexual del individuo, aumentando o disminuyendo dependiendo de las experiencias vividas por este mismo.

Como dato relevante también se obtiene de los relatos que el no contar con un preservativo no sería un impedimento para tener una relación sexual, por lo que se puede suponer que los jóvenes no consideran prioritario el uso de preservativo, siendo para ellos más importante concretar el acto sexual. En un estudio mencionado anteriormente, realizado en universitarios de la Costa Caribe Colombiana, mencionan tanto hombres y mujeres, como desventaja del uso de condón que “no siempre se tiene a mano” y “hay que depender de ellos / hay que pensar en tenerlos” (77).

Es importante considerar, que las influencias situacionales afectan directamente a la conducta promotora de salud de una persona, específicamente al utilizar o no método de barrera, esto se ve afectado no solo por la confianza que se tenga con la otra persona, o si existe uso de drogas, entre otros, sino que es algo propio del desarrollo evolutivo de los adultos jóvenes, el tomar decisiones adecuadas o inadecuadas, tanto por su inmadurez cognitiva y como por el desequilibrio entre el procesamiento emocional y racional de las situaciones (21).

5.1.3. Categorías Emergentes

De acuerdo al MPS de Nola Pender se consideraron los 7 factores de como objetivos específicos del estudio pertenecientes como categorías teóricas, las que guiaron la entrevista del estudio, durante la aplicación del instrumento, los resultados obtenidos se clasificaron como categorías y subcategorías, obtenidas según la relevancia mediante la reiteración en los relatos. Y finalmente, mediante el análisis y lectura profunda de los datos obtenidos del trabajo de campo se obtuvieron categorías emergentes, las que aparecieron de los mismos resultados y van más allá de lo inicialmente planteado.

❖ Categoría N°8: Afectos Relacionados de la Actividad

El afecto relacionado con la actividad se define como los sentimientos subjetivos positivos y negativos que se dan antes, durante y después de la conducta, basada en las propiedades de los estímulos de la conducta en sí. Esta influye en la autoeficacia percibida, por lo que cuan

más positivo es el sentimiento subjetivo, mayor es el sentimiento de eficacia, es decir, el aumento de sentimientos de eficacia puede generar un mayor afecto positivo (40).

Se encuentran tres sentimientos principales que afectan en la conducta promotora de salud, asociadas con la relación que el sujeto tiene con la otra persona, estos son "Confianza", "Miedo" y "Amor", los cuales a su vez se correlacionan fuertemente entre sí. La "Confianza" fue descrita como un elemento fundamental en una relación amorosa, en el caso de una relación de pareja estable, y se muestra en conjunto con el amor, como elementos esenciales para mantener unida a la pareja. El "Amor" da sentido y valor a una relación y cuando entre estos hay confianza, esta relación se da más fuerte. Es importante considerar, además, que la confianza debe construirse y reafirmarse durante la relación, para que sea cada vez más estable, pero también puede perderse, y restablecerla después de un punto de quiebre (como una infidelidad o una mentira) es muy difícil, de aquí se relaciona el "Miedo" que puede existir en una relación, con la posibilidad del engaño, creando una desconfianza (100).

Subcategoría N°1: Confianza

Se pudo identificar que los jóvenes asocian el uso del preservativo con la confianza que hay con la pareja sexual y la percepción previa que tienen de esta, que sea pareja estable o casual, y de esta última, el hecho de conocerla de antes o no. Al conocer a la persona, si le tienen confianza no hacen uso del condón, sin embargo, se refiere que esta confianza es ciega, pues creen en lo que la pareja les comunica sin cuestionamientos (61). Esto también aparece en un estudio Cubano, donde mencionan que las principales causas que generan una baja percepción de riesgo en los jóvenes, se relacionaban con la confianza que depositaban en la pareja sexual, de que esta no se encontraba infectada con el virus (74). Este resultado se considera importante, ya que relaciona la percepción de riesgo de los jóvenes con la confianza en la pareja, característica relevante al momento de constituir una relación estable (94). Por lo que, el sentimiento de confianza en la pareja contribuiría negativamente en la percepción de riesgo de los jóvenes, disminuyéndola y/o dejándola en segundo plano. Es por este motivo que se aprecia como relevante, el hecho de que los sujetos consideran un logro tan importante en la pareja la confianza, como un factor que los haría dejar de utilizar preservativo, sin confirmar su condición de salud previa y dejando de lado el riesgo de contraer alguna ITS (61).

Subcategoría N°2: Miedo

Cuando aparece el tema de una infidelidad, se genera vacilación y/o incertidumbre en lo que dice la pareja, es decir, existe desconfianza o la confianza se pierde por completo; los participantes cambiaron su percepción de riesgo en este tipo de situaciones, porque sintieron más cercano el riesgo de contagiarse, surgiendo miedo y tomando la decisión de realizarse un test para confirmar alguna ITS/VIH (100). Se piensa que lo anterior también está en relación con la percepción de riesgo, puesto que demuestra que el "Miedo", el cual es considerado un sentimiento negativo dentro de una relación, contribuiría a aumentar la percepción de riesgo en los jóvenes, adoptando un plan de acción a través del uso de medidas preventivas temporalmente (65).

Sumado a lo anterior, aparece el "Miedo" en otra perspectiva, pues el conocimiento sobre la existencia de otras ITS, además del VIH, produce miedo a contagiarse y a consecuencia de esto, usar el preservativo. Es decir, el conocimiento en algunos de los participantes generó miedo, el cual los llevó a adoptar conductas promotoras de salud, aun así, se aprecia que este miedo fue pasajero, no llevó a un cambio real en los participantes ni a la puesta en marcha de un plan de acción y más bien, los hizo considerar la posibilidad de poder estar contagiados en un determinado momento y no analizar que podrían exponerse a un posible contagio en cada ocasión que se realice alguna conducta sexual de riesgo, por esta razón, se plantea que el conocimiento que poseen los jóvenes en este tema no ha generado conciencia real en ellos, ya sea por la manera en la que obtuvieron información o más bien, como se les fue entregada.

Subcategoría N°3: Amor

También fue mencionado el romanticismo de la primera relación sexual, en la cual no se utiliza preservativo, de igual modo que en estudios donde se enuncia el romanticismo como una de las razones por las cuales no se utiliza método de barrera (77). Además, de aquellos estudios que demuestran que los jóvenes por lo general no utilizan condón en la primera relación sexual (5).

Surge la subcategoría de "Amor", obteniéndose distintas perspectivas de éste, ya que algunos participantes mencionaron también, que este sentimiento no tendría que perjudicar la adopción de medidas preventivas, más aún, aumentarlas debido al cariño y respeto que se siente por la

otra persona y con la intención de también cuidarla. Aun así, esta acción no se cumple en los jóvenes por lo que se piensa que la conversación y/o decisión sobre el uso del preservativo con la pareja podría ser considerada por los jóvenes como una acción de desconfianza, lo que no estaría relacionado con el amor que se dice tener por la pareja sexual, por lo que relacionamos el amor con la disminución de la percepción de riesgo en la pareja, dejando de utilizar medidas de barrera.

❖ **Categoría N°9: Conocimiento**

El conocimiento es un proceso en virtud reflejo de la realidad y reproduce en el pensamiento humano, está condicionado por el devenir social y está unido a la actividad práctica (101). En este tema en específico está la adquisición de conocimientos sobre las formas de transmisión y de prevención del virus, además de prácticas de riesgo y de autocuidado en el ejercicio de la sexualidad (101).

El "Conocimiento" en términos generales en los sujetos estudiados es relativo, al realizar la revisión de lo mencionado por los entrevistados, la mayoría de estos tienen conocimientos parciales sobre la definición de la enfermedad, sus vías de transmisión, la manera de prevenirlas. En los participantes se reconoce la importancia del preservativo para la prevención de las infecciones de transmisión sexual, aun cuando no lo utilizan en determinadas ocasiones. Esta inconsistencia en el relato, común en la etapa de vida de los adultos jóvenes, demostraría poca conciencia que se tiene de la baja percepción de riesgo que poseen, poniéndolos en una situación de vulnerabilidad ante el contagio, ya que los jóvenes no serían conscientes de la situación de riesgo a la que se exponen.

Subcategoría N°1: Conocimiento sobre VIH y Grupo de Riesgo

Sobre el conocimiento del VIH, los sujetos en su mayoría reconocen la diferencia entre portar el virus del VIH y la manifestación de los síntomas del SIDA, describiéndola como una enfermedad crónica con tratamiento disponible, con poca claridad respecto de los periodos de ventana y síntomas específicos de la enfermedad, esto se puede deber a la escasa información concreta y consistente que presentan los jóvenes, debido a los medios de información en la que se encuentra esta (90).

El cuanto a los grupos de riesgo aún es un tema ambiguo, ya que aún existiría la idea que grupo tales como los homosexuales son más propensos y/o los únicos que podrían contraer la enfermedad en determinadas situaciones. Así como lo menciona la INFOSIDA, en los Estados Unidos, los hombres gay, bisexuales, y otros Hombres que tienen relaciones Sexuales con otros Hombres (HSH) y especialmente los hombres gay afroamericanos son la población más afectada por el VIH (102). Si bien el conocimiento expresado por los participantes no es errado, los sujetos no logran identificar en su totalidad todos los grupos de riesgo, dándole mayor énfasis solo a las personas homosexuales, este pensamiento arraigado se relacionaría a las antiguas creencias que este tipo de enfermedad solo afectaba a un determinado grupo de personas.

Importante destacar el caso de uno de los sujetos, el cual era voluntario del Programa ALERTA y además, se encontraba dentro de uno de los grupos de riesgo mencionados, lo cual, a opinión del mismo lo hacía tener mayor conocimiento del tema y que esto habría influenciado en el aumento de su percepción de riesgo a contraer la enfermedad y las conductas preventivas adoptadas. El aumento de la percepción de riesgo debido a un factor biológico del sujeto, lo llevó a la obtención de mayor información sobre el tema, aumentando así el empoderamiento de su propia salud y la de los demás, ayudando en ese sentido a que fuera uno de los participantes que estuvo más cercano a la adopción de un plan de acción para establecer una conducta promotora de salud.

Subcategoría N°2: Conocimientos sobre Salud Sexual y Reproductiva

Dentro de esta subcategoría los entrevistados sólo nombran dos grupos, a los homosexuales y a las mujeres, quienes presentan mayor acceso a la información, ya que identifican al primero dentro de los grupos de riesgo y a las segundas en constantes controles de salud sexual y reproductiva con los diferentes profesionales de salud (103). Se podría deducir que estos conocimientos si bien son escasos, son los únicos que los sujetos logran mencionar, esta situación hace pensar que la información está mal distribuida entre la sociedad como para que los jóvenes concienticen que todos pueden acceder y recibir información, ya sea en los controles de salud o por parte de las instituciones que se dedican a la salud sexual.

Subcategoría N°3: Conocimiento Erróneo

Aparecieron conocimientos erróneos en el relato de los sujetos, de esto se puede mencionar aspectos importantes que han llevado a confusión en los jóvenes y posiblemente a la falta de adherencia a las medidas de protección, tales como: el no uso del condón por posibles molestias en la zona genital de las mujeres o la entrega de preservativos gratuitos de "baja calidad", al igual que en un artículo de universitarios colombianos, en el cual los adultos jóvenes presentan tendencias a percibir de manera negativa el uso del condón puesto que este genera pérdida de sensibilidad con la pareja, lo que refleja una marcada percepción negativa ante el uso del método de barrera (77). Por otro lado, se evidencia un claro prejuicio sobre el aspecto físico de las personas que podrían o no contraer una ITS cuando se menciona como método preventivo de contraer una infección de transmisión sexual la higiene personal, se piensa que los jóvenes clasifican mayormente por el aspecto físico debido a que, en esta etapa se genera una preocupación mayor por la propia imagen y el cuerpo, aumentando también la apertura a distintas formas de identificación cultural (20). Los adultos jóvenes completan su definición de sí mismos por medio de factores externos tales como el uso de productos de moda, la manera de vestir u otros objetos que definan en él o ella un estilo determinado de vida (20).

Subcategoría N°4: Desconocimiento

Existe una inexactitud con respecto a los conocimientos sobre el Test de ELISA, manifestándose en los sujetos un claro desconocimiento sobre los periodos en los que se podría realizar un test (periodo ventana), lo que influye en obtener un resultado efectivo y/o válido para reconocer la real presencia del VIH. Por esta razón, se relaciona la realización del Test de ELISA como un método de descarte luego de la exposición a una situación de riesgo y no como una acción preventiva del contagio de VIH.

A pesar de que en la mayoría de los sujetos se obtiene información sobre el VIH y el conocimiento que tienen estos sobre el virus, existe una brecha de desconocimiento entre los participantes con aspectos más específicos de la enfermedad, tales como su origen y mecanismo de acción, las vías de transmisión y la existencia de algún otro método de prevención de ITS aparte del preservativo, y de la poca claridad de la educación sexual en los colegios y universidades, lo que se percibe como un tema importante para los sujetos como fundamento de acción que tienen los adultos jóvenes, es decir, la poca adherencia a los métodos preventivos de ITS. Cabe destacar que, se reafirma la relación encontrada en el

estudio realizado por tailandeses, sobre la percepción de riesgo del VIH en estudiantes, donde se observó que, a mayor conocimiento de los adultos jóvenes, más invulnerables a contraer una enfermedad se sentían y no conocían su riesgo de contraer VIH (69).

En el caso de los sujetos estudiados, se puede evidenciar que poseen un conocimiento medio sobre la enfermedad, sin identificar comportamientos de riesgo propios y en la mayoría de los casos, sin utilizar los métodos preventivos conocidos por ellos. Además, al igual que en el estudio “Conocimientos sobre VIH/SIDA, percepción de riesgo y comportamiento sexual en estudiantes universitarios” realizado en Cuba, los adultos jóvenes, aun teniendo conocimiento sobre la enfermedad no sienten riesgo de contraerla, teniendo una baja percepción de riesgo (72). Sumado a esto, según el último reporte del DEIS, se evidencia que en la región de Valparaíso que el aumento de casos confirmados de VIH se han presentado en mayor proporción en personas con un alto nivel de escolaridad, desprendiendo de esto que los comportamientos de riesgo en el ámbito sexual de los jóvenes de la región de Valparaíso no tienen relación con los conocimientos que posean, por lo que un mayor conocimiento no condiciona una adecuada conducta sexual y adopción de percepción de riesgo (58, 63).

❖ **Categoría N°10: Construcción de una Relación de Pareja**

Esta categoría emerge desde los relatos de los participantes, se le otorga la importancia de una categoría debido a la potente relación con la percepción de riesgo de contraer VIH y la adopción de conductas promotoras. Se considera a la pareja como un tipo de relación social estable (no importando su duración), la que es significativa para los individuos que la componen (100). La relación de pareja es un vínculo social tan fuerte como adaptable, compuesta por: instituciones, contratos, acuerdos privados, pactos, intereses, confianza, temporalidad, entre otros; una vez establecida tiende a adquirir una dinámica que aspira a la mantención (100).

Del relato de los sujetos en esta categoría, la confianza se presenta como primordial en una relación de pareja, pues conocer tal como es la persona con la que uno se relaciona, los lleva a tomar la decisión de usar o no preservativo, siendo este último no utilizado a mayor confianza existente entre la pareja. Además, un factor importante para lograr dicha confianza es el tiempo de conocer a la pareja y/o tiempo de la relación, suponiendo que a más temporalidad en la relación mayor confianza y, en consecuencia, menos utilización de preservativo.

La confianza como un logro dentro de la pareja pareciera ser inversamente proporcional a la adopción de una conducta promotora de la salud sexual, como el uso del preservativo, tal y como concluye el artículo “Percepción del riesgo de infecciones de transmisión sexual/VIH en jóvenes desde una perspectiva de género” donde se dice que la confianza (y sentirse unidos) entre los miembros de la pareja parece ser un factor clave para justificar las relaciones sin preservativo, siendo difícil compatibilizar la confianza dentro de la pareja y el uso de condón, pues este vincula una serie de significados que no acostumbran a asociarse con la fidelidad y el amor, sino con la promiscuidad e infidelidad, generando incluso desconfianza (66, 90).

Un estudio realizado en Colombia relaciona la consolidación de pareja y la confianza que presentan con el uso o no de preservativo, esto involucra también percepciones y valoraciones sobre el otro, acerca del amor, la fidelidad y la estabilidad de la relación, además, esta confianza en el inicio se relaciona con características de las parejas, sus antecedentes y reputación, en conjunto con los valores simbólicos que se construyen desde las apariencias (90). Con esto se puede suponer que, al construir una relación de pareja existe la necesidad de ciertos pilares fundamentales como temporalidad, confianza, fidelidad y comunicación, donde la suma o la presencia de estos, afectaría en la decisión de realizar una conducta promotora de salud, como usar preservativo, sin pesar en los eventos adversos donde uno de estos pilares se puede ver afectado, transgredido por ejemplo, con una infidelidad, creando un riesgo potencial hacia sí mismo y hacia la otra persona.

Se expone también la fidelidad y afinidad con la persona como punto importante en la construcción de confianza en la pareja, por lo que se podría relacionar que a mayor fidelidad y afinidad, más confianza y menos utilización del preservativo.

Además, se piensa que a mayor comunicación dentro de la pareja, más conocimientos sobre el comportamiento de ambos, las relaciones sexuales que han tenido en el pasado, actitudes y riesgos vividos por ambos, por lo que sí conocen bien el pasado, se genera más confianza en la relación, pudiendo llegar a concluir que su pareja no tiene riesgos de haberse contagiado de VIH, lo que podría llevar al cese en el uso del preservativo. Esto coincide con un estudio realizado español, donde como dato relevante, se expone que existe un mayor porcentaje de hombres que mantienen relaciones sexuales con uso de preservativo en comparación con la mujeres, atribuyendo esta situación a la mayor cantidad de mujeres que tienen una relación

catalogada como estable, a las cuales le otorgaban una mayor importancia al vínculo afectivo buscando profundizar la relación amorosa con una baja percepción de riesgo del contagio de VIH/ITS (64).

Resultaría contradictorio para la promoción y prevención de la salud sexual el planteamiento de los jóvenes con respecto a la confianza en la pareja y la temporalidad, debido a que las metas que buscan ellos en una relación estable, como la confianza, comunicación, estabilidad, entre otras (100). Éstas se verían perjudicadas con el establecimiento de conductas promotoras de salud sexual como el condón, planteando su exigencia como un signo de desconfianza, asociándolo con infidelidades, catalogando este método de barrera de una manera negativa (66, 90).

❖ **Categoría N°11: Crítica al Contexto**

La Crítica al Contexto emerge del análisis de las entrevistas de los participantes, donde aluden de manera constante a opiniones del contexto en el que están inmersos, sin previo planteamiento de este tema en el estudio. La crítica como tal es un conjunto de opiniones o juicios que responden a un análisis y que pueden resultar positivos o negativos, puede estar situada en múltiples contextos, en este caso haciendo relación y/o asociación al contexto de la educación sexual en Chile (104, 105).

Esta categoría es expuesta por los sujetos en reiterados momentos de las entrevistas de manera clara. Primeramente, se destaca la crítica a la información que se entrega por parte del gobierno y establecimientos educacionales, puesto que la primera influye en lo que hagan los segundos. Críticas y/u opiniones sobre el contenido básico de las ITS, enfatizando en que se eduque sobre las vías de transmisión, signos y síntomas, y creencias erróneas principalmente, tal como Díaz y Núñez opinan que la población chilena está en déficit de información de VIH en los currículos académicos (106). Esta visión de los participantes podría estar ligada con la baja percepción del riesgo que tienen los jóvenes como consecuencia de la falta de información relevante para ellos con respecto al VIH, siendo la institución educacional considerada como una fuente de información reconocida por ellos mismos. Cabe mencionar que algo podría estar pasando en los programas de educación, haciéndose mal o no se está haciendo para que los jóvenes no sientan el riesgo.

Además, la educación se encontraría enfocada en la mujer, quien asiste a controles generalmente con la matrona, incluso desde antes de iniciar su vida sexual. Según el Ministerio de Salud la mujer asiste a diversos controles a lo largo de su ciclo vital, desde la salud sexual y reproductiva como los métodos anticonceptivos hasta controles de embarazo y tratamientos derivados del diagnóstico médico (103). Se podría pensar que las campañas están enfocadas solo a un grupo objetivo, las mujeres, y no está llegando de manera equitativa a todos los adultos jóvenes, esto podría deberse a que este grupo etario en el ámbito de salud son considerados sanos y no existen controles y/o seguimiento “estricto” específico para ellos, y los existentes no son difundidos de buena manera para lograr que los jóvenes asistan.

Se destacan las opiniones realizadas con respecto a la educación recibida en el hogar y la evolución que se ha experimentado con el paso de los años al momento de hablar del virus, lo que ha aumentado la obtención de información de los jóvenes. Se muestra insuficiente este reconocimiento por parte de los jóvenes debido a que, a pesar de expresar la evolución que ha experimentado el tema en los hogares, aún no existe una naturalidad al momento de hablar del tema, sobre todo con gente mayor, como sus padres, lo que llevaría a los jóvenes a vivir una sexualidad secreta sin la información necesaria para adoptar una conducta promotora de salud (20).

Se enfatiza la crítica sobre las propagandas y difusión de las medidas preventivas del VIH, recalcando que las primeras minimizan el mostrar el riesgo de ITS y que la difusión debe ser más generalizada en los centros de salud y no solo centrada en la población de riesgo. Los participantes vincularon la poca información de las infecciones de transmisión sexual con la poca relevancia de difusión en los medios de comunicación, generando desinterés en la población por informarse sobre el tema. Por esta razón se recalca la importancia de la entrega de información adecuada al contexto de los jóvenes, que el aumento de VIH en la población sea abordado de manera prioritaria en las campañas para generar una conciencia real y la toma de medidas necesarias para evitar su propagación. Para que el mensaje llegue a la gente realmente, no solo se debe explicar sobre su patología, incidencia y características técnicas, sino que debe involucrar vivencias, sentimientos, y procesos personales de maduración (106). Esto generaría que los jóvenes, y el general de las personas, cambiaran su percepción de que el VIH es algo lejano que no les puede pasar, a una realidad cercana y comprendan que a cualquiera le puede pasar. Esto se ve estrechamente relacionado con la etapa de vida del adulto joven, en que los sentimientos y emociones priman por sobre lo lógico racional (21).

Además, se realiza una crítica al costo de los preservativos en el mercado, esto podríamos relacionarlo también con la crítica realizada en la difusión de la prevención del VIH, ya que existe gran cantidad de la población desinformada sobre los métodos gratuitos que ofrecen los centros de salud para el cuidado de la salud sexual en la población, en la cual se podría suponer que el estado no ha creado un plan estratégico para que esta información llegue a todos los lugares, para que se logre su utilización y masificación.

La baja percepción de riesgo de los jóvenes solo se podría aumentar dándoles la oportunidad de adquirir conocimientos en procesos educativos específicamente dirigidos a ellos. Ratificando la importancia de realizar programas de educación en las distintas instituciones enfocados en los distintos géneros, derechos y diversidad sexual, implementando tal vez educación a través de diálogo y con mentores del mismo rango etario; es así como los programas en salud sexual y reproductiva para los jóvenes deben estar vinculados con las instituciones educativas, potenciando el aprendizaje de los jóvenes con respecto a este tema y en consecuencia aumentar la percepción de riesgo en los jóvenes (90). Los resultados encontrados en esta categoría son homologables a los encontrados en el estudio “Construcción Sociocultural del Riesgo para VIH/SIDA en Jóvenes Universitarios de Cali” (90).

❖ **Categoría N°12: Percepción de Riesgo**

La Percepción de Riesgo se identifica como la probabilidad personal y subjetiva, según el grado de confianza o creencia de un sujeto sobre la ocurrencia de un hecho determinado (39). Esta confianza se ve relacionada estrechamente con el conocimiento y actitud personal ante lo experimentado, y acorde a esto, se observa la capacidad de tomar decisiones frente a situaciones que enfrenta el individuo (39). Se puede entender a la percepción como una reflexión referida al riesgo verdadero de que ocurra un fenómeno, especialmente con riesgos desconocidos (39).

En cuanto a salud, la Percepción de Riesgo ante el contagio de alguna enfermedad, se refiere a la percepción de amenazas sobre la propia salud que tienen las personas, esta se encuentra determinada por valores generales sobre salud, sus creencias específicas sobre vulnerabilidad ante una enfermedad, y en el caso específico del VIH, esta percepción va relacionada directamente con las conductas y estilos de vida de la persona, y las medidas de protección que utiliza (6).

En el relato de los sujetos se puede rescatar que en los jóvenes no existe una mayor reflexión con respecto al uso del preservativo, debido a que no piensan en las consecuencias de no utilizarlo, como que podrían contagiarse algún tipo de enfermedad, además de no pensar en la posibilidad de que la pareja sexual estuviese contagiada al momento de tener relaciones con el/ella. Esto se podría producir por la influencia que tiene la categoría afecto relacionado con la actividad y factores personales psicológicos, en donde la confianza que se le atribuye a la pareja y el razonamiento emocional junto con la impulsividad hacen que la persona tenga una percepción de riesgo disminuida, exponiéndose a situaciones que en futuro serán perjudiciales para el bienestar de su salud (21, 74, 100).

Se menciona la importancia atribuida al aspecto físico y/o signos de enfermedad que podría presentar una persona al momento de tener relaciones sexuales con ella, no provocando sospecha de un posible contagio si la persona se muestra atractiva físicamente y/o en buenas condiciones higiénicas, sin síntomas aparentes de alguna condición médica. Se podría pensar que se discrimina el uso del preservativo o no según la apariencia de la otra persona, más que adoptar el uso del preservativo como una conducta promotora permanente, es posible entonces que exista un desconocimiento sobre las situaciones y/o conductas sexuales de riesgo, pues si actúa según esa creencia la persona se podría exponer a un posible contagio por confiar en apariencias, disminuyendo su percepción de riesgo con una persona atractiva. El prejuicio sobre el aspecto físico se debería a la importancia que atribuyen los jóvenes, por su etapa de vida, a la imagen y el cuerpo, factores que completan la definición de sí mismos y de los demás (20).

En cuanto a casos de una positiva/alta percepción de riesgo, se reconoce una percepción de riesgo alta en una participante debido a que posee una enfermedad crónica, según esto se controla periódicamente y se mantiene informada reconociéndose como más vulnerable ante el contagio. Se podría pensar que el poseer una enfermedad crónica aumenta la percepción de riesgo de la persona debido a tener ya una enfermedad de base, lo que la haría pensar en el contagio como algo más próximo y debido también, a la concientización que se tiene sobre el autocuidado como un estilo de vida.

Otro caso es un aumento en la percepción de riesgo luego de mantener relaciones sexuales sin preservativo con su primera pareja sexual, sintiendo miedo sobre un posible embarazo y/o infección. Es relevante también que luego de una infidelidad, la percepción de riesgo aumenta

por la sensación de vulnerabilidad y miedo ante el contagio por el quiebre de la confianza en la pareja. Este miedo llevaría a comprobar que se está libre de VIH mediante métodos científicos como el Test de ELISA. Aun así, este piensa que este miedo es pasajero y no tiene mayor relevancia en el uso de condón a futuro en los jóvenes, quienes luego de obtener un resultado negativo en el examen, no adoptan un plan de acción para realizar conductas promotoras de salud en su vida sexual.

En otra situación, se mencionó la importancia de realizarse el Test de ELISA estando o no en pareja, sin ser un signo de desconfianza sino más bien de autocuidado e información. Resulta relevante mencionar que situaciones externas son las que llevaron a los participantes a aumentar su percepción de riesgo, por lo general, situaciones negativas como una infidelidad. Por lo que podríamos pensar que la motivación para cuidarse y/o tomar medidas preventivas ante el contagio no sería debido a la información que se posee ni por los beneficios percibidos de la adopción de dichas conductas, sino más bien, por el sentimiento de miedo que produce el posible contagio de la enfermedad en los jóvenes. Se podría plantear que la percepción de riesgo no se construye por sí sola, sino que para llegar a esta hay que vivir experiencias que hagan experimentar a la persona la sensación de riesgo real, más cercano o como una amenaza.

Los participantes en general no se definen como personas en riesgo de contraer VIH, aun cuando reconocen a los jóvenes como un grupo con altas probabilidades de contagio. Resulta importante del relato de un par de participantes donde se muestran invulnerables ante el contagio, manifestando que solo ante un error y/o situación extrema podrían contagiarse, aun cuando no han utilizado preservativo en todas sus relaciones sexuales, convergente con los resultados de estudios revisados (76). Las conductas sexuales de riesgo de los jóvenes, de deberían a la sensación de invulnerabilidad o mortalidad negada, la necesidad y alto grado de experimentación emergente, la susceptibilidad a influencia y presión de los pares con necesidad de conformidad intragrupal, la identificación con ideas opuestas a los padres y necesidad de transgresión en el proceso de autonomía y reafirmación de la identidad, el déficit para postergar, planificar y considerar consecuencias futuras (33).

Un caso en particular, se refiere a la importancia de estar informado sobre el tema del VIH para la adopción de medidas preventivas, siendo contradictorio con lo encontrado en la mayoría de los participantes y en estudios anteriormente revisados, como por ejemplo, aquel realizado en

estudiantes tailandeses donde se indica que a pesar del alto nivel de conocimiento de los jóvenes y, que son blancos de campañas de información sobre VIH y conductas de riesgo, de todas formas los jóvenes no conocían los riesgos de contraer el virus (69). Según los relatos obtenidos no se asociaría el nivel de conocimiento con la adopción de medidas preventivas de ITS/VIH ni la utilización del condón, puesto que, a pesar de tener acceso a diversas fuentes de información y conocer los riesgos de contagio y vías de transmisión, no utilizaron medidas de protección en todas las relaciones sexuales y se habían expuesto a situaciones de riesgo por lo menos una vez en su vida. Por esta razón, a mayor conocimiento de los jóvenes, no se tendría mayor percepción de riesgo, como se podría pensar.

Además, realzan la importancia de hablar sobre estos temas en la población para mantenerse informados y prevenir el contagio de VIH, destacando la pasividad en las familias al momento de la educación sexual, comentando también la poca importancia que le dan lo jóvenes a la educación sobre este tema. Cuando la vivencia de los jóvenes con respecto a su sexualidad es mal elaborada, en lo intelectual y en lo afectivo, por una influencia equivocada de su medio, surgiría en los jóvenes una desconfianza y hasta una aversión, hacia el adulto en general y hacia sus propios padres (20).

Otro caso particular a destacar es la alusión del machismo de la sociedad como posición de invulnerabilidad e irresponsabilidad ante el contagio de parte de los hombres. Tal y como se expone en el estudio realizado en Brasil, en donde se concluye que las representaciones sociales de masculinidad colaboran al comportamiento de riesgo de los jóvenes y la adquisición de enfermedades de transmisión sexual (61).

Por último, uno de los participantes menciona los altos índices de contagio del VIH y la importancia de la adopción de medidas que eviten una epidemia en la población. Se podría asociar a que la sociedad debería aumentar su percepción de riesgo ante el contagio de VIH, más aun pensando en el alza de los casos nuevos de contagios y el aumento progresivo en la población, si se aumentara esa percepción de riesgo se podrían destinar más recursos para que la población adopte conductas promotoras de salud, ya que se le daría la importancia necesaria por ser una necesidad percibida por la población.

5.1.4. Resultado Conductual

En la última columna del diagrama del Modelo de Promoción de Salud se encuentra el resultado conductual, es decir, que la persona adopte un compromiso con un plan de acción en el cual incluya la conducta promotora de salud (10). Afectan todos los factores mencionados anteriormente, los cuales son predictivos de si la persona adoptará estas conductas promotoras de salud o no (10). Además, afectan las demandas, en las cuales el individuo tiene un bajo control, tales como trabajo, responsabilidades familiares, entre otras; y las preferencias de la persona, las cuales corresponden a las actividades de alto control para la persona ya que son las acciones dirigidas a elegir algo (10).

❖ Categoría Nº13: Conducta Promotora de Salud

Una conducta promotora de salud es una acción dirigida a resultados de salud positivos para la persona (40).

Debido al relato de los jóvenes obtenidos en la investigación, estos mismos identificaron como conductas promotoras de salud actividades que corresponden, más bien, a una pesquisa precoz del VIH y no a aquellas que prevengan su contagio, tales como la realización del Test de ELISA, por esta razón, se piensa que los jóvenes tienen una idea errónea de lo que serían las conductas promotoras de salud, que según Pender, corresponde a una conducta que se mantiene en el tiempo como consecuencia de un plan de acción para la prevención de enfermedades (40).

En esta categoría se puede visualizar que la conducta promotora que más nombran los sujetos es el uso de preservativo, sin embargo lo asocian más a la prevención del embarazo, que a una ITS, como en el caso de VIH/SIDA. Otras conductas promotoras fueron realizarse el Test de ELISA regularmente, mantener una pareja única y la abstinencia.

Además, el condón es más usado por los participantes en el caso de mantener una relación con una pareja casual. Esta coincide con un estudio de percepción de riesgo de jóvenes en Cataluña “(...) los jóvenes creen que el preservativo es uno de los métodos más seguros y cómodos, y consideran que es el mejor método cuando no tienen una pareja estable” (66). Teniendo en cuenta esto, se podría deducir que las conductas promotoras de salud en los

sujetos están directamente relacionadas con la confianza que se tiene en la pareja sexual, aspectos mencionados en el estudio “Comprensiones Sobre Pareja en la Actualidad: Jóvenes en Busca de Estabilidad”, que menciona las características de una pareja estable para los jóvenes, en donde se expone la importancia de la confianza que se logra en una relación estable, diferenciándola de parejas sexuales transitorias (107). Por esta razón, se relacionan las características que le otorgan los jóvenes a una pareja estable con la falta de adherencia con las conductas promotoras de salud como, por ejemplo, el uso de preservativo, y a la disminución en su percepción de riesgo de contraer la enfermedad debido a la asociación que hacen los jóvenes del uso del condón con la falta de confianza en la pareja y por el contrario, el no uso de condón asociado a una mayor confianza dentro de una relación estable.

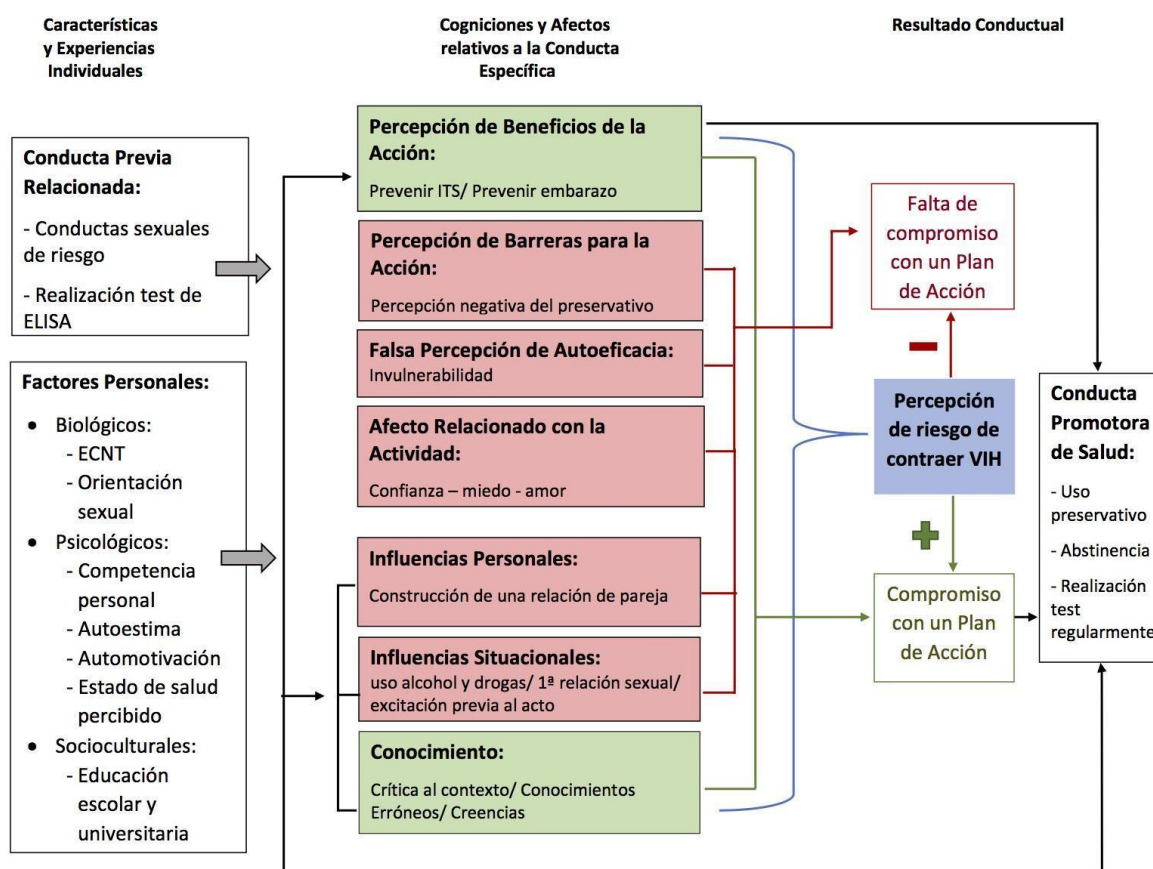
Dentro de esta investigación, los sujetos no mencionaron en sus relatos demandas ni preferencias influyentes en llevar una conducta sexual segura y tampoco se encontró a ningún sujeto que identificara un plan de acción. Solo se identificaron ciertas conductas promotoras de salud, pero ninguna de estas se evidenciaba de forma permanente y/o constante en el relato de los participantes como una actitud preventiva de salud, ni algo establecido en su rutina.

Por esta razón, en relación a las conductas promotoras de salud definida por los sujetos, se puede observar que a mayor percepción de riesgo en una determinada situación, mayor también sería la adherencia a dichas conductas. Además, se relaciona una menor percepción de riesgo en una relación estable versus una relación sexual casual, relacionado con la confianza y la temporalidad presente en la pareja. Por lo que las conductas promotoras de salud se practicarán menos en una relación consolidada. Resulta importante mencionar que dentro de los relatos obtenidos de los sujetos, en ninguno de los casos se llega al establecimiento de un plan de acción ni una adopción sistemática de una conducta promotora de salud sexual, estando esta situación directamente relacionada a la percepción de riesgo que se logró percibir de estos mismos, por lo que se piensa que las conductas promotoras de salud en los sujetos serían adoptadas al tener una percepción de riesgo alta, grado de percepción que no se pudo identificar de manera clara en los participantes, quienes en su mayoría, tenían una falsa percepción del riesgo de contraer el virus, lo que los vuelve aún más propensos a contraer la enfermedad debido a la falta de medidas preventivas y falta de reconocimiento de las conductas de riesgo a las que se exponen.

5.1.5. Aplicación del Modelo de Promoción de Salud en Percepción de Riesgo de Contraer VIH en Adultos Jóvenes.

A continuación, se presenta un diagrama donde se sintetiza la aplicación del Modelo de Promoción de Salud, de Nola Pender, y se explica cómo las variables incorporadas en esta investigación aportan en la valoración del fenómeno en estudio.

Figura N°2: Diagrama Modelo de Promoción de Salud aplicado a la percepción de riesgo de contraer VIH en adultos jóvenes, por los participantes del estudio.



Fuente: Adaptación propia del Modelo de Promoción de Salud de Nola Pender.

5.1.6. Limitaciones del Estudio

En el presente estudio se presentan limitaciones metodológicas con respecto a los participantes seleccionados para la muestra y realización de las entrevistas. Una de las

limitaciones fue al momento de coordinar las citas para entrevistar, puesto que existieron participantes que cancelaron su hora, retrasando con ello, el avance del estudio. Otra limitación fue que algunos entrevistadores no reunían las competencias necesarias para desarrollar la entrevista, debido a esto, no se generaba la confianza suficiente entre entrevistado-entrevistador ni se lograba la fluidez necesaria. Asimismo, al momento de preguntar sobre las conductas sexuales personales, mencionan a terceras personas, no ahondando en sus propias conductas, razón por la cual se decidió agregar una pregunta que mencionara explícitamente la percepción de riesgo.

5.2. Conclusiones

En el siguiente capítulo se presentan las conclusiones, consideraciones finales del estudio y las reflexiones y recomendaciones en torno a la complejidad del fenómeno de la percepción del riesgo de contraer VIH en los adultos jóvenes, que nos permitieron tener una mirada general del alcance de este fenómeno en este grupo etario, datos que podrían ser de gran utilidad para su total comprensión y la orientación de las políticas y programas de Salud Pública.

Con la utilización del Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender en el presente estudio, se pone al descubierto la naturaleza multifacética de las personas en su interacción con el entorno cuando intentan alcanzar el estado de salud deseado; enfatizando el nexo entre características personales, experiencias previas, conocimientos, creencias e influencias personales y situacionales vinculados con los comportamientos o conductas de salud que se pretenden lograr, y así identificar las características personales y experiencias individuales de los adultos jóvenes.

El MPS ayudó en la comprensión de la percepción de riesgo respecto a un posible contagio de VIH, identificando las actitudes, motivaciones y acciones de los adultos jóvenes con respecto a su sexualidad, definiendo su autoeficacia percibida, a la hora de prevenir la infección. El modelo entrega los fundamentos para el fomento de la promoción de salud, guiándonos en la obtención de conocimiento con respecto a la educación en este tema.

En la percepción del riesgo, la mayoría de las categorías pertenecientes al modelo fueron relevantes en la conducta promotora de salud sexual en los adultos jóvenes, a excepción de la

categoría de demandas y preferencias, la cual no fue nombrada por los sujetos por lo que no fue considerada como una categoría a analizar dentro del estudio.

Se puede entender que la percepción de riesgo no se construye por sí sola, sino que se construye por acontecimientos que se presentan en la vida diaria de los adultos jóvenes, situaciones que en su mayoría causaron miedo del contagio de ITS/VIH o de un embarazo no deseado, y por consecuencia, aumentó la percepción de riesgo; siendo un factor importante a la hora de entender cómo funciona el pensamiento de los adultos jóvenes para que el riesgo se haga real en ellos, sin embargo, según lo analizado, el miedo solo los haría pensar en un problema efímero y no de largo plazo para crear conciencia y adoptar una conducta promotora de salud.

Los adultos jóvenes, según sus conductas previas, han adoptado una actitud curativa y no preventiva con respecto a su salud, pudiendo relacionarse esta situación a que son considerados como un grupo “sano”, sin programas de seguimiento específico y con poca difusión de los controles correspondientes. Debido a esto es que los adultos jóvenes adoptan medidas luego de exponerse al riesgo, por lo que su percepción del riesgo sería baja.

Siguiendo con lo anterior, resulta preocupante las conductas de riesgos presentadas por los adultos jóvenes, en las que se observa una falta de autoeficacia percibida ante situaciones de riesgo, practicando conductas sin tener conciencia de ello, aumentando el desconocimiento y el cuidado de éstos con respecto a su propia salud sexual. Es por esto, que planteamos la necesidad de esclarecer las conductas sexuales en los adultos jóvenes de manera de informarlos sobre los peligros a los que están expuestos y que a partir de esto, ellos puedan decidir responsablemente de las medidas que deben adoptar para mantener su calidad de vida.

En las conductas previas de los adultos jóvenes, respecto a situaciones de riesgos, se puede concluir que la identificación de estas situaciones varía según la orientación sexual y el género de las personas, ya que para una mujer heterosexual y parejas heterosexuales en general, el riesgo mayoritario sería un embarazo no deseado, disminuyendo la percepción de riesgo sobre contraer una ITS/VIH, por lo que el preservativo no sería la primera opción a la hora de cuidarse en una relación sexual, puesto que el uso de anticonceptivos lo reemplaza, esto ocurre aún más cuando son parejas estables y exclusivas, donde el uso de condón es cada vez menor, relacionado con que a veces privilegian la confianza y el amor que se tiene por el otro,

sin poner en duda que la otra persona pudiese ser portadora de una enfermedad. Por otro lado, en las parejas homosexuales, la situación de riesgo identificada es contraer alguna ITS, por lo que se podría decir que estos presentan una mayor percepción de riesgo sobre el contagio de alguna infección y que por lo mismo, la utilización de métodos de barrera sería mayor, sin embargo, esto no ocurre siempre debido a que para adquirir la conducta promotora de salud influyen más variables que sólo el hecho de reconocer las situaciones de riesgo, como las influencias situacionales y personales, los conocimientos, y la relación que se tiene con la pareja sexual. Cabe mencionar que estas diferencias de orientación sexual y de género se ven influenciadas por el estigma de la sociedad y en cómo se entrega la información a los distintos grupos.

Fue interesante que dentro del análisis de la percepción de riesgo en los adultos jóvenes se encontraron asociadas las variables de construcción de pareja, el conocimiento y la crítica al contexto. Las cuales no fueron planteadas con anterioridad en el estudio y no son parte del Modelo de Promoción de la Salud, emergiendo de los participantes, contribuyendo de manera significativa para entender la percepción de riesgo que poseen los adultos jóvenes

Con respecto al conocimiento que tienen los adultos jóvenes sobre VIH, al igual que lo planteado en estudios anteriormente revisados, no existe relación con la adopción y/o adherencia a medidas preventivas y promotoras en salud sexual, ni con la percepción de riesgo en los adultos jóvenes de contraer VIH. Se puede explicar este fenómeno analizando el tipo de información que poseen los adultos jóvenes, como se les ha entregado y, el impacto real que ha generado en ellos. Se entiende, con esta relación, que el conocimiento en los adultos jóvenes no ha logrado generar un impacto en ellos que cambie su conducta sexual de riesgo.

Es una realidad que los adultos jóvenes están iniciando su actividad sexual a una edad cada vez menor, esto es importante puesto que, al tener menos información y experiencia, no conocen los riesgos de tener relaciones sexuales sin protección, ya que aún no se les ha educado sobre el tema o sienten vergüenza de hablar sobre sexualidad con sus padres o adultos en general. Debido a esto, muchos adultos jóvenes inician su vida sexual sin uso de preservativo, lo que se evidenció en todos los sujetos del estudio, planteando como razón de su actuar sentimientos como el amor, la confianza, la ilusión y el romanticismo, sin considerar lo irresponsable de la situación ya que, en ese momento, no lo consideraban como una situación de riesgo, sino que se dejaban llevar por las emociones.

En el contexto en que se encuentran los sujetos, se habla que, a pesar de toda la información y campañas gubernamentales, entre otras, los adultos jóvenes no han asimilado bien la información y no se cuidan, por esta razón, se considera importante replantear la manera en la que se educa. Se podría pensar que hay algo que se está implementando mal o no se está haciendo para que los adultos jóvenes no estén percibiendo el riesgo del contagio, además es importante recordar, a la hora de educar, que el adulto joven es un ser netamente emocional, por lo que los sentimientos generan mucho más impacto en ellos que la información por sí sola.

La construcción de una relación de pareja en los adultos jóvenes es considerado por ellos mismos como un logro importante dentro de su desarrollo, la consolidación de la confianza mediante diversos factores, asociado a la temporalidad, comunicación, afinidad, entre otras, resulta fundamental, siendo este logro, un impedimento para la adopción de medidas preventivas dentro de su vida sexual, debido a la connotación negativa que se le asigna al uso de preservativo, tales como, la infidelidad, la promiscuidad, la falta de confianza en la pareja, entre otras. Resulta importante este pensamiento emitido por los sujetos, debido a que la construcción de una relación de pareja iría en contra de la adopción de un plan de acción con conductas promotoras de la salud sexual, disminuyendo en los adultos jóvenes la percepción del riesgo de contraer VIH al establecer mayor confianza con su pareja.

El miedo que se produce en los adultos jóvenes, como razón primordial de la adopción de medidas preventivas en ellos, nos hace pensar en la importancia de esclarecer las situaciones que lo provocan, dando las bases para estudios posteriores sobre esto ya que, conociendo estas causas, se podrían abordar el tema del VIH según la necesidad de los adultos jóvenes y sus intereses con respecto al contagio. Cabe destacar, que este miedo, además de ser la razón que más se repite en los adultos jóvenes que han adoptado medidas preventivas, suele ser pasajero, por lo que la sensación de invulnerabilidad y, por consecuencia, su percepción de riesgo también cambia momentáneamente.

A la hora de educar a los adultos jóvenes se debe tener en cuenta el hecho de establecer el momento óptimo para comenzar su educación sexual en los distintos establecimientos, ya que a pesar que no todos los adultos jóvenes comienzan su vida sexual a una edad temprana, gran parte de ellos lo hacen y deberían estar preparados correctamente para aquel momento, conociendo los riesgos a los que se enfrentan, saber cómo prevenirlos, cómo identificarlos y de esta manera que vivan una sexualidad segura y adopten conductas promotoras de salud desde

el comienzo de su vida sexual, facilitando que a futuro estas conductas ya estarían arraigadas. Esta educación debe partir en el hogar, normalizando el tema de la sexualidad, que los padres se acerquen a sus hijos y de manera confidente puedan conversar con ellos, sin juzgar, siempre de manera cercana, con el fin de informarles acerca de los riesgos. La familia, los pares y las personas cercanas a los adultos jóvenes, tienen una gran influencia en su actuar, por lo que se transforman en una fuente valiosa de información. Además, la familia es considerada como el primer pilar fundamental a la hora de educar sobre sexualidad, en donde las creencias erróneas que maneja este grupo resultan preocupantes, ya que estos son los encargados de traspasar sus conocimientos a los adultos jóvenes, los que estarían manejando información errónea, es por esto que la educación sexual no debe ir enfocado a un grupo etario limitado como los adolescentes y adultos jóvenes, sino también reeducar a la población para erradicar conocimientos erróneos que se puedan perpetuar en los hogares.

Los adultos jóvenes son un grupo que se encuentra en un proceso de maduración y desarrollo evolutivo caracterizado por la intimidad propia del sujeto, los que están abiertos hablar de diferentes temas, como el relacionado a su conducta sexual, aun así no logran involucrarse del todo, creando un mecanismo de defensa al no hablar en primera persona en algunas ocasiones durante las entrevistas, sino que hablando de terceros como una experiencia propia. Es por esto que el abordaje en este tipo de estudio se considera importante, ya que los adultos jóvenes quedan expuestos y vulnerables a contar sobre su vida sexual.

De acuerdo a la presente investigación y revisión bibliográfica se concluye que el adulto joven tiene una alta influencia emocional en la toma de decisiones, esto puede explicar que sea este el grupo etario con mayor contagio, puesto que la emocionalidad predomina por estar en desarrollo el pensamiento lógico, lo que es potente para tomar una decisión en el acto sexual.

También, se relaciona la despreocupación de la población en general sobre el contagio de VIH debido al tratamiento existente y la disminución de la mortalidad, asociando el virus a una enfermedad crónica, sin un desenlace fatal.

En relación al compromiso final con un plan de acción de conductas promotoras de salud, se puede concluir que en los adultos jóvenes no existe, enunciando estas conductas en situaciones esporádicas y específicas que los han llevado a tomar la decisión de adoptar medidas preventivas que no se mantienen en el tiempo, vale decir, baja adherencia a las

medidas preventivas. Se podría pensar que, el compromiso real con un plan de acción en los adultos jóvenes se lograría cuando estos tuvieran una alta percepción del riesgo de contraer VIH, por lo que adoptarían medidas preventivas para evitarlo, es por eso que también se plantea que la percepción del riesgo en los adultos jóvenes muchas veces ha aumentado de forma pasajera, luego de situaciones negativas dentro de su vida sexual que los han llevado a sentir miedo al exponerse a situaciones de riesgo y/o al percibir cercana la enfermedad dentro de sus pares.

La falta de estudios sobre percepción de riesgo de contraer VIH en adultos jóvenes, los cuales, en su mayoría son cuantitativos, en donde no se logra apreciar experiencias y significado que se les atribuye a éstas, por lo que no existe una pauta clara para la realización de intervenciones efectivas en este grupo etario. Durante la búsqueda bibliográfica se encontró poca información sobre el tema de estudio, iniciándose a partir de un fenómeno poco conocido, aun cuando, lo consideramos de suma importancia, ya que la percepción de riesgo expone la conciencia y vulnerabilidad que siente la persona de contagiarse lo que condiciona la forma en que practicará su vida sexual, conociendo la percepción de riesgo de las personas y los motivos que llevan a esta, pudiendo guiar la realización de programas e intervenciones.

Junto a lo anterior, hay que actualizar la información sobre el VIH que maneja la población, pues se evidenció, en las entrevistas, que los sujetos se rodean de terceros con creencias erróneas sobre el virus.

Resulta preocupante el aumento de nuevos casos de VIH en Chile a pesar de que, paralelo a la realización del presente estudio, se haya implementado un Plan Nacional de Prevención de VIH para la población más afectada y que este, no se encuentre tratando la situación con urgencia y considerando la envergadura del tema, a fines de 2018, luego de 7 meses presentado este programa la jefa de éste renuncia, por las mismas razones preocupantes mencionadas anteriormente.

El conocer la baja percepción de riesgo de contraer VIH en los adultos jóvenes, pone como desafío en los profesionales de enfermería y de salud en general, el estar capacitados para entregar información acorde a las necesidades de los sujetos, de tal manera de mejorar el nivel de conocimiento, derribar las creencias y mitos existentes respecto al tema y, en consecuencia,

aumentar la percepción de riesgo y el uso de medidas preventivas en los adultos jóvenes entre 18 y 24 años.

Específicamente, para la disciplina de enfermería, el estudio busca recopilar información importante sobre los factores que influyen en la percepción de riesgo en los adultos jóvenes de contraer VIH, ayudando a comprender mejor las razones por las cuales, actualmente en Chile, se ha producido un aumento considerable en la incidencia del virus, a pesar de la información presente y la educación entregada sobre el tema. Esta información podrá ser trabajada por distintos profesionales de la salud de manera interdisciplinaria, aclarando la información que se tiene de este grupo etario, y de esta manera formular maneras específicas de abordar.

5.3. Sugerencias

Nos parece importante seguir ahondando en la percepción de riesgo de contraer VIH en los jóvenes y con la ayuda de los resultados obtenidos en esta investigación se podría dar pie a nuevos estudios que caractericen a este determinado grupo etario, sus conductas y pensamientos, con el fin de tener una perspectiva más clara de ellos al momento de crear intervenciones efectivas en educación, programas y capacitación del personal en diferentes áreas, no sólo específicamente en salud. El conocer las causas reales de la baja percepción de riesgo de contraer VIH en el adulto joven servirá para futuras investigaciones que busquen adecuar un plan de acción en este tema, dándoles las aristas que se deben abordar para implementar en los jóvenes una conducta sexual saludable, responsable y segura.

Se encontró interesante el caso particular de una participante portadora de una enfermedad crónica no transmisible, la que se supondría que tuvo influencia en su percepción de riesgo, por los constantes chequeos y precauciones para su estado de salud, por lo que pensamos podría ser un tema atractivo para un siguiente estudio. Investigar sobre la percepción de riesgo que tienen los adultos jóvenes portadores de una ECNT e indagar si realmente la patología crónica es un factor condicionante en la percepción de riesgo que ellos posean del contagio y su posterior plan de acción y conducta promotora de salud.

Se cree que una posible manera de educar a este grupo etario podría ser de diálogo, realizándose de una manera simétrica, generando cercanía y confianza en los jóvenes, en que el moderador/monitor sea un par, es decir, adulto joven, ya que la totalidad de los participantes conversan del tema con amistades; sería necesario generar instancias de conversación entre

ellos, donde un monitor/tutor resuelva dudas y guíe la conversación, hablando de experiencias reales, mitos y tabúes, aclarar dudas, compartir vivencias, entre otras. En estas instancias se les podría presentar información en internet, compartir páginas oficiales con información revisada, para que los jóvenes puedan informarse por su cuenta también, pero sepan encontrar información en fuentes fidedignas. Cabe destacar que esta educación podría adaptarse a establecimientos educacionales, para que fuera una asignatura con más de una instancia de entrega de información y si se realizara como una educación comunitaria que conste con más de una sesión.

En cuanto a la educación en la población en general, esta debe recibir información de alto impacto sobre el VIH, una educación integral, biopsicosocial y con el apoyo de todo el equipo profesional, principalmente derribando mitos y creencias, y métodos preventivos, para lograr la conciencia del riesgo en todos los grupos etarios.

El presente estudio puede servir como guía a los profesionales de salud para la entrega de una educación integral abocada a la etapa de vida de los adultos jóvenes, teniendo en cuenta su desarrollo evolutivo y dando mayor énfasis a las necesidades sentidas por estos, de esta manera dar información relevante y que genere impacto real y conciencia en ellos que los lleve a adoptar un plan de acción en conductas promotoras de su salud sexual.

La profesional enfermera/o podrá utilizar el presente estudio para realizar a futuro intervenciones preventivas y promotoras de la salud, enfocándose en la real necesidad percibida por los adultos jóvenes, mejorando los cuidados y la educación proporcionadas de manera particular a este grupo etario, tales como orientarlos a una vida sexual segura con conocimientos de los riesgos que enfrentan y las medidas de prevención que se pueden utilizar para evitar el contagio de alguna infección de transmisión sexual. En otras palabras, entregándoles la participación y/o integración a este grupo en el ámbito sanitario, con controles, seguimiento e intensificando las campañas de prevención y promoción de la salud.

Capítulo 6: Referencias Bibliográficas

Capítulo 6: Referencias Bibliográficas

- (1) UNAIDS. Estadísticas Mundiales sobre el VIH. Hoja Informativa, Julio 2017. 2017.
- (2) UNAIDS. El sida en cifras 2015. 2015.
- (3) UNAIDS. UNAIDS data 2018; 2018.
- (4) Instituto de Salud Pública de Chile. Resultados confirmación de infección por VIH en Chile 2010-2015. Santiago de Chile; 2016.
- (5) Instituto Nacional de la Juventud. Octava Encuesta Nacional de Juventud 2015. Santiago de Chile; 2017.
- (6) Arrivillaga M, Salazar I, Correa D. Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. Colomb Med. 2003; 34(4): 186-195
- (7) Oliveira E, Patriota A, Duarte M, Ribeiro F. Análise da vulnerabilidade sexual de estudantes universitários ao HIV/AIDS. Rev Rene. 2012; 13 (5): 1121-1131.
- (8) Pastor Y, Martínez-Zaragoza F, Benavides G, Solanes A, Martín B. Perceived invulnerability to AIDS in Spanish college students. En: The 22th Conference of the European Health Psychology Society: Behaviour, Health & Healthcare: From Physiology to Policy. Bath, Inglaterra. 9-11 de sep de 2008-
- (9) Garcia L, Garrido R, Ordaz N. Percepción de riesgo de las infecciones de transmisión sexual y VIH/Sida en adolescentes. Su prevención. Rev. urug. enferm. 2017 (nov); 12(2): 12-21.
- (10) Aristizábal G, Blanco D, Sánchez A, Ostiguín R. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. Enferm. univ. 2011 (oct – dic); 8(4): 16-23.
- (11) Brunner L, Suddarth D. Enfermería medicoquirúrgica. 12va ed. Estados Unidos: Wolters Kluwer; 2013. 1120 p.
- (12) Organización Mundial de la Salud (OMS). VIH/SIDA [Internet]. OMS; 2017. [Acceso 11 nov 2017]. Disponible en: http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/
- (13) Corporación Sida Chile. Qué debe saber del VIH-Sida [Internet]. 2016-2018. [Acceso 17 jul 2018]. Disponible en: <http://www.sidachile.cl/contenido/vih-sida.php>
- (14) U.S. Department of Health and Human Services. The Stages of HIV Infection [Internet]. 2017. [Acceso 17 jul 2018]. Disponible en: <https://infosida.nih.gov/understanding-hiv-aids/fact-sheets/19/46/las-fases-de-la-infeccion-por-el-vih>

- (15) Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Vigilancia epidemiológica de VIH/SIDA. Santiago de Chile; 2010.
- (16) Leiva L, Lobo A. Chile está entre los 10 países del mundo que registran mayor aumento de VIH. La tercera. Santiago, Chile: 2018, dic 03.
- (17) Ministerio de Salud. Resolución Exenta N°1427. Santiago de Chile; 2018.
- (18) Ministerio de Salud. Ministerio de Salud presenta Plan Nacional de VIH/SIDA e ITS con énfasis en la prevención [Internet]. 2018 [Acceso 06 dic 2018]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/ministerio-de-salud-presenta-plan-nacional-de-vih-sida-con-enfasis-en-la-prevencion/>
- (19) Departamento VIH/SIDA/ITS, Ministerio de Salud. Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA/ITS. Chile; 2014.
- (20) Font P. Pedagogía de la sexualidad. Barcelona (Es): IESP; 1990.167p.
- (21) Steinberg L. Adolescent development and juvenile justice. Annu. Rev. Clin. Psychol. 2009. 5:47-63.
- (22) Papalia D, Wendkos S, Duskin R. Desarrollo humano. 11a ed. Ciudad de México (Méx): McGraw-Hill Interamericana; 2010. 676 p.
- (23) Isaza P. Glosario de Epidemiología. Ibagué (Col): Academia Nacional de Medicina de Colombia; 2015. 257p.
- (24) Merriam-webster. Risk [Internet]. [Acceso 17 jul 2018]. Disponible en: <https://www.merriam-webster.com/dictionary/risk>.
- (25) Galindo J. El concepto de riesgo en las teorías de Ulrich Beck y Niklas Luhmann. Acta sociol. 2015 (may-ago); 67: 141-164.
- (26) García del Castillo J. Concepto de percepción de riesgo y su repercusión en las adicciones a las drogas. Salud y drogas. 2012. 12(2): 133-151.
- (27) Segura del Pozo J. El riesgo en la Salud Pública: Salud Pública y otras dudas [Internet]. Javier Segura del Pozo; 2013 [Acceso 24 jul 2018]. Disponible en: <https://saludpublicayotrasdudas.files.wordpress.com/2013/03/el-riesgo-en-salud-pc3bablica.pdf>
- (28) Universidad de San Carlos de Guatemala. Enfoque epidemiológico de riesgo en la atención en salud. Guatemala; 2012.
- (29) García M. Factores de riesgo: una nada inocente ambigüedad en el corazón de la medicina actual. Aten Primaria. 1998; 22(9): 589-95.
- (30) Araujo R. Vulnerabilidad y riesgo; ¿dos conceptos concomitantes?. Rev Nov Pob. 2015 (ene-jun); 11(21): 89-96.

- (31) Cortés A, García R, Lazo Z, Bolaños JC, Ochoa R, Pérez D. Intervención en el conocimiento, creencias y percepción de riesgo sobre infecciones de transmisión sexual y el vih/sida. *Medicentro Electrónica* [Internet]. 2014 (ene-mar). [Acceso 24 jul 2018];18(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432014000100003
- (32) Bahamón M, Vianchá M, Tobos A. Prácticas y conductas sexuales de riesgo en jóvenes: una perspectiva de género. *Psicol. Caribe*. 2014; 31(2): 327-53.
- (33) Yalan B, Conductas sexuales de riesgo en adolescentes del Colegio Fe y Alegría N°41 La Era - Ñaña. [Tesis Licenciatura]. Lima: Universidad Ricardo Palma, 2016.
- (34) García J. Concepto de vulnerabilidad psicosocial en el ámbito de la salud y las adicciones. *Revista Health and Addictions*. 2015; 15(1): 5-14.
- (35) Vera A, Varela L, Macía F. Estudio de la Percepción del Riesgo y Salud Ocupacional: Una Mirada desde los Paradigmas de Riesgo. *Cienc Trab*. 2010; 12(35): 243-50.
- (36) Sjoberg L. 2000. Factors in Risk Perception. *Risk Anal*. 20(1): 1-12.
- (37) Holahan C. *Environment and behavior*. Nueva York (US): Springer; 1978. 188 p.
- (38) Alonso E, Pozo C, Martínez J. Percepción de riesgo: una aproximación psicosocial al ámbito laboral. *Prev. trab. salud*. 2002. 18: 16-20.
- (39) Cid G, Castro C, Rugiero de Souza V. Percepción del riesgo en relación con capacidades de autoprotección y autogestión, como elementos relevantes en la reducción de la vulnerabilidad en la ciudad de La Serena. *Revista INVI*. 2012; 27(75): 105-142.
- (40) Sakraida T. Modelo de promoción de la salud. En: Alligood MR, Tomev AM. *Modelo y teorías en enfermería*. 7ma ed. Madrid (Es): Elsevier-Mosby; 2011. p. 434-53.
- (41) Tello DMP, Campos SCME. Efectividad de un programa educativo sobre VIH/Sida aplicado a universitarios dentro del enfoque promocional. *Cuid salud*. 2015; 2(1):125-136.
- (42) Organización Mundial de la Salud (OMS). VIH/SIDA. [Internet]. OMS; [Actualizado 15 feb 2018; Acceso 3 jul 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
- (43) Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). VIH/SIDA: problema rural. [Acceso 3 jul 2018]. Disponible en: <http://www.fao.org/FOCUS/S/aids/aids1-s.htm>

- (44) Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). Datos y Estadísticas. [Acceso 3 jul 2018]. Disponible en: <http://www.fao.org/FOCUS/S/aids/aids6-s.htm>
- (45) UNAIDS. Miles to Go-closing gaps, breaking barriers, righting injustices. París, Francia. 2018.
- (46) Teva I, Bermúdez MP, Ramiro MT, Buela-Casa G. Current epidemiological situation of HIV/AIDS in Latin America. Analysis of differences among countries. Revista Médica de Chile. 2012; 140(1): 50-58.
- (47) UNAIDS. Países [Internet]. [Actualizado 2016, Acceso 4 jul 2018]. Disponible en: <http://www.unaids.org/es/regionscountries/countries>
- (48) Censo 2017. Resultados definitivos censo 2017. [Internet]. [Acceso 6 Jul 2018]. Disponible en: http://www.censo2017.cl/wp-content/uploads/2017/12/Presentacion_Resultados_Definitivos_Censo2017.pdf.
- (49) Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud. Informe Situación Epidemiológica de las Infecciones de transmisión sexual en Chile, 2017. Chile. 2017.
- (50) Organización Panamericana de la Salud. Coinfección TB/ VIH Guía Clínica Regional. Washington, D.C.: OPS; 2017. 122p.
- (51) Ministerio de Salud. Información [Internet]. MINSAL; 2018 [Acceso 6 jul 2018]. Disponible en: <http://www.minsal.cl/ministerio-de-salud-presenta-plan-nacional-de-vih-sida-con-enfasis-en-la-prevencion/>
- (52) Flores N. T13 [Internet]. 2018 [Acceso 6 jul 2018]. Disponible en: <http://www.t13.cl/noticia/nacional/minsal-presenta-decreto-modificadorio-del-plan-aug-2017>
- (53) Biblioteca del Congreso Nacional de Chile Legislación Chilena. Ley 20987 Modifica el procedimiento para el examen de VIH respecto de menores edad. Santiago, Chile. 2017.
- (54) Gobierno Regional Región de Valparaíso. Región. [Acceso 10 jul 2018]. Disponible en: <http://www.gorevalparaiso.cl/region.php>
- (55) Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS). Consultas infección transmisión sexual (ITS) y controles de salud sexual en el nivel secundario (Incluidos en Sección B), por Región y Servicio de Salud, SNSS 2014. Santiago, Chile; 2014.
- (56) Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS). Exámenes de VIH por grupos de usuarios (Uso exclusivo Establecimientos con Laboratorio que procesan), por Región y Servicio de Salud. SNSS, año 2014. Santiago, Chile; 2014.

- (57) Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS). Ingresos y Egresos a Programa de VIH/SIDA (Uso exclusivo Centros de Atención VIH-SIDA), por Región y Servicio de salud, SNSS 2014. Santiago, Chile; 2014.
- (58) Ministerio de Salud. Diagnóstico Regional VIH años 2017-2016 y Conducta sexual adolescente. Chile; 2017.
- (59) Espacio Regional. [Internet]. 2017. [Acceso 6 jul 2018]. Disponible en: <http://www.espacioregional.cl/vih-sida-en-region-de-valparaiso-mas-de-3-600-casos-confirmados-entre-2007-y-2017/>.
- (60) Santisteban L, Posada M, Mariño Y, Pérez L, González G. Percepción de Riesgo ante el VIH/sida en adolescentes del municipio Bartolomé Masó. *Multimed* [Internet]. 2016 [Acceso 6 jul 2018]; 20(1). Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/137>
- (61) De Oliveira C, Aparecida M, Alves M, Araujo S, De souza M, De matos M. Masculinidade, vulnerabilidade e prevenção relacionadas às doenças sexualmente transmissíveis/HIV/Aids entre adolescentes do sexo masculino: representações sociais em assentamento da reforma agrária. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013(Nov-Dic);21(6):1266-73.
- (62) Uribe J, Villarreal L, Zacarías X. Percepciones sobre el uso del condón y la sexualidad entre jóvenes. *Rev.latinoam.cienc.soc.niñez juv*. 2012; 10(1):481-494
- (63) Rodríguez A, Álvarez L. Percepciones y comportamientos de riesgos en la vida sexual y reproductiva de los adolescentes. *Rev Cub Salud Pública*. 2006; 32(1):1-9
- (64) Folch C, Álvarez JL, Casabona J, Brotons M, Castellsagué X. Determinantes de las conductas sexuales de riesgo en jóvenes de Cataluña. *Rev Esp Salud Pública*. Sep-Oct 2015; 89(5):471-485
- (65) Ruiz-Palomino E, Ballester-Arnal R, Gimenez-Garcia C, Salmeron-Sanchez P, Gil-Llario MD. La percepción social del SIDA: un estudio comparativo entre España y Argentina. *INFAD revista de psicología*. 2016;2(1):181-88.
- (66) Saura S, Jorquera V, Rodríguez D, Mascort C, Castella I, Gardía J. Percepción del riesgo de infecciones de transmisión sexual/VIH en jóvenes desde una perspectiva de género. *Aten primaria*. [Internet]. 2017. [Acceso 27 nov 2018]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656717300343>
- (67) Castaño-Perez G, Calderon-Vallejo G. Problemas asociados al consumo de alcohol en estudiantes universitarios. *Rev-Latino Am Enfermagem*. 2014 (Sep-Oct); 22(5): 739-746.

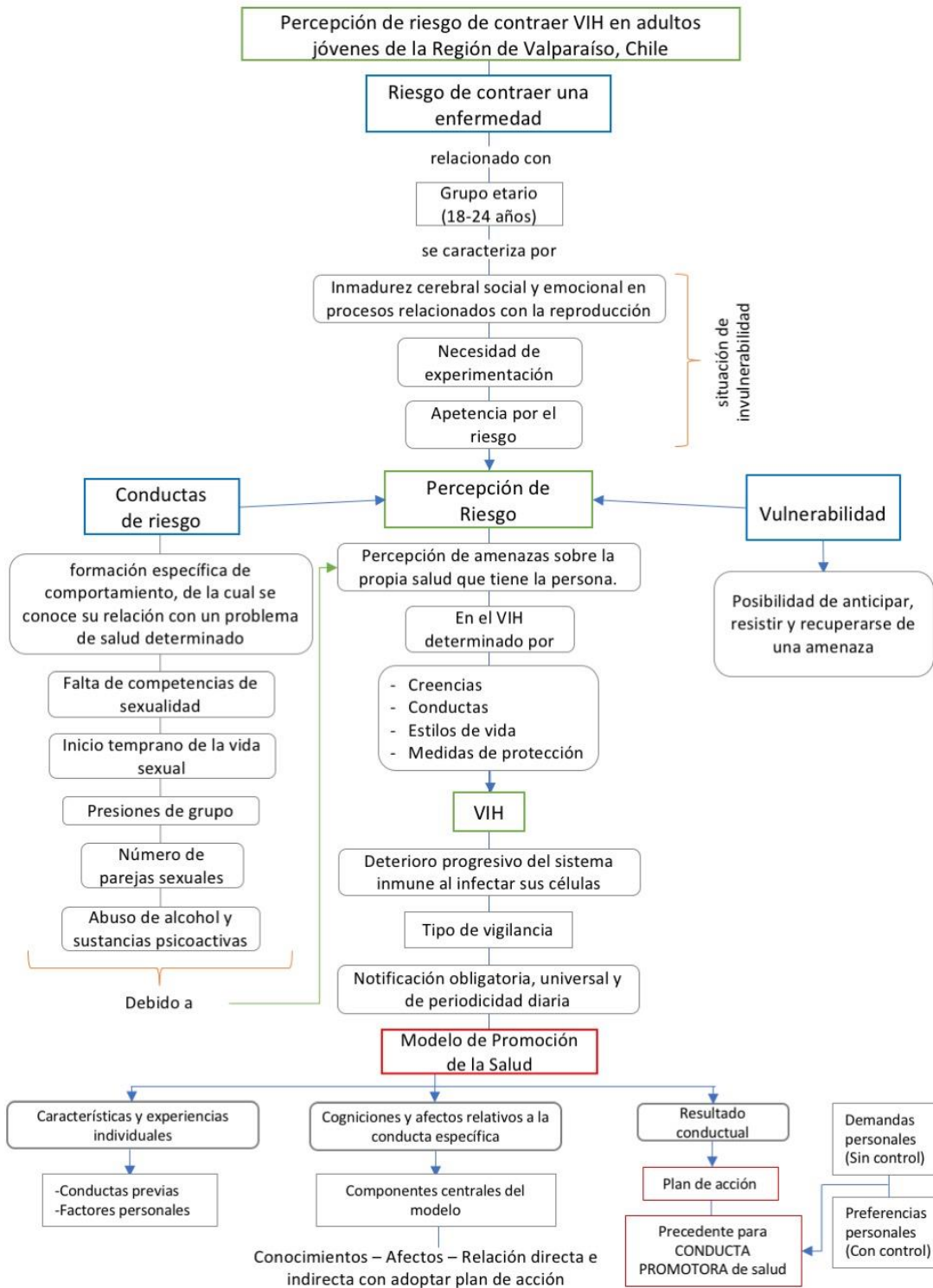
- (68) Rojas C, Pastor Y, Esteban-Hernández J. Ilusión de invulnerabilidad, estereotipos y percepción de control de SIDA en universitarios. *Rev. iberoam. psicol. salud.* 2014. 6: 28-38.
- (69) Khawcharoenporn T, Chunloy K, Apisarntharak A. HIV knowledge, risk perception and pre-exposure prophylaxis interest among Thai university students. *int J STD AIDS.* 2014 (nov); 26 (14): 1007-1016.
- (70) Global Forum on MSM & HIV (MSMGF). Análisis y asesoramiento de VIH (HTC). [Internet]. [Acceso 9 abr 2018]. Disponible en: http://msmgf.org/files/msmgf/documents/TechBulletins/SP/07_MSMGF_HTC_hr.pdf
- (71) Khawcharoenporn T, Chunloy K, Apisarntharak A. Uptake of HIV testing and counseling, risk perception and linkage to HIV care among Thai university students, *BMC public health* [internet] 2016 (jul).[Acceso 9 abr 2018]. Disponible en: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-016-3274-8#Abs1>
- (72) Pérez E, Soler Y, Pérez R, López E, Leyva V. Conocimientos sobre VIH/sida, percepción de riesgo y comportamiento sexual en estudiantes universitarios. *Mul Med* [Internet]. 2016. [Acceso 10 jul 2018]; 20(1). Disponible en: <http://www.mediagraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=63845>
- (73) Orcasita L, Palma D, Munevar J. Percepción de riesgo frente al VIH: estudios en mujeres homosexuales. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia.* 2013; 5(2): 63-79.
- (74) García A, Conde P, González A, Rodríguez N, Cruz H, Marina N. Percepción de riesgo sobre VIH/SIDA en pacientes atendidos por infecciones de transmisión sexual. *revgmespirituana* [Internet]. 2012. [Acceso 6 jul 2018]; 14(1). Disponible en: <http://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/1741/1815>.
- (75) Rojas-Murcia C, Pastor Y, Esteban-Hernandez J. Ilusión de invulnerabilidad, estereotipos y percepción de control del SIDA en universitarios. *RIPS.* 2015; 6(1): 28-38.
- (76) Hernández Y, Peláez F, Serrano A, Barros S, Cedillo M, Venegas O. Creencias, actitudes y prácticas en sexualidad en estudiantes de psicología clínica de la universidad catolica de cuenca. *REPI.* [Internet]. 2017. [Acceso 12 abr 2018]; 20(3). Disponible en: http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol20num3_monografico/Vol20No3Art17.pdf
- (77) Camacho D, Pabon Y. Percepciones que afectan negativamente el uso del condón en universitarios de la costa caribe colombiana. *Hacia promoció salud.* . 2014; 19(1): 54-67.

- (78) Amador G, Uribe J, Villarreal L, Zacarías X. Percepciones sobre el uso del condón y la sexualidad entre jóvenes. *Rev latinoam cienc soc niñez juv.* 2012; 10(1): 481-494.
- (79) Morales-Mesa S, Arboleda-Álvarez O, Segura-Cardona A. Las prácticas sexuales de riesgo al VIH en población universitaria. *Rev De Salud Pública.* 2014; 16(1): 27-39.
- (80) Hernández A. Percepción de riesgo y conocimiento de VIH/SIDA en mujeres [Tesis Magíster]. México: Universidad Autónoma de León, 2014.
- (81) Lautert L, Dal Pai D, Souza F. Metodología de los estudios exploratorios en investigación de enfermería. En: do Prado M, de Souza M, Monticelli M, Cometto M, Gomés P. *Investigación cualitativa en enfermería. Metodología y didáctica 1º ed.* Washington (D.C): OPS; 2013. 89 - 97.
- (82) Behar D. *Metodología de la Investigación.* Shalom; 2008. p 94.
- (83) Dirección de asuntos estudiantiles. Servicio Médico y Dental [Internet]. DAE. [Acceso 20 Abril 2018]. Disponible en: <http://dae.uv.cl/index.php/semdda>
- (84) Taylor SJ, Bogdan R. *Introducción a los métodos cualitativos en investigación.* España: Ed. Páidos; 1992. 343 p .
- (85) Martínez-Salgado C. El muestreo en investigación cualitativa. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2012; 17(3):613-619.
- (86) López F. El análisis de contenido como método de investigación. *XXI.* 2009 (Dic); 4 (2002): 167-179.
- (87) Emanuel E. ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos. En: Lolás F, Quezada A. *Pautas éticas de investigación en sujetos humanos: nuevas perspectivas.* Santiago (Chi): Bioética; 2003. p. 83-95.
- (88) Programa Interuniversitario Alerta [Internet]. [Acceso 26 abr 2018]. Disponible en: <http://www.programaalerta.cl/web/>
- (89) Contreras F. Construcción y Vivencia de las Relaciones de Pareja en los Jóvenes estudiantes de las Facultades de Medicina, Arquitectura, y Administración de la Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca. *ACADEMO [Internet].* 2016 (dic). [Acceso 29 de nov 2018]; 3(2). Disponible en: <http://revistacientifica.uamericana.edu.py/index.php/academo/article/view/81>
- (90) Valencia C. *Construcción sociocultural del riesgo para VIH/SIDA en jóvenes universitarios de Cali.* [Tesis de pregrado]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2015.
- (91) Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud. *Informe Situación Epidemiológica de las Infecciones de transmisión sexual en Chile, 2017.* Chile. 2017.

- (92) Molina R, Jara G, Toledo V, Luengo X. Enfoque y Experiencia en Educación sexual del Centro de Medicina y Desarrollo integral del adolescente. Rev. SOGIA. 1996; 3(1): 17-26.
- (93) Ministerio de Salud (MINSAL). VIH/SIDA. Santiago de Chile; 2015.
- (94) Ajzen, I. The Theory of Planned Behavior. Organizational Behavior And Human Decision Processes, 50 ed. ELSEVIER; 1991. p. 179-211.
- (95) Orcasita L, Uribe A, Valderrama L. Conocimientos y Actitudes frente al VIH/sida en Padres de Familia de Adolescentes Colombianos.RCP. 2013;22(1):59-73.
- (96) ONUSIDA Latina. Índice de estigma y discriminación en personas con VIH; 2017.
- (97) Electra A, Temistocles G. Religiosidad juvenil y su asociación a comportamientos sexuales en adolescentes consultantes en un centro de salud sexual y reproductiva en la Región Metropolitana. Rev. chil. obstet. ginecol. 2017 (Oct) ; 82(4) : 396-407.
- (98) Luisi V. Educación de la sexualidad en el contexto familiar y escolar. Edurece. 2013 (sep-dic); 17(58):429-436.
- (99) Souza M, Macharro S. (1988). Alcoholismo, conceptos básicos. México: Manual Moderno.
- (100) Núñez F, Cantó-Mila N, Seebach S. Confianza, mentira y traición. El papel de la confianza y sus sombras en las relaciones de pareja. Sociológica (Méx). 2015; 30(84): 117-142.
- (101) Tabares C, Riaño M. Relación entre los conocimientos y las actitudes frente a aspectos asociados al VIH/SIDA en grupo de jóvenes universitarios [Tesis Maestría]. Santiago de Cali: Pontificia Universidad Javeriana de Cali, 2018.
- (102) Centers for Disease Control and Prevention (CDC). HIV and Gay and Bisexual Men. Estados Unidos; 2018.
- (103) Ministerio de Salud Pública. Código Sanitario. Decreto con Fuerza de Ley 725. Chile; 2011.
- (104) Porto J, Gardey A. Definicion.de[Internet]. 2011. [Actualizado 2012; Acceso 22 nov 2018]. Disponible en:<https://definicion.de/critica/>
- (105) Real Academia Española [Internet]. [Actualizado 2017; Acceso 22 nov 2018]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=AVBbFZW>
- (106) Díaz J. Núñez J. Los factores olvidados del VIH, una mirada crítica. Liminales. 2015 (abr); 1(7): 204-215.
- (107) Lopez-Serna LM, Blandon-Hincapié A. Comprensiones sobre pareja en la actualidad: Jóvenes en busca de estabilidad. Rev. Latinoam.cienc.soc.niñezjuv.2014; 14(1): 505-17.

Anexos

Anexo N°1: Esquema Marco Teórico



Anexo N°2: Instrumento de Recolección de Datos

1. ¿Qué sabes del VIH?

- Riesgo que tienen los jóvenes de contraer VIH
- Medidas de prevención/protección
- Formas de contagio
- Grupos de riesgo
- Dónde/cómo te has informado?
- Creencias

Introductoria / Factores personales / Influencias situacionales

2. ¿Podrías tu contarme cómo es tu conducta sexual?

- ¿Qué crees tú sobre el hecho de cuidarse al tener relaciones sexuales?
- ¿Qué crees tú que impide que la gente se cuide? ... y tú /en ti?
- ¿Qué haces para cuidarte? (si es que lo hace)
- Uso del condón u otros métodos (por prevenir ITS, ¿embarazo o qué?)

*Conducta Previa / Percepción de Beneficios de la Acción / Percepción de Barreras Para la Acción /
Percepción de Autoeficacia*

3. ¿Cuáles son las cosas que han influido en tu conducta sexual?

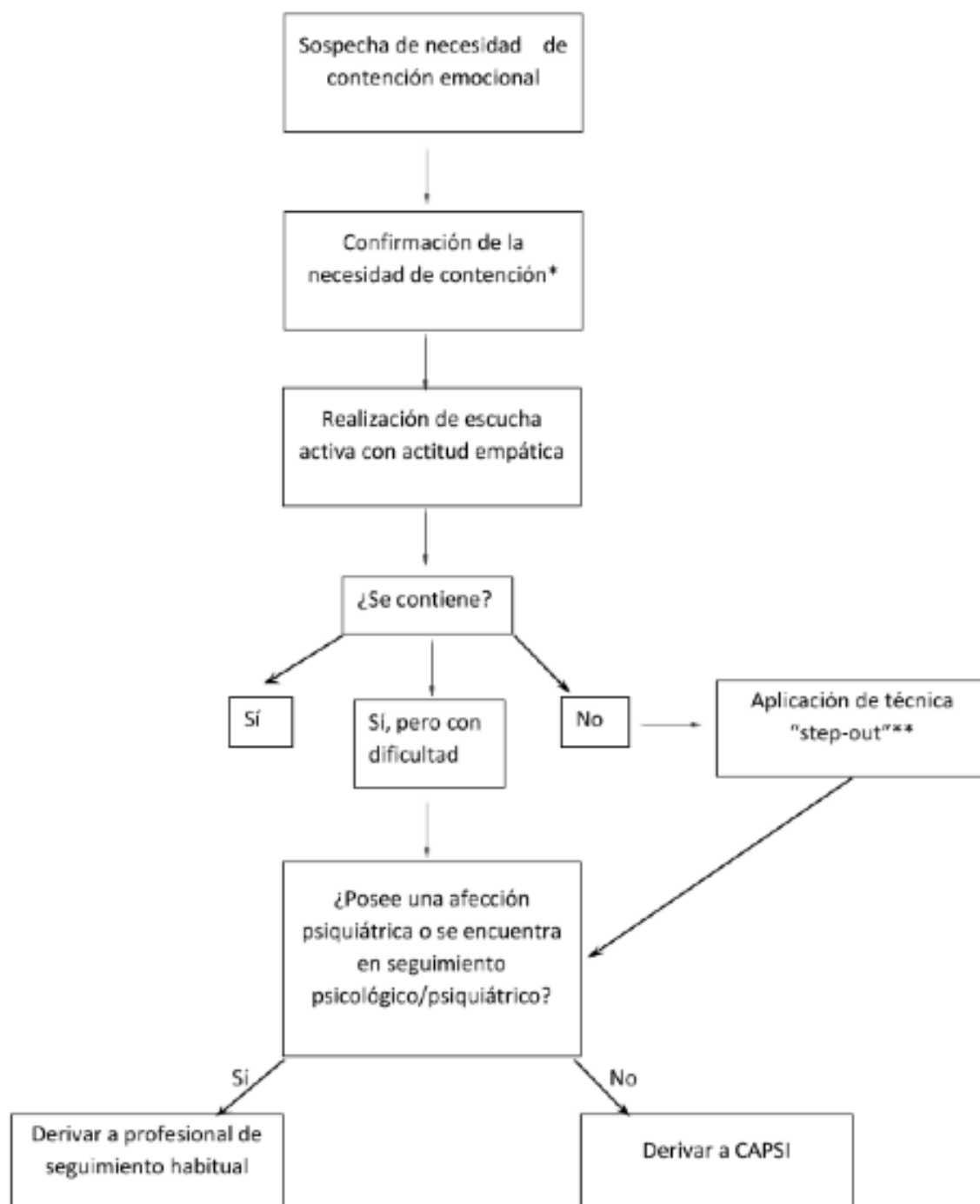
- ¿Qué situaciones al momento de tener relaciones sexuales te llevarían a tomar la decisión de cuidarte? (después) y ¿cuáles no?
- relación personal / confianza / amor → ¿uso del preservativo?
- ¿qué o quiénes han influido en tu conducta sexual? (en cómo se cuida)

Influencias Personales / Influencias Situacionales

4. Finalmente ¿qué me dices tú, que, a pesar de los avances tecnológicos y las múltiples fuentes de información disponibles sobre el contagio de VIH, el general de los adultos jóvenes no utiliza medidas de prevención?

Influencias Personales

Anexo N°3: Protocolo de Contención Emocional para los investigadores que entrevistan a adultos jóvenes de 18 a 24 años sobre percepción de riesgo de contraer VIH



* Confirmación de necesidad de contención emocional se puede valorar por medio de la observación de las expresiones y emocionalidad de la persona.

** El concepto “step-out” quiere decir “paso de salida” y correspondería a retornar a un estado emocional neutro, en que la persona está atenta al exterior, pero fundamentalmente centrada en sí misma, con un ritmo respiratorio regular y tranquilo.

La técnica del “step-out” corresponde a que la persona debe estar de pie, con la columna erguida, los pies paralelos, alineados con los bordes externos de la cadera; la mirada fija al frente en un punto lejano en el horizonte, con los ojos abiertos y los músculos de la cara relajados. En ésta postura se respira por la nariz en forma tranquila, suave y relajada, sin forzar, manteniendo un ritmo en que la inspiración tiene la misma duración que la espiración. El ritmo respiratorio se sincroniza luego con un movimiento continuo de los brazos: al inhalar éstos se llevan estirados, desde abajo, con las manos entrelazadas por delante del cuerpo, trazando una suerte de “arco generoso” y luego doblando los codos hasta llegar a tocar la nuca. Durante todo este lapso se va inhalando por la nariz. Luego se exhala el aire suavemente por entre los labios, mientras los brazos vuelven a la posición inicial siguiendo el trayecto inverso, siempre conservando las manos entrelazadas. Se repite al menos tres veces, conscientemente la misma secuencia. Luego se toca la cara con las dos manos, con movimientos como de masaje suave con ligeros golpes con la yema de los dedos desde la línea central hacia fuera. Finalmente se cambia la postura, sacudiendo el cuerpo, las piernas y la cabeza.

Anexo N°4: Acta de Aprobación N°32/2018



FACULTAD DE MEDICINA
Comité de Bioética
para la Investigación

ACTA DE EVALUACIÓN BIOÉTICA No. 32/2018

I. El Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, constituido por Jimena Le Roy, tecnólogo médico, Presidenta; Eva Sotelo, profesora de Castellano, Vice-Presidenta; Pablo Olivero, Bioquímico; Alberto Moreno, profesor de Educación Física; Ángelo Bartsch, kinesiólogo; Paula Eherenfeld, matrona; Paulina Hurtado, enfermera, y Claudia Calderón, psicóloga, en su sesión del día 26 de julio de 2018 declara haber evaluado el protocolo del proyecto "Percepción de riesgo de contraer VIH en adultos jóvenes de la Región de Valparaíso, Chile", presentado por la investigadora Lorena Bettancourt Ortega, de profesión enfermera matrona adscrita a esta Facultad de Medicina.

II. Para su evaluación el Comité de Bioética revisó los siguientes antecedentes:

1. Protocolo N° 042/2018 versión en español.
2. Hoja Informativa y Acta de Consentimiento Informado, versión en español, cuyos destinatarios son estudiantes de la Universidad de Valparaíso que asisten al Servicio Médico y Dental de la Universidad (SEMDA).
3. Currículum Vitae de la investigadora responsable.
4. Instrumento(s): Pauta de Preguntas de entrevista

III. En la valoración bioética del proyecto, el Comité consideró que dicha propuesta cumple con los principios éticos necesarios para su realización, entre otros, los de beneficencia y atención a potenciales riesgos; se concluyó que su pertinencia fundamental radica en:

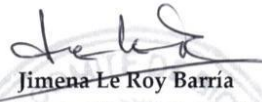
1. El diseño se ajusta a las Normas de Investigación en Seres Humanos.
2. El estudio propuesto podrá aportar al desarrollo de estrategias de intervención focalizadas sobre la población estudiantil.
3. El Consentimiento Informado da cuenta de la finalidad de la investigación en forma clara; explicita y respeta la voluntariedad del(a) posible participante, además de ofrecerle la oportunidad de retirarse en cualquier momento sin que ello le implique algún perjuicio; asegura la confidencialidad de los datos y de la identidad del sujeto; se precisa que no existen riesgos, ni costos involucrados como tampoco remuneración por participar. Así también, el investigador da a conocer su teléfono e E-mail de contacto para ubicarlo en caso de cualquier consulta o duda.
4. Los antecedentes curriculares de la Investigadora Principal garantizan la ejecución del estudio dentro de los marcos éticos y técnicos aceptables.
5. Los miembros del Comité declararon no tener conflicto de interés.

IV. Por lo anterior, el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina aprueba el presente protocolo de investigación, que se llevará a cabo durante el presente año 2018 en las dependencias del Servicio Médico y Dental de la Universidad de Valparaíso por el grupo



investigador, liderado por Lorena Bettancourt, en el marco de la Tesis de Pregrado en Enfermería que se encuentra supervisando. La ejecución del protocolo queda sujeta, además, a la aprobación que otorgare el Comité Ético-Científico del centro asistencial, si correspondiere. Las eventuales modificaciones que pudiera sufrir el protocolo al que serán sometidos los participantes deberán ser evaluadas por este Comité y aprobadas previo a su aplicación. La investigadora responsable deberá transmitir informe de estado de avance del estudio al término de cada año de ejecución o el informe final, según proceda.

Firma en representación del Comité de Bioética de la Facultad de Medicina,



Jimena Le Roy Barria
Presidenta Comité de Bioética



Viña del Mar, 26 de julio de 2018



C/C.

- Secretaría CBI-FAMED

Anexo N°5: Consentimiento Informado



Formulario de Consentimiento Informado **Información para Participante**

El propósito del presente documento es invitarlo a participar en el estudio de investigación “Percepción de riesgo de contraer VIH en adultos jóvenes de la Región de Valparaíso, Chile”. El investigador principal es Lorena Bettancourt, docente de la Universidad de Valparaíso en conjunto con los estudiantes de cuarto año de la carrera de Enfermería: Consuelo Allendes S., Alexandra Córdova B, Camila Díaz Q., Daniella León P., Andrea Molteni G., Andrea Núñez L., Gianfranco Rubiño S. y María José Santander J. Para que usted pueda tomar una decisión informada, le explicaremos a continuación cuáles serán los procedimientos involucrados en la ejecución de la investigación, así como también en qué consistiría su participación.

La investigación se realizará en base a una entrevista que tendrá lugar en una sala privada con cada participante en el Servicio Médico y Dental de los Alumnos (SEMDA) de la Universidad Valparaíso, ubicado en Blanco 1931 Esquina Rodríguez, 2° piso, Valparaíso, Chile.

Objetivo del estudio

El objetivo de este estudio es conocer la percepción de los jóvenes de la Región de Valparaíso de su propio riesgo de contraer VIH y cuáles son los factores que más influyen en esta percepción. Este estudio servirá para poder abarcar de mejor manera la prevención y educación a los jóvenes, interfiriendo en los factores que más afectan su percepción de riesgo.

¿En qué consiste su participación?

A usted se le realizará una entrevista (duración aproximada de treinta a cuarenta minutos) con una pauta con preguntas que estará a cargo del investigador, la cual obtendrá la información más relevante de usted según el de interés de la investigación.

Riesgos

La aplicación de la entrevista para recopilar información dentro de este estudio, no tendrá riesgo, ni impacto sobre la salud física del sujeto de estudio. Sin embargo, existe la posibilidad que durante la entrevista el entrevistado/a presente o manifieste algún tipo de malestar psicológico, asociado a que el tema en cuestión se considera personal e indaga aspectos privados de la persona, o bien, podría asociarse a sentimientos y/o experiencias previas que haya tenido, y afecte su estado anímico durante la entrevista, percibiendo de esta manera el riesgo de contraer VIH como un hecho real. De ser necesario, el entrevistador, estudiante de cuarto año de enfermería de la Universidad de Valparaíso, apoyará y contendrá emocionalmente a él o la entrevistado/a. En caso de existir un malestar que no se pueda ser manejado por el estudiante de enfermería, se derivará a una consulta psicológica en el Centro de Atención Psicológica de la Universidad de Valparaíso (CAPSI), con el previo consentimiento del participante.

Beneficios

Obtención de información relevante sobre la percepción de riesgo de contraer VIH de la población adulta joven de la región de Valparaíso, lo cual tiene fines de prevención y promoción de salud, pues al identificar los factores que intervienen en la percepción de riesgo, se puede elegir un método más acertado para aumentar la percepción de riesgo en la población de estudio, lo cual traería múltiples beneficios para la salud de los participantes y posteriormente este estudio podría ser utilizado con los mismo fines en otro tipo de población. Si llegan a surgir dudas por parte de los participantes al manifestar su postura y visión general del tema, éstas serán resueltas por el equipo de investigadores. Sumado a esto, se les entregará información sobre el calendario de toma de muestra de VIH del Programa Alerta.



Costos y pagos

Las personas participantes del estudio no incurrirán en ningún tipo de gasto al momento de realizarse el cuestionario. A su vez, éstos no recibirán dinero por concepto de pago de participación en el estudio. De ser necesaria una consulta externa en el Centro de Atención Psicológica de la UV (CAPSI) los gastos correrán por parte de los estudiantes. Los coinvestigadores y participantes no recibirán dinero por concepto de pago por la realización del estudio.

Derechos del participante

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. Si desea hacer preguntas más tarde o, requiera aclaraciones respecto a la investigación, podrá contactar Lorena Bettancourt Ortigas, Enfermera e Investigadora guía. Teléfono: +56 9 9820 4501. Correo electrónico: lorena.bettancourt@uv.cl.

Usted se puede retirar del estudio en cualquier momento si lo considera necesario, solo comunicándose al investigador principal. Su decisión de participar o no, o de su eventual retiro, no lo perjudicará en caso alguno.

Si la entrevista provoca algún tipo de malestar psicológico, se le facilitará y asegurará la derivación al Centro de Atención Psicológica de la Universidad de Valparaíso (CAPSI) si usted así lo asiente, luego de informarse a la investigadora guía. En caso de requerir contención emocional inmediata, el grupo de investigadores está capacitado para intervenir en alguna situación de este tipo.

El presente estudio no revelará resultados derivados de exámenes diagnósticos o que comprometan su salud, puesto que solamente recolectará información respecto a usted y su percepción de riesgo. Sin embargo, si usted lo requiere, podrá acceder libremente a los resultados del presente estudio.

Confidencialidad

Este estudio reserva de manera privada su identidad, su nombre no será revelado ni registrado. La manera de registrar su participación será mediante la utilización de un código de tipo numérico.

15. Los registros de datos serán reservados y resguardados por el investigador principal, y solo tendrán acceso a ellos los investigadores.

Difusión y entrega de los resultados

Los resultados del estudio serán difundidos por medio de un estudio de tesis, el cual será divulgado a través de la plataforma virtual de la Biblioteca de la Universidad de Valparaíso, seminarios y/o reuniones de tipo académicos, siempre resguardando la identidad de los participantes.

Evaluación Ética Científica

Esta investigación ha sido evaluada y aprobada por el Comité de Bioética en Investigación (CBI) de la Facultad de Medicina (FAMED) de la Universidad de Valparaíso. Si usted lo requiriera, en caso de tener alguna duda acerca de este estudio o respecto de sus derechos como participante en esta investigación, puede contactar a su presidente en el teléfono 32-260 30 02 o E-mail: etica.facultadmedicina@uv.cl.

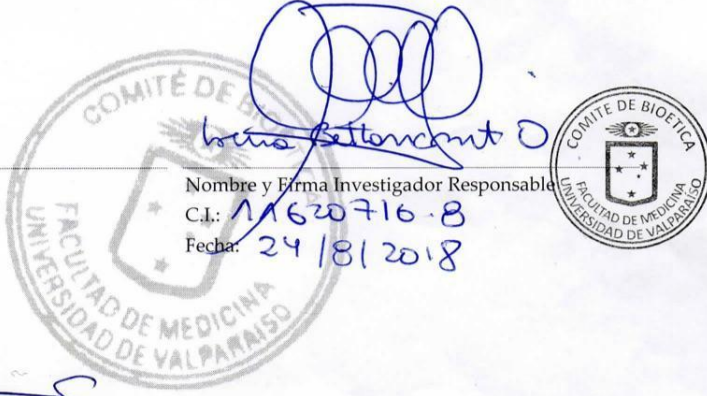


Acta de Consentimiento Informado

Yo,..... (nombre y apellidos), C.I.
(dígitos numéricos), Declaro que el investigador principal Lorena Bettancourt Ortega, junto con los estudiantes, Consuelo Allendes Salinas, Alexandra Córdova Briones, Camila Díaz Quezada, Daniella León Pérez, Andrea Molteni Gómez, Andrea Núñez Livesey, Gianfranco Rubiño Soto, M^a José Santander Serrano, Pía Silva Araya, de la carrera de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, ubicada en calle Angamos. Nro 655 de la ciudad de Reñaca, Viña del Mar, me han informado en forma completa en qué consiste la investigación "Percepción de riesgo de contraer VIH en adultos jóvenes de la región de Valparaíso, Chile" durante los meses de Agosto-Septiembre del 2018" que se llevará a cabo en el SEMDA de la Universidad Valparaíso. He leído completamente la información proporcionada en este documento acerca de mi participación. Me han informado y explicado cuáles son los procedimientos del estudio a los que seré sometido/a, y en qué consistirá mi participación. Asimismo, he tenido la oportunidad de hacer preguntas y aclarar todas mis dudas con el investigador(a) y, entiendo que poseo el derecho de revocar mi consentimiento sin que esta decisión pueda ocasionarme algún perjuicio. De acuerdo a lo declarado por mí en este documento, firmo aceptando voluntariamente mi participación en esta investigación. Recibo una copia completa de este documento.

Nombre y Firma Participante
C.I.:
Fecha:

Nombre y Firma Investigador Responsable
C.I.: 11620716-8
Fecha: 24/8/2018



Nombre y Firma Director del Establecimiento o su delegado
C.I.: 16.244.499-9
Fecha: 24/8/18

Sandra Jallando Fontales

Fecha:.....

Anexo N°6: Carta Apoyo SEMDA



Carta N°1.
Valparaíso, 23 de abril de 2018

Estimados Sras. y Sres.
Comité de Ética
Facultad de Medicina
Universidad de Valparaíso
Presente

Atte: Sandra Gallardo González
Encargada Servicio Médico y Dental de los Alumnos
“SEMDA”

Ref: Informa apoyo de proceso de investigación para Tesis
Pregrado de la Escuela de Enfermería de la Universidad
de Valparaíso.

Por medio de la presente, se informa a este comité que el Servicio Médico y Dental de los Alumnos "SEMDA" de la Dirección de Asuntos Estudiantiles de esta Universidad, apoya la realización de tesis de pregrado denominada **“Percepción de riesgo de contraer VIH en adultos jóvenes entre 18 y 24 años asistentes al Servicio Médico y Dental de los Alumnos de la Universidad de Valparaíso, durante el segundo semestre del año 2018”**. En tanto que dispondrá y ofrecerá el recinto como lugar de desarrollo de la investigación.

Dicho estudio será ejecutado por la profesora Lorena Bettancourt Ortega como investigadora principal y como co-investigadores: Consuelo Allendes Salinas, Alexandra Córdova Briones, Camila Díaz Quezada, Daniella León Pérez, Andrea Molteni Gómez, Andrea Núñez Livesey, Gianfranco Rubiño Soto, M^a José Santander Serrano y Pía Silva Araya.

Atentamente,



SANDRA GALLARDO GONZÁLEZ
Coordinadora Unidad Calidad de Vida Estudiantil
Jefe Servicio Médico y Dental de los Alumnos SEMDA
Universidad de Valparaíso

Anexo N°7: Carta Compromiso CAPSI



Valparaíso, 23 de Abril del 2018

**Señores
Comité de Bioética
Facultad de Medicina
Universidad de Valparaíso
Presente**

Por medio del presente, se informa a este comité que el Centro de Psicología Clínica (CAPSI) de la Escuela de Psicología de esta Universidad, dispone y ofrece el servicio de psicoterapia a todos aquellos casos que requieran de atención terapéutica que fuesen pesquisados a lo largo de cualquier proceso de investigación que la Facultad lleve a cabo.

En particular a este caso, la entidad CAPSI se compromete a extender este servicio, a los casos que podrían presentar cierto malestar durante la realización de la investigación:

“Percepción de riesgo de contraer VIH en adultos jóvenes entre 18 y 24 años asistentes al Servicio Médico y Dental de los Alumnos de la Universidad de Valparaíso, durante el segundo semestre del año 2018”.

Dicho estudio está siendo ejecutado por la profesora Lorena Bettancourt Ortega como investigadora principal y como co-investigadores: Consuelo Allendes Salinas, Alexandra Córdova Briones, Camila Díaz Quezada, Daniella León Pérez, Andrea Molteni Gómez, Andrea Núñez Livesey, Gianfranco Rubiño Soto, M^a José Santander Serrano y Pía Silva Araya.

Les saluda atentamente




JAVIER MORÁN KNEER
Coordinador CAPSI
Escuela de Psicología
Universidad de Valparaíso

Anexo N°8: Flyer de Reclutamiento

¡TE INVITAMOS A PARTICIPAR!

En nuestra investigación de tesis queremos conocer...

PERCEPCIÓN DE RIESGO DE CONTRAER VIH DE ADULTOS JÓVENES DE LA REGIÓN DE VALPARAÍSO, CHILE

 Tesis autorizada por el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso


PARA PARTICIPAR NECESITAS:


- Edad entre 18 y 24 años
- Haber iniciado su vida sexual
- Utilizar servicios del SEMDA UV
- No estar cursando alguna infección de transmisión sexual o VIH+
- No pertenecer a la carrera de Enfermería en la UV

HORARIOS ENTREVISTAS

los días Viernes, con una coordinación previa personal o vía correo electrónico

¡TE ESPERAMOS!

 **CUALQUIER CONSULTA CONTACTANOS**
tesispercepcionvih@gmail.com
ALUMNOS ÚLTIMO AÑO DE ENFERMERÍA UV

 TODA INFORMACIÓN INCLUYENDO TU IDENTIDAD SERÁ CONFIDENCIAL

Anexo N°9: Unidades de Sentido Categorizadas

1. Conducta Previa Relacionada	
P01	Eh... no (no toma medida para cuidarse) (P01US10)
	Cuando he tenido relaciones sexuales con una persona que no es mi pareja... Eh... A veces no me he cuidado con condón (P01US12)
	Yo no soy de tener relaciones sexuales con una persona que no conozco, que es primera vez que veo... pero... por las veces que he que he... tenido con una persona, no sé tampoco su... como si está contagiado o no (P01US14)
P02	En cuanto a mis relaciones, eh... el 99,9% han sido con preservativos, menos una que fue con una pareja (P02US12)
	La vez que lo hice, fue de hecho con mi primera pareja (P02US19)
	Me lo han dicho y yo les he dicho que no, con preservativo -risas-. Sí me lo han planteado, así como: "ah ya -la típica- la puntita -risas-, es como, eh... sí me lo han planteado (P02US63)
	Me lo han preguntado, pero yo igual he sido como enfático en decir "sabís que no, no y punto" (P02US64)
	Sí (se expuso a una situación de riesgo) (P02US76)
	De riesgo... eh... sí, o sea, la práctica de sexo oral sin preservativo, porque finalmente, el preservativo se utiliza más en lo que viene a ser penetración, pero hoy en día en sexo oral se utiliza súper poco (P02US83)
	Tampoco es como que tenga así como, mm... que haya realizado un FODAS y haya tenido, eh, datos científicos que me hayan hecho decir "no, sabí que esta persona no tiene VIH", porque ni siquiera le pedí examen fue como "no no tengo nada" y <i>pah</i> (P02US106)
P03	Solo he tenido una pura pareja (...) la única persona con la que he estado (P03US12)

	<p>Creo que... era estar con él nada más, como que tampoco era una cosa que y necesitara de verdad sexo o algo así, no era algo como que yo necesitara, si se daba, se daba, no era algo que de verdad me influyera mucho (conducta sexual) (P03US13)</p>
	<p>Sí (uso siempre de preservativo) (...) por un tema más que nada de cuidados, únicamente por eso (P03US15)</p>
P04	<p>Tengo una pareja estable hace 5 años y, o sea, ahora estamos usando métodos de barrera, porque yo deje los anticonceptivos (P04US17)</p>
	<p>En general el uso del condón (lo que utiliza para cuidarse) (P04US21)</p>
	<p>Dono sangre regularmente, entonces por ese lado siempre como que te hacen... la chequean y te avisan cualquier cosa (P04US26)</p>
	<p>Nunca he asistido al programa alerta (P04US27)</p>
	<p>Estuvimos juntos por 5 años entonces todos los tipos de condu.. todas las conductas sexuales que hemos tenido han sido netamente de nosotros mismos (P04US55)</p>
	<p>Creo que nunca he tenido una conducta de riesgo, creo yo, no sé (P04US59)</p>
P05	<p>Yo he tenido dos parejas, eh, con el primero sí hablamos del tema, pero ya después de que habíamos hecho de todo (P05US11)</p>
	<p>Yo este año me hice el examen y no tengo VIH (P05US13)</p>
	<p>Las relaciones que he estado han sido estables y no me ha causado ese problema, por decir así (P05US15)</p>
	<p>Sí, cuando tuve mi primera vez, yo no, no usamos condón y después tuve que tomar la pastilla del día después y esa fue como mi mayor situación de riesgo (P05US40)</p>
	<p>Nosotros no ocupamos condón en el inicio de la relación sexual, pero antes de que el termina, sí lo ocupamos.. siempre hemos ocupado condón, pero no desde el principio de la noche... (P05US60)</p>
P06	<p>A lo largo de mis 21 años, a lo más, no he estado con más de 3 personas teniendo</p>

	relaciones sexuales (P06US11)
	Hasta el día de hoy la verdad no he ocupado preservativo (P06US13)
	Mis relaciones han sido tan estables y la comunicación ha sido tan extrema, que hasta el día de hoy no he ocupado preservativo (P06US20)
	Gracias a Dios no me ha tocado el caso de estar con una persona así, que tenga una enfermedad (P06US21)
	Sí, una vez (se hizo el Test de ELISA) (P06US34)
P07	Mi conducta sexual es regularmente buena, parejas estables. Ahora no tengo pareja, pero siempre es como una solamente en la época (P07US18)
	El condón (método de barrera que utiliza) (P07US24)
	Yo igual me he hecho, ya me he hecho el examen (Test de ELISA) (P07US34)

2. Factores Personales	
2.1. Factores Personales Biológicos	
P02	Yo soy homosexual, por lo cual entraría dentro de la población más de riesgo, también coincido con el rango de edad (P02US11)
P03	Tengo enfermedad crónica (P03US7)
2.2. Factores Personales Psicológicos	
P02	Es como un poco, em... irrealista decir que el mismo conocimiento que tengo yo lo tienen todas las personas homosexuales (P02US36)
P03	A parte de como preservativo... algo así, yo no puedo tomar nada, entonces era como la única forma de cuidarnos (métodos de barrera) (P03US18)
	Creo que lo que estoy informada, lo poco o harto que puedo estar es porque a mi me gusta buscar información (P03US23)

	<p>Por mi propia enfermedad (...), en este caso yo tengo Lupus, entonces todo lo que y hago o no hago me afecta (...), entonces tengo que tener un excesivo cuidado a diferencia del resto (P03US26)</p>
P04	<p>Uno después se va sacando como todos esos como tabúes y... empezai' a como aprender, como a investigar por ti solo (P04US30)</p> <p>En mi círculo cercano siempre soy como yo la voz de la razón -risas- así como: <i>"wna si vay a salir a carretear tení que llevar condones!, ¿como no vay a llevar condones!? y si tirai con alguien!"</i> (P04US36)</p> <p>Soy muy analítica, como de analizar todo. Entonces como que desgloso todos los actos y digo: <i>ya así como.. esto esta bien, esto está mal... y... deberias como... hacer las cosas mejor...</i>" entonces así como que vamos haciendo un feedback entre nosotras (P04US37)</p> <p>No podemos hablar, por ejemplo, de falta de accesibilidad a la información o a los métodos. Creo que todo eso está y va en cómo lo recibe cada persona (P04US51)</p> <p>La realidad de todos es tan distinta que la forma en que vamos a percibir la información siempre va a ser de una manera diferente, entonces... por ejemplo, si a mi me dicen... no sé <i>po "te puedes contagiar de VIH teniendo, porque estas teniendo una conducta de riesgo"</i>, yo voy a decir <i>"ya ok, me voy a comportar de manera diferente"</i>, pero probablemente la otra persona que recibe exactamente la misma información va a decir así como <i>"si bueno ya, a mi no me va a pasar"</i>, punto. Entonces... <i>em</i>, eso tiene que ver con cómo cada uno recibe la información y cómo la aplicamos (P04US52)</p> <p>Porque para mí, por ejemplo, el sexo es algo super normalizado entonces nunca he tenido problemas para conversar algo o con nadie (P04US63)</p>
P06	<p>A pesar del conocimiento y la información que tenga, yo creo que va en quererse así mismo, yo creo que va de ahí de un principio, de la como persona se quiera es como también puede querer a los demás (...) yo creo que va por el autoestima de él (P06US31)</p> <p>El cuidado de uno (lo llevó a realizarse el Test de ELISA) (P06US35)</p>

2.3. Factores Personales Socioculturales	
P01	Eh, en la U, eh... igual tuve ramos de biología porque estudio biología marina, entonces igual los primeros años... sí, como que tuve lo general y ahí pasan como enfermedades, en biología celular, en biología... (P01US3)
P02	Sé bastante, porque yo estuve trabajando en el Programa Alerta (P02US1)
	Yo, en lo personal el primer acercamiento con las ITS fue en segundo medio, en mi colegio, que me pasaron información en biología, ahí fue como mi primer acercamiento real con las ITS (P02US55)
	Cuando llegué a la u entré al programa alerta y ahí como reforcé el contenido, pero ya manejaba el tema, porque me lo habían pasado en el colegio (P02US56)
	Es que a mi me gusta participar en cosas (...) no que me interesara el tema de infecciones de transmisión sexual propiamente tal en un comienzo, porque después igual encontré súper importante lo que es el SIDA (P02US97)
P03	No... creo que ni desde los colegios ni de nada, yo me acuerdo que en media jamás me pasaron nada sobre esto, me pasaron en básica sobre qué enfermedades podría tener (P03US24)
P04	Tuvimos educación sexual, pasamos todas las ETS, también, em... todos los métodos de... anticonceptivos, los métodos de barrera, nos enseñaron cómo poner un condón (P04US32)
P07	Al final, eh, como me enteré yo en el colegio, el condón es uno de los métodos más efectivos de protección sexual (P07US9)

3. Percepción de Beneficios de la Acción	
3.1. Prevenir ITS y el Daño Posterior	
P01	Sí po, el no contraer enfermedades, el evitar contraer enfermedades de transmisión sexual y... eso, como principalmente (P01US29)

P02	No es como la gracia tener una ITS tan joven o a cualquier edad en verdad (P02US24)
	(...) las parejas homosexuales para evitar las infecciones de transmisión sexual (usan preservativo) (P02US31)
	(hacerse el examen) (...) yo creo que eso igual es importante, porque claro, el haberse, que te hayan transmitido la infección ya... filo ya no lo puede evitar, pero sí puedes evitar que esa infección te genere efectos en tu vida (P02US73)
	Si usas preservativo tienes la solución de poder evitar ese riesgo (contraer ITS) (P02US89)
	“(...) si tu ya adquiriste una infección de transmisión sexual no puedes retroceder el tiempo y evitar haberte transmitido esa infección, pero sí puedes evitar que se genere el daño que te podría generar.” (P02US94)
P07	La transmisión sexual, no contagiarse con una enfermedad (beneficios del uso de preservativo) (P07US53)
3.2. Prevenir Embarazo	
P01	Él no, si uno no quiere ser papá obviamente...También evitarlo (P01US30)
P02	En mis charlas también me he dado cuenta que las parejas heterosexuales ocupaban más el preservativo por el tema del embarazo, así como un método anticonceptivo embarazo (P02US25)
P05	No desde el principio si, pero ahora sí ocupo condón, pero uno más preocupa <i>pa'</i> no quedar embarazada (P05US16)
	Es como el gran dilema que uno más se preocupa de no tener hijos que de preocuparse de cuidarse de las relaci... de las enfermedades de transmisión sexual (P05US17)
	Ciclo menstrual básicamente, porque tampoco quiero quedar embarazada, entonces es como eso. Cuando cambio de pastillas, uso condón porque cuando cambio de pastillas el riesgo es más alto (de quedar embarazada) y todo eso. (P05US35)
	Pero básicamente el condón lo usamos para evitar el embarazo, no es como para evitar

	eh... eh... las enfermedades de transmisión sexual, sino que nosotros lo usamos como para... evitar el embarazo. (P05US55)
P07	No quedar embarazada (beneficios del uso de preservativo) (P07US52)

4. Percepción de Barreras para la Acción	
4.1. Percepción Negativa del Preservativo	
P02	Fetichismo de tener relaciones sexuales sin preservativo (P02US15)
	La gente está muy, ehh... está como muy influenciada por la industria por los medios de comunicación, por el mismo porno de que hay que hacerlo sin preservativo, de que no pasa nada (P02US16)
	El fetichismo de no usar preservativo, de que es más rico y el segundo la desinformación (P02US17)
	La gente que no usa preservativo, yo creo que, porque le da lo mismo, porque en verdad (...) es como ya filo no, "no voy a usar, porque no me gusta usar preservativo, no me gusta y punto" (P02US49)
	"Porque siento más placer por no utilizar el preservativo" (P02US50)
	Bueno por un tema ya más de placer también (no uso preservativo), porque a diferencia de la penetración con preservativo o sin preservativo, en el sexo oral de verdad que se nota mucho más la diferencia, entonces igual ha sido por un tema de irresponsabilidad y de placer (P02US87)
P04	Como no usarlo porque no les gusta, o porque no quieren (P04US15)
P05	Porque a él no le gustaba, él decía que lo sentía mejor con, sin condón y a mí me daba lo mismo, porque él era mi pareja única (P05US18)
	A mí no me gusta mucho ocupar condón, no sé, a mí me dan alergias a veces y... a veces es como incómodo por eso no ocuparía condón (P05US28)

	A los hombres no les gusta mucho usar condón. A ver, yo tengo amigos también que dicen así como “no, es mejor sin condón” (...) (P05US38)
	Sí, como que (los hombres) se cuidan menos en realidad, porque como que no les gusta usar condón (P05US65)
P06	Si uno anda caliente y la cuestión y se da la oportunidad, obviamente la sensación es distinta con preservativo a que no usarlo, va a optar por sentir la otra sensación (P06US27)
P07	Es un hecho demasiado incómodo, pero es demasiado bueno (sobre el uso del preservativo) (P07US19)
	Si po, es incómodo porque al final lo natural es mejor <i>po'</i> (P07US47)
	Sí po y yo creo que es tanto para los hombres como para las mujeres en verdad po (es incómodo) (P07US48)
	El hombre no siente las sensaciones que debe sentir, entonces ahí está el conflicto de ocuparlo, no ocuparlo, ¡ah! mejor no lo ocupemos y pasemoslo bien, disfrutemos bien (P07US50)
4.2. Otros	
P02	Hay otros casos que no lo usan porque ya tienen el VIH o tienen otra ITS, entonces dicen "ya filo si igual ya tengo la cuestión, no me va a pasar nada" (P02US51)
	Aunque eso es falso (que no les pase nada), porque igual se pueden transmitir de otras infecciones de transmisión sexual, pero hay gente que por ejemplo, que tiene VIH y que sabe que lo tiene VIH y que no usa preservativo, entonces yo diría que es como, eh porque le da lo mismo. (P02US52)
P03	Creo que lo unica opcion seria porque yo quisiera quedar embarazada (P03US20)
P06	Porque nos gusta el riesgo (...) saber que estás cometiendo algo que te puede perjudicar, pero te arriesgas a la sensación así de la calentura, el placer (P06US33)
P07	“Los buenos que <i>tení'</i> que comprar cuestan como tres lucas, y son tres no más po, ¿y

	qué? ¿en cuánto rato se te va eso? super poco igual po, no es tanto” (P07US46)
--	--

5. Percepción de Autoeficacia	
P01	Igual soy un poco irresponsable, he sido un poco irresponsable (en las medidas para cuidarse) (P01US11)
	Por irresponsable no más (no sentirse en riesgo de contagio) (P01US16)
	No, ocuparía, obvio, no tendría ningún problema (utilizar preservativo si lo exigen) (P01US24)
	(...) como que uno no es res... es irresponsable , a veces no, a veces desconoce. Por eso principalmente (para no utilizar preservativo) (P01US26)
	Sí, así como que digo ya en verdad no puedo ser tan irresponsable, y lo he hecho (se ha frenado por no tener preservativo) (P01US28)
	Igual es un tema que obviamente me gustaria como saber más y ser un poco más consciente de que estoy propenso a...y intentar cambiar mi actuar, mi comportamiento, en los momentos en que no he ocupado, he sido irresponsable entonces, en el futuro ser un poco más responsable (P01US32)
P02	Porque era mi primera pareja sexual y yo actué de iluso (P02US22)
	Yo creo que con una pareja estable, sería como la típica situación (no cuidarse) (P02US39)
	Ha sido como por ehh, por convicción propia (usar preservativo), o sea, por lo que he creído que es mejor para mi, lo que es bueno, lo que es malo (P02US54)
	Igual en ese sentido he sido como claro, así como: “con preservativo, o si no chao” (P02US66)
	Así como alguna presión que haga la otra persona es difícil, porque yo igual soy medio pesado (P02US67)

	<p>Sexo oral, eh.. yo creo que de irresponsabilidad nomas y por un tema eh... de irresponsabilidad y... de irresponsabilidad principalmente (no uso de preservativo) (P02US86)</p>
	<p>Al elegir la opción de no cuidarse estas siendo irresponsable porque estás desechando la opción más segura (P02US90)</p>
	<p>Para mi es una examen de rigor, así como habitual, es como el examen preventivo que uno se tiene que hacer, para mi el examen del VIH también tiene que ser un examen preventivo (P02US93)</p>
	<p>En mi caso particular yo lo hice como la primera vez como de super inocente e iluso pero ahora igual seria como examen en mano, no me sirve que tu me digas “no sabí que no tengo VIH” -jah ya estupendo!- no <i>po</i> osea ahora que ya estoy mas grande y que se del tema no, no sería, eh, el mismo contexto que fue de años atrás cuando ocurrió (P02US104)</p>
	<p>Ahora ya no sirve de nada el: “ya no tengo nada” (para no uso de preservativo) (P02US107)</p>
P03	<p>Por lo mismo tengo que tener un poco más de prevención y buscar métodos que a mi no me haga mal (enfermedad autoinmune) (P03US27)</p>
	<p>Por lo menos a mi edad, como ya era más grande no, no fue de chica, entonces tenía totalmente claro todo, pero a la vez aún así, es como la ilusión de... algo. En el momento para mi era como “<i>ah sí, esto</i>”, pero después de eso, digo, creo que hubiese dado igual, no me hubiese importado (usar preservativo la primera vez) (P03US39)</p>
P04	<p>Es muy muy muy importante, osea emm... creo que es muy irresponsable tener relaciones sexuales sin protección, sin un método de barrera, osea, no hablando de métodos anticonceptivos, porque eso igual va por cada persona (P04US12)</p>
	<p>El uso de condón es muy importante (P04US13)</p>
	<p>Es un tema de irresponsabilidad (no cuidarse) (P04US14)</p>
	<p>No he tenido relaciones con otras personas pero si lo hiciera, si usaria condon, no</p>

	<p>importa con quien sea, si independiente si lo conozco o no (P04US18)</p>
	<p>En ese sentido soy muy como rigurosa (...), no, no sé, siempre me cuido, nunca lo haría sin cuidarme. Entonces prefiero decir así como "no, basta", porque no, nose, en ese sentido soy muy rigurosa (P04US19)</p>
	<p>Si fuera a tener sexo con alguien y me dijera así como "oye no, no sé po, no tengo", o algo así, no, le diría así como "entonces no po", no, no puede suceder sino, sin método de protección, nose, en ese sentido soy muy como, no sé, me da mucha "weah" (P04US20)</p>
	<p>Tener información de la otra persona, preguntar directamente, así como... te haz hecho el examen? Emmm, en los últimos seis meses por lo menos (P04US22)</p>
	<p>Mi círculo es súper cerrado dentro de la UV y como siempre está el programa alerta, es súper fácil que uno vaya a hacerse el examen (P04US23)</p>
	<p>Normalmente pregunto directamente. (pregunta a su pareja si tiene vih) (P04US24)</p>
	<p>Algo así, pero no... no (no cree posible que esté expuesta a una situación de riesgo de no utilizar preservativo), porque en ese sentido soy muy rigurosa (P04US54)</p>
	<p>(...) por eso tomó las precauciones para que no suceda (contraer VIH) (P04US61)</p>
P05	<p>Uno tiene la responsabilidad sobre uno mismo, uno tiene la responsabilidad de estarse cuidando constantemente (P05US14)</p>
	<p>No es como un juego llegar y acostarse con alguien y no protegerse porque es responsabilidad de uno mismo estarse cuidando constantemente. (P05US22)</p>
	<p>No, ahí tendría que saber usar condon... si lo usaría porque uno nunca sabe po... quien ha estado con él o así (...) (relación sexual con persona que no sea su pareja) (P05US59)</p>
P06	<p>Eh, porfiado, reactivo -risas- (aludiendo a su propia conducta) (P06US10)</p>
	<p>Por ejemplo, estoy en un carrete y conozco a una persona y se da la situación, para mí eso no vale, ahí sí o sí ocuparía preservativo (P06US17)</p>

	No llegar y estar con una persona así, por tirarse a la vida de una (P06US19)
	Además de uno, al tener ya el conocimiento, empezar a hacerse exámenes desde un principio porque uno no sabe si es portador o no, la idea es tener ese respaldo <i>pa'</i> después en el momento de no saber y tener una relación sexual, contagie a la otra persona (P06US25)
	Porque es como porfiado (<i>no hacer la conducta a pesar de tener la información</i>) (P06US26)
	Igual puede cometer el error (<i>a pesar de que cuenten con información tener relaciones sin preservativo</i>) (...). O sea, eso. Puede tener como un 99% <i>así</i> que ocurra. Yo diría que siempre va a haber un porcentaje de que va a ocurrir (no ocupar preservativo) (P06US29)
	Sí (se haría el Test de ELISA si alguien le hiciera infiel) (P06US38)
P07	En caso de que ocupara el condón sería siempre y cuando no tenga una pareja estable al 100% (P07US31)
	Con un <i>touch and go</i> , con el <i>touch and go</i> obviamente yo ocuparía condón preventivamente justo pensando en eso porque yo no la conozco, no sé quién es (P07US56)
	Sí utilizo condón, y me preocupo igual de ocupar (P07US17)
	Quizás en alguna situación si te puede pasar pero yo creo que la gran mayoría son las que no te pasan (no ocupas preservativo) a las que te pasan a ocupar condón, así como: "oh" (P07US62)
	No tiene la capacidad de una autocrítica o de autoconciencia para poder cuidarse y prevenir estas cosas (P07US22)

6. Influencias Personales

P01	En internet igual, como para saber así... o por ejemplo las noticias igual que salen que
-----	--

	ahora ha aumentado el número de caso sobre el VIH (P01US4)
	La verdad es la vez que... em, no (no habla con su pareja sobre ocupar preservativo) (P01US18)
	Con mis papás no hablamos, mm... no se habla mucho de ese tema, con mis amigos igual sí, pero no influye como mucho en mi actuar, así, para nada (P01US31)
P02	Asociar el VIH exclusivamente a parejas homosexuales, como que todavía está como muy arraigado ese tabú de que VIH = homosexual, que en las parejas heterosexuales no existe (P02US8)
	El tabú que el VIH se transmite solamente si eres una persona muy promiscua, siendo que no necesariamente es así, hay personas que tienen su primera, segunda pareja sexual, y se transmiten de VIH (P02US9)
	gente que no diferencia entre el VIH y SIDA, que no saben que no es lo mismo, y ahí nosotros les explicábamos <i>"no sabes que el VIH y el SIDA no es lo mismo"</i> (P02US10)
	Eh, de hecho fue curioso, porque claro, él estaba confiado de no tener nada, porque yo no tenía, no había tenido ninguna relación sexual (P02US20)
	Lo que me ha motivado a usar preservativo es justamente la información (P02US23)
	Pero como que nunca asociaban las ITS en su vida sexual(...) una diferencia entre las parejas homosexuales y heterosexuales, que las heterosexuales como que igual pasan por alto todas las ITS (P02US26)
	Las mujeres que van de manera más regular a la matrona y la informan de todo eso (no pasan por alto las ITS) (P02US27)
	El hombre heterosexual como que muchos casos desconoce todos los riesgos, como que prácticamente le da lo mismo (P02US28)
	Creo que igual nosotros al ser grupo de riesgo tenemos como mayor información a eso (P02US29)
	Desde que uno se empieza a meter como o se empieza a subir como al mundo

homosexual como que te están bombardeando de información (P02US33)
La gente no usa preservativo por falta de información y por falta de conciencia, pero la falta de conciencia igual va relacionado con la falta de información (P02US37)
La información principalmente, la información ha sido como el factor principal, porque quizás si no estuviese tan informado, sería como otra persona (P02US45)
Factores que han influido en mi conducta <i>mmm</i> yo creo que, osea, la información principalmente (P02US46)
Creo que la información va por sobre los valores o la personalidad de una persona (P02US47)
No he tenido como alguien que me haya marcado en el sentido de usar o no usar (P02US53)
Yo creo que la fuente principal es los colegios y en segundo lugar las familias (P02US57)
Igual he tenido como conocimiento de personas que los papás se sientan y le dicen como “oye sabi que... hay infecciones de transmisión sexual”, no se si como con tanto detalle pero si le hablan del hecho (P02US58)
El caso de las mujeres viene a ser, lo que había dicho anteriormente eh asistir al matrón o matrona y ahí le explican toda la información (P02US59)
Igual hay personas que es como: “ya filo” y otras que son como un poquito más insistentes (con el no uso de preservativo) (P02US65)
Nunca me he topado con alguien que diga eh... “esperate usemos preservativo para el sexo oral” (P02US84)
Es como super estúpido porque, como les dije anteriormente, nunca me he topado con alguien que me diga “no, sabes que tenemos que usar preservativo en el sexo oral”, entonces ha sido como ya <i>filo</i> , entonces como que es una práctica tan habitual (P02US91)

	Entonces la conversación en pares... Idealmente, con un grado de jerarquía mayor, aunque sea, no se <i>po'</i> , si yo a un amigo de la misma edad le digo " <i>usa preservativo</i> " no va pescar mucho, pero si fuese ese mismo amigo con una persona más grande quizás lo va a tomar más en cuenta (P02US99)
P03	La mayoría de las personas piensan de que ¡ay! solo por tocar te contagias. (P03US2)
	Yo creo que es desinformación la mayoría eh no lo toma como algo importante (ocupar preservativo) creen que es como... ay no si que importa, da igual, no es peligroso, no va a pasar nada... (P03US21)
	Hay gente que también es descuidada o que se les olvida (...) pero la mayoría en si, es por desinformación, por no saber los riesgos que puede generar (P03US21)
	Desinformación totalmente de los jóvenes (por qué los jóvenes no utilizan métodos de barrera) (P03US28)
	Únicamente porque se dejan llevar ellos (los más jóvenes), son más emotivos en ese aspecto (no uso de medidas de prevención) (P03US30)
	La mayoría es, o porque está más informado eeeeh... ya sea porque buscan ellos información o porque las mismas familias los apoyan y les dicen: "no, es mejor cuidarte o es mejor esto.." siempre hay que estar un paso adelante (P03US32)
	<i>"cuidate cuidate tu, si tu no te cuidas, el mayor problema, más allá de una enfermedad.. lo vas a tener tu"</i> . Y en este caso es un embarazo o cualquier otro tipo de cosa soy yo la que va a terminar con el bebé, entonces, por eso.. como que más allá de eso, no me decían más (P03US33)
	El resto son conversaciones con mis amigos como de la universidad (con quien conversa sobre VIH) (P03US34)
	No es como la información, así como hablar de información sobre el VIH ni nada eso, pero sí sobre conductas, el cómo se comporta cada uno. (conversación con los amigos) (P03US35)
	Internet la mayoría, pero... trato de buscar como estudios o charlas que se hayan dado

	sobre eso (P03US40)
	Los hombres, son como más... son más locos (P03US42)
	Tengo como la idea de que... en el momento no... les da igual, les da exactamente igual (conductas de los hombres) (P03US43)
	Me ha pasado varias veces que voy a sacarme y me dicen para qué me hice el examen si no me siento mal (P03US44)
	Una cosa es que tengan SIDA y otra cosa es que los tiren a un rincón a sacarles sangre, es algo nada que ver (P03US47)
	El típico el de que "no puedes ni tocarlo porque se te va a pegar" (...), "no, es que tiene una herida, se te va a transmitir porque tienen heridas" (P03US48)
	El hecho de que tengan SIDA y que se van a morir super jóvenes, no tiene nada que ver una cosa con la otra (mitos VIH) (P03US49)
	La mayoría se basa por la poca información, y lo otro es porque la gente, no sé, le encanta inventar cosas o hacerse ideas que no son (P03US50)
	La gente no lo entiende, como que se quedan con las ideas muy antiguas, o ven algo en una película y se pasan cualquier rollo, pero generalmente eso pasa más con la gente adulta (razón por lo cual aún existen mitos) (P03US51)
	Tiene que ver con todo lo que es globalización, todo se hace más masivo, la gente se informa un poco más que antes (P03US53)
P04	Conocimiento general, así como, un poco de la educación sexual que te dan en el colegio, lo que voy reteniendo y estos típicos flyers que entregan por ahí... y de boca en boca también <i>po</i> , lo que la gente dice, lo que uno habla con las amigas y esas cosas (P04US11)
	No me enfrento mucho al tema en ese sentido, nunca he conversado con alguien que me diga así como " <i>no, yo no lo uso porque, nose, porque no me gusta o porque no tengo o no se</i> " (P04US16)

<p>La educación que a uno le dan, sobre todo en el colegio y en la familia. (lo que ha influido en su conducta sexual) (P04US28)</p>
<p>Soy como de pueblo chico y colegio de monjas entonces es como... no se, al principio siempre era como "el sexo es malo" y tienen que casarse antes de tener sexo (P04US29)</p>
<p>Yo creo que la educación es lo que más influye en la conducta sexual de una persona... en la mía al menos. (P04US31)</p>
<p>Mis amigas, mi pareja, ex pareja (...) bueno mis profesoras del colegio (han influenciado en su conducta sexual) (P04US34)</p>
<p>Cuando uno como que comparte información, o ese tipo de cosas (cuando habla con las amigas) (P04US35)</p>
<p>No... no creo que no. Si del resto... porque... tengo como muchas amigas que tienen como muchas conductas de riesgo (situaciones de riesgo) entonces como analizando sus propias conductas... uno va haciendo como el feedback (P04US38)</p>
<p>Tengo un amigo que se contagio de VIH hace muchos años, entonces frente a eso como que uno va tomando como conciencia (P04US39)</p>
<p>tener relaciones sin condon, con gente que no conocen, como tirar con alguien en una disco o weas así... (conductas de riesgo de las amigas) (P04US40)</p>
<p>Siempre está el prejuicio así como si tu le decí a alguien así como "<i>oye, si vamos a tirar tiremos con condón</i>" te puede decir una wea así como "<i>no pero si yo no tengo nada, no se si tu tienes algo</i>" (P04US43)</p>
<p>Como que el SIDA, el VIH todavía está como algo muy mal mirado (P04US45)</p>
<p>Factores sociales, el grupo de amigos, (...) el factor social es super importante en las relaciones personales, como lo que opina el resto de ti, (...) sobre todo como la validación del grupo por parte de los... de los hombres por lo menos. (P04US50)</p>
<p>Siempre hemos tenido una relación como super abierta de mente, eh.. y siempre se ha tocado el tema, como si, alguna vez vas a tener relaciones con otra persona que no sea</p>

	<p>yo, tienes que cuidarte y tienes que decirme para yo saber que lo hiciste en caso de..., si no te cuidaste para poder hacerte el examen y que podamos nosotros seguir teniendo relaciones sin que haya algo entremedio que pueda pasar. Entonces, eso po' siempre hemos conversado el tema muy abiertamente (P04US56)</p>
	<p>La gente todavía piensa que, que te de sida es casi como tener cáncer, cachai?, te da sida y te vai a morir, y se lo vas a pegar a toda la gente que esté cerca de ti, porque probablemente eres una persona muy promiscua que te gusta acostarte con todo el mundo. Ese tipo de prejuicios creo que todavía existe. (P04US58)</p>
	<p>Tiene que ver más como con la educación en casa, así como, con cómo la gente aborda el tema en tu casa y como te normalizan las cosas (P04US62)</p>
	<p>En la casa de mi pareja, osea, mi ex pareja, él nunca pudo hablar el tema abiertamente, entonces toda la información que le llegaba como que la bloqueaba automáticamente porque es un tema tabú entonces va en como tú estés abierto a recibir la información (P04US64)</p>
	<p>Si <i>"alguna vez tienes relaciones con alguien tienes que cuidarte porque te puedes contagiar VIH, como para todo el resto hay muchos antibióticos, pero no puedes contagiarte VIH (P04US65)</i></p>
	<p>Siempre se habló al respecto en mi círculo y en mi casa por lo menos (P04US66)</p>
P05	<p>Hay que ser realistas, la abstinencia no es una opción para los jóvenes (P05US3)</p>
	<p>Porque tenemos mayor libertad sexual, como que podemos andar con alguien ahora, y después con otra persona, o algunos engañan a sus parejas con otras personas, (...) no siempre se ve eso de preguntarle así como "¿Oye <i>teni</i> alguna enfermedad de transmisión sexual?", o algo así (P05US5)</p>
	<p>Mi mamá tuvo como un papel fundamental, que siempre me ha dicho, a pesar de que ella tampoco entiende mucho, porque no sabe mucho del tema (P05US7)</p>
	<p>La mayor parte de la información que yo he obtenido del VIH es de internet, o de videos en youtube (P05US8)</p>

	<p>La sociedad como que creen que por estar cerca de una persona con VIH se les puede pegar o que si ocupan las mismas cosas de una persona con VIH se les va a pegar o si la tocan o si están cerca de ella eeh, no se, como que instintivamente como que intentan alejarse de esa persona y... yo igual creo que eso no está bien (P05US9)</p>
	<p>Él se hizo un examen, el examen y por lo tanto yo no tenía, porque él había sido mi única pareja y ahí me quedé tranquila (P05US12)</p>
	<p>La verdad es por la información que he empezado a conocer, como en la televisión, con mi mamá también... ya se está hablando más en la casa de eso (P05US24)</p>
	<p>Yo vengo de la sexta región y allá es como que 'ta muy, muy, como que hay muchas personas con VIH (P05US25)</p>
	<p>Creen que se les va a pegar y... yo lo encuentro tonto a la vez, porque es como que yo les digo: "no, no se les va a pegar respirando al lado de alguien que tiene VIH" (P05US26)</p>
	<p>Porque igual es incómodo para uno andarle como diciendo a alguien que tu recién <i>conoci</i> como: oye, <i>sabi</i> que <i>teni</i> VIH y todo eso. Porque igual es como un tema tabú y tu deci igual pucha puede que se espante si le pregunto esas cosas y como no para todos es normal esto de hablar abiertamente la sexualidad (P05US31)</p>
	<p>En mi casa nadie como que es tan abierto a hablar de sexualidad (P05US32)</p>
	<p>Básicamente que mi mamá es bien liberal, o sea, nunca... ella se separó de mi papá y después ha estado con varias otras parejas, entonces ella siempre me dijo "<i>teni</i>" que cuidarte no te <i>empareji</i>' con alguien altiro, nada es seguro, siempre <i>teni</i>' que cuidarte a pesar de que <i>esti</i>' en una relación, porque los hombres son así, así así y eso <i>po</i>'. Y tú <i>erís</i> joven, <i>teni</i>' que cuidarte porque las cosas se dan" y de hecho ella me compró condones porque dijo "las cosas se dan y <i>teni</i>' que estar preparada porque en cualquier momento tú <i>podí</i>' hacer algo y después no te vas a poder arrepentir porque eso lo <i>vai</i>' a hacer una vez y lo vas a seguir haciendo" (P05US33)</p>
	<p>Mis amigas que me han aconsejado harto, siempre me aconsejaron harto, pero más allá de eso nadie de mi familia, porque los demás son como que practican la</p>

	<p>abstinencia, lo cual es súper raro, porque mi abuela se casó a los 15 y tuvo 7 hijos, pero siempre aboga por la abstinencia, entonces no... más de allá de mi mamá y mis amigas que me fueron diciendo “oye, el condón se pone así, <i>tenís</i> que estar preparada para tal cosa” y como varias cosas que empezamos a hablar que ahora para mí son normales (P05US36)</p>
	<p>Pero igual tengo amigos que son como “no, voy a usar condón”, pero cuando son relaciones pasajeras como que usan condón, pero cuando tienen pareja como que lo conversan con ella y tratan de no usar condón y se rigen por las pastillas o por el ciclo de su <i>polola</i> (P05US39)</p>
	<p>Fue como que “le voy a dar en el gusto a él, a él quizás no le gusta usar condón”, que él ya me lo había dicho antes y fue como que.... yo... hice como todo por complacerlo a él (P05US42)</p>
	<p>Allá en el campo, allá donde yo vivo, no creo que haya nadie que le haya dicho a su hija así como: “oye cuidate, usa condón, usa pastillas” porque allá se usa eso de que: “la hija se va a casar, y... se va a quedar con él para siempre”, no hay riesgo de enfermedades de transmisión sexual, hijos, y todo queda dentro del matrimonio. (P05US48)</p>
P06	<p>Somos una cultura, que somos no proactiva, somos reactiva, en el cual, uno hasta cuando le sucede el caso ahí como que recién toma en conciencia (P06US9)</p>
	<p>La verdad así como el tema de tener cuidado y todo, lo he establecido más, por el tema de comunicación en la casa, <i>eh</i> principalmente, no con mis padres, pero sí con tíos que en su vida fueron “lanzados a la vida” por decir así <i>-risas-</i> y a través de ellos me dieron a conocer la parte de la vida sexual y también los medios de poder cuidarse y no contagiarse con una enfermedad (P06US22)</p>
	<p>Somos de una cultura reactiva y no proactiva de acuerdo a ese término, incluso yo diría que no solamente en temas de relaciones sexuales. En todo caso, nosotros somos reactivos, no somos proactivos a tener una planificación, así como a tener una estrategia para poder evitarse que esto ocurra (P06US28)</p>
P07	<p>Todos tienen como el paradigma de que es una enfermedad <i>eh</i>, muy fuerte (P07US2)</p>

	<p>El riesgo igual es harto, porque la información existe pero la gente no se informa, entonces el problema es que la gente no se informa (P07US5)</p>
	<p>Y la gente como no se informa, no va ahí (al consultorio) (P07US14) hay más riesgo porque no... no se po' tienen, llegan a la edad de cuando despiertan ese sentimiento sexual y de repente van y... van no más po'(al acto sexual), a la vida. (P07US15)</p>
	<p>Por internet, eh, entre medio de conversaciones o por la televisión (cómo se ha informado) . (P07US16)</p>
	<p>Tu no <i>sabí</i> cual la otra persona, de repente tu no <i>sabí</i> toda la información de la otra persona, como ya los tiempos antiguos no es como... hoy en día ya cambió... está todo muy, muy loco (P07US21)</p>
	<p>No como: "oh! tendrá una enfermedad o no?", porque al final entrai' con un prejuicio a esa persona entonces, yo creo que eso es lo que no pasa mucho, uno va al acto no más (P07US27)</p>
	<p>El internet ha influido, eh, algunos... la gente adulta porque eh... de repente uno busca encont... uno es más joven intenta buscar información sobre el tema pero de repente tu vai viendo y decí: "ya, el adulto me entregó esta información, el internet me entregó esta información, pero uno igual tiene su propia información po' "entonces ahí hay derrepente si tu no se po... alguien... tu estay joven y el otro está joven imagínate que la otra persona concuerda con la información que tenía uno... ahí influiste en esa persona po', pero uno está influido ya antes por una historia o por un adulto, o por internet, amigo. (P07US28)</p>
	<p>Sobre el VIH en verdad no han influido en ninguna forma (los amigos), digo que, no, no en realidad no se habla mucho el tema del VIH la verdad, o sea, solamente se habla de que ahora hay que cuidarse no más, lo que digo, o lo que más se ha mencionado las últimas veces sobre esto, es que hay que cuidarse no más, ocupar condón y... cuidarse no más po', ver con quien igual te estay metiendo po', informarte más. (P07US29)</p>
	<p>A los 27 ya... no sé, ya, igual ha vivido un mundo detrás po, tiene toda una historia (P07US36)</p>

	Yo creo que no todo el mundo, no todo el mundo sabe que... el consultorio entrega condones gratis, no todo el mundo sabe que el consultorio te puede entregar un examen gratis para ver como estay (P07US40)
	Cada vez que tengo una pareja o tengo amigos con los empezamos a hablar el tema uno se va informando más y tomando otros tipos de decisiones, porque al final, eh, puede estar la información muy, puede estar harta información pero uno no sabe de repente como aplicarla, o como utilizarla, entonces con las acciones de uno, de los amigos uno va aprendiendo (P07US54)
	Aquí el ser humano es una persona que... de costumbres entonces si todos los días le decí algo, va aprender ese algo po' pero si le decí una vez por mes o tres veces al año no va aprender po, va a decir: "Ah sí existe, listo, pasó" porque el ser humano vive igual el día a día (P07US68)

7. Influencias Situacionales	
P01	Es que a veces no hay razón, como que en esa situación, uno como que no piensa no más (P01US17)
	Igual yo me he, de repente me he frenado de repente a tener relaciones porque no tengo condón. Igual lo he hecho, así como... (se ha frenado a tener relaciones cuando no tiene preservativo) (P01US27)
P02	Es super importante (cuidarse del VIH), porque al final es como un minuto, no quince minutos, veinte, bueno depende <i>jajajaja</i> , depende de la situación, que te puede cambiar completamente la vida (P02US13)
	Igual hemos estado como en esa disyuntiva de cómo ya sin condón, cuando es con una persona desconocida, porque cuando es con una pareja igual hay como un poco más de confianza, pero cuando es con una persona desconocida, uno suele llegar como a ese punto, en determinado momento es como " <i>¿sin condon o con condón?</i> ", pero después de que hay como un raciocinio y es como ya con condon si es como un rato, <i>¿cachai?</i> , si es como ese momento de disyuntiva (P02US14)

	<p>Como era mi primera pareja, fue como, ya... sí, él primero así que... fue como prácticamente un azar porque perfectamente me hubiese podido tocar una persona que sí tuviese algo po y no hubiese tenido manera de saberlo (P02US21)</p>
	<p>Un momento como de hipercalentura o sobreexcitación que claro, como te dije igual estaba como el momento en el como que no usar preservativo, como no “sí voy a usar...” (P02US40)</p>
P03	<p>La primera vez no (utilizar preservativo), pero fue por un tema más que nada, que no.. es mi primera vez. (P03US14)</p>
	<p>Lo otro es... es el momento... es como que no razonan que... por mucho que quieran estar con alguien si no tienes cómo prevenir... entonces no (P03US29)</p>
P04	<p>Es que la situación en si te lleva a, emm... no se po', pero por ejemplo con mi pareja normalmente me cuido solo si estoy como en días fértiles emm... pero con otra persona emm... probablemente me, yo creo que me cuidaría independiente de cualquier cosa, si o si (P04US33)</p>
P05	<p>Es que a veces como que en el momento no <i>pensai</i> en nada más que en estar con la otra persona, uno como que no le toma el peso realmente, y como que después <i>empezai</i> a decir “pucha, no usé condón”, pero cómo que en el momento lo único que quería es estar con la otra persona y como que no <i>vei</i> nada más, no te importa nada más, entonces como eso, <i>empezai</i> a hacer conciencia y todo, porque uno tiene que empezar a pensar en como “pucha si me enfermo, voy a ser yo la enferma” (P05US27)</p>
P07	<p>Van a la vida no más y además siempre ocurre cuando no se... están curaos' o están... están con alguna droga encima, entonces su reacción es solamente de instinto ahí po, no hay un instinto a pensar y decir: “no sabís que”, de pararse y decir: “<i>sabis</i> qué mejor no lo voy hacer porque puede ser peligroso” na' uno va no más po (P07US23)</p>
	<p>Que fuera algo en el momento y no lo tenga no más po' (el preservativo), y... no haya otra opción (P07US25)</p>
	<p>Al final la cuestión es en el momento, en el acto, uno no está todo el rato pensando: “oh no y si no.. ah!”. Pa eso no te metí con nadie (P07US51)</p>

	El instinto animal no más po, a lo animalito no más po y... “pich” “chun” pa dentro no más (tener relación sexual igualmente sin preservativo) (P07US60)
	Un momento de sobreexcitación y cosas así que quizás lo podría dudar, pero sería un tema personal, no porque la otra persona me haya influenciado según lo que me dijo (P02US68)
	Van subiendo los niveles de excitación, entonces ya cuando está llegando el momento del que uno no te vay a poner a pensar: “oye, traje condón?” no <i>po</i> , vaya, tú <i>estay</i> en el momento con la mujer, entonces, o con el hombre, como sea el caso, entonces tu <i>estay</i> ahí y <i>teni’</i> que seguir pa’ delante, no te vay a echar pa’ atrás “oh no condón” no se, algunas (P07US61)

8. Afectos Relacionados con la Actividad	
8.1. Confianza	
P02	“Es ser confiado, ¿teni algo? no, no tengo nada. Ah ya, vamos” (P02US18)
	Estás con alguien, conoces de su realidad, entonces igual es como una confianza ciega, porque igual se puede dar la situación de que claro, estás con la persona, pero la otra persona, tu pareja igual te pude ser infiel, pero eso uno no tiene como conocerlo (P02US42)
	Igual es como una especie de ilusión falsa de que: ¡Ay! estamos pololeando, llevamos mucho tiempo, no me van a ser infiel... es prácticamente una confianza ciega (P02US43)
	Es como una decisión a ciegas cuando uno dice: “ya, filo estoy con una persona que no me va ser infiel”, pero igual puede pasar que no <i>po</i> (P02US69)
	Muchas veces esa confianza igual es ciega <i>po</i> , porque al final, ya, yo me cuido, confío en que la otra persona se está cuidando también, pero qué pasa si no se cuida <i>po</i> , o sea, yo confío en que la otra persona no me está siendo infiel, pero qué pasa si la otra persona te es infiel y no se cuida? (P02US70)

	Yo creo que ahí corría como el factor de sentimentalismo lo que le estaba diciendo recién <i>po</i> , como el tema del fiato, <i>feeling</i> , fue como confiar a ciegas así como “ <i>ya se ve una buena persona, filo</i> ” (P02US108)
P05	Fue como: “no, el me hubiera dicho. Yo confío en él, porque él me quiere y me hubiera dicho si tuviera alguna enfermedad de transmisión sexual”. Siguió y todo Era como yo confiando en él, que si él tuviera algo me hubiera dicho antes. (P05US44)
	Va más que nada en la persona, porque él me ha dado la confianza de decir: “ya, él, él me quiere, él va estar conmigo” y a él lo conozco hace 7 años y venimos andando hace como eh... unos 6 meses atrás y... recién estamos empezando, entonces... nosotros todavía usamos condón, pero igual es como que están esos descuidos siempre (P05US56)
	Si fuera con mi pareja actual yo sí lo haría (sin preservativo) porque emm... simplemente confío en que él no ha estado con otras niñas y... él... nosotros nos hicimos el examen, entonces sabemos que el otro no tiene ninguna enfermedad. Entonces sería como eso lo que más me llevaría, que ya tenga la certeza de que el no tiene VIH (P05US58)
P06	En una parte de la relación como que hubo un momento de desconfianza y creo que ahí fue el momento en que yo dije no, voy a ver qué sucede, si es que me puede perjudicar en algo, así que preferí salir de la duda antes de estar perjudicado en una situación así (P06US36)
8.2. Miedo	
P02	La única vez que sentí miedo entre comillas fue la primera vez que me realicé el examen (P02US78)
	Mi miedo a respondido como a otras infecciones de transmisión sexual porque hay otras infecciones, muchas infecciones de transmisión sexual que son mucho más fáciles de transmitir que el VIH (P02US80)
	Entonces mi miedo respondió como.. eh... (risa nerviosa) a que conozco, no solamente que existe esto, si no que existen muchas otras cosas (P02US82)

	Por ahí va mi miedo, el hecho de la práctica de sexo oral sin preservativo (P02US85)
P05	Yo creí que yo también iba a ser su pareja única, pero después me di cuenta que no y él se fue con otra y entonces ahí fue que me quedó la duda de que si yo podía tener VIH o cualquier... no me fue fiel, entonces me hice el examen y ahí salí de la duda (P05US19)
	Porque después yo no sabía si es que estaba embarazada, no sabía si me había pegado alguna infección de transmisión sexual y fue como por, por <i>pava</i> , porque era chica y como que confié en él, estaba enamorada y todo eso, entonces uno dice “ay, él no me va a hacer esas cosas a mí, si él tuviera VIH me hubiera dicho” (P05US41)
	Tuve ese miedo, ahora hace poco hace como 6 meses... porque cuando mi primera pareja me engañó y yo supe... yo empecé a sacar la cuenta cuando él empezó a cambiar y nosotros sí habíamos tenido relaciones después de eso, entonces ahí me surgió la duda tremenda y tuve que hacerme el examen y yo... en los días que esperaba yo estuve mal yo dije “no, tengo VIH o tengo cualquier otra cosa”. Yo estuve muy mal y pensaba “qué voy hacer, qué voy hacer” y como que no le veía salida realmente, es como tener cáncer, porque vas a tener eso toda la vida o como tener diabetes o hipertensión, vas a ser tú que vas a tener que estar tomando pastillas y todo eso... entonces es algo como que te va a afectar de aquí hasta que te mueras, y fue muy fuerte para mí tener esa pequeña posibilidad de tener VIH y eso como que me cambió y me empecé a cuidar mucho más en ese sentido. (P05US63)
8.3. Amor	
P02	No (que se relacione el amor con el uso de preservativo) porque igual hay personas que tienen como encuentros express, en que no hay amor y usan preservativos, en cambio hay otras personas que tienen esos mismos encuentros express en los que no hay amor y no usan preservativo, entonces no, me cuesta cómo asociar una causalidad de amor con preservativo (P02US48)
	Más que iluso fue como “ <i>ya filo si es la primera a la vida</i> ” y porque eeh me sentí con una especie de protegido por el universo donde era la primera vez como ese tipo romanticismo de como <i>eeh! es la primera vez es todo maravilloso, todo estupendo</i>

	(P02US105)
P03	La idea de niña, así como “no la primera vez no” para que sea mas romantico (uso de preservativo) (P03US37)
	No creo que sea como de que el romance tenga que ser sin preservativo, sino que como era más que nada mi primera vez, entonces era como no... como, saber o... o hacer como... Es como la idea de película, más que nada (P03US38)
P06	El cariño, el respeto, porque claro si <i>sentís</i> cariño tampoco vas a querer hacer daño a la otra persona (P06US43)

9. Conocimiento	
9.1. Conocimiento sobre VIH y Grupo de Riesgo	
P01	Que en Chile al menos en las cifras de personas contagiadas ha aumentado considerablemente (P01US5)
	Sí <i>po</i> , si yo.. tengo una relación sexual y... y.. eyaculo en la vagina de mi polola o de la persona que sea y tengo SIDA, lo voy a contagiar o a través también de la leche de la mamá... eh... si el hijo está amamantando... (P01US7)
P02	VIH es el virus de inmunodeficiencia humana, que se transmite por 3 vías principales, la vía directa madre-hijo, por jeringas y la tercera por contacto sexual, las primeras 2 están un tanto erradicadas en Chile, por lo cual la vía principal de transmisión viene a ser la vía sexual, principalmente la penetración, ya sea anal o vaginal, y la oral no tanto, pero principalmente vía anal, vaginal, sin preservativo (P02US2).
	Cuando se transmite no tiene síntomas evidentes hasta llegar como a unos determinados años, va a depender de la persona, y ahí se empiezan a manifestar los primeros síntomas, y ahí es cuando donde estamos hablando de la fase SIDA, que es el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida. Lo que empieza a hacer la fase SIDA es que ya empieza, asi como en términos súper generales, porque no me acuerdo del lenguaje específico, es que empieza como a destruir las defensas de las personas y ahí creo que empiezan a bajar los CD4 si no me equivoco, y ahí es donde antes se

	comenzaba a hacer la intervención a la persona (P02US3)
	Una persona puede vivir con VIH sin llegar a la fase SIDA, el SIDA igual puede ser "reversible", la persona puede llegar a la fase indetectable, que es cuando su carga retroviral o viral está muy baja y ya es prácticamente imposible que pueda transmitir el VIH a otra persona. El medio más eficaz de evitar el contagio viene a ser el uso del preservativo, bien puesto, que de repente se pone mal también, el tema de no compartir las jeringas, bueno en los centros de salud eso ya se modificó hace rato, y lo otro es la de madre a hijo que igual esta medio controlado (P02US5).
	La población en mayor riesgo viene a ser la población homosexual, por sobre la heterosexual, por qué la via anal es una vía mayor de transmisión que transmisión vaginal (P02US6)
	La población homosexual viene a ser como la población más vulnerable en ese sentido (P02US7)
	Antiguamente el VIH era catalogado como el cáncer gay, la peste rosa (P02US32)
	Existe toda una carga histórica que nos lleva a informarnos sobre el tema y también hasta el día de hoy se da, claro <i>po</i> , la proporcionalidad de que parejas homosexuales hay mayores tasas de transmisión de infecciones de transmisión sexual que las parejas heterosexuales (P02US34)
	Siempre se están haciendo campañas, eh.. siempre somos como un público objetivo al cual apuntan las campañas, entonces yo creo que sí estamos informados, no, <i>sabi</i> que igual me cuesta... no sé, si todos, bueno, pero sí creo que se ha escuchado como algún, cualquier persona homosexual ha escuchado sobre el VIH y cosas así (P02US35)
	La mayoría de los contagios, tengo entendido, se producen por la penetración sin preservativo que por practicar sexo oral sin preservativo, si igual va de la mano de eso, sé que hay más posibilidades por penetración que por vía oral, a pesar de que igual existe el riesgo (P02US92)
P03	El VIH es una enfermedad de transmisión sexual (...) (P03US1)

	Es un tema más literalmente sexual, tanto actividad física o cosas así por sangre más que nada, también puede ser por fluidos. (P03US3)
	El que tengas VIH no significa de que tengas SIDA, tengo bien clara la noción de diferencia entre los dos (P03US4)
	Sí obviamente al tenerlo es mucho más fácil que con el tiempo se te diagnostique con SIDA también. (P03US5)
	Es el condón, dentro de la formas de prevenir y fuera de eso está la abstinencia que es totalmente aparte (P03US6)
	La mayoría por fluidos o por durante el acto sexual (formas de contagio) (P03US9)
	Una vez fui a sacarme sangre y entre y al lado mío había un... niño (...), y él tenía VIH (...). Y llegan y lo van a aislar para hacerle el examen en otro lado y yo dije “¿Pero por qué lo van a aislar?” y me dice “ <i>no pero si...</i> ”, No dije “ <i>si a mí no me va a pasar nada si lo tengo al lado</i> ”, dije “ <i>yo no me contagio por el aire</i> ” dije “ <i>mientras no me inyecten con la misma aguja que a él no me va a pasar nada</i> ” y fue como “ <i>no pero es que este...</i> ” y le dije “ <i>no, que si no lo saquen</i> ” “¿Por qué?”, le dije “ <i>Porque lo hacen sentir mal a él y me siento yo mal también</i> ” le dije, “ <i>porque lo están excluyendo a él por mi...</i> ” (P03US46)
P04	Puede ser por una transfusión de sangre, relaciones sexuales (vías de transmisión) (P04US4)
	Contraerlo por eh, relaciones sexuales irresponsables, en general, riesgo muy alto (...) Sin protección (riesgo de los jóvenes) (P04US5)
	El uso de método de barrera, que sería como... el condón (P04US6)
P05	Poco en realidad, eh... lo único que sé es que es una enfermedad de transmisión sexual, que también se puede transmitir por medio de, o sea, por la relación sexual y por la sangre cuando te hacen transfusiones, pero recién vine a saber que... este año que los mosquitos no la pueden transmitir tampoco, o algo así como que leí, pero no estoy segura de eso, y es eso como más lo que sé (P05US1)
	Usar condón y... básicamente eso, porque las pastillas no te protegen del VIH, solo eso

	y abstinencia (P05US2)
	Los adultos jóvenes, como nuestra edad, como entre los 20 y los 30 años, creo que, como los que más se contagian (P05US4)
	VIH es para toda la vida es algo que te va a quedar ahí (P05US21)
P06	Es una enfermedad en que el cual una persona puede ser portadora, eh, sin querer que, eh, tenga la enfermedad en sí (P06US1)
	Puede ser transmitida por relaciones sexuales por medio de no usar condón, no tener preservativo (P06US2)
	Puede causar daño, eh, durante a lo largo de la vida porque en sí no se quita (P06US3)
	Puede ser por temas de la aguja, que se hayan utilizado, eh, más de una vez, y puedan transmitir esa enfermedad también (P06US5)
	La idea de protegerse de eso es que la aguja sea nueva (...), que a la vez de tener relaciones sexuales ocupar preservativo cosa que no se genere esa causa. (P06US6)
P07	Se contagia a través de transmisión sexual, de por, inyecciones (P07US1)
	Encuentro que es una enfermedad que te baja las defensas y eso más que nada (P07US3)
	Yo creo que hoy en día ya hay formas para manejarlo o controlar el tema, si al final el SIDA no viene desde ayer tampoco (P07US59)
	Por qué te tienen que discriminar por una enfermedad, si al final si te <i>informai'</i> bien, tu <i>podí</i> darle un abrazo, <i>podí</i> compartir con el, <i>podí</i> compartir hasta un vaso con el y no te va pasar nada (P07US72)
	Ese es el peligro más grande porque al final son enfermedades silenciosas que no te <i>vay</i> a enterar después de aquí a cuando te <i>enfermí'</i> (P07US74)
9.2. Conocimientos sobre salud sexual y reproductiva	

P02	Yo conozco de otras infecciones de transmisión sexual, no solamente digo, tengo VIH sino que digo pucha, me puedo haber contagiado, nose po, de sífilis, clamidia, VPH, etc... (P02US77)
	Mi conocimiento con respecto a otras infecciones de transmisión sexual, o sea, eh... practicar sexo oral sin preservativo, difícilmente te vas a contagiar de VIH, pero si te <i>podí</i> contagiar de toda la otra pila de infecciones de transmisión sexual (P02US81)
	Se sabe que el sexo oral sin preservativo estás dispuesto a contagiarte de cualquier infección de transmisión sexual como: gonorrea, sífilis, clamidia, herpes, etc (P02US88)
P06	Encuentro que también es importante porque no es solamente el VIH, o sea, existen el herpes o... un montón de casos que yo creo que también sumamente tener conocimientos y claro, todos se previene a través del preservativo y al tener una buena higiene de uno (P06US32)
P07	Uno de los métodos más seguros es condón (P07US7)
	Aparte del SIDA uno puede contraer muchas enfermedades más <i>po</i> (P07US20)
	Si, la gonorrea, la sífilis también se que existe, el herpes (P07US64)
9.3. Conocimiento Erróneo	
P01	Que es una enfermedad autoinmune ¿o no? (pausa) es un virus, que se transmite por, puede ser por el semen, por la sangre, por la saliva (P01US1)
P02	O sea, tenías que esperar que llegara a determinado nivel de CD4 para recién tratar, pero ahora creo que por el "bum" del VIH que ha habido como que se modifico eso y se trata de inmediato (P02US4)
P04	Es una enfermedad autoinmune (P04US2)
	Mayoría de los jóvenes, como en esta edad universitaria, sobre todo los mechones (población de riesgo) (P04US7)
	También los escolares en general (población de riesgo) (P04US8)

P05	Solo se transmite por medio de la sangre o por relación sexual, por lo que tengo entendido (P05US10)
P06	Pero si puede ser tratada, con no sé, antibióticos, medicamentos, que le estén dando o recetando dentro de un hospital (P06US4)
	Pero sí obviamente la higiene, estar bien lavado ya sea yo, la otra persona, hacerse examen una vez al año para prevenir un contagio (sobre su conducta sexual) (P06US14)
P07	Sé que es por inyecciones, eh, por transmisiones y hasta estoy seguro de que son esas dos no más (formas de contagio) (P07US10)
	los grupos que tienen escasos recursos, que son de escasos recursos son los que má... tienen riesgo porque no tienen los medios como pa' comprarse un condón (P07US12)
	Los condones que te entregan en los consultorios son super malos (P07US13)
	No sé si el examen, el más bacán, pero sí el que es como el que te sacan sangre no más y lo ven y no sé qué <i>cuestión</i> , dura como un mes, tres meses, y... salió bien <i>po</i> (P07US35)
	Los del consultorio son <i>pencas</i> , los condones que entregan son de látex (P07US45)
	De repente como que a la mujer le arde (uso de condón) (P07US49)
	Yo se que el sífilis le ocurre más a las mujeres, bueno al hombre también le puede ocurrir, y es como del flujo vaginal ahí se ve el sífilis creo y la gonorrea, creo que salen como unos puntos, a los hombres si les ocurre harto, no sé, bueno yo creo que es los dos por igual y sale como algo morado, no sé, es que he visto la imagen cuando está más fea entonces está como morado así (P07US65)
	Empezó a tomar pastillas igual <i>po</i> y después cuando empecé a crecer, me enteré que esas pastillas son pastillas abortivas <i>po</i> , entonces si tu la <i>tomai'</i> esas pastillas a largo plazo quizás <i>teni'</i> menos de probabilidades de tener como un embarazo <i>po</i> (P07US70)

	La transmisión de esa enfermedad es a través de flujos, flujos internos, que es por transmisión sexual, que es un flujo interno, y la... y la sangre <i>po</i> , obvio que también es un flujo interno (P07US73).
9.4. Desconocimiento	
P01	No estoy seguro (de los conocimientos sobre transmisión (P01US2)
	No sé cuánto... no sé exactamente (cifra de personas contagiadas de VIH en Chile) (P01US6)
	No (no conoce quienes son las personas más propensas a tener la enfermedad) (P01US8)
	No, no (no conoce cuál es el grupo de riesgo) (P01US9)
	No, soy ignorante en eso (grupos de riesgo) (P01US23)
P03	Sé que hay, pero así como los rangos o donde está específicamente, no (grupos de riesgo) (P03US10)
	No, no es como una cosa que haya investigado o averiguado sobre eso (grupos de riesgo) (P03US11)
P04	En general, súper poco (sobre qué conoce del VIH) (P04US1)
	Pero más que eso no mucho (sobre qué conoce del VIH) (P04US3)
	Am, no (conocer método de barrera distinto al preservativo) (P04US25)
P05	Cómo que más allá del condón ¿Qué otra forma hay de cuidarse del VIH? como que la gente no sabe y yo tampoco en realidad (P05US50)
P06	Aparte de lo que se han visto en los colegios de las presentaciones así de la gonorrea, la sífilis y un montón de enfermedades más que existen que no, que en verdad no tengo mucho conocimiento, pero <i>mm...</i> sé que existen (P06US23)
P07	Lo que tengo entendido yo por lo menos, pero más allá no me he informado más allá,

	en verdad (sobre el VIH) (P07US4)
	No sé si habrán más (formas de contagio) (P07US11)

10. Construcción de una Relación de Pareja	
P02	Cuando uno está en una relación igual se llega a la situación en el que hay mayores niveles de confianza (P02US41)
	Requisito de temporalidad principalmente, o sea, a mayor tiempo con una pareja, más lo conoces, más se van dando como las relaciones de confianza (P02US44)
	Confiar en la persona... Yo creo que..., o sea, en verdad se me ocurre como que el criterio de temporalidad principalmente, eh, no sé, si por ejemplo, estoy como en una relación con una persona significa que de a poco se va construyendo la confianza en base a actitudes, en base a la manera en que se comporta (P02US75)
	Me llamó la atención el factor de temporalidad, porque a mayor tiempo más <i>podí</i> conocer a la otra persona, o sea, si igual no sé <i>po'</i> nos conocimos recién difícilmente me <i>vay</i> a dar confianza, porque puedes que estés actuando bonito, eh, conmigo, pero puede que tengas otras conductas por otro lado (P02US100)
	Creo que el factor temporal es importante, porque a más tiempo más me da espacio para conocer a la otra persona (P02US101)
	Un factor importante en la confianza creo yo es tener como afinidad, o sea, que si yo no tengo afinidad contigo y nos caemos mal no voy a tener confianza en ti, entonces si ahora nos llevamos bien y existe algún <i>fiato</i> una química si va a haber confianza y si se va como subiendo los peldaños. (P02US102)
	Yo creo que la temporalidad la asocio a eso el tema de conocer a la persona tener conversaciones, que te cuenta cómo es su vida y cosas así (P02US103)
P05	Pero ya cuando tenga una relación seria y... y sea como algo mucho más formal y duradero, porque ahí yo tendría la certeza que él va a estar solo conmigo, entonces ahí yo voy a poder como ir soltando en ese sentido y dejar como que sea una

	responsabilidad compartida entre los dos (P05US29)
	Como cuando la relación ya está estable, estable, cuando sé que... eh, él me va ser fiel o cuando yo confío ya en que va ser fiel, pero tampoco es una certeza, es como que va en la confianza que tienes con tu pareja (P05US53)
P06	Sí, soy de optar por una persona que sea confiable, primero conocerla, establecer una relación de confianza, sin hacernos daño mutuamente (P06US12)
	Yo encuentro que el tiempo, establecer una conversación (P06US16)
	En el caso que la persona la conozco un largo así 5 ó 6 meses, hay una confianza, eh... conozco sus experiencias ya anteriores, sus relaciones, si se ha cuidado o no, cuáles son sus objetivos, porque aparte de contraer VIH se puede generar un embarazo y si ella se está cuidando, o sea, difícil, si es que va al tema de la matrona, ¿ <i>cacha</i> ? todos esos procedimientos, establecerlo en una conversación, eh, cosa de así poder, eh, dar el paso siguiente (no ocupar preservativo) (P06US18)
	Uno también va aprendiendo el comportamiento de la otra persona (P06US40)
	Va el tema de los sentimientos, cómo va la relación, la comunicación y la confianza (P06US42)
P07	Si estoy ya pololeando, así... fielmente, quizás los dos que se gustan... y que ya llevan, se ve que se van a llevar un tiempo más prolongado, o sea, que tienen buenas expectativas quizás sí ocupar, sin condón, si al final hay que tener expectativas un poco hacia el futuro (P07US32)
	Debería ser super importante la comunicación igual entre pareja (P07US33)
	En relación a la pareja, yo ya pasé por un proceso de conocerla, de saber quién es, entonces el riesgo son totalmente diferente, porque los niveles de confianza son totalmente diferentes (...) ¿más acerca de esa confianza? es que...quizás la otra historia con la que estoy entregándole un sentimiento, un amor o algo, sí me interesa (conocer la conducta sexual de la persona) (P07US57)
	Comunicación con la pareja (acción para no utilizar preservativo) (P07US55)

	Bueno, sí, eh, comunicación, hablar, de conocerse, de no sé, de no discriminarse, de aceptarse tal cual como uno es (P07US58)
--	---

11. Crítica al Contexto	
P02	Igual el tema no se ha tomado en serio, que de verdad si <i>teni'</i> una población que no le da el peso a la problemática, <i>pucha</i> , usar propaganda más fuerte que de verdad les llegue (P02US95)
	Yo encuentro que las propagandas que se han utilizado de VIH son súper blandas, para mí de verdad que debería marcar <i>po'</i> , o sea, no solamente para el VIH, sino también para las otras enfermedades de transmisión sexual , no sé <i>po'</i> , como cuando uno se mete a google y pone " <i>gonorrea</i> " te salen imágenes asquerosas, encuentro que esas imágenes igual se deberían poner (P02US96)
	Yo creo que igual en este tema hay que ser igual como "duro" en tratar la temática en el sentido de como " <i>loco, usa preservativo, es grave</i> ", no así como " <i>eh, ¿sabí qué? yo creo que deberías usar preservativo</i> ", sino que igual <i>pa'</i> tratar el tema, yo creo que hay que ser como, eh, firme y duro en el tema de decirle como " <i>úsalo y úsalo, por tal y tal motivo</i> " (P02US98)
P03	Si uno ve en la <i>tele</i> tampoco hay información, o sea, a lo mas te dicen en las noticias " <i>ay, aumentó la cantidad de SIDA en la población juvenil</i> ", pero no te dicen el porqué, no te dicen el cómo prevenir, no hacen campañas, no hacen nada, solamente te dicen que aumentó (P03US25)
	Información hay, lo que no hay es difusión sobre eso (P03US36)
	Yo creo que es porque actualmente igual se habla un poco más, antes era como tan tabú (...) pero tampoco así es suficiente (P03US52)
P04	Falta de educación sexual (...) poca difusión del tema (P04US9)
	Yo creo que es un tema de... de educación (que los jóvenes no se cuiden) (P04US41)
	Yo creo que es un tema de educación que de desinformación (P04US44)

	<p>Si bien les enseñan, eh.. como el tema de todas las enfermedades de transmisión sexual, etc.. nunca les hacen como el énfasis en como... como en que sí, sí va a ser su culpa si les pasa (P04US47)</p>
	<p>En su casa siempre le desligan la responsabilidad a otras personas ¿cachai?, entonces, por ejemplo, todo lo que es tema de método anticonceptivo está muy ligado a nosotras las mujeres ¿cachai? y el hombre nunca ve esa parte (P04US48)</p>
	<p>Como que todavía hay desinformación en frente al tema (P04US57)</p>
P05	<p>Mayormente en internet, en el colegio es muy poco lo que se vió, así como que, como yo iba en un colegio católico, la mayor parte de lo que pedían era "abstinencia, abstinencia, abstinencia" y hasta el matrimonio y todo eso (...) nunca hubieron como charlas así que te dijeran así como: "El VIH es esto, se transmite de tal manera, se tienen que cuidar" o que nos entregaran condones en clases, nos enseñaran a poner un condón, nada de eso, nunca hubo como mayor educación sexual (P05US06)</p>
	<p>Más que nada es por la educación sexual en este país (falta de educación) (P05US45)</p>
	<p>Además, la falta de información en nuestras casas no nos ayuda, porque por lo menos a mí mi mamá me empezó a decir, pero igual yo he tenido mis deslices y todo eso (P05US47)</p>
	<p>Entonces como muy poco lo que se sabe y de la transmisión, de todo, entonces tu como que <i>tení</i> tanta desinformación y tampoco la gente se quiere informar tampoco. No es como si los programas educativos en la <i>tele</i> tuvieran como mucho <i>rating</i>, porque a las mamás solo les importa como las <i>copuchas</i> y a los niños los <i>monitos</i> y a los adolescentes y a... internet, entonces como que no hay manera de llegar a ellos, la manera más de llegar a ellos sería por los colegios. Entonces eso ya va más en el gobierno que debería como hacer algo, porque ya se está saliendo de las manos, ya se salió de las manos todo esto (P05US51)</p>
	<p>Creo que es muy importante que se empiece a dar a conocer todo esto, que se hable más de educación sexual, de las enfermedades de transmisión sexual, de cómo se transmiten, sus síntomas y todo eso, porque la gente necesita saber, y... de el contagio, de cómo se produce y de que quitarle un poco ese tabú y ese miedo a la</p>

	<p>gente que no tiene VIH, de juntarse con gente que sí tiene, porque son personas normales, igual que todos, digo, tienen una enfermedad, pero no por eso las van a ir excluyendo o juzgandola, porque la gente no se lo busca (...) no podemos juzgar a la gente por algo que le pasó simplemente (P05US52)</p>
	<p>Es importante que esto se sepa (...) es necesario que se empiece a saber y a educar a la gente porque es mucha la desinformación que hay (...) incluso yo soy la que no sé mucho del tema, entonces encuentro que es algo importante (P05US61)</p>
P06	<p>Yo encuentro fundamental eso, que venga de la casa (tomar conciencia de la educación sexual), aparte más de la educación que se da, ya sea en los liceos o los colegios, en las universidades que también se realiza (P06US8)</p>
	<p>También encuentro que es fundamental (el colegio como influencia). Yo creo que es un trabajo constante, no solamente debería tomarse en los colegios, si no como te digo, eso debería venir de la casa. Darle a conocer a los jóvenes que por “tales motivos” aparte del embarazo, se pueden contraer otras enfermedades (P06US24)</p>
P07	<p>Quizás no hay tanta publicidad para que la gente tampoco se informe, quizás lo que es la universidad, ya estas cosas te hacen, al año la hacen como 3 o 5 veces quizás, pero... quizás el sistema de salud, em... ¿cómo se llama?... popular, se podría decir, no lo hace tan cotidianamente (P07US6)</p>
	<p>Igual falta harto, que él... porque siempre está dicho que la mujer se cuide y no le da el énfasis al hombre, entonces en realidad deberías darle un poquito más de énfasis a los hombres (P07US8)</p>
	<p>Por publicidad no más, netamente publicidad y el gobierno, el estado no ocupa los medios para, <i>pa'</i> que la gente, para invitar a la gente a que vaya a buscar medidas de protección (P07US39)</p>
	<p>Quizás sí, te demorai' harto, es medio tedioso, pero el lugar, el establecimiento está, no podemos decir que no, que la cosa es pésima, mala, no se puede decir eso, pero sí falta publicidad, porque la publicidad donde más la he visto yo, ha sido aquí en la universidad no más, netamente, pero si yo me voy al mundo de afuera, no hay <i>po'</i>, no hay mucha publicidad más que una vez, dos veces al año, pero imagínate cuánta gente</p>

	existe en esta región versus dos veces al año que hacen publicidad (P07US41)
	Este sistema está tan destruído por plata que no ven a la gente, ven la plata, entonces no están ni ahí con hacer publicidad, a invitar a la gente que se entusiasme o incentivarla a que vaya <i>po'</i> , a que haga exámenes, a que se cuide <i>po'</i> si al final aquí la salud no es prioridad para uno, prefiere hacer... salir que no sé, ir a un médico (P07US42)
	Más publicidad para la información en el centro, donde se pueden tomar más o “toma ahí tienes un condón con información, cuídate” y cosas así (P07US43)
	Claro, y más encima igual son <i>re caros</i> (los preservativos) (P07US44)
	Pero bueno, igual dentro de todo eso, no hay tanta información, no hay como que yo voy a abrir el teléfono... busco, no sé, instagram, facebook o cualquier medio de comunicación y aparezca: “¡pum! transmisión sexual” (P07US66)
	Falta mucha información si queremos abarcar a toda una población, falta mucha información (...) no dan todos los días información sobre transmisión sexual (P07US67)
	Bueno, yo creo que pa' mejorar igual la situación, deberían mejorar el tema de los condones y los anticonceptivos y incentivar más al hombre que se cuide igual, porque la mujer ya está súper “luper” incentivá' a que se cuide <i>po'</i> (P07US69)

12. Percepción de Riesgo	
P01	No, no, no, tampoco como que lo pienso o lo tomo en cuenta (sentirse en riesgo de contagio) (P01US15)
	Em no, es que, es que igual uno no piensa en que la otra persona está contagiada (P01US19)
	Si <i>po</i> , no creo, no lo pienso así como una posibilidad así cercana (una razón para no contagiarse) (P01US20)
	No no en realidad, no tengo una razón (para pensar que no se puede contagiar)

	(P01US21)
	Obviamente todos somos igualmente, o sea, que a esta edad somos igualmente propensos, a tener la enfermedad si es que el otro la tiene (P01US22)
	Porque por eso, porque el contraer la enfermedad no se toma como una posibilidad real (P01US25)
P02	Porque a medida que tu más te informas de los riesgos, de los daños, más adquieres conciencia de la importancia que tiene el preservativo, entonces yo creo que igual están como relacionados (P02US38)
	Al ser tan jóvenes, como que no tenemos una real percepción del riesgo y eso no solamente se replica en el VIH, sino que se replica en muchas otras conductas (P02US60)
	Yo creo que en general a los jóvenes a nuestra edad como que nos falta sentar cabeza, como dicen los padres y... como que no le tomamos el real peso al asunto, o sea, las cosas no pasan hasta que pasan (P02US61)
	Creo que lo que hay que siempre es realizarse los exámenes de rigor, o sea, igual debiese ser con pareja o sin pareja (P02US71)
	Si estás confiando ciegamente en una persona, no dejar de hacer los exámenes preventivos (P02US74)
	Si no creo que tenga algo, o sea, como, bueno igual se presta como esa duda en el sentido de que claro, no sé, algún roce o cosa así, aunque igual esas vías son super débiles de transmisión (P02US79)
P03	Así que... incluso en el hospital una vez al año me hacen exámenes más que nada por la cantidad de exámenes de sangre (...) por caso de algún procedimiento mal hecho en el hospital (P03US8)
	(Uso de preservativo) Por un tema de saber, por cualquier cosa, cualquier tipo de situación (P03US17)

	<p>Es algo que nos influye a todos (...) sí entonces... da igual si eres joven o viejo (P03US41)</p>
	<p>Grandes riesgos no eran mucho, porque... bueno para mí el era mi primera pareja y para él no, pero a él igual le hacían exámenes constantemente por ser de la armada, entonces era como que igual era más seguro (P03US16)</p>
	<p>Que no razonan nada <i>po'</i>.. que no ven las consecuencias a seguir después... quizás es cierto, no les va a pasar nada posiblemente, pero sí hay muchos que sí les pasa y que se dan cuenta después del error, de lo que podrían haber hecho con una pequeña prevención antes (P03US31)</p>
P04	<p>Los chicos piensan que son como invencibles, que jamás les va a pasar (P04US10)</p>
	<p>Tiene un poco que ver con el machismo de la población, porque en general los chicos siempre se sienten como que son invencibles, que jamás les va a pasar... y si les pasa, nunca va a ser su culpa (P04US42)</p>
	<p>Mi amigo que tiene VIH siempre pensó que a él nunca le iba a pasar <i>cachai</i>... hasta que le pasó (P04US46)</p>
	<p>Tiene que ver como con la educación que les dan en sus casas (...) son como muy aprensivos (...) siempre van a sentir que nunca les va a pasar a ellos, mm, no sé, va un poco por la comodidad del ser humano (P04US49)</p>
	<p>No, o sea, la única forma que yo pienso así como, sería como no sé, estar en Ecuador tener un accidente y que me hagan una transfusión de sangre (situaciones donde se podría exponer a un contagio) (P04US53)</p>
	<p>Siempre sé que podría pasarme en algún momento (contraer VIH) (P04US60)</p>
P05	<p>Hay cosas que uno sí, no puede controlar, como si la otra pareja te engaña con alguien que tiene VIH (...) es complicado, porque tú confías en tu pareja, porque tú, se supone que tú le eres fiel, entonces te cuidas con él y como que son pareja única a veces no se usa condón, entonces, eh, si tu pareja te engaña con alguien y no usa condón obviamente si esa persona esta contagiada tu te vas a contagiar, aunque te <i>cuidi</i> lo más que <i>podí po</i> (P05US15)</p>

	Sí, que me di cuenta que el riesgo es muy grande (riesgo de contraer VIH)(P05US20)
	Las estadísticas aquí en Chile son muy altas, el riesgo es demasiado alto, ya prácticamente se está convirtiendo como en una epidemia, que todos los jóvenes se están contagiando de VIH y si bien hay muchos jóvenes no lo tienen, ya no podemos negar que es algo inminente en la sociedad, que está presente y nosotros tenemos que empezar a hacernos cargo sino todos vamos a terminar contagiados de VIH (P05US23)
	Porque más vale prevenir que después andar lamentando... esas cosas (uso de condón) (P05US30)
	Estas cosas se tienen que hablar, sino la desinformación va ganando y después vamos a terminar todos con VIH y no lo vamos a poder parar y ya está en un punto crítico en donde tenemos que empezar a parar esto, donde la gente tiene que empezar a perder la vergüenza y empezar a hacer educación sexual en los colegios, porque si no se va a salir más de control (P05US37)
	(No haber utilizado condón en su primera relación sexual) Después yo tuve una gran carga emocional después de eso, porque yo estaba así como: “oh, puedo estar embarazada o oh... puedo tener alguna enfermedad de transmisión sexual”, fue algo que me lleve <i>pa'</i> mí y estuve como mucho tiempo pensando en eso y después cuando me llegó la regla como que me relajé, porque dije así como “ah, no estoy embarazada”, pero aún así siguió eso de que: “¿y si tengo alguna enfermedad de transmisión sexual?” (P05US43)
	Los niños no le toman el peso en realidad, cómo que aunque somos jóvenes intentamos, nos arriesgamos y después pensamos en las cosas que nos podrían haber pasado, y después como que no nunca, como que llegamos y hacemos las cosas como por impulso y nunca estamos preparados(...) (P05US46)
	Como que nadie le empieza a tomar el peso a todas estas cosas y como que uno llega y se lanza como a la vida, lo que sea, pero como que realmente no le tomamos el peso de lo que es vivir con VIH, porque <i>tení</i> que tomar una <i>cachá</i> de pastillas, porque <i>tení</i> que estar constantemente cuidándote (P05US49)
P06	Yo encuentro que los jóvenes hoy en día, eh, el tema de la educación sexual, em... no

	<p>se ha tomado mucho en conciencia (P06US7)</p>
	<p>Siento que igual va a ocurrir, o sea, no siempre va haber un porcentaje que por más que el cuidado que tenga, va a cometer el error, tengo esa percepción (P06US30)</p>
	<p>Pero más allá si haya ocurrido o no, preferí salir de las dudas, <i>sabiendome</i> que no tenía ningún contagio (realizarse el Test de ELISA) (P06US37)</p>
	<p>Porque no sé si la otra persona se cuidó (lo motiva a realizarse el Test de ELISA) (P06US39)</p>
	<p>Cómo funciona la relación sí, porque si uno puede ya <i>pinchando</i> o <i>andando</i> y deja en claro así que no hay nada estable, o sea, es <i>pa</i> pasar el momento así y de no estar solo, pucha es mejor cuidarse, porque "<i>sabi</i>" que la persona te está dejando en claro que puede conocer a otra persona, puede estar con ella también y puede ir variando de persona (P06US41)</p>
P07	<p>No pienso en nada, pienso en el momento no más que estoy ahí con, con... mi pareja o con otra mujer, pienso en el momento, en el acto, no pienso en que en ese momento me voy a contraer una enfermedad o algo así, solamente eh... relacionarme con la persona no más <i>po'</i> (P07US26)</p>
	<p>Es que estoy discriminando a la otra persona... de donde viene, si es limpia o no es limpia, si es... tiene educación o no tiene educación, si tienen valores, em... eso, uno así uno va discriminando a la persona, porque si está cochina, de repente no sé, está (...), no te <i>vay</i> a meter <i>po'</i>, la <i>vay</i> a pensar dos veces yo creo <i>po'</i>, antes de, o no sé <i>po'</i> un mal olor, no se <i>po'</i> (P07US30)</p>
	<p>Yo creo que hoy en día pedir como el examen o hacerte el examen preventivo <i>pa'</i> <i>cachar</i> qué onda, no... no sería como un insulto, si no como algo <i>pa'</i> informarse no más, informarse no más, por la información, porque al final uno nunca sabe con quién se está metiendo (P07US37)</p>
	<p>Te puede pintar el mundo de maravillas y soy súper sano pero al otro día <i>podí'</i> decir: "oh, tengo SIDA"; "oh tengo una infección, no sé un herpes", no sé (P07US38)</p>
	<p>Yo no tengo problema en hablarlo en verdad, si es algo que ya existe y que le puede</p>

	pasar a cualquiera (P07US71)
--	------------------------------

13. Conducta Promotora de la Salud	
P02	Igual conozco como amigos que, a pesar de estar con pareja igual se están haciendo como el chequeo del VIH (P02US72)
P03	Yo me hago los exámenes todos los años (P03US45)
P05	Básicamente es como algo que tengo arraigado en mí, ya es como “ya vamos a tener relaciones y tengo el condón”. Por ejemplo, ahora tengo mi pareja y siempre tengo condón, porque encuentro que es nuestra responsabilidad cuidarnos, porque nadie lo va a hacer por nosotros (P05US34)

Anexo N°10: Certificados de Contención Emocional

Consuelo Allendes Salinas

	Escuela de Enfermería, Angamos 655-Reñaca, Tel.+56 (32)2603825	
CERTIFICADO DE ASISTENCIA		
TALLER VIVENCIAL DE CONTENCIÓN EMOCIONAL		
		
CONSUELO BELEN ALLENDES SALINAS RUT. 19.490.365-0		
Participó en el taller realizado en la Escuela de Enfermería el día 10 de abril 2018, con una duración de (1.5 horas)		
<p>El taller abordó aspectos teóricos relacionados con las emociones y sus manifestaciones, modelos de intervención en crisis, análisis del alcance de intervención para enfermeras/os y la técnica step-out para el manejo de emociones.</p> <p>La modalidad vivencial se llevó a cabo primero en escenarios simulados, posteriormente el estudiante pudo aplicar sus conocimientos en las prácticas clínicas de asignaturas profesionales, durante el cuidado de niños, adolescentes, adultos, adultos mayores y familias vulnerables, adquiriendo las competencias requeridas que lo capacitan para realizar "contención emocional".</p>		
 Lorena Bettancourt O. Jefe Asignatura Proyecto Investigación I	 María Marcela Morella A. Coordinadora del Taller Vivencial «Contención Emocional»	 Paulina Gundelach G. Secretaría Académica Escuela de Enfermería
Viña del Mar, Abril de 2018.-		



CERTIFICADO DE ASISTENCIA
TALLER VIVENCIAL DE CONTENCIÓN EMOCIONAL



ALEXANDRA CORDOVA BRIONES

Participó en el taller realizado en la Escuela de Enfermería
el día 10 de abril 2018,
con una duración de (1.5 horas)

El taller abordó aspectos teóricos relacionados con las emociones y sus manifestaciones, modelos de intervención en crisis, análisis del alcance de intervención para enfermeras/os y la técnica step-out para el manejo de emociones.

La modalidad vivencial se llevó a cabo primero en escenarios simulados, posteriormente el estudiante pudo aplicar sus conocimientos en las prácticas clínicas de asignaturas profesionales, durante el cuidado de niños, adolescentes, adultos, adultos mayores y familias vulnerables, adquiriendo las competencias requeridas que lo capacitan para realizar "contención emocional".


Lorena Bettancourt O.
Jefe Asignatura
Proyecto Investigación I


María Marcela Morella A.
Coordinadora del Taller Vivencial
«Contención Emocional»


Paulina Gundelach G.
Secretaria Académica
Escuela de Enfermería

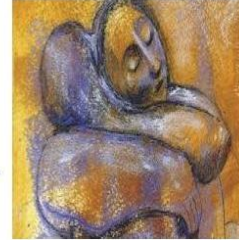
Viña del Mar, Abril de 2018.-



Escuela de Enfermería, Angamos 655-Reñaca, Tel.+56 (32)2603825

CERTIFICADO DE ASISTENCIA

TALLER VIVENCIAL DE CONTENCIÓN EMOCIONAL



CAMILA ANDREA DÍAZ QUEZADA
RUT. 19.176.675-K

**Participó en el taller realizado en la Escuela de Enfermería
el día 10 de abril 2018,
con una duración de (1.5 horas)**

El taller abordó aspectos teóricos relacionados con las emociones y sus manifestaciones, modelos de intervención en crisis, análisis del alcance de intervención para enfermeras/os y la técnica step-out para el manejo de emociones.

La modalidad vivencial se llevó a cabo primero en escenarios simulados, posteriormente el estudiante pudo aplicar sus conocimientos en las prácticas clínicas de asignaturas profesionales, durante el cuidado de niños, adolescentes, adultos, adultos mayores y familias vulnerables, adquiriendo las competencias requeridas que lo capacitan para realizar "contención emocional" .

Lorena Bettancourt O.
Jefe Asignatura
Proyecto Investigación I

María Marcela Morella A.
Coordinadora del Taller Vivencial
«Contención Emocional»

Paulina Gundelach G.
Secretaría Académica
Escuela de Enfermería

Viña del Mar, Abril de 2018.-



CERTIFICADO DE ASISTENCIA

TALLER VIVENCIAL DE CONTENCIÓN EMOCIONAL



DANIELLA LEÓN PÉREZ

Participó en el taller realizado en la Escuela de Enfermería
el día 10 de abril 2018,
con una duración de (1.5 horas)

El taller abordó aspectos teóricos relacionados con las emociones y sus manifestaciones, modelos de intervención en crisis, análisis del alcance de intervención para enfermeras/os y la técnica step-out para el manejo de emociones.

La modalidad vivencial se llevó a cabo primero en escenarios simulados, posteriormente el estudiante pudo aplicar sus conocimientos en las prácticas clínicas de asignaturas profesionales, durante el cuidado de niños, adolescentes, adultos, adultos mayores y familias vulnerables, adquiriendo las competencias requeridas que lo capacitan para realizar "contención emocional".


Lorena Bettancourt O.
Jefe Asignatura
Proyecto Investigación I


María Marcela Morella A.
Coordinadora del Taller Vivencial
«Contención Emocional»


Paulina Gundelach G.
Secretaria Académica
Escuela de Enfermería

Viña del Mar, Abril de 2018.-



CERTIFICADO DE ASISTENCIA

TALLER VIVENCIAL DE CONTENCIÓN EMOCIONAL



ANDREA MOLTENI GOMEZ

Participó en el taller realizado en la Escuela de Enfermería
el día 10 de abril 2018,
con una duración de (1.5 horas)

El taller abordó aspectos teóricos relacionados con las emociones y sus manifestaciones, modelos de intervención en crisis, análisis del alcance de intervención para enfermeras/os y la técnica step-out para el manejo de emociones.

La modalidad vivencial se llevó a cabo primero en escenarios simulados, posteriormente el estudiante pudo aplicar sus conocimientos en las prácticas clínicas de asignaturas profesionales, durante el cuidado de niños, adolescentes, adultos, adultos mayores y familias vulnerables, adquiriendo las competencias requeridas que lo capacitan para realizar "contención emocional".


Lorena Bettancourt O.
Jefe Asignatura
Proyecto Investigación I


María Marcela Morella A.
Coordinadora del Taller Vivencial
«Contención Emocional»


Paulina Gundelach C.
Secretaria Académica
Escuela de Enfermería

Viña del Mar, Abril de 2018.-



CERTIFICADO DE ASISTENCIA

TALLER VIVENCIAL DE CONTENCIÓN EMOCIONAL



ANDREA NUÑEZ LIVESEY

Participó en el taller realizado en la Escuela de Enfermería
el día 10 de abril 2018,
con una duración de (1.5 horas)

El taller abordó aspectos teóricos relacionados con las emociones y sus manifestaciones, modelos de intervención en crisis, análisis del alcance de intervención para enfermeras/os y la técnica step-out para el manejo de emociones.

La modalidad vivencial se llevó a cabo primero en escenarios simulados, posteriormente el estudiante pudo aplicar sus conocimientos en las prácticas clínicas de asignaturas profesionales, durante el cuidado de niños, adolescentes, adultos, adultos mayores y familias vulnerables, adquiriendo las competencias requeridas que lo capacitan para realizar "contención emocional".


Lorena Bettancourt O.
Jefe Asignatura
Proyecto Investigación I

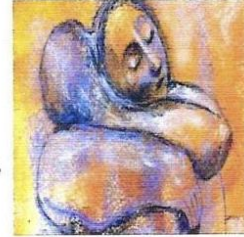

María Marcela Morella A.
Coordinadora del Taller Vivencial
«Contención Emocional»


Paulina Gundelach G.
Secretaria Académica
Escuela de Enfermería

Viña del Mar, Abril de 2018.-



CERTIFICADO DE ASISTENCIA
TALLER VIVENCIAL DE CONTENCIÓN EMOCIONAL



GIANFRANCO RUBIÑO SOTO

Participó en el taller realizado en la Escuela de Enfermería
el día 10 de abril 2018,
con una duración de (1.5 horas)

El taller abordó aspectos teóricos relacionados con las emociones y sus manifestaciones, modelos de intervención en crisis, análisis del alcance de intervención para enfermeras/os y la técnica step-out para el manejo de emociones.

La modalidad vivencial se llevó a cabo primero en escenarios simulados, posteriormente el estudiante pudo aplicar sus conocimientos en las prácticas clínicas de asignaturas profesionales, durante el cuidado de niños, adolescentes, adultos, adultos mayores y familias vulnerables, adquiriendo las competencias requeridas que lo capacitan para realizar "contención emocional".


Lorena Bettancourt O.
Jefe Asignatura
Proyecto Investigación I


María Marcela Morella A.
Coordinadora del Taller Vivencial
«Contención Emocional»


Paulina Gundelach G.
Secretaria Académica
Escuela de Enfermería

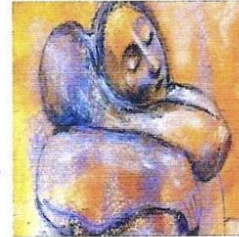
Viña del Mar, Abril de 2018.-



Escuela de Enfermería, Angamos 655-Reñaca, Tel.+56 (32)2603825

CERTIFICADO DE ASISTENCIA

TALLER VIVENCIAL DE CONTENCIÓN EMOCIONAL



MARÍA JOSÉ SANTANDER SERRANO

Participó en el taller realizado en la Escuela de Enfermería
el día 10 de abril 2018,
con una duración de (1.5 horas)

El taller abordó aspectos teóricos relacionados con las emociones y sus manifestaciones, modelos de intervención en crisis, análisis del alcance de intervención para enfermeras/os y la técnica step-out para el manejo de emociones.

La modalidad vivencial se llevó a cabo primero en escenarios simulados, posteriormente el estudiante pudo aplicar sus conocimientos en las prácticas clínicas de asignaturas profesionales, durante el cuidado de niños, adolescentes, adultos, adultos mayores y familias vulnerables, adquiriendo las competencias requeridas que lo capacitan para realizar "contención emocional".


Lorena Bettancourt O.
Jefe Asignatura
Proyecto Investigación I


María Marcela Morella A.
Coordinadora del Taller Vivencial
«Contención Emocional»


Paulina Gundelach G.
Secretaria Académica
Escuela de Enfermería

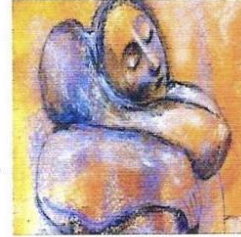
Viña del Mar, Abril de 2018.-



Escuela de Enfermería, Angamos 655-Reñaca, Tel.+56 (32)2603825

CERTIFICADO DE ASISTENCIA

TALLER VIVENCIAL DE CONTENCIÓN EMOCIONAL



PÍA CONSTANZA SILVA ARAYA

Participó en el taller realizado en la Escuela de Enfermería
el día 10 de abril 2018,
con una duración de (1.5 horas)

El taller abordó aspectos teóricos relacionados con las emociones y sus manifestaciones, modelos de intervención en crisis, análisis del alcance de intervención para enfermeras/os y la técnica step-out para el manejo de emociones.

La modalidad vivencial se llevó a cabo primero en escenarios simulados, posteriormente el estudiante pudo aplicar sus conocimientos en las prácticas clínicas de asignaturas profesionales, durante el cuidado de niños, adolescentes, adultos, adultos mayores y familias vulnerables, adquiriendo las competencias requeridas que lo capacitan para realizar "contención emocional".


Lorena Bettancourt O.
Jefe Asignatura
Proyecto Investigación I


María Marcela Morella A.
Coordinadora del Taller Vivencial
«Contención Emocional»


Paulina Gundelach G.
Secretaria Académica
Escuela de Enfermería

Viña del Mar, Abril de 2018.-